



UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

(UAC)
=***=

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« Espaces, Cultures et Développement »

(EDP)
=***=

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du Diplôme de Master

Filière : Linguistique

Option : Psycholinguistique

THEME

**RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU
LANGAGE ORAL: CAS DES ENFANTS DE 4 ANS ½ A 6 ANS**

Réalisé et présenté par :

Sous la direction de :

Mikaël Pierre-Désiré VIEGBE

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

Jury de soutenance:

Président : Professeur Emérite NOUHOUAYI J. Albert

Rapporteur : Professeur BADA Médard Dominique

Examineur : Dr. GBAGUIDI Jean-Euloge (MC)

Mention : *très bien*

Soutenu publiquement le lundi 25 novembre 2019

Année Universitaire :
2018 – 2019

RESUME

Les parents accordent très peu de temps à leurs enfants qui ont encore le langage oral en acquisition. Ces enfants sont abandonnés à eux même. Et les parents pensent trouver la bonne solution en les laissant seuls devant les écrans de télévision et/ou de jeu. Cette situation crée un environnement familial carencé en stimuli. De plus, les motifs de consultation les plus récurrents pour la plupart du temps sont les difficultés d'élocution. Cette situation a suscité en nous le thème de recherche "*RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE ORAL: CAS DES ENFANTS DE 4 ANS ½ A 6 ANS*" afin de mieux l'approfondir. Cette étude transversale à visée descriptive et analytique, est réalisée suivant une approche quantitative avec un échantillon de 100 enquêtés (80 enseignants de la maternelle et du primaire et des parents d'enfants présentant le retard de langage oral), 09 orthophonistes béninois et 11 cas d'enfants reçus en consultation orthophonique pour le retard de langage oral. Les résultats issus de cette recherche ont révélé une mauvaise connaissance de cette pathologie du langage oral par les enquêtés, ce qui se traduit par une longue période passée avant de chercher la solution à l'enfant auprès du spécialiste. Ce travail ressort également les causes organiques et/ou environnementales du retard de langage oral avec pour corollaire les conséquences comme l'échec scolaire, le retard de scolarisation de l'enfant, et toutes les formes de stigmatisation. Toutefois, il existe des possibilités de prise en charge mais sans aucun centre pluridisciplinaire.

Mots clés : *Retard – Processus- Acquisition –Langage- Oral.*

ABSTRACT

Parents aren't available to discuss with their children. And then, they don't create a stimulation condition for them. We note that situation across our clinical practice. That situation interests our self and motivated chosen topic which is "*Delay in the oral language acquisition processes: children between 4 and half to 6 age old cases*". This transversal research is based on quantitative approach and using like specimen 100 persons (80 primary and preschools teachers and children suffer language delay parents). In research results, we note that parents and infant school and primary school teachers haven't known language pathologies. That ignorance increases the treatment solution period. This work brings out the organics and environmental causes that include school defeat, school attendance delay and various forms of stigmatization like consequences. Nevertheless, there are treatments possibilities without a center of plurals professions.

Key Words: *Delay – Acquisition - Processes – Oral - Language.*

SOMMAIRE

DEDICACE..... ii

REMERCIEMENTS..... iii

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES..... iv

LISTE DES TABLEAUX, DES ENCADREES ET DES SCHEMAS..... v

RESUME..... vi

INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE 1 : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE LA RECHERCHE.....3

I-1 Problématique et questions de recherche.....3

I-2 modèle théorique d'analyse du sujet.....6

I-3 revue de littérature.....9

CHAPITRE II : CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....20

II-1 Cadre physique de la recherche20

II-2 Méthodologie de recherche21

II-4 Présentation du test administré aux enfants24

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE L'ACQUISITION DU LANGAGE ORAL ET SES ASPECTS PATHOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT.....26

III.1 Problématique de l'acquisition du langage oral chez l'enfant26

III.2 Aspects pathologiques du langage oral chez l'enfant33

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION, DISCUSSION DES RESULTATS, PRESPECTIVES ET SUGGESTIONS.....40

IV.1 Présentation, analyse et interprétation des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtes.....40

IV.2 Discussion des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtes62

IV.3 Perspectives et suggestions.....70

CONCLUSION.....73

REFERENCES.....74

ANNEXES.....77

TABLE DES MATIERES.....94

DEDICACE

- ✓ A ma femme DOKPA Akpéné Adjo et mes enfants Ange-mikaël et Kékéli VIEGBE;

REMERCIEMENTS

Il est un devoir pour nous de présenter nos civilités et nos profonds sentiments de gratitude à tous ceux qui ont participé et soutenu la réalisation de ce travail de recherche. Ainsi, nos sincères remerciements vont à l'endroit:

- du Professeur Médard Dominique BADA, notre maître de mémoire qui, en dépit de ses multiples occupations, n'a ménagé aucun effort pour suivre efficacement le travail ;
- du Dr. Adéolé Ignace ADEBIYI, pour nous avoir orienté, donné des conseils au moment opportun et contribué à la réalisation de ce travail;
- de tous les professeurs encadreurs de l'Ecole Doctorale pluridisciplinaire « Espace, Cultures et Développement » qui ont contribué par la qualité de leurs enseignements à notre formation ;
- des responsables de la Clinique Louis Pasteur Dr. Lucien DOSSOUGBETE et son épouse Dr. Véronique DOSSOUGBETE, qui ont donné leur accord pour que cette recherche s'effectue dans ladite clinique ;
- du père VITIFODJI Christophe ;
- de Monsieur LEGONOU G. Romaric ;
- de mes frères et sœurs Wilfried, Zachée, Constance, Arlette, Samuel, Solange, Joël et Patrick VIEGBE ;
- de tous mes collègues orthophonistes qui ont accepté renseigner les questionnaires d'enquête ;
- de tous les amis et collègues de promotion pour leurs soutiens.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ABREVIATIONS

Eff	Effectif
Fréq %	Fréquence
Pp	Page

SIGLES

CLP	Clinique Louis Pasteur
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UAC	Université d'Abomey-Calavi
FLLAC	La Faculté des lettres, langues, Arts et Communication
INALA	Institut National de Linguistique Appliquée

LISTE DES TABLEAUX DES ENCADREES ET DES SCHEMAS

N° d'ordre	TITRES DES ENCADREES DES TABLEAUX	PAGES
PRODUCTION ENCADREE 1	Résultats des cas reçus en consultation	40
PRODUCTION ENCADREE 2		41
PRODUCTION ENCADREE 3		

PRODUCTION ENCADREE 4	42
PRODUCTION ENCADREE 5	43
PRODUCTION ENCADREE 6	44
PRODUCTION ENCADREE 7	45
PRODUCTION ENCADREE 8	46
PRODUCTION ENCADREE 9	47
PRODUCTION ENCADREE10	48
PRODUCTION ENCADREE 11	59
	50
Tableau I	Comparaison des composantes du langage oral perturbées selon les orthophonistes et celles observées par l'enquêteur chez les
	51

enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

I A : composantes du langage oral perturbées selon les orthophonistes chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

I B : composantes du langage oral perturbées selon l'enquêteur chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

Tableau II	Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le retard de langage	52
Tableau III	Répartition des enquêtés selon les causes du retard de langage oral	52
Tableau IV	Répartition des enquêtés selon les conséquences du retard de langage oral	53
Tableau V	Répartition des enquêtés selon l'existence ou non de centre de prise en charge pluridisciplinaire	53
Tableau VI	Répartition des enquêtés selon les effets de prise en charge	53
Tableau VII	Répartition des parents enquêtés selon la durée passée avant la solution de prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral	54

TITRES DES SCHEMAS

Schéma n°1	Coupe longitudinale du cerveau montrant les différents lobes	13
------------	--	----

Schéma n°2	Coupe longitudinale du cerveau montrant les aires du langage	13
Schéma n°3	Les organes buco-phonatoires	16
Schéma n°4	Le cerveau montrant les aires et leurs connections	16
Schéma n°5	La boucle du langage	17
Schéma n°6	Aires corticales impliquées dans le langage	17

RESUME

Les parents accordent très peu de temps à leurs enfants qui ont encore le langage oral en acquisition. Ces enfants sont abandonnés à eux même. Et les parents pensent trouver la bonne solution en les laissant seuls devant les écrans de télévision et/ou de jeu. Cette situation crée un environnement familial carencé en stimuli. De plus, les motifs de consultation les plus récurrents pour la plupart du temps sont les difficultés d'élocution. Cette situation a suscité en nous le thème de recherche "*RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE ORAL: CAS DES ENFANTS DE 4 ANS ½ A 6 ANS*" afin de mieux l'approfondir. Cette étude transversale à visée descriptive et analytique, est réalisée suivant une approche quantitative avec un échantillon de 100 enquêtés (80 enseignants de la maternelle et du primaire et des parents d'enfants présentant le retard de langage oral), 09 orthophonistes béninois et 11 cas d'enfants reçus en consultation orthophonique pour le retard de langage oral. Les résultats issus de cette recherche ont révélé une mauvaise connaissance de cette pathologie du langage oral par les enquêtés, ce qui se traduit par une longue période passée avant de chercher la solution à l'enfant auprès du spécialiste. Ce travail ressort également les causes organiques et/ou environnementales du retard de langage oral avec pour corollaire les conséquences comme l'échec scolaire, le retard de scolarisation de l'enfant, et toutes les formes de stigmatisation. Toutefois, il existe des possibilités de prise en charge mais sans aucun centre pluridisciplinaire.

Mots clés : *Retard – Processus- Acquisition –Langage- Oral.*

ABSTRACT

Parents aren't available to discuss with their children. And then, they don't create a stimulation condition for them. We note that situation across our clinical practice. That situation interests our self and motivated chosen topic which is "*Delay in the oral language acquisition processes: children between 4 and half to 6 age old cases*". This transversal research is based on quantitative approach and using like specimen 100 persons (80 primary and preschools teachers and children suffer language delay parents). In research results, we note that parents and infant school and primary school teachers haven't known language pathologies. That ignorance increases the treatment solution period. This work brings out the organics and environmental causes that include school defeat, school attendance delay and various forms of stigmatization like consequences. Nevertheless, there are treatments possibilities without a center of plurals professions.

Key Words: *Delay – Acquisition - Processes – Oral - Language.*

INTRODUCTION

Le langage oral est le principal instrument de communication de l'homme (Dortier, 2010). La maîtrise de cet instrument qu'est le langage oral n'est pas seulement l'association des signes ou des mots à des objets comme ce que font certains animaux. C'est l'établissement d'une relation avec un univers abstrait dans lequel un mot, quel qu'il soit, peut entretenir des relations avec des objets sans rapport entre eux. C'est également la capacité de produire des discours originaux : pouvoir créer, pour soi et pour autrui, tout un ensemble de représentations grâce aux signes ; là réside probablement la part spécifiquement humaine du langage (Florin, 2016). Selon les théories de l'interaction sociale citées par (Karmiloff-Smith et Kyra Karmiloff, 2010), le cerveau et l'environnement jouent des rôles importants dans l'acquisition du langage oral depuis le ventre, à la naissance du nourrisson jusqu'à l'adolescence.

Par ailleurs, pour (DELAHAIE, 2009), les repères chronologiques classiques de l'évolution du langage oral ne concernent en moyenne que 50 % des enfants. Ainsi, environ 50 % des enfants prononcent leurs premiers mots vers l'âge de 10-12 mois, avec certains enfants plus précoces et d'autres plus tardifs. Plusieurs situations sont les causes des écueils à savoir les carences affectives, le traumatisme crânien et le neuropaludisme qui perturbent le développement du nourrisson jusqu'à l'âge d'adolescence. Il n'est pas rare de rencontrer des parents et même des professionnels de la santé qui confondent les anomalies du frein de langue au retard de langage oral.

Pour eux, les anomalies liées au frein de langue est une cause directe de ce retard de langage oral. Ceci est dû peut-être à un manque d'information sur le retard de langage oral. Le retard de parole pourrait être causé dans certains cas par les anomalies du frein de langue. Les phonèmes perturbés sont fonction du type de frein langue. Le frein de langue antérieur de type 1 et 2 entraîne la perturbation des phonèmes [k], [g], [t], [d], [n], [l] et [r]. Avec la technologie, il est mis sur le marché des outils comme les écrans, les bandes de dessin animé. Les parents abandonnent les enfants devant ces écrans parce que pour eux, ces écrans les calment, les préoccupent sans jamais provoquer de lassitude. Ils y sont tellement attachés au point à oublier les conséquences que ces outils engendrent. Le psychiatre (TISSERON, 2018), comme d'autres spécialistes, attestent que l'exposition excessive des enfants âgés de 3 à 6 ans perturbe le développement normal du langage oral. Il l'explique par la passivité de l'écran qui ne favorise pas une interaction de l'enfant avec son environnement social. Cette perturbation est plus constatée en vocabulaire où le stock lexical de l'enfant est pauvre.

Une étude japonaise de 2015 a montré des corrélations entre l'exposition à la télévision et des modifications des aires frontales, préfrontales, les aires visuelles et l'hypothalamus.... Ainsi qu'une baisse du QI (Takeuchi et al., 2015).

Des cas de patients âgés de 4 ans ½ sont reçus pour la prise en charge orthophonique. L'une ou l'autre situation engendre des pathologies liées au langage oral chez l'enfant dont le retard du langage oral fera l'objet de notre recherche. Les parents de l'enfant présentant ce retard de langage oral, perdent espoir car le rêve d'un enfant idéal est perdu. L'enfant est ainsi abandonné. Or, l'environnement grâce à ses stimuli de toute sorte, contribue considérablement au développement du langage oral chez l'enfant ; ce qui pouvait les motiver à plus s'occuper de l'enfant en difficulté.

C'est dans le souci de montrer l'étroit lien entre l'environnement et le développement du langage oral d'une part et son rôle dans l'amélioration du retard de langage que le thème « **RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE: CAS DES ENFANTS DE 4 ANS ½ A 6 ANS** » fait l'objet de notre recherche.

Notre travail sera articulé autour de quatre chapitre dont le premier est intitulé considérations théoriques de la recherche, le deuxième présente le contexte et la démarche méthodologique de la recherche. Le troisième quant à lui expose la problématique de l'acquisition du langage oral et ses aspects pathologiques chez l'enfant. Le quatrième est consacré à la présentation, à l'analyse, à la discussion des résultats ainsi que les perspectives et les suggestions.

Abordons à présent le premier chapitre de ce travail ?

CHAPITRE 1 : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE LA RECHERCHE

Dans ce premier chapitre, il est abordé la problématique et la question de recherche, la revue de littérature et la clarification conceptuelle.

1.1. Problématique et question de recherche

Dans la pratique clinique en orthophonie, les enfants âgés de 4 ans ½ à 6 ans sont plus fréquemment référés par le médecin en orthophonie pour le retard de langage oral. Ce constat concorde avec les résultats issus de notre enquête où 05 orthophonistes sur 07 soit 71.42% affirment recevoir ces cas d'enfant à une forte fréquence chaque mois. D'autres recherches ont abondé dans le même sens que les orthophonistes béninois. Les troubles du langage oral sont extrêmement fréquents. Ils auraient une prévalence de 15 % en France 2015 allant du simple retard à la dysphasie. Plusieurs causes sont à la base de ces difficultés. Il est constaté le plus souvent que les parents n'accordent plus assez de temps pour échanger avec leurs enfants. De plus, les enfants sont très tôt livrés aux écrans. Le drame est que ces enfants commencent à imiter de façon erronée les personnages du film ou du dessin animé auxquels ils sont exposés. Des recherches effectuées par (ChonchaiyaW1, Pruksananonda C Television viewing associates with delayed language development Acta Paediatr, 2008 Jul; 97:977-82) ont démontré la corrélation entre le retard de langage et une surexposition aux écrans chez les enfants jusqu'à 24-30 mois. De plus, des études ont démontré une corrélation entre les troubles de l'attention et une surexposition aux écrans jusqu'à 36 mois (Schmidt, Pempek, & al, 2008). Or, l'attention soutient et favorise le développement du langage oral. L'enfant apprend à se concentrer dans une atmosphère calme en jouant (Courage, Murphy, & al, 2010). La relation mère-enfant est d'autant si capitale que (BRUNER, 1983 p.15) a démontré que l'enfant ne peut pas accomplir les prodiges de l'acquisition du langage oral sans posséder en même temps un ensemble de capacités uniques le prédisposant à apprendre le langage oral, apparenté à ce que Chomsky a appelé "dispositif d'acquisition du langage : DAL". Mais les parents ne jouent plus convenablement leur rôle de stimulation de l'enfant.

Les enfants grandissent dans un environnement défaillant en stimuli pouvant faire développer leur langage oral.

Cette situation a favorisé le développement des pathologies liées au langage oral comme le retard de langage oral chez les enfants. A cet environnement déjà pauvre en stimuli, s'ajoute le phénomène de bilinguisme et les problèmes organiques.

L'enfant une fois scolarisé, éprouve de difficulté à être intelligible. De plus, le langage écrit lui pose de véritables problèmes jusqu'au point où certains abandonnent l'école.

Ces capacités (capacité à imiter et à exprimer des émotions, la capacité à synchroniser ses mouvements avec ceux d'autrui), constituant un répertoire de réponses génétiquement programmé, jouent sans doute un rôle déterminant au cours de la communication précoce (COLLETTA, 2004 p.113). Mais il s'agit aussi du résultat d'un apprentissage réalisé dans le cadre d'interactions sociales surtout avec l'adulte <<scénario transactionnel>>. Ce scénario, au début sous le contrôle de l'adulte, produit un "système de support pour l'acquisition du langage : SSAL". En un mot, c'est l'interaction entre le DAL et le SSAL qui rend possible l'entrée de l'enfant dans la communauté linguistique et, en même temps, dans la culture à laquelle le langage donne accès (BRUNER, 1983 p.15). Les interactions entre la mère et l'enfant constituent la base de l'évolution langagière et du développement intellectuel et affectif de l'enfant. C'est-à-dire que l'acquisition du langage oral commence quand la mère et l'enfant créent un <<scénario>> prévisible d'interaction qui peut servir de microcosme pour communiquer et établir une réalité partagée (BRUNER, 1983 p.15). Le fait de présenter un développement langagier atypique a des répercussions à moyen terme et à long terme sur le développement cognitif, psychologique, sur la scolarisation et sur l'intégration sociale (Hildyard & Wolfe, 2002), (Irwin et al., 2002; Timler, 2003), (Irwin et al., 2002; Vigil et al., 2005), (Catts et al., 2002; (Manor et al., 2001). De plus, ces enfants sont stigmatisés par les populations car ils sont considérés comme des divinités liées à l'eau. Dans cette situation, certains parents les abandonnent à eux-mêmes ou bien les surprotègent. Des fois, les tradithérapeutes les reçoivent car, ils considèrent le retard de langage oral comme une anomalie liée à un "dieu". Certains professionnels de la santé n'ayant pas une idée claire du retard de langage oral, conseillent aux parents d'attendre et que le langage viendra de lui-même. Ils procèdent aussi pour la plupart des cas à une frénectomie¹ oubliant que c'est le cerveau qui est à la base de ce retard. Il est donc nécessaire de se demander quelles sont les causes du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois ? Quelles sont les conséquences de ce retard de langage sur ces enfants ? Comment ces enfants sont-ils pris en charge au Bénin ?

De ces questions de recherches, découlent les hypothèses.

1.1.1. Hypothèses et Objectifs de la recherche

Dans cette rubrique, il est premièrement abordé une hypothèse générale et les hypothèses spécifiques puis les objectifs de l'étude.

Frénectomie¹ : coupure du frein de langue

1.1.1.1. Hypothèses

Pour mieux apprécier cette thématique, il est émis une hypothèse générale suivie des hypothèses spécifiques.

1.1.1.1.1. Hypothèse Générale

Le retard dans le processus d'acquisition du langage oral a des causes et des conséquences sur les enfants âgés de 4 ans ½ - 6 ans.

1.1.1.1.2. Hypothèses spécifiques

Les hypothèses spécifiques suivantes sont formulées :

- Les problèmes organiques et la carence environnementale sont des causes du retard dans le processus d'acquisition du langage oral chez les enfants 4 ans ½ à 6 ans dans le contexte béninois;
- L'échec scolaire et la stigmatisation sont les conséquences du retard dans le processus d'acquisition du langage oral chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans dans le contexte béninois ;
- Il n'existe pas un cadre de prise en charge pluridisciplinaire des enfants présentant un retard dans le processus d'acquisition du langage oral pour un meilleur suivi thérapeutique.

Alors quels sont les objectifs visés par ce travail ?

1.1.1.2. Objectifs de la recherche

Il s'agit ici de présenter l'objectif général et les objectifs spécifiques.

1.1.1.2.1. Objectif général

Le travail vise principalement à montrer les situations qui entravent l'acquisition du langage oral chez les enfants âgés de 4 ans ½ à 6 ans et la vie de ces derniers.

1.1.1.2.2. Objectifs spécifiques

- Ressortir toutes les causes liées à l'environnement social et les causes organiques du retard dans le processus d'acquisition du langage oral chez les enfants âgés de 4 ans ½ à 6 ans;
- Relever les conséquences du retard dans le processus d'acquisition du langage oral chez les enfants âgés de 4 ans ½ à 6 ans dans le contexte béninois ;
- Exposer les différentes possibilités de prise en charge du retard dans le processus d'acquisition du langage oral chez les enfants âgés de 4 ans ½ à 6 ans.

Quels sont les termes qui abordés dans la clarification conceptuelle ?

1.1.2. Clarification conceptuelle

La clarification conceptuelle prend en compte non seulement la définition mais aussi l'évocation des types de langage. Les concepts ci-dessous sont les plus importants abordés

dans cette recherche.

➤ Le retard de langage oral:

Il est défini selon le dictionnaire d'orthophonie (2011, p.241) comme « un décalage par rapport à une norme attendue ». Il est important de relever la différence entre la notion de retard et de trouble. En effet, si un retard se comble, un trouble, lui, persiste à vie.

La distinction entre ces deux notions est d'autant plus subtile que seuls certains critères complémentaires permettent d'aider au diagnostic (parfois pluridisciplinaire) : il s'agit de critères dynamiques (évolution insatisfaisante) ou quantitatifs et qualitatifs (inadaptation au handicap, déviances multiples). On peut distinguer le retard de parole et le retard de langage.

La notion de retard de langage adopté par cette recherche prend en compte le retard simple de langage et même les troubles de langage car que ce soit l'une ou l'autre difficulté, il est toujours observé un écart d'âge comparé à la norme. Ainsi, est-il identifié le retard simple de langage et celui complexe ou troubles de langage.

➤ Acquisition: selon le dictionnaire d'orthophonie, l'acquisition est une notion qui signifie « ce qui n'existe pas à la naissance, mais qui apparaît au cours de l'existence, par suite d'une adaptation de l'organisme à son milieu, d'un apprentissage. Ce terme est opposé le plus souvent à inné, à congénial ou héréditaire ». (Collecta 2004, p.105), distingue deux types d'acquisitions : l'acquisition linguistiques orientées vers la connaissance de l'outil (la langue naturelle) à acquérir c'est-à-dire l'acquisition du système phonologique, du lexique, de la morphologie et de la syntaxe ; des acquisitions orientées vers la maîtrise des usages de l'outil dans la communication comme le développement des capacités à communiquer, à converser et à produire des discours monologues, le développement des capacités à adapter ses conduites langagières au contexte (acquisitions pragmatiques et sociolinguistiques).

➤ Le langage oral

« Le langage oral est la capacité, spécifique à l'espèce humaine, de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux mettant en jeu une technique corporelle complexe et supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres corticaux génétiquement spécialisé » (DUBOIS et al 2002, p.264). « Le langage oral peut être défini comme un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres. En fait la définition du langage fait intervenir différentes disciplines : c'est un acte physiologique (réalisé par différents organes du corps humain), psychologique (support de l'activité volontaire de la pensée) et social (permet la communication entre les hommes) » (BRIN-HENRY et al 2011, p.147).

Pour le fonctionnaliste (Martinet, 2011), le langage obéit aux lois générales des activités humaines et donc à la tendance au moindre effort et cette loi implique l'existence d'un

nombre minimum d'unités aussi peu différentes que possible d'où le concept de la double articulation qui différencie radicalement les systèmes langagiers des autres systèmes sémiologiques et qui constitue la seule véritable caractéristique universelle des langues. La première articulation intervient sur le plan de l'expression et sur le plan du contenu : grâce à elle, un nombre indéfini d'énoncés est possible à partir d'un inventaire limité d'éléments appelés : monèmes. La seconde articulation ne concerne que le plan de l'expression. Les formes phoniques, qui représentent la deuxième articulation, se décomposent elles-mêmes en une succession d'unités distinctives appelées phonèmes qui sont en nombre restreint (une trentaine par langue) et satisfont à la tendance au moindre effort.

Quel est le modèle théorique sur lequel ce travail prend-t-il appui ?

1.2. Modèle théorique d'analyse du sujet

❖ *La théorie neuroéthologique de LOCKE*

Il s'agit d'une théorie très récente. La théorie de Locke en est une qui unifie des aspects biologiques et psychologiques pour arriver à une explication sur la langue humaine. Pourtant la langue est surtout un phénomène biologique pour lui. Locke est donc un linguiste qui s'intéresse à la psychologie et ses travaux portent sur le développement et la production du langage chez tous les jeunes enfants.

Selon Locke, il faut découvrir comment l'enfant acquiert les capacités émotives, sociales, perceptuelles, motrices, neuronales, cognitives et linguistiques dont il ou elle a besoin pour un usage effectif de la langue. Pour cette raison, il faut, selon lui, s'engager dans la recherche interdisciplinaire en linguistique, en psycholinguistique et en neurolinguistique.

Pour Locke, l'acquisition n'est pas le seul processus qui fait que l'enfant arrive à parler mais dépend aussi du développement du système nerveux. En même temps; Locke ne veut pas être uniquement centré sur l'adulte, il décrit comment l'enfant lui-même doit expérimenter l'acquisition du langage. Toujours pour cet auteur, l'enfant voyage le long d'un sentier de croissance développementale qui n'est pas lui-même linguistique mais qui mène au langage d'une façon naturelle. Il pense que le chemin qui mène l'enfant vers le langage dans les premières années est lié au génome² en collaboration avec des interactions sociales qui caractérisent notre espèce et d'autres facteurs qui sont de nature biologique. Il attribue donc une part beaucoup plus importante à l'environnement plutôt qu'à l'inné dans le développement du langage. L'enfant voyage le long d'un sentier de croissance développementale qui n'est pas lui-même linguiste mais qui mène au langage d'une façon naturelle. Selon Locke, ce qui est signifiant pour que l'enfant apprenne une langue, est écrit dans les visages, les voix et les gestes des locuteurs de son entourage. La structure visible et

les mouvements du visage (les yeux y sont inclus) qui servent de modèle et qui sont un facteur crucial en matière d'acquisition de la langue maternelle fournissent, entre autres, des informations concernant l'indexation (indexical informations).

De plus, l'activité oro-faciale fournit de l'information sur les phonèmes, surtout sur l'endroit de leur articulation, ce qui est également important et stimule plus l'enfant. Le cerveau de l'enfant est préprogrammé pour adopter des comportements qui mènent au langage parlé, mais en même temps, le développement neuronal dépend de stimuli.

Mais les stimuli visuels ne sont pas vraiment nécessaires pour développer le langage puisque les enfants aveugles apprennent à parler. Dans ce contexte biosocial, il y a deux aspects importants, dépendance (helplessness) et attachement maternel (maternal attachment). Ces deux aspects sont à la source d'interactions persistantes et intimes qui permettent que le développement de l'apprentissage vocal et référentiel, nécessaire à la construction d'un lexique, se produise. Le bébé est spécialement dépendant de ses parents par rapport aux autres primates. La dépendance infantile est ainsi indirectement responsable pour la création d'un canal communicatif. Tous ces comportements interactifs font partie des caractéristiques innées en ce qui concerne la cognition sociale de l'espèce humaine. Celles-ci pourraient bel et bien refléter des histoires phylogénétiques qui ont convergé et ainsi produit des mécanismes neuronaux unitaires pour le traitement d'activité vocales faciales.

Des expériences ont démontré que l'identification de visages et de voix sont accomplis par des mécanismes différents du cerveau. Pour cette raison, Locke émet l'hypothèse de double spécialisation. Selon celle-ci, l'enfant dispose d'un côté d'un système de communication hautement spécialisé appelé SSC (specialization in Social Cognition) et d'un module d'analyse grammaticale appelé GAM (Grammatical Analysis Module). Le premier responsable pour la mémorisation des sons vocaux et ainsi pour celle du vocabulaire et pour les compétences pragmatiques.

L'autre est responsable de la partie computationnelle de la morphologie et est aussi responsable de la phonologie et de la syntaxe. Le SSC est mis en opération dès l'enfant vient en contact avec son entourage, tandis que le GAM n'entame son travail, selon les données en morphologie, qu'entre l'âge de 20 à 30 mois.

