

Le guide de l'orthophonie



coreka

Vos questions sont entre de bonnes mains

Le guide de l'orthophonie



coreka



ooreka

Vos questions sont entre de bonnes mains

[Ma maison](#)

[Mon argent](#)

[Ma famille](#)

[Ma santé](#)

[Mes droits](#)

[Ma carrière](#)

[Mon véhicule](#)

[Mon entreprise](#)

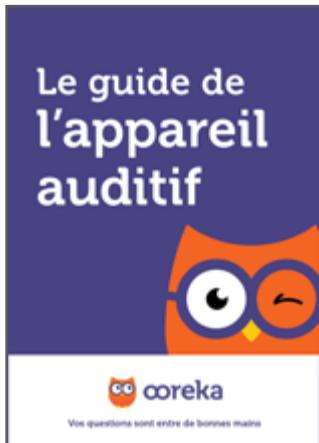


Plus de 5 000 documents à télécharger gratuitement

eBooks PDF, modèles de lettres, modèles de contrats, études, rapports, fiches pratiques...

www.ooreka.fr

Dans la même collection



Le guide de
l'appareil auditif



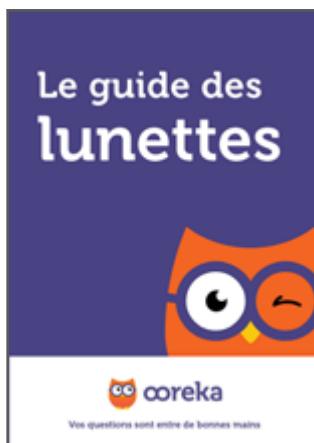
Le guide de
l'esthétique dentaire



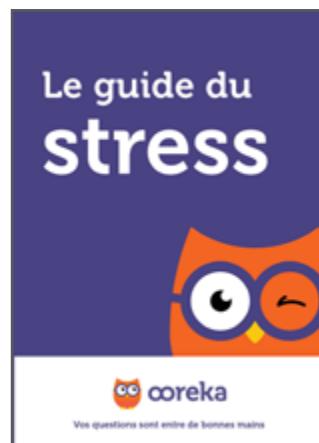
Le guide de la mémoire



Le guide de la migraine



Le guide des lunettes



Le guide du stress

Auteurs : MM. Dumont, Eckert et Gaulin

© Fine Media, 2015

ISBN : 978-2-36212-227-9

Ooreka.fr est une marque de Fine Media, filiale de Solocal Group.

108 rue des Dames, 75017 Paris

Vous pouvez partager ce fichier avec vos proches uniquement dans le cadre du droit à la copie privée. Vous n'avez le droit ni de le diffuser en nombre ou sur Internet, ni d'en faire des utilisations commerciales, ni de le modifier, ni d'en utiliser des extraits. Mais vous pouvez communiquer l'adresse officielle pour le télécharger :

<http://orthophonie.ooreka.fr/ebibliotheque/liste>

Pour toute question, contactez Fine Media à l'adresse : contact@finemedia.fr

Table des matières

L'orthophonie en un coup d'œil	7
Qu'est-ce que l'orthophonie	8
Les troubles de la parole	8
Les troubles du langage écrit et scolaire	9
Les troubles du développement	10
Les troubles du mouvement	10
Qui consulter ?	11
 I. Qu'est-ce que l'orthophonie ?	
Le rôle de l'orthophonie	12
Le bilan orthophonique	13
La rééducation orthophonique	14
Les rééducations spécifiques	17
Les exercices	21
Les équipements	31
Astuce	37
	44
 II. Les troubles de la parole	
Le mutisme	46
L'aphasie	48
La dysphasie	50
Le bégaiement	56
La dysarthrie	62
La dysphonie	65
L'anarthrie	69
La dyslalie	73
	75
 III. Les troubles du langage écrit et scolaire	
L'illettrisme	77
La dyslexie	79
La dysgraphie	83
La dysorthographie	88
La dyscalculie	91
Astuce	93
	96

IV. Les troubles du développement	97
L'autisme	99
Le syndrome d'Asperger	110
L'anosognosie	114
<i>Astuce</i>	117
V. Les troubles du mouvement	119
L'apraxie	120
La dyspraxie	123
La dysphagie	125
VI. Qui consulter ?	129
L'orthophoniste	130
Le phoniatre	138
Les tarifs et le remboursement d'un orthophoniste	140
Trouver des professionnels près de chez vous	143

L'orthophonie en un coup d'œil



Le terme « orthophonie », créé par le docteur Marc Colombat en 1828, désigne une méthode visant à traiter les troubles de la parole et de la voix (« redressement de la parole et, en particulier, du bégaiement »).

Un siècle plus tard, en 1927, la phonéticienne et grammairienne Suzanne Borel-Maisonny va plus loin en associant à l'orthophonie la rééducation de l'ensemble des

troubles du langage. Les premières formations en ce sens débutent en 1955. Ce n'est toutefois qu'en 1964 (loi du 10 juillet) qu'apparaît le Certificat de capacité d'orthophonie (CCO), un diplôme national qui fait des orthophonistes des auxiliaires médicaux, et donc de cette discipline une pratique réglementée.

Des décrets de compétence sont également instaurés le 25 mars 1965 et le 24 août 1983, puis modifiés le 30 mars 1992 et le 2 mai 2002.

Qu'est-ce que l'orthophonie

Un orthophoniste soigne les troubles de l'élocution et du langage écrit et parlé : les troubles du langage écrit et scolaire, du mouvement, du développement, mais, le plus souvent, les troubles de la parole.

En tant qu'auxiliaire médical, l'orthophoniste intervient sur prescription d'un médecin. Il établit d'abord un bilan orthophonique, puis met en place une rééducation adaptée. Il peut exercer un rôle préventif en limitant l'aggravation des troubles, ou en évitant, par exemple, que des troubles d'expression orale ne se répercutent sur l'écriture. Toutefois, l'orthophoniste rééduque le langage atteint par la pathologie, il ne traite pas la pathologie elle-même. Le phoniatre, en revanche, peut s'en charger. En effet, il exerce un peu le même rôle que l'orthophoniste, mais avec une formation initiale de médecin ORL.



Que ce soit pour réaliser un bilan ou pour mener une rééducation orthophonique, les orthophonistes utilisent un matériel spécifique pour traiter leurs patients. De nombreux exercices, adaptés à chaque cas, ainsi que des logiciels spécialisés sont aussi utilisés. En parallèle, les spécialistes ont recours à des rééducations spéciales lorsque la situation l'exige. Parmi ces dernières, on recense notamment la lecture labiale, c'est-à-dire la lecture sur les lèvres ou le visage ; la rééducation tubaire, qui consiste à redonner à la trompe d'Eustache (trompe auditive) une perméabilité efficace afin de corriger certains troubles orthophoniques ; et la rééducation auditive, une méthode pour les personnes devenues sourdes ou malentendantes.

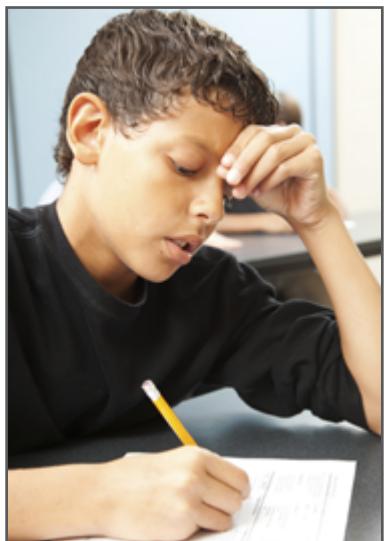
Les troubles de la parole

Les troubles de la parole touchent l'élocution et le langage. Ils se divisent en deux catégories, mineurs et majeurs, selon leur importance, et impliquent une rééducation orthophonique adaptée. Des troubles de la parole chez l'enfant de moins de 5 ans sont courants ; il convient toutefois de les traiter au plus tôt s'ils persistent.

Les troubles de la parole se manifestent dans de nombreuses pathologies. Le mutisme est une absence d'expression verbale, tandis que l'aphasie correspond à une perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre un message parlé ou écrit. La dysphasie, liée notamment à la communication verbale et à la compréhension du langage, entraîne quant à elle un important retard chez l'enfant.

Le bégaiement est un trouble de l'élocution qui se caractérise par une hésitation et une répétition saccadée de tout ou d'une partie des mots. La dysarthrie, elle, concerne l'articulation et le rythme du langage souvent associé à une altération de la voix (surtout chez les adultes). On recense aussi la dysphonie, une difficulté à parler en raison de problèmes de hauteur et/ou de timbre et/ou d'intensité de la voix. Sinon, l'anarthrie est un trouble du langage dans lequel il est impossible d'articuler les sons (à rapprocher de l'aphasie). Enfin, la dyslalie consiste en une difficulté à prononcer des mots suite à une lésion ou à une malformation physique.

Les troubles du langage écrit et scolaire



Quelle que soit leur forme, les troubles du langage correspondent à un retard dans l'acquisition du langage. Ils se manifestent donc par un décalage dans la chronologie normale de l'apprentissage chez l'enfant.

Parmi ces troubles, on recense l'illettrisme, qui est une perte ou une non-acquisition de la capacité à lire et à écrire (parfois à calculer), ainsi que la dyslexie, soit la difficulté d'apprentissage du langage écrit et de la lecture en raison de problèmes pour reconnaître les sons et les retranscrire correctement à l'écrit.

La dysgraphie, qui se traduit par des difficultés pour apprendre à écrire, et la dysorthographie, un trouble de l'apprentissage et de la production d'écrits avec altération de l'orthographe (à rapprocher de la dyslexie), sont aussi des troubles du langage écrit.

Enfin, la dyscalculie est un trouble de l'apprentissage dans le domaine des mathématiques et du calcul.

Les troubles du développement

Les troubles du développement apparaissent chez les enfants, que ce soit avant même leur naissance ou au cours de leurs premières années. Qu'ils soient physiques ou psychologiques, ils se caractérisent par un retard du développement normal. En orthophonie, ces troubles sont systématiquement traités dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED) pouvant prendre plusieurs formes et se traduisant par une communication et une interaction sociale anormales.



Le syndrome d'Asperger est également un trouble autistique, mais qui se caractérise par des problèmes de communication et de sociabilisation. Enfin, l'anosognosie est une pathologie neuropsychologique qui se traduit par l'ignorance de sa maladie par le patient.

Les troubles du mouvement

Les troubles du mouvement concernent une incapacité à réaliser des gestes simples et/ou à les coordonner. La personne atteinte est alors incapable de contrôler ses propres gestes. Là encore, la rééducation orthophonique se fait en complément d'autres thérapies où interviennent ergothérapeutes, psychomotriciens ou masseurs-kinésithérapeutes.

L'apraxie est un trouble du mouvement qui se caractérise par des difficultés à effectuer certains gestes. Certaines formes, comme l'apraxie idéomotrice (difficultés à réaliser les gestes simples du quotidien) ou l'apraxie constructive (difficultés à définir, dans l'espace, la relation des objets entre eux) peuvent être associées à une aphasicie.

La dyspraxie est, quant à elle, une altération de la capacité à organiser ses mouvements (à rapprocher de l'apraxie), avec notamment l'apparition d'une dysgraphie, de troubles de la parole et orthophoniques.

Enfin, la dysphagie est une pathologie de la déglutition.

Qui consulter ?



L'orthophoniste est un spécialiste des troubles de la parole et du langage. Quelle que soit la pathologie prise en charge, il cherche à aider les patients à se réinsérer ou à s'insérer dans leur milieu social autant que faire se peut. Pour cela, le thérapeute prend en compte de nombreux facteurs comme les dimensions sociales, familiales, culturelles et économiques. Il informe également ses patients sur les aides et aménagements, notamment scolaires, dont ils peuvent bénéficier dans le cadre d'une rééducation orthophonique.

En libéral, à l'hôpital ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il existe plusieurs possibilités pour consulter un orthophoniste. Outre le bilan orthophonique, étape indispensable avant d'entamer la rééducation (60 €), il faut prévoir un minimum de 30 séances, en moyenne, sachant qu'une séance coûte environ 30 €. Les prix des consultations chez les orthophonistes sont généralement conventionnés et peuvent faire l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale sous certaines conditions.

I.

Qu'est-ce que l'orthophonie ?



Consulter un orthophoniste n'est pas indispensable dès qu'un enfant présente de légers troubles du langage. Ceux-ci sont parfaitement normaux à l'âge de 2 ou 3 ans, quand l'enfant commence à parler couramment et que, par exemple, certains sons sont encore mal formés (les [ʃ], son « ch » et les [ʒ], son « j », par exemple).

En revanche, il devient utile de prendre conseil auprès de son médecin pour prendre rendez-vous chez un orthophoniste si l'enfant commence à présenter des retards importants et si son évolution semble anormale (visible à l'école, par exemple).

Souvent, les enseignants peuvent renseigner les parents sur les difficultés que peut présenter un enfant et leur donner leur point de vue sur l'intérêt qu'il peut y avoir à consulter un orthophoniste.

Le Code de la santé publique (art. L.4341-1) précise : « Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin. »

Le rôle de l'orthophonie

L'orthophonie est une discipline paramédicale qui s'intéresse aux personnes présentant des troubles de la communication et du langage parlé ou écrit.

Missions

L'orthophonie vise d'abord à prévenir, évaluer et traiter (le plus tôt possible) les problèmes liés à la voix (mutisme), à l'articulation (dysarthrie), à la parole de façon générale (bégaiement, dysphonie), à la déglutition (dysphagie).

Elle a aussi pour objectif de diagnostiquer et de traiter les troubles de la compréhension du langage oral (aphasie notamment), de la compréhension de l'écrit (aphasie également), de la réalisation et de l'expression du langage en général tels que la dyslexie, et de la cognition mathématique (dyscalculie).

En outre, elle permet d'apprendre d'autres formes de communication non verbale destinées à aider les patients à vivre le mieux possible en société, notamment en cas d'autisme ou de syndrome d'Asperger.



Enfin, elle traite les troubles oro-myo-faciaux (des muscles de la bouche et du visage) comme ceux rencontrés dans l'apraxie.

Moyens

Pour mener à bien sa mission et après avoir posé son diagnostic, l'orthophoniste procède à des actes de rééducation orthophonique. Les actes pratiqués et les séances dépendent notamment de la pathologie à traiter et du lieu d'exercice.

Le praticien prodigue également, si besoin, des conseils appropriés à l'entourage du patient (souvent les parents). Les soins s'adressent à tous, indépendamment de l'âge, du sexe, des troubles, de la culture ou du niveau socioculturel.

Le bilan orthophonique

Pour obtenir rendez-vous chez un orthophoniste, il faut tout d'abord passer par le médecin traitant. En cas de troubles ou de suspicion de troubles orthophoniques ou pouvant relever de l'orthophonie, celui-ci établit une ordonnance. Il faut alors appeler l'orthophoniste pour convenir d'un rendez-vous (se munir de l'ordonnance du médecin traitant, du carnet de santé de l'enfant et de la carte Vitale).

La première prise de contact entre le patient et l'orthophoniste est essentielle. Même s'il s'agit en principe d'un contact téléphonique qui ne permet pas d'en apprendre beaucoup, elle peut, en effet, tout de suite éveiller l'attention du praticien qui pourra parfois immédiatement déceler un problème. Cependant, lorsque le patient est un enfant, ce contact est souvent réalisé par un parent (si ce n'est pas le médecin du patient) qui désire fixer un rendez-vous pour une première consultation.

Définition du trouble



C'est donc la rencontre entre le patient et le praticien qui permet le plus souvent à l'orthophoniste de véritablement prendre contact avec le patient et son entourage. De son côté, le patient découvre le cabinet du thérapeute, où il sera peut-être amené à revenir plusieurs fois pour une rééducation orthophonique. Au cours de cette première rencontre, après s'être lui-même présenté, l'orthophoniste recueille un maximum d'informations sur la personne qui vient le voir (anamnèse) : des renseignements administratifs, le motif de la consultation, son environnement,

éventuellement sa culture, sa langue, ses habitudes de vie, ses activités et ses centres d'intérêt. Il prend à cette occasion connaissance de la lettre du médecin demandant un bilan orthophonique (à moins que le thérapeute ne soit un phoniatre), et des éventuels examens complémentaires (médicaux et paramédicaux). Il recueille aussi des informations sur les intervenants, les aides ou les adaptations dont bénéficie le patient. Il n'est pas rare que ce soit un tiers qui expose le problème et les raisons de cette consultation. L'orthophoniste peut également être amené à demander des documents complémentaires à apporter lors d'une future visite. Les éléments fournis permettent au thérapeute de constituer un dossier personnalisé.

À noter : *un bilan orthophonique peut être réalisé dès l'âge de 3 ans.*

Si le motif n'est pas encore établi, l'orthophoniste pose une série de questions permettant de cerner un peu mieux le trouble. Le praticien cherche notamment à connaître (lorsque cela est possible) le parcours de soins du patient, les connaissances qu'il a (lui et/ou son entourage) de ses troubles ou ses difficultés (ce point est particulièrement important en cas d'anosognosie), la répercussion du handicap sur sa vie et son entourage, ce qu'il ressent en termes de douleurs physique et morale, comment il gère ses problèmes, et ce qu'il attend de la rééducation orthophonique. Le bilan orthophonique débute par une observation attentive, le praticien utilisant des outils d'évaluation adaptés. L'orthophoniste s'intéresse notamment au comportement du patient et de son entourage, à la façon dont il communique avec le praticien, avec ses proches et avec son environnement, à sa morphologie, à sa motricité, à son comportement cognitif au cours de ce bilan orthophonique.



Outils spécifiques

L'orthophoniste est ensuite le plus souvent amené à se servir d'outils cliniques spécifiques. Il emploie généralement des épreuves standardisées qui permettent d'établir et de quantifier le trouble dont souffre le patient : trouble du langage, trouble de la parole, trouble du développement, trouble du mouvement ou encore trouble auditif.

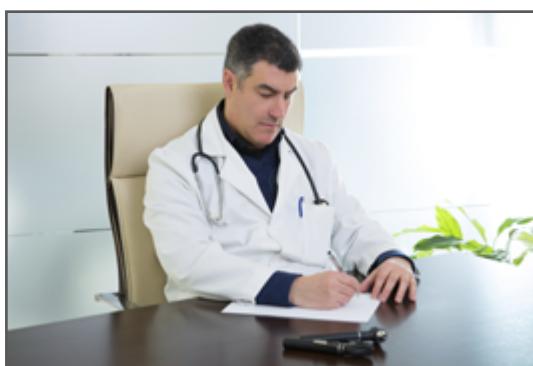
Le praticien dispose d'un matériel d'orthophonie composé de grilles d'évaluation, questionnaires, tests standardisés et exercices, vidéos et enregistrements audio. Un examen anatomique et/ou fonctionnel peut venir compléter les tests. Au cours de ces derniers, le praticien accompagne le patient et prend des notes. Certains tests peuvent être enregistrés.

Attention : *le matériel employé doit être systématiquement aseptisé.*

Interprétation et compte rendu

Au fur et à mesure qu'il mène les différents tests, l'orthophoniste transcrit les observations cliniques et les résultats obtenus sur des grilles d'évaluation (cela permet de coter les troubles et de les classer en fonction d'un barème). Il formule régulièrement les hypothèses auxquelles les tests le conduisent (démarche hypothético-déductive). En fonction des premiers résultats obtenus, certains tests sont écartés et d'autres approfondis. C'est à partir de ce faisceau d'éléments que l'orthophoniste livre son interprétation et établit un diagnostic.

Bon à savoir : *le praticien tient compte de l'impact de la situation, qui provoque du stress chez le patient.*



Le diagnostic établi est communiqué au consultant (à son entourage) et explicite. Grâce au bilan, il est possible de mettre un nom précis sur les troubles et d'évaluer leur sévérité. Le praticien rédige un compte rendu du bilan orthophonique, dans lequel il retranscrit tout ce qu'il a collecté au cours de la séance (résultats aux tests, observations, résultat de l'examen fonctionnel).

Toutes ces informations sont intégrées dans un dossier de soins orthophonique informatisé. Dès lors, il peut en principe établir un premier pronostic qui devra être régulièrement ajusté au fil du temps, ainsi qu'un projet de soins, une rééducation orthophonique et un calendrier, en accord avec le patient. Dans ce cadre, l'orthophoniste explique au patient et à son entourage quel sera son rôle, et la façon dont il interviendra. Il fournit également des informations d'ordre administratif (tarifs, remboursement, etc.).

Important : au cours de cette dernière étape, le praticien recherche l'adhésion du patient de façon à ce qu'il soit partie prenante dans la démarche de soins qui va débuter. Une véritable « alliance thérapeutique » doit être mise en place.

La rééducation orthophonique

Après avoir établi un bilan orthophonique, l'orthophoniste propose à son patient une rééducation pour traiter le trouble détecté. Il s'agit de remédier aux difficultés dont il souffre aussi bien en termes physiques qu'émotionnels.

Objectifs et résultats

La rééducation orthophonique est l'intervention par laquelle l'orthophoniste prend en charge les troubles de ses patients, quels qu'ils soient (en pratique, le médecin prescripteur aura préalablement adressé un courrier demandant un bilan orthophonique avec « suivi de rééducation si nécessaire »).

La rééducation doit s'adapter à la fois au patient et à sa pathologie. Quel que soit le problème pris en charge, la rééducation évolue au fil du temps, car elle s'ajuste à l'évolution des troubles. En se basant sur le bilan, les objectifs sont multiples. Ils visent néanmoins toujours à stimuler la fonction déficiente, à la contrôler et à éliminer le trouble.



À noter : les grandes lignes indiquées ci-dessous ne s'appliquent pas nécessairement à tous les troubles ; la prise en charge est plus complexe en cas d'autisme, de syndrome d'Asperger ou encore d'anosognosie.

L'objectif reste de permettre à l'enfant ou l'adulte de continuer à progresser malgré son handicap. Pour cela, l'orthophoniste fait en sorte de renforcer les domaines dans lesquels le patient est performant, d'améliorer les performances des compétences fragiles, de travailler l'écrit pour amener le patient au maximum de ses possibilités, de mettre en place des stratégies d'apprentissage positives et des outils tenant compte du déficit, notamment pour faciliter

la communication (utilisation d'un ordinateur par exemple), et d'adopter, si nécessaire, des moyens de compensation (par exemple, on cherche à renforcer les capacités visuelles d'un patient souffrant de troubles auditifs).



Il est très difficile de prévoir le nombre de séances nécessaires pour arriver à un bon résultat. En effet, tout dépend de l'enfant (ou de l'adulte) et de son trouble. Le bilan de départ pourra déjà donner une petite idée de l'importance de la rééducation qu'il faudra mener. Cette première évaluation devra ensuite être ajustée en fonction des

progrès réalisés. Pour les troubles mineurs, on programme initialement une première série de 30 séances. Si cela reste insuffisant, on reprogramme des séries de 20 séances autant de fois que nécessaire. Cependant, la plupart du temps, les rééducations portent leurs fruits, cela est particulièrement vrai concernant les retards. Une fois les bases instaurées, réapprises, les enfants font de rapides progrès. Pour ce qui est des véritables troubles tels que la dyslexie ou la dysphasie, par exemple, on ne les soigne pas à proprement parler. La rééducation aide les enfants à mettre en place des stratégies de contournement permettant de vivre avec ses troubles en apprenant à les compenser. Ce deuxième type de rééducation est beaucoup plus long.

Méthodes

L'orthophonie passe d'abord par une rééducation émotionnelle, car il est important de rassurer les patients, notamment les enfants, qui sont plus vulnérables. Ainsi, c'est aussi le rôle de l'orthophoniste de leur donner le plaisir d'écrire (le thérapeute montre ce qu'offre ce savoir : raconter des histoires, exprimer des émotions, communiquer à distance, etc.), et surtout de lire (grâce à des livres susceptibles de les intéresser). Il les aide aussi à lutter contre l'angoisse liée aux troubles, par exemple en cas de bégaiement, et à leur redonner confiance. Il doit faire prendre conscience aux parents des capacités de leur enfant, ce qui passe par accepter le handicap sans dévalorisation, et les amener, en cas de troubles particulièrement sévères, à voir l'intérêt qu'ils ont à réorienter leur enfant ou à lui faire suivre une thérapie spécifique en complément.

Dans les cas les plus graves (suite d'AVC, traumatisme crânien, aphasies dégénératives, maladie d'Alzheimer, etc.), la rééducation orthophonique peut être palliative. Elle peut s'étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Les séances durent généralement entre une demi-heure et une heure, à raison de trois fois par semaine. La rééducation vise alors essentiellement à faciliter la communication du patient, lutter contre le mutisme, éviter la mise en place de comportements stéréotypés.

Bon à savoir : pour ce type d'approche, en cas de handicap sévère, il est parfois plus intéressant de se tourner vers un phoniatre.

Chez les patients parkinsoniens, la rééducation est axée sur le contrôle volontaire (pour lutter contre la défaillance du contrôle automatique du langage) en utilisant notamment une méthode type LSVT (*Lee-Silveman Voice Treatment*). Chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, le praticien se sert souvent de la thérapie PACE (*Promoting Aphasics Communicative Effectiveness*) qui se base sur l'instauration d'un dialogue et d'une communication multimodale (par la parole, mais aussi les gestes, le regard). Le thérapeute emploie aussi des outils tels qu'un calendrier, un bloc-notes, etc.



Chez les patients présentant une sclérose latérale amyotrophique (SLA), l'orthophoniste a pour principal objectif le maintien de la communication le plus longtemps possible, aussi réduite soit-elle. Il s'agit de préserver une communication verbale compréhensible (travail sur la respiration, le souffle, l'articulation et les mouvements des lèvres et de la langue), et de mettre en place des méthodes de communication alternatives chez les patients dont les fonctions motrices sont insuffisantes.

À noter : chez les patients présentant des troubles moteurs (hémiplégie marquée) et en cas d'aphasie post-AVC, par exemple, l'orthophoniste doit tenir compte de la fatigabilité du patient et préférer des séances courtes, mais régulières et fréquentes.



La principale méthode employée en orthophonie est l'approche neuropsychologique, dont l'intensité varie en fonction de l'importance du trouble à corriger. Généralement, cette technique permet de (ré)apprendre l'écriture en partant de données simples pour aller vers de plus complexes. On parle de rééducation des compétences socles, lesquelles constituent une base pour les apprentissages futurs. À la suite et en parallèle, en fonction de la progression du patient, l'orthophoniste utilise d'autres exercices d'orthophonie portant sur la lecture, la

compréhension orale, et la production écrite (orthographe et construction du récit). Là encore, chaque étape est centrée sur le problème le plus marqué et adaptée au trouble à traiter :

- ▶ trouble du langage : difficultés à choisir les mots, à les combiner pour faire des phrases, à comprendre leur sens ;
- ▶ trouble de la parole : difficultés d'articulation et de prononciation ;
- ▶ trouble du mouvement : difficultés de coordination ;
- ▶ trouble de développement : difficultés à communiquer et à développer des interactions sociales.