En définitive, l'enfant acquiert, selon Locke, une langue à cause de plusieurs facteurs, incluant l'orientation endogène et des mécanismes d'attention qui font que l'enfant soit orienté vers l'expression du visage et les voix des personnes de son entourage qui s'occupent

Génome² : c'est l'ensemble des gènes dans l'organisme humain

de lui. Tout cela contribue à ce que le système neuronal de l'enfant subisse le développement qui est préalable pour la capacité d'acquérir une langue humaine. Locke se révèle donc aussi comme un avocat de la thèse de la modularité de l'esprit.

❖ *La théorie de Vygotsky*

Selon la théorie de Vygotsky, l'enfant fait partie intégrante de la société qui soutient son apprentissage. Par conséquent, il est agent de son propre développement. Pour l'auteur, le jeu de rôle ou le jeu symbolique constitue une forme d'apprentissage culturel et social et le reflet des connaissances antérieures des enfants. L'une des contributions les plus importantes de la théorie de la médiation cognitive au monde de l'éducation est le concept de la zone de développement proximal (ZDP). D'après Vygotsky, la zone de développement proximal d'un enfant, à n'importe quel moment donné, se situe entre les habiletés et les connaissances moins complexes qu'il a complètement maîtrisées et les limites supérieures des habiletés et des connaissances qu'il peut maîtriser dans les meilleures conditions et avec un maximum d'aide. Vygotsky s'oppose ainsi à travers sa théorie à John Locke qui, en dehors de l'apport de l'entourage dans le développement du langage de l'enfant, fait cas de l'inné.

C'est pour cela que la théorie de John Locke est celle sur laquelle se base tout le développement de ce travail.

1.3. Revue de littérature sur le processus d'acquisition du langage et le retard de langage oral chez l'enfant

1.3.1. Revue de littérature sur le processus d'acquisition du langage oral

L'enfant étant un sujet en devenir, il est important de connaître les étapes du développement du langage oral pour le situer et l'accompagner dans son évolution, déterminer les objectifs à atteindre en fonction des compétences acquises et de celles restant à acquérir.

De nombreux auteurs ont décrit des stades et des repères de développement (dont Bates - 1994, de Boysson-Bardies - 1996, Muller - 1999, Kern - 1999, Le Normand - 1986, Rondal - 1998, ...). Il est repris ici de façon synthétique quelques repères de développement (Coquet, 2000) avec en particulier des âges d'acquisition de compétences langagières pour 90% des enfants. (Bernicot, 1998b), quant à lui, identifie quatre grandes étapes: la période prélinguistique, celle des énoncés d'un seul mot, celle des énoncés de deux mots, et enfin la période de la phrase avec son évolution longue et complexe qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte et parfois au-delà. Les âges indiqués pour chaque étape correspondent bien sûr plus à des repères qu'à des normes absolues d'évolution. Pour lui, la période prélinguistique (0-1 an) est caractérisée par l'émergence du babillage qui a pour sous-bassement l'activité vocale (cris,

pleurs...) et le contrôle articulatoire (5-6 mois). Pour cet auteur qui cite (Boysson-Bardies, 1996), l'enfant émet une gamme très étendue de phonèmes (unités de sons) qui dépasse largement celle de sa langue maternelle. A partir de 6 mois ses productions sonores commencent à se rapprocher des phonèmes de sa langue maternelle.

Pendant cette période, l'enfant passe progressivement d'une forme globale de communication mettant en jeu le corps tout entier à une forme plus différenciée qui fait appel à l'activité vocale et à un début de compréhension verbale. Ensuite, l'enfant entre dans les mécanismes de communication que Bruner a évoqué (Bruner, 1983; 1991), facilite l'émergence des bases de communication comme l'action conjointe, le pointage, le taping entre 9 et 18 mois. L'enfant adapte ainsi ses messages non verbaux à l'interlocuteur et à la situation de communication selon des règles analogues à celles utilisées pendant la période linguistique (Bernicot et Marcos, 1992). Pour sa part, (Delahaie, 2004), a mis l'accent sur non seulement la reconnaissance des phonèmes et la compréhension vers l'âge d'un an d'un petit nombre de mots (5 à 10 mots) qui accroît avec la capacité de l'enfant à produire vers trois ans (1500 mots) à la phase prélinguistique. La synthèse de (Coquet, 2004) des travaux de certains auteurs a de même abordé l'évolution des mots au cours du développement de l'enfant. A travers cette synthèse, (Coquet, 2004) a abordé le développement des bases de la communication (0- 6 semaines) et en plus, il est observé que l'enfant discrimine les contrastes phonétiques de toute langue, est sensible à la prosodie, crie et pleure de façon différenciée, Jase dans les situations de confort : "aoeu", met au point un répertoire commun avec l'adulte d'échanges de regards, de mimiques, postures, catégorise les voyelles de la langue maternelle, les consonnes de la langue maternelle, détecte la frontière des mots et réagit à son prénom et à des mots familiers, utilise "papa" "maman" de façon spécifique, utilise un jargon expressif et de nombreux gestes pour communiquer (6^{ème} semaine à 12 mois). (Delahaie, 2004), évoque la phase linguistique (1 an à 6 ans ½) et (Bernicot, 1998b), évoque les énoncés d'un seul mot (1an) et de deux (2 ans). La période linguistique est caractérisée à son début par l'acquisition d'un premier capital de mots et par l'apparition d'énoncés rudimentaires qui libèrent l'enfant des contraintes du geste et / ou de la mimique, jusqu'alors indispensables pour communiquer (Delahaie, 2004). Cet auteur ajoute qu'à ce stade du mot-phrase, le langage ne peut se suffire à lui-même: la signification du mot dépend du contexte (gestes, environnement). Le langage accompagne toujours l'action mais ne s'y substitue pas encore. Ce phénomène régresse au fur et à mesure que le nombre de mots acquis augmente, l'augmentation du capital linguistique ayant pour conséquence un gain de précision dans le sens des mots. (Nelson, 1973) cité par (Bernicot, 1998b), constate que les enfants ne parleraient pas tous pour dire la même chose.

Chez certains enfants, les énoncés sont plutôt référentiels c'est-à-dire orientés vers les objets. Chez d'autres, au contraire ces premiers énoncés sont plutôt expressifs c'est-à-dire orientés vers la communication: demande, refus et appel. D'une façon générale, les mots isolés produits sont interprétés par son entourage familial comme ayant des significations relativement complexes comparables à celles d'une phrase. A partir de l'âge de 2 ans, l'enfant produit des énoncés de deux mots qui sont organisés selon une grammaire, que l'on appelle grammaire-pivot, mise en évidence par (Braine, 1963) cité par (Bernicot, 1998b), à partir de corpus d'enfants anglophones. De cette grammaire, deux classes de mots sont identifiées: la classe pivot (P) et la classe ouverte(O). Les énoncés possibles de deux mots sont de la forme: O + P ou P + O. Les mots-pivots sont peu nombreux. Pour un enfant donné, chacun à une place fixée dans l'énoncé qui peut être soit la première, soit la seconde. Les mots ouverts sont plus nombreux. Pour un enfant donné, ils n'ont pas de place fixe dans l'énoncé. L'enfant comprend des phrases à partir de l'ordre syntaxique des mots si le contexte, la sémantique et la prosodie sont en cohérence. Toujours dans la période de 2 ans, (Coquet, 2004) a affirmé que l'enfant apprend 4 à 10 mots par jour et utilise une cinquantaine de mots vers 3 ans.

Par ailleurs, (Coquet, 2004) mentionne que l'enfant fait des phrases de type Sujet + Verbe + Complément qui se complexifient. Il comprend 1000 mots et en utilise plus de 500 vers 3 ans. Dans le même temps, (Delahaie, 2004) fait mention de la négation qui apparaît. Il identifie les simplifications de la syntaxe du «petit langage» qui sont causées par des omissions: il peut s'agir d'omissions de syllabes [kola] pour [ʃokola], [mæne] pour [promæne]...) ou d'omissions plus discrètes, au niveau des phonèmes (par exemple, [pati] pour [paʁti]), des substitutions: dans le cas d'une substitution, l'enfant remplace un phonème non encore acquis par un phonème très proche sur le plan articulatoire. Exemple : acquis relativement tard, le phonème [s] est habituellement remplacé dans le « petit langage» par le phonème [t] acquis plus tôt et dont le point articulatoire, c'est-à-dire la façon de placer la langue pour le prononcer, est proche [asi] devient volontiers [ati], des assimilations ou facilitations articulatoires : l'enfant rapproche les points articulatoires de deux consonnes d'un même mot. Par exemple, le point articulatoire du son [g] se rapprochant de celui du son [t], le mot [gato] est ainsi prononcé [ato].

Les bilans orthophoniques réalisés dans la pratique clinique avec les enfants âgés de 4 ans ou plus présentant un retard de langage ou non (enfant sans difficulté langagière 1 an et 1 an ½) a révélé le constat (sur les mêmes phonèmes) effectué par (Delahaie, 2004). Ces bilans sont effectués avec un test étalonné et standardisé dénommé «'Evaluation du Langage Oral (ELO)». Ces diverses simplifications sont liées à une progression relativement lente dans

l'acquisition du système phonologique. L'acquisition du répertoire des phonèmes de la langue se poursuit en effet bien au-delà de la première année. On admet que la maîtrise articulatoire de l'ensemble des phonèmes est acquise vers l'âge de quatre ans pour 75 % des enfants. Toutefois, certaines simplifications phonématiques peuvent persister jusqu'à l'âge de 6-7 ans. La période des trois ans en moyenne est marquée par un enrichissement spectaculaire du vocabulaire : le capital de mots évolue de 200 mots en moyenne à l'âge de 2 ans à 1 500 mots vers 4-5 ans.

A l'âge de 4 à 6 ans, l'enfant met en place des compétences de base dans de nombreux domaines. Il maîtrise son articulation et sa parole avec le développement structuré du lexique (1500 mots à 4 ans – 10 000 mots à 6 ans). L'enfant a acquis les principaux morphèmes grammaticaux (pronoms personnels et possessifs, prépositions de lieu, de temps et de moyen, articles) et utilise correctement les flexions nominales et verbales dans la phrase. Il respecte les règles conversationnelles. De 6 à 8 ans pour ces auteurs, l'enfant fait des apprentissages liés à l'écrit et maîtrise des compétences métaphonologiques. (Bernicot, 1998b), mentionne quant à lui que l'évolution du syntagme nominal est marquée par l'évolution de ces différents éléments: nom, pronom, article adjectif préposition et adverbe. Il ajoute, l'évolution du syntagme verbal est essentiellement marquée par l'utilisation des différents temps et mode du verbe (passé, présent, futur). L'ensemble des formes est produit entre quatre et six ans. Sachant qu'il existe des différences interindividuelles fortes, on peut cependant donner les tendances d'un ordre général d'acquisition. Mais (Delahaie, 2004) trouve déjà qu'à partir de 3,5-4 ans en moyenne, les capacités de compréhension deviennent plus performantes : elles prennent en compte les aspects morphosyntaxiques du langage oral. Le traitement morphosyntaxique, qui tend à dominer jusqu'à l'âge de 6-7 ans, implique la mise en relation du thème du message et de son contenu.

Par ailleurs pour (PIAGET, 1947), l'enfant de 8 à 10-11 ans est au stade de la pensée opératoire concrète et développe des compétences métalinguistiques. Il maîtrise les différents types de discours, tient compte de l'interlocuteur et de la situation. De plus, de 10-11 à 14 ans, il développe une pensée hypothétique et déductive et peut argumenter.

A travers la neuropsychologie du langage, (Adams et Victor, 1993) expliquent qu'il existe trois zones principales du langage:

- La perception du langage parlé, occupe la zone temporale postérieure supérieure ;
- Une seconde zone, sous-tendant le langage écrit, occupe la circonvolution angulaire (lobule pariétal inférieur) ;

- Le gyrus supramarginal et la région temporale inférieure, qui relie les zones auditives et langagières visuelles, sont également très importantes dans le langage en tant que centres intégratifs des fonctions cross-modales visuelles et auditives.

Quelques schémas illustrent cette rubrique de la revue de la littérature.

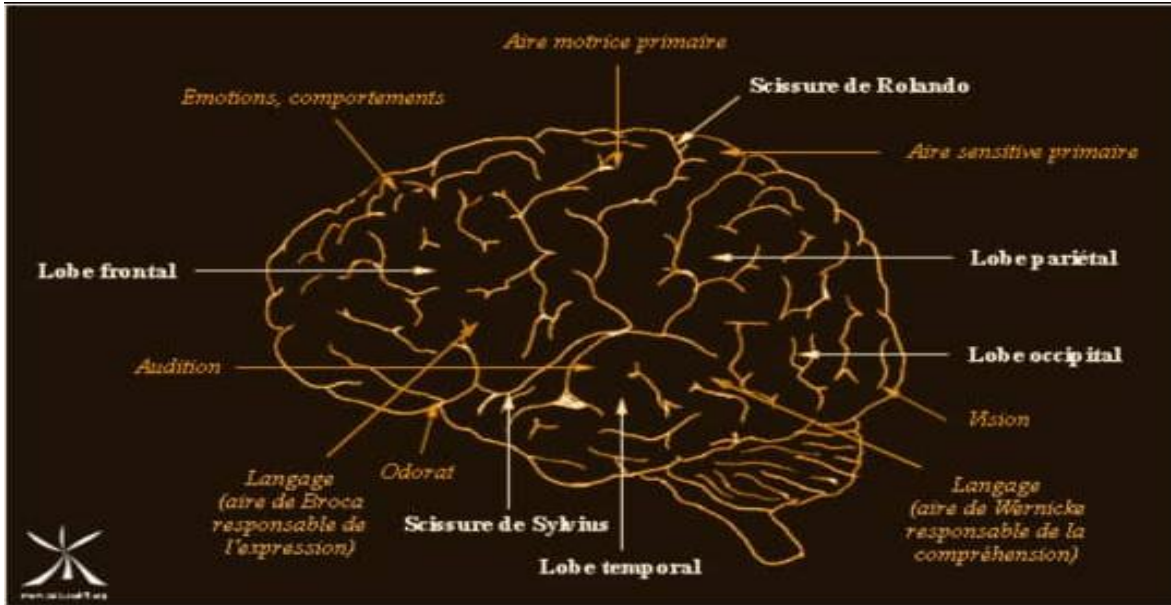


Schéma n°1 : Coupe longitudinale du cerveau montrant les différents lobes (google : internet)

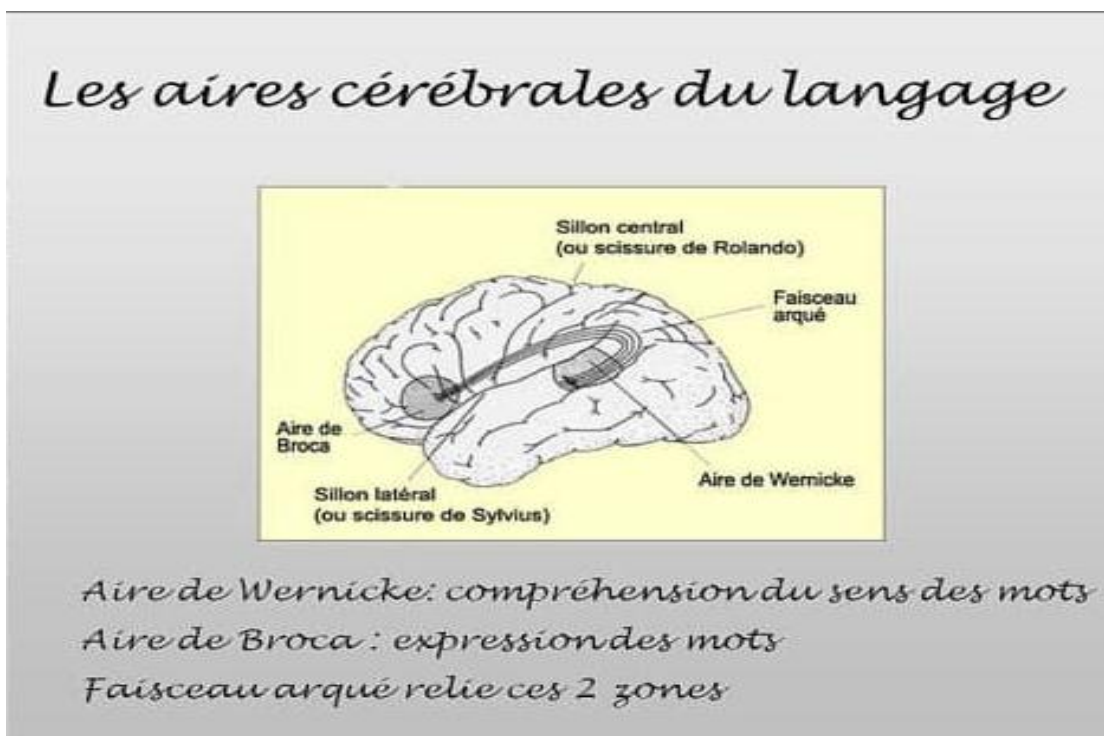


Schéma n°2 : Coupe longitudinale du cerveau montrant les aires du langage (google : internet)

Le langage oral a-t-il une boucle ? Comment fonctionne-t-elle ?

▪ La boucle du langage

Le schéma de la boucle du langage met en exergue les composantes entrant dans le processus d'acquisition du langage sur un cerveau sans déficit. L'absence d'une des composantes entrave l'acquisition du langage chez l'enfant.

Description

Réception / Compréhension

C'est la capacité à accéder à la signification du message. Cela suppose l'intégrité des organes sensoriels et du système nerveux central, une organisation de la personnalité et un développement psychoaffectif et relationnel satisfaisants et des capacités :

- d'attention,
- de perception et de reconnaissance,
- de mémoire,
- d'interprétation et d'abstraction.

Accéder au sens suppose la connaissance de la langue utilisée et une interprétation du contexte, de la relation entre les interlocuteurs et des mimiques et des gestes qui accompagnent le message linguistique.

Production/Expression

C'est ce qui est produit en utilisant différentes modalités corporelles et gestuelles, vocales et verbales ou graphiques. Cela suppose une intégrité du système nerveux central et des organes effecteurs, une organisation de la personnalité et un développement psychoaffectif et relationnel satisfaisant et dépend :

- d'une organisation logique et cognitive,
- de la mémoire et de l'attention,
- des capacités motrices.

Le message produit subit des contraintes liées à la langue utilisée et au contexte d'expression.

Architecture à 3 niveaux d'organisation

- **Entrées** : module de perception (visuelle, auditive, kinesthésique),
- **Traitement** : fonctions supérieures (sémantique, mémoire, attention, cognitif),
- **Sorties** : module de sortie (productions orales, écrites, motrices).

- Audition du signal de parole :

Les caractéristiques acoustiques (hauteur, intensité, timbre...) du message sont perçues par l'oreille et transformées en signaux bioélectriques qui sont traités par le cerveau.

[En parallèle, des composantes visuelles sont perçues : images labiales, mimiques, gestualité de l'interlocuteur, caractéristiques de l'environnement].

- Gnosies phonétiques

Elles sont sous la dépendance d'un système multi sensoriel qui permet de reconnaître et de se représenter les sons de la parole (différenciés des bruits) ; ceux-ci sont triés selon leurs caractéristiques phonétiques. Les composantes prosodiques (rythme, intonation, mélodie, durées, accents) sont décodées partiellement. [Les composantes visuelles sont identifiées également].

- Analyse auditivo phonétique

Elle permet le décodage et la reconnaissance des différents phonèmes, de leurs groupements et leur succession, ce qui active une "représentation phonologique" des formes sonores localisées et identifiées.

- Accès lexical

A ce niveau, il y a identification d'une suite de phonèmes correspondant à un mot et activation d'une "entrée lexicale" parmi les mots contenus dans le lexique mental.

- Décodage des relations morphosyntaxiques

Les marques morphologiques (terminaisons des mots, mots outils comme les prépositions et les locutions, classes de mots...) et l'ordre des mots dans la phrase sont identifiés.

Traitement sémantique

Le système sémantique permet un traitement au niveau supérieur qui intègre toutes les composantes (lexique, morphosyntaxe, prosodie) et permet une mise en réseau des connaissances, un accès au sens comme la mise en place et le maniement des concepts et des idées.

- Traitement pragmatique

La pragmatique désigne la dimension instrumentale et sociale de langage qui recouvre les intentions de communication, le choix ou la prise en compte des informations, leur mise en rapport avec le contexte, les interlocuteurs, le thème de l'échange.

- Sélection lexicale

En fonction des données sémantiques à transmettre, il y a choix de mots dans le lexique mental.

- Formulation et programmation morphosyntaxique

Il faut un agencement et une sériation de mots choisis et la mise d'indices selon les caractéristiques morphosyntaxiques de la langue.

- Programmation phonologique

Pour déterminer la forme sonore du message, il faut choisir des phonèmes (ce qui suppose d'activer leurs caractéristiques spécifiques) et prévoir leur agencement en syllabes, en mots, en groupes de mots. Les indices prosodiques sont codés.

- Praxies phonétiques

Sous la dépendance d'un système permettant la coordination des mouvements, il y a mise en place d'un schéma de programmation motrice pour la réalisation phonétique et l'articulation et d'un schéma de programmation motrice pour la production vocale et la prosodie.

[Des programmations sont activées en parallèle pour la réalisation des gestes et mimiques faciales qui vont doubler la verbalisation.

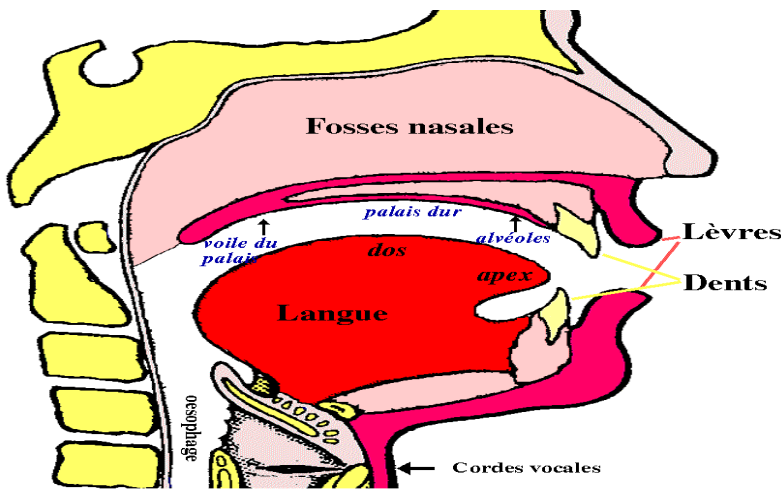
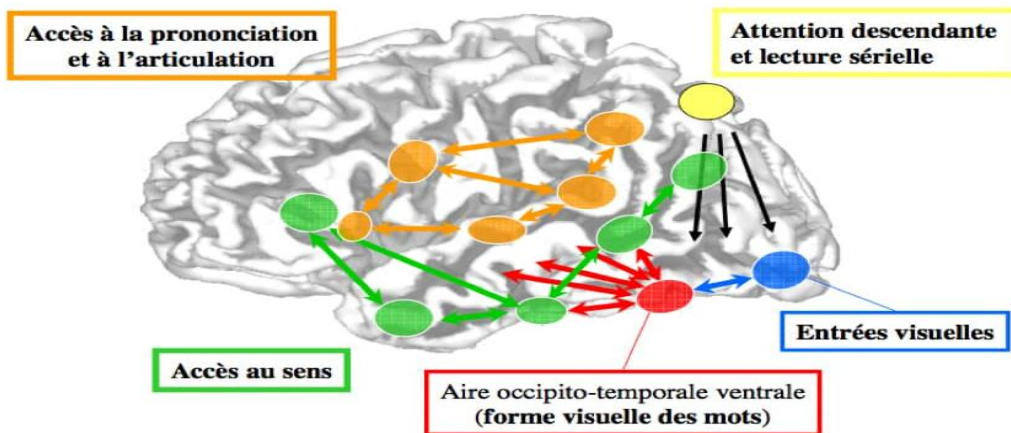


Schéma n°3 : les organes buco-phonatoires (google : internet)

- La région occipito-temporale gauche semble servir de « voie d'entrée » visuelle de la lecture
- Trois autres grands réseaux semblent ensuite être impliqués:



d'après Stanislas Dehaene, cours du Collège de France

Schéma n°4 : le cerveau montrant les aires et leurs connections (Stanislas Dehaene)

- Production du signal de parole

Le message est produit vocalement et articulé par les organes phonateurs : il a des caractéristiques acoustiques (timbre, hauteur, intensité,...). Il est accompagné de mimiques, postures et gestes.

Le schéma ci-dessous résume tout ce qui est dit sur la description de la boucle du langage.

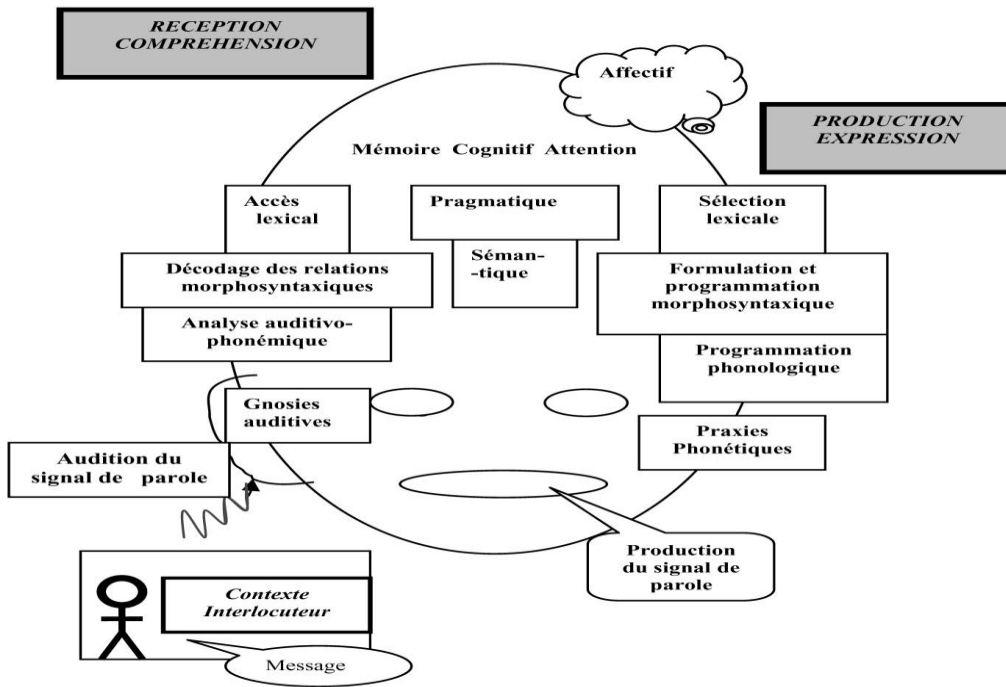
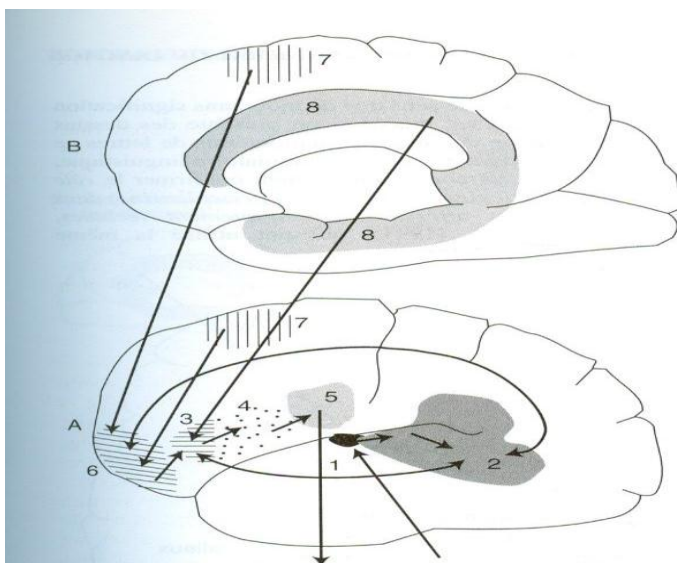


Schéma 5 : La boucle du langage (Coquet, 2004)



- 1) Aire primaire auditive. Projection
- 2) Aires second/tertiaire (Wernicke, GSM, GA). *Intégration*
- 3) Aire Broca, pars triangularis *Formulation*
- 4) Aire Broca, pars opercularis. *Programmation*
- 5) Frontale ascendante. *Réalisation phonatoire et articulatoire*
- 6) Cortex préfrontal. *Accès lexicale et adaptation au contenu sémantique*
- 7) SMA. *Initiative verbale*
- 8) Système limbique *active mémoire verbale,*

Schéma 6: AIRES CORTICALES IMPLIQUÉES DANS LE LANGAGE (C. Chevrier-Muller et J Narbona.

2007)

Beaucoup d'auteurs ont émis des théories sur le retard de langage oral chez l'enfant. Quelle critique peut-on faire sur ces différentes théories ?