Il existe d'autres méthodes de rééducation qui peuvent compléter l'approche neuropsychologique. L'approche psychothérapeutique (Chassagny) avec la pédagogie relationnelle du langage (PRL) s'intéresse davantage au patient qu'à son symptôme. Cette technique est intéressante aussi bien en cas d'autisme que de dyslexie. Le travail consiste à se servir d'associations qui constituent un moyen de communiquer tant sur le fond que sur la forme. La méthode Tallal cible, elle, spécifiquement les troubles du traitement de l'information. Le travail est axé sur la perception auditive, sur la chaîne sonore et parlée, sur le rythme, les intonations (accent, ton, inflexion de voix, etc.).

Par ailleurs, la méthode Davis cherche, d'une part, à éliminer les causes de la « désorientation perceptive », et, d'autre part, à la contrôler. Il s'agit d'un programme intensif composé d'une évaluation des capacités perceptives et de conseils d'orientation spécifiques à chaque patient. En outre, la gestion

mentale (La Garanderie) consiste à dialoguer avec les enfants qui présentent des troubles orthophoniques. L'idée est de permettre aux patients de se questionner et de réfléchir sur leur propre mode de fonctionnement. L'approche neurolinguistique (Gelbert), utilisée notamment en cas d'aphasie, peut aussi être adaptée à d'autres troubles. Elle consiste à réaliser des exercices répétés et systématiques afin de diminuer les troubles du langage qui surviennent en cas de parole spontanée, de lecture à voix haute, de copie, de répétition, etc.



L'approche langagière (Françoise Estienne-Dejong, philologue et orthophoniste) cherche, quant à elle, à favoriser l'expression en libérant sa créativité. Cette technique permet de donner confiance à l'enfant vis-à-vis de lui-même et des autres. Celui-ci participe directement et activement à sa rééducation en établissant un contrat avec son thérapeute.

Quelle que soit la méthode employée, il y a contre-indication à une séance de rééducation orthophonique si le patient est violent. Néanmoins, cette réaction n'est souvent que passagère.

Les rééducations spécifiques

La lecture labiale permet aux malentendants et aux sourds de communiquer. En lisant sur les lèvres, ils parviennent à comprendre leurs interlocuteurs et ainsi à s'insérer dans leur environnement.

Il est possible d'apprendre la lecture labiale selon plusieurs méthodes, avec ou sans l'aide d'un orthophoniste. Cela peut s'avérer utile, notamment dans le cas d'un enfant sourd.

La rééducation tubaire est un type de rééducation spéciale, comme la lecture labiale et la rééducation auditive. Elle vise à ouvrir les trompes d'Eustache et à résoudre notamment des problèmes d'otites chez les enfants. Peu développée, elle fait néanmoins partie des domaines de compétence des orthophonistes.

Lecture labiale



La lecture labiale ou labio-faciale permet de comprendre ce que dit une personne en lisant sur ses lèvres et son visage. Cette technique est employée par toutes les personnes malentendantes de naissance ou devenues sourdes à l'âge adulte, et dont l'aide auditive externe ou implantée ne suffit pas à restaurer une boucle audio-phonatoire correcte.

Comment savoir si un enfant qui ne parle pas est sourd ou tout simplement en retard ? Les grandes étapes de développement du langage oral permettent au médecin et aux parents de repérer très vite des retards, des difficultés, voire une absence de parole due à une surdité.

Schéma de développement auditif chez l'enfant de moins de 5 ans

Âge	Signes
In utero, dès le 6^e mois	L'embryon entend la voix de sa mère et, en principe, celle de son père si celui-ci parle au contact du ventre de la mère
Entre 0 et 3 mois	Le nourrisson réagit aux bruits : lorsqu'il entend un bruit, il écarte les deux bras symétriquement, les rejoint en arc de cercle, relève les jambes et pleure ; c'est un réflexe archaïque, aussi appelé « réflexe de Moro »
Vers 3 mois	Le bébé produit des sons (cris de joie...)
Entre 4 et 5 mois	Le bébé gazouille
Entre 6 et 9 mois	L'enfant réagit à son nom, babbille (baba, bébé...), imite des sons et donne un objet sur demande
Vers 12 mois	L'enfant dit « papa » et « maman »
Entre 18 et 20 mois	L'enfant possède un vocabulaire d'une cinquantaine de mots, qu'il assemble entre eux
Vers 20 mois	L'enfant comprend le « je » et fait des phrases
Vers 5 ans	L'enfant fait des phrases élaborées

À noter : les âges sont donnés à titre indicatif.

Il est possible qu'un enfant manifeste des retards ou des difficultés auditifs, qui ne correspondent pas forcément à la surdité. D'autres pistes sont alors à envisager.

Autres troubles à l'origine de difficultés auditives

Troubles	Symptômes
Retard de langage	Grandes étapes du développement du langage qui ne sont pas respectées
Retard de parole	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de prononciation de certains phonèmes • Difficulté à associer ou organiser les phonèmes qui forment un mot (inversion ou omission de phonèmes, confusions, simplification)
Articulation altérée	Erreur permanente et systématique de prononciation (zozotement)
Bégaiement	Altération du rythme de la parole avec répétition de certaines syllabes ou phonèmes marquant l'impossibilité de produire le son suivant
Dysphasie	Atteinte sérieuse du développement du langage, possiblement imputable à une altération centrale de l'audition



Lorsque le diagnostic de la surdité est confirmé, l'orthophoniste intervient afin d'apprendre à l'enfant sourd un autre moyen pour entendre son interlocuteur : la lecture labiale. Cette méthode permet à la personne devenue sourde de continuer à parler. Son rôle est toutefois différent selon que le patient a déjà entendu ou non.

Chez un adulte devenu sourd, mais qui a déjà entendu ultérieurement, deux cas de figure sont possibles. Si un implant et/ou une aide auditive externe suffisent, l'orthophoniste aide le patient dans l'apprentissage de la lecture labiale et facilite la prise en charge ultérieure en cas d'aggravation prévisible de la surdité. En revanche, si l'implant et/ou aide auditive externe sont insuffisants pour restaurer une boucle audio-phonatoire correcte (adulte devenu sourd sévère ou profond), l'orthophoniste met en œuvre tous les moyens et stratégies possibles pour permettre une meilleure compréhension et production du langage oral.

D'autre part, la surdité n'a pas les mêmes conséquences selon l'âge auquel elle apparaît chez l'enfant. En effet, en cas de surdité post-linguale (régression du langage), l'orthophoniste évalue le niveau du langage de l'enfant, tandis

qu'en cas de surdité pré-linguale (l'enfant n'a jamais parlé), il évalue ou participe à l'envie de l'enfant de communiquer et l'aide à s'adapter aux aides auditives externes.

Bon à savoir : *si la surdité n'a pas été diagnostiquée avant 5 ans, il ne sera pas possible à l'enfant d'acquérir ensuite un langage oral correct.*

La lecture labiale est innée. En effet, lorsque nous n'entendons plus, nous compensons instinctivement en lisant sur les lèvres de notre interlocuteur. Ainsi, lorsqu'une personne devient sourde, elle peut être capable de lire sur les lèvres. Cependant, il est nécessaire de développer cette technique auprès d'un orthophoniste. Deux méthodes d'apprentissage sont alors possibles. Tout d'abord, la méthode globale : la personne malentendant « devine » le sens d'un mot selon le contexte. C'est plus un entraînement à la suppléance mentale que de la lecture labiale proprement dite. Cette méthode donne des résultats rapides et convient plus aux personnes âgées qui n'ont que des contacts assez restreints. Ou la méthode analytique : la personne réapprend à lire sur les lèvres. Cette technique demande plus d'efforts, mais permet de réussir à « déchiffrer » des mots même hors contexte, de prendre conscience des caractéristiques articulatoires et de reconnaître les sons prononcés. Selon des avis de labiolecteurs, cette méthode est plus dure, plus longue, mais donne, à terme, de meilleurs résultats ; la méthode globale est plus facile et plus rapide. Chaque méthode a donc ses avantages et doit faire l'objet d'un choix personnel.



Important : *pour garder des relations sociales, la personne sourde doit rapidement maîtriser un langage afin de pouvoir communiquer avec l'autre.*

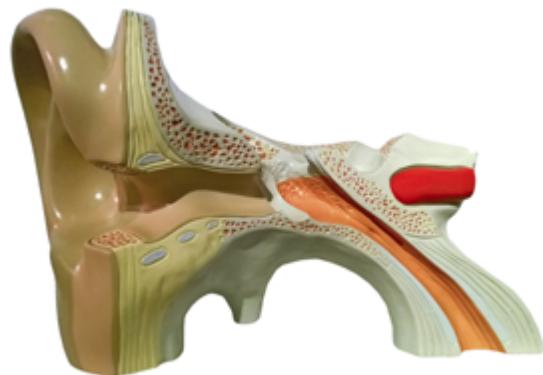
Un nourrisson entendant, avant de savoir parler, entend les sons et peut les associer à une idée ; ce n'est pas le cas du sourd. La LPC (langue parlée complétée) permet à l'enfant sourd de visualiser les sons de la langue parlée par des gestes simples. Ce n'est pas une langue à part entière. Elle complète et facilite la lecture labiale et permet de ne plus confondre les lettres dont la prononciation se ressemble (« p » et « b », par exemple).

Rééducation tubaire

La rééducation tubaire redonne à la trompe d'Eustache endommagée de certains patients une perméabilité efficace sans laquelle l'oreille moyenne pourrait présenter des pathologies. Ce traitement améliore la ventilation de l'oreille moyenne en augmentant l'efficacité de tous les muscles impliqués dans l'ouverture de la trompe d'Eustache.

La rééducation tubaire reste mal connue et donc relativement peu pratiquée par les orthophonistes. La trompe d'Eustache (ou trompe auditive) est le conduit qui relie la paroi antérieure de l'oreille moyenne au rhino-pharynx, c'est-à-dire l'arrière-nez. Elle assure trois fonctions :

- ▶ mécanique : elle empêche tout échange entre l'oreille moyenne et le nez (aucun son n'entre dans la cavité nasale, aucune sécrétion ne pénètre dans l'oreille moyenne) ;
- ▶ clairance muco-ciliaire : elle évacue des corps gênants de l'oreille moyenne ;
- ▶ équilibration de pression : elle égalise la pression de part et d'autre du tympan pour éviter sa rupture.

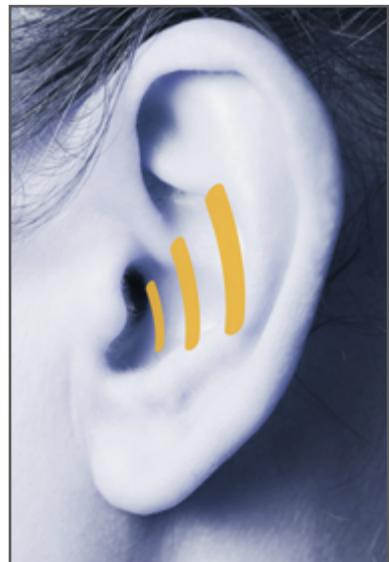


Ce conduit est fermé, il ne s'ouvre que lors du bâillement et de la déglutition. Dans ce cas, un apport d'air s'effectue en provenance du rhino-pharynx : l'air circule dans un sens ou dans l'autre selon qu'il y a dépression ou surpression intra-tympanique. Le volume d'air contenu dans l'oreille moyenne (derrière le tympan) reste ainsi relativement constant et la pression gazeuse proche de la pression atmosphérique.

Une rééducation tubaire est prescrite dans différents cas :

- ▶ insuffisance vélaire (voile du palais) malformatrice (bec-de-lièvre, fentes vélaires ou labio-palatines, d'origine congénitale ou inconnue) se traduisant par un nasonnement (ou nasillement) ; néanmoins, on opère souvent avant l'âge de 18 mois ;

- ▶ division sous-muqueuse du voile du palais (division du palais postérieur masquée par une muqueuse intacte ou par de grosses amygdales) qui se caractérise par une luette fendue, un trouble de la déglutition et un reflux nasal au cours des 3 premiers mois de vie, des troubles phonétiques (voix nasonnée), un reflux gastro-œsophagien ;
- ▶ manifestations mineures d'un dysfonctionnement tubaire (apparaissant surtout lors des pratiques sportives, ces dysfonctionnements ne s'accompagnent pas de malformation vélaire), telles que des difficultés d'équilibration des pressions lors des changements d'altitude (voyages en avion ou pratique de la plongée sous-marine) ;
- ▶ otite séro-muqueuse (inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne, caractérisée par un épanchement non purulent en rétention dans la caisse du tympan), entraînant une hypoacusie (mauvaise audition) provoquant de l'inattention source de troubles scolaires ; cette hypoacusie peut entraîner un retard de langage ;
- ▶ poches de rétraction tympanique non fixées (rétraction de la membrane tympanique par dysfonctionnement de la trompe d'Eustache) ;
- ▶ oreille opérée suite à un choléstéatome (otite moyenne chronique caractérisée par le développement d'un kyste dans l'oreille moyenne) ; dans ce cas, la rééducation tubaire permet de prévenir la récidive.



Bon à savoir : 80 % des enfants font au moins une otite séro-muqueuse au cours de leur vie (à l'âge de 5 ans en moyenne).

Lors d'une rééducation tubaire, on associe des exercices musculaires à l'apprentissage de l'hygiène, à l'éducation aux manœuvres d'auto-insufflation et à la respiration nasale (chez l'enfant, apprentissage du mouchage afin d'abandonner le reniflement). Une hygiène appropriée est fortement recommandée : éviter de renifler en se mouchant régulièrement et en vidant les narines l'une après l'autre, avoir une bonne hygiène dentaire afin d'éviter une

infection rhino-pharyngée, surélever légèrement la tête en position couchée afin d'éviter un écoulement de mucosités du nez vers l'oreille, éviter d'utiliser des gouttes pour le nez ou les oreilles. Il existe également des traitements et appareillages dits invasifs pour la rééducation tubaire, employés en amont d'une éventuelle rééducation proprement dite :

- ▶ un aérateur trans-tympanique ou yoyo pour les jeunes enfants : dispositif en forme de bobine de fil inséré dans la membrane du tympan et permettant l'aération de l'oreille moyenne en drainant les fluides qui s'accumieraient vers le conduit auditif ;
- ▶ une rééducation tubaire ou paracentèse pour les enfants de plus de 6 ans présentant des otites séreuses ou séro-muqueuses : perforation du tympan sous anesthésie afin de permettre au liquide de s'écouler et à la pression de s'équilibrer de part et d'autre du tympan.

Avant d'envisager une opération, il est conseillé de suivre une rééducation quotidienne et fastidieuse (un quart d'heure tous les jours) qui aidera au travail du sphincter vélo-pharyngé.



L'orthophoniste est le thérapeute qui peut aider l'enfant à réaliser ces exercices. Il est en effet censé posséder les bases anatomo-physiologiques de la trompe d'Eustache ainsi que l'expérience de la rééducation du voile du palais. L'implication des parents est obligatoire. La rééducation orthophonique dure 3 à 4 mois. Les séances ont lieu

d'abord plusieurs fois par semaine, afin que l'enfant assimile et comprenne parfaitement les exercices. Elles pourront ensuite avoir lieu une fois par semaine, afin de permettre à l'orthophoniste de contrôler que les exercices sont effectués régulièrement et correctement. Plusieurs exercices orthophoniques permettent de mener une rééducation tubaire. En voici quelques-uns :

- ▶ Mouvements linguaux (ex. : balayage du palais, rétropulsion de la base de la langue) : mettre la langue derrière les incisives inférieures, tirer la langue vite et loin pour aller toucher le menton, et tenir 3 secondes dans cette position, puis se reposer 3 secondes ; à répéter 10 fois.

- ▶ Mouvements vélaire (contractions du voile, amorce de déglutition, bâillements provoqués) : ouvrir la bouche, prononcer « ah ah » avec intensité de manière prolongée ou en amorçant un bâillement, et tenir cette position 3 secondes ; à répéter 10 fois.

À noter : ces exercices provoquent souvent des réflexes de bâillement qui constituent un bon moyen d'ouvrir la trompe et participent à la rééducation.

Rééducation auditive

La rééducation auditive fait partie de la prise en charge des malentendants. L'orthophonie joue un rôle important dans ce programme, en améliorant la perception sonore par le biais d'exercices et d'outils adaptés. Elle s'adresse aux patients malentendants (excepté ceux qui souffrent d'une surdité totale). Elle vise à réhabiliter et optimiser la capacité à entendre la parole, et à développer la discrimination (fait d'isoler une source sonore parmi d'autres ou, pour un malentendant, isoler la parole de l'interlocuteur dans une ambiance bruyante).

Grâce à la rééducation auditive, on parvient progressivement à améliorer la perception sonore. Cette technique est menée par l'orthophoniste et s'accompagne généralement du suivi d'un médecin ORL et d'un audioprothésiste.



La rééducation auditive est intégrée dans un programme de prise en charge qui commence bien en amont. Tout d'abord, on évalue les capacités auditives du patient par le biais d'un examen audiométrique réalisé par le médecin ORL. Cette étape est essentielle. Il s'agit également de retracer l'histoire de la déficience auditive et de prendre en compte la demande du patient. Les différents acteurs de la rééducation (ORL, audioprothésiste et orthophoniste) donnent ensuite des conseils de vie, en se basant sur cet examen : apprendre au patient à regarder son interlocuteur pour utiliser la lecture labiale, se placer de façon à ce que l'interlocuteur soit bien visible et qu'il se trouve sous un bon éclairage, ne pas chercher à masquer son handicap pour que l'interlocuteur fasse des efforts (bien articuler, faire de petites pauses, reformuler).



L'audioprothésiste pose ensuite un appareillage auditif. C'est un élément incontournable pour permettre au patient de mieux entendre et interagir avec l'entourage. Cela signifie à la fois l'acceptation de la part du patient, mais aussi un investissement financier conséquent (particulièrement important avec un appareillage stéréophonique, indispensable pour pouvoir localiser la source sonore et pour un meilleur résultat final). Dernière étape : la rééducation auditive proprement dite, réservée à l'orthophoniste. Elle vise à réhabituer à l'audition de la parole (car le patient a perdu l'habitude d'entendre) et à entraîner à la discrimination.

La rééducation auditive s'attache à refaire fonctionner les cellules ciliées de la cochlée (cellules qui transmettent les sons vers le système nerveux) restantes. De là, un influx nerveux va de nouveau parvenir aux centres cérébraux. Avec la rééducation auditive, les cellules encore disponibles dans l'oreille du patient se redéveloppent progressivement et rétablissent des connexions. L'influx nerveux peut alors mieux parvenir aux centres corticaux et peu à peu les cellules redeviennent capables de capturer certains sons aigus (ceux qui sont les plus difficilement perceptibles, même avec un appareil auditif). Ainsi, la rééducation peut intervenir en préparation à un appareillage auditif, car celui-ci est alors mieux accepté, mieux toléré et surtout beaucoup plus vite adapté. Elle sert aussi en accompagnement de l'appareillage pour l'optimiser.

La rééducation auditive est menée par l'orthophoniste. Habituellement, elle dure 3 à 4 mois à raison d'une séance de 1 heure trois fois par semaine (l'assiduité est indispensable et aucun congé ne doit être prévu sur cette période). Le thérapeute fait travailler le patient sur différentes fréquences sonores en les juxtaposant progressivement. Il se sert d'un appareil (audiophone) qui émet des gammes de mots restitués dans leur intégralité sonore (séances passives). Il s'agit de faire travailler l'intelligibilité. Il utilise également sa voix, en sélectionnant les lettres, les syllabes et les mots qui sont les plus difficiles à percevoir pour le patient, et donc ceux qui lui posent le plus de problèmes de compréhension. Il s'agit aussi de fixer les distinctions et variations du langage,

que le patient redécouvre à l'aide d'exercices orthophoniques spécifiques (séances actives). Par ailleurs, on s'attache à faire travailler la perception de ces sons avec un bruit de fond, de façon à entraîner à la discrimination. Toutefois, cet entraînement peut simplement se faire avec le son de la télévision qui comprend à la fois de la parole, des bruits de fond et de la musique. D'un autre côté, l'orthophoniste fait travailler les capacités d'attention et d'anticipation du langage (via le contexte), ce qui participe à une meilleure compréhension des informations.

Bon à savoir : *la rééducation auditive peut aussi être réalisée à domicile par le patient lui-même s'il dispose du matériel électroacoustique nécessaire (audiophone) et s'il sait correctement s'en servir.*

Grâce à la rééducation auditive, de nombreux patients malentendants voient leur compréhension s'améliorer. Cela se traduit dans la vie quotidienne par le fait de moins faire répéter leurs interlocuteurs. Nécessairement, l'impact psychologique positif de cette rééducation et les résultats participent à l'amélioration de l'audition et de la discrimination. Grâce à cette rééducation, certains patients voient également leurs acouphènes diminuer sensiblement.



En dehors de la rééducation orthophonique, les patients peuvent bénéficier d'aides dans le cadre de la formation initiale et continue. Par exemple, pour passer un examen ou un concours, ils ont le droit de disposer d'un temps de rédaction supplémentaire (un tiers de plus que les autres élèves).

Les enfants et les jeunes adolescents peuvent également être aidés par un auxiliaire de vie scolaire (AVS) pendant les cours (pour prendre des notes, fournir des polycopiés, reformuler les consignes, etc.) et au moment des évaluations. Néanmoins, pour bénéficier de ces aides, il faut obtenir une reconnaissance de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), dont la commission décide des aménagements à mettre en place dans le cadre du « projet de vie » de l'enfant ou de l'adulte.

La démarche est longue, il faut donc s'y prendre le plus tôt possible, et les familles doivent faire preuve de persévérance. L'orthophoniste peut conseiller les patients et les aider dans les démarches visant à obtenir ces aides.

Les exercices

Le matériel orthophonique est utilisé pour aider les praticiens dans leurs séances de rééducation, qui comportent de nombreux jeux et exercices plus ou moins ludiques. Globalement, on trouve des exercices pour travailler la motricité de la bouche et des mâchoires, le souffle et la respiration, la voix, l'articulation (la phonologie en général, la lecture et le langage écrit, le langage oral, le vocabulaire), la communication (les mathématiques, la logique, la mémoire et l'attention, le repérage spatio-temporel).

Motricité de la bouche et des mâchoires

L'orthophoniste peut proposer des exercices consistant à faire des grimaces pour travailler les muscles du visage, qui, tout en restant ludiques, améliorent l'attention et l'observation. Le thérapeute peut aussi demander au patient de mimer des expressions telles que la peur, etc. Ces jeux permettent de varier les expressions à reproduire. Ils se révèlent intéressants pour aider les patients qui souffrent de dysphagie, entre autres.



Souffle et respiration

Les jeux pour faire travailler le souffle des patients sont nombreux. Il existe notamment :

- ▶ un jeu dans lequel il faut faire progresser une bille en soufflant dessus pour obtenir un score de jeté de dé ou une forme, une couleur, etc. ;
- ▶ un jeu en bois dans lequel il faut déplacer une bille en soufflant dessus à l'aide d'une paille ;

- ▶ un jeu dans lequel il faut moduler son souffle pour déplacer une balle ;
- ▶ un jeu consistant à souffler pour faire tourner une hélice, mais aussi pour la faire s'arrêter sur la bonne case ;
- ▶ toutes sortes de sifflets, pailles et autres jeux consistant à faire des bulles de savon.



Voix

Là encore, les jouets permettant de faire travailler la voix ne manquent pas. Du simple petit microphone qui fait écho au mégaphone déformateur de voix, toutes sortes d'outils se prêtent au travail avec un aspect ludique.

L'orthophoniste peut également amener son patient à chanter : de nombreux livres existent pour faire travailler les phonèmes et apprendre à prononcer correctement les sons en correspondance avec les mots. Cela permet donc de corriger des troubles tels que la dyslalie.

Orthophonie articulatoire

L'orthophoniste peut faire réaliser des exercices d'articulation avec un matériel tel que le Whisper Phone®, afin que le patient entende sa propre voix et prenne conscience de sa prononciation.

Il existe aussi de nombreuses comptines avec des phrases amusantes à répéter permettant d'apprendre à ne pas zozoter ou chuinter. Ces exercices viennent en complément des méthodes spécifiques évoquées dans ce dossier.

Phonologie

Selon le niveau langagier du patient, on peut travailler sur la phonologie au niveau des phonèmes ou des syllabes. Le praticien utilise des cartes illustrées et des images pour faire réaliser ses exercices.

Ce matériel constitue une aide visuelle sur laquelle les patients s'appuient pour manipuler les sons et parvenir à les classer et les distinguer.

Lecture et écriture



Pour améliorer les capacités de lecture des patients souffrant d'illettrisme, de dyslexie ou de dysorthographie, par exemple, des jeux utilisant des lettres magnétiques sont proposés. Ces dernières permettent d'apprendre à les identifier et de créer des mots pour savoir comment les écrire. De plus, des jeux basés sur des situations dessinées inattendues et drôles peuvent être extrêmement intéressants pour apprendre à lire de façon ludique et imagée. Le travail de l'écrit passe aussi et d'abord par l'apprentissage de la préhension du stylo, une manipulation compliquée pour les enfants souffrant de dyspraxie. Dans cette optique, des jeux tels que « La tortue multicolore », consistant à ramener à l'aide d'un stylet des billes de couleur sur la zone correspondante, sont très efficaces. D'autant que ce jeu permet de développer la coordination de la vue et des gestes tout en demandant un peu de concentration.

Des exercices basés sur l'utilisation d'un ordinateur sont tout particulièrement adaptés en cas de dysphasie de bégaiement ou encore de dysphonie. L'orthophoniste peut utiliser un micro qui fonctionne avec un logiciel : il permet d'enregistrer sa voix et ensuite de faire danser les personnages à l'écran quand on chante, de les faire répéter, de prononcer les couleurs de son choix pour colorier une image. L'aspect ludique permet aux enfants de s'exercer et leur donne envie de parler.

Très simples en apparence, des jeux extrêmement complets et bien conçus peuvent aider les professionnels à faire progresser leurs patients dans le domaine du vocabulaire. Par exemple, retrouver des objets à partir de leur description, ou encore trouver en image la réponse à une question.

Ce type d'approche fait travailler la compréhension (et donc le vocabulaire), mais également l'attention. Cette démarche est particulièrement utile en cas d'aphasie.