1.3.2. Revue critique de la littérature sur le retard de langage oral chez l'enfant

Le retard de langage oral est "défini par son évolution comme un retard maturatif correspondant aux variations individuelles les plus extrêmes d'un développement normal" (Coquet, 2004), il est considéré comme un trouble fonctionnel. Le développement du langage se fait plus tardivement, plus lentement, mais en respectant les étapes normales du développement. Il est distingué de la dysphasie de développement considérée comme trouble structurel, sévère et durable. Il aurait un caractère transitoire et serait d'évolution assez favorable (soit qu'il évolue spontanément, soit qu'il réponde bien aux interventions thérapeutiques et langagières). Cependant son caractère transitoire ne peut être mis en évidence qu'à posteriori ; chez le sujet jeune (à 3/4 ans), aucun signe ne permet de savoir de façon précise si le trouble évoluera favorablement ou non. De plus, la récupération de ce retard pourrait n'être qu'illusoire (hypothèse de la récupération illusoire, Scarborough, 1990) : à long terme, un pourcentage important de sujets continue de présenter des difficultés de langage (au niveau du langage élaboré) et/ou des difficultés d'apprentissages. Enfin, la composante, déficit des capacités métaphonologiques est prédictive de difficultés d'acquisition du langage écrit.

Dans la littérature anglo-saxonne et nord américaine, on parle de S./L.I. : Speech and/or Language Impairment (Trouble de la parole et/ou du Langage) pour qualifier globalement les altérations du langage de l'enfant que ce trouble soit primaire (Spécific) ou secondaire (Secondary).

Le Language Impairment (Trouble du langage) se définit comme "désordre global où les différents aspects de fonctionnement du langage sont altérés : sur le versant expressif, la phonologie, la morphosyntaxe et la sémantique et sur le versant réceptif, la compréhension" (Bishop et Edmunson, 1987). Pour cette typologie, comme catégorie incluse ou comme catégorie disjointe selon les auteurs, on parle également de S.E.L.D. (Slow Expressive Langage Development) ou Late Talkers (sujets à développement lent du langage expressif) pour des enfants identifiés très précocement comme présentant un trouble du langage (moins de 50 mots de vocabulaire actif et absence de phrase par juxtaposition de 2 mots à 2 ans).

Les troubles du langage sont classés sans faire de dichotomie entre retard et déviance :

- pour le (DSM-IV)³ en :
 - Trouble du langage expressif,
 - Trouble du langage mixte expressif – réceptif,
 - Trouble phonologique,
- pour la (CIM-10)⁴ en :
 - Trouble spécifique de l'articulation,
 - Trouble du langage expressif,
 - Trouble du langage réceptif.

Le présent travail, pour être élaboré suivant les normes de rédaction, prend appui sur une méthodologie de recherche. Le chapitre suivant expose la dite méthodologie.

DSM-IV³: Diagnostic and statistic Mental IV

(CIM-10)⁴: Classification Statistic International of diseases 10

CHAPITRE II : CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre prend en compte non seulement le terrain d'enquête mais aussi la méthodologie adoptée pour cette recherche. Il sera présenté dans cette rubrique, la nature de l'étude et les approches méthodologiques utilisées.

II.1. Cadre physique de la recherche

L'étude s'est déroulée dans la commune de Porto-Novo plus précisément à la Clinique Louis Pasteur (CLP). Le choix est porté sur cette clinique à cause de l'intervention d'un orthophoniste. La Clinique Louis Pasteur, clinique dans laquelle nous intervenons est le centre de recherche de cette étude.

II.1.1. Historique et présentation de la Clinique Louis Pasteur (CLP)

De la volonté de Lucien et Véronique DOSSOU-GBETE, un couple médecin, prend corps le 08 juin 1998 à Porto-Novo, la Capitale du Bénin, une formation sanitaire privée : la Clinique Louis Pasteur. Le couple médecin s'était résolu à une mission de haute portée sociale et humaine : améliorer les soins de santé dispensés aux populations de Porto-Novo. Muant sans se faire prier, leur libre volonté en acte concret, Lucien et Véronique ont entrepris et mis en place un cabinet de soins, qui ouvrait de sept (07) heures à seize (16) heures. L'activité prenant de l'ampleur avec à la clé, des demandes de plus en plus croissantes et variées des usagers, les jeunes entrepreneurs s'étaient alors aperçus de la pertinence de leur choix. C'est ainsi qu'ils ont pris le risque de fonder Louis Pasteur. La clinique Louis Pasteur emploie aujourd'hui plus d'une cinquantaine d'agents de santé toute catégorie confondue.

Elle est une formation sanitaire privée polyvalente, établie à Porto-Novo, la Capitale du Bénin. Bâtie sur un domaine qui se trouve au quartier Djassin, sur la route de Louho, à sept cents (700) mètres de la voie hôtel beaurivage-carrefour Nadjo, la CLP loge dans une grande construction à trois niveaux. L'immeuble abrite plus d'une dizaine de services. Il s'agit de :

- La Médecine Générale ;
- Les Spécialités : (la Médecine Interne, la Gynécologie et l'obstétrique, la Dermatologie, l'Infectiologie, l'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), la pédiatrie, l'Ophtalmologie, l'Urologie, la Psychiatrie, la Cardiologie, la Chirurgie, la Psychologie, la Diététique, l'orthophonie) ;
- Le Service d'Imagerie Médicale : (la Radiologie et l'Echographie) ;
- Un Laboratoire d'analyses biomédicales ;
- Une Pharmacie à usage strictement interne ;

- Un Service Accueil ;
- Une Direction Administrative et Financière ;
- Un Service Comptabilité ;
- L'Ambulance ;
- Un Service Technique ;
- Un service de restauration.

La Clinique Louis Pasteur évolue sous la Direction Générale de Docteur Lucien DOSSOU-GBETE, qui a pour Adjointe, le Docteur Véronique DOSSOU-GBETE. Un personnel motivé, compétent et assidu à la tâche intervient sur toute la ligne, pour la mise en œuvre et la concrétisation de la politique générale de l'entreprise, qui ne vise que l'amélioration des soins de santé au Bénin.

La CLP emploie cinq (05) médecins permanents, une dizaine de médecins vacataires, 2 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), 2 Infirmiers de Santé (IS), 4 Sages-femmes permanentes, 1 Pharmacien biologiste, 19 Aides-soignants (AS), 1 Technicien Supérieur de radiologie permanent et 1 vacataire, 4 Techniciens de laboratoire, 1 psychologue, 1 kinésithérapeute, 1 Orthophoniste, 1 Spécialiste en Administration et Gestion des Ressources Humaines, puis en Management des Entreprises, 3 Comptables, 4 caissières, 3 agents d'accueil, 6 agents d'entretien et 1 blanchisseur, 1 Aide-Comptable, 1 Educatrice thérapeutique et 2 agents de pharmacie.

Mais pourquoi l'orthophonie dans la Clinique?

Cette spécialité est intégrée parmi les spécialités de la clinique depuis le 19 décembre 2013, pour la prise en charge des patients adultes, enfants et adolescents présentant des difficultés liées au langage oral et/ou écrit. Cette spécialité renforce l'équipe de soins déjà en place.

Une méthodologie est adoptée pour la réalisation de ce travail ?

II.2. Méthodologie de recherche

Elle prend en compte, les formalités administratives, la recherche documentaire, la population, la nature de l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion et les méthodes et techniques utilisées.

En consiste les formalités administratives ?

II.2.1. Les formalités administratives

Elles ont consisté à prendre contact avec les responsables de l'Association des orthophonistes et à adresser une lettre d'autorisation au Directeur de la clinique Louis Pasteur.

La recherche documentaire est un des points importants de la méthodologie.

II.2.1.1. Recherches documentaires

La documentation a couvert toute la période de la recherche. Nous avons recensé des documents dans les bibliothèques des structures et institutions qui pourront nous aider à faire le travail. Nous pouvons donc citer :

- La Faculté des Sciences de la Santé (FSS);
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF ;
- La Faculté des sciences Humaines et sociales (FLLAC);
- L'Institut National de la Linguistique Appliquée (INALA).

Outre ces structures et institutions, nous avons eu des documents dans les bibliothèques familiales. L'internet constitue également notre source de recherche documentaire.

Quelle est la population prise en compte par ce travail ?

II.2.1.2. Population cible

Cette étude porte sur les enfants venus en consultation orthophonique, les parents des enfants présentant un retard de langage, les enseignants de la maternelle et du primaire et les orthophonistes béninois.

Ce travail a énuméré les critères d'inclusion et d'exclusion

II.2.1.3. Critères de l'étude

La recherche prend en compte les critères d'inclusion et d'exclusion.

II.2.1.3.1. Critères d'inclusion dans l'enquête

Les personnes prises en compte par cette étude sont celles remplissant simultanément les conditions suivantes :

- Donner son consentement à participer à l'enquête ;
- Etre parent d'enfant présentant un retard de langage traité ou non ;
- Etre enseignants de la maternelle et du primaire ;
- Etre orthophoniste.

II.2.1.3.2. Critère d'exclusion dans l'enquête

Ne pas avoir d'enfant présentant un retard de langage. Un enfant qui présente une autre pathologie du langage en dehors du retard de langage oral tel considéré dans ce travail.

Quelle est la nature de ce travail ?

II.2.2. Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Elle prend en compte l'approche méthodologique quantitative.

II.2.2.3. Techniques quantitatives

L'enquête quantitative est effectuée sur la période allant de février 2018 à mai 2019 soit quinze (15) mois.

En quoi consiste la pré-enquête ?

II.2.2.4. La pré enquête

Dans le but de valider notre questionnaire, nous l'avons testé à travers une pré-enquête réalisée en premier lieu dans la commune Porto-Novo précisément à la Clinique Louis Pasteur (CLP).

Nous avons passé deux semaines à administrer le questionnaire aux enseignants.

Ce test a conduit à la modification de l'ordre de certaines questions (Q4 et Q6) et à la reformulation d'autres questions (Q10 et Q 12). De ce fait, les difficultés et contraintes liées à cette recherche ont été cernées.

Les informations sont recueillies par le biais des outils qui sont présentés.

II.2.3. Outils de collecte des données

Afin de recueillir les données, il est élaboré un questionnaire d'enquête administré à tous les enquêtés en plus, d'un test d'Evaluation du Langage Oral (ELO) auquel sont soumis les enfants venus en consultation. Le dit test est complété par des épreuves de répétition des voyelles, de consonnes et de syllabes (*voir annexes 6*). L'épreuve de praxies (*voir annexes 7*) L'épreuve de discours est tirée de NEEL constituée d'une histoire découpée en séquence (chute dans la boue adaptée *voir annexes 8*). Les consignes et les images de ELO sont adaptées lors de la passation en fõgbe ou gungbe. (*voir annexes 4 et 5*).

La collecte des données a été faite par nous même pour garantir la fiabilité des résultats.

Par ailleurs, l'API est utilisé pour la transcription des productions des 11 cas d'enfants reçus en consultation orthophonique (*voir annexes 9*) .

Comment les informations sont-elles traitées ?

II.2.3.1. Dépouillement et traitement des données

Les données collectées sont dépouillées et traitées à l'outil informatique. Il a été au préalable, vérifié chacune des fiches remplies et par la suite procéder à un regroupement thématique, c'est - à - dire à un classement des réponses par rubrique puis à une analyse du contenu de chaque rubrique. Après le codage et la saisie des données, ces dernières sont traitées par les logiciels spss 23 et EXCEL 2017.

Comment l'échantillon s'est-il constitué ?

II.3. Méthode d'échantillonnage

III.3.1. Taille de l'échantillon

Nous avons constitué un échantillon de 100 enquêtés répartis de la manière suivante :

- 40 parents d'enfants présentant un retard de langage oral ;
- 40 enseignants de la maternelle et du primaire ;
- 11 cas d'enfants reçus en consultation orthophonique dont le diagnostic est le retard de langage à la clinique Louis pasteur de Porto-Novo;
- 09 orthophonistes béninois ayant régulièrement traités ces cas d'enfants. Mais c'est 07 orthophonistes qui ont retourné les questionnaires d'enquête.

II.3.2. Techniques d'échantillonnage

II.3.2.1. Technique d'échantillonnage des orthophonistes

Nous avons choisi de rencontrer les orthophonistes. Nous avons utilisé donc la méthode non probabiliste et les techniques d'échantillonnage par quota et de choix raisonné dans la mesure où ces professionnels constituent des personnes ressources pouvant donner des informations fiables nécessaires et suffisantes sur le retard de langage oral. De plus, ils traitent ces enfants en difficulté qui leur sont référés par les médecins. Signalons que la plupart résident et travaillent à Cotonou.

II.3.2.2. Technique d'échantillonnage des parents d'enfant présentant le retard de langage et des enseignants de la maternelle et du primaire

A ce niveau, il est utilisé la technique d'échantillonnage de boule, ce qui nous a permis d'avoir des informations pouvant donner assez d'éléments d'analyses car ils ont été au moins une fois en contact ou non avec ces enfants en difficulté.

Quel outil est -il administré aux cas d'enfants présentant le retard de langage oral ?

II.4. Présentation du test d'Evaluation du Langage Oral (ELO) soumis aux enfants

Le test ELO a été élaboré par (KHOMSI ABDELHAMID, 2000) et est destiné aux enfants de la maternelle (petite, moyenne et grande session) et du primaire (CP, CE, CM) âgés

respectivement de 3 ans ½ à 10 ans ½ et susceptibles de présenter des difficultés langagières.

Ce test a pour objectif :

- ✓ d'évaluer le langage oral (vocabulaire, phonologie, compréhension et production linguistique)
- ✓ et de décrire le langage oral.

Le test est constitué au total de 16 épreuves composées de 20 à 30 items en moyenne chacune.

Il a servi au recueil des données, et est administré tel quel aux enfants reçus en consultation orthophonique scolarisé ou non. Il est passé aux enfants en respectant les limites indiquées aux enfants âgés de 3 ans ½ à 6 ans. Toutefois, certaines épreuves comme celles de lexique en réception, de lexique en production ont été changées aux enfants non scolarisés. De plus, ceux qui présentent une difficulté de langage oral très sévères, se sont vus administrés quelques items. Cette passation a été réalisée par nous même pour garantir la fiabilité des résultats dès que les enfants viennent en consultation orthophonique. De plus, il a été utilisé lors de cette recherche un enregistreur (appareil vidéo) pour mieux apprécier les stratégies mises en jeu par les enfants durant la passation du test.

Après la passation du test, une analyse et interprétation des résultats sont effectuées en prenant appui sur les scores obtenus sur chaque épreuve. C'est suite à tout cela que le diagnostic de retard de langage est posé. Ce sont les dossiers médicaux des enfants se situant dans la tranche d'âge de notre recherche qui ont été choisis. Il s'agit des dossiers de 2016 à 2019.

II-5 Les difficultés rencontrées au cours de cette recherche

Les difficultés sont liées surtout au non retour de deux questionnaires au niveau des orthophonistes et le manque de travaux de recherche pouvant nous faciliter la discussion. De plus, l'inadaptation du test administré aux enfants à nos conditions socio-culturelles.

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE L'ACQUISITION DU LANGAGE ORAL ET SES ASPECTS PATHOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT

III.1. Problématique de l'acquisition du langage oral chez l'enfant

Les auteurs ont des points divergents sur le processus de l'acquisition du langage oral. Ainsi, plusieurs théories ont enrichi cette question.

Il est question ici d'aborder les grandes théories sur l'acquisition du langage oral.

Ces théories de l'acquisition du langage oral constituent un domaine important de la linguistique moderne. Etant donné qu'elles sont souvent assez contradictoires, il semble important d'analyser la pertinence de plusieurs théories de l'acquisition du langage oral. Pour lever toute équivoque sur ce volet de ce travail, il vient d'analyser trois tendances théoriques de l'acquisition du langage oral qui se veulent une réponse à ce problème.

❖ La théorie neuroéthologique de John LOCKE

Il s'agit d'une théorie très récente. La théorie de Locke en est une qui unifie des aspects biologiques et psychologiques pour arriver à une explication sur la langue humaine. Pourtant la langue est surtout un phénomène biologique pour lui. Locke est donc un linguiste qui s'intéresse à la psychologie et ses travaux portent sur le développement et la production du langage chez tous les jeunes enfants.

Selon Locke, il faut découvrir comment l'enfant acquiert les capacités émotives, sociales, perceptuelles, motrices, neuronales, cognitives et linguistiques dont il ou elle a besoin pour un usage effectif de la langue.

Pour cette raison, il faut, selon lui, s'engager dans la recherche interdisciplinaire en linguistique, en psycholinguistique et en neurolinguistique.

Pour Locke, l'acquisition n'est pas le seul processus qui fait que l'enfant arrive à parler mais dépend aussi du développement du système nerveux. En même temps; Locke ne veut pas être uniquement centré sur l'adulte, il décrit comment l'enfant elle-même ou lui-même doit expérimenter l'acquisition du langage. Il pense que le chemin qui mène l'enfant vers le langage dans les premières années est lié au génome en collaboration avec des interactions sociales qui caractérisent notre espèce et d'autres facteurs qui sont de nature biologique. Il attribue donc une part beaucoup plus importante à l'environnement plutôt qu'à l'inné dans le développement du langage. L'enfant voyage le long d'un sentier de croissance développementale qui n'est pas lui-même linguiste mais qui mène au langage d'une façon naturelle. Selon Locke, ce qui est signifiant pour que l'enfant apprenne une langue, est écrit dans les visages, les voix et les gestes des locuteurs de son entourage. La structure visible et les mouvements du visage (les yeux y sont inclus) qui servent de modèle et qui sont un facteur

crucial en matière d'acquisition de la langue maternelle fournissent, entre autres, des informations concernant l'indexation (indexical informations). De plus, l'activité oro-faciale fournit de l'information sur les phonèmes, surtout sur l'endroit de leur articulation, ce qui est également important et stimule plus l'enfant. Le cerveau de l'enfant est préprogrammé pour adopter des comportements qui mènent au langage parlé, mais en même temps, le développement neuronal dépend de stimuli. Mais les stimuli visuels ne sont pas vraiment nécessaires pour développer le langage puisque les enfants aveugles apprennent à parler.

Dans ce contexte biosocial, il y a deux aspects importants, dépendance (helplessness) et attachement maternel (maternal attachment). Ces deux aspects sont à la source d'interactions persistantes et intimes qui permettent que le développement de l'apprentissage vocal et référentiel, nécessaire à la construction d'un lexique, se produise. Le bébé est spécialement dépendant de ses parents par rapport aux autres primates. La dépendance infantile est ainsi indirectement responsable de la création d'un canal communicatif.

Tous ces comportements interactifs font partie des caractéristiques innées en ce qui concerne la cognition sociale de l'espèce humaine.

Celles-ci pourraient bel et bien refléter des histoires phylogénétiques qui ont convergé et ainsi produit des mécanismes neuronaux unitaires pour le traitement d'activité vocales faciales.

Des expériences ont démontré que l'identification de visages et de voix sont accomplis par des mécanismes différents du cerveau. Pour cette raison, Locke émet l'hypothèse de double spécialisation. Selon celle-ci, l'enfant dispose d'un côté d'un *système de communication* hautement spécialisé appelé SSC (specialization in Social Cognition) et d'un *module d'analyse grammaticale* appelé GAM (Grammatical Analysis Module). Le premier responsable pour la mémorisation des sons vocaux et ainsi pour celle du vocabulaire et pour les compétences pragmatiques. L'autre est responsable de la partie computationnelle de la morphologie et est aussi responsable de la phonologie et de la syntaxe. Le SSC est mis en opération dès l'enfant vient en contact avec son entourage, tandis que le GAM n'entame son travail, selon les données en morphologie, qu'entre l'âge de 20 à 30 mois.

En définitive, l'enfant acquiert, selon Locke, une langue à cause de plusieurs facteurs, incluant l'orientation endogène et des mécanismes d'attention qui font que l'enfant soit orienté vers l'expression du visage et les voix des personnes de son entourage qui s'occupent de lui. Tout cela contribue à ce que le système neuronal de l'enfant subisse le développement qui est préalable pour la capacité d'acquérir une langue humaine. Locke se révèle donc aussi comme un avocat de la thèse de la modularité de l'esprit.

❖ La théorie chomskyenne

La théorie de Chomsky, grammaire générative (GG), est basée sur une méthode scientifique et que Chomsky considère la langue comme faisant partie de la biologie humaine. C'est une approche naturaliste des aspects linguistiques et mentaux du monde et elle cherche pour cette raison à construire des théories explicatives et intelligibles tout en ayant recours à de nombreuses idéalizations comme celle du milieu homogène dont est entouré l'enfant. L'étude de la langue dans le cadre des sciences naturelles a déjà été postulée par des linguistes au XIX^e siècle comme August Schleicher et Friedrich Max Muller. Or, dans le même temps, le philosophe Williard Van Orman Quine insiste sur la distinction entre la linguistique et la psychologie.

Le but principal de Chomsky est donc de donner une explication pour le phénomène de la langue. La faculté de langage, à laquelle Chomsky se réfère métaphoriquement comme à un « organe », a un « état initial » génétiquement fixé. C'est cet état que Chomsky essaye de rendre explicite dans sa théorie et c'est cela qu'il appelle Grammaire Universelle (GU).

Pour élaborer ses théories, Chomsky n'utilise pas de corpus, mais des données introspectives, sous forme de phrases grammaticales, ce qu'il appelle la compétence du locuteur. Il l'oppose à la performance d'un locuteur qui est l'usage réel que fait une personne de sa langue. La compétence est la connaissance du locuteur de sa langue, tandis que la performance est l'usage de la langue dans une situation concrète (dichotomie qui est très près du couple génotype et phénotype). Chomsky s'intéresse en première ligne à expliquer la compétence et c'est cela qui a, entre autres, rendu sa théorie si révolutionnaire. Pour l'auteur, le langage fait ainsi partie de l'équipement génétique de l'homme et représente alors un aspect de la génétique humaine. La GU fait donc partie du génotype. Chomsky conclut qu'il y a un organe distinct dans l'appareil cognitif, la dite faculté du langage, qui rend capables l'apprentissage de la langue humaine et qui produit les propriétés syntaxiques. Depuis la mise en place de la grammaire générative aux années 50, Chomsky a visé à concilier entre autres l'entreprise de construire un modèle explicite et précis de cette faculté du langage. Il établit des parallèles avec le développement d'autres organes, par exemple celui de l'œil et la perception visuelle. Le développement de ceux-ci est génétiquement préprogrammé et déclenché une fois les conditions de milieu nécessaire présentes et il en est de même avec la faculté du langage et ainsi de la langue. Elle se déploie selon des régularités biologiques, l'input linguistique n'ayant que la fonction d'un déclencheur. Il s'agit donc d'une continuation extrême d'une théorie de la maturation qui est orientée vers la biologie. Chomsky a créé une théorie linguistique qui donne donc la possibilité d'apprendre quelque chose du langage humain qui

est inhérent au cerveau. Pour cette raison, l'analyse linguistique générativiste n'a pas un moyen pour obtenir un aperçu de la construction et du fonctionnement de l'appareil cognitif humain. La GG se veut une sorte de confluence des propos de l'étude sur la langue et sur l'esprit/cerveau qui était oublié pendant longtemps et tout cela avec des données mises à la disposition par les sciences formelles.

Deux thèses sous-tendent cette théorie. L'hypothèse de la cognition, l'autonomie et la modularité. Selon les générativistes, les recherches ont montré qu'au moins deux domaines des capacités cognitives, la phonologie et la syntaxe, forment un système autonome, c'est-à-dire un système fermé de structures cognitives. Ce sont ces deux hypothèses qu'ils appellent « grammaire » ou « système conceptuel ». La thèse de la modularité est directement liée à celle de l'autonomie. Elle stipule que le système cognitif des humains est modulaire, c'est-à-dire qu'on croit qu'il comprend un nombre (fini) de sous-systèmes originaux et indépendants. Chacun de ces modules a une structure spécifique et des compétences spécifiques. La thèse de la modularité contraste ainsi nettement avec l'idée que la cognition humaine consiste en un système homogène de mécanismes et de stratégies avec lequel est traité la totalité de nos tâches cognitives.

❖ **La théorie cognitiviste de Piaget**

Le cognitivisme (aussi connu sous les noms de constructivisme et d'épistémologie génétique) est basé sur les idées de Piaget, le processus d'apprentissage d'une langue étant, selon cette approche-ci, la conséquence du développement des capacités intellectuelles générales chez l'homme. Selon Piaget, « seul le fonctionnement de l'intelligence est héréditaire et il n'engendre des structures que par des une organisation d'action successives exercées sur des objets ». Le cognitivisme a été élaboré à partir des célèbres travaux de Piaget sur la psychologie de l'enfant. L'enfant joue, dans le cadre de cette théorie, un actif de l'acquisition de sa langue maternelle est en accord avec tout son développement biologique ; il est question d'une élaboration continue d'opérations et de structures nouvelles. Celle-ci se passe lentement et graduellement de la même façon pour tous les enfants sous forme de différents stades de développement et les stades à parcourir sont logiquement nécessaires. Chaque stade est préalable pour que l'enfant puisse atteindre le prochain.

Autrement, cette théorie offre la possibilité de combiner les influences de l'entourage avec des principes innés. Pour Piaget et ses disciples, l'appareil cognitif humain dans son ensemble gouverne la langue. Plusieurs stades sont donc évoqués par Piaget comme les stades des créations. Pour Piaget, les connaissances ne peuvent être le seul résultat de la perception, mais

elles « sont toujours dirigées et encadrées par des schèmes d'actions ». La connaissance est de cette manière le résultat d'une action « et toute action qui se répète ou se généralise par application à de nouveaux objets engendre par cela même un schème, c'est-à-dire une sorte de concept praxique ». Ainsi, il ne s'agit pas d'une simple association, mais plutôt d'une assimilation des objets à des schémas du sujet en question. De ce point de vue, l'assimilation cognitive n'est qu'un cas particulier, le moteur de celle-ci étant l'accommodation d'un schème d'assimilation. Les mécanismes en question sont très généraux et sont en place depuis la naissance. Il s'agit de schèmes dont le stimulus a besoin pour pouvoir résulter en une réponse. Selon Piaget, on peut observer une suite de « stades qui semblent témoigner d'une construction continue ». Ces stades de création sont composés des périodes sensori-motrices qui sont des périodes qui précèdent le langage et pendant celles-ci l'enfant se constitue une logique d'actions, ce qui inclut, entre autre, les objets permanents, l'organisation de l'espace ; la conceptualisation des actions qui se manifeste lorsque l'enfant a entre deux à sept ans et elle consiste en une « représentation avec découverte de fonction entre les covariations des phénomènes, identité ». Cependant, cela exclut les opérations réversibles et les conservations. Ceux-ci se constituent au prochain niveau ; le niveau des opérations concrètes est atteint à l'âge de sept à dix ans et comprend des 'groupements' logiquement structurés, mais encore liés à la manipulation des objets ; la logique hypothético-déductive qui est à atteindre au dernier stade est la logique hypothético-déductive qui se constitue à l'âge de 11 ou 12 ans. Elle comprend entre autres combinatoire, ensemble des parties et groupes de quaternarité. Le second stade est celui des mécanismes de développement que Piaget qualifie d'abstraction réfléchissante. Il distingue trois types dont l'abstraction empirique qui porte sur des objets physiques extérieurs au sujet, l'abstraction logico-mathématique est dite réfléchissante car elle procède à partir des actions et opérations du sujet. Elle l'est même en un double sens, d'où deux processus solidaires mais distincts : celui d'une projection sur un plan supérieur de ce qui est tiré du niveau inférieur. Il s'agit alors d'un réfléchissement ; et celui d'une réflexion en tant que réorganisation sur le nouveau plan ; et l'abstraction réfléchie ou de pensée réflexive pour désigner la thématization de ce qui restait opérationnel ou instrumental. Les abstractions réfléchissantes et réfléchies sont les sources de nouveautés structurales. Piaget, dans sa théorie a recours au principe de la phénocopie selon lequel un phénotype peut se transformer en génotype à la suite d'une simulation de l'environnement. Ce qui est en question est donc « une sélection interne agissant sur des structures devenues plus puissantes ». cette théorie est une théorie qui suit le principe dit d'ordre par bruit (orderfrom noise), c'est-à-dire, elle soutient qu'un ordre global peut résulter d'interactions aléatoires et locales. Piaget a alors

adopté le principe d'équilibre qui a déjà fait partie de l'engagement ontologique de la mécanique classique. Ce principe avait été modifié et généralisé par la mécanique analytique et appelé les principes de moindre action et du chemin le plus court et il est connu dans la thermodynamique classique en tant que loi de la conservation de la force. Or, la compatibilité entre phénomène biologiques et ces lois thermodynamiques reste problématique jusqu'à nos jours. Il s'agit de deux engagements ontologiques, deux programmes en net contraste qui offrent chacun des explications peu compatibles pour le phénomène appelé « vie » dont chacun prétend être fidèle à la réalité.

L'un peut être appelé le programme du cristal, l'autre étant celui de la flamme. Selon le premier programme, les structures spécifiques sont régulières et invariantes, tandis que selon le dernier, une forme globale extérieure reste constante bien que l'agitation interne persiste.