Communication

La communication est importante à travailler avec les enfants, notamment ceux souffrant de mutisme, d'autisme ou présentant un syndrome d'Asperger. L'utilisation d'images et de symboles explicites est dans ce cas une aide précieuse. Ce type d'outil existe sous forme électronique ou simplement papier (utilisation d'un classeur d'images). Ces supports sont particulièrement utiles pour les personnes qui ne parviennent pas à parler, car il devient facile de se faire comprendre en montrant une série d'images.

Plus simplement, des cubes de bois de couleur et de formes différentes peuvent servir à travailler les compétences communicationnelles. Le jeu consistera, par exemple, à réaliser une construction cachée et à la décrire à l'autre pour qu'il parvienne à la reproduire.

Mathématiques



La manipulation des opérations de base peut faire l'objet d'exercices ludiques. Ainsi, les enfants qui souffrent de dyscalculie parviennent à jouer au jeu de l'oie, et côtoient les chiffres, presque inconsciemment. D'autres jeux basés sur des lancers de dés sont simples, mais efficaces : le joueur qui a rassemblé le plus

de passagers dans son bus gagne sachant qu'aux arrêts, le bus prend des passagers (addition) et en déposent (soustraction). Enfin, des modèles variés permettant d'apprendre à compter et à distinguer les objets sont disponibles dans différents thèmes : les animaux de compagnie, les fruits et légumes, les formes géométriques, etc.

Logique

Des jeux de classement très simples permettent de familiariser les patients avec les chiffres, les couleurs, les dessins et ainsi d'accéder aux opérations de base (addition, soustraction, division) selon un mode opératoire logique. De même, les jeux dans lesquels il est demandé de trouver l'intrus exercent la logique.

Les jeux de manipulation et de logique consistant à reproduire des formes à partir de petits blocs de bois sont aussi enrichissants. Le patient doit suivre la fiche modèle, se servir des bons blocs et les agencer correctement pour reproduire le modèle. Ce type de jeux permet également de travailler les symptômes de l'apraxie.

Mémoire et attention

Le classique jeu des 7 erreurs est un modèle du genre dans le domaine des activités faisant travailler la mémoire et l'attention. De même, les jeux traditionnels du loto ou des dominos demandent de l'attention et un peu de concentration.

Très connu également, le jeu du Memory® est excellent pour exercer la mémoire visuelle. Les orthophonistes l'utilisent parfois avec des variantes intéressantes. Par exemple, le patient doit chercher le couple image/mot écrit, ce qui combine le travail de la mémoire à un entraînement à la lecture et à la phonologie. Le praticien peut aussi employer le jeu Le Lynx, dans lequel il faut retrouver sur un grand plateau de 300 images celle que l'on a piochée au hasard. Ce plateau constitue par ailleurs un imagier très fourni qui peut être utilisé pour travailler d'autres aspects.



Repérage spatio-temporel

Les orthophonistes disposent de nombreux outils d'utilisation courante pour faire travailler les notions d'espace et de temps aux patients : des horloges, des montres, des calendriers.

Des jeux de rééducation spécifiques existent également, comme le jeu du temps, dans lequel les enfants doivent répondre à des questions telles que « Quel jour serons-nous après-demain ? », avant de lancer leur dé pour faire avancer leur pion sur le circuit de la semaine. Plusieurs niveaux de difficulté

existent. Pour les plus petits, les jeux de cartes « avant/après », consistant à prédire la suite d'un événement à partir d'images, demandent autant d'imagination et de projection dans le temps que de logique.

Exercices gratuits

Les orthophonistes utilisent de nombreux exercices d'orthophonie pour faire travailler leurs patients. Pour ceux qui souhaitent renouveler leur matériel ou l'agrémenter de nouveaux outils, il existe des sites Internet sur lesquels il est possible de les trouver gratuitement.



On trouve, par exemple, le site Orthophonie.fr, qui propose des fiches d'exercices en téléchargement gratuit. Ils visent notamment à développer les capacités de traitement visuel de l'information.

Le site Orthomotus.eu, après une création de compte, propose des ressources gratuites et des

logiciels de rééducation dans divers domaines (lecture, langage oral, orthographe, etc.). De plus, chaque mois, une fiche de travail est téléchargeable gratuitement.

Le site Internet de la commission scolaire Harricana (une équipe de professionnels ayant acquis une expertise en pédagogie) propose des exercices gratuits : *Apprenons avec Sourisson*. Toutefois, s'agissant d'une équipe québécoise, l'accent peut éventuellement perturber certains enfants.

Le site de l'Ash74 (Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés en Haute-Savoie) propose un ensemble de logiciels et exercices gratuits. Certains sont à télécharger, d'autres sont à réaliser en ligne.

Les professionnels peuvent ainsi piocher dans ces données et s'en servir pour offrir des supports de travail à leurs patients.

Les équipements

Que ce soit pour faire un bilan ou pour mener une rééducation, les orthophonistes utilisent un matériel spécifique pour traiter leurs patients.

Matériel

Les orthophonistes ont besoin d'un matériel de base, indispensable à la pratique de leur exercice : des stylos et crayons de diverses tailles et couleurs, des feutres et crayons de couleur (mines de différentes épaisseurs), des feuilles de papier de différents formats (principalement A4), du papier épais et du papier Bristol, de la colle, du scotch et une agrafeuse, des pochettes en plastique.

À ces fournitures de base s'ajoutent certains jeux indémodables qui pourront servir à toutes sortes d'exercices d'orthophonie : dés numériques ou avec des dessins, dominos, jeu de l'oie, des 7 familles..., Memory®, puzzles (allant d'une douzaine à une centaine de pièces), formes en bois (cubes, cylindres, ponts...), jeux Puissance 4® et Mastermind®, Legos® et autres Playmobil®, petites voitures, poupons, dinette, pâte à modeler, gouache et peinture à doigts, lettres magnétiques, quelques instruments de musique (maracas, tambourin, flûte, triangle, castagnettes...), livres de jeunesse tels que *Petit ours brun* ou les *Monsieur et Madame* et bandes dessinées, cartes illustrées pour permettre de faire la distinction entre des sons proches (D-T, B-P, B-V ou K-G).



Le praticien dispose également d'un matériel d'orthophonie plus spécifique, qui lui permet d'établir un bilan : des grilles, des questionnaires, des tests standardisés, comme pour l'illettrisme (D.M.I), des vidéos et des enregistrements audio...

Bon à savoir : le D.M.I. (*Difficultés et moyens dans le cadre de la lutte contre l'illettrisme*) a été mis au point par Dominique Morcrette en 1993. Il vise à évaluer la lecture, l'expression écrite, le langage oral (compréhension et production), ainsi que les « capacités perceptives » (reproduction de formes, de rythmes, de mots et conscience phonologique). Cet outil rassemble plusieurs

autres tests déjà existants destinés à évaluer le langage de l'enfant. Il permet davantage d'orienter la personne illettrée vers les filières de formation professionnelle adéquates que de mettre en place une prise en charge thérapeutique.

Les orthophonistes disposent d'outils spécifiques pour procéder à la rééducation oro-faciale. Ils utilisent notamment un instrument vibrant, sur lequel il est possible de fixer divers embouts en fonction des objectifs. Cet outil de stimulation et de rééducation oro-faciale s'emploie dans la bouche et sur le visage du patient de façon à encourager la mobilisation des muscles des lèvres et des maxillaires.

Pour faire travailler la mastication, il existe divers outils à mâcher : des tubes, des lettres (P et Q), etc. De plus, ces outils stimulent les dents, les joues et les gencives. Certains orthophonistes possèdent également un audiophone destiné à la rééducation auditive.

À noter : *il est possible de procéder à des échanges de matériel entre professionnels grâce au site Ortho Troc qu'on retrouve sur la colonne de droite du site www.orthoedition.com (après la création d'un compte gratuit).*

Logiciels



Les spécialistes peuvent tout à fait bénéficier des avancées technologiques qu'offrent les ordinateurs et autres tablettes numériques qui seront équipés de logiciels d'orthophonie adaptés. Ces derniers peuvent être utilisés pour la rééducation de troubles couramment rencontrés en cabinet libéral

(dyslexie, dysorthographie, etc.), mais ils peuvent aussi être spécialisés dans la rééducation orthophonique de pathologies graves, telles que les maladies dégénératives, une IMC ou de lourds handicaps moteurs et mentaux.

Par ailleurs, certains logiciels sont conçus pour assister les orthophonistes dans la création de matériel et d'exercices de rééducation. Ils permettent notamment de fournir des images, des sons, des photos et des vidéos qui peuvent être directement exploités.

De nombreux logiciels en accès libre, spécialement conçus pour l'orthophonie ou non, peuvent être utilisés, à l'image de :

- ▶ Anki, qui permet de créer des programmes destinés à faire travailler la mémoire et à l'auto-apprentissage ;
- ▶ Chewing Word, qui facilite l'écriture (clavier virtuel et saisie prédictive) ;
- ▶ Freemind, pour organiser ses idées et créer des cartes mentales (représentation visuelle schématique de l'organisation des idées) ;
- ▶ FriLogos, qui est un assistant à la rééducation orthophonique ;
- ▶ Gimp, le fameux logiciel de retouche d'images ;
- ▶ Inkscape, un logiciel de création graphique qui permet de créer ses propres images ;
- ▶ Open Office Vox, qui est un traitement de texte avec une synthèse vocale multilingue.

Il existe également des logiciels spécialisés et payants. La liste ci-dessous n'est bien évidemment pas exhaustive.

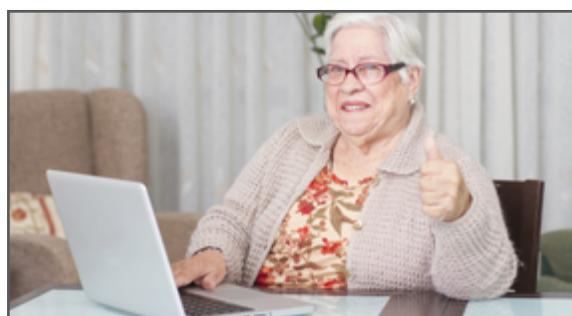
Logiciels d'évaluation orthophonique

Logiciel	Description	Âge	Prix
Motus Exalang	Ce logiciel d'évaluation propose une série de tests informatisés (24 épreuves divisées en 7 modules) permettant de réaliser une évaluation des troubles de la parole, du langage oral, de la cognition et du langage non verbal	3 à 6 ans	240 €
Labbel	Ce logiciel est à la fois un logiciel d'évaluation et de rééducation du langage oral et écrit (41 activités permettant de travailler lecture, copie, dictée, discrimination, etc.) ; des tests et évaluations individualisés permettent d'évaluer la progression des patients	Enfants et adultes qui présentent des troubles du langage (écrit et oral)	149 €

I. Qu'est-ce que l'orthophonie ?



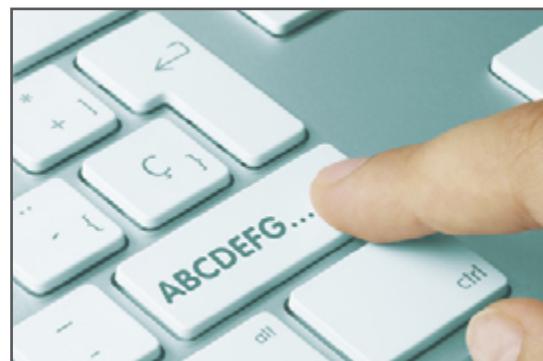
Logiciel	Description	Âge	Prix
MBLF Enfants	Ce DVD permet de réaliser une évaluation de l'articulation indispensable à la phonation et à la déglutition et permet le dépistage rapide (moins d'un quart d'heure) des troubles avec une cotation instantanée ; des graphiques clairs permettent d'évaluer le résultat et visualiser la progression au fil du temps	4 à 8 ans	82 €
Profil cognitif et linguistique	Ce logiciel permet d'évaluer la cognition et le langage dans 8 domaines : langage oral et écrit, attention, mémoire, perception, logique, repérage visuel et spatial et compétences transversales ; les épreuves sont sélectionnées par le logiciel selon l'âge du patient et ses résultats	8 à 18 ans	179 €
Read Play	Ce DVD (orienté sur les gestes techniques de la vie professionnelle dans divers corps de métier) est destiné aux personnes victimes d'illettrisme, il réalise un bilan orthophonique à l'aide de 20 épreuves qui permettent de déterminer le degré d'illettrisme ; le logiciel se base sur les résultats pour proposer des outils visant à travailler les points faibles	Adultes, étrangers et illettrés de niveau I (identification des signes, des mots et des nombres) à IV (équivalent du niveau CAP, BEP ou brevet des collèges)	199 €



L'aphasie, la dysphasie ou encore les IMC peuvent être abordées par l'orthophoniste avec l'aide d'un logiciel de rééducation tel que LACOM. Cet outil de communication palliative vient en aide aux patients qui éprouvent de grandes difficultés pour s'exprimer aussi bien à l'oral qu'à l'écrit. Grâce au logiciel, ils peuvent de nouveau échanger avec leur entourage. Pour cela, le logiciel est entièrement paramétrable,

de façon à ce que chaque patient l'adapte à ses besoins. Il suffit ensuite au patient de disposer d'un ordinateur portable pour pouvoir communiquer avec ses proches via des images agrémentées du son et de l'écriture du mot. L'orthophoniste lui-même dispose d'une documentation destinée à aider le patient à organiser son propre « carnet de communication ». Le logiciel est disponible sur PC et Mac, et coûte 115 €.

Syllabo est un logiciel de phonologie destiné à améliorer la prononciation en identifiant les phonèmes. Il permet également de corriger les inversions aussi bien à l'oral qu'à l'écrit. Il est également destiné à fournir du vocabulaire et à améliorer la rapidité d'évocation. Pour cela, le logiciel offre des supports visuels et sonores. Ce programme, vendu 88 €, est destiné aux adultes et aux enfants à partir de 6 ans. Il est disponible sur PC et sur Mac. Chassymo est aussi un logiciel axé sur le langage écrit qui fournit une aide audio-syllabique aux enfants de CP et de CE1 en difficulté, pour améliorer leurs capacités d'apprentissage de la lecture. Pour cela, l'enfant entend une syllabe, la voit écrite, puis employée dans un mot ; il doit alors la localiser dans ce mot. 600 mots bisyllabiques et trisyllabiques sont utilisés dans ce logiciel. Il coûte 99 € et est disponible sur PC et sur Mac. Sinon, LoCoTex est un logiciel de rééducation orthophonique destiné à faciliter la compréhension des textes chez l'enfant. On distingue deux modules qui visent à améliorer la compréhension de récits et les événements qui les composent. Là encore, la présentation à la fois visuelle et auditive permet une meilleure compréhension des énoncés. Des résultats sont observés aussi bien sur la compréhension écrite qu'en vocabulaire. Il coûte 115 €, et existe en versions pour Mac et PC ; il convient aux enfants du CP à la 6^e ou plus.



WordQ et SpeakQ comptent aussi parmi les logiciels d'orthophonie les plus connus. Principalement utilisés avec des enfants du deuxième et du troisième cycle (de la grande section de maternelle au CM2), ils permettent de faire progresser dans les domaines de la grammaire, de l'orthographe, de la ponctuation et de la lecture (la fonction « lire » permet au logiciel de lire à

voix haute n'importe quel texte présent sur l'ordinateur). Les deux logiciels fonctionnent ensemble avec une fonction de prédiction de mots et de reconnaissance vocale. Ils accélèrent et améliorent la retranscription écrite des idées (la fonction SpeakQ permet de dicter son texte à haute voix). Ces logiciels sont notamment employés en cas de dyslexie et de dysorthographie. La troisième version du pack WordQ+ SpeakQ (disponible sous cette forme uniquement sous Windows) coûte 268,15 €.

D'autre part, LAARA est un logiciel de rééducation auditive qui permet à la fois de faciliter l'adaptation aux prothèses auditives et/ou aux implants cochléaires, d'optimiser l'utilisation de ces appareils, et de pratiquer un entraînement à domicile axé sur :

- ▶ la compréhension de la voix et de la parole à l'aide de six types d'exercices différents de reconnaissance de mots (énoncés par une voix d'homme ou de femme), d'attention auditive et de discrimination phonologique ;
- ▶ l'éducation musicale (rythme, hauteur, volume, différents instruments, différents types de musiques, chants) et les bruits (scènes sonores de la vie quotidienne) pour développer la discrimination ;
- ▶ la compétence sémantique, l'attention audiovisuelle, l'anticipation par le contexte, le raisonnement logique, ainsi que la concentration et la mémoire de travail indispensables pour les malentendants.



Il existe également des logiciels conçus pour faciliter les démarches administratives des orthophonistes. Orthomax V.9 est un logiciel de gestion de cabinet. Il comprend plusieurs fonctionnalités telles que l'agenda, la gestion des dossiers patients, la facturation, la télétransmission, la comptabilité. Les mises à jour sont automatiques. Proposé à 299 € par an (à 24,90 € par mois), il est compatible avec un iPhone ou un Mac. Il peut être accompagné, en option, du lecteur de cartes Sesam-Vitale. Ubinect est, lui, un logiciel conçu spécifiquement pour les orthophonistes. Il gère le tiers payant avec les cartes Sesam-Vitale et applique automatiquement la décote du deuxième bilan. Il permet également la numérisation des ordonnances.

I. Qu'est-ce que l'orthophonie ?



Il organise l'agenda (rappel des rendez-vous par textos) et permet de partager son agenda ou ses fiches patients avec ses collaborateurs. Son prix varie en fonction des options choisies : 2 € par mois dans sa version « Initiale », 39 € en version « Essentielle » (qui contient les rappels par SMS), 49 € en version « Sérénité » (qui comprend en plus un répondeur téléphonique intelligent).



Toutes ces versions incluent la formation à son utilisation, les mises à jour automatiques ainsi que la maintenance. Elles sont disponibles pour PC et pour Mac.

 **Astuce**

Reconnaitre un nourrisson sourd

Une bonne audition est indispensable à l'enfant pour sa socialisation, en particulier pour apprendre le langage. Il est donc fondamental de pouvoir détecter de façon précoce les signes de surdité chez le nourrisson. Voici quelques conseils qui pourront aider les parents à détecter le moindre signe de surdité dès la naissance de leur enfant, afin de mettre en place une prise en charge précoce.

6 à 10 bébés sur 1 000 sont touchés par la surdité. Ce handicap peut être diagnostiqué dès le plus jeune âge, ce qui permet une prise en charge précoce. De 0 à 3 mois, il importe donc de ne pas hésiter à consulter si l'on ne constate aucune réaction aux bruits de forte intensité ni à la voix des parents alors que le bébé devrait sursauter, afficher un changement d'expression du visage, sourire et/ou être apaisé lorsque ses parents lui parlent. De 3 à 6 mois, il convient de noter l'absence d'attraction pour les jouets sonores et de réaction en présence de bruits familiers et extérieurs, si l'enfant ne tourne pas la tête lorsqu'un bruit retentit ou qu'il est en présence d'une voix, et s'il ne babille quasiment jamais.

Chez le petit de 6 à 10 mois, les signes précurseurs sont l'absence de diversité dans son babilage, des gazouillis de moins en moins fréquents, l'absence de réaction à la musique, un désintérêt aux jouets et autres sources sonores, l'absence de réaction lorsque son entourage prononce son prénom ou que l'on nomme en sa présence son papa et sa maman, son frère ou sa sœur. Il en est de même s'il ne prononce que très peu, voire pas du tout, les syllabes telles que pa, ba, ma, do, te, etc. Chez l'enfant âgé de 10 à 15 mois, il convient de consulter s'il ne sait pas désigner ses jeux et jouets préférés par leur nom, s'il ne reconnaît pas ses jouets quand ses parents les nomment et qu'il ne les montre pas non plus du doigt, s'il ne joue pas avec les jouets musicaux, s'il ne répète aucun mot, y compris des mots simples comme papa, maman, dodo, manger, gâteau, etc.

Chez l'enfant de 15 à 20 mois, une surdité peut être suspectée s'il ne parvient pas à localiser la provenance d'un son dès lors que sa source se trouve hors de son champ de vision (un chien qui aboie dans le jardin, par exemple), s'il n'identifie aucun objet, s'il ne comprend pas les demandes les plus basiques, s'il n'indique pas sur demande les différentes parties de son visage et de son corps, ni même les personnes très connues de son entourage direct (parents, frère, sœur, nounou, grands-parents), s'il n'élabore aucune phrase même incomplète, s'il connaît

moins d'une dizaine de mots. Au-delà de 20 mois, le bébé sourd n'essaie toujours pas d'imiter les différents sons émis par son entourage, ne forme pas de phrases, ne montre aucun intérêt pour les histoires et la télévision. Il possède également un vocabulaire extrêmement limité. Au moindre doute, il est donc très important de consulter. Mieux vaut une visite médicale superflue qu'une prise en charge tardive.

Lorsque les parents ont décelé chez leur bébé un ou plusieurs signes de surdité, ils ne doivent pas attendre pour obtenir une prise en charge. Ils peuvent consulter un pédiatre ou leur médecin généraliste. Dans le cadre du parcours de soins, l'un ou l'autre de ces professionnels de santé conseillera aux parents de rencontrer sans tarder un audiologiste, spécialement formé pour s'occuper des troubles de communication trouvant leur origine dans un problème auditif. L'enfant sera ensuite soumis à différents examens afin que soit confirmée ou infirmée la présence d'une surdité et, s'il y a lieu, d'en préciser le degré. Ces examens, qui peuvent être passés par le tout-petit dès sa naissance, sont l'audiométrie, le TCA (Test Observation par Comportement), le PEA (Potentiels voqu s Auditifs.), et l'OEA (Oto-missions Acoustiques). Les résultats obtenus permettent un diagnostic précis suite auquel le spécialiste jugera des meilleures solutions à apporter.

Selon le type de surdité et son intensité, plusieurs solutions sont possibles en fonction de l'âge du jeune enfant, à savoir des séances d'orthophonie à partir de 4 mois, voire plus jeune encore dans certains cas, la prescription d'un appareil auditif, possible pour tout enfant dès l'âge de 6 mois, une intervention chirurgicale, la pose d'implants cochléaires dès le premier anniversaire de l'enfant, l'apprentissage du langage des signes.

À savoir qu'il existe des facteurs de risques de surdité parmi lesquels les antécédents familiaux, l'usage de certains médicaments et la contraction de certaines maladies par la mère durant la grossesse, un faible poids à la naissance, un résultat d'Apgar faible, des otites   répétition, etc. Il est donc important de bien s'informer auprès de son médecin de famille.

II.

Les troubles de la parole



On appelle « troubles de la parole » les problèmes d'élocution et de langage. Il faut cependant distinguer les troubles mineurs et majeurs, qui ne nécessitent pas le même type de rééducation orthophonique. Les premiers sont parfaitement normaux chez les enfants qui apprennent à parler ; en revanche, s'ils persistent après l'âge de 5 ou 6 ans, il est nécessaire de les traiter avant l'entrée à l'école primaire.

Parmi les troubles mineurs, on trouve l'altération de phonèmes : le mot ne peut être reproduit dans son ensemble, mais chaque phonème peut l'être, séparément. Cela a plusieurs conséquences : simplification à l'intérieur ou à la fin d'un mot (« arbre » devient « abe »), substitutions de phonèmes (« train » devient « crain »), inversions (« brouette » devient « bourette »), absences de modification de phonème (« couteau » devient « touteau »), ellipses des syllabes

(« herbe » devient « è », « assiette » devient « assiè »). Le bégaiement (trouble du débit de l'élocution) et le zézaiement (« cheveu sur la langue ») dans lequel on remplace les [ʒ] (son « j ») par des [z] (« jouet » devient « zouet ») et les [ʃ] (son « ch ») par des [s] (« cheveu » devient « seveu ») sont aussi des troubles de la parole mineurs. Comme dans le cas de l'altération de phonèmes, le bégaiement « primaire » est normal, il apparaît vers l'âge de 3 ans, lorsque l'enfant commence à parler couramment. Ce type de bégaiement disparaît spontanément par la suite.

Les troubles de la parole majeurs sont plus prégnants et supposent une rééducation plus longue. Il s'agit de la dysarthrie (faiblesse des cordes vocales), la dysprosodie (changements dans le rythme de la voix, mais aussi l'intonation et la synchronisation des mots), le mutisme (absence d'expression verbale), l'aphasie (perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre un message parlé ou écrit), la dysphasie (trouble grave de la communication verbale d'origine congénitale), la dysphonie (difficulté à parler), l'anarthrie (impossibilité d'articuler des sons), la dyslalie (difficulté à prononcer des mots). Il est également possible de présenter des troubles de la parole suite à des interventions chirurgicales (thyroïdectomie), à des pathologies telles que des cancers de la gorge ou de la langue, ou encore des nodules sur les cordes vocales.



À l'issue d'un bilan, l'orthophoniste établit un calendrier de rendez-vous afin de prendre en charge ce handicap par la rééducation. Généralement, les séances durent 30 minutes et ont lieu 1 ou 2 fois par semaine. On demande par ailleurs une participation des parents, en leur expliquant quels exercices ludiques ils peuvent faire pratiquer à leur enfant à domicile. Pour les troubles de la prononciation mineurs (retard simple de parole), qui sont relativement fréquents, il faut prévoir entre 5 et 30 séances. Pour les troubles graves, tels que le mutisme (en fonction de son origine) ou l'aphasie post-traumatique, la rééducation est beaucoup plus longue. Seul un bilan réalisé par un professionnel permet de poser un diagnostic sur le trouble de la parole dont souffre son patient.

Le mutisme

L'orthophonie prend en charge différents troubles de la parole, dont le mutisme. Celui-ci se manifeste sous des formes variées, qui déterminent le traitement à suivre.

Définition



Le mutisme est la suspension ou la disparition de la parole chez un enfant ou un adulte qui l'avait acquise antérieurement. Lorsqu'il n'est pas dû à une impossibilité physique de parler, qu'il soit total ou électif, il est considéré comme une psychopathologie. Dans ce cas, il faut également rechercher des troubles annexes physiques (troubles sphinctériens) ou comportementaux.

Le mutisme peut avoir des causes et conséquences diverses, présentées dans le tableau ci-après.