Eu égard à ces théories sus-évoquées, il convient de souligner que la substance de la théorie de Noam Chomsky est fondée sur l'inné. C'est-à-dire que pour lui, l'enfant dispose d'un potentiel génétique à la naissance qui facilite le développement du langage. Il oppose à la performance d'un locuteur la compétence. Chomsky s'intéresse en première ligne à expliquer la compétence et c'est cela qui a, entre autres, rendu sa théorie si révolutionnaire. L'auteur n'a pas dans sa théorie abordé l'apport de l'entourage dans le développement du langage oral de l'enfant. Chomsky s'oppose ainsi à travers sa théorie à Locke qui, en dehors de l'inné fait cas de l'apport de l'entourage dans le développement du langage oral de l'enfant. Selon Chomsky, il existe des compétences mentales innées, inscrites dans le cerveau de l'homme, qui expliquent notamment ses capacités linguistiques universelles. Piaget soutient que les capacités cognitives de l'humain ne sont ni totalement innées, ni totalement acquises. Elles résultent d'une construction progressive où l'expérience et la maturation interne se combinent. Ce dernier s'éloigne de Chomsky et de Locke sur l'aspect de l'inné. Mais suite au grand débat entre Piaget et Chomsky, Piaget admet un peu plus tôt l'aspect de l'inné. Par ailleurs, Piaget conçoit l'enfant comme un chercheur qui, par son exploration et son action, apprend à connaître le monde et développe les habiletés et les stratégies nécessaires à la résolution de problèmes ce qui concorde en partie à la théorie de Vygotsky qui voit aussi l'enfant comme un apprenti. Ce dernier se démarque de Piaget en ajoutant que l'enfant acquiert connaissances et habiletés par l'entremise de ses interactions avec des mentors plus connaissant que lui. Selon la théorie de Vygotsky, l'enfant fait partie intégrante de la société qui soutient son apprentissage. Par conséquent, il est agent de son propre développement. Pour l'auteur, le jeu de rôle ou le jeu symbolique constitue une forme d'apprentissage culturel et social et le reflet des connaissances antérieures des enfants. L'une

des contributions les plus importantes de la théorie de la médiation cognitive au monde de l'éducation est le concept de la zone de développement proximal (ZDP). D'après Vygotsky, la zone de développement proximal d'un enfant, à n'importe quel moment donné, se situe entre les habiletés et les connaissances moins complexes qu'il a complètement maîtrisées et les limites supérieures des habiletés et des connaissances qu'il peut maîtriser dans les meilleures conditions et avec un maximum d'aide.

La théorie de la médiation cognitive met en évidence l'influence des interactions sociales sur le développement cognitif, langagier et social des enfants. Selon Vygotsky, la connaissance se construit à partir d'échanges (dialogue ou dialectique) entre l'enfant et les autres membres de la société. Dans ce contexte, les éducatrices, de même que le milieu culturel et linguistique dans lequel elles évoluent, jouent tous des rôles de grande importance en matière de développement des enfants. Vygotsky rejoint John Locke sur cet aspect de socialisation en dehors de l'innéisme de la faculté du langage. Le concept de l'étayage développé par Bruner découle de la zone de développement proximal élaborée par Vygotsky. Plus concrètement, l'étayage est le soutien que l'éducatrice donne à l'enfant. Bruner a évoqué dans sa théorie la notion de LAD (Language Acquisition Device) : capacités prédisposant l'enfant à la parole. Il identifie 4 dons innés (Disposition naturelle orientée vers moyens et fins, Transactionnalité, Systématisation et l'Abstraction). De ce fait, il rejoint les auteurs qui défendent la prédisposition génétique du développement du langage. Mais Bruner affirme que, c'est l'aide de l'adulte qui permet de mettre en place le LASS (Language Acquisition Support System). Autrement dit, l'environnement de l'enfant joue donc un important rôle dans l'acquisition du langage. Wallon partage le même point de vue que John Locke car pour lui, l'individu est un être biologique et social. Biologique en ce sens qu'il existe des facteurs internes à l'origine de la maturation biologique, des lois immuables de développement (étapes charnières) et la succession régulière de ces étapes. A cause de son immaturité biologique au départ (mouvements, cris, pleurs), l'individu a besoin du social pour survivre c'est-à-dire acquérir une signification (de ce qu'il fait/produit) grâce à l'entourage social. Ceci lui permet de s'adapter au milieu humain afin de mettre en place des relations avec autrui. La théorie du contexte culturel de Bronfenbrenner démontre l'influence de l'environnement sur le développement de l'enfant et sur les interactions parents enfants. Ainsi, aborde-t-il les notions de microsystème qui est le milieu immédiat de l'enfant dans lequel il interagit avec d'autres personnes. L'enfant influence ce milieu. Parallèlement, il est influencé par le même milieu. Le mésosystème met en relation les liens qui existent entre les différents microsystèmes. Il s'agit des liens qui existent entre la famille de l'enfant et la garderie, entre

les services de loisirs communautaires et le foyer. Cette dimension inclut aussi les réseaux de soutien social, c'est-à-dire les personnes avec qui il entretient des relations sociales et qui lui offrent différents types d'aide facilitent et renforcent le développement du langage chez l'enfant.

De tout ce qui précède, il est clair que le développement du langage ne se fait pas de manière désordonnée. Ce développement a pour premier sous-basement une prédisposition génétique qui ne peut s'exprimer toute seule. Comme preuve, les enfants mis en contact avec les loups durant des années n'ont pas pu avoir un langage articulé mais plus tôt celui des loups qui consiste à hurler. Ceci dit aisément que la société humaine joue un grand rôle dans l'expression de cette prédisposition génétique d'où l'apport de l'environnement social et humain de l'enfant. Tous les auteurs qui abondent dans ce sens ont considéré le développement du langage dans sa totalité. Il s'agit ici de la théorie neuroéthnologique de Locke qui est récente. Dans ce travail, c'est cette théorie en plus des courants qui vont dans la même direction qui serviront de repère.

Quels sont les aspects pathologiques du langage oral ?

III.2. Les aspects pathologiques de l'évolution du langage

III.2.1. Les déficits linguistiques secondaires à une pathologie acquise

Ces déficits sont divers et variés. De façon très schématique, et en référence à une modélisation neuropsycholinguistique, on distingue :

III.2.1.1. Les déficits secondaires à une atteinte des aires corticales associatives tertiaires du langage

Ils se caractérisent par une altération du traitement des aspects formels (phonologie, lexicale et morphosyntaxe) et des aspects sémantiques et pragmatiques du langage. Il s'agit principalement des aphasies qui se définissent par une détérioration du langage consécutive à une lésion cérébrale acquise. Cependant, chez l'enfant, on ne parle généralement d'aphasie proprement dite que lorsque la lésion survient après l'âge d'acquisition du premier langage, soit au-delà de deux ans. Les aphasies peuvent être d'origine vasculaire, infectieuse, tumorale ou traumatique. À ce niveau d'analyse neuropsycholinguistique, on peut aussi signaler les alexies et les agraphies acquises qui peuvent entraîner des pertes des apprentissages antérieurs et/ou une incapacité d'apprentissage dans les domaines respectifs de la lecture et de l'écriture.

III.2.1.2. Les déficits secondaires à une atteinte des aires associatives secondaires

Ils peuvent être d'ordre gnosique ou praxique.

III.2.1.2.1. Les **déficits gnosiques**

Les déficits gnosiques affectant le versant de la réception (versant perceptif ou gnosique) constituent dans les formes sévères un tableau d'agnosie verbale : la compréhension du langage oral est impossible, alors que l'audition est normale. Ces formes d'agnosie sévère ont été le plus souvent décrites dans le cadre de pathologies acquises associées à l'épilepsie sous le terme de syndrome d'aphasie acquise avec épilepsie (ou syndrome de Landau-Kleffner).

III.2.1.2.2. Les **déficits praxiques**

Les déficits praxiques affectant l'organisation des gestes de la parole (ou praxies articulaires) ne se manifestent le plus souvent que par l'acquisition retardée d'un ou plusieurs gestes articulaires. On parle alors de dyslalias. Exemple : le « ch » peut être produit avec une fuite latérale d'air ou schlintement. Mais il existe aussi des formes sévères : les apraxies verbales dans une forme complète, l'apraxie verbale n'autorise aucun développement de l'expression orale.

III.2.2. Les **déficits secondaires à une atteinte des aires associatives primaires**

Ils peuvent générer des déficits en « sortie » motrice et en « entrée » auditive.

III.2.2.1. En « **sortie** » **motrice**

En « sortie » motrice (production effective de la parole par le système phono-articulaire), on décrit des déficits de la commande et du contrôle de la motricité labio-glosso-pharyngée : les dysarthries. Celles-ci s'intègrent le plus souvent dans un tableau d'infirmité motrice cérébrale ou IMC, mais elles peuvent aussi être isolées dans le cas des syndromes pseudobulbaires corticaux. Elles résultent de lésions cérébrales précoces et irréversibles mais aussi d'atteintes paralytiques acquises au cours de l'enfance. Centrales ou périphériques, elles peuvent par exemple s'inscrire dans un contexte traumatique ou chirurgical.

III.2.2.2. En « **entrée** » **auditive**

En « entrée » auditive (au niveau de l'oreille), la découverte d'une surdité profonde (seuil de perception auditive supérieur à 90 dB⁴⁷) ou sévère (seuil auditif compris entre 70 et 90 dB) dans le cadre d'un bilan de dépistage des troubles du langage constitue une éventualité rare à l'âge préscolaire ou scolaire. L'impact de ces surdités sur l'acquisition du langage est tel qu'elles sont en moyenne diagnostiquées avant l'âge de deux ans contrairement au Bénin où ce diagnostic est fait à un âge très avancé quelque soit le type de surdité (5 ans environ). De même, les surdités moyennes (seuil auditif compris entre 40 et 70 dB) sont repérées le plus souvent avant l'entrée en scolarité préélémentaire (soit avant l'âge de trois ans). Dans ce type de surdité, le langage n'est perçu que s'il est émis à forte intensité. L'enfant s'appuie

spontanément sur la lecture labiale pour tenter de compenser son déficit mais, en l'absence d'appareillage prothétique et d'éducation auditive, se développe un tableau de retard sévère de parole et de langage. Les surdités légères (seuil auditif situé entre 20 et 40 dB) sont en revanche rarement diagnostiquées avant l'âge de 5-6 ans. Ces déficits retentissent sur la compréhension de la parole chuchotée et sur la perception des sons lointains. Le handicap est certes minime, mais il peut être très préjudiciable à l'enfant pendant la période du développement du langage. Les qualités d'écoute doivent en effet être parfaites pour permettre l'élaboration du langage. La précision de l'analyse acoustique engendre la précision de l'enchaînement phonétique à l'intérieur du mot, et donc une meilleure individualisation et mémorisation du mot auquel s'attache le concept. Si l'analyse est perturbée, le langage oral se développe lentement, il est mal articulé et l'apprentissage du langage écrit risque de s'en trouver compromis. Dans le contexte d'une surdité légère, l'otite moyenne séromuqueuse est l'entité la plus fréquente. Il s'agit d'une inflammation de l'oreille moyenne avec présence en son sein d'un exsudat visqueux⁷. Cette inflammation évolue à bas bruit et ne s'accompagne pas de symptômes d'infection aiguë : elle est par conséquent le plus souvent cliniquement muette. Elle affecte 5 à 10 % des enfants (l'âge de trois ans est celui de la plus forte incidence). On peut donc concevoir que la découverte d'une otite séromuqueuse constitue une éventualité fréquente dans le cadre du dépistage des troubles du langage. Lorsque, après traitement, l'enfant récupère une audition normale, il ne rattrape pas pour autant rapidement son retard langagier sans une aide rééducative.

III.2.2.3. Les déficits linguistiques secondaires à une psychopathologie

Les troubles du langage peuvent également s'inscrire dans un contexte psychopathologique : il s'agit des déficiences intellectuelles et des troubles de la communication. Parmi les troubles de la communication, l'autisme infantile se définit comme un trouble congénital du comportement pouvant se manifester dès les premières semaines de la vie ou n'apparaître que pendant la petite enfance.

L'autisme est caractérisé, à des degrés divers et dans des proportions variables, par l'association de troubles des interactions sociales marqués par une tendance à l'isolement, d'anomalies des conduites motrices (gestualité inhabituelle pour l'âge, stéréotypies motrices, anomalies du tonus...), de troubles des fonctions intellectuelles (la plupart des sujets autistes présentent un déficit intellectuel), de troubles affectifs (oscillations rapides de l'humeur, crises d'angoisse aiguës...) et de troubles du langage. Le langage peut être totalement absent ou développé de façon déviante avec des anomalies portant sur les aspects formels, sémantiques et pragmatiques. Quelle que soit la nature des troubles du langage, l'élément significatif est

que le langage n'a pas une véritable fonction de communication avec l'autre. Dans tous les cas, cette communication n'est pas source de plaisir. Lors d'un dépistage, la découverte d'une déficience mentale légère est une éventualité fréquente pour au moins deux raisons : d'une part, sa prévalence est relativement élevée (environ 20 %) et, d'autre part, les aptitudes langagières sont les plus fragiles chez l'enfant déficient mental. L'enfant atteint de déficience mentale légère acquiert la complexité morphosyntaxique du langage oral ; il acquiert également le langage écrit. Toutefois, son évolution langagière se fait à un rythme très lent, de telle sorte qu'un retard d'acquisition de la parole et du langage constitue un signe d'appel habituel. Près de 50 % des cas de déficience mentale légère sont d'étiologie inconnue.

Dans un peu plus d'un cas sur trois, une pathologie acquise peut être incriminée : il peut s'agir d'une pathologie prénatale (ex. : rubéole congénitale), néonatale (ex. : détresse respiratoire) ou post-natale (ex: traumatisme crânien au-delà du 28^{ème} jour de vie). L'importance du diagnostic précoce de déficience mentale légère est liée à la possibilité de mettre en place des soutiens spécifiques permettant au sujet déficient d'acquérir des connaissances scolaires et un langage oral suffisamment développé pour qu'une vie professionnelle adaptée puisse être envisagée.

Le retard de langage oral, quels en sont les différents types ?

III.2.3. Retard du langage : les troubles spécifiques de l'évolution du langage oral

La notion de trouble spécifique du développement du langage (TSDL) est définie par toute apparition retardée et tout développement ralenti du langage qui ne peuvent être mis en relation avec un déficit sensoriel, avec des troubles moteurs des organes de la parole, avec une déficience mentale, avec des troubles psychopathologiques, avec des carences socio-affectives graves, avec un dysfonctionnement ou une lésion cérébrale évidente. Les TSDL affectent 4 à 6 % des enfants d'une classe d'âge, 1 % étant porteurs de formes sévères. On distingue deux types de TSDL : les retards simples de langage et complexes ou trouble de langage (dysphasies de développement).

III.2.3.1. Les retards simples de langage et les retards complexes de langage

Il s'agit de TSDL dits « bénins », dans la mesure où ils se combent entre les âges de trois et cinq ans sans laisser de séquelles. Ils n'ont pas d'incidence particulière sur l'acquisition du langage écrit.

Le cadre explicatif de ces troubles serait celui d'un simple retard de maturation. On distingue:

Exsudat visqueux⁵ : pus avec des débris de cellules mortes

III.2.3.1.1. Le retard simple de langage

Atteinte des composantes syntaxiques et linguistiques du langage en dehors de tout retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité. Il s'accompagne généralement d'un retard de parole. L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans. Les troubles prédominent sur l'expression. Le vocabulaire est très pauvre, la syntaxe est rudimentaire : juxtaposition de mots sans liaison (style télégraphique) ; verbes non conjugués. Le trouble phonétique est associé. Il s'agit d'une forme phonologique pure dans laquelle la programmation c'est-à-dire le choix des phonèmes entrant dans la constitution d'un mot, ainsi que leur mise en séquence correcte est perturbée. Cette altération de la chaîne parlée, est constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de 4 ans. Il peut se manifester par des simplifications de mots semblables à celles qui se rencontrent dans les productions orales du petit enfant qui commence à parler. Par exemple, le mot [gato] pourra être prononcé [ato], (en fongbè [afókpa] pourra être prononcé [atòkpa]); en revanche, chez le même enfant, le phonème [g] et [f] des mots [garə] et [afò] peut être produit correctement. Le trouble phonétique comme "perturbation de la programmation des phonèmes qui composent un mot" (Coquet, 2004) est distingué du trouble d'articulation (erreur motrice permanente et systématique de réalisation des phonèmes). Les erreurs rappellent les altérations qui sont normales au cours du développement mais à un âge où elles auraient dû disparaître et sont sensibles aux procédures de facilitation et d'étayage.

La compréhension est meilleure que l'expression : l'enfant répond de façon adaptée aux situations de la vie courante ; mais un examen attentif montre généralement que la compréhension est inférieure à celle des enfants du même âge. L'importance de l'atteinte de la compréhension est un indice pronostique.

Sur le plan étiologique, différents facteurs sont envisagés :

- *facteurs génétiques* (fréquence des retards de langage dans certaines familles),
- *antécédents périnataux* (prématurité),
- *facteurs socioculturels* (insuffisance de stimulation par le milieu, pauvreté des interactions),
- *facteurs psychoaffectifs* (relation mère-enfant maintenant l'enfant dans une position régressive et fusionnelle).

L'évolution est généralement spontanément favorable mais parfois de façon lente.

Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent exister ensuite.

En quoi consiste le retard complexe de langage comme terme adopté par ce travail ?

III.2.3.1.2. Le retard complexe de langage ou trouble de langage

Apparition retardée ou organisation perturbée de la fonction linguistique au niveau du vocabulaire, de la structuration syntaxique, de l'utilisation du langage dans la communication. Le langage peut être atteint dans ses modalités compréhension et expression".

Le déficit est à la fois phonologique et syntaxique. Aux symptômes du retard de parole s'ajoutent des difficultés à associer les mots en phrase et à manipuler les composantes grammaticales. La sévérité du retard de langage est variable : il peut s'agir au minimum de maladresses syntaxiques et, au maximum, d'un tableau proche de l'agrammatisme avec des élisions (notamment des omissions de mots outils : articles, pronoms...) et l'absence de flexions verbales (par exemple, les verbes sont le plus souvent employés à l'infinitif). Il s'agit de perturbations normales au cours de l'évolution du langage, mais dont la persistance au-delà d'un certain âge conduit à poser le diagnostic de retard de développement.

Si le terme retard complexe est choisi dans ce travail pour désigner les troubles de langage oral, c'est à cause de l'irréversibilité de ces troubles dans le temps. De plus, il s'agit aussi ici d'un retard dans le développement du langage oral.

III.2.3.2. Exemple de retard complexe de langage ou trouble de langage : les dysphasies de développement

Contrairement aux retards simples de langage, les dysphasies développementales constituent des troubles significatifs, sévères et durables de l'évolution du langage oral.

Il est abordé pour la suite les principales caractéristiques des dysphasies.

III.2.3.2.1. Les principales caractéristiques des dysphasies

III.2.3.2.1.1. La gravité des symptômes :

La dysphasie constitue un handicap sévère sur le plan de la communication. Ce constat est valable quelle que soit la forme clinique envisagée.

III.2.3.2.1.2. Les troubles associés : En matière de dysphasie, les troubles associés sont fréquents. Ils concernent en particulier la motricité fine (ils sont responsables dans ce domaine d'un certain degré de maladresse d'écriture), la mémoire verbale à court terme (mémoire phonologique de travail) et le comportement qui peut être altéré avec, à des degrés variables, une instabilité motrice (hyperkinésie) et psychique (irritabilité, intolérance aux frustrations, agressivité parfois).

III.2.3.2.1.3. La notion de durabilité:

Les déficits linguistiques observables chez l'enfant dysphasique tendent, à des degrés variables, à persister à l'âge adulte. Le caractère persistant des troubles, associé à un certain

degré de résistance aux protocoles de rééducation, rend compte d'une évolution le plus souvent péjorative des apprentissages scolaires, et en particulier de l'apprentissage du langage écrit. Ainsi, selon certains auteurs, la plupart des enfants dysphasiques deviennent dyslexiques. Toutefois, ce constat doit être nuancé : selon d'autres auteurs, la dysphasie ne constituerait pas un facteur de risque pour la survenue d'une dyslexie développementale.

Quelle est alors la classification des syndromes dysphasiques ?

III.2.3.2.2. Classification des syndromes dysphasiques

On regroupe classiquement les dysphasies en trois groupes :

III.2.3.2.2.1. Les dysphasies dont les troubles prédominent sur le versant expressif

Il peut s'agir d'un trouble important de la programmation phonologique, avec une parole fluente mais peu ou pas du tout intelligible ou, à l'opposé, d'une atteinte sévère de l'articulation de la parole, avec une réduction de la fluence et parfois une absence totale de parole. Dans les deux cas, la compréhension (versant réceptif) est normale ou quasi normale.

III.2.3.2.2.2. Les dysphasies avec des troubles portant à la fois sur le versant réceptif et sur le versant expressif

Le déficit phonologico-syntaxique constitue la forme la plus fréquente. Sur le versant expressif, la fluence verbale est troublée, l'articulation altérée, la syntaxe est défaillante avec, au maximum, un tableau d'agrammatisme. Sur le versant réceptif, la compréhension est réduite, mais dans des proportions moindres que ne le laisserait supposer l'importance des troubles de l'expression. Le déficit phonologico-syntaxique est majeur et peut être confiné au mutisme. L'association à une atteinte sévère, voire à une abolition de la compréhension, réalise un tableau proche de celui de l'agnosie auditivo-verbale.

III.2.3.2.2.3. Les dysphasies en rapport avec un trouble de la formulation du Langage

Il s'agit tout d'abord du déficit sémantique et pragmatique : la parole est fluente, les phrases correctement structurées et le vocabulaire adapté. En revanche, le langage est inadapté au contexte et la compréhension d'énoncés complexes est déficiente. Le déficit lexico-syntaxique est caractérisé quant à lui par une syntaxe immature et un trouble de la compréhension des énoncés complexes.

Le chapitre IV vient après cette partie. Il est intitulé présentation, analyse et discussion des résultats, conséquences et suggestions

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION, DISCUSSION DES RESULTATS, PRESPECTIVES ET SUGGESTIONS

IV.1. Présentation, analyse et interprétation des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés

IV.1.1. Présentation des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés

La présentation des résultats prend en compte les résultats issus des bilans orthophoniques passés aux enfants et celle d'autres enquêtés (orthophonistes, enseignants de la maternelle et du primaire et les parents).

IV.1.1.1. Présentation des résultats de 11 bilans orthophoniques des cas de retard de langage oral reçus à la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo

Les bilans sont réalisés dans la langue maternelle de l'enfant (français ou fõgbe).

PRODUCTION ENCADREE 1 :

Motif de consultation : l'« enfant ne parle pas ».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 5 ans. Il est à la maternelle 1. Les parents font usage du français et du fongbé. Les difficultés remontent à l'accouchement où il y a eu les souffrances fœtales. L'enfant a été réanimé pendant 5 minutes. Son développement psycho-moteur et langagier ont connus de retard. Le premier mot utilisé par l'enfant est "papa, maman" est apparu à 03 ans ½. Il est scolarisé à l'âge de 4 ans à la maternelle 1 et a repris la même classe.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture. Sur cet enfant, il est constaté une hypotonie des lèvres supérieures et inférieures l'empêchant de réaliser les praxies. Une hypersialorrhée est notée chez l'enfant.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	[lapẽ] (φ), idem pour toutes les images.
Syntaxe et le discursif	- Description d'image scénique (la Chute dans la boue) : (φ)

- Lexique en répétition
- Les voyelles : [u] pour [y], [e] (*ouvre la bouche*)
 - syllabes: [ka] (ϕ), [fa] pour [ta], [la] pour [ja], [da] pour [za]
 - Répétition des mots : (ϕ),

COMPREHENSION ORALE

- Lexique en réception
- Désignation des images : (ϕ),
 - exécution des consignes simples et consignes complexes : (ϕ)

Commentaire : D'après le tableau ci-dessus, l'enfant n'est pas parvenu à réaliser les gestes praxiques. Cela est dû à l'hypotonie des organes bucco-lingo-facial. Il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, l'enfant n'a répété aucun des mots. Le même constat est fait sur les syllabes et les mots.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral.

PRODUCTION ENCADREE 2 :

Motif de consultation : l'« enfant ne parle pas bien».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 04 ans ½ et scolarisé à la pré-maternelle. Les parents font usage du français et du yoruba. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. L'enfant a fait une fièvre à l'âge d'un an ½. Il a acquis la marche et le premier mot à 1 an d'âge. Son premier mot est unique "papa". L'enfant n'a plus fait usage d'autres mots. La propreté et l'autonomie ne sont pas acquises. Il est scolarisé à l'âge de 4 ans à la pré-maternelle.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture. Cet enfant a réalisé les praxiques gestes praxiques en dehors du claquement de la langue et du gonflement des joues.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- [glas] (ϕ), [fapo] pour [gato], [buʒi] (ϕ); (ϕ) pour toutes les images.
Syntaxe et le discursif	- Description d'image scénique (la Chute dans la boue) : [mamã], [abi], [gasõku:ɛ], (ϕ pour la suite)
Lexique en répétition 5	- Répétition des syllabes: [fa] pour [ta], [la] pour [ja], [na] pour [da], [sa] pour [ta] - Répétition des mots : [biskɥi] pour [bikɥi], [sɔ:ɛti] pour [tɔti]

COMPREHENSION ORALE

- Lexique en réception
- Désignation des images d'action : 2/5
 - Exécution des consignes complexe : (φ)

Commentaire : Eu égard au tableau sus-présenté, l'enfant n'a pas pu claquer la langue ni gonfler les joues. Ce qui relève de l'hypotonie des organes bucco-lingo-facial. Il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, l'enfant a échoué et n'a répété aucun d'entre eux. Le même constat est fait sur les syllabes et les mots. Il a soit substitué ou supprimé les phonèmes entre eux [ʃ] pour [t], [n] pour [d], suppression [s] dans [biskʏi]. l'enfant a désigné 2 images sur 5. De plus, il n'a qu'exécuté que les consignes simples et a échoué sur celles complexes. Il est noté sur cette épreuve la persévération (maintien la même pour une autre) et le changement de désignation.

Hypothèse diagnostique: Retard simple de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 3 :

Motif de consultation : l'«enfant éprouve de difficulté à parler».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 04 ans ½ et scolarisé à la maternelle 2. Les parents font usage du français. La mère a fait un paludisme sur la grossesse. Elle a suivi un traitement de 03 jours. A l'accouchement, l'enfant a présenté un ictère néo-natal. Il est placé à la crèche pour la photothérapie pendant 05 jours. Le babillage est observé à l'âge de 03 à 4 mois. Les parents sont seuls dans la maison. Il n'y a plus d'autres enfants dans la maison. A 1 an ½, l'enfant répète quelques mots "papa, maman". Le développement psychomoteur s'est bien déroulé. A la naissance d'un autre jeune frère, l'enfant a régressé dans son développement psychomoteur et langagier.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture. Cet enfant a réalisé les praxiques gestes praxiques.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- [Pwasɔ̃] (φ), + [balɛ] (φ), (φ) pour le reste des images
Syntaxe et le discursif	- Description des images d'action de la Chute dans la boue : [gasɔ̃], [balɔ̃], [fosy:ɛ]
Lexique en répétition	- Voyelles : [a] + , [o] + , [e] + , [i] + , [u] + - les syllabes: [sa] et [fa] pour [ta] et [la] pour [ja], [za] pour [ga], [ʒa] (φ), et [ba] pour [ja] - Répétition des mots : [taksi] pour [tati] et [kamiɔ̃] pour [tāijɔ̃]

COMPREHENSION ORALE

- Lexique en réception
- désignation des images simples et d'action (ϕ)
 - Exécuter des consignes : (ϕ)

Commentaire : Le tableau ci-dessus montre que l'enfant a pu réaliser les gestes praxiques. Par contre il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, l'enfant n'a répété aucun des mots. Le même constat est fait sur les syllabes et les mots avec les phénomènes de substitution et de suppression sur les phonèmes [sa] et [fa] pour [ta] et [la] pour [ja], [za] pour [ga], [ʒa] (ϕ), et [ʁa] pour [ja]. Il en est de même pour les mots où il est observé [taksi] pour [tati] et [kamijō] pour [tātijō]. De plus, il n'a exécuté aucune consigne (simples comme complexes). Par contre, les voyelles sont toutes réussies.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral.