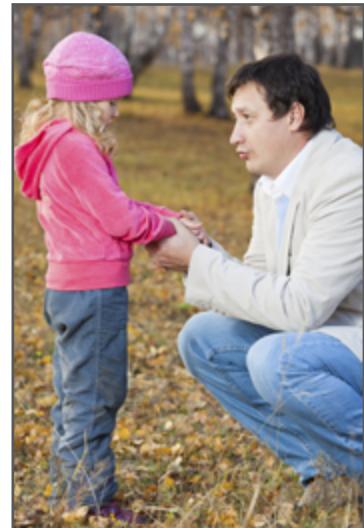
Nom	Causes	Conséquences
Mutisme akinétique	S'observe lorsque les deux lobes frontaux ont subi des lésions	Impossibilité physique de parler associée à une paralysie des quatre membres (avec incontinence sphinctérienne, persistance des mouvements oculaires et possibilité de déglutir)
Mutisme volontaire	Se retrouve dans certaines maladies mentales (schizophrénie, mélancolie...)	Volonté de ne pas parler
Mutisme total	Réaction à un événement traumatisant (divorce, décès d'un parent, agression...)	<ul style="list-style-type: none"> • Mutisme qui dure quelques jours voire quelques semaines • L'enfant recommence à parler normalement ou parfois en chuchotant
Mutisme électif	Trouble anxieux, la parole accentue l'anxiété de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant n'adresse la parole qu'aux personnes de sa famille, il ne parle pas aux étrangers ou à l'école • L'enfant refuse de parler ou parfois seulement en chuchotant et uniquement à des personnes de son entourage

Mutisme électif

Les autres formes de mutisme étant d'ordre organique, leur diagnostic n'est pas difficile à réaliser. Il convient de préciser qu'un enfant qui présente un mutisme électif n'est pas timide ; il rougit, n'ose pas s'exprimer, mais s'il est mis en confiance, il arrive à parler, fût-ce en bégayant. Il est aussi plutôt solitaire et éprouve certaines difficultés à suivre à l'école ; il ne peut participer qu'aux activités écrites.

Les principaux symptômes du mutisme électif portent sur :

- ▶ le langage : l'enfant ne parle pas volontairement dans des situations sociales précises ou depuis plus de 1 mois, n'a aucun problème physiologique ou mental, ne présente aucun autre problème de communication ;
- ▶ les expressions du visage : le patient ne manifeste que très peu de sentiments : visage impassible, ne pleure pas et regard fuyant ;
- ▶ les expressions du corps : difficultés à s'exprimer avec son corps, mouvements raides et marche maladroite.



Bon à savoir : *les enfants mutiques sont inquiets et très sensibles sur le plan affectif.*

TraITEMENT ET RÉEDUCATION

Le mutisme électif est une pathologie qui n'est pas encore assez connue, et la diagnostiquer reste difficile. Les enfants mutiques peuvent ainsi être confondus avec les autistes ou les enfants sujets à des problèmes d'apprentissage. L'éducateur a donc un rôle primordial : lui seul peut signaler une absence de parole. Toutefois, faire la différence entre un enfant mutique et un autre présentant un simple retard de parole est compliqué. C'est lorsque l'enfant entre à l'école qu'un éventuel mutisme électif est le plus facile à identifier. En règle générale, le traitement doit être identique à celui mené en cas de psychopathologie.

Traitement du mutisme

Mutisme	Traitement	Durée du traitement
Total	Psychothérapie	Durée variable en fonction de la durée du trouble et du contexte déclenchant
Électif	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie individuelle • Thérapie familiale • Soutien en milieu scolaire • Une prise en charge en hôpital de jour de pédopsychiatrie peut être indiquée 	Durée variable en fonction de la durée du trouble et du contexte déclenchant

La connaissance très récente et limitée de ce trouble fait qu'aucun traitement précis n'a encore été élaboré. Une chose est sûre, il faut diagnostiquer le mutisme le plus rapidement possible. En effet, plus le temps passe, plus l'enfant s'installe dans un silence, qui est une défense contre le stress vécu dans une situation anxiogène. Ce silence lui permet de diminuer son angoisse et lui apporte un certain réconfort. C'est ce réconfort que l'enfant cherche en se taisant. Plus l'enfant grandit, plus il s'installe dans le silence, et plus il est difficile d'installer un comportement plus adapté socialement.

L'aphasie

L'aphasie fait partie des troubles de la parole pour lesquels l'orthophonie propose une rééducation efficace.

Définition



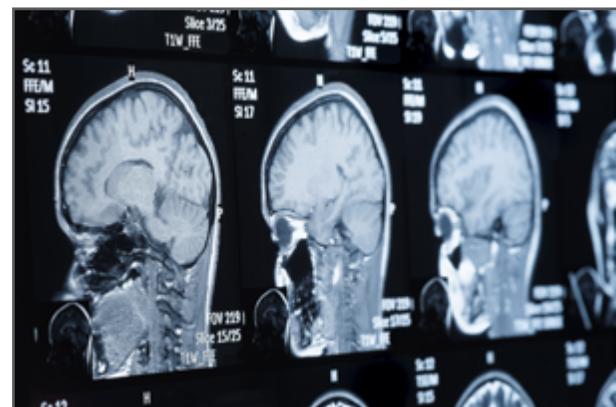
L'aphasie est la perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre un message parlé ou écrit. C'est aussi l'impossibilité d'associer une idée avec les mots justes. L'aphasique ne présente pour autant aucune anomalie des organes de la parole (langue et larynx), de la vue et de l'ouïe. L'aphasie n'est donc pas la conséquence d'une surdité ou d'un trouble des organes de la parole. Pour les

spécialistes du langage, il existe une différence entre trouble de la parole et trouble du langage. L'aphasie réunit ces deux troubles, et pose donc des problèmes tant dans l'expression que dans la compréhension du langage.

À noter : en France, on estime à environ 100 000 le nombre de patients aphasiques nécessitant une rééducation du langage.

Quatre grandes causes peuvent être à l'origine d'une aphasie : maladies cérébro-vasculaires, tumeurs du cerveau (bénignes ou malignes), traumatismes crâniens, maladies dégénératives.

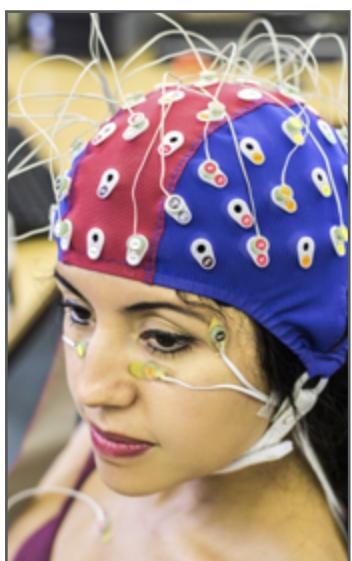
Il existe deux types de maladies cérébro-vasculaires. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), dus à une mauvaise irrigation de certaines zones du cerveau, surviennent le plus souvent suite à une thrombose ou à une embolie de l'hémisphère gauche, où se trouve la plus grande partie de la zone du langage. Les acci-



dents hémorragiques intracrâniens, dus à la rupture d'une artère, sont causés soit par la rupture d'une malformation d'une artère, soit en cas de complication d'une hypertension artérielle. S'agissant des tumeurs, l'aphasie survient lorsque les tumeurs, qu'elles soient bénignes ou malignes, concernent l'hémisphère gauche. Les symptômes évoluent en fonction de l'importance de la tumeur, ils s'aggravent donc lorsqu'elle se développe. De nouveaux symptômes peuvent faire leur apparition ; à terme, le patient peut présenter une hypertension intracrânienne avec un risque d'hémorragie. Concernant les traumatismes crâniens, les troubles se manifestent suite à un choc violent, hématome (saignement avec risque de provoquer un œdème cérébral), coma, anévrisme d'un vaisseau qui risque alors de se rompre, hémorragie cérébrale, ou plusieurs de ces causes. Ce sont surtout les aires frontales (au niveau du front) et temporales (situées latéralement) qui sont vulnérables, en particulier chez le jeune adulte.

À noter : les chances d'amélioration sont plus importantes que dans le cas des AVC.

Les démences de type Alzheimer et corticales, telles qu'on les observe dans la maladie de Parkinson, sont les plus à risque. L'aphasie peut avoir une origine infectieuse, inflammatoire (abcès) ou être due à une encéphalite (en cas de sida ou d'herpès), mais ceci reste très rare.



Pour poser le diagnostic d'aphasie, le médecin procède à plusieurs examens : questionnaire, examen neurologique, électroencéphalogramme, tomodensitométrie cérébrale (scanner), tomographie isotopique du cerveau (SPECT) par résonance magnétique, bilan orthophonique ou neuropsychologique. Toutefois, l'aphasie étant le résultat d'une lésion cérébrale suite à une anomalie de la circulation sanguine, aucun médicament ne permet de la prévenir. Même si certains médicaments régulent la circulation, ils ne peuvent pas guérir une personne aphasiqe. De même, aucun acte chirurgical ne peut y remédier. I

Il est néanmoins possible de réduire au maximum les risques d'être victime d'un AVC en adoptant une bonne hygiène de vie. Seule la pratique d'exercices orthophoniques quotidiens permet la récupération partielle ou totale du langage (par la création de nouveaux réseaux neuronaux). C'est pourquoi on ne parle pas de traitement chez l'aphasiqe, mais de rééducation.

À noter : des séquelles peuvent demeurer selon l'état de la personne (fatigue) ou de la situation (prise de parole en public).

En règle générale, les personnes aphasiques éprouvent des difficultés ou ne peuvent plus comprendre, parler, lire, écrire. Dans la sphère privée, l'aphasiqe ne peut plus nommer les personnes et objets, répondre par oui ou non, regarder la télévision, écouter la radio, lire le journal.

Dans la sphère publique, il ne peut plus entrer en contact avec une tierce personne (conversation impossible), téléphoner, écrire, calculer, se « débrouiller » dans un lieu inconnu (demander son chemin, commander une boisson, etc.).

Avant d'être pris en charge par un professionnel, l'aphasiqe a donc impérativement besoin d'une aide dans sa vie quotidienne.

Typologie

De façon très générale, l'aphasie est due à une mauvaise irrigation du cerveau entraînant des dommages dans les zones du langage. Le cerveau peut être divisé en plusieurs zones, chacune ayant sa spécificité. L'aphasie se manifeste lorsque l'hémisphère gauche du cerveau est altéré, et plus précisément lorsque l'artère sylvienne subit un dommage (occlusion ou hémorragie). Cette zone correspond à la partie latérale inférieure du cerveau, c'est-à-dire derrière les tempes. Selon la partie touchée, l'aphasie se manifeste par des symptômes variables et prend des dénominations différentes.

Partie du cerveau touchée	Type d'aphasie et symptômes
Arrêt ou diminution de la circulation sanguine dans la partie antérieure de l'artère sylvienne (AVC)	Aphasie de Broca associée à une hémiplégie droite : problèmes d'articulation à des degrés divers (rythme haché, débit ralenti), phrases non structurées (style télégraphique), difficultés à trouver le mot exact pour s'exprimer, à formuler ses idées, mots utilisés non adaptés
Arrêt ou diminution de la circulation sanguine dans la partie postérieure de l'artère sylvienne Perturbations du champ visuel droit avec atteinte d'une zone spécifique du cerveau : l'aire de Wernicke	Aphasie de Wernicke : difficulté de réception d'éléments venant de l'extérieur, troubles de la compréhension orale ou écrite très importants, utilisation de mots inappropriés donnant l'impression que le patient utilise une langue qui lui est propre (néologismes et paraphasies verbales sémantiques), absence de conscience de son aphasie, le malade ne se rend pas compte que son entourage ne le comprend pas
Infarctus de l'artère cérébrale antérieure	Aphasie transcorticale motrice : réduction du langage spontané (phrases courtes et pauvres), doit faire des efforts considérables pour s'exprimer, manque du mot (difficulté à trouver le mot juste), expression écrite lente et perturbée, manque de dynamisme dans l'ensemble des activités quotidiennes
Obstruction de l'artère sylvienne dans sa totalité	<ul style="list-style-type: none"> • Dysgraphie : atteinte du langage écrit • Aphasie globale (forme la plus grave) : perte totale de la compréhension orale ou écrite, incapacité à lire ou à écrire, seuls quelques mots peuvent être prononcés, absence complète de syntaxe

Partie du cerveau touchée	Type d'aphasie et symptômes
Infarctus sylvien concernant les noyaux gris centraux, le noyau lenticulaire, le noyau caudé, etc.	Aphasie sous-corticale : paraphasies « originales » et surprenantes (« gros lapin naissant » pour parler d'un ours), fréquente association avec d'autres troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de l'attention, perte de motivation, etc.)
Infarctus de l'artère cérébrale postérieure avec lésion du thalamus gauche chez le droitier	Aphasie thalamique : alexie pure (difficulté à comprendre des mots écrits), paraphasies fantastiques, réduction du débit et de l'intensité vocale

Traitement et rééducation

La rééducation orthophonique doit être entreprise dès l'apparition des symptômes, car c'est à ce moment que la réponse du cerveau sera optimale. Elle commence donc souvent à l'hôpital, dans les jours qui suivent le diagnostic, et de façon intensive (5 séances hebdomadaires), pour s'étendre entre 6 semaines et 1 an. Elle dure en moyenne 3 mois à raison de 45 minutes par séance.



La vitesse d'amélioration varie selon l'importance des lésions, l'état de santé général de l'aphasique, sa motivation, son niveau d'éducation. Si l'aphasique se sent déprimé, une aide psychologique lui est apportée.

En outre, les proches seront mis à contribution afin de soutenir le patient et l'aider dans ses exercices orthophoniques. Le pronostic d'aphasie dans les suites d'AVC est généralement mauvais. Cela est d'autant plus vrai si les troubles de la vigilance durent depuis longtemps, si le patient est incontinent pendant plus de 15 jours, s'il présente une démence, si on observe une importante dépression, si la personne est âgée, en cas d'hémiplégie, si on n'observe aucune récupération motrice au bout de 1 mois, ou si le patient a des antécédents de pathologies cardiaques ou d'AVC.

Les exercices orthophoniques peuvent varier en fonction des patients et de la gravité de leur état.

Pour une aphasicie de Broca, la prise en charge consiste d'abord à stimuler le patient. L'orthophoniste travaille sur le versant réceptif en stimulant la compréhension : il utilise des ordres simples qui impliquent le corps (ex. : tirer la langue), il demande de désigner des objets qui sont dans sa chambre et de les classer selon divers critères. Il travaille également sur le versant expressif afin de stimuler l'expression orale. Il emploie essentiellement des techniques pour lutter contre le mutisme : travail des automatismes à partir d'une induction (compléter des phrases ou proverbes, répéter des sons et syllabes, répéter avec une aide mélodique), et travail de l'articulation (praxies bucco-faciales par imitation, voire directement si cela est possible).



Pour une aphasicie de Wernicke, dans un premier temps, on cherche à faire prendre conscience du trouble au patient. Pour cela, on peut utiliser un enregistrement audio ou vidéo, qui permet de canaliser l'attention du patient en proposant des exercices de compréhension orale, et de proposer également des exercices de jugements de phrases et de repérage d'intrus.

Pour certains patients aphasiques, demander une écoute silencieuse tout au long de la rééducation peut les amener à retrouver une certaine qualité d'expression.

Exemple : *en cas de production langagière logorréique, on peut demander au patient de se taire ou le lui faire comprendre par la mimique ou le geste.*

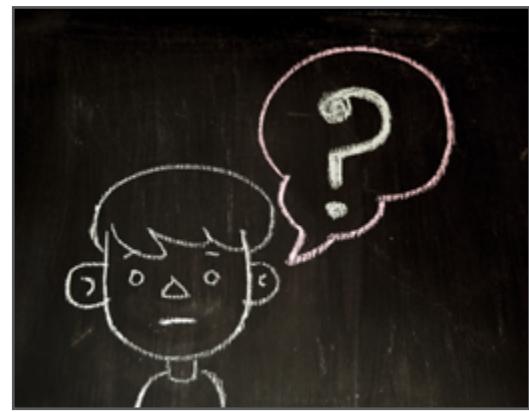
Pour une aphasicie globale, on utilise ici la même approche que celle évoquée dans le cadre de l'aphasicie de Broca. Le pronostic est toutefois très réservé dans ce cas.

La dysphasie

La dysphasie est un trouble de la parole résultant d'un dysfonctionnement neurologique, qui affecte la communication verbale des enfants en particulier. L'orthophonie permet de traiter partiellement ce trouble, notamment par la rééducation.

Définition

La dysphasie est une pathologie d'origine congénitale. C'est un trouble structurel primaire (et donc durable) de l'apprentissage et du développement du langage oral. Elle se traduit par un déficit limité uniquement au domaine langagier. Il faut donc la différencier des troubles fonctionnels (retard dans le développement du langage), qui, eux, sont réversibles.



Environ 2 % de la population française est touchée, en majorité les garçons. Il existe trois grandes modalités de la dysphasie. Des symptômes généraux peuvent être associés à chacune d'entre elles.

Dysphasie	Description	Symptômes associés
Dysphasie expressive	L'expression est altérée	Paroles incompréhensibles, mots isolés, discours télégraphique
Dysphasie réceptive	La compréhension est altérée	Compréhension partielle du message oral, manque du mot (difficultés à trouver les mots justes), discours incohérent, grandes difficultés à écrire
Dysphasie syntaxique	L'organisation grammaticale de la phrase est altérée	Mauvaise structuration des phrases, manque du mot, style télégraphique

À noter : la dysphasie de développement est due à un événement qui touche certaines fonctions cérébrales d'un enfant dont le langage oral était auparavant normalement développé pour son âge.

Typologie

On distingue plusieurs formes de dysphasies : phonologico-syntaxique – la plus fréquente –, lexico-sémantique (aussi très fréquente), sémantico-pragmatique (ou cocktail syndrome party), phonologique, réceptive ou par agnosie verbale. La dyspholie phonologico-syntaxique, très répandue, peut toucher aussi bien un seul domaine que plusieurs simultanément. On observe dans ce cas plusieurs symptômes :

- ▶ des troubles de l'expression orale avec une difficulté à prononcer les sons ; les mots prononcés restent incompréhensibles jusqu'aux 7 ans de l'enfant, au moins ;
- ▶ des difficultés à associer les gestes avec les mots ;
- ▶ le langage et le vocabulaire sont pauvres ; le discours est haché, en style télégraphique ; les mots sont associés de manière aléatoire dans la phrase (agrammatisme) ;
- ▶ parfois, une agnosie verbale (incapacité à comprendre les mots entendus) ;
- ▶ les notions de temps et d'espace sont difficiles à comprendre ; la mémoire verbale immédiate est mauvaise ;
- ▶ la compréhension des différents niveaux de discours (les jeux de mots, les notions abstraites) est difficile ; en revanche, la compréhension d'un message simple est bonne. Dans ce type de dyspholie, l'apprentissage du langage écrit est possible, mais il reste limité, et les difficultés d'orthographe sont importantes.



En cas de dyspholie lexico-sémantique, on observe des difficultés à trouver les mots, des troubles de la compréhension du langage oral ou écrit, un apprentissage de l'écrit relativement laborieux, et de façon générale, des difficultés à dénommer, élaborer un récit, le commenter. En revanche, la compréhension est correcte, de même que la répétition et le langage spontané. En outre, ce trouble se divise en deux catégories : la dyspholie anomique dyssyntaxique

crée un manque du mot, des déviations syntaxiques persistantes, une compréhension qui semble normale, mais qui ne l'est pas ; la dysphasie anomique normosyntaxique présente, elle, les mêmes caractéristiques, mais on observe habituellement une meilleure maîtrise de la syntaxe et de la phonologie.



Avec une dysphasie sémantico-pragmatique, on constate que le langage est peu informatif et que le discours n'est pas adapté au contexte (il est plaqué sans être véritablement compris). Le patient présente également des troubles de la compréhension dans divers domaines : langage (questions ouvertes, métaphores, consignes complexes), tâches à réaliser, situations inhabituelles (y compris en société). En revanche, la mémoire auditive est excellente. De même, la répétition et la parole en général sont bonnes et le vocabulaire relativement riche. Toutefois, si cette dysphasie prend également le nom de cocktail syndrome party, c'est parce qu'elle se complète par une série de troubles associés : des troubles de la pensée (il est difficile de comprendre les notions abstraites), des difficultés à classer en catégories ou à ordonner les lettres, à s'orienter dans l'espace et dans le temps avec des troubles de la planification, une mémoire verbale déficiente, des troubles de l'attention. À terme, le discours risque de rester marqué par les répétitions et par l'expression de blocs de mots figés.

La dysphasie phonologique se traduit essentiellement par une expression altérée par une déformation des phonèmes (la personne est difficilement intelligible), la possibilité de répéter des phonèmes isolés, mais pas de les prévoir, et des difficultés à enchaîner les gestes et les séquences. En revanche, la compréhension est relativement normale et la syntaxe potentiellement correcte. À terme, on peut obtenir une bonne amélioration de la communication orale et écrite, quoiqu'on observe toujours une importante dysorthographie. On peut aussi, peu à peu, parvenir à faire comprendre des notions abstraites.

À noter : ces dysphasiques sont conscients de leurs difficultés.

La dysphasie réceptive ou par agnosie verbale est une forme grave qui se traduit par une incapacité à reconnaître les sons du langage malgré une audition normale, ce qui entraîne un comportement d'enfant sourd, une parole

réduite, voire absente (la communication s'effectue par mimiques, gestes et onomatopées), un vocabulaire pauvre, et une angoisse, voire une agressivité due à l'impossibilité de communiquer. Chez ce type de dysphasiques, il y a un risque de repli autistique et d'évitements. En général, le manque de vocabulaire persiste. De même, ces patients utilisent peu le langage écrit (qui aura été très difficile à acquérir). Enfin, l'abstrait reste une notion floue.

Caractéristiques de l'enfant dysphasique

Quel que soit le type de dysphasie, on observe généralement des difficultés à apprendre à écrire, les symptômes évoluant avec l'âge et les rééducations. Parallèlement, les enfants dysphasiques apprennent à parler tardivement, ont du mal à s'exprimer et donc à se faire comprendre. Ils ne manifestent pourtant pas de problèmes physiques (malformation des organes phonatoires, lésion cérébrale ou mauvaise audition), de manque d'intelligence, de déficit sensoriel, de troubles du comportement, de carence affective. Les attitudes de l'enfant dysphasique sont, par ailleurs, caractéristiques : nourrissons silencieux (absence de babillements), sons émis qui ne sont pas mélodieux, pas de réaction aux bruits, à la voix, etc. Les symptômes sont également reconnaissables : aucune communication, aucun intérêt pour les autres, aucun contact avec le regard (regard évitant), postures anormales. Les capacités cognitives de l'enfant permettent aussi de repérer une dysphasie, on observe notamment une passivité, aucune attirance pour les jeux, des troubles du comportement, et un développement retardé. Le développement du langage est en conséquence altéré.



Généralement, l'apparition des symptômes a lieu entre 2 et 4 ans, ou à l'âge adulte suite à un traumatisme. Les raisons sont l'héritéité, la défaillance du système nerveux, le manque de confiance en soi, l'attitude de la mère, ou la conséquence d'un choc physique ou émotionnel. Les facteurs aggravants sont psychologiques (peur, gêne), l'appréhension de prononcer certains mots, ou la peur de bégayer en soi. Si l'enfant parle, d'une manière générale, son discours

peut être décalé, il ne répond pas à la question. Il peut aussi présenter une logorrhée (besoin constant de parler), ou une écholalie (répétition des derniers mots prononcés par l'interlocuteur).

Prise en charge



Le diagnostic ne peut être posé qu'après une consultation médicale permettant d'éarter d'autres pathologies (maladies neurologiques notamment), un bilan orthophonique, un bilan psychométrique, et un entretien avec la famille qui fournit des informations précieuses sur le comportement quotidien et exceptionnel du dysphasique. Des examens complémentaires sont indispensables pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un trouble primaire (c'est-à-dire qu'il ne découle pas d'un autre trouble tel qu'une déficience intellectuelle, par exemple).

Si l'enfant présente certains signes pouvant faire supposer une dysphasie, son médecin généraliste l'orientera vers un orthophoniste. Une consultation avant l'âge de 4 ans ne sera pas très concluante, car l'enfant est alors toujours en période d'évolution. Cependant, l'enfant pourra être considéré comme un sujet présentant des risques d'incapacité langagière et/ou des troubles persistants du langage. Les parents seront alors guidés et conseillés par l'orthophoniste afin de favoriser le développement du langage de leur enfant. Après 4 ans, l'orthophoniste effectue un bilan du développement langagier. Il détermine ainsi la nature des difficultés de l'enfant. La rééducation orthophonique est dans tous les cas indispensable, et outre le fait qu'elle doit être précoce, elle doit aussi être intensive (c'est-à-dire au moins trois séances par semaine). Il pourra, de même, conseiller une consultation chez un psychologue ou un ergothérapeute, qui pourront peut-être répondre à d'autres besoins de l'enfant. Si la dysphasie est avérée, il faudra également orienter l'enfant et les parents vers des centres et des éducateurs spécialisés. Il est important de faire en sorte de développer le plus possible les compétences de l'enfant. Cela passe par mettre l'accent sur les activités de groupe

et artistiques (création, expression corporelle, jeux de rôle, etc.), les exercices destinés à faire progresser l'orientation spatiale et les notions de temps (chronologie), la valorisation des réussites et l'encouragement des efforts.

En milieu scolaire, l'enseignant fait en sorte, au maximum, de se placer en face de l'enfant, et de s'adresser directement à lui en essayant d'adapter son langage : il s'agit d'utiliser un discours minimal, mais efficace, par exemple poser des questions simples ne comportant qu'une seule information. Il doit également lui laisser

le temps de comprendre, ce qui suppose de parler plus lentement, de bien articuler et de séparer les mots, de reformuler au besoin, de décomposer les énoncés complexes et les consignes, d'utiliser des gestes, des illustrations, des schémas (notamment pour les notions abstraites ou spatio-temporelles), d'éviter l'humour et les métaphores, de sélectionner des thèmes susceptibles de l'intéresser, de proposer des activités d'apprentissage ludiques.



Dans l'idéal, il faudrait pouvoir mettre en place des codes de couleur ou des repères permettant à l'enfant de mieux comprendre et de développer ses capacités. Tout ce travail doit être fait en collaboration avec l'orthophoniste.

À noter : *cette approche est difficilement réalisable dans une classe où les élèves sont nombreux et avec des programmes scolaires chargés.*

Il est également possible d'avoir recours à des thérapies complémentaires. En effet, plusieurs études ont prouvé que l'apprentissage du langage faisait simultanément appel à plusieurs sens : audition (sons perçus), vision (mouvements des lèvres), toucher (mouvement et contact de la langue et des lèvres). L'apprentissage du langage nécessite donc une synchronisation spatio-temporelle, de manière à faire le lien entre ce que l'on sent (via nos organes des sens) et ce que l'on observe et entend. Ce n'est que lorsque cet ensemble d'informations est cohérent et que le cerveau est capable d'interpréter le langage que l'apprentissage se fait. Ainsi, une thérapie mettant l'accent sur la perception spatio-corporelle aidera grandement les patients dysphasiques, dans la mesure où ceux-ci présentent des troubles de la motricité fine et/ou

une dyspraxie. Les thérapies les plus appropriées sont donc l'ostéopathie et la kinésiologie. L'une comme l'autre sont capables de réaliser un traitement proprioceptif et une reprogrammation posturale, en cas de whiplash injury notamment. Au final, ces approches permettront de restaurer le lien que l'enfant peut faire entre ce qu'il perçoit de son environnement et ses propres perceptions corporelles. Elles sont donc très complémentaires d'une prise en charge orthophonique plus classique.