PRODUCTION ENCADREE 4 :

Motif de consultation : l'«enfant ne parle pas bien encore».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 05 ans et scolarisé au CI. Les parents font usage du français et le goungbé. La mère n'est pas allée régulièrement aux consultations prénatales à cause du manque de moyen financiers. L'accouchement s'est bien déroulé et par voie basse. A 09 mois, l'enfant a fait une infection dont la cause n'est pas déterminée. Le développement psychomoteur est sans problème. Mais celui langagier n'a pas permis à l'enfant de pouvoir dire un mot jusqu'à 3 ans ½. C'est à partir de 4 ans que l'enfant a pu sortir son premier mot comme "maman"

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant a réalisé les praxiques gestes praxiques. Il est constaté que l'enfant a une attention labile.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- [ʃapo] +, [balɛ] (ϕ), [kɔk] +,
Syntaxe et le discursif	- description des images d'action de la Chute dans la boue : [balɔ̃], [tɔ̃be],
Lexique en répétition	- voyelle : [a] +, [e] +, [u] +, [ɛ] + - les syllabes ne sont pas répétées : [sa] pour [ʃʃa], [ʃa] pour [sssa], [gza] pour [ʒa], [ksa] pour [ʃa] et [ska] pour [ka] - Répétition des mots : [biʃki] au lieu de [biskɪ], [kiɔsk] pour [kiɔs]

COMPREHENSION ORALE

Lexique en réception

- La compréhension générale (φ), et la compréhension immédiate (φ),

Commentaire : Le tableau de la production encadrée 4 relève que cet enfant a pu réaliser les gestes praxiques. Mais il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Seules les images de [fapo] +, [balɛ] (φ), [kɔk] + sont reconnues par l'enfant. Sur l'épreuve de lexique en répétition, l'enfant a fait de blocage et a redoublé au début des mots surtout les consonnes. : [sa] pour [ʃʃʃa], [ʃa] pour [ssssa]. Il est observé des phénomènes de substitution et d'élosion. Le discours libre est resté à l'étape de mots et non de phrases. La compréhension immédiate et générale est perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Retard simple de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 5 : Trouble de langage oral

Motif de consultation : l'«enfant ne parle pas bien encore».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 05 ans et scolarisé au CI. Les parents font usage du français et le fongbé. La mère n'est pas allée régulièrement aux consultations prénatales à cause du manque de moyen financiers. L'accouchement s'est bien déroulé et par voie basse. A 09 mois, l'enfant a fait une infection dont la cause n'est pas déterminée. Le développement psychomoteur est sans problème. Mais celui langagier n'a pas permis à l'enfant de pouvoir dire un mot.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant a réalisé les praxiques gestes praxiques. Il est constaté que l'enfant perçoit faiblement les bruits et sons de la parole c'est pour cela qu'il est recommandé aux parents l'audiogramme pour déterminer le seuil de perception de l'enfant.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- Les images simples et d'action (φ)
Syntaxe et le discursif	- description les images d'action de la Chute dans la boue : tōbe
Lexique en répétition	- voyelle : [a] +, [e] +, [u] +, [ɛ] + - Syllabes : [ta] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [ra] pour [ja] et [ɣa] pour [ka], [ka] pour [wa], [ra] et [vɔa] pour [ja]. - Répétition des mots : [tɛ̃] pour [kɛ̃] et [ɔɣu] pour [go].
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- (φ)

Commentaire : D'après le tableau de la production encadrée 5, l'enfant a pu réaliser les gestes praxiques. Il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, il est noté les phénomènes de substitution sur les phonèmes en position initiale [tʁ] par [kʁ] et de suppression et substitution de la voyelle postérieure [u] par [o] [ɔʁgu] pour [go]. Le discours libre est difficile car il ne parvient pas à construire une phrase simple. L'enfant est à un mot phrase. La compréhension immédiate et générale est perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 6 :

Motif de consultation : l'«enfant ne parle pas bien encore».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 05 ans et n'est pas scolarisé. Les parents font usage du français et le fongbé. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Mais à 6mois que l'enfant était à l'étape de babillage, il était tombé du lit. C'est suite à ce traumatisme crânien que les parents ont constaté une régression dans le développement psychomoteur et langagier sur l'enfant. Le babillage a repris vers l'âge de 3 ans ½ avec le premier mot "papa" à 4 ans. La propreté et l'autonomie ne sont pas acquises.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant n'a pas réalisé les gestes praxiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Mais il a pu claquer la langue.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- images simples et d'action : (ϕ)
Syntaxe et le discursif	- Impossibilité de description des images d'action de la Chute dans la boue : (ϕ)
Lexique en répétition	- Voyelles : [a] + [e] (ϕ) [u] pour [o], [ɛ] pour [a] - Syllabes : [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [ɾa] pour [ja] et [pɾa] pour [ka], [ka] pour [wa], [fɾa] et [vɾa] pour [ja]. - Répétition des mots : [tʁɛ] pour [tɛ], [aʒãda] pour [adãda]
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- (ϕ)

Commentaire : Il ressort de la lecture du tableau de la production encadrée 6 que l'enfant n'a pu réaliser les gestes praxiques. Il n'a pas réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, il est noté les phénomènes de substitution [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [ɾa] pour [ja] et [pɾa] pour [ka], [ka] pour

[wa], [fɛa] et [vɛa] pour [ja]. Le discours libre est difficile car il ne parvient pas à construire une phrase simple. L'enfant a gardé le silence. La compréhension immédiate et générale est perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 7:

Motif de consultation : l'«enfant ne parle pas bien encore».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 05 ans½ et scolarisé au CI. Les parents font usage du français.

La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Les parents sont tous des fonctionnaires et laissent l'enfant à la charge d'une domestique. Il n'y a pas d'autres enfants dans la maison. Le babillage a débuté à 6 mois d'âge. Le développement psychomoteur s'est bien déroulé. Par contre le développement du langage oral n'a pas bien évolué car son premier mot est apparu vers 2 ans. L'enfant est scolarisé dès l'âge de 1 an ½. Il est exposé toute la journée devant la télévision pour suivre les dessins animés. La propreté et l'autonomie ne sont pas acquises.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant n'a pas réalisé les gestes praxiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Il présente une instabilité psychomotrice.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production <i>kami</i>	- Les images de [papijɔ̃] +, [tabuɛ] (ϕ) et [arozwa:ɛ] +
Syntaxe et le discursif	- description des images d'action de la Chute dans la boue : [balɔ̃] [gasɔ̃], [mamãabi], [fosy:ɛ]
Lexique en répétition	- voyelles : a +, e +, [u] pour [o], [ɛ] + - les syllabes: [ka] pour [ta], [la], [na] et [ɛa] pour [ja] et [pɛa] pour [fa]. Répétition des mots : [biskɥi] pour [diskɥi] et [butɔ̃] pour [dutɔ̃], [gato] pour [dato] et [kofɔ̃] pour [sosɔ̃] et [kafe] pour [safe].
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- La désignation +

Commentaire : Du tableau sus-présenté, il ressort que l'enfant de l'encadrée 7 n'a pas pu réaliser les gestes pratiques. Il a réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, il est noté les phénomènes de substitution : [bisklɔj] pour [disklɔj] et [butɔ̃] pour [dutɔ̃], [gato] pour [dato] et [kofɔ̃] pour [sosɔ̃] et [kafe] pour [safe]. Le discours libre est difficile car il ne parvient pas à construire une phrase simple donc utilise les mots isolés comme [balō] [gasō], [mamāabi], [fosy:ɐ]. La compréhension immédiate et générale n'est pas perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Retard simple de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 8:

Motif de consultation : l'«enfant ne parle difficilement».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 04 ans ½ et scolarisé la maternelle 1. Les parents font usage du français et goungbé. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Mais quelques semaines plus tard, la mère de l'enfant est décédée. Il est accueilli par une autre famille à 2 mois. Vers 4 mois ½, il a été retiré pour un orphelinat. Le développement psychomoteur et langagier ont accusé de retard car le babillage a émergé à l'âge de 2 ans. Le premier mot est apparu à l'âge de 3 ans ½. Et c'est le mot "tata". Le stock lexical de l'enfant n'a pas beaucoup évolué.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant a réalisé les gestes pratiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Il présente une instabilité psychomotrice.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- [fapo] +, [balɛ] +, [kɔk] +,
Syntaxe et le discursif + []	- description des images d'action de la Chute dans la boue : [bebe] [balɔ̃], [mamā]
Lexique en répétition	- voyelles orales : [a] +, [e] +, [u] pour [o], [ɛ] +, [ã] pour [a] - Syllabes : [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [ɣa] pour [ja] et [pɣa] pour [fɣa], [ka] pour [wa], [fɣa] et [vɣa] pour [dɣa] - Répétition des mots : [aɣãda] +, [ajolak] pour [ановак], [fapo] pour [tapo]
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- +

Commentaire : D'après la lecture du tableau ci-dessus, il est à noter que l'enfant n'a pu réaliser les gestes praxiques. Il a réussi l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, les voyelles orales [u] pour [o] et nasales [ã] pour [a] ont posé de difficultés à l'enfant. Pour les syllabes [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [va] pour [ja] et [pva] pour [fva], [ka] pour [wa], [fva] et [vva] pour [dva]. Il est noté les phénomènes de substitution [ajolak] pour [apovak], [fapo] pour [tapo]. La compréhension immédiate et générale n'est pas perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Retard simple de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 9:

Motif de consultation : l'«enfant ne parle pas».

Anamnèse (histoire de la maladie) :

L'enfant est âgé de 06 ans et scolarisé à la maternelle 1. Les parents font usage du français et du Adjagbé. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Mais à l'âge de 1 an ½, l'enfant commence par régresser sur les plans psychomoteurs et langagiers. Le babillage est apparu vers 8 mois. Quant au premier mot qu'est "papa", il est observé à 1 an ½. Mais le stock lexical n'a plus évolué jusqu'à présent. Selon les parents, l'enfant entend bien. Il fait usage des gestes pour exprimer ses besoins. Les parents quant à eux, font à la fois usage des gestes et du code oral.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant n'a pas réalisé les gestes praxiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Il présente une instabilité psychomotrice.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	[fapo] (φ), [balɛ] (φ), [kɔk] (φ)
Syntaxe et le discursif	- description des images d'action de la Chute dans la boue : (φ)
Lexique en répétition	- les voyelles orales et nasales : [e] pour [ɛ], [a] +, [õ] pour [o] - les syllabes : (φ) - Répétition des mots :(φ)
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- (φ)

Commentaire : La production encadrée 9 montre que les gestes praxiques ne sont pas réalisés. Il y a eu échec sur l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, les voyelles orales [e] pour [ɛ] et nasales [ɔ̃] pour [o] ont posé de difficultés à l'enfant. Pour les syllabes, il a échoué car il est resté silencieux donc n'a pu rien produire. L'échec est de même noté au niveau de l'épreuve de répétition des mots. La compréhension immédiate et générale n'est plus ou moins perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 10:

L'enfant est âgé de 06 ans et scolarisé à la maternelle 1. Les parents font usage du gongbé. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Mais à l'âge de 1 an ½, l'enfant commence par régresser sur les plans psychomoteurs et langagiers. Le babillage est apparu vers 11 mois. Quant au premier mot qu'est 'papa', il est observé à 4 ans ½. Mais le stock lexical n'a plus évolué jusqu'à présent. Selon les parents, l'enfant entend bien. Il fait usage des gestes pour exprimer ses besoins. Les parents quant à eux, font à la fois usage des gestes et du code oral. Il a l'attention perturbée.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. L'enfant n'a pas réalisé les gestes praxiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Il présente une instabilité psychomotrice. Il a une attention labile avec une instabilité psychomotrice.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- images simples et d'action : (ϕ)
Syntaxe et le discursif	- description des images d'action de la Chute dans la boue : (ϕ)
Lexique en répétition	- Voyelles : [a] + [e] (ϕ), [u] pour [y], [ɛ] pour [a] - Syllabes : [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [va] pour [ja] et [ɣa] pour [ta], [ka] pour [wa], [fva] et [vva] pour [ja]. - Répétition des mots : [tɛ̃] pour [tɛ̃], [aʒãda] pour [adãda], [wazo] pour [azo]
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- (ϕ)

Commentaire : Au regard du tableau qui récapitule la production de cette encadrée, l'enfant n'a pu réaliser les gestes praxiques. Il y a eu échec sur l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, les voyelles orales [e] (ϕ), [u] pour

[y], [ɛ] pour [a] ont posé de difficulté à l'enfant. Pour les syllabes : [ma] pour [ba] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [va] pour [ja] et [pva] pour [ta], [ka] pour [wa], [fva] et [vva] pour [ja], il a échoué. L'échec est de même noté au niveau de l'épreuve de répétition des mots. La compréhension immédiate et générale est plus ou moins perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral

PRODUCTION ENCADREE 11:

L'enfant est âgé de 06 ans non scolarisés. Les parents font usage français, anglais et le goungbé. La grossesse s'est bien déroulée. Mais l'accouchement a été difficile avec la souffrance fœtale. Le bébé a été réanimé pendant 10 minutes. L'enfant a babillé à 9 mois.

Le développement psychomoteur et langagier sur l'enfant est tardif. Le premier mot "papa" est apparu à 4 ans. La propreté et l'autonomie ne sont pas acquises. Le stock lexical est resté pauvre.

Observation clinique : elle a permis d'observer les malformations au niveau des organes bucco-phonatoires et de la position de la denture et l'audition. Cet enfant n'a pas réalisé les gestes praxiques comme tirer la langue, gonfler les joues, bruit de bisous. Mais il a pu réaliser le bruit de bisous.

Examen clinique : il a consisté à soumettre l'enfant au test d'évaluation du langage oral en plus des épreuves de répétition des voyelles, des consonnes, des syllabes et de l'épreuve de description d'image scénique.

DOMAINES	Résultats de la production de l'enfant
	EXPRESSION ORALE
Lexique en production	- Les images simples et d'action (φ)
Syntaxe et le discursif	- description les images d'action de la Chute dans la boue : [ɜayi]
Lexique en répétition	- voyelle : [a] +, [e] +, [u] +, [ɛ] +, [ã] pour [a] - Syllabes : [ta] pour [sa] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [va] pour [ja] et [pva] pour [ka], [ka] pour [wa], [fva] et [vva] pour [ja]. Répétition des mots : [tʁɛ] pour [kʁɛ], [ɔʁgu] pour [go].
	COMPREHENSION ORALE
Lexique en réception	- (φ)

Commentaire : Le tableau de la production encadrée 11 révèle les difficultés de l'enfant sur la réalisation des gestes praxiques. De plus, il y a eu échec sur l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action. Sur l'épreuve de lexique en répétition, les voyelles orales [a] +, [e] +, [u] +, [ɛ] + sont réussies par l'enfant en dehors de la voyelle nasale [ã] pour [a]. Pour les syllabes, ta] pour [sa] et [ga] pour [ka], [la], [na] et [va] pour [ja] et [pva] pour [ka], [ka] pour [wa], [fva] et [vva] pour [ja], il a échoué car il est noté des phénomènes linguistiques comme la substitution et la suppression donc n'a pu rien produire. L'échec est de même noté au niveau de l'épreuve de répétition

des mots :[tʋɛ̃] pour [kʋɛ̃], [ɔʋɡu] pour [go] avec les mêmes phénomènes linguistiques. La compréhension immédiate et générale n'est plus ou moins perturbée chez cet enfant.

Hypothèse diagnostique: Trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral

La présentation des résultats fait suite à celle des résultats issus des bilans passés aux 11 cas d'enfant reçus en orthophonie.

IV.1.1.2. Présentation des résultats issus de l'enquête

Il s'agit ici de ne présenter rien que les résultats obtenus après avoir administrés les questionnaires aux orthophonistes, aux enseignants de la maternelle et aux parents des enfants présentant un handicap.

IV.1.1.2.1. Les problèmes organiques et la carence environnementale sont des causes du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois chez les enfants de moins de 6 ans

IV.1.1.2.1.1. Composantes du langage oral perturbées dans le retard de langage selon les orthophonistes

Tableau I : Comparaison des composantes du langage oral perturbées selon les orthophonistes et celles observées par l'enquêteur chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

Tableau I A : composantes du langage oral perturbées selon les orthophonistes chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

	Lexique		Syntaxe		Phonologie		Total	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
orthophonistes	02	28.57	03	42.85	02	28.57	07	100
Total	02	28.57	03	42.85	02	28.57	07	100

Tableau IB : composantes du langage oral perturbées selon l'enquêteur chez les enfants de 4 ans ½ à 6 ans reçus en consultation

	Lexique		Syntaxe		Phonologie		Total	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
Enquêteur	04	36.36	03	27.27	04	36.36	11	100
Total	04	36.36	03	27.27	04	36.36	11	100

IV.1.1.2.1.2. Connaissance des enquêtés sur le retard de langage oral

Tableau II : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le retard de langage

Connaissances des enquêtés	Orthophonistes béninois		Parents des enfants présentant le retard de langage		Enseignants de la maternelle et du Primaire	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
Bonne	07	100	28	70.00	15	37.50
Mauvaise	00	00	12	30.00	25	62.50
Total	07	100	40	100	40	100

IV.1.1.2.2. Causes du retard de langage oral selon les enquêtés

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les causes du retard de langage oral

Causes du retard de langage selon les enquêtés	Orthophonistes Béninois		Parents des enfants présentant le retard de langage		Enseignants de la maternelle et du Primaire	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
(a)	02	28.57	24	60.00	24	60.00
(b)	00	00	01	2.50	05	12.50
(a) et (b)	05	71.42	15	37.50	11	27.50
Total	07	100	40	100	40	100

(a) Causes organiques, (b) causes environnementales

IV.1.1.2.3. L'échec scolaire et la stigmatisation sont les conséquences du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois des enfants de 4 ans ½ à 6 ans

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon les conséquences du retard de langage oral

Conséquences du retard de langage selon les enquêtés	Orthophonistes Béninois		Parents des enfants présentant le retard de langage		Enseignants de la maternelle et du Primaire	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%

(a')	00	00	08	20.00	09	22.50
(b')	00	00	25	62.50	14	35.00
(a') et (b')	07	100	07	17.50	17	42.50
Total	07	100	40	100	40	100

(a') Echec scolaire, (b') Stigmatisation

IV.1.1.2.4. Existence de centre de prise en charge pluridisciplinaire

Tableau V : Répartition des enquêtés selon l'existence ou non de centre de prise en charge pluridisciplinaire

Existence de centre pluridisciplinaire selon les enquêtés	Orthophonistes Béninois		Parents des enfants présentant le retard de langage		Enseignants de la maternelle et du Primaire	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
Oui	01	14.28	10	25.00	03	7.5
Non	06	85.71	30	75.00	37	92.50
Total	07	100	40	100	40	100

IV.1.1.2.4.1. Effet de la prise en prise

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les effets de prise en charge

Effet de la prise en charge sur les enfants	Orthophonistes Béninois		Parents des enfants présentant le retard de langage		Enseignants de la maternelle et du Primaire	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%
Facilite	07	100	22	55.00	22	55.00
Ne facilite pas	00	00	18	45.00	18	45.00
Total	07	100	40	100	40	100

IV.1.1.2.4.2. Temps écoulé avant de chercher une solution et la durée de la prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral selon les parents enquêtés

Tableau VII : Répartition des parents enquêtés selon la durée passée avant de chercher de solution et de la prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral

Tableau VII A : Répartition des parents enquêtés selon la durée passée avant de chercher de solution

Temps écoulé avant de chercher une solution	Court		Moyen		Long		Total	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq%
Parents d'enfants présentant le retard de langage oral	07	17.50	17	42.50	15	37.50	40	100
Total								100

Tableau VIIB : Répartition des parents enquêtés selon la durée de la prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral

Durée de la prise en charge	Courte		Moyenne		Longue		Total	
	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq.%	Eff	Fréq%
Parents d'enfants présentant le retard de langage oral	01	2.50	10	25.00	29	72.50	40	100
Total	01	2.50	10	25.00	29	72.50	40	100

IV.1.2. Analyse et interprétation des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés

L'analyse et interprétation des résultats prend en compte les résultats issus des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés.

IV.1.2.1. Analyse et interprétation des résultats des 11 cas de bilans orthophoniques de retard de langage oral reçus à la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo

L'épreuve de la réalisation des gestes praxique a posé de difficultés aux enfants (*PRODUCTION ENCADREE 1, 6, 9, 10 et 11*). Ils ne sont pas parvenus à réaliser les gestes praxiques à cause de l'hypotonie des organes bucco-lingo- facial. Seuls les enfants (*PRODUCTION ENCADREE 3 et 5*) ont pu réaliser ces gestes praxiques. Cette épreuve permet d'observer la tonicité et le bon fonctionnement des organes bucco-lingo- facial. Il s'agit des cas d'enfants présentant les troubles de langage ou retard complexe de langage oral.

Sur le versant expression, l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action, présentée aux enfants dont le diagnostic est le trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral (*PRODUCTION ENCADREE 1, PRODUCTION ENCADREE 3, PRODUCTION ENCADREE 5, PRODUCTION ENCADREE 6, PRODUCTION ENCADREE 9, PRODUCTION ENCADREE 10 et PRODUCTION ENCADREE 11*) n'est pas réussie par ces derniers car ils ne connaissent pas le nom des différentes images bien qu'ils côtoient régulièrement ces images dans leur environnement familial. Il s'agit des images de lapin, de poisson, de bananes, coq et ananas (images simples et adaptées) et des images d'une fille qui boit l'eau, une fille qui court, une autre qui applaudit (images d'action et adaptées). La plupart dénomment ces images par des gestes ou par le silence. Leurs scores correspondent à ceux des enfants ayant 2 ans selon l'étalonnage du test utilisé.

Sur l'épreuve de lexique en répétition, la voyelle orale postérieure fermée arrondie [u] est substituée par celle orale antérieure fermée arrondie [y] ; la voyelle orale antérieure mi-ouverte non arrondie [ɛ] est remplacée par celle orale postérieure ouverte arrondie [a]. Le même phénomène linguistique est noté sur la voyelle orale antérieure mi-fermée non arrondie [e] par la voyelle orale antérieure mi-ouverte non arrondie [ɛ] et la voyelle nasale postérieure ouverte arrondie [ã] par celle orale postérieure ouverte arrondie [a] et la voyelle nasale postérieure mi-ouverte arrondie [õ] par la voyelle orale postérieure mi-fermée arrondie [o] ont posé de difficulté aux enfants (*PRODUCTION ENCADREE 9, 10, et 11*). Le même constat est fait sur les syllabes et les mots avec les phénomènes de substitution et de suppression sur les fricatives sifflantes sourde[s] dans la syllabe [sa] et chuintant sourde [ʃ] dans la syllabe [ʃa] pour l'occlusive dentale sourde [t] pour la syllabe [ta] et la constrictive liquide [l] de la syllabe [la] pour la semi-consonne ou glide antérieure très fermée non-arrondie [ja]. Le même phénomène est observée sur la fricative sifflante sonore [z] de la syllabe [za] pour l'occlusive palatale sonore [g] de la syllabe [ga] et ma fricative liquide grasseyé [ʁ] de la syllabe [ʁa] pour la semi-consonne ou glide antérieure très fermée non-arrondie [j] pour la syllabe [ja]. Il en est de même pour les mots où il est observé la suppression de l'occlusive palatale sourde [k], et la fricative sifflante sourde [s] du mot [taksi] pour produire [tati] et la substitution de l'occlusive palatale sonore [k], l'occlusive labiale nasale [m] et la voyelle orale postérieure ouverte arrondie [a] par la voyelle nasale postérieure ouverte arrondie [ã] du mot [kamiõ] pour produire [tãtijõ] (*PRODUCTION ENCADREE 1 et 3*). Il est aussi noté les phénomènes de substitution sur les phonèmes en position initiale [tʁ] par [kʁ] dans le [tʁɛ] pour [kʁɛ] et de suppression et substitution de la

voyelle postérieure [u] par [o] [ɔɣgu] pour [go] (PRODUCTION ENCADREE 5 et 11). D'autres syllabes sont perturbées par d'autres cas d'enfant de la même catégorie. Le constat est fait sur la syllabe [ma] où l'occlusive labiales nasale [m] est remplacé par l'occlusive labiale sonore [b] pour produire la syllabe [ba]. Il en est de même pour la [pɣa] avec la substitution de l'occlusive labiale sonore [p] et la fricative liquide [ɣ] par l'occlusive [t] pour produire [ta]. De même, l'occlusive palatale sourde [k] de la syllabe [ka] est remplacée par la semi-voyelle ou la glide [w] pour produire [wa]. En dehors de ces constats sur les syllabes, d'autres syllabes sont déformées par les mêmes enfants. il s'agit de la syllabe [fɣa] dont la fricative labio-dentale sourde [f], la fricative liquide [ɣ] et la fricative labio-dentale sonore [v] et sa fricative liquide [ɣ] dans la syllabes [vɣa] sont toutes remplacées par la semi-voyelle [j] pour produire [ja]. Par ailleurs, l'occlusive dentale sourde [t] de la syllabe [ta] est substituée par la fricative sifflante [s] pour la syllabe [sa]. L'occlusive palatale sonore [g] de la syllabe [ga] est substituée par l'occlusive palatale sourde [k] pour [ka], la fricative liquide [l] de la syllabe [la], l'occlusive dentale nasale [n] de la syllabe [na] et la fricative liquide [ɣ] de la syllabe [ɣa] remplacées par la semi-voyelle [j] pour produire [ja]. La diconsonnantique composée de l'occlusive labiale sonore [p] et de la fricative liquide [ɣ] de la syllabe [pɣa] est substituée par l'occlusive palatale sourde [k] pour articuler la syllabe [ka] (PRODUCTION ENCADREE 6, 10, et 11). Néanmoins, certains enfants du même groupe malgré leur difficulté, (*PRODUCTION ENCADREE 1, PRODUCTION ENCADREE 3, PRODUCTION ENCADREE 5 et PRODUCTION ENCADREE 6*) ont éprouvé moins de difficultés à répéter les syllabes de même que les mots. Le phénomène linguistique de suppression de la fricative sifflante sourde [s] est à noter dans le mot [biskɣi] pour [bikɣi].

En ce qui concerne l'épreuve de production d'énoncé et le discours, tous les cas d'enfant reçus présentant le trouble langage oral ne sont pas parvenus à réussir cette épreuve car ils dénomment ou décrivent (erreur de type dysfonctionnement dyspragmatique) chaque image constituant le discours soit gardent le silence.

Par ailleurs, sur le versant compréhension, quant à l'épreuve de discours, les enfants des productions d'encadrée (5 et 6) ont éprouvé de difficulté car ils ne parviennent pas à construire une phrase simple. Ils sont à un mot phrase. Ils ont gardé le silence.

Sur le versant de la compréhension, l'exécution des consignes simples comme complexes leur est difficile. La compréhension immédiate et générale est perturbée chez ces enfants (PRODUCTION ENCADREE 3 et 5). Par contre, la compréhension immédiate et générale est plus ou moins perturbée chez les enfants (PRODUCTION ENCADREE 9, 10, et 11). Mais en dehors de ces difficultés, il est observé des persévérations, des autocorrections avec

parfois des changements de désignations. Il est à noter que les différents scores de ces enfants sont inférieurs à ceux de leur âge mais correspondent à l'âge des enfants de 2 ans et 2 ans ½.

Qu'est est-il pour les enfants dont le diagnostic est le retard de langage oral.

Pour les enfants dont le diagnostic est le retard de langage oral, sur le versant expression, l'épreuve de réalisation des praxies, a posé de difficulté aux enfants. Ils n'ont pas pu claquer la langue ni gonfler les joues. Ceci est dû à l'hypotonie des organes bucco-lingo-facial (*PRODUCTION ENCADREE 2, 7, et 8*). Seul l'enfant de l'encadrée (*PRODUCTION ENCADREE 4*) a pu réaliser les gestes praxiques. Quant à l'épreuve de lexique en production qui consistait à donner le nom des images simples comme d'action, elle n'est pas réussie par l'enfant de l'encadrée (*PRODUCTION ENCADREE 2*). Mais quelques images [ʃapo] + et [kək] + sont reconnues par l'enfant (*PRODUCTION ENCADREE 4*). Par contre, l'enfant de l'encadrée (*PRODUCTION ENCADREE 7*) et (*PRODUCTION ENCADREE 8*) ont réussi l'épreuve de lexique en production. Ces enfants ont un stock de mots très réduit qui ne correspond pas à celui des enfants de leur âge (4 ans) mais équivaut à celui des enfants de 2 ans ½ - 3 ans car ils ne connaissent pas le nom des images présentées. Néanmoins, ils expriment par le geste l'usage qui est fait de certaines de ces images.

Avec l'épreuve de phonologie ou de lexique en répétition (répétition de mots), les enfants ont échoué et n'ont presque rien répété. Le même constat est fait tant sur les voyelles que sur les syllabes et les mots. Les voyelles orales, postérieure fermée arrondie [u] est remplacée par celle orale postérieurs mi-fermée arrondie [o] et la voyelle nasale postérieure ouverte arrondie [ã] est substituée par la voyelle orale postérieure ouverte arrondie [a], ont posé de difficultés à l'enfant (*PRODUCTION ENCADREE 7*).