Le bégaiement

Le bégaiement est un trouble de la parole relativement fréquent, qui se manifeste sous différentes formes, et qui peut être traité par l'orthophonie, à l'aide d'exercices de rééducation spécifiques.

Définition



Le bégaiement est un défaut d'élocution caractérisé par une difficulté à prononcer ou à enchaîner certaines syllabes, sans que les organes de la phonation soient atteints. Le bégaiement empêche donc la parole d'être fluente (vitesse normale de la parole, qui est en principe de l'ordre de 90 mots par minute). Ce défaut d'élocution est un trouble de la communication. En effet, il ne se manifeste en général que lorsque la personne doit parler devant un public. Seul ou se sentant seul, le bégue ne bégaye pas (même chose s'il s'adresse à un bébé ou à un animal). De même,

le bégaiement disparaît si la personne murmure, chante ou imite un accent. Le bégaiement reste encore méconnu des spécialistes, néanmoins quelques généralités ont pu être dégagées.

Les symptômes apparaissent généralement entre 2 et 4 ans, ou à l'âge adulte suite à un traumatisme. Les raisons sont l'hérédité, la défaillance du système nerveux, le manque de confiance en soi, l'attitude de la mère, ou les conséquences d'un choc physique ou émotionnel. On observe également des facteurs

aggravants, notamment psychologiques (peur, gêne), l'appréhension de prononcer certains mots, et la peur de bégayer en soi. Le bégaiement touche 1 % de la population française, soit environ 650 000 personnes (17 % de filles, 36 % de garçons, sachant que ces derniers ont plus de risque de bégayer si la mère présente ce défaut). Statistiquement, 25 % des enfants atteints restent bègues à l'âge adulte.

Typologie

Le bégaiement se manifeste à deux niveaux. Au niveau du langage, on observe une prolongation de sons ou répétition de mots alibis comme : « euh », « c'est-à-dire », « en tout cas », « etc. ». Au niveau du visage, on constate une crispation des muscles du visage, des extrémités ou du corps tout entier, des grimaces, une respiration irrégulière, voire modifiée, et un timbre de voix changeant.

Par ailleurs, on recense quatre types de bégaiement :

- ▶ tonique : impossibilité d'émettre certaines syllabes (la première d'un mot en général), forte tension musculaire des organes phonateurs (cavités buccale et nasale, lèvres et pharynx), expulsion intempestive d'air pour finir le mot commencé (ex. : p-----papa) ;
- ▶ clonique : répétition en chaîne d'une même syllabe ou d'un même son (ex. : p/p/p/p/papa) ;
- ▶ toniclonique : succession de blocages et de répétitions incontrôlables ;
- ▶ par inhalation : la personne s'immobilise physiquement et temporairement, elle ne peut parler normalement qu'après cette « phase ».



Traitement et rééducation

Plusieurs thérapies sont proposées pour rééduquer un enfant ou une personne bégue, mais deux approches dominent : la rééducation orthophonique et l'approche psychologique menée par un psychologue, un psychanalyste ou un psychiatre si le bégaiement est lié à un trouble profond. Certaines

thérapies douces peuvent également être envisagées : la programmation neuro-linguistique (PNL), l'hypnose ericksonienne, le décodage biologique des maladies, l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Ces thérapies se révéleront très efficaces pour les cas de bégaiements consécutifs à un traumatisme physique ou émotionnel.

Les troubles de la parole et de la communication sont pris en charge par les orthophonistes. Ces derniers pourront être traités de diverses façons, nous n'en citons ici que quelques-unes. Lorsque le bégaiement ne fait que commencer (apparaît chez l'enfant entre 5 et 12 ans), la prise en charge est régulière et directe, à raison de 1 h/semaine durant 3 à 10 mois, puis de rencontres périodiques en phase de maintien.

L'objectif est double : modifier le bégaiement et façonner la fluidité. Pour ce faire, l'orthophoniste cherche à modifier les patrons moteurs inadéquats (la production d'un mot exige que les syllabes du mot soient mises en correspondance avec les patrons moteurs de la langue, de la bouche et de l'appareil vocal) en identifiant les moments de bégaiement, en les modifiant, en transférant les acquis aux situations quotidiennes, et en maintenant les gains à long terme.



Parallèlement, le professionnel aide à consolider des attitudes communicatives positives chez l'enfant et son entourage en favorisant la guidance parentale. Les parents sont les premiers partenaires, ils ont également besoin d'être conseillés afin de ne pas aggraver sans le savoir le bégaiement de l'enfant.

En revanche, lorsque le bégaiement est installé (l'enfant a environ 6 ans), l'orthophoniste met en place des séances de rééducation, de relaxation, de contrôle de la respiration et de la fluence. Il fournit aussi de nombreux conseils aux parents.

Les thérapies comportementales et cognitives sont également utilisées pour la rééducation du bègue. Ces psychothérapies d'orientation scientifique récentes datent des années 1970.

Thérapies de rééducation des bégues

Thérapie	Objectifs et méthode	Principaux concepts
Thérapie comportementale	Modifier le comportement inadapté de l'individu plutôt que la cause ; le patient apprend à modifier des modes de pensées et d'actions générant un mal-être et des souffrances psychologiques	Les comportements inadaptés ou non sont principalement acquis par l'apprentissage ; pour les modifier, le thérapeute s'appuie sur les principes de la psychologie scientifique, en particulier ceux de l'apprentissage, le jeu de rôle qui offre une observation directe et reste pratique, des buts spécifiques clairement définis, objectivables et mesurables, ainsi que « l'ici et maintenant »
Thérapie cognitive	Thérapie centrée sur la connaissance et la maîtrise des processus cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Nos difficultés sont dues à notre style de pensée ; le modifier aura donc des effets bénéfiques sur nos cognitions, donc sur nos comportements et émotions qui en dépendent • Trouver les pensées dont on n'a que peu ou pas conscience afin de comprendre comment elles déclenchent et maintiennent les émotions et les comportements dont on souffre

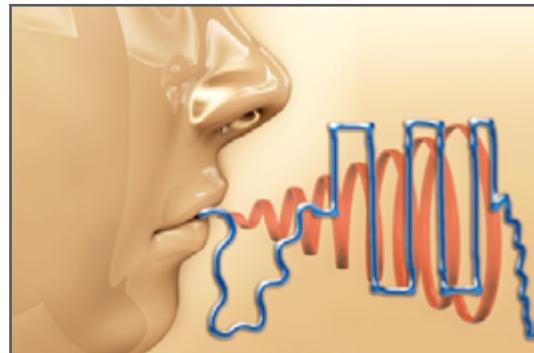
La dysarthrie

La dysarthrie est la difficulté à parler et à émettre des sons, liée à une lésion du système nerveux. Ce trouble de la parole est traité en orthophonie, qui élabore une rééducation adaptée.

Définition

La dysarthrie est un trouble de l'articulation et du rythme du langage souvent associé à une altération de la voix qui touche surtout les adultes. C'est un trouble non aphasique de la parole. Le patient éprouve des difficultés à émettre des sons et à parler suite à des lésions du système nerveux. Ces

difficultés ne sont donc pas dues à une paralysie ni à des lésions des organes de la phonation (le larynx, les cordes vocales, la voûte du palais, la langue, les lèvres ou les dents). La dysarthrie peut apparaître soudainement ou bien se développer lentement. Les symptômes se remarquent donc surtout au niveau de la parole : mauvaise articulation, rythme irrégulier, trop lent ou trop rapide, marmonnée, ou chuchotée. Quant à la voix, elle est nasillarde (impression de « nez bouché »), rauque, tendue, soufflée.



À noter : ayant des difficultés à déplacer ses lèvres, sa langue ou sa mâchoire, le dysarthrique peut aussi présenter des problèmes de mastication ou de déglutition.

Typologie

En fonction de la lésion qui altère le langage, plusieurs formes de dysarthrie ont été établies. Le tableau ci-dessous détaille les formes les plus courantes de cette pathologie.

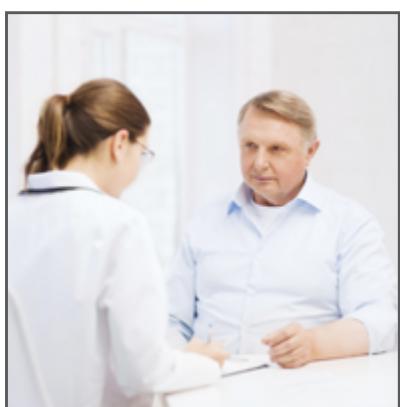
Nom	Caractéristiques	Voix/parole/discours
Dysarthrie flasque ou paralytique	<ul style="list-style-type: none"> Hypotonie (diminution de la tension musculaire) Faiblesse des muscles : respiratoires, élévateurs du palais, constricteurs du pharynx, de la face et de la langue 	Voix parfois essoufflée et nasale
Dysarthrie spastique	Augmentation du tonus musculaire (par atteinte bilatérale du premier motoneurone central)	Voix rauque, râpeuse, étranglée et faible, tonalité cassée, discours accéléré, émission de phrases courtes, parole laborieuse, distorsions faciales
Dysarthrie corticale (syndrome de Foix-Chavany-Marie)	Perte soudaine de la parole et paralysie bilatérale des muscles	Articulation impossible, mais compréhension normale

Nom	Caractéristiques	Voix/parole/discours
Dysarthrie lacunaire (syndrome dysarthrie-main maladroite de Miller-Fischer)	Association d'une dysarthrie, dysphagie, parésie faciale, et maladresse de la main	Troubles de la phonation et de la déglutition, et main malhabile
Dysarthrie hypokinétique	L'hypokinésie affecte les muscles respiratoires (altération de la sonorité vocale), les muscles laryngés (hypophonie et réduction des variations tonales et d'intensité), les muscles palatopharyngés et buccaux (ralentissement du débit et imprécision articulatoire)	<ul style="list-style-type: none"> • Voix, lente et monotone, qui devient sourde et perd son volume et ses inflexions (en cas de maladie de Wilson, elle s'étouffe en fin de phrase) • Élocution inintelligible et marquée par des répétitions • Parfois, élocution impossible au cours de la marche, mais qui s'améliore lorsque le patient s'assied ou se couche
Dysarthrie hyperkinétique rapide	Atteinte du système extrapyramidal, dysfonctionnement des noyaux gris centraux ; cette dysarthrie se caractérise par des mouvements rapides et involontaires	Élocution rapide, voix forcée, rauque, irrégulière, mal coordonnée par rapport à la respiration
Dysarthrie hyperkinétique lente (ou hypokinétique)	Atteinte du système extrapyramidal entraînant une akinésie (impossibilité ou difficulté à exécuter des mouvements volontaires avec ralentissement à leur initiation)	La voix est étranglée et stridente ; l'élocution est sourde, lente, laborieuse
Dysarthrie ataxique	Lésion du cervelet et des voies cérébelleuses qui affecte la coordination et le contrôle des muscles de la phonation ; elle se rencontre en cas de sclérose en plaques notamment	Élocution lente et irrégulière (bredouillement, séparation anormale des mots), ton impossible à maintenir à une même hauteur et à une même intensité (voix bitonale), impression que la personne est en colère (en raison du ton de la voix), chuchotement impossible

Nom	Caractéristiques	Voix/parole/discours
Dysarthrie parkinsonienne	Rencontrée au cours de la maladie de Parkinson, elle se caractérise par une perte d'intensité de la voix et une perte des modulations	Réduction de l'intelligibilité globale de la parole, voix basse malgré des efforts importants, timbre monotone, accents intonatifs inexistant, débit variable (accélérations subites, silences inappropriés, répétitions de syllabes liées à la difficulté d'initier le langage)

À noter : ce tableau n'est pas exhaustif.

TraITEMENT ET RÉÉDUCATION



Pour ce trouble, le diagnostic se fait par élimination. On envisage d'abord la dysphonie, qui est une perturbation de l'émission des sons non articulés aussi bien que de la parole, et qui affecte la qualité de la voix et non la capacité à parler, contrairement à la dysarthrie. Puis, l'anarthrie pure de Pierre Marie, un trouble articulatoire pouvant entraîner une suspension totale du langage. Autre critère de diagnostic : la dysarthrie est permanente et uniforme, le patient est conscient du caractère anormal de sa production.

Seule une évaluation complète permet de mettre en place la prise en charge.

L'évaluation physiologique et le bilan orthophonique de la dysarthrie permettent de déterminer les composantes touchées par ce trouble, la nature et la sévérité des dysfonctionnements. À partir de ces éléments, l'orthophoniste élabore un projet de rééducation pour lequel il utilise un matériel et des exercices spécifiques. Un certain nombre d'exercices orthophoniques permettent de traiter la dysarthrie. En voici quelques-uns :

- ▶ Diadococinésies (exécution rapide et volontaire de mouvements opposés) : ouvrir/fermer la bouche, avancer/reculer les lèvres, tirer/rentrer la langue, déplacer l'extrémité de la langue aux commissures des lèvres, faire le tour des lèvres, mobilité linguale (essentiellement le bout [apex] et la base de la langue).

- ▶ Mobilité linguale (essentiellement le bout [apex] et la base de la langue) : tirer la langue, rentrer la langue, la mettre à droite et à gauche, passer la langue sur les dents.

Afin de bien évaluer les difficultés de propulsion, la mobilité du larynx, la sensibilité et les moyens de compensation mis en œuvre par le patient, cet examen est pratiqué de trois manières : sans rien dans la bouche, avec des éléments pâteux dans la bouche (yaourt, par exemple), et avec des éléments liquides dans la bouche.

La rééducation orthophonique vise ensuite à compenser et à apprendre à utiliser au mieux le potentiel restant, à agir volontairement (faire volontairement ce qui était fait inconsciemment), et à s'auto-contrôler (maîtriser) et critiquer sa propre performance.

Elle se met en place en fonction des résultats de l'évaluation et du bilan, et seulement lorsque les médecins ont pu distinguer les atteintes neurologiques des ajustements compensatoires.

La rééducation comprend des séances de 1 h, deux à quatre fois/semaine pendant pendant un mois afin d'acquérir les automatismes respiratoires et les techniques de déglutition ; puis, une à deux fois par semaine. Éventuellement, ces séances sont complétées par des activités d'entretien à domicile, en suivant les conseils et exercices proposés par l'orthophoniste.



Attention : *l'orthophoniste doit fixer des buts faciles à atteindre afin que le patient puisse s'apercevoir de ses progrès. La motivation de ce dernier est donc essentielle.*

La dysphonie

La dysphonie fait partie des troubles de la parole que traite l'orthophonie. Cette altération de la voix nécessite une rééducation pour les cas les plus sévères, après un certain nombre d'examens pour en vérifier l'origine.

Définition

Dans ce trouble de la parole, la voix est modifiée en intensité et/ou en hauteur, de même que, potentiellement, son timbre. Par exemple, une voix éraillée ou un enrouement font partie des dysphonies. Cette atteinte de la parole affecte le plus souvent des personnes qui se servent régulièrement de leur voix dans le cadre de leur activité professionnelle (enseignants, par exemple) ou chez les enfants qui crient beaucoup. Dans ce cas, on constate souvent l'apparition de nodules. Il existe également une dysphonie dite spastique, au cours de laquelle le patient ne parvient plus à contrôler sa voix, qui devient alors saccadée (les personnes d'environ 45 ans sont les plus concernées).



Les origines de la dysphonie sont nombreuses et plus ou moins bénignes. Elle peut d'abord être psychosomatique ou psychique (souvent chez des femmes) ; dans ce cas, on observe une aphonie totale d'apparition brutale et d'évolution variable. Elle peut ensuite être musculaire (problème lui aussi supposément déclenché par un stress) avec des troubles de la déglutition et affectant le larynx, le pharynx, les cordes vocales ; ou encore membraneuse (anomalie vibratoire la muqueuse qui recouvre les cordes vocales) ou fonctionnelle (par sollicitation excessive de la voix), chez des personnes qui ont forcé ponctuellement sur leur voix ou qui la surmènent de façon chronique. On recense aussi des origines neurologiques (lésion crânienne ou cervicale), lésionnelles par atteinte d'une corde vocale (nodules chez les personnes forçant leur voix, polypes lorsque la voix forcée s'associe à une consommation de tabac – lésions plus suspectes que les nodules), voire articulaires, mais rarement, par blocage de l'articulation cricoaryténoidienne (en cas dépolyarthrite rhumatoïde par exemple).

La dysphonie peut également être la conséquence d'une inflammation : laryngite aiguë ou chronique, rhinopharyngite, etc., papillomatose (lésions des cordes vocales et parfois de la trachée dues au papillomavirus) avec des récidives fréquentes, granulome (inflammation des cordes vocales suite à une intubation ou un reflux gastro-œsophagien). Elle peut aussi faire suite à un

cancer : carcinome de l'œsophage ou de la trachée par exemple (surtout chez les fumeurs), cancer sur le trajet du nerf pneumogastrique (Xe paire de nerfs crâniens) ou du nerf laryngé inférieur qui contrôle les muscles qui composent les cordes vocales. Enfin, elle peut être congénitale (kyste de la corde vocale), endocrinienne (en raison d'une hypothyroïdie par exemple), ou chirurgicale, par atteinte du nerf laryngé inférieur, suite à une opération de la glande thyroïde, de la carotide, du poumon, des cervicales, etc.

Examens complémentaires

Parfois, des examens complémentaires sont nécessaires pour préciser l'origine de la dysphonie. Ce type d'exploration est notamment pratiqué par un phoniatre, si le trouble dure plus d'une semaine. Ainsi, en cas de dysphonie, l'orthophoniste peut n'intervenir que dans un second temps après qu'ait été réalisée :

- ▶ une exploration du larynx et/ou des cordes vocales par laryngoscopie indirecte ou fibroscopie, et un examen fonctionnel, notamment en cas de suspicion de lésions de faible importance, par stroboscopie (pour évaluer la vibration des cordes vocales) et par bilan phoniatrique (enregistrement et étude de la voix) ;
- ▶ une étude des nerfs crâniens (au niveau de la base du crâne et du tronc cérébral) par IRM ou scanner, et une étude des cordes vocales par électromyographie (en cas d'incertitude entre une paralysie laryngée ou un blocage mécanique des cordes vocales) ;
- ▶ une laryngoscopie directe en cas de suspicion de cancer du larynx (notamment chez un homme d'âge mûr et alcoolo-tabagique) ; éventuellement une échographie de la glande thyroïde.



Dans les cas les plus bénins, par exemple lors d'une dysphonie due à une laryngite aiguë, de simples règles d'hygiène de vie sont à respecter : repos de la voix, arrêt du tabac, traitement anti-inflammatoire général et local, traitement

antibiotique en cas d'inflammation d'origine bactérienne. Pour ce qui est des laryngites chroniques, la dysphonie fait une apparition progressive, la voix devenant peu à peu grave et rauque.

TraITEMENT ET RÉÉDUCATION

Une fois écartées les origines les plus graves de la dysphonie, un orthophoniste peut être consulté ; l'orthophonie est en effet le seul traitement d'une dysphonie fonctionnelle. En revanche, les dysphonies d'origine psychosomatique peuvent également être traitées par des approches complémentaires, telles que l'hypnose, la programmation neurolinguistique (PNL), etc. Suite au bilan orthophonique, la rééducation, qui peut intervenir dès l'âge de 5 ans, a pour objectifs de faire disparaître les lésions, notamment les nodules des cordes vocales et de corriger les paralysies, d'améliorer la voix, de diminuer les « fausses routes » (mauvais trajet des aliments qui passent par les voies aériennes et non pas seulement dans l'œsophage) éventuelles en améliorant la déglutition, et de rendre la toux plus efficace.

Bon à savoir : ce n'est que lorsque l'approche orthophonique classique ne permet pas de corriger des nodules à l'origine d'une dysphonie qu'une microchirurgie peut être envisagée (les nodules retirés seront également analysés pour s'assurer qu'ils ne sont pas cancéreux).



Pour atteindre ces objectifs, l'orthophoniste oriente son traitement selon quatre axes principaux : la relaxation du corps, et plus spécifiquement des muscles participant à la phonation (pharynx, larynx), en association avec la mise en place d'une bonne position du rachis cervical et de la tête, l'adoption d'une bonne respiration (bien coordonner souffle et émission de son), l'émission douce de sons en exerçant un travail de résonance destiné à rendre la phonation efficace et indolore, et le maintien de la voix à une hauteur adaptée (en travaillant l'articulation et la résonance). L'orthophoniste propose des exercices à la fois parlés et chantés. Il s'agit de faire prendre conscience notamment de sa voix et de sa respiration au patient. À terme, la finalité est de permettre aux patients de connaître leurs capacités et de savoir aussi bien se préserver que

s'entraîner pour les améliorer. Par ailleurs, le thérapeute pointe du doigt les attitudes inappropriées afin de les améliorer ; par exemple, il corrigera un professeur qui parle trop vite sans prendre le temps de respirer correctement, ou fera prendre conscience de son comportement à une mère qui appelle ses enfants à l'autre bout de la maison.

L'anarthrie

Parmi les troubles du langage, l'anarthrie se traduit par une difficulté ou une incapacité à articuler.

Définition

L'orthophonie est en mesure de traiter cette pathologie due à une lésion cérébrale par la rééducation.

L'anarthrie (ou anarthrie pure de Pierre Marie), consécutive à une lésion cérébrale, est une difficulté voire une incapacité à articuler les sons, alors même que les organes de la phonation ne présentent aucune lésion.



En parallèle, la compréhension de l'oral et de l'écrit reste normale. Par exemple, le patient peut sans difficulté indiquer avec ses doigts le nombre de syllabes que contiennent les mots qu'il ne parvient pas à prononcer. On peut observer ce type de troubles dans l'aphasie de Broca, dans laquelle les troubles de l'expression sont les plus marqués et la fluence verbale réduite.

L'anarthrie est consécutive à une lésion de l'hémisphère cérébral dominant (le droit chez les gauchers, le gauche chez les droitiers). Cette lésion peut avoir des origines diverses : traumatiques, infectieuses, vasculaires (AVC), démence dégénérative, cancéreuse.

À noter : on associe parfois l'anarthrie au syndrome de désintégration phonétique, bien que l'anarthrie soit plus grave que celui-ci.

Symptômes

En cas d'anarthrie, le patient est dans l'incapacité d'articuler lorsqu'il parle, notamment lorsqu'il lit à voix haute, lorsqu'il dialogue, ou lorsqu'il répète une phrase.

En effet, dès que le malade doit faire preuve d'une expression volontaire, les troubles s'accentuent (ils n'apparaissent donc pas en cas de langage automatique tel qu'une prière, la récitation de l'alphabet, etc.).

Par ailleurs, la voix des patients qui présentent une anarthrie est caractéristique d'un volume réduit, monocorde. Ces troubles de la phonation sont très inconstants. Les difficultés sont augmentées en début de journée, avec la fatigue, en cas de stress, en cas de colère, etc. Parmi les symptômes annexes, on observe une hémiplégie (paralysie d'une moitié du corps) passagère, une paralysie faciale, et une apraxie (difficultés à mobiliser sa bouche, sa langue et son visage pour réaliser des actions telles que siffler, gonfler ses joues, souffler, etc.).



TraITEMENT ET RÉÉDUCATION

Dans le cadre de l'anarthrie, la rééducation orthophonique consiste dans un premier temps à utiliser les conditionnements du langage, seule forme d'expression dont dispose encore le patient.

En effet, dans la mesure où les automatismes langagiers sont possibles, l'orthophoniste fait en sorte de les faire émerger ; par exemple, en faisant exprès d'éternuer pour susciter le « à vos souhaits », en favorisant l'expression de formules de politesse, en demandant au patient d'énumérer les jours de la semaine, en lui faisant compléter des proverbes, etc.

En sortant progressivement de son inhibition, le patient parvient peu à peu à avoir une production verbale plus importante. Le principe de rééducation est donc le même que dans l'aphasie de Broca.

À noter : *le traitement doit débuter le plus tôt possible pour être efficace.*

La dyslalie

La dyslalie touche les enfants qui accusent un retard ou un dysfonctionnement articulaire, entraînant la persistance du langage « bébé ».

Définition



En principe, un enfant apprend à parler progressivement. Les premiers mots font leur apparition à partir de 1 an, et le langage s'affine peu à peu pour que la prononciation, initialement approximative, devienne correcte (on parle de dyslalie physiologique).

Toutefois, il arrive que cette évolution soit perturbée et que les mots ne soient toujours pas correctement prononcés même après l'âge de 4 ans. Ce trouble de la parole est une dyslalie pathologique.

Malgré son âge, l'enfant continue à mal articuler ses mots et son langage reste immature. Il éprouve des difficultés à prononcer certains sons : les [ʒ] (son « j ») deviennent des [z], [ʃ] (son « ch ») donne [s] (la langue avance trop dans la bouche), les [ã] (« an ») ou [ɛ] (« un »), par exemple, sont compliqués. Il éprouve également des difficultés à enchaîner des phonèmes (une succession de consonnes, par exemple). En revanche, la syntaxe reste correcte.

En conservant un langage « bébé », l'enfant connaît des problèmes de communication qui rendent le développement de son propre langage compliqué.

Dans certains cas particulièrement sévères, ce handicap affecte différents apprentissages et influe sur les résultats scolaires.

Bon à savoir : le bégaiement est parfois considéré comme étant une forme de dyslalie.



Origines

Les dyslalias peuvent avoir des origines diverses, parmi lesquelles on retrouve :

- ▶ les problèmes auditifs : ne pouvant pas bien entendre les sons, l'enfant a des difficultés à parler correctement ;
- ▶ les défauts anatomiques : certains problèmes tels que la fente labio-palatine (bec-de-lièvre), des problèmes d'occlusion dentaire ou un palais trop bas peuvent être à l'origine de dyslalias ;
- ▶ certaines pathologies comme la trisomie 21 (la langue prend trop de place dans la bouche) ou l'infirmité motrice cérébrale (IMC) dans laquelle la faiblesse musculaire de la langue tend à la laisser partir vers l'avant ;
- ▶ les troubles cognitifs : généralement, la dysalie n'est qu'un symptôme parmi d'autres chez les enfants qui souffrent d'un retard mental ;
- ▶ les troubles émotionnels : dans certains cas, les manques d'affection, de communication et de relations sociales peuvent générer une dysalie ;
- ▶ les suites d'intervention chirurgicale visant à corriger une fente palatine.



Traitement et rééducation

Le traitement de la dysalie est réalisé par un orthophoniste : la rééducation doit débuter le plus tôt possible afin d'éviter que les mauvais réflexes s'installent. Par ailleurs, il est essentiel de corriger une dysalie avant que ne débute l'apprentissage de la lecture. La rééducation consiste notamment à faire parler l'enfant plus lentement en se concentrant sur les sons qu'il prononce. Bien qu'en général il soit possible d'obtenir les bons sons en quelques séances, l'orthophoniste doit s'assurer que le patient s'accoutume à sa nouvelle façon de parler et ne retombe pas dans ses travers. Ceci est particulièrement important dans le cadre du [ʃ] (son « ch »). Pour aider dans un premier temps l'orthophoniste, et, dans un deuxième temps, le patient lui-même, il est possible d'utiliser un petit ustensile très pratique qui permet de placer la langue dans la position voulue sans grandes difficultés. Grâce à lui, le patient peut continuer à s'entraîner à domicile.

III.

Les troubles du langage écrit et scolaire



Les troubles du langage se manifestent tous sous la forme d'un retard dans l'acquisition du langage, quels que soient leurs types et caractéristiques. On parle de retard de l'acquisition du langage lorsqu'il existe un décalage dans la chronologie normale de l'apprentissage chez l'enfant. En France, on estime que 4 à 8 % des enfants sont concernés (soit un enfant par classe environ). Habituellement, un enfant prononce son premier mot entre 10 et 18 mois, contre

24 mois en cas de trouble du langage. Il assemble ensuite deux mots entre 12 et 15 mois, tandis que cela survient aux alentours de 36 mois en cas de trouble. De même, l'utilisation de pronoms (le « je », notamment), qui apparaît aux alentours de 3 ans, a une année de retard chez les enfants souffrant de troubles du langage. Enfin, l'acquisition d'adjectifs et de mots de liaison se fera à environ 5 ans en cas de troubles, contre 4 ans en temps normal.

Par ailleurs, l'enfant présentant des troubles d'apprentissage a un vocabulaire assez pauvre et n'utilise pas de phrases complexes. De même, il ne respecte pas l'ordre des mots et n'emploie pas le « je » (il dit « il » à la place).

Néanmoins, on considère que la compréhension est meilleure que l'expression, même si cela n'est pas toujours vrai. Les troubles du langage ou de l'apprentissage sont également appelés les troubles « dys ». En effet, excepté l'illettrisme, les troubles de l'apprentissage sont la dyslexie, la dysgraphie, la dysorthographie et la dyscalculie.

À noter : *les dyspraxies et dysphagies sont abordées dans les troubles du mouvement.*

Le diagnostic de troubles du langage se fait d'abord à partir des retards observés. En parallèle, les pédiatres et les médecins peuvent proposer des tests spécifiques aux enfants dès l'âge de 3 ans. S'ils suspectent des troubles, ils adresseront l'enfant à un orthophoniste afin qu'il établisse un bilan.



Les retards du langage simples évoluent généralement favorablement. Il est d'ailleurs très important de le rappeler aux enfants. Non seulement cela leur donne espoir, mais aussi confiance, ce qui est essentiel. Les parents sont également partie prenante dans la rééducation et ils doivent pouvoir motiver l'enfant.

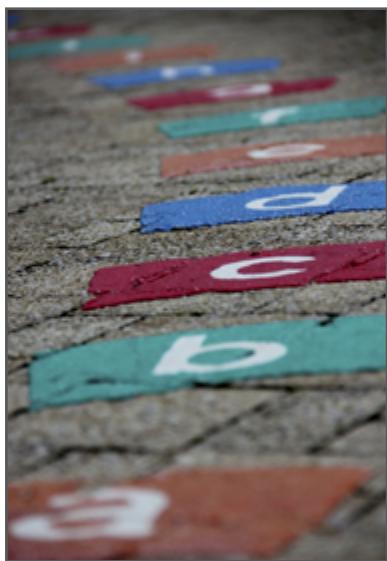
Avec une rééducation précoce et bien menée, le retard de langage est souvent comblé avant l'âge de 6 ans et l'entrée au CP. Dans les cas les plus sévères (1 %), les difficultés compliquent l'insertion scolaire, ce qui peut avoir un impact sur le reste du développement. Dans ces cas-là, il faut faire appel à des structures spécialisées.

Dans le cas où le diagnostic est plus tardif, il existe tout de même des solutions et la rééducation reste efficace à l'adolescence.

L'illettrisme

2,5 millions de personnes en France présentent des difficultés à lire et à écrire bien qu'ils aient été scolarisés. Si l'orthophonie n'est pas la discipline la plus préconisée pour ce type de troubles, elle peut néanmoins participer au traitement.

Définition



Définir avec précision l'illettrisme n'est pas simple, tant les cas sont nombreux et variés (certains illettrés ne parviennent pas à déchiffrer les mots, mais d'autres parviennent à lire un texte court, par exemple). Il convient d'abord de distinguer l'analphabétisme et l'illettrisme. Alors que l'analphabète ne sait ni lire ni écrire par manque d'éducation scolaire, l'illettré a suivi une formation scolaire en France (ou en français). Pour autant, il ne sait pas correctement écrire et/ou lire (alors qu'il comprend un texte qui lui est lu), et/ou compter (on parle parfois d'innumérisme).

Si on se réfère au Groupe Permanent de Lutte contre l'Illettrisme (GPLI), la définition générale de l'illettrisme est la suivante : « On considère comme relevant de situation d'illettrisme des personnes de plus de 16 ans, ayant été scolarisés et ne maîtrisant pas suffisamment l'écrit pour faire face aux exigences minimales requises dans leur vie professionnelle, sociale et culturelle. Ces personnes [...] sont sorties du système scolaire en ayant peu ou mal acquis les savoirs premiers pour des raisons sociales, culturelles et personnelles et n'ont pu user de ces savoirs et/ou n'ont jamais acquis le goût de cet usage. Il s'agit d'hommes et de femmes pour lesquels le rapport à l'écrit n'est ni immédiat, ni spontané, ni facile, et qui évitent ou appréhendent ce moyen de communication. »

Dans les faits, on constate qu'une personne illettrée sur deux présente des troubles spécifiques, tels qu'une dyslexie ou une dysphasie. Par ailleurs, généralement, le QI est assez faible.

En 2011, en se basant sur la définition du GPLI, on recensait 2,5 millions de personnes touchées par l'illettrisme rien qu'en Métropole (et 860 millions dans le monde). Cela correspond à 7 % des hommes et des femmes entre 18 et 65 ans et qui ont été scolarisées en France. Ces chiffres restent valables en 2015. En termes d'âge, l'illettrisme touche 9 % des 18-25 ans (4 % de la population de cet âge), 15 % des 26-35 ans (5,5 %), 46 % des 36-55 ans (15,5 %), et 30 % des 56-65 ans (14 %) ; en définitive, 53 % de personnes âgées de plus de 45 ans. En termes de lieu de résidence, on constate que l'illettrisme touche 10 % de personnes habitant dans des « zones urbaines sensibles » (et 10 % en région parisienne), 48,5 % de personnes vivant dans des zones rurales ou dans des villes de moins de 20 000 habitants, et 40 % des détenus français. En termes d'emploi, parmi les personnes illettrées, 51 % exercent une activité professionnelle, 10 % sont sans emploi (20 % sont des bénéficiaires du RSA), 17,5 % sont à la retraite, 13,54 % sont en formation ou inactifs et 8 % restent au foyer. En termes de sexe : 60,5 % d'hommes sont touchés par ce trouble, contre 39,5 % chez les femmes. Enfin, en termes de langue, on constate que cela concerne dans 71 % des cas des personnes qui, chez elles, parlaient uniquement le français lorsqu'elles étaient enfants.

La lutte contre l'illettrisme est une cause nationale. Il s'agit de le prévenir dès la petite enfance en familiarisant les enfants avec les mots et les livres.

Elle a aussi pour mission, tout au long du parcours scolaire, de prévenir l'échec scolaire et l'illettrisme « en apportant des réponses adaptées aux facteurs de vulnérabilité, afin d'assurer une forme d'irréversibilité des acquis de base », indique (fin 2013) le rapport « Prévention et lutte contre l'illettrisme » du Conseil national de la formation professionnelle tout au long de la vie.



Pour cela, il est nécessaire de connaître les facteurs de risque et repérer les difficultés le plus tôt possible, d'apporter le soutien aux enfants et aux familles pour faire face aux problèmes rencontrés, et de relancer une dynamique d'apprentissage favorable dans les domaines de la lecture et de l'écriture. Parmi



les solutions mises en place, on recense des formations à la lecture, à l'écriture et au calcul pour ceux qui ont décroché du système scolaire (de façon à permettre leur insertion professionnelle). On procède de même chez les personnes déjà salariées ou demandeuses d'emploi qui sont confrontées à ce problème. Ainsi, même si une action collective nationale doit être menée par l'État, les collectivités territoriales, les partenaires sociaux, les entreprises et la société civile, c'est en matière de formation des élèves dans le système scolaire par l'Éducation nationale qu'il faut progresser.

Origines

L'illettrisme n'arrive pas par hasard. Il résulte d'une combinaison de facteurs impliqués à des degrés divers en fonction des individus : des troubles cognitifs congénitaux ou traumatiques, des dysfonctionnements cognitifs affectant plus spécifiquement l'intelligence, la perception, l'attention, la mémoire immédiate, la conscience phonique, des problèmes de santé, des troubles affectifs entre l'individu et son environnement familial (presque systématiquement), des déficiences du milieu familial et culturel (« handicap socioculturel »), des difficultés sociales (là encore presque systématiquement), parfois, la pratique d'une langue étrangère au sein du foyer, et l'organisation de la société et du système scolaire (qui tend à exclure les élèves en échec). Les professionnels constatent qu'au fur et à mesure de l'avancée d'un stage visant à lutter contre l'illettrisme, la santé physique des participants s'améliore, de même que leur hygiène et leur apparence.

Classification

Une classification existe pour distinguer les différents niveaux d'illettrisme :

- ▶ N1 : les personnes qui ne savent pas lire.
- ▶ N2 : les personnes qui savent lire, mais sont incapables de productions écrites compréhensibles.
- ▶ N3 : les personnes qui savent lire et écrire, mais avec un très grand nombre d'erreurs.

Cependant, au sein même de cette classification, il existe de multiples sous-catégories selon que les personnes sont capables ou non de se repérer dans le temps et l'espace (avec la possibilité de se déplacer seules), de faire leurs commissions, de calculer des quantités, de lire une notice pour prendre un médicament de façon adaptée ou utiliser un appareil quel qu'il soit, de lire une consigne de travail ou de sécurité, de retirer de l'argent à un distributeur de billets, de lire ne serait-ce qu'un schéma, de lire un planning horaire, de venir en aide à leurs enfants scolarisés, etc.

Rôle des orthophonistes

Les orthophonistes peuvent intervenir pour aider les illettrés, même si ce n'est pas habituel. Les professionnels libéraux reçoivent assez peu de patients pour illettrisme. Le petit nombre qui vient consulter a été en général orienté par les formateurs qui leur dispensent des formations spécifiques (associations, Greta, etc.). La formation en



orthophonie n'aborde pas la problématique de l'illettrisme. En revanche, les orthophonistes peuvent tout à fait utiliser les compétences acquises au cours de leur formation initiale. Certains décident de s'investir spécifiquement dans ce domaine et deviennent des experts. Reste que l'expertise des orthophonistes dans la lutte contre l'illettrisme n'est pas reconnue légalement parlant.

Les orthophonistes ont tout de même leur place dans la lutte contre l'illettrisme. Ils interviennent :

- ▶ lors du bilan orthophonique en détectant rapidement les problèmes et les handicaps des patients grâce à leurs compétences spécifiques dans ce domaine et à leurs outils d'évaluation (le D.M.I. : Difficultés et Moyens dans le cadre de la lutte contre l'illettrisme) ;
- ▶ en mettant aussitôt en place un projet de prise en charge par la rééducation permettant d'obtenir des résultats à court terme ;

- ▶ dans le cadre des stages de formation pour adultes illettrés en participant en amont à l'élaboration des programmes de formation ;
- ▶ dans des ateliers en formant les formateurs eux-mêmes (formation continue) ;
- ▶ dans la recherche dans le domaine spécifique de l'illettrisme.

La revalorisation des personnes illettrées est également indispensable. Ces dernières souffrent d'auto-dévalorisation, voire de honte. Leur sentiment d'exclusion est très marqué et trop peu pris en compte.

Certains professionnels de santé sont experts dans l'illettrisme. Ils présentent un intérêt particulier pour les personnes présentant des difficultés sociales et culturelles, qui sont quasi-systématiques.

Quant au matériel employé, pour les adultes, il s'agit de documents de la vie de tous les jours : factures, emballages alimentaires, magazines, etc.

Quoique le travail soit généralement long et semé d'embûches, quand les patients sont volontaires, les progrès peuvent parfois être spectaculaires.

La dyslexie

La dyslexie se manifeste en général au moment de l'apprentissage de la lecture, l'enfant manifestant des difficultés à apprendre à lire et à apprêter l'orthographe. Une rééducation orthophonique peut aider à rétablir ce trouble du langage, selon des méthodes différenciées en fonction du type de dyslexie diagnostiquée, avec la collaboration des enseignants et des parents.

Définition

La dyslexie est une difficulté d'apprentissage de l'orthographe et de la lecture. Ce trouble concerne entre 8 et 10 % des enfants et, en grande majorité, des garçons (trois fois plus que les filles). La dyslexie n'a pas d'origine psychiatrique et n'est pas causée par une déficience intellectuelle. Elle pourrait être d'origine génétique ou être due à une pathologie affectant le développement cérébral au cours de la grossesse.

La classification de Boder, la plus connue en matière de dyslexie, répertorie trois types de dyslexies.

Nom	%	En théorie	Difficultés	Conséquences
Dyslexie dysphonétique (ou dyslexie phonologique, phonétique, linguistique)	60 %	<ul style="list-style-type: none"> Trouble phonologique Difficultés à associer un son à des lettres, entraînant des problèmes pour accéder au stade alphabétique La voie d'adressage (lecture automatique de mots familiers) aide à compenser un lexique assez pauvre (capacité à mémoriser de nombreux mots) 	<ul style="list-style-type: none"> À identifier les lettres, les syllabes et/ou les mots À décomposer un mot en lettres À lire des mots nouveaux ou peu communs À épeler des mots inconnus À s'exprimer oralement À apprendre les tables de multiplication 	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant devine la plupart des mots : il peut lire, mais en reconnaissant les mots qu'il a précédemment photographiés Le même mot peut être épelé de différentes façons dans un même texte Il change des mots lors de la lecture
Dyslexie dyséidétique (ou dyslexie de surface ou lexicale)	10 à 30 % des dyslexiques (n'apparaît pas seule, s'accompagne d'une dyslexie phonologique ou visuo-attentionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> Trouble visio-attentionnel Difficulté de mise en place de la stratégie orthographique Seule la voie d'assemblage (utilisation de la lecture globale) est utilisée 	<ul style="list-style-type: none"> À reconnaître les mots visuellement (l'enfant ne voit qu'une suite de lettres), car il les décompose dès le début de l'apprentissage À voir le mot écrit dans sa tête À lire les mots « irréguliers » (ex. : sept, chorale...) À épeler les mots « irréguliers » (ex. : éléphant/éléfan) À apprendre les tables de multiplication 	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant a une très bonne expression, mais il lit de façon lente, laborieuse et saccadée Son orthographe est phonétique (éléfan, farmassi...) Il confond les mots qui se ressemblent graphiquement (ex. : lame/larme) Il épelle difficilement certains mots « compliqués » (ex. : spectacle/obstacle) Il a des difficultés à apprendre une langue étrangère
Dyslexie mixte	20 à 30 %	Combine un déficit dans les deux procédures avec une utilisation prédominante de l'assemblage	<ul style="list-style-type: none"> À traiter des sons À mémoriser des mots entiers 	La lecture est lente et la compréhension est difficile

Par ailleurs, il existe d'autres formes de dyslexies avérées non répertoriées par Boder. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Nom	En théorie	Difficultés	Conséquences
Dyslexie motrice ou dyslexie du mouvement (dysnemkinésie)	Difficultés à mémoriser les mouvements permettant d'écrire	<ul style="list-style-type: none"> • À distinguer les lettres à l'écrit seulement (ex. : « B », « D », « P », la personne ne se rend pas compte si la lettre est écrite dans le bon sens) • À lire l'heure (horloge ou montre avec des aiguilles) • À différencier la gauche de la droite, l'est de l'ouest, le bas du haut • À écrire (trouver la séquence permettant de tracer les bonnes lettres ou les bons chiffres) • À s'organiser et à énoncer clairement ses idées en parlant • À apprendre les tables de multiplication 	<ul style="list-style-type: none"> • Écriture et rédaction très laborieuses avec hésitation en écrivant les lettres • Inversions des lettres et des chiffres • Composition bien au-dessous du niveau de scolarité • Mauvaise orientation • Grandes difficultés à prendre des notes • Calligraphie difficile • Manque de coordination et d'ordre (oublie tout)
Dyslexie visuo-attentionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble affectant l'attention nécessaire à l'activité de lecture • Enfant perturbé par l'environnement (éléments distracteurs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inverse les groupes de lettres (« fragile » devient « fargile »). • Omissions (« fagile ») ou ajouts • Reformulations approximatives • Sauts de lignes • Peut confondre des lettres et des mots avec d'autres leur ressemblant 	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture hachée et incompréhensible • Dysorthographie et ratures • Hésitations et retours • Vocabulaire limité

Dans la plupart des cas, la dyslexie fait suite à un trouble du langage appelé dysphasie. Cependant, elle peut être aussi associée à d'autres troubles comme la dysorthographie (grandes difficultés orthographiques, on écrit par exemple « unabit » au lieu de « un habit »), la dyscalculie (trouble de la logique et de

l'utilisation des nombres), la dyspraxie (troubles de la réalisation du geste), et l'hyperactivité. En tant que trouble de l'apprentissage, la dyslexie peut aussi être associée à des troubles émotionnels (troubles anxio-dépressifs) ou du comportement.

Diagnostic

Le diagnostic est possible lors de l'apprentissage de la lecture. L'entourage, les enseignants ainsi que certains spécialistes ont un rôle très important dans le dépistage.



Ainsi, à l'école, les enseignants ont pour rôle de repérer les enfants en difficultés ou à risque et d'en informer la famille. Cette dernière doit alors prendre en compte les remarques des enseignants, demander son avis au pédiatre ou au médecin scolaire, et faire pratiquer le plus rapidement possible les examens nécessaires. Le médecin scolaire ou traitant doit, quant à lui, réaliser un bilan à l'âge de 5-6 ans à l'école, dépister les troubles empêchant l'apprentissage du langage écrit, et prescrire les examens nécessaires au diagnostic. Peuvent ensuite intervenir différents praticiens :

Qui ?	Quoi ?	Où ?
Psychologue	Calcule le quotient intellectuel, établit le diagnostic d'éventuels troubles psychologiques, oriente vers un pédopsychiatre s'il soupçonne des troubles de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> • À l'école : le psychologue scolaire • Cabinet libéral, avec ou sans prescription d'un médecin (non remboursé par la Sécurité sociale) • Sur prescription d'un médecin (directement pris en charge par la Sécurité sociale) auprès d'un centre médico-psychologique (CMP), d'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ou centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Qui ?	Quoi ?	Où ?
Orthoptiste	Fait le bilan des capacités de mouvements du regard et de l'efficacité de la vision avec les deux yeux, et détermine si l'enfant a besoin d'une rééducation ou non	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet libéral, sur prescription médicale préconisée par l'ophtalmologiste (pris en charge à 60 % par la Sécurité sociale) • En centre hospitalier, CMP ou CMPP (pris en charge)
Psychomotricien	Réalise un bilan des capacités motrices de l'enfant (graphisme, dessin, attitudes corporelles)	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet libéral, sur prescription médicale (pas systématiquement remboursé par la Sécurité sociale) • Au CMP, CMPP ou CAMSP, sur prescription médicale (directement pris en charge par la Sécurité sociale)
Orthophoniste ou phoniatre	Réalise un bilan des aptitudes et/ou de la pathologie du langage écrit sur prescription médicale, et envoie un compte rendu de bilan au médecin prescripteur en mentionnant la nécessité ou non d'une rééducation orthophonique ou spéciale	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet libéral, sur prescription médicale (remboursement à 60 %, le reste est pris en charge par la mutuelle) • Au CMP, CMPP, CAMSP, centre hospitalier, sur prescription médicale (directement pris en charge par la Sécurité sociale)

Traitements

La rééducation orthophonique intervient une ou deux fois par semaine pendant plusieurs mois. Elle permet plus de compenser la dyslexie que de véritablement la guérir. Toutefois, une dyslexie légère (voire moyenne) prise en charge suffisamment tôt permet à l'enfant de suivre une scolarité normale malgré les difficultés inévitables liées à ce trouble. Selon le type de dyslexie

diagnostiquée, l'orthophoniste usera de différentes méthodes. Ainsi, en cas de dyslexie dysphonétique, le travail s'effectue sur la phonologie, via le décodage lettre-son, des exercices orthophoniques de conscience phonologique et de mémoire verbale à court terme, etc. En cas de dyslexie dyséidétique, c'est l'attention visuelle et verbale à court terme qui est travaillée à l'aide d'exercices



sur les phonèmes et leur correspondance visuelle, ainsi qu'une rééducation par le mouvement des mots irréguliers, etc. En cas de dyslexie motrice, les exercices de latéralité et d'orientation auront pour but d'améliorer la motricité ; de même que les exercices d'automaticité des mouvements pour écrire l'alphabet et pour développer une calligraphie soignée, etc. Enfin, en cas de dyslexie visuo-attentionnelle, on utilise des aides pour remédier au déficit orthographique : association de la forme orthographique au sens du mot, apprentissage des graphèmes le plus souvent utilisés dans notre langue (« ca » s'écrit rarement « kha »), entraînement à mieux visualiser, notamment en créant des images mentales du mot.

Bon à savoir : *n'oublions pas que certains ont fait de grandes choses malgré ce trouble, Albert Einstein et Léonard de Vinci entre autres.*

La dysgraphie

Comme la dyslexie, la dysorthographie ou la dyscalculie, la dysgraphie est un trouble du langage écrit et scolaire. Une prise en charge orthophonique peut aider à traiter les enfants dysgraphiques.

Définition



La dysgraphie est un problème d'écriture dans lequel les enfants ne parviennent pas à organiser et à coordonner leur écriture, ce qui la rend difficilement compréhensible. Ce trouble concerne environ 10 % des enfants, surtout des garçons. La dysgraphie peut concerner les enfants qui débutent dans l'écriture, mais elle

peut également faire son apparition à n'importe quel âge, dans le cadre de certaines pathologies (maladie de Dupuytren, de Parkinson, etc.). Chez les dysgraphiques, aucun déficit neurologique ou intellectuel n'est présent. Néanmoins, certaines dysgraphies peuvent être associées à des pathologies telles qu'une IMC, un AVC ou une tumeur cérébrale.

On distingue, en outre, les dysgraphies maladroites, les dysgraphies crispées si l'écriture est raide et le trait tendu, les dysgraphies molles si l'écriture manque de tenue – notamment avec des lettres irrégulières –, les dysgraphies impulsives si l'enfant écrit vite au détriment de la forme des lettres qui perdent toute structure, et les dysgraphies lentes et précises, dans lesquelles, à l'inverse de la dysgraphie impulsive, le patient parvient à écrire correctement en fournissant de très importants efforts qui sont épuisants ; l'écriture est alors excessivement appliquée et précise.

À noter : *la dysgraphie est un motif de consultation fréquent en orthophonie.*

Caractéristiques

Ce trouble se traduit essentiellement par des problèmes dans le tracé des lettres, qui sont mal formées (les courbes sont mal faites et les lignes ne sont pas droites) et de taille inégale, et des espaces entre les mots qui ne sont pas respectés.

À noter : *l'écriture de la personne dysgraphique est un peu la même que celle qu'obtiendrait un droitier écrivant de la main gauche ou inversement.*



En raison de ces troubles, le patient a des difficultés à se faire comprendre par écrit (il est difficilement lisible), l'écriture est lente, écrire est fatigant, voire douloureux, réaliser une tâche supplémentaire est impossible, car l'écriture demande à elle seule trop d'efforts. Conséquence : la personne va de moins en moins écrire. La dysgraphie est un trouble durable. La dysgraphie peut, en outre, avoir plusieurs origines :

- ▶ une mauvaise tenue du crayon, parfois en raison d'une dyspraxie ;
- ▶ des difficultés motrices générales (mauvaise perception du schéma corporel), des problèmes de latéralité ou une mauvaise posture ;
- ▶ des difficultés à reproduire les lettres, ce qui s'observe notamment en cas de troubles visuels (difficultés à se positionner dans l'espace) ;

- ▶ un handicap visuel (chez l'enfant il s'agit surtout de troubles de la coordination oculomotrice) ;
- ▶ la crampe de l'écrivain ;
- ▶ des pathologies telles que la maladie de Dupuytren ou de Parkinson ;
- ▶ une immaturité psychologique (manque de confiance en soi, problèmes familiaux, etc.) avec la mise en place d'un cercle vicieux qui ralentit, voire empêche l'apprentissage de l'écriture ;
- ▶ parfois une dyslexie qui s'associe généralement à une dysorthographie (notamment si l'enfant cherche à accélérer le rythme de son écriture) ;
- ▶ un traumatisme.

Traitement de la dysgraphie

Le traitement de la dysgraphie débute par un bilan orthophonique permettant de diagnostiquer le trouble. Généralement, des examens complémentaires sont aussi menés auprès de divers spécialistes : pédiatre, neurologue, psychomotricien. La prise en charge est en effet pluridisciplinaire, puisqu'elle fait notamment intervenir un orthophoniste, un ergothérapeute et un psychomotricien.



L'essentiel du traitement consiste à permettre au patient de se relaxer pour parvenir à contrôler ses gestes. Pour cela, on propose des exercices graphiques et des jeux adaptés. Il s'agit également de travailler sur les autres points faibles du dysgraphique : sa posture, la motricité fine, la tenue du scripteur (stylo, crayon), la formation des lettres.

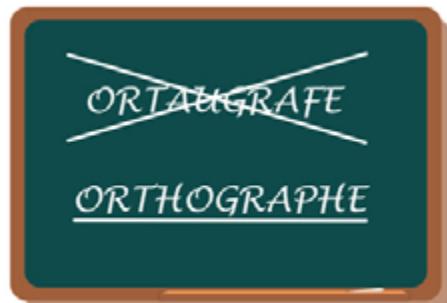
L'accent est mis sur la qualité de l'écriture plus que sur sa quantité, afin de valoriser l'enfant et ainsi le remotiver. Ce type de prise en charge s'adresse notamment aux dysgraphiques sévères, pour qui les séances ont lieu toutes les semaines. Les enfants dysgraphiques peuvent bénéficier d'un tiers-temps supplémentaire lors des examens, et de certains aménagements scolaires : cours photocopiés, prêt d'un ordinateur, horaires allégés, etc.