Sur les mots ou les syllabes, ils ont soit substitué ou supprimé les phonèmes entre eux. C'est ainsi que la fricative chuintante sourde [ʃ] est remplacé par l'occlusive labiale dentale sourde [t]. De plus, l'occlusive dentale nasale [n] est remplacée par l'occlusive dentale sonore par [d]. La fricative sifflante sourde [s] est supprimée dans le mot [biskʁi]. D'autres phénomènes linguistiques comme le blocage et le redoublement des phonèmes sont observés au début des mots surtout les consonnes. C'est le cas de la fricative sifflante sourde [s] de la syllabe [sa] pour la fricative chuintante [ʃʃa] (*PRODUCTION ENCADREE 2*) et 4). Dans le mot [biskʁi], l'occlusive labiale sonore [b] est remplacée par l'occlusive dentale [d] dans le mot pour produire [diskʁi] et l'occlusive labiale sonore [b] du mot [butɔ̃] est substituée par l'occlusive dentale sonore [d] pour produire [dutɔ̃]. Dans le mot [gato], il est constaté la substitution de l'occlusive palatale sourde [k] par l'occlusive dentale sonore [d] pour produire [dato]. De plus, l'occlusive palatale sourde [k] de [koʃɔ̃] est remplacée par la fricative

sifflante sourde par [s] en position initiale et finale pour produire [sos̃] et l'occlusive palatale sourde [k] de [kafe] par la fricative sourde par [s] pour produire [safe]. Il est noté les phénomènes de substitution sur le mot [anoʁak] où l'occlusive nasale sourde [n] et la fricative liquide [ʁ] sont remplacées par la voyelle antérieure très fermée non-arrondie [j] et la fricative liquide [l] pour produire [ajolak]. La fricative chuintante sourde [ʃ] du mot [ʃapo] par l'occlusive dentale sourde [t] pour obtenir [tapo] (*PRODUCTION ENCADREE 8*). En ce qui concerne le discours libre, les enfants sont restés à l'étape de mots et non de phrases. Ils ne parviennent pas à construire une phrase simple donc utilise les mots isolés comme [balō], [gasō], [ʃosy:ʁ]. Quant au groupe de mots [mamāabi], il est noté l'absence d'un article et d'un prédicat ce qui ne respecte pas la forme normale de la construction de phrase. Chez ces enfants, soit la compréhension immédiate est perturbée soit c'est la compréhension générale ou soit les deux. Elle est perturbée chez les enfants (*PRODUCTION ENCADREE 2, 4 et 7*). Il est noté sur cette épreuve la persévération (maintien la même désignation pour une autre) et le changement de désignation. Par contre la compréhension n'est pas perturbée chez l'enfant (*PRODUCTION ENCADREE 8*). Ces enfants parviennent plus ou moins à exécuter les consignes simples mais pas les consignes complexes. Leurs scores sur la compréhension immédiate correspondent normalement à leurs âges. Par contre sur la compréhension générale, ils ont eu de difficultés ce qui justifie leur incapacité à pouvoir exécuter les consignes complexes.

Les difficultés des enfants dont le diagnostic est le trouble de langage oral ont pour causes l'organicité (les difficultés fœtales, le neuropaludisme, la surdité congénitale et/ou acquises). Chacune de ces difficultés ont d'incidence sur chaque lobe du cerveau. Celles observées sur l'épreuve de phonologie pourraient être dues à l'atteinte du lobe frontal responsable dans la programmation des gestes articulatoires ou le lobe temporal qui gère l'appareil de l'audition. Si les difficultés sont observées au niveau de l'épreuve de compréhension, le lobe temporal serait à l'origine car c'est là que se situe l'aire de Wernicke responsable de la compréhension. Pour les cas d'enfant présentant le retard de langage oral, la plupart des causes issues de l'anamnèse sont les problèmes psychoaffectifs depuis la grossesse ou après l'accouchement et le manque de temps des parents pour communiquer avec ces enfants.

Abordons à présent l'analyse et l'interprétation des résultats issus des autres enquêtes (enseignants de la maternelle et du primaire, les parents d'enfant présentant le retard de langage oral et les orthophonistes).

IV.1.2.2. Analyse et interprétation des résultats issus de l'enquête

Il s'agit de tous les résultats obtenus à partir de l'administration des questionnaires.

IV.1.2.2.1. Les problèmes organiques et la carence environnementale sont des causes du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois chez les enfants de moins de 6 ans

Cette rubrique prend en compte les composantes du langage oral perturbées dans le retard de langage selon les orthophonistes, la connaissance des enquêtés sur le retard de langage oral et les causes du retard du langage oral selon les enquêtés.

IV.1.2.2.1.1. Les composantes du langage oral perturbées dans le retard de langage selon les orthophonistes et l'enquêteur

D'après le tableau I (IA et IB), les composantes perturbées chez les enfants présentant le retard de langage oral selon les orthophonistes béninois et l'enquêteur lui-même orthophoniste sont le lexique, la syntaxe et la phonologie. Deux orthophonistes sur 07 soit 28.57% affirment que le lexique et la phonologie sont perturbés chez les enfants. Ce même constat est fait par l'enquêteur avec 04 cas d'enfants sur 11 présentés soit 36.36% de ces enfants présentent des perturbations au niveau lexical et phonologique. Mais quant à la syntaxe, 03 orthophonistes sur 07 soit 42.85% révèlent que cette composante est plus perturbée chez les enfants présentant le retard de langage oral. Cette même composante du langage est perturbée au niveau des cas présentés par l'enquêteur légèrement en dessous des constats des orthophonistes. 03 des cas sur 11 présentés par l'enquêteur soit 27.27% des cas éprouvent des difficultés au niveau de la composante syntaxique.

IV.1.2.2.1.2. Connaissance des enquêtés sur le retard de langage oral

Selon les données du tableau II, tous les orthophonistes soit 100% ont une bonne connaissance du retard du langage contrairement à 28 sur 40 soit 70% des parents des enfants présentant le retard de langage contre 15 sur 40 soit 37.50% des enseignants de la maternelle et du primaire. Seuls les parents des enfants présentant le retard de langage et les enseignants de la maternelle et du primaire ont une mauvaise connaissance du retard de langage avec respectivement 12 sur 40 soit 30% et 25 sur 40 soit 62.50%.

IV.1.2.2.1.3. Causes du retard du langage oral selon les enquêtés

D'après les résultats du tableau III, 02 orthophonistes sur 07 soit 28.57%, 24 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 60.00% et 24 sur 40 enseignants de la maternelle et du primaire soit 60.00% affirment que les causes du retard de langage sont uniquement d'ordre organique (une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement, une malformation des organes qui aident à parler, un problème lié au cerveau, un problème de

surdité et l'anomalie liée au frein de langue). Seuls les parents des enfants présentant le retard de langage et les enseignants de la maternelle et du primaire avec respectivement 01 sur 40 soit 2.50% et 05 sur 40 soit 12.50% affirment que les causes environnementales en sont les principales (un manque de communication avec l'enfant, plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant, l'exposition excessive à l'écran de TV). Par contre 05 orthophonistes sur 07 soit 71.42%, 15 sur 40 soit 37.50% des parents des enfants présentant le retard de langage et 11 sur 40 soit 27.50% des enseignants de la maternelle et du primaire affirment que les causes du retard de langage sont à la fois d'ordre organique et environnemental (une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement, une malformation des organes qui aident à parler, un problème lié au cerveau, un problème de surdité et l'anomalie liée au frein de langue, un manque de communication avec l'enfant, plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant et l'exposition excessive à l'écran de TV).

IV.1.2.2.2. L'échec scolaire et la stigmatisation sont les conséquences du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois des enfants de 4 ans ½ à 6 ans

Les résultats du tableau IV révèlent 08 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 20% et 09 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 22.50% affirment que seul l'échec scolaire (abandonner l'école, connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école) est l'une des conséquences du retard de langage. Ces mêmes enquêtés avec 25 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 62.50% et 14 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 35.00% quant à eux, seule la stigmatisation (être sujet de moquerie dans son milieu de vie, être rejeté par sa famille et ses amis, être tardivement scolarisé) est l'une des conséquences du retard de langage. Par contre 07 orthophonistes sur 07 soit 100.00% affirment que les conséquences du retard du langage sont à la fois l'échec scolaire et la stigmatisation (abandonner l'école, connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école, être sujet de moquerie dans son milieu de vie, être rejeté par sa famille et ses amis, être tardivement scolarisé) contre 07 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 17.50% et 17 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 42.50%.

IV.1.2.2.3. Existence de centre de prise en charge pluridisciplinaire

Selon les résultats du tableau V, 01 orthophoniste sur 07 soit 14.28%, 10 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 25.00% et 03 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 7.50% ont respectivement répondu oui qu'il existe de centre de prise en charge pluridisciplinaire au Bénin contre 06 orthophonistes sur 07 soit 85.71%, 30 parents des

enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 75.00% et 37 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 92.50% ont répondu non qu'il n'existe pas de centre pluridisciplinaire au Bénin. Toutefois, il existe des possibilités de prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral.

IV.1.2.2.4. Effet de la prise en charge

Le tableau VI révèle que 07 orthophonistes sur 07 soit 100.00%, 22 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 55.00% et 22 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 55.00% attestent que les prises en charge des enfants présentant le retard de langage facilite la récupération des enfants présentant un retard simple de langage. Par contre, seuls 18 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 45.00% et 18 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 45.00% ont déclaré que les prises en charge ne facilitent pas la récupération des enfants présentant les troubles de langage ou retard complexe du langage.

IV.1.2.2.5. Temps écoulé avant de chercher une solution et la durée de la prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral selon les parents enquêtés

D'après les tableaux (VIIA et VIIB), il ressort des résultats que 07 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 17.50% ont passé un temps inférieur à 1 an avant d'aller vers les spécialistes des pathologies du langage. Par contre 10 sur 40 de ces mêmes parents soit 25.00% passent un temps moyen c'est-à-dire supérieur à 1 an et inférieur à 3 ans avant de chercher de solution de prise en charge de leur enfant. Mais 15 sur 40 des mêmes enquêtés soit 37.50% cherchent de solution de prise en charge bien après un temps supérieur à 3 ans. En ce qui concerne la durée du traitement, 01 parent des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 2.50% déclare avoir terminé le traitement de son enfant en moins de 3 mois contrairement à 10 de ces mêmes parents soit 25.00% ont trouvé de solution à leur enfant entre 3 à 6 mois. Par contre 29 sur 40 de ces parents soit 72.50% affirment continuer les traitements de leur enfant.

Abordons à présent la discussion des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtes.

IV.2. Discussion des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés

La discussion des résultats prend en compte les résultats issus des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés.

IV.2.1. Discussion des résultats des 11 cas de bilans orthophoniques de retard de langage oral reçus à la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo

La théorie de Chomsky établie sur la valeur générative du langage humain permet ici d'aborder ce pan de l'étude. Il est admis avec cet auteur que chaque homme est doté d'un dispositif de phonation qui rend inné le langage oral. Au demeurant, la phrase bénéficie d'une structure canonique attestée dans une langue cible. Pour le français, qui a constitué la langue usuelle de la présente passation du test, la norme syntaxique est S/V/O (sujet verbe objet). En effet, au niveau des cas d'enfant dont le diagnostic est le trouble de langage oral, il est constaté que lors de leur évaluation qu'ils ont des difficultés sévères sur toutes les épreuves qui leur sont présentées. De plus, il ressort de l'anamnèse que ce sont pour la plupart des causes organiques en plus d'une surexposition de ces enfants aux écrans. Ceci concorde avec les résultats issus du terrain. Il est effectivement fait ce constat à travers la non réalisation des gestes praxiques. Cette difficulté est due à cause de l'hypotonie des organes bucco-linguo-faciaux (voile du palais, langue, les joues et les lèvres etc..). Chomsky a parfaitement raison en mettant l'accent sur l'innéité. La défaillance de ces organes causés par l'atteinte de l'aire préfrontale engendre une perturbation dans l'articulation des phonèmes. C'est ce qui explique le non respect du degré d'aperture, des points et mode d'articulation des voyelles et des consonnes. Le phénomène linguistique de substitution et d'élosion explique mieux ces difficultés. L'occlusive labiale nasale [m] et la voyelle orale postérieure ouverte arrondie [a] est remplacée par la voyelle nasale postérieure ouverte arrondie [ã] du mot [kamijõ] pour produire [tãtijõ]. Pour le même auteur, une est admise telle lorsqu'elle respecte la norme syntaxique S/V/O (sujet verbe objet). Or, ce qui n'est pas le cas au niveau des enfants qui présente un retard complexe de langage oral. Des recherches ont prouvé une perturbation des fonctions exécutives ce qui entravent l'investissement de la scolarité suite à une surexposition aux écrans (Marie Er Rafiqi, Cynthia Roukoz, & al., 2017). Ils confirment les manifestations symptomatiques observées chez ces enfants lorsqu'ils viennent en consultation.

Par contre pour les cas dont le diagnostic est le retard de langage oral, ils éprouvent des difficultés sur certaines épreuves. Ces difficultés sont de plusieurs ordres à savoir l'agrammatisme lors du discours car ils ne parviennent pas à faire usage des connecteurs logiques pour avoir des énoncés corrects. De plus, le temps des prédicats n'est pas du tout respecté. Sur l'aspect phonologique, ils présentent tous des difficultés mais à des degrés divers. Les phénomènes linguistiques comme la substitution, la suppression sont observés. Les points d'articulation des voyelles et des consonnes orales et nasales ne sont pas respectés. Sur le plan lexical, ils ont un stock lexical pauvre pour la plupart. Leurs niveaux sont

inférieurs à ceux des enfants de leur âge mais correspondent à ceux des enfants âgés de 2 ans à 3 ans. De la même manière, ces cas d'enfant présentant le retard simple de langage oral, exposent des difficultés qui s'inscrivent dans la théorie du langage de Chomsky tant sur la réalisation des gestes praxiques, la production des voyelles, des syllabes, des mots. Toutes ces difficultés ont pour cause l'organicité soit la carence de l'environnement en stimuli (BRUNER, 2004). Au total, les résultats obtenus après la passation du test ELO concordent bien avec les scores qu'un enfant présentant de retard de langage simple ou de trouble de langage oral devraient obtenir. Ils ont tous eu un score inférieur à leur âge sur toutes les épreuves administrées. Pour les cas d'enfant de retard simple de langage oral, il y a une hétérogénéité entre le versant expressif et compréhension c'est-à-dire que soit c'est l'aspect compréhension qui est meilleur par rapport à l'autre ou vice-vers-ça.

Mais en ce qui concerne les enfants présentant le trouble de langage oral ou de retard complexe de langage oral, il est noté une homogénéité c'est-à-dire que les deux versants (compréhension et expression) sont perturbés pratiquement au même titre.

Par ailleurs, il est constaté de l'analyse et de la discussion des résultats des 11 cas d'enfant que Chomsky a raison sur sa théorie en abordant l'inné dans le développement du langage oral. Mais l'aspect occulté par sa théorie est le rôle capital que ce dernier joue dans le développement harmonieux du langage oral chez l'enfant.

Qu'en est-il de la discussion des résultats issus de l'enquête ?

IV.2.2. Discussion des résultats issus de l'enquête

La discussion des résultats est faite en trois volets. Le premier prend en compte les aspects liés aux composantes du langage perturbé chez les enfants présentant le retard de langage oral, les connaissances des enquêtés sur le retard de langage oral et les causes du retard de langage oral. Le deuxième volet concerne les conséquences du retard de langage et le dernier volet, l'existence de centre de prise en charge pluridisciplinaire, l'effet des prises en charge et le temps passé par les parents avant de chercher une solution à leur enfant en plus de la durée du traitement.

IV.2. 1. Premier volet de la discussion des résultats issus de l'enquête

Les orthophonistes béninois et l'enquêteur lui-même orthophoniste affirment que le lexique, la syntaxe et la phonologie sont les composantes les plus perturbées chez les enfants présentant le retard de langage oral. Par ailleurs, les autres composantes comme la morphosyntaxe, la pragmatique, la sémantique et le discours sont de même perturbées chez les enfants présentant le retard de langage oral. Deux orthophonistes sur 07 soit 28.57%

affirment que le lexique et la phonologie sont perturbés chez les enfants. Ce même constat est fait par l'enquêteur avec 04 cas d'enfants sur 11 présentés soit 36.36% de ces enfants présentent des perturbations au niveau lexical et phonologique. Cela signifie que les enfants ont un déficit en vocabulaire et associé à la perturbation phonétique des quelques mots qu'ils disposent. C'est le cas d'un enfant qui présente le retard simple de langage par exemple des *phénomènes de substitution l'occlusive labiale sonore [b] par l'occlusive dentale sonore [d] dans [biskʏi] et [but̃]*, observés lors de l'évaluation des enfants. En outre, le nombre de mots et de noms d'image reconnus par le cas de cet encadré n°7 qui est âgé de 5 ans ½ est inférieur à son âge et correspond à l'âge d'un enfant de 2 ans. (Carey, 1982) indique, plus favorablement (avec des données plus récentes) entre 50 et 100 mots vers 18 mois, 200 mots vers 20 mois, 400-600 mots vers 2 ans, et environ 1.500 mots vers 3 ans. Ceci explique clairement que les enfants dont les difficultés sont présentées en lexique, syntaxe et phonologie ont connu des perturbations lors de leur développement langagier car ils ont un niveau inférieur aux enfants de leur âge. Mais quant à la syntaxe, 03 orthophonistes sur 07 soit 42.85% révèlent que cette composante est plus perturbée chez les enfants présentant le retard de langage oral. Cette même composante du langage est perturbée au niveau des cas présentés par l'enquêteur légèrement en dessous des constats des orthophonistes. 03 des cas sur 11 présentés par l'enquêteur soit 27.27% des cas éprouvent des difficultés au niveau de la composante syntaxique. (Elisabeth Schweitzer, 2012), constate aussi des difficultés de construction de phrases avec l'oubli ou l'inversion de mots, l'absence de mots outils et le défaut de conjugaison. En plus de cela, l'auteur a noté le manque de vocabulaire. L'exemple des difficultés syntaxique du cas de l'encadré n°10 âgé de 6 ans qui a connu d'*échec lors de la répétition des phrases avec des difficultés sur le discours car ne parvient à construire aucune phrase simple en goungbé (SVO)*. Divers travaux (Poizner, Klima, & Bellugi, 1987 ; Hickok, Bellugi, & Klima, 1998) ont montré que la composante syntaxique est contrôlée au niveau de l'hémisphère gauche plus précisément au niveau des foyers situés autour de l'aire classique du langage: frontal supérieur, pariétal postérieur et temporal moyen. Ces zones confirment l'accès au lexique et la recherche en mémoire à long terme des attributs sémantiques des mots entendus. Cela explique que ces enfants auraient des difficultés au niveau du cerveau. Selon (Smith, 1926), dans une étude classique, signale une vingtaine de mots compris aux alentours de 18-20 mois. On passe, toujours en vocabulaire de réception, à environ 500 mots à 30 mois, 1.500 mots à 48 mois, 2.000 mots environ à 5 ans. Leur niveau correspond à celui des enfants situés entre 1 an et 3 ans. Toujours selon (Carey, 1982), entre 2 et 5 ans, l'enfant apprendrait un nouveau mot par heure d'éveil soit à peu près 3500 mots nouveaux mots compris chaque

année ; nombre qui se réduit à 2000 si on s'en tient aux racines. En effet, ces enfants ont connu des perturbations soit au niveau du cerveau soit au niveau environnemental par manque de stimuli. Selon (Camille LEMIERE, 2009), pour les enfants atteints de retard de langage, les difficultés ne se situent plus dans la production des mots mais dans la constitution grammaticale de la phrase. Ils s'ajoutent à ces difficultés un trouble d'articulation et un retard de parole. Le langage de ces enfants est désorganisé et manque de structure : cela va de l'absence totale de phrases à la simple juxtaposition de mots (phrases agrammaticales), sans conjugaison, sans pronoms personnels et sans outils grammaticaux (ni préposition, ni article) ou au jargon (langage reconnu seulement par l'enfant). Le cas de l'enfant présenté dans (PRODUCTION ENCADREE 10) éprouve effectivement des difficultés en lexique de réception (déclinaison de la valeur sémantique) lors de la passation du test d'Evaluation du Langage Oral (ELO) car il ne parvient pas à comprendre ni les consignes simples et complexes. Ce même constat est fait par (Camille LEMIERE, 2009), qui affirme que la « compréhension peut sembler meilleure que l'expression mais en fait, elle reste la plupart du temps inférieure à celle des autres enfants du même âge ». Au moment de spécifier en quoi les enfants avec retard de langage diffèrent de leurs pairs « normotypiques », (Leonard, 1997) renonce à tracer « des lignes de démarcation nettes » entre les deux groupes. Certes les enfants avec retard complexe de langage ou trouble de langage oral ont « un rythme de développement langagier plus lent que leurs pairs et sont plus vulnérables aux difficultés propres à la langue qu'ils sont en train d'acquérir » : cela peut se traduire par des « faiblesses » dans les domaines morphosyntaxique et phonologique. La théorie neuroethnologie de Locke explique davantage ces difficultés. Pour lui, l'acquisition n'est pas le seul processus qui fait que l'enfant arrive à parler mais dépend aussi du développement du système nerveux. Il attribue une part beaucoup plus importante à l'environnement plutôt qu'à l'inné dans le développement du langage oral.

Les parents ont-ils une bonne connaissance du retard de langage avec la symptomatologie associée ?

Sur cet aspect, seuls les 7 orthophonistes sur 7 soit 100% ont une bonne connaissance du retard du langage contrairement à 28 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 70% contre 15 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 37.50%. Par ailleurs, les parents des enfants présentant le retard de langage et les enseignants de la maternelle et du primaire ont une mauvaise connaissance du retard de langage avec respectivement 12 sur 40 soit 30% et 25 sur 40 soit 62.50%. Ces différents résultats sont observés parce que les orthophonistes sont les spécialistes par excellence des pathologies du

langage oral, écrit et de la communication. Si le pourcentage des parents des enfants présentant le retard de langage ayant une bonne connaissance du retard de langage est élevé, ceci s'explique par le fait que pour la plus part, leurs enfants sont suivis par les orthophonistes en rééducation. Les 37.50% des enseignants de la maternelle et du primaire qui ont une bonne connaissance du retard de langage s'expliquent par le fait qu'ils ont un écolier dans le cas ou bien eux-mêmes amènent leurs enfants en consultation orthophonique ou encore ils ont suivi une émission sur cette pathologie du langage. La grande majorité des enseignants, 62.50% ont une mauvaise connaissance du retard de langage car ils ne l'ont pas entendu parler. De plus, bien qu'ils soient en contact permanent avec les enfants, les modules de cours sur les pathologies du langage ne leur sont pas dispensés lors de leur formation dans les différentes écoles. Cette situation rend difficile la mise en pratique des stratégies de prévention et de prise en charge précoce de ces cas. En ce qui concerne, les 30% des parents des enfants présentant le retard de langage qui ont une mauvaise connaissance du retard de langage, ils ont cherché des solutions auprès des non professionnels des pathologies du langage. Ceci interpelle les dits professionnels à renforcer les sensibilisations sur les différentes pathologies et les approches de solution. La mauvaise connaissance des enseignants de la maternelle et du primaire et des parents des enfants présentant le retard de langage pose le véritable problème de rechercher très tôt de solution aux enfants souffrants. Quelles sont les causes du retard de langage selon les enquêtés ?

Il ressort de cette recherche que 02 orthophonistes sur 07 soit 28.57%, 24 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 60.00% et 24 sur 40 enseignants de la maternelle et du primaire soit 60.00% affirment que les causes du retard de langage sont uniquement d'ordre organique (une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement, une malformation des organes qui aident à parler, un problème lié au cerveau, un problème de surdité et l'anomalie liée au frein de langue). D'après (M. Delahaie, 2009), les données d'imagerie cérébrale plaident par ailleurs en faveur d'anomalies morphométriques des hémisphères cérébraux. Les cas de trouble de langage ou retard complexe de langage présenteraient avec une plus grande fréquence des asymétries hémisphériques inverses (mais aussi des symétries) que les sujets du groupe de contrôle. Ces données sont toutefois accueillies avec prudence : l'asymétrie typique des hémisphères (hémisphère gauche plus développé que l'hémisphère droit) ne s'observerait que chez 60 à 80 % des sujets de la population générale.

La vraie question ici est de savoir si c'est seulement les causes organiques qui causeraient le retard de langage ? Seuls les parents des enfants présentant le retard de langage et les enseignants de la maternelle et du primaire avec respectivement 01 sur 40 soit 2.50% et 05 sur

40 soit 12.50% affirment que les causes environnementales en sont les principales (un manque de communication avec l'enfant, plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant, l'exposition excessive à l'écran de TV). Ces résultats viennent soutenir la problématique de ce travail car ils attestent effectivement que les populations ne savent pas que l'environnement social de l'enfant riche ou pauvre en stimuli a d'effet direct sur le développement du langage. Or, dans le même temps, 05 orthophonistes sur 07 soit 71.42%, 15 sur 40 soit 37.50% des parents des enfants présentant le retard de langage et 11 sur 40 soit 27.50% des enseignants de la maternelle et du primaire affirment que les causes du retard de langage sont à la fois d'ordre organique et environnemental (une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement, une malformation des organes qui aident à parler, un problème lié au cerveau, un problème de surdité et l'anomalie liée au frein de langue, un manque de communication avec l'enfant, plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant et l'exposition excessive à l'écran de TV). Les résultats de cette recherche concordent avec ceux d'autres auteurs comme le psychiatre Serge Tisseron qui affirme « effectivement que les causes du retard de langage oral sont environnementales surtout avec l'exposition des enfants aux écrans ». Il a même établi la règle « 3-6-9-12 » permettant de fixer des repères d'introduction des écrans dans la vie des enfants. Des études menées sur des bambins âgés de 08 à 18 mois, une heure des programmes télévisés abouti à 10% de vocabulaire en moins. Ce manque de vocabulaire va être ensuite très difficile à rattraper, voire impossible dans certains cas. Par ailleurs, la théorie neuroethologique de Lock a soutenu clairement qu'il faut une maturité au niveau du cerveau en plus des interactions sociales pour que le développement du langage de l'enfant soit harmonieux. Il affirme aussi que dès lors qu'il est noté un problème soit au niveau d'une quelconque aire du cerveau, cela a de répercussion directe sur le développement langagier de l'enfant. (Michel, Yves J, Lecours, 2000), affirme que tout autour de la profonde scissure de Sylvius, qui coupe d'avant en arrière la face latérale de l'hémisphère gauche, se situe une zone continue de cortex qui possède les aires de (Broca 1865) et de (Wernicke, 1875), dont la destruction de chacune d'elle provoque la perturbation du langage oral et de la compréhension. De plus, la pauvreté de l'environnement en stimuli est source majeure du retard de langage. Cet aspect échappe à la plus part des populations qui, de nos jours n'accordent plus de temps aux enfants pour leur donner une appétence langag re. Locke pense que le chemin qui mène l'enfant vers le langage dans les premières années est lié au génome en collaboration avec des interactions sociales qui caractérisent notre espèce et d'autres facteurs qui sont de nature biologique. En définitive, l'enfant acquiert, selon Locke, une langue à cause de plusieurs facteurs, incluant l'orientation endogène et des mécanismes

d'attention qui font que l'enfant soit orienté vers l'expression du visage et les voix des personnes de son entourage qui s'occupent de lui. Tout cela contribue à ce que le système neuronal de l'enfant subisse le développement qui est préalable pour la capacité d'acquérir une langue humaine.

Sur quoi renseigne le deuxième volet ?

IV.2.2. Deuxième volet de la discussion des résultats issus de l'enquête

Les résultats de cette recherche révèlent que les 08 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 20% et 09 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 22.50% affirment que seul l'échec scolaire (abandonner l'école, connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école) est l'une des conséquences du retard de langage. Ces mêmes enquêtés avec 25 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 62.50% et 14 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 35.00% quant à eux, seule la stigmatisation (être sujet de moquerie dans son milieu de vie, être rejeté par sa famille et ses amis, être tardivement scolarisé) est l'une des conséquences du retard de langage. Ces résultats concordent avec les affirmations de (Elisabeth Schweitzer 2012), qui dit que « les troubles interfèrent avec les capacités de communication de l'enfant ses possibilités d'apprentissage et ont un impact sur la scolarité et la vie sociale ». Par contre 07 orthophonistes sur 07 soit 100.00% affirment que les conséquences du retard du langage sont à la fois l'échec scolaire et la stigmatisation (abandonner l'école, connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école, être sujet de moquerie dans son milieu de vie, être rejeté par sa famille et ses amis, être tardivement scolarisé) contre 07 parents des enfants présentant le retard langage oral sur 40 soit 17.50% et 17 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 42.50%. Le rapport de (J.C. RINGARD, 2000), cité par (Camille LEMIERE, 2009), fait état de 5% d'enfants en échec scolaire en raison de troubles du langage oral. Ce résultat vient confirmer ceux obtenus à l'issue de cette recherche. (Elisabeth Schweitzer, 2012), note qu'en « dehors du trouble d'expression, il est observé des difficultés de communication avec les enseignants et les autres enfants. De plus, l'évaluation des acquis de l'enfant est plus difficile. En cas de troubles de compréhension, les difficultés retentissent sur toutes les activités, et sur tous les apprentissages ». Ce qui appuie les résultats de cette recherche. Tout individu porteur d'un handicap est sujet de stigmatisation de même que ces parents dans le contexte béninois (M. P-D. VIEGBE et S. EVENAMIA, 2012) et c'est cette même perception que les populations projettent sur les enfants présentant le retard de langage. Pour (Roy, 2013), il faut prendre en considération avant toute chose le fait que « le regard sur le handicap » s'est modifié dans nos sociétés contemporaines, qu'il soit porté par les parents ou la communauté

des soignants. Les parents, éclairés par « les nouvelles catégorisations diagnostiques des handicaps » et les recherches sur internet, « mettent des mots sur ce qui jusqu'alors était indicible, flou » : ils reportent, « momentanément, la question des responsabilités de la famille sur le dysfonctionnement neurologique avéré ou supposé de l'enfant » (Roy, 2013).