La dysorthographie

Les difficultés d'écriture entraînées par ce trouble peuvent être diagnostiquées et traitées par l'orthophonie, par le biais d'une rééducation.

Définition

La dysorthographie se définit comme un trouble de l'acquisition de l'orthographe. Ce problème d'apprentissage se traduit d'abord à l'écrit par des difficultés à respecter l'orthographe des mots : fautes, découpages anarchiques des mots avec des mots collés (« unabit » pour « un habit »), disparition ou transformation de certains sons (« fagile » pour « fragile ») ou syllabes (« vragile »), ajout de lettres ou de syllabes, inversion (« fargile »). La personne atteinte éprouve également des difficultés à recopier un texte, conjuguer et accorder correctement le groupe nominal et le groupe verbal, ainsi qu'à organiser des phrases syntaxiquement correctes. Ces troubles entraînent notamment une écriture lente, irrégulière et maladroite. Les rédactions sont anormalement pauvres.



La dysorthographie est un trouble persistant qui peut s'accompagner ou non de troubles de la lecture. On distingue toutefois la dysorthographie de développement et la dysorthographie acquise, qui fait suite, par exemple, à un traumatisme (on parle alors davantage d'agraphie).

Diagnostic

La dysorthographie est un trouble de l'apprentissage qui ne peut être diagnostiqué qu'à la suite d'un bilan orthophonique complet. Il faut en effet que l'orthophoniste procède à l'évaluation approfondie d'un patient afin de s'assurer que celui-ci ne souffre pas de déficience intellectuelle, de troubles de l'attention, de difficultés de compréhension, ou de problèmes moteurs tels qu'on peut les observer en cas de dysgraphie. Au cours de ce bilan, l'orthophoniste peut déceler divers troubles susceptibles d'être associés à une

dysorthographie. En effet, cette maladie accompagne souvent une dyslexie. Ce bilan est complété par une évaluation neuropsychologique qui détermine les éléments à mettre en œuvre pour venir en aide à chaque patient en fonction de ses difficultés propres.

Traitements

Le traitement passe par la rééducation orthophonique. Cette prise en charge est personnalisée et, grâce à elle, l'enfant apprend à faire face à ses difficultés. L'intervention, spécifiquement adaptée à chaque patient, est notamment orientée sur la rééducation des processus d'apprentissage, notamment à l'aide de moyens mnémotechniques et de visualisations, l'étude des correspondances entre les sons et leur transcription écrite (correspondance phonèmes-granèmes), et l'étude des règles orthographiques et de certaines exceptions. D'autres professionnels peuvent venir compléter l'approche orthophonique. Les ergothérapeutes sont souvent les mieux placés pour venir en aide aux enfants dysorthographiques.



Les enfants présentant une dysorthographie auront de très grandes difficultés scolaires. Pour ne pas les pénaliser et augmenter leur dévalorisation, mais plutôt les aider à progresser efficacement en parallèle d'un travail orthophonique, les enfants souffrant de dysorthographie peuvent, suite au bilan neuropsychologique, bénéficier de certaines aides : réduction d'un exercice (ne demander à en faire que la moitié), autorisation d'avoir sous les yeux des règles d'orthographe écrites, correction assouplie tenant compte du handicap, davantage de temps pour les productions écrites (tiers temps supplémentaire au baccalauréat, par exemple) en ayant été entraîné à faire plusieurs relectures (une première pour vérifier les mots connus qui ne doivent pas être écrits phonétiquement, une deuxième pour vérifier les accords des adjectifs – les féminins, les « S » au pluriel, etc. –, une troisième pour vérifier les accords sujets-verbes).

fichier de certaines aides : réduction d'un exercice (ne demander à en faire que la moitié), autorisation d'avoir sous les yeux des règles d'orthographe écrites, correction assouplie tenant compte du handicap, davantage de temps pour les productions écrites (tiers temps supplémentaire au baccalauréat, par exemple) en ayant été entraîné à faire plusieurs relectures (une première pour vérifier les mots connus qui ne doivent pas être écrits phonétiquement, une deuxième pour vérifier les accords des adjectifs – les féminins, les « S » au pluriel, etc. –, une troisième pour vérifier les accords sujets-verbes).

La dyscalculie

La dyscalculie est un trouble du langage écrit et scolaire en rapport avec les chiffres et le calcul.

Définition

La dyscalculie est un trouble du langage écrit et scolaire qui porte plus spécifiquement sur les chiffres et le calcul. On observe des difficultés à comprendre et à utiliser les nombres : ce trouble dans les apprentissages numériques apparaît spécifiquement chez les enfants, et ne s'accompagne toutefois d'aucune déficience mentale. Il n'a aucune origine connue, puisqu'il se retrouve chez des enfants ayant par ailleurs des résultats scolaires normaux et dont l'environnement familial et social est normal. La dyscalculie concerne aussi bien les filles que les garçons. En France, on estime qu'environ 4 % des enfants sont concernés (dont 20 % de dyslexiques).



Bon à savoir : la dyscalculie est à distinguer de l'acalculie qui est consécutive à un traumatisme ayant entraîné une lésion cérébrale. La dyscalculie pourrait davantage être liée à un trouble de la mémoire à court terme.

La dyscalculie se traduit par des difficultés à évaluer de petites quantités (par exemple, le nombre d'objets placés devant soi), à dénombrer (capacité à évaluer immédiatement une quantité allant de 1 à 4 sans avoir à énumérer), à écrire les chiffres (le dyscalculique peut par exemple écrire 202 au lieu de 22), à lire des nombres (par exemple, l'enfant inverse les chiffres et lit 6 au lieu de 9 ou 52 au lieu de 25), à lire une suite de nombres (y compris à mémoriser les numéros de téléphone). Elle entraîne aussi des difficultés à comprendre le sens des nombres, et le fait qu'un nombre peut être supérieur ou inférieur à un autre (5 est plus grand que 3, 2 est inférieur à 3). Il en est de même s'agissant de la mémorisation des tables d'addition et de multiplication, la distinction entre les différents symboles (+, -, × et/avec la difficulté à comprendre des

concepts tels que « deux fois plus que », « moins que », etc.), et la réalisation des calculs arithmétiques simples (du type $5 - 2 = ?$), que ce soit à l'écrit ou en calcul mental.

Exemple : pour réaliser une addition simple comme $3 + 2$, un enfant dyscalculique va compter sur ses doigts 1, 2, 3, 4 et 5 ; même au bout d'un an, il continuera à utiliser cette méthode (tandis que les enfants ne présentant aucun trouble développent le calcul direct).



La dyscalculie, lorsqu'elle persiste à l'âge adulte, pose de nombreux problèmes, puisque les personnes éprouvent alors des difficultés au quotidien, notamment pour évaluer des distances ou des poids (difficultés avec les mesures), utiliser les dates et les heures parfois (sur une montre analogique), s'orienter, comprendre

les prix et ceux des produits soldés, monter un meuble selon un schéma, etc. D'un autre côté, elles peuvent parfois être douées en géométrie ou en physique, puisque leur fonctionnement logique est normal. Tant qu'aucun calcul n'est nécessaire, les personnes dyscalculiques ne sont pas en difficulté.

Diagnostic

La dyscalculie est souvent mal repérée, dans la mesure où ce trouble de l'apprentissage est le moins connu de tous. On risque de penser simplement que l'enfant n'est pas un « matheux ». Néanmoins, elle peut être évaluée par les professionnels de santé, notamment un orthophoniste ou un neuropsychologue.

Le centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique, le CENOP, a mis au point un test permettant d'établir le diagnostic de dyscalculie et de déterminer si ce trouble est isolé ou non. Il s'agit d'évaluer le potentiel intellectuel, les capacités d'attention et de mémorisation, le langage, le raisonnement, les capacités dans le domaine de l'arithmétique et des mathématiques surtout.

Prise en charge

Dans la mesure où la dyscalculie est liée à une dyslexie, une prise en charge et une rééducation orthophonique peuvent tout à fait être envisagées. Dans tous les cas, l'objectif est de trouver une méthode d'apprentissage adaptée (personnalisée). Les orthopédagogues (professionnels mettant en place des interventions spécialisées adaptées aux capacités et aux besoins des personnes en difficulté d'apprentissage) peuvent procéder à ce suivi individuel de façon à fournir à l'enfant des outils lui permettant de devenir autonome.

Chez les enfants exclusivement dyscalculiques, il est possible de procéder à des séances hebdomadaires d'une vingtaine de minutes visant à les aider à mieux apprêhender les chiffres et les opérations de comptage. À ce rythme, de sensibles améliorations s'observent au bout de quelques mois. De son côté, l'INSERM

(Institut national de la santé et de la recherche médicale) a développé un logiciel visant à entraîner les enfants dyscalculiques. Ce programme, basé sur des activités ludiques (type jeu de l'oie) et des tâches répétitives, permet d'obtenir de bons résultats au bout d'environ un mois lorsqu'il est utilisé une demi-heure par jour.



Pour les orthophonistes qui le souhaitent, il est possible de suivre une formation visant à utiliser les travaux de Piaget comme le fait le GEPALM (Groupe d'étude sur la psychopathologie des activités logico-mathématiques). La rééducation respecte les étapes d'acquisition du calcul (selon Piaget) et s'attache au réveil des disponibilités intellectuelles de l'enfant. Cette rééducation dure 3 ans.

Bon à savoir : comme pour d'autres troubles du langage, la dyscalculie peut permettre aux enfants diagnostiqués de bénéficier de mesures individualisées, notamment en milieu scolaire.

 Astuce

L'écartement des lettres : une solution pour les dyslexiques ?

La dyslexie est un trouble spécifique de la lecture qui atteint 10 % de la population française. Elle se caractérise par des problèmes d'acquisition des techniques du langage telles que la lecture, l'écriture et la communication orale.

Une étude récente a tenté de trouver des solutions qui permettraient d'améliorer la lecture chez les personnes qui en sont atteintes. Zoom sur leurs résultats.

Cette étude, menée par des chercheurs français et italiens du Laboratoire de psychologie cognitive (CNRS/Aix-Marseille Université), a mesuré l'effet de l'espacement des lettres sur la lecture chez les enfants dyslexiques.

Elle consistait à observer les effets de l'espacement des lettres sur la lecture auprès de 54 enfants italiens et 40 Français dyslexiques. Elle a été réalisée sur des enfants âgés de 8 à 14 ans. Les enfants devaient lire un texte composé de 24 phrases dans lesquelles l'espacement était soit normal soit plus important.

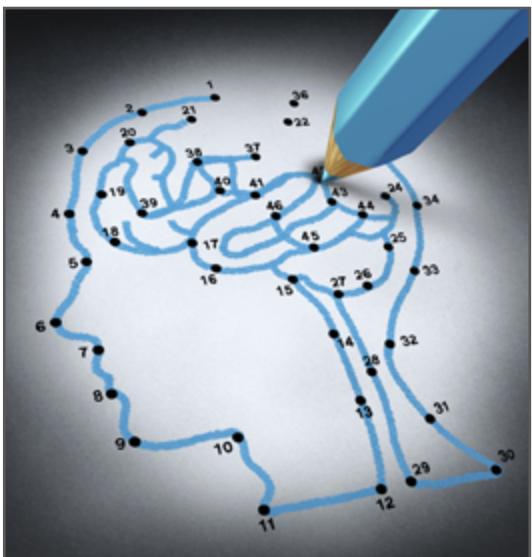
Les résultats ont montré que lorsque les phrases étaient plus espacées que la normale, les enfants lisait en moyenne 20 % plus vite et faisaient deux fois moins d'erreurs. Cette amélioration serait due à « l'encombrement perceptif » réduit par l'espacement plus important entre les lettres. Pour la première fois, une étude scientifique internationale prouve que le handicap visuel existe bel et bien chez les personnes dyslexiques.

À noter que la vue des dyslexiques n'est pas affectée, c'est le traitement de l'information visuelle qui diffère.

Une application iPad et iPod a ainsi été lancée, concomitamment avec les résultats de l'étude. Appelée DYS, elle a été mise au point par un ingénieur de recherche au CNRS, au laboratoire de psychologie cognitive. Elle est disponible en français et en anglais et est totalement gratuite. Cette application permet de modifier l'espacement des lettres jusqu'à ce que chacun trouve celui dont il a besoin. Par ailleurs, elle aide les chercheurs à recueillir les retours à grande échelle des utilisateurs sur les bénéfices de l'application.

IV.

Les troubles du développement



Par trouble du développement, on entend un trouble qui survient chez les enfants avant leur naissance ou au cours de l'enfance, et qui entraîne un retard du développement normal. Il peut s'agir d'un trouble physique ou psychologique affectant le langage, la motricité, la cognition (processus mentaux tels que le raisonnement et l'intelligence au sens général), le comportement, les activités quotidiennes. Généralement, les troubles du développement ont pour origine un dysfonctionnement cérébral. Parmi eux, on distingue, entre autres, les troubles du spectre autistique (autisme, syndrome d'Asperger), l'anosognosie, la déficience intellectuelle et la paralysie cérébrale.

L'autisme et le syndrome d'Asperger sont des troubles du développement qui se caractérisent par des atteintes particulièrement marquées du comportement, avec des activités et des intérêts stéréotypés, répétitifs et limités.

Quoique les symptômes puissent être très variables et présents à des niveaux divers, les troubles du spectre autistique comprennent généralement des troubles du langage, un désintérêt pour l'environnement, des troubles du comportement, et un désintérêt pour les interactions sociales. L'anosognosie est, elle, un trouble neurologique consécutif à une pathologie survenue brutalement (AVC) ou chronique (maladie neurodégénérative). Dans ce syndrome, le malade n'a pas conscience de l'altération de ses facultés. Si l'anosognosie vaut pour n'importe quelle pathologie (un patient qui en souffre peut ne pas se rendre compte qu'il est aveugle, par exemple), dans le cadre de certaines pathologies telles qu'une démence vasculaire, elle s'accompagne notamment de troubles de la parole et d'une apraxie. Le travail de rééducation orthophonique doit donc également viser à faire prendre conscience au patient de sa maladie.

La déficience intellectuelle, ou retard mental, est le trouble du développement qui est le plus fréquent, touchant environ 2 % de la population dans les pays industrialisés (1,5 fois plus de garçons que de filles). Il se traduit par une limitation du fonctionnement intellectuel avec un QI inférieur à 70. Elle apparaît avant l'âge de 15 ans (au cours de la période du développement) et engendre des difficultés dans les activités quotidiennes, mais également dans les apprentissages. Toutes les personnes atteintes ne souffrent pas nécessairement de troubles de la communication et du langage. Cela reste néanmoins fréquent, d'autant que 25 % des enfants touchés présentent également un syndrome autistique.



Au final, ils ne comprennent pas le langage courant (à 24 mois), communiquent peu et progressent peu au niveau du langage ou en tout cas tardivement (à 30 mois, ils disposent de moins de 50 mots de vocabulaire et ne peuvent pas associer deux mots pour faire une phrase), prononcent mal la majorité des consonnes, ne sont pas capables à 2 ans d'appliquer une consigne simple, ne sont toujours pas en mesure de faire une phrase construite (sujet-verbe-complément) à 3 ans, et éprouvent des difficultés à trouver les mots pour s'exprimer.



Quant à la paralysie cérébrale, elle fait suite à une lésion cérébrale et n'est donc pas réversible. Elle fait partie des troubles du développement dans la mesure où elle intervient sur un cerveau immature, encore en cours de développement. La plupart du temps, elle apparaît au cours de la vie intra-utérine. Les principaux

facteurs de risque sont une naissance prématurée et un faible poids de naissance, c'est-à-dire moins de 1,5 kg (le système nerveux est dans ce cas plus fragile). Elle concerne environ 0,3 % des enfants, mais cette incidence passe à 10 % chez les bébés nés à moins de 28 semaines de gestation. Les garçons sont 1,2 fois plus touchés que les filles.

Les symptômes sont variables en fonction de la région concernée par la lésion. Toutefois, le plus souvent, elle entraîne, à des degrés divers, des difficultés à réaliser des mouvements (désordre sensori-moteur), des troubles posturaux, un manque de coordination, des tremblements (épilepsie dans 50 % des cas), des troubles de la vue et de l'audition, une déficience intellectuelle variant de légère à profonde. Que ce soit en raison des problèmes moteurs ou de la déficience intellectuelle, les personnes atteintes éprouvent de grandes difficultés de langage (et d'alimentation).

En effet, la difficulté à faire correctement bouger la langue et les lèvres rend la phonation et la mastication difficiles. Les troubles du langage sont donc des conséquences annexes, la quasi-totalité des symptômes affectant essentiellement la motricité (incapacité à pointer du doigt, difficultés à marcher, à empiler des blocs, à rester en équilibre, à grimper des escaliers).

L'autisme

En tant que trouble du développement neurologique, l'autisme est présent dès la naissance. Ce n'est cependant que vers 2 ans que les symptômes se manifestent et qu'il est possible de poser un diagnostic. Une identification précoce et une prise en charge rapide sont d'ailleurs essentielles pour parvenir à une amélioration.

Définition

L'orthophonie peut prendre en charge les enfants autistes, selon trois méthodes, pour l'aider à développer sa communication et résoudre, ou tout au moins améliorer, les éventuels troubles de langage ou de la parole qu'il manifeste. C'est un trouble envahissant du développement (TED) qui se manifeste dès la petite enfance et persiste à l'âge adulte. Il touche de nombreux domaines du fonctionnement de la personne, particulièrement tout ce qui a trait au contact avec l'environnement. En effet, les troubles du spectre autistique (qui comprennent le syndrome d'Asperger) se caractérisent, entre autres, par une atteinte des fonctions de la communication et des interactions sociales. Au-delà de ces critères généraux, le tableau clinique est extrêmement variable en fonction du niveau de langage, des capacités cognitives, ou encore de l'âge des patients. Ainsi, chaque individu présente un ensemble de symptômes qui lui est propre avec une intensité spécifique. Les professionnels de santé distinguent néanmoins plusieurs niveaux d'autisme :



- ▶ l'autisme de haut niveau, ou syndrome d'Asperger ;
- ▶ l'autisme atypique : TED-NS (Troubles envahissants du développement – non spécifié), utilisé pour désigner des enfants présentant des problèmes comparables aux troubles autistiques ;
- ▶ le trouble désintégratif de l'enfance : après avoir évolué normalement jusqu'à l'âge de 2 ans, l'enfant régresse dans différents domaines au sein desquels les caractéristiques évidentes de l'autisme apparaissent ;
- ▶ le syndrome de Rett (uniquement chez les filles) : la croissance de la boîte crânienne ralentit entre 5 mois et 4 ans, entraînant la perte des capacités de motricité fine qui avaient été acquises, la perte des aptitudes linguistiques, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, l'apparition de mouvements de torsion des mains très caractéristiques.

Par la suite, la régression motrice se poursuit alors que les autres aspects s'améliorent.

À noter : on parle maintenant de « troubles du spectre de l'autisme » (TSA), expression qui englobe le trouble autistique (ou autisme), le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement, non spécifié (TED-NS), le trouble désintégratif de l'enfance (TDE) et le syndrome de Rett (SR).

Étant donné qu'il n'existe pas une, mais plusieurs formes d'autisme, les premiers signes sont très difficiles à repérer. Et ceci d'autant plus qu'ils sont discrets et évoluent très lentement. Du plus discret au plus flagrant, les symptômes avant l'âge de 18 mois sont l'absence de sourires, de réaction à l'appel par le prénom, de babillage, de gestes pour communiquer, de mots (et de phrases avant 2 ans), ainsi que la perte soudaine des capacités de langage ou une désocialisation. Ce n'est qu'après une consultation chez un spécialiste que le diagnostic de l'autisme pourra être posé.

Attention : ces symptômes ne riment pas forcément avec autisme. Pris individuellement, ils peuvent tout aussi bien vouloir dire autre chose (surdité, problèmes psychologiques, physiologiques, etc.).

Diagnostic

Le tableau suivant indique les critères diagnostiques actuels du trouble autistique (selon le DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*).

Autisme	Symptômes
Trouble des interactions sociales	Manque de contact visuel, de recours aux gestes, de partage spontané des intérêts avec les autres, et de développement des rapports amicaux avec les enfants du même âge
Trouble de la communication et du langage	Retard dans le développement du langage, absence de parole, difficultés à entamer ou à entretenir une conversation dans le cas où la personne sait parler, manque d'imagination spontanée et variée lors du jeu
Comportement répétitif	Mouvements stéréotypés (battements de mains, etc.), actions ou rituels non fonctionnels, accaparement par un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et limités

Ces trois catégories sont également appelées « triade autistique ». Elles peuvent apparaître chez une personne sous différentes combinaisons et avec une intensité variable.

TraITEMENT ORTHOPHONIQUE



Le travail avec l'orthophoniste consiste à apprendre à l'enfant autiste à s'exprimer, que ce soit par un langage verbal ou par gestes. Les séances se déroulent en groupe ou individuellement. Une périodicité de deux fois par semaine et pas plus de 30 minutes par séance semble la meilleure solution.

À court et à moyen terme, l'orthophoniste doit établir un contact afin de travailler avec l'enfant. Une fois cette étape franchie, l'enfant pourra être attentif pendant plus longtemps, accorder une meilleure qualité de regard, répondre de plus en plus rapidement, comprendre mieux les consignes simples.

À long terme, l'objectif est de parvenir à l'acquisition de la communication expressive (non verbale ou verbale), mais aussi réceptive.

Méthodes de prise en charge

Le travail consiste à développer la communication avec l'enfant autiste, surtout lorsque celui-ci ne parle pas. Tous les moyens permettant d'entrer en contact avec lui sont alors utilisés. Un des plus directs est le travail sur les cinq sens et les perceptions du corps. Cette approche permet notamment de stimuler et de réguler les perceptions des enfants autistes.

Trouble des interactions sociales	Caractéristiques spécifiques à l'autisme	Activités
Vue	Sens très développé chez les enfants autistes	<ul style="list-style-type: none"> • Attirer le regard de l'enfant • Poursuite visuelle : faire suivre un objet du regard (horizontalement, verticalement...) • Attention et exploration visuelle : faire chercher à l'enfant des objets dans une pièce pour ensuite lui demander de reconnaître un objet parmi d'autres, mettre ensemble des objets similaires (appariement), et trier ou encastrer des objets

Trouble des interactions sociales	Caractéristiques spécifiques à l'autisme	Activités
Ouïe	Sens déficitaire et dissocié, l'enfant autiste est plus attiré par les bruits que par la voix humaine	<ul style="list-style-type: none"> En particulier, manipulation d'instruments de musique Travail de l'attention et de l'orientation : à la voix (prononcer son prénom...) et au son (émettre des sons en dehors du champ visuel de l'enfant...) Travail de la discrimination et de la reconnaissance auditive : reconnaître les sons d'un instrument, le cri d'un animal... Test de l'anticipation : associer un bruit à une action et enlever un son de temps à autre pour voir si l'enfant anticipe l'action associée Imitation de rythmes
Odorat et goût	NA	Amener l'enfant à sentir et à reconnaître les odeurs et les goûts
Perception du corps	NA	<p>L'objectif est d'amener le patient à percevoir les contours de son corps ; exemples d'exercices :</p> <ul style="list-style-type: none"> rouler ou se laisser porter sur un gros ballon en mousse, jouer avec des stimulations tactiles : tissus, balles de textures différentes, pâte à modeler... toucher des objets de matières différentes sans les voir (dans un sac fermé ou yeux bandés...) réaliser des pressions longues et profondes à l'aide de ses mains tout en enserrant des points-clés (mains, bras épaules et tête, front et arrière du crâne) <p>Ce dernier exercice s'adresse surtout à la personne qui accompagne l'enfant ; ces pressions calment les enfants porteurs d'autisme lorsqu'ils sont dans une période d'excitation</p>

D'autre part, l'orthophoniste peut procéder à un bilan des capacités de communication verbale et non verbale. Le bilan orthophonique s'attache à évaluer les capacités de communication interactive ainsi que les moyens intervenant dans les actes de communication. À savoir que trois grandes fonctions de communication interactives sont théoriquement présentes à 1 an chez l'enfant.

Bilan de communication

Fonction de communication	Manifestations
Modifier quelque chose dans son environnement ou obtenir quelque chose	<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'objet et d'action • Protestation
Attirer l'attention de quelqu'un sur lui-même	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de routine sociale et de permission • Reconnaissance d'autrui • Comportement pour attirer l'attention
Attirer l'attention de quelqu'un sur un centre d'intérêt qu'il veut partager avec lui	Demande d'information et de commentaire pour l'autre

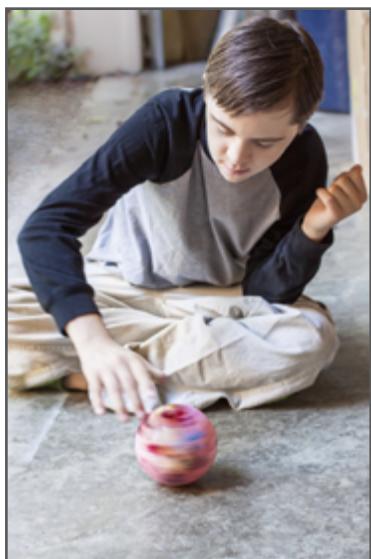
Le dysfonctionnement d'une ou plusieurs de ces trois fonctions permet à l'orthophoniste d'affiner son bilan. Ce dernier cherche à développer la motricité globale, le regard, l'audition, l'imitation, le tour de rôle (parole ou jeu « chacun son tour »), l'attention conjointe (capacité à attirer l'attention de l'autre sur un objet ou une personne), le jeu, l'expression verbale et non verbale, la compréhension verbale et non verbale. Le programme de rééducation ne peut se faire qu'après un bilan sérieux et approfondi du fonctionnement mental et cognitif de l'enfant porteur d'autisme. L'orthophoniste dispose par ailleurs de plusieurs outils, qui lui permettent d'établir différents bilans.



L'ECSP (évaluation de la communication sociale précoce), utile chez les enfants de moins de 30 mois et chez l'enfant porteur d'autisme, examine les fonctions communicatives utilisées par l'enfant, que ce soit dans des situations semi-structurées (jeux et jeux de rôles, conversation), et dans les trois grandes fonctions des relations sociales : la régulation du comportement,

la demande d'objet, la demande d'action et la protestation. L'ECA-R (échelle des comportements autistiques révisée) et la CARS-T (*childhood Autistic Rating Scale*) sont aussi des épreuves standardisées.