L'impact de la socialisation sur le développement langagier tardif n'est pas à négliger et explique en partie le développement de la flexibilité linguistique (Berman, 2004), les enfants choisissent le lexique et les structures syntaxiques appropriées au contexte. (Blum-Kulka, 2004), quant à lui, met l'accent sur les bénéfices de la socialisation avec les pairs. Les conversations spontanées se déroulant dans un partage de culture et de connaissances peuvent augmenter les compétences pragmatiques et linguistiques (Blum-Kulka, 2004).

Il importe d'explorer les possibilités de prise en charge du retard du langage au troisième volet.

IV.2.3. Troisième volet de la discussion des résultats issus de l'enquête

01 orthophoniste sur 07 soit 14.28%, 10 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 25.00% et 03 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 7.50% ont respectivement répondu oui qu'il existe de centre de prise en charge pluridisciplinaire au Bénin contre 06 orthophonistes sur 07 soit 85.71%, 30 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 75.00% et 37 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 92.50% ont répondu non qu'il n'existe pas de centre pluridisciplinaire au Bénin. Toutefois, il existe des possibilités de prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral. Si les retards simples répondent dans la grande majorité des cas de façon rapide et favorable à la rééducation orthophonique, la thérapeutique des troubles de langage ou retard complexe de langage suppose quant à eux la mise en cohérence de multiples compétences issues des champs de l'éducation (psychologues scolaires, enseignants spécialisés) et de la santé (médecins, orthophonistes et neuropsychologues). Et c'est cela qui nécessite l'existence de centre pluridisciplinaire pour faciliter le diagnostic et rendre plus efficace les prises en charge. La présence des orthophonistes sur le territoire béninois depuis quelques années a facilité la prise en charge des enfants présentant le retard de langage. C'est pour cela que 07 orthophonistes sur 07 soit 100.00%, 22 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 55.00% et 22 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40 soit 55.00% attestent que les prises en charge des enfants présentant le retard de langage facilite la récupération des enfants présentant un retard simple de langage. Ces résultats sont vérifiés avec les enfants présentant le retard simple de langage. Par contre, seuls 18 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 45.00% et 18 enseignants de la maternelle et du primaire sur 40

soit 45.00% ont déclaré que les prises en charge ne facilitent pas la récupération des enfants présentant les troubles de langage ou retard complexe du langage. Les enfants présentant les troubles de retard de langage complexes ou troubles de langage sont pris en charge sur de longue durée à cause de la sévérité des symptômes. Tout ceci corrobore avec le temps écoulé avant de chercher une solution et la durée de la prise en charge des enfants présentant le retard de langage oral selon les parents enquêtés. C'est pourquoi, il ressort des résultats que 07 parents des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 17.50% ont passé un temps inférieur à 1 an avant d'aller vers les spécialistes des pathologies du langage. Par contre 10 sur 40 de ces mêmes parents soit 42.50% passent un temps moyen c'est-à-dire supérieur à 1 an et inférieur à 3 ans avant de chercher de solution de prise en charge de leur enfant. Mais 15 sur 40 des mêmes enquêtés soit 37.50% cherchent de solution de prise en charge bien après un temps supérieur à 3 ans. En ce qui concerne la durée du traitement, 01 parent des enfants présentant le retard de langage sur 40 soit 2.50% déclare avoir terminé le traitement de son enfant en moins de 3 mois contrairement à 10 de ces mêmes parents soit 25.00% ont trouvé de solution à leur enfant entre 3 à 6 mois. Par contre 29 sur 40 de ces parents soit 72.50% affirment continuer les traitements de leur enfant. Ces derniers présentent les troubles de langage ou retard complexe de langage.

IV.3. Perspectives et Suggestions

La théorie de Chomsky qui porte sur l'innéité du langage est vérifiée par ce travail en ce sens que l'appareil phonatoire de l'enfant plus affecté par les perturbations est de moins en moins disposé au développement du langage. Le discours de ces enfants à l'opposé de leur pair normotypique connaît une structure syntaxique qui se distingue nette de la norme des dispositions syntagmatiques de la langue dans laquelle est recueillie leur production. Ce faisant, il va sans dire que tout part de l'état du cerveau qui conditionne le fonctionnement normal du langage. John se saisit d'ailleurs de cette idée qu'il enrichit par l'effet de l'environnement dans l'acquisition du langage oral chez l'enfant. Cet environnement renferme les stimuli nécessaires qui contribuent au développement des compétences et performances linguistique. Par ailleurs, il importe de spécifier que le retard de langage est une perturbation du langage oral qui se rattrape dans le temps avec une hétérogénéité entre le versant expression et compréhension contrairement au trouble de langage oral ou retard complexe de langage oral qui est, quant à lui, irréversible et pour la plus part du temps secondaire une anomalie ou non. Toutes, un retard simple de langage diagnostiqué au début peut se révéler un trouble juste parce que tous les aspects des difficultés de l'enfant ne sont pas perçus au départ.

C'est par exemple le cas des dysphasies. D'une manière ou d'une autre, ce retard a d'énormes conséquences tant sur les enfants que sur les parents.

➤ **Conséquences sur les enfants :**

- ✓ Etre sujet de moquerie dans son milieu de vie,
- ✓ Etre rejeté par sa famille et ses amis,
- ✓ Abandonner l'école,
- ✓ Connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école,
- ✓ Etre tardivement scolarisé ou non.

➤ **Conséquences sur les parents:**

- ✓ Etre sujet de stigmatisation à cause de la mauvaise perception des populations sur le retard de langage,
- ✓ Difficultés financières dues à l'inexistence de centre pluridisciplinaire et des services d'assistance digne de ce nom,
- ✓ Difficulté d'accessibilité géographique car les spécialistes des pathologies du langage ne couvre pas toute l'étendue du territoire à cause de leur effectif réduit.

Néanmoins, il existe des possibilités de prise en charge qui est compétente mais insuffisante. Cette prise en charge échappe encore à un mécanisme pluridisciplinaire qu'il faudra prendre en compte. Ainsi, pourra-t-on asseoir un mécanisme de repérage dès la maternelle qui permet un dépistage systématique des cas suspectés. Un diagnostic efficient posé par une équipe pluridisciplinaire permet, le cas échéant, une prise en charge multisectorielle des pathologies liées au langage dans un même centre dénommé centre pluridisciplinaire de prise charge que le Bénin ne connaît pas encore.

IV.3.2. Suggestions

IV.3.2.1. A l'endroit des autorités politico-administratives et universitaires

- ✚ Systématiser le dépistage précoce : intervenir à 4 ans et 6 ans,
- ✚ Développer les actions de prévention et de repérage dès la maternelle,
- ✚ Inciter les recherches sur les pathologies du langage oral,
- ✚ Encourager les chercheurs orthophonistes à élaborer et étalonner les outils d'évaluation et de rééducation adaptés au contexte socio-culturels béninois voir africain,
- ✚ Subventionner l'installation des laboratoires de tests psychométriques,
- ✚ Encourager et accompagner les professionnels spécialistes des pathologies du langage à concrétiser les types de prévention recommandés par l'OMS,

- ✚ Introduire dans les curricula de formation des enseignants de la maternelle et du primaire de même que ceux du secondaire et des agents de santé, les modules de cours sur les pathologies du langage,
- ✚ Informer davantage et renforcer les partenariats interministériels (Santé et Éducation Nationale),
- ✚ Encourager la mise en place des centres pluridisciplinaire dans tout le pays pour mieux diagnostiquer et améliorer la prise en charge des enfants et adolescents,
- ✚ Organiser régulièrement les colloques et séminaires sur les pathologies du langage,
- ✚ Recruter les spécialistes du langage dans les centres hospitaliers publics et universitaires,

IV.3.2.2. A l'endroit des professionnels spécialistes des pathologies du langage

- ✚ Renforcer les sensibilisations au sein des populations,
- ✚ conduire des actions de formation commune pour les personnels de santé et personnels de l'enseignement et d'encadrement,
- ✚ Développer les actions de prévention et de repérage dès la maternelle.

CONCLUSION

Au Bénin comme dans les autres pays du monde, la problématique du langage oral se pose avec acuité. Le pan qui est abordé et approfondi dans ce travail est le retard de langage oral qui est considéré sous les aspects de retard de langage oral simple et retard de langage oral complexe ou trouble de langage oral. Il ressort de ce travail que les populations béninoises (enseignants comme parents) n'ont pas une bonne connaissance du retard de langage. Cette méconnaissance se traduit par l'ignorance des causes environnementales non négligeables dans le retard de langage oral. Cette pathologie, le retard de langage tel abordé dans ce document, a des conséquences énormes allant de la stigmatisation à l'échec scolaire tant sur les enfants que sur leurs parents.

Dans les autres pays, les conséquences du retard de langage oral qu'il soit simple ou complexe pèsent moins sur les enfants et leurs parents. C'est le cas par exemple d'une étude effectuée en France où 60% des enfants âgés de 16 ans ont une bonne relation interpersonnelle avec leur pair contrairement aux résultats obtenus dans cette étude où les populations stigmatisent ces cas d'enfant à cause de leur mauvaise perception des pathologies du langage. Par ailleurs, toutes les conditions ne sont pas réunies pour la prise en charge de ces enfants. Autrement dit, l'inexistence de centre pluridisciplinaire rend difficile cette prise en charge. Néanmoins, il y a des possibilités de traitement des enfants présentant le retard de langage par les orthophonistes et d'autres spécialistes de la santé. Il est à noter que le traitement de retard de langage va d'une durée courte à moyenne contrairement au retard complexe ou trouble de langage oral.

Par ailleurs, les difficultés de manque de travaux de recherche sur les aspects soulevés dans cette recherche ont émoussé la richesse du document. Cependant, les différentes hypothèses les problèmes organiques et la carence environnementale sont des causes du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois chez les enfants de moins de 6 ans; l'échec scolaire et la stigmatisation sont les conséquences du retard dans le processus d'acquisition du langage dans le contexte béninois des enfants de 4 ans ½ à 6 ans ; l'inexistence de cadre de prise en charge pluridisciplinaire des enfants présentant un retard dans le processus d'acquisition du langage sont toutes vérifiées et confirmées par les résultats de ce travail.

REFERENCES

LES OUVRAGES

- 1- BRUNER J., (2004). *in Comment les enfants apprennent à parler* Ed Retz/SETER
- 2- Jean DUBOIS et al, (2002). *in DICTIONNAIRE DE linguistique Larousse-Bordas/VUEF*
- 3- Jean-Marc COLLECTA (2004) *in Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans*. Ed Pierre Mardaga
- 4- Frédérique BRIN-HENRY et al,(2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*, ortho Edition 303P : 147
- 5- Thierry ROUSSEAU et al,(2008). *les approches thérapeutiques en orthophonie*, Ortho Edition Tome 1 chpIII 288p : 69
- 6- Delahaie M. (2009). *L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels*. Saint-Denis : Inpes, : 73 p.
- 7- Agnès Florin, (2016). *Le développement du langage* 2e édition.
- 8- Rondal, J.A. (1998). *Votre enfant apprend à parler*. Bruxelles : Mardaga.
- 9- Bernicot, J.(1998b). *L'acquisition du langage : Etapes et théories*. In R. Ghiglione & J.F. Richard (Eds. 1994), *Développement et intégration des fonctions cognitives*. Cours de Psychologie. Vol. 3 (p. 420-439). Paris : Dunod. (2e édition, 1ere édition).
- 10- Braine, M. (1963). *The ontogeny of English phrase structure: the first phase*. *Language*, 39, 1-14.
- 11- Nelson, K. (1973). *Structure and strategies in learning to talk*. *Monographs of the Society for the Research in Child development*, 38, (n°149).
- 12- Bernicot, J. et Bert-Erboul, A. (2009). *L'acquisition du langage par l'enfant*. Paris: In Press.
- 13- Habib M, Robichon F, Levrier O, Khalil R, Salamon G. Diverging(1995). *Asymmetries of temporo-parietal cortical areas: a reappraisal of Geschwind/Galaburda theory*. *Brain Lang* 48 : 238-58.
- 14- C. Chevrie-Muller et J Narbona. (2007). *Le langage de l'enfant*. Masson (3ème ed)
- 15- Poizner, H., Klima, E., & Bellugi, U. (1987). *What the hands reveal about the brain*. Cambridge, MA : MIT Press.
- 16- Hickok, G., Bellugi, U., & Klima, E. (1998). *The neural organization of language: Evidence from sign language aphasia*. *Trends in Cognitive Sciences*, 2 (4), 129-136.

- 17- Carey S. (1982). Semantic development. State of the art. In L. Gleitman & E. Wanner (Eds.). *Language acquisition: The state of the art* (pp. 347-489). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- 18- Smith, M. (1926). *An investigation of the development of sentence and the extent of vocabulary in children*, University of Iowa, Studies in Child Welfare, 3, n°5
- 19- Michel Habib Yves Joannette André Roch Lecours (2000). *Le cerveau humain et les origines du langage*. Médecine/sciences 16 : 171-80
- 20- Elisabeth Schweitzer et al (2012). *Les Troubles du Langage oral et écrit*. Centre de Référence des troubles du Langage et des Apprentissages.
- 21- C. Chevrie-Muller et J Narbona (2007). *Le langage de l'enfant*. Masson (3ème ed)
- 22- Roy, J. (2013). Entre évidence et nécessité : actualité de la relation parents-professionnels. *Contraste*, (37), 209-222.
- 23- Berman, R. A. (2004). Between emergence and mastery: The long developmental route of language acquisition. Dans *Language development across childhood and adolescence* (p. 9–34). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- 24- Blum-Kulka, S. (2004). The case of speech representation. Dans *Language development across childhood and adolescence* (p. 191–210). Amsterdam : John Benjamins Publishing.
- 25- Takeuchi H. et al. (2015), The impact of television viewing on brain structures: cross-sectional and longitudinal analyses. *Cereb Cortex*. 2015 May;25(5):1188-97.
- 26- ADEBIYI A. Ignace, (2014), Acquisition de la lecture chez les enfants atteints de troubles du langage : cas des sujets de l'Institut Médico-Educatif Saint François d'Assise de Cotonou
- 27- ADEBIYI A. Ignace, (2018), Description clinique des productions orales des enfants aphasiques : du discours à la lecture de mots

LES MÉMOIRES ET LES COURS

- 1- M. P-D. VIEGBE et S. EVENAMIA. (2012), *Stigmatisation des malades mentaux au sud du Bénin*, Université d'Abomey-Calavi (pour l'obtention de la maîtrise en psychologie clinique)
- 2- Camille LEMIERE (2009). *repérage des troubles du langage oral par les enseignants de maternelle: réévaluation de leurs connaissances en ce domaine*. Ecole d'orthophonie de lorraine

LES REVUES

- 1- Plan d'actions TSL 2006, CP AFPA mai 2015, guide CNSA, Rapport INSERM 2007
- 2- Marie Er-Rafiqi, Cynthia Roukoz, et al. Les fonctions exécutives chez l'enfant: développement, influences culturelles et perspectives cliniques. *Revue de neuropsychologie*. 2017;9(1):27-34.
- 3- •Schmidt ME, Pempek TA, &al The effects of background television on the toy play behavior of very young children. *Child Dev*.2008 Jul-Aug;79(4):1137-51
- 4- •CourageML1, Murphy AN, et al. When the television is on: the impact of infant-directed video on 6-and 18-month-olds' attention during toy play and on parent-infant interaction. *infant Behav Dev*.2010 Apr;33(2):176-88
- 5- Marie Er-Rafiqi, Cynthia Roukoz, &al. Les fonctionsexécutiveschez l'enfant: développement, influences culturelles et perspectives cliniques. *Revue de neuropsychologie*. 2017;9(1):27-34.

WEBOGRAPHIE

1. http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php consulté le 10/06/2019 à 10h
2. <http://w3.uohprod.univ-tlse2.fr/UOH-PHONETIQUE-FLE/impdoc.html> consulté le 16/10/2019 à 13h
3. https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1966_num_66_1_27883 consulté le 20/10/0219 à 11h
4. www.asso-com.com consulté le 24/09/2019 à 20h
5. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01836375> consulté le 24/10/2019 à 18h

ANNEXES

ANNEXE 1 :

FICHE D'ENQUETE ETABLIE A L'ENDROIT DES PARENTS D'ENFANT PRESENTANT UN RETARD DE LANGAGE ORAL

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en nous fournissant ces informations dans l'anonymat malgré vos multiples occupations.

Ces informations entrent dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation de Master en Linguistique clinique à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC).

N°	QUESTIONS	REPONSES
A-REFERENCE:		
	Date :	
	FICHE NUMERO :	
	Téléphone de l'enquêté(e):.....	
B -RENSEIGNEMENTS GENERAUX		
Q1	Age :	
Q2	Sexe : 1-Masculin 2-Féminin	
Q3	Adresse: 1 - zone rurale 2 - zone urbaine 3- zone périurbaine	
Q4	Nationalité : 1- Béninoise 2- Autre (préciser)	
Q5	Langue parlée: 1-Mina 2-Adja 3-Fon 4-Goun 5-Yoruba 6-Dendi 7-Bariba 8-Français 9-Anglais 10-Autres (préciser).....	
Q6	Profession : 1-Elève 2-Etudiante 3-Salariée du public 4-Salariée du privé 5-Artisane 6-Commerçante 7-Ménagère 8-Autres (préciser).....	
Q7	Niveau d'instruction : 1-Non scolarisée 2-primaire 3-secondaire 4 -universitaire 5-Post universitaire 6- Non précisé	
Q8	Situation matrimoniale 1-Célibataire 2-Mariée(ou en union libre) 3-divorcée 4- veuve 5-Autre (préciser)...	
C-LES PROBLEMES ORGANIQUES ET LA CARENCE ENVIRONNEMENTALE SONT DES CAUSES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
CONNAISSANCE SUR LE RETARD DE LANGAGE		
Q9	Connaissances et identification des symptômes du retard de langage 1) Le retard de langage est le fait que l'enfant ne dit rien 2) Le retard de langage est le fait que l'enfant articule mal les noms des choses 3) Le retard de langage est le fait que l'enfant ne comprend pas ce que disent les autres 4) Le retard de langage est le fait que l'enfant parle tardivement après 2 ans et plus	
Q10	Temps écoulé avant de chercher une solution.....jours 1- inf ou = à 1 an ½ 2- 1 an ½ à 3 ans 3- sup à 3 ans	
CAUSES ORGANIQUES ET ENVIRONNEMENTALES		
Q10	Le retard de langage est causé par : 1) Une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement	<input type="checkbox"/>

	2) Une malformation des organes qui aident à parler 3) Un problème lié au cerveau 4) Un problème de surdité 5) Un manque de communication avec l'enfant 6) Plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant 7) L'exposition excessive à l'écran de TV 8) L'anomalie liée au frein de langue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D- L'ECHEC SCOLAIRE ET LA STIGMATISATION SONT LES CONSEQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
LES CONSEQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
Q11	L'enfant qui présente un retard de langage peut : 1) Etre sujet de moquerie dans son milieu de vie 2) Etre rejeté par sa famille et ses amis 3) Abandonner l'école 4) Connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école 5) Etre tardivement scolarisé ou non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E- IL EXISTE UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRESENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
EXISTENCE D'UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRESENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
Q12	L'enfant qui présente un retard de langage est : 1) Totalementsoigné par le médecin à l'hôpital ou à la clinique 2) Totalelement soigné par l'orthophoniste à l'hôpital ou à la clinique 3) Totalelement soigné par le phytothérapeute à la maison 4) Totalelementsoigné par une équipe de plusieurs professionnels de la santé dans un même centre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q13	Quelles sont les personnes qui ont soigné votre enfant ? 1) Les médecins Oui /___/ Non /___/ 2) Les phytothérapeutes Oui /___/ Non /___/ 3) Les orthophonistes Oui /___/ Non /___/ 4) Les pasteurs Oui /___/ Non /___/ 5) Les assistants sociaux Oui /___/ Non /___/	
Q14	Temps écoulé avant de chercher une solution.....année 1- inf ou = à 1 an ½ 2- 1 an ½ à 3 ans 3- sup à 3 ans	
Q15	Durée du traitement 1- inf à 3 mois 2- 3 à 6 mois 3- ≥6mois	
Q16	Quelles ont été vos difficultés lors de la prise en charge ? 1-Financière Oui /___/ Non /___/	

	2-Barrière linguistique Oui /__/ Non /__/ 3-Accessibilité géographique Oui /__/ Non /__/ 4-Intégration sociale Oui /__/ Non /__/ 5-Autre, préciser.....	
Q17	résultats / satisfaction 1-Très bon : Récupération supérieure à 90% 2-Bon : Récupération d'au moins 70% 3-Passable : Récupération entre 25% et 70% 4-Mauvais : Récupération de moins de 25%	

Consigne

Pour chacune des questions, cochez les réponses qui vous conviennent

ANNEXE 2 :

FICHE D'ENQUETE ETABLIE A L'ENDROIT DES ENSEIGNANTS DE LA MATERNELLE ET DU PRIMAIRE

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en nous fournissant ces informations dans l'anonymat malgré vos multiples occupations.

Ces informations entrent dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation de Master en Linguistique clinique à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC).

N°	QUESTIONS	REPONSES
A-REFERENCE:		
	Date :	
	FICHE NUMERO :.....	
	Téléphone de l'enquêté(e):.....	
B -RENSEIGNEMENTS GENERAUX		
Q1	Age :	
Q2	Sexe : 1-Masculin 2-Féminin	
Q3	Adresse: 1 - zone rurale 2 - zone urbaine 3- zone périurbaine	
Q4	Nationalité : 1- Béninoise 2- Autre (préciser)	
Q5	Langue parlée: 1-Mina 2-Adja 3-Fon 4-Goun 5-Yoruba 6-Dendi 7-Bariba 8-Français 9-Anglais 10-Autres (préciser).....	
Q6	Profession : 1-Salariée du public 2-Salariée du privé	
Q7	Niveau d'instruction : 1-secondaire 2-universitaire 3-Post universitaire	
Q8	Situation matrimoniale 1-Célibataire 2-Mariée(ou en union libre) 3-divorcée 4- veuve 5-Autre (préciser)...	
C-LES PROBLEMES ORGANIQUES ET LA CARENCE ENVIRONNEMENTALE SONT DES CAUSES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
CONNAISSANCE SUR LE RETARD DE LANGAGE		
Q9	Connaissances et identification des symptômes du retard de langage 1- Le retard de langage est le fait que l'enfant ne dit rien	<input type="checkbox"/>

	2- Le retard de langage est le fait que l'enfant articule mal les noms des choses 3- Le retard de langage est le fait que l'enfant ne comprend pas ce que disent les autres 4- Le retard de langage est le fait que l'enfant parle tardivement après 2 ans et plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q10	Comment reconnaissez-vous le retard de langage oral chez l'enfant dans votre classe ? 1- L'enfant n'articule pas bien <input type="checkbox"/> 2- L'enfant ne comprend pas vite <input type="checkbox"/> 3- L'enfant a un vocabulaire inférieur à son âge <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (à préciser.....)	
CAUSES ORGANIQUES ET ENVIRONNEMENTALES		
Q11	Le retard de langage est causé par : 1- Une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement 2- Une malformation des organes qui aident à parler 3- Un problème lié au cerveau 4- Un problème de surdité 5- Un manque de communication avec l'enfant 6- Plusieurs langues parlées à la fois à l'enfant 7- L'exposition excessive à l'écran de TV 8- L'anomalie liée au frein de langue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D- L'ECHEC SCOLAIRE ET LA STIGMATISATION SONT LES CONSEQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
LES CONSEQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS		
Q12	L'enfant qui présente un retard de langage peut : 1- Etre sujet de moquerie dans son milieu de vie 2- Etre rejeté par sa famille et ses amis 3- Abandonner l'école 4- Connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école 5- Etre tardivement scolarisé ou non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q13	Avez-vous reçu des modules sur le développement du langage oral et les pathologies afférentes ? Oui /__/ Non /__/ Si oui, à quelle occasion ? (A préciser).....	
E- IL EXISTE UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRESENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
EXISTENCE D'UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRESENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
Q14	L'enfant qui présente un retard de langage est : 1- Totalementsoigné par le médecin à l'hôpital ou à la clinique 2- Totalement soigné par l'orthophoniste à l'hôpital ou à la clinique 3- Totalement soigné par le phytothérapeute à la maison	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B -RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Q1	Sexe : 1-Masculin 2-Féminin	
Q2	Adresse: 1 - zone rurale 2 - zone urbaine 3- zone périurbaine	
Q3	Nationalité : 1- Béninoise 2- Autre (préciser)	
Q4	Langue parlée: 1-Mina 2-Adja 3-Fon 4-Goun 5-Yoruba 6-Dendi 7-Bariba 8-Français 9-Anglais 10-Autres (préciser).....	
Q5	Profession : 1-Salariée du public 2-Salariée du privé	

C-LES PROBLEMES ORGANIQUES ET LA CARENCE ENVIRONNEMENTALE SONT DES CAUSES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BENINOIS

CONNAISSANCE SUR LE RETARD DE LANGAGE

Q6	Connaissances et identification des symptômes du retard de langage 5) Le retard de langage est le fait que l'enfant ne dit rien 6) Le retard de langage est le fait que l'enfant articule mal les noms des choses 7) Le retard de langage est le fait que l'enfant ne comprend pas ce que disent les autres 8) Le retard de langage est le fait que l'enfant parle tardivement après 2 ans et plus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q7	A quelle fréquence mensuelle recevez-vous les cas de retard de langage âgés de 4 ½ ans – 6 ans? 1) 0- 20% <input type="checkbox"/> 2) 20 – 40% <input type="checkbox"/> 3) 40 – 60% <input type="checkbox"/> 4) 60% et plus <input type="checkbox"/>	
Q8	Comment reconnaissez-vous le retard de langage oral chez l'enfant? 1- A travers le motif de consultation 2- A travers l'anamnèse 3- A travers la passation des tests orthophoniques 4- A travers le motif de consultation, l'anamnèse et la passation des tests 5- Autres(à préciser).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q9	Quelles sont les composantes du langage oral le plus souvent perturbées chez ces enfants ? veuillez les citer :	

CAUSES ORGANIQUES ET ENVIRONNEMENTALES

Q10	Le retard de langage est causé par : 1- Une difficulté à sortir le bébé lors de l'accouchement 2- Une malformation des organes qui aident à parler 3- Un problème lié au cerveau 4- Un problème de surdit�e 5- Un manque de communication avec l'enfant 6- Plusieurs langues parl�ees � la fois � l'enfant 7- L'exposition excessive � l'�cran de TV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------	--	--

	8- L'anomalie liée au frein de langue	<input type="checkbox"/>
D- L'ÉCHEC SCOLAIRE ET LA STIGMATISATION SONT LES CONSÉQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BÉNINOIS		
LES CONSÉQUENCES DU RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE DANS LE CONTEXTE BÉNINOIS		
Q12	L'enfant qui présente un retard de langage peut : 1) Être sujet de moquerie dans son milieu de vie 2) Être rejeté par sa famille et ses amis 3) Abandonner l'école 4) Connaître des difficultés lors des apprentissages à l'école 5) Être tardivement scolarisé ou non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E- IL EXISTE UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRÉSENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
EXISTENCE D'UN CADRE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ENFANTS PRÉSENTANT UN RETARD DANS LE PROCESSUS D'ACQUISITION DU LANGAGE		
Q14	Quels sont les partenaires avec qui vous travaillez en collaboration pour la prise en charge de ces enfants ? 5) Les médecins généralistes 6) Les médecins spécialistes (ORL, pédiatre, psychiatres...) 7) Les spécialistes de l'éducation (enseignants, éducateurs spécialisés, psychopédagogues....) 8) Les parents 9) Autres (A préciser).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q15	Existe-t-il un centre formel d'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des enfants présentant un retard de langage au Bénin? Oui / __/ Non / __/ Si non, citez trois raisons.....	
Q16	Quel pourcentage atteignez-vous après la prise en charge pour la récupération de l'enfant ? 1-Très bon : supérieur à 90% 2-Bon : au moins 70% 3-Passable : entre 25% et 70% 4-Mauvais : moins de 25%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q17	Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté ? 1-Non adaptation des tests utilisés à notre contexte Oui / __/ Non / __/ 2-Barrière linguistique Oui / __/ Non / __/ 3-Inexistence d'équipe pluridisciplinaire Oui / __/ Non / __/	

	4-Abandon des séances par les parents Oui / ___/Non / ___/ 5-Autre, à préciser.....	
--	---	--

Consigne

Pour chacune des questions, cochez les réponses qui vous conviennent

ANNEXE 4 : Test utilisé pour évaluer les enfants

Evaluation du Langage Oral

Cahier de passation

Abdelhamid Khomsi

Ecole : _____ Classe : _____ Date de l'examen : Année _____ Mois _____ Jour _____
 Nom : _____ Sexe : _____ Date de naissance : _____
 Prénom : _____ Age : _____

Lexique en Réception (LexR) : _____ Compréhension Immédiate (CI) : _____
 Lexique en Production (LexP) : _____ Compréhension Globale (CG) : _____
 Répétition de Mots (RépM) : _____ Production Linguistique (RépSyn) : _____
 (MorSyn) : _____

PSM

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

MSM

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

GSM

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

CP

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

Passation avec niveau d'arrêt

CE1

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

CE2

LexR LexP RépM CI CG RépSyn MorSyn

Passation complète

CE2

LexR LexP CI CG MorSyn

CM1

LexR LexP CI CG MorSyn QQC

CM2

LexR LexP CI CG MorSyn QQC

Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée
 Copyright © 2001 par les ECPA. Tous droits réservés.
 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20

5. Production d'Énoncés

Je suis le narrateur des images et tu te vas continuer la phrase que j'ai commencée.

	MoisSyn	DysL	DysP	Réponse de l'enfant		DysL	DysP
				MoisSyn	DysL		
1. Ici, il y a un animal vivant. a. il y a ... deux animaux.	<input type="checkbox"/>						
2. Ici, le garçon court. a. le garçon ... en court pas.	<input type="checkbox"/>						
3. Ici, c'est une maison. a. c'est une ... table.	<input type="checkbox"/>						
4. Ici, le garçon est debout. a. le garçon ... en court.	<input type="checkbox"/>						
5. Ici, c'est le caractère de la fille. a. c'est le caractère ... de garçon.	<input type="checkbox"/>						
6. Ici, l'histoire dit que le garçon a la poupée. a. elle donne à manger ... au chat.	<input type="checkbox"/>						
7. Ici, il y a un animal vivant. a. il y a ... deux animaux.	<input type="checkbox"/>						
8. Ici, c'est un enfant. a. c'est une ... enfant.	<input type="checkbox"/>						
9. Ici, le garçon n'est pas assis. a. le garçon ... est assis.	<input type="checkbox"/>						
10. Ici, c'est le caractère de la dame. a. c'est le caractère ... de monsieur.	<input type="checkbox"/>						
11. Ici, c'est une verrouille. a. c'est une ... assiette.	<input type="checkbox"/>						
12. Ici, Pierre de l'histoire a la dame. a. Pierre de l'histoire ... un monsieur.	<input type="checkbox"/>						
13. Ici, c'est un chat. a. c'est une ... dame.	<input type="checkbox"/>						
14. Ici, c'est un bonjour. a. c'est une ... assiette.	<input type="checkbox"/>						
15. Ici, l'histoire dit que le monsieur. a. l'histoire dit ... un monsieur.	<input type="checkbox"/>						
16. Ici, le garçon dit que le monsieur est assis. a. le fils dit que son père est ... assis.	<input type="checkbox"/>						
17. Ici, la fille a mangé des fleurs. a. les fleurs ... ont mangé de fleurs.	<input type="checkbox"/>						
18. Ici, le garçon a perdu un œuf. a. le garçon a perdu ... des fleurs mangé.	<input type="checkbox"/>						
19. Ici, le garçon n'a pas son œuf. a. le garçon a ... deux yeux.	<input type="checkbox"/>						
20. Ici, le garçon regarde le journal. a. le garçon regarde les ... personnes.	<input type="checkbox"/>						
21. Ici, le garçon dit que son chien est malin. a. la fille dit que le monsieur est ... malin.	<input type="checkbox"/>						
22. Ici, ce sont des fleurs qui ont un caractère. a. ce sont des fleurs ... qui n'est pas de caractère.	<input type="checkbox"/>						
23. Ici, je suis malade. a. plus tard ... je mangerais ... une manger (dîner).	<input type="checkbox"/>						
24. Ici, l'histoire dit. a. les yeux ... d'homme.	<input type="checkbox"/>						
25. Ici, monnaie malin. C'est. a. le garçon ... en manger ... en fait manger.	<input type="checkbox"/>						
26. Ici, le garçon va l'habiller. a. le garçon ... d'habiller.	<input type="checkbox"/>						
27. Ici, le garçon pense le monsieur. a. le garçon ... est malade par le monsieur ... en fait monsieur.	<input type="checkbox"/>						
28. Ici, je suis malade. a. avec ... je dors.	<input type="checkbox"/>						

Total

Total

Noter "a" (encadré de la croix de MoisSyn) quand la production est identique à ce qui est attendu (en italique) ; entourer le reste en italique. La transcrire si elle est différente. Deux types de productions sont "ingrues", de type retard de langage : noter "a" dans la colonne DysL. Il peut s'agir aussi de notes "a" dans la colonne DysP.

Production d'Énoncés : MoisSyn : DysL :

1. Lexique en Réception

Montre-moi l'image où il y a un/une ...

1. casquette - chapeau - dé - couronne	<input type="checkbox"/>
2. avion - voiture - camion - autocar	<input type="checkbox"/>
3. chat - kangourou - lapin - écureuil	<input type="checkbox"/>
4. banane - pomme - poire - cerises	<input type="checkbox"/>
5. vache - ours - cochon - mouton	<input type="checkbox"/>
6. perceuse - perceur - tournevis - entonnoir	<input type="checkbox"/>
7. tasse - bol - flacon - verre	<input type="checkbox"/>
8. chaise - banc - tabouret - fauteuil	<input type="checkbox"/>
9. sabot - gant - chaussure - botte	<input type="checkbox"/>
10. flûte - cor - trompette - guitare	<input type="checkbox"/>
11. poussette - lit - landau - berceau	<input type="checkbox"/>
12. pull - chemisette - jupe - robe	<input type="checkbox"/>
13. marteau - rabot - tournevis - râtelier	<input type="checkbox"/>
14. évier - baignoire - douche - lavabo	<input type="checkbox"/>
15. artichaut - chou - carotte - poireau	<input type="checkbox"/>
16. baleine - anguille - sardine - dauphin	<input type="checkbox"/>
17. escalier - escalier - échelle - tabouret	<input type="checkbox"/>
18. appareil photo - lunettes - microscope - jumelles	<input type="checkbox"/>
19. trottinette - bicyclette - patins à roulettes - raquette	<input type="checkbox"/>
20. avion - hélicoptère - montgolfière - téléphérique	<input type="checkbox"/>

Noter "+" (encadrés à droite) si l'image choisie est l'image correcte. Entourer la réponse quand elle est différente.

LexR :

QQC : LexP :
QQF :

2. Lexique en Production

Qu'est-ce que c'est ?

1. lapin	<input type="checkbox"/>
2. chat	<input type="checkbox"/>
3. table	<input type="checkbox"/>
4. ciseau, ciseaux	<input type="checkbox"/>
5. chapeau	<input type="checkbox"/>
6. glace	<input type="checkbox"/>
7. parapluie	<input type="checkbox"/>
8. ampoule	<input type="checkbox"/>
9. papillon	<input type="checkbox"/>
10. bougie	<input type="checkbox"/>
11. cerf-volant	<input type="checkbox"/>
12. arrosoir	<input type="checkbox"/>
13. (tube) de dentifrice, colle, pommade, peinture, crème	<input type="checkbox"/>
14. pingouin	<input type="checkbox"/>
15. jumelles	<input type="checkbox"/>
16. canne à pêche, lancer, ligne	<input type="checkbox"/>
17. toile d'araignée	<input type="checkbox"/>
18. tabouret	<input type="checkbox"/>
19. aquarium	<input type="checkbox"/>
20. tournevis	<input type="checkbox"/>
21. horloge, pendule	<input type="checkbox"/>
22. piano	<input type="checkbox"/>
23. cactus	<input type="checkbox"/>
24. poireau	<input type="checkbox"/>
25. sac à dos	<input type="checkbox"/>

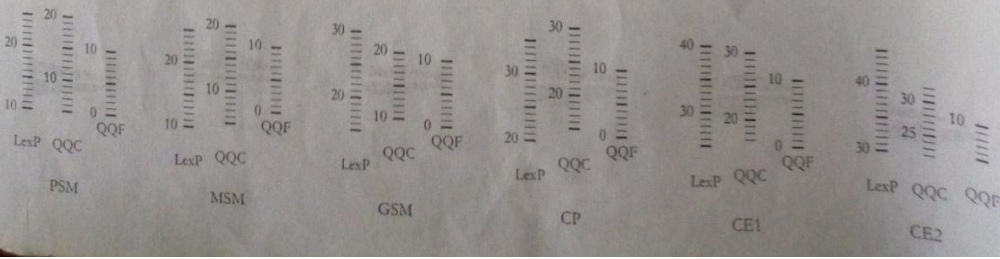
26. sèche-cheveux	<input type="checkbox"/>
27. louche	<input type="checkbox"/>
28. pince (épingle) à linge	<input type="checkbox"/>
29. perceuse, visseuse, dévisseuse	<input type="checkbox"/>
30. table (planche) à repasser	<input type="checkbox"/>
31. cadenas	<input type="checkbox"/>
32. bibliothèque	<input type="checkbox"/>
33. évier	<input type="checkbox"/>
34. scorpion	<input type="checkbox"/>
35. sécateur	<input type="checkbox"/>
36. encroûte-minute	<input type="checkbox"/>
37. théière	<input type="checkbox"/>
38. salière, sucrière, poivrière	<input type="checkbox"/>
39. saxophone, saxo	<input type="checkbox"/>
40. aubergine	<input type="checkbox"/>
41. téléphérique	<input type="checkbox"/>
42. séchoir, étendoir, tancarville	<input type="checkbox"/>
43. bouilloire	<input type="checkbox"/>
44. ananas	<input type="checkbox"/>
45. rhinocéros	<input type="checkbox"/>
46. libellule	<input type="checkbox"/>
47. thermomètre	<input type="checkbox"/>
48. hirondelle	<input type="checkbox"/>
49. phare	<input type="checkbox"/>
50. harpe	<input type="checkbox"/>

Qu'est-ce qu'il fait ?

1. il dort	<input type="checkbox"/>
2. il pleure	<input type="checkbox"/>
3. il boit	<input type="checkbox"/>
4. il mange	<input type="checkbox"/>
5. il se lave, il se douche, il prend sa douche	<input type="checkbox"/>

6. il lit	<input type="checkbox"/>
7. il conduit	<input type="checkbox"/>
8. il (elle) se coiffe (brosse) (les cheveux)	<input type="checkbox"/>
9. il saute (joue) à la corde	<input type="checkbox"/>
10. il bâille, il s'entre (en bâillant)	<input type="checkbox"/>

Noter "+" (encadrés à droite) quand la réponse est correcte. La transcrire quand elle est différente.



Passation complète

CE1

CE2

Passation avec niveau d'arrêt

CE2

CM1

CM2

01. Le garçon court.	<input type="checkbox"/>	1			
02. Le bol n'est pas cassé.	<input type="checkbox"/>	2			

4. Compréhension (2)

GSM	1. Les enfants mettent leurs chaussures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	2. La petite fille le regarde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	3. Le monsieur va partir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	4. La petite fille est lavée par le garçon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	5. Qui est cette fille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	6. L'oiseau a fait son nid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	7. L'enfant joue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	8. La voiture est poussée par le camion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	9. L'ours dort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	10. Le bateau qui est dans le port a des voiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	11. Mais où est le poisson que j'aurais posé sur cette table ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	12. Le chat dont j'ai tiré la queue m'a griffé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	13. Pierrette et sa maman ont fini leurs courses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	14. La petite fille lui brosse les cheveux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	15. Je mange les cerises que maman cueille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	16. Le camion est suivi par la voiture.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	17. J'aimerais bien aller dehors !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	18. La petite fille est-elle tombée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	19. Philippe va lire un livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	20. Maman a dit que je mette mes vestes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
	21. Pourquoi as-tu cassé le jouet de ta sœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
Total		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22. La fille, à qui le garçon a tiré les cheveux, a des lunettes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
23. Après avoir gonflé le bateau et joué dans l'eau, Pierre et Marie rentrent chez eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
24. Luc a lancé son ballon trop fort. Le carreau s'est cassé. Sa maman l'a grondé et puni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
25. J'ai mangé tous les bonbons du paquet que la dame m'avait donné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
26. Le facteur a apporté une lettre à Antoine, qui l'a lu et l'a posée sur le coin de la table.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
27. La petite fille, dont c'est l'anniversaire, a invité ses amis. Ils vont manger au gâteau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
28. Après avoir traversé la rue, le garçon va à la boulangerie pour acheter des bonbons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
29. Nicolas n'en a pas envie, mais il va se brosser les dents. Maman lui en a donné l'ordre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
30. Pierrette a écrit une lettre. Comme elle a déçu de la musique, elle a dit au maître de la poster !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
31. Philippe a essayé un tableau au greson. Il est allé prendre des outils à l'école et l'a accroché.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
32. Luc s'est levé et trébuché. Il était en train de jouer avec sa poupée, mais il a voulu à prendre son petit déjeuner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC - P - CD
Total		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compréhension (2)

CI : Ig 1 :
If 1 :

CG : Ig 2 :
If 2 :

AC :
P :
CD :

4

3. Sélection de Mots
Écrivez après moi exactement ce que je dis. N'essayez pas de deviner parce que je ne les dirai qu'une seule fois.

1. bateau	<input type="checkbox"/>
2. chapeau	<input type="checkbox"/>
3. robot	<input type="checkbox"/>
4. sorte	<input type="checkbox"/>
5. biscuit	<input type="checkbox"/>
6. album	<input type="checkbox"/>
7. buffet	<input type="checkbox"/>
8. oiseau	<input type="checkbox"/>
9. aquarium	<input type="checkbox"/>
10. horloge	<input type="checkbox"/>
11. entonnoir	<input type="checkbox"/>
12. carafe	<input type="checkbox"/>
13. anorak	<input type="checkbox"/>
14. réservoir	<input type="checkbox"/>
15. calendrier	<input type="checkbox"/>
16. agenda	<input type="checkbox"/>
17. ordonnance	<input type="checkbox"/>
18. thermomètre	<input type="checkbox"/>
19. anniversaire	<input type="checkbox"/>
20. subergine	<input type="checkbox"/>
21. locomotive	<input type="checkbox"/>
22. dictionnaire	<input type="checkbox"/>
23. cafetière	<input type="checkbox"/>
24. spectacle	<input type="checkbox"/>
25. tracteur	<input type="checkbox"/>
26. poney	<input type="checkbox"/>
27. lanterne	<input type="checkbox"/>
28. éclipse	<input type="checkbox"/>
29. couteau	<input type="checkbox"/>
30. coopération	<input type="checkbox"/>
31. extingueur	<input type="checkbox"/>
32. monnaie	<input type="checkbox"/>

4. Compréhension (CI)
Exercice : Montre-moi l'image où il y a ...
Deuxième présentation : Écoute bien ce que j'ai dit et montre-moi l'image où il y a ce que je dis.

81. Le garçon mange.	<input type="checkbox"/>
82. Le chat joue.	<input type="checkbox"/>
1. Le garçon dort.	<input type="checkbox"/>
2. La fille est cachée.	<input type="checkbox"/>
3. Les enfants partent à l'école.	<input type="checkbox"/>
4. Les oiseaux volent.	<input type="checkbox"/>
5. La voiture est sur le lit.	<input type="checkbox"/>
6. Sa maman croque Catherine.	<input type="checkbox"/>
7. Le camion pousse la voiture.	<input type="checkbox"/>
8. Je vois que tu manges une glace.	<input type="checkbox"/>
9. Il regarde l'oiseau qui vole.	<input type="checkbox"/>
10. Le chat est derrière l'arbre.	<input type="checkbox"/>
11. Le camion est-il cassé ?	<input type="checkbox"/>
12. Le chien est sous la chaise.	<input type="checkbox"/>
13. Quelques garçons ont des chapeaux.	<input type="checkbox"/>
14. Le vélo est contre le mur.	<input type="checkbox"/>
15. Le paquet de bonbons qu'on m'a donné est vide ?	<input type="checkbox"/>
16. La fille est moins grande que le garçon.	<input type="checkbox"/>
17. La voiture est entre les maisons.	<input type="checkbox"/>
18. Je mange les carottes que maman cueille.	<input type="checkbox"/>
19. Le garçon court.	<input type="checkbox"/>
20. Le bol n'est pas cassé.	<input type="checkbox"/>

Noter l'existence d'une Fonction Désignation (FD) et d'une Fonction Changement (FC) pour les petits, en entourant le sigle ci-dessous. Noter "+" (encadrés à droite) quand la désignation est correcte ou noter le numéro de l'image choisie, y compris s'il s'agit d'un enchaînement de désignations, en première et deuxième présentations. Noter, le cas échéant, les désignations précises. Noter les interruptions (I) en deuxième présentation.

FD	CI :	AC :
FC	CG :	P :
		CD :

PSM

20	20	5
15	15	0
10	10	0
5	5	0
0	0	0
AC		
P		
CG		

MSM

20	20	5	0
15	15	0	0
10	10	0	0
5	5	0	0
0	0	0	0
AC			
P			
CG			

Noter "+" (encadrés à droite) quand la répétition est phonétiquement correcte. La transcrire si elle est différente.

Rép 1 : Rép 2 :

5

6. Répétition d'Énoncés
Tu répètes après moi exactement ce que je vais dire.

	RépSyn	RépSém
1. La confiture est sur la table.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les enfants sont dans le train.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il mange sa brioche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il voit l'avion qui passe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mon cartable est ouvert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le bol est cassé par le garçon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il entend les oiseaux qui chantent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dimanche, on ira au cinéma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les enfants prennent le car.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Paul prendra un taxi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les enfants boivent leur lait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La voiture est lavée par le garçonn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les chiens ont mangé leur viande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les images que tu as vues sont belles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai un copain dont le père est facteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSM

Noter "+" (encadrés de la colonne RépSyn) quand la répétition est identique au modèle proposé. Noter "+" (encadrés de la colonne RépSém) quand la répétition correspond au contenu sémantique du modèle proposé, avec une syntaxe différente mais correcte (la noter).

Répétition d'Énoncés RépSyn :
 RépSém :

PSM

MSM

GSM

⑥

EXPRESS TIRAGES - 05/2004

ANNEXE 5: Description des épreuves du test d'Evaluation du Langage Oral (ELO)

EPREUVES	MATERIELS	COTATIONS
----------	-----------	-----------

Lexique en Réception (LexR)	20 items concernant quelques noms d'objets	1 par bonne réponse
Lexique en Production (LexP)	50 items concernant des noms d'objets ordonnés	1 par bonne réponse
	10 items concernant des verbes	
Répétition de Mots (RépM)	2 ensembles de 16 mots : - premier ensemble est composé majoritairement de mots bi-syllabiques avec très peu de groupes consonantiques, - Le deuxième ensemble comporte majoritairement des mots de plus de 2 syllabes avec un nombre de groupes consonantiques plus élevé	
Compréhension (C)	Compréhension 1 (C1) : 20 items	1 par bonne réponse
	Compréhension 2 (C2) : 32 items	
Répétition d'énoncés (RepE)	15 énoncés	1 par bonne réponse

ANNEXE 6 : Epreuve de répétition des voyelles et des syllabes

Liste des voyelles orales et nasales

[ɑ]	[ã]
[ɛ]	[ẽ]
[oe]	[õ]
[ɔ]	[oẽ]

Liste des syllabes présentées

[pa] [ta] [ka] [da] [fa] [va]

[ba] [ga] [sa] [fa] [za] [la] [ʁa]

ANNEXE 7 : Epreuve de praxies

Tirer la langue (bien sortir la langue)

Mettre la langue dans la commissure gauche

Mettre la langue dans la commissure droite

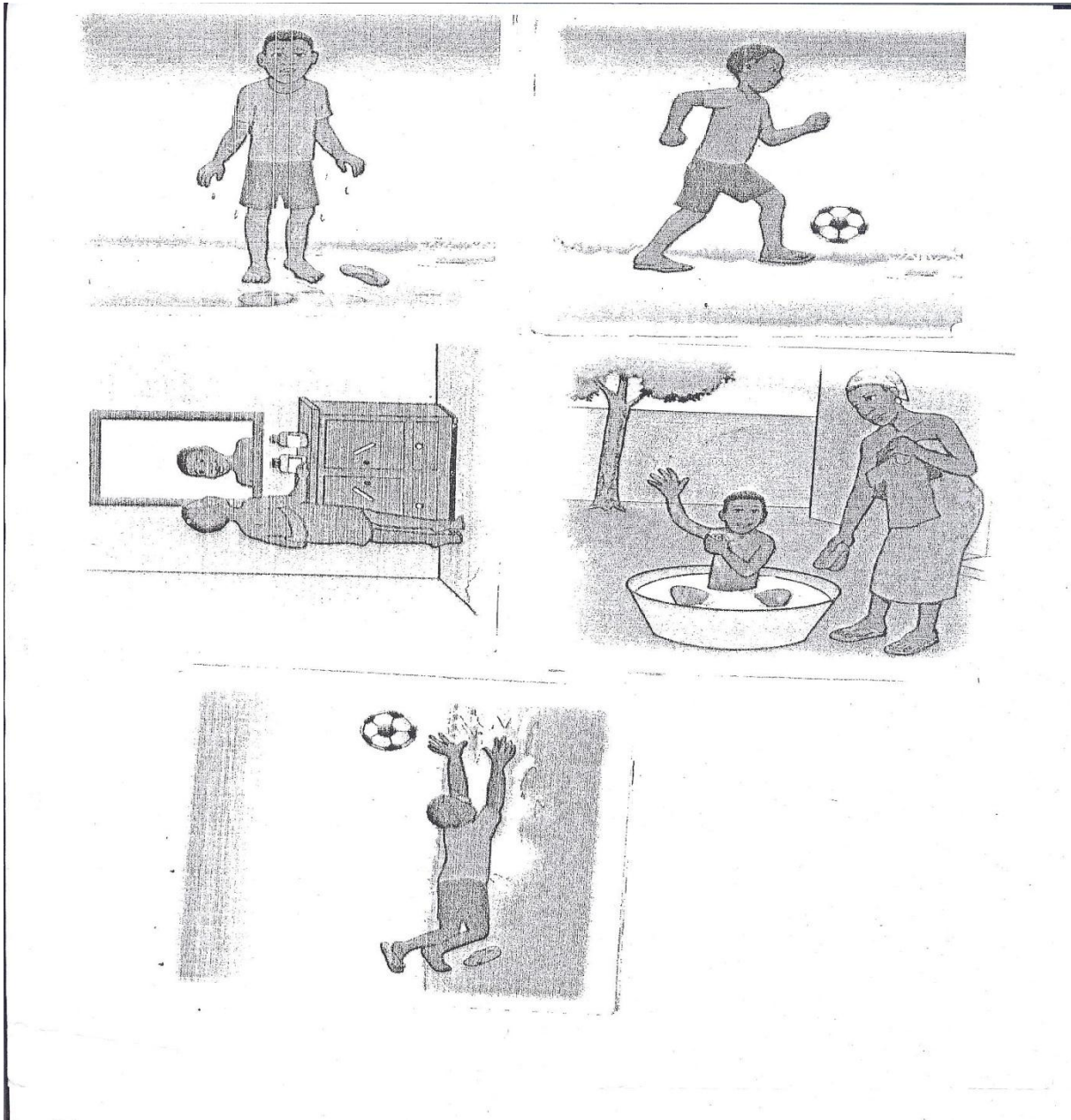
Mettre la langue sur la lèvre supérieure

Mettre la langue sur la lèvre inférieure

Claquer la langue

Gonfler les joues

ANNEXE N°8



ANNEXE N°9

TABEAU PHONÉTIQUE



LES VOYELLES					
TYPE		Exemples	Graphies	Phonétique	Connotations possibles
Ouvertes (grande ouverture de la bouche)	Très ouvertes	pâte patte	â a	[ɑ] [a]	Idées d'ouverture, de grandeur, de clarté
	Moyennement ouvertes	lait mort peur	ai, ei, è, ê o eu, œu	[ɛ] [ɔ] [œ]	
Fermées (faible ouverture de la bouche)	Moyennement fermées	bié mot bleu	é, et, er o, au, eau, eu	[e] [o] [ø]	Idées de fermeture, d'étroitesse
	Très fermées	cou tu lyre	ou u i, y	[u] [y] [i]	
Nasales (l'air passe par le nez, le son semble étouffé)		chante brin brun conte	an, en in, ain, ein un on	[ɑ̃] [ɛ̃] [œ̃] [ɔ̃]	Son strident Tonalités sombres, étouffées

LES SEMI-CONSONNES / SEMI-VOYELLES		
Exemples	Graphies	Phonétique
piéd, yeux, paille oui, loi huile, lui	l, y, ill ou, o(i) u	[j] [w] [ɥ]

LES CONSONNES						
TYPE	SOUS-TYPE		Graphies	Phonétique	Connotations possibles	
Occlusives (brusques sorties d'air : ne peuvent pas durer)	Labiales	sourde	p	[p]	Explosion Sombre, plus doux	Lèvres, baiser
		sonore	b	[b]		
	Dentales	sourde	t	[t]	Dureté, sécheresse	Brutalité, brièveté (effet renforcé si la consonne est groupée avec un r)
		sonore	d	[d]		
Palatales ou Vélares	sourde	c, k, qu	[k]	Coups frappés		
	sonore	gu, g	[g]			
		nasale	gn	[ɲ]	Sombre, mouillé	
Fricatives ou constrictives (peuvent durer)	Sifflantes	sourde	s, ss, c, ç	[s]	Sifflement	Douceur, continuité
		sonore	z, s	[z]		
	Labio-dentales	sourde	f	[f]	Souffle	
		sonore	v	[v]		
Chuintantes	sourde	ch	[ʃ]	Chuchotement		
	sonore	j, ge	[ʒ]			
	Liquides	r grasseyé	r	[R]	Grondement, vibration Glissement, élément liquide	
		r roulé (xvi ^{ts}) l	[r] [l]			

TABLE DES MATIERES

Titres	Pages
SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES SCHEMAS	vi
RESUME	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CONSIDERATIONS THEORIQUES DE LA RECHERCHE	3
I-1 Problématique et question de recherche	3
1-1-1 Hypothèses et Objectifs de la recherche	4
1-1-2 Clarification des concepts	5
I-2 Modèle théorique d'analyse du sujet	7
I-3 Revue de littérature.....	9
CHAPITRE II : CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	20
II-1 Cadre physique de la recherche.....	20
II-2 Méthodologie de recherche	21
II-2-1-1 Recherches documentaires.....	22
II-2-1-2 Population cible	22
II-2-2 Nature de l'étude.....	23
II-2-3 Outils de collectes des données	23
II-3 Méthode d'échantillonnage	24
II-4 Présentation du test d'Evaluation du Langage Oral (ELO) soumis aux enfants	24
II-5 Les difficultés rencontrées au cours de cette recherche.....	25

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE L'ACQUISITION DU LANGAGE ORAL ET SES ASPECTS PATOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT.....	26
III.1 Problématique de l'acquisition du langage oral chez l'enfant.....	26
III.2 Aspects pathologiques du langage oral chez l'enfant.....	33
CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION, DISCUSSION DES RESULTATS, PERSPECTIVE ET SUGGESTIONS	40
IV.1 Présentation, analyse et interprétation des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés	40
IV.1.1 Présentation des résultats des résultats des bilans orthophoniques passés aux enfants et ceux des enquêtés.....	40
IV.1.1.1. Présentation des résultats de 11 bilans orthophoniques des cas de retard de langage oral reçus a la clinique louis pasteur de Porto-Novo.....	40
IV.1.1.2. Présentation des résultats issus de l'enquête	51
IV-1-2 Analyse et interprétation des résultats des bilans orthophoniques passes aux enfants et ceux des enquêtes	54
IV.1.2.1. Analyse et interprétation des résultats des 11 cas de bilans orthophoniques de retard de langage oral reçus à la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo	54
IV.1.2.2. Analyse et interprétation des résultats issus de l'enquête	59
IV-2 Discussion des résultats des bilans orthophoniques passes aux enfants et ceux des enquêtés	61
IV.2.1. Discussion des résultats des 11 cas de bilans orthophoniques de retard de langage oral reçus à la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo.....	62
IV.2.2. Discussion des résultats issus de l'enquête	63
IV-3 Perspectives et Suggestions	70
CONCLUSION	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	74
ANNEXES.....	77