La grille d'évaluation de la communication spontanée d'A. Schuler, remplie en présence des parents, complète un bilan en donnant une image plus détaillée des possibilités de communication de l'enfant. Elle les évalue dans cinq situations : demander de l'affection et une interaction, demander que l'adulte agisse, demander un objet et de la nourriture, protester, faire une déclaration et un commentaire. Les orthophonistes utilisent aussi le questionnaire ADI-R (*Autism Diagnostic Interview*).

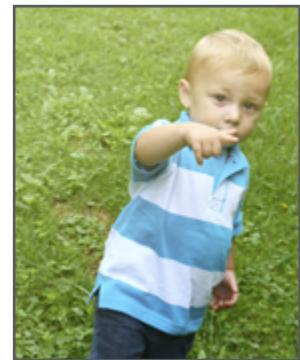


Par ailleurs, les praticiens s'appuient sur des grilles de lecture, notamment la grille d'observation des comportements de demandes, la Vineland (échelle d'évaluation du comportement adaptatif) et l'ADOS-G (*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic*). La liste de Wetherby et Prutting (élaborée en 1984, réadaptée en 1989, puis en 1997) permet, quant à elle, de dépister les anomalies de communication avant l'apparition du langage oral ; elle examine aussi l'usage que les enfants font des moyens de communication à leur disposition. D'autre part, la mallette pour l'éva-

luation des enfants sans langage, créée par l'orthophoniste C. Angelman, permet d'évaluer et d'observer les capacités requises au développement de la communication à travers une situation ludique semi-dirigée. En outre, le PEP (*Psycho-Educational Profile*), en individualisant les domaines de développement, est parfaitement adapté à l'hétérogénéité des profils autistiques : il porte sur trois grands domaines de développement (l'imitation, la perception, et la motricité fine, globale et oculo-manielle) ; il évalue également la performance cognitive (comment l'enfant comprend) et la cognition verbale (comment l'enfant utilise le langage). La grille Reynell teste, elle, le langage en mesurant les compétences linguistiques des enfants jeunes (1 à 5 ans) ou au développement retardé. Elle mesure deux éléments essentiels du processus de développement langagier : la compréhension verbale (primaire et

secondaire), et le langage expressif (langage présymbolique, signification des mots, utilisation des mots). Enfin, le Dialogoris étudie la communication et le langage des enfants jusqu'à 4 ans et plus particulièrement les interactions parents-enfants et les compétences de l'enfant.

Les tests étalonnés non spécifiques du langage oral permettent, quant à eux, d'évaluer la compréhension verbale des enfants porteurs d'autisme sans langage quand ils présentent une capacité de pointage (désignation). À noter que les tests standards ne conviennent pas aux particularités cognitives, développementales et relationnelles de ces enfants. Certains outils peuvent aider à l'évaluation, mais il n'en existe que très peu qui sont adaptés.



En 2012, la Haute autorité de santé et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont publié leurs recommandations de bonnes pratiques dans le cadre de l'autisme. Le rapport préconise des interventions fondées sur l'analyse appliquée du comportement, dites ABA, des interventions développementales, telles que mises en œuvre dans les programmes TEACCH, et des prises en charge intégratives, type thérapie d'échange et de développement (TED).

À noter : ce rapport établit que la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle sont considérées comme des « interventions globales non consensuelles ». Par ailleurs, il interdit le packing (envelopper l'enfant dans des draps mouillés froids en cas de grande agitation).

Ajoutons que l'Association française de sécurité et de santé alimentaire (AFSSA) prévient, depuis 2013, contre les régimes alimentaires sans gluten et sans caséine qu'elle considère inefficaces et dangereux pour la santé de l'enfant porteur d'autisme.

Traiter l'autisme avec la méthode ABA

L'*Applied Behavior Analysis* (ou « analyse appliquée du comportement », ABA) prend également les noms d'apprentissage par essais distincts ou encore d'*Intensive Behavior Intervention* (IBI). Cette méthode, développée dans les

années 1960 par des analystes du comportement comme I. Lovaas, se base sur les travaux de Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). C'est une méthode d'enseignement programmé qui provient du courant behavioriste. Elle découle des travaux de Pavlov en 1930 sur le phénomène du conditionnement chez l'animal, qui reproduit un comportement lorsque celui-ci est suivi d'une récompense. Cette technique utilise le modèle ABC, expliqué dans le tableau ci-dessous.

Tâche demandée	Exécution de la tâche	Résultats
Une demande (A = antécédent) entraîne une directive donnée à l'enfant pour qu'il effectue une action	Un comportement (B = behavior) entraîne une réponse de l'enfant, c'est-à-dire tout ce qui peut être interprété comme une bonne ou mauvaise réponse, ou encore une absence de réponse	Une conséquence (C) entraîne une réaction de l'intervenant, c'est-à-dire une gamme de réponses pouvant consister en un fort renforcement positif, à de faibles félicitations, en l'absence de réponse ou à une réaction légèrement négative (un « non », par exemple)

À noter : des pauses sont instaurées entre chaque essai, ce sont des « intervalles inter-essais ».

En fonction de l'évolution et du progrès de l'enfant autiste, la méthode adopte différentes caractéristiques, successives et combinables, pour plus d'efficacité :

- ▶ progressive : acquisition d'une étape indispensable pour passer à la prochaine ;
- ▶ structurée : action séquencée par palier d'apprentissage avant d'être rassemblée ;
- ▶ individualisée et avec un support électronique : personne seule, qui acquiert les étapes à son rythme ;
- ▶ basée sur la notion de renforcement ou de prompting (incitation) : acquisition d'un nouveau comportement qui s'appuie sur l'utilisation d'une incitation, soit une stimulation qui agit sur la personne pour que la réponse correcte ait plus de chances d'être produite et/ou pour que des réponses incorrectes aient moins de chances d'être effectuées.



Lovaas a publié une étude qui présente des résultats spectaculaires : 45 % des enfants porteurs d'autisme montrent d'étonnantes progrès en suivant cette méthode. Cependant, ces tests sont sujets à caution. De plus, les spécialistes n'ont actuellement pas réussi à reproduire ce résultat.

La méthode ABA est efficace pour les enfants souffrant d'un autisme léger ou modéré ; ce dernier est attentif plus longtemps. Elle permet aussi à certains d'acquérir une allocution verbale. Cependant, elle ne différencie pas les types d'autisme lors de la création des programmes, et insiste sur l'obéissance et la dépendance aux incitations et aux renforçateurs. C'est une approche comportementale pure, qui ne s'intéresse pas aux aspects neurologiques de l'autisme, comme les problèmes dans les fonctions d'exécution et d'attention. Le risque est d'interpréter des manifestations neurologiques du trouble comme des comportements volontaires.

Les soins ne sont pas tous pris en charge ou remboursés ; de fait, tous les enfants ne peuvent pas en bénéficier. Les parents qui le peuvent ont la possibilité de placer l'enfant dans un institut spécialisé, ou de trouver un professionnel qualifié et disponible qui accepte de se déplacer. Si un des parents fait le choix de se former à cette méthode, il devra y consacrer tout son temps.

Traiter l'autisme avec la méthode TEACCH



La méthode intitulée *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*, ou TEACCH, a été créée en 1966 en Caroline du Nord par Éric Schopler. TEACCH est une méthode cognitive qui essaye de comprendre le fonctionnement particulier des enfants porteurs d'autisme et de combler leurs lacunes cognitives pour les aider à mieux s'intégrer dans la société. Elle leur permet d'être plus autonomes, de mieux se repérer dans le temps et l'espace, d'entrer en communication avec les autres. La méthode TEACCH se distingue par un certain nombre de caractéristiques et une approche particulière de l'autisme.

Méthode TEACCH

Principe	Explications
Approche développementale	Prise en compte du niveau de développement de l'enfant
Mêle l'expérience des parents à celle des professionnels	Vision globale de l'enfant tout en tenant compte du caractère individuel de la prise en charge, des capacités et déficits, de la situation familiale
Renforcer l'autonomie tout en misant sur ses forces et aptitudes	Utilisation de différents supports : photos, gestes, consignes écrites...
Un enseignement et un soutien pour l'enfant et la famille tout au long de la vie	Coordination afin d'assurer la cohérence des stratégies et des priorités éducatives
Un enseignement structuré.	Les apprentissages reposent sur une structure simplifiée et répétitive de la tâche à accomplir

Des études ont réussi à montrer l'efficacité du programme TEACCH, qui induit une diminution des comportements inappropriés et une augmentation de la communication spontanée. Les résultats sont trois à quatre fois supérieurs en ce qui concerne l'imitation, la motricité fine et globale, les performances cognitives, ainsi qu'au niveau du score total du PEP-R.



Chez l'adulte, on observe une meilleure qualité de vie, une augmentation de l'autonomie des adultes placés dans une structure spécialisée utilisant le programme TEACCH.

Cette méthode est efficace et reconnue, néanmoins, l'intégration de l'enfant est incomplète, car c'est l'environnement qui doit s'adapter et non l'enfant. De même, les routines n'incitent pas l'enfant à être flexible. Les troubles du comportement ne sont donc pas traités de manière structurée. De plus, peu de techniques sont mises en place pour développer le langage oral.

Traiter l'autisme avec la méthode TED



La thérapie d'échange et de développement, ou TED, a été élaborée par l'équipe de Lelord, à Tours, en 1985. Cette thérapie repose sur l'étude du développement et du fonctionnement du système nerveux. Trois principes orientent à la fois l'enfant et le thérapeute : la tranquillité pour aider à la sélection des informations, la disponibilité pour favoriser l'acquisition libre, et la réciprocité suscitée par l'imitation libre.

Les résultats thérapeutiques obtenus avec l'aide de la famille sont soigneusement évalués sur des principes physiologiques et psychologiques. La méthode TED présente des modalités d'application et des caractéristiques différentes de celles des deux autres méthodes présentées plus haut. Le plan d'intervention individualisé est élaboré en fonction des déficiences de l'enfant. L'évaluation dure 3 semaines, et le programme entre 2 et 4 ans dans un service de jour ; l'enfant est pris en charge par le personnel hospitalier. Les séances durent 20 minutes, et les exercices orthophoniques consistent en des jeux individuels.

Cette approche thérapeutique apporte de nettes améliorations pour les problèmes de comportements de l'enfant porteur d'autisme. Elle est indissociable de la prise en charge de la vie du groupe au quotidien dans le centre d'accueil.

Le syndrome d'Asperger

En 1944, le psychiatre autrichien Hans Asperger décrit ce syndrome pour la première fois, puis, en 1981, la pédopsychiatre Lorna Wing reparle de ce syndrome dans ses travaux. Il fait alors son apparition dans la littérature médicale.

Définition

Le syndrome d'Asperger correspond à une forme d'autisme associée à des capacités intellectuelles élevées, notamment au niveau de la mémoire. Il fait partie des troubles envahissant du développement (TED). Les TED sont des troubles neurologiques qui affectent principalement les relations sociales et

la communication. Les Asperger ou « Aspies » appréhendent tout ce qui est concret, mais ne comprennent pas les notions abstraites (qui sont à la base des comportements) : pensées, croyances, savoir, désirs, intentions. Ils doivent donc apprendre les règles de la vie sociale. Certains spécialistes ont parlé de « cécité mentale ».



Bon à savoir : ce syndrome touche environ 2 à 4 enfants sur 10 000. Il est quatre fois plus fréquent chez les garçons.

Caractéristiques des Asperger

Caractéristiques	Conséquences
Difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage, communication interpersonnelle déficiente, difficultés à comprendre et à employer les règles du comportement social	<ul style="list-style-type: none"> • Ne savent pas adapter leurs comportements en fonction du milieu ou des circonstances • Engagent la conversation très difficilement et ne peuvent la maintenir ou ont un discours à sens unique (souvent de leurs passions) • Ne savent pas se mettre au diapason avec leur interlocuteur (ne montrent aucun signe d'empathie) • Ne comprennent que difficilement les signes corporels (sourire las...), les relations humaines et les règles sociales • Évitent les contacts physiques
Tendance à l'obsession (centres d'intérêt)	Ne s'intéressent qu'à un sujet très spécifique qu'ils cherchent à connaître jusqu'à épuisement et dont ils peuvent en parler durant des heures
Acquisition normale du langage avec difficulté de communication, vocabulaire souvent varié en raison d'une excellente mémoire, bonnes structures grammaticales et syntaxiques, compréhension du langage qui demeure cependant très littérale et concrète (pas de second degré)	<ul style="list-style-type: none"> • N'expriment que peu, pas du tout, ou trop leurs ressentis • Problèmes de tonalité (voix monocorde, etc.) • Emploient des mots recherchés ou des néologismes (ex. : des cheveux virageux pour des cheveux bouclés) • Tendance à répéter soit des phrases toutes faites soit des questions-réponses • Ne comprennent pas les blagues ou les sarcasmes, et les phrases abstraites, qu'ils auront tendance à prendre au 1er degré • Difficultés à employer le pronom personnel « je » : ils se désignent avec le « tu » (utilisé par l'interlocuteur pour les nommer)

Caractéristiques	Conséquences
Intelligence normale ou supérieure	Contrairement aux autistes, les Aspergers ne présentent pas un retard de langage significatif, ils ont un développement cognitif normal
Attachement à la routine, difficultés à interpréter les signes émanant de leur environnement, donc tout ce qui sort de la routine les déstabilise	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements obsessifs (mangeront tous les jours à la même heure, le même menu...) • Ont du mal à accepter les nouveaux contacts sociaux, et les situations nouvelles et imprévues (dans ce cas, ils peuvent avoir une réaction inattendue : gestuelle inappropriée, agressivité...)

Sur le plan physique, les victimes du syndrome d'Asperger présentent également plusieurs traits atypiques : des difficultés motrices (gestes maladroits, démarche guindée, etc.), une intonation monotone, une fuite du contact visuel. À l'occasion, on observe certains tics.

Diagnostic



Très tôt, les parents peuvent remarquer une absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois, une absence de mots à 18 mois, une absence d'association de mots (ou de répétition de mots) à 24 mois, et une perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

Toutefois, ces signes ne sont pas toujours visibles et le diagnostic du syndrome d'Asperger est généralement posé plus tardivement, le plus souvent à l'âge scolaire (vers 10 ans).

Le diagnostic s'établit suite à des tests spécifiques, des observations cliniques, un entretien développé avec les membres de la famille, un bilan orthophonique, et des bilans scolaires.

Avant de conclure à un syndrome d'Asperger, le diagnostic doit éliminer le syndrome de Gilles de la Tourette, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), la schizophrénie, la dépression, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et les difficultés d'apprentissage.

Rééducation orthophonique

Dans le cadre de la rééducation, les orthophonistes insistent sur trois versants de la communication : le versant réceptif (tout ce que l'enfant reçoit comme message : discours, image, texte), expressif, et pragmatique, qui s'attache au langage en fonction de la situation, du contexte, et qui pousse à s'efforcer de répondre aux questions.

Versants de la communication	Démarche et buts
Versant réceptif	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture : aider à la compréhension du sens des phrases dans leur globalité • Langage : aider à la compréhension de monèmes interrogatifs (plus petite unité du langage porteuse de sens), morpho-syntaxique (étude de la forme des mots et de la syntaxe), et d'un langage élaboré (métaphores, etc.) • Lexique : parvenir à trier les mots par classe et repérer les notions temporelles et spatiales • Analyse visuelle : comprendre et réagir face à une image (poser des questions, comprendre le sens général de la scène représentée...)
Versant expressif	<ul style="list-style-type: none"> • Articulation : améliorer l'articulation des mots et des sons • Intonation, prosodie : aider à les développer • Parole : la rendre plus spontanée et éviter la répétition de mots • Discours : développer le lexique et la syntaxe • Individualisation : travail sur le pronom (« je »)
Versant pragmatique	<p>Permettre d'extérioriser ses intentions communicatives en travaillant sur quatre aspects du langage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aspects structurels : parole-phonologie-syntaxe • aspects pragmatiques : initiation conversation-cohérence langage • langage stéréotypé en fonction du contexte conversationnel • aspects non linguistiques des comportements

L'anosognosie

L'anosognosie est un symptôme plus qu'une maladie : elle se manifeste par l'incapacité du malade à prendre conscience du trouble dont il est atteint.

Définition



L'anosognosie est un trouble neuropsychologique qui se traduit par la méconnaissance, voire l'ignorance de l'individu de sa maladie. Ce trouble peut aussi se manifester dans les cas de cécité, d'hémiplégie ou de membre fantôme. L'anosognosie n'est pas une maladie à proprement parler, il s'agit davantage d'un symptôme qui se manifeste chez le malade suite à un trouble neurologique. C'est pourquoi on l'appelle parfois syndrome.

L'anosognosie peut apparaître après un AVC, lorsqu'une fonction cognitive du patient est touchée sans que celui-ci s'en rende compte. Elle peut aussi être la conséquence de certaines maladies neurodégénératives comme Alzheimer, le syndrome de Korsakoff, la démence parkinsonienne, etc. Enfin, elle apparaît lors d'une démence vasculaire (démence à infarctus multiples) : le cerveau n'étant plus oxygéné, les cellules meurent, provoquant une anosognosie. Virtuellement, tout trouble neurologique est susceptible d'entraîner une anosognosie.

Diagnostic

Le diagnostic peut être difficile, sachant que la sévérité de ce symptôme peut varier selon le moment ou l'interlocuteur.

Il convient de repérer un déni massif du trouble avec la conscience d'avoir subi un AVC sans pour autant l'associer à sa pathologie (le patient admet que quelque chose ne va pas) ou avec la conscience de l'AVC tout en niant les conséquences de celui-ci (le patient reconnaît une anormalité, mais pas le déficit). Il faut aussi chercher un déni des séquelles du trouble : le patient

peut se retrouver dans l'incapacité d'expliciter sa difficulté tout en présentant un comportement adapté (cette attitude laisserait à penser qu'il existe une connaissance implicite du déficit).

À noter : *l'anosognosie peut concerner les activités de la vie quotidienne, la mémoire, la gestion du budget, le comportement, le jugement.*

Avant de conclure à une anosognosie, le diagnostic doit éliminer le déni, si le sujet est conscient de ses difficultés, mais qu'il est inapte ou réticent à les reconnaître ; l'indifférence, si le sujet connaît son déficit, mais n'en tient pas compte ; le désaveu, si le sujet est capable de parler de son accident, mais pas de ses affects ; le défaut d'*insight*, soit la reconnaissance des changements provoqués par la maladie. Ce dernier comporte trois niveaux : l'acceptation de la maladie, qui comprend également la reconnaissance de ses symptômes et de leurs conséquences, la conscience de la nécessité d'un traitement et de s'y conformer, la capacité à identifier des événements mentaux inhabituels. Il est aussi important d'écartier la négligence spatiale unilatérale ou hémî-négligence gauche (le patient néglige tout ce qui est présent sur sa gauche suite à une lésion du cortex pariétal droit) et droite (plus rare et moins sévère : le patient néglige tout ce qui est sur sa droite suite à des lésions de l'hémisphère gauche).

De même, l'hémianopsie (suite à un AVC ou traumatisme crânien), qui entraîne une perte de la moitié du champ visuel (que ce soit dans le sens vertical ou horizontal), d'un œil ou des deux yeux, peut faire penser à une anosognosie. Pour le sujet, la moitié manquante de la scène visuelle n'existe pas ; il n'a pas conscience de la perte de son hémî-champ, mais admet qu'il existe un problème.



L'alexithymie – incapacité à exprimer ses émotions par des mots et difficulté à identifier et à distinguer ses états émotionnels – est aussi similaire. Il en est de même de l'athymhormie, qui correspond à la perte ou réduction de curiosité, de goût, d'affect, de préférence et d'envie de satisfaire ses désirs en général. Toutefois, l'athymhormie ne se retrouve pas forcément dans les symptômes de la dépression et, contrairement à l'anosognosie, est réversible si le patient est stimulé par un tiers.

À noter : l'anosognosie est parfois réversible selon l'importance et la localisation de la lésion. Par exemple, une personne ayant entre 50 et 60 ans et victime d'un accident vasculaire peut espérer récupérer 50 à 60 % de ses facultés.

Rééducation orthophonique

À ce jour, aucune technique n'a été prouvée ou validée. Les méthodes évoquées ci-dessous sont donc des exemples de travail communiqués par des orthophonistes. Elles ne prétendent pas être exhaustives et ne remplacent pas les techniques prescrites par des spécialistes. La méthode P.A.C.E. est la plus appropriée, elle se propose d'améliorer les capacités de communication des patients dans une situation de communication référentielle (ex. : A doit faire deviner à B un objet en utilisant les moyens de communication dont il dispose) :

- ▶ mise en échec du patient afin de le confronter à ses erreurs pour l'amener à une prise de conscience du problème ;
- ▶ délivrance systématique d'un *feed-back* en utilisant des jeux de rôles ;
- ▶ simplification du discours pour faciliter la compréhension par le patient ;
- ▶ utilisation, si possible, de l'humour pour dédramatiser ;
- ▶ utilisation de moyens alternatifs comme les enregistrements (vidéos, sonores).



Avec cette méthode, le praticien cherche à canaliser la logorrhée et/ou des stéréotypies (en utilisant l'ordinateur), à renforcer la communication non verbale, à entraîner le patient à l'autoévaluation en l'amenant à verbaliser les difficultés rencontrées au cours de mises en situation, à le rendre acteur

de sa rééducation en proposant des supports motivants, à développer l'attention auditive et les capacités de désignation (en utilisant des exercices d'imitation, de répétition et le travail de groupe), ainsi qu'à augmenter les réponses correctes aux questions posées (en employant des schémas, pictogrammes et/ou images).

À noter : les orthophonistes doivent faire face à un manque de références documentaires et scientifiques sur ce sujet. Cette situation remet en cause leur rôle d'information et de relais (tout aussi importants que l'évaluation et la rééducation), qui exige des connaissances théoriques réactualisées. Ils peuvent également travailler en collaboration avec des neuropsychologues.

 **Astuce****Les bienfaits du snoezelen**

Le snoezelen est une technique de relaxation et une thérapie destinée aux personnes présentant un lourd handicap mental et/ou moteur, et notamment un déficit profond en communication. Elle est basée sur la stimulation sensorielle et motrice. Alors, comment le snoezelen fonctionne-t-il et quels sont ses bienfaits ?

Le snoezelen est une invention néerlandaise, datant des années 1970. Le mot est issu de la contraction de deux termes : snuffelen, explorer/sentir, et doezelen, somnoler. Cette terminologie laisse deviner les deux objectifs de cette thérapie : la stimulation sensorielle permettant la communication avec le monde extérieur, et la relaxation favorisant le bien-être.

Le snoezelen est basé, entre autres, sur la musicothérapie, la luminothérapie et l'exploration sensorielle. Sa pratique nécessite un espace aménagé : une pièce, un chariot... ; on l'appelle aussi salle multi-sensorielle.

Chez les familles accueillant une personne handicapée, cet espace peut se trouver dans sa chambre. Parfois, on peut même aménager un jardin multi-sensoriel. Cet espace dispose de tout un équipement, notamment des lampes proposant des jeux de couleur (un peu comme les lampes à lave ou à bulle), des éclairages colorés/tamisés, des guirlandes électriques, hologrammes et projections, des instruments sonores diffusant de la musique, des matières à toucher (tissus, polaire, perles, balles...), des instruments diffusant des parfums, des sols inégaux, des parcours (pour favoriser la recherche d'équilibre).

Si un établissement souhaite mettre en place une unité snoezelen, il est souhaitable qu'il fasse appel à un prestataire bien formé. Sinon, une formation du personnel, axée entre autres sur la construction de l'espace et le relationnel avec les patients, est nécessaire.

L'accompagnant, qui doit favoriser la communication en milieu sécurisant, peut notamment analyser les réactions du patient et modifier les stimuli en cas de besoin. Les familles qui installent un espace snoezelen à domicile peuvent se renseigner sur la formation de l'accompagnant auprès de leur fournisseur.

Attention, car cette pratique n'étant pas encore réglementée, les dérives purement commerciales sont nombreuses. Soyez vigilant pour le choix de l'accompagnant !

L'objectif du snoezelen est d'éveiller le patient au monde qui l'entoure par la stimulation des sens. Un lien est ainsi créé avec l'extérieur, ce qui est particulièrement bénéfique pour des patients dont les pathologies ont tendance à les enfermer sur eux-mêmes : autisme, troubles envahissants du développement, démence sénile, maladie d'Alzheimer, etc. Une atmosphère sans stress est indispensable à l'expression de leurs attentes. L'accompagnant saura les décrypter et établir une relation privilégiée avec le patient.

En outre, cette pratique non directive apporte du plaisir et contribue au bien-être du patient.

V.

Les troubles du mouvement



On parle de troubles du mouvement pour évoquer une incapacité à réaliser des gestes pourtant quotidiens et à les coordonner. Parmi ces derniers, on recense notamment l'apraxie, la dyspraxie et la dysphagie.

L'apraxie se traduit par des difficultés à réaliser des gestes et des mouvements (certaines formes,

comme l'apraxie idéomotrice ou constructive, s'associent parfois à une aphasic). La dyspraxie est une altération de la capacité à organiser ses mouvements (à rapprocher de l'apraxie) avec, notamment, l'apparition d'une dysgraphie, ainsi que de troubles de la parole et orthophoniques. La dysphagie est, quant à elle, une pathologie de la déglutition.

L'orthophonie, par une rééducation intensive, peut intervenir pour améliorer la communication, en travaillant sur les muscles de la bouche notamment.

L'apraxie

L'apraxie est un trouble qui rend une personne incapable de réaliser un ou plusieurs mouvements, notamment sur commande. Ce déficit neurologique concerne aussi bien la conceptualisation que l'exécution du geste proprement dit.

Définition

L'apraxie se distingue d'autres troubles du mouvement par le fait que cette incapacité survient chez une personne dont l'ensemble des fonctions motrices et sensitives de base est normal. L'apraxie est donc un désordre dans l'exécution des mouvements et plus particulièrement dans une séquence de gestes (apraxie dynamique). L'apraxie est due à une lésion du système nerveux au niveau des lobes pariétaux (plus précisément la zone occipito-pariétaire gauche ou inter-pariétaire dans le cas des apraxies idéatoire et idéomotrice). Cette lésion peut être consécutive à un traumatisme, une tumeur, une infection, une maladie dégénérative, une pathologie d'origine vasculaire, comme un AVC. Certaines apraxies entrent dans le cadre de pathologies particulières, par exemple un syndrome frontal ou des démences pour une apraxie réflexive.

Typologie

On distingue plusieurs formes d'apraxies : bucco-faciale, constructive, frontale, graphique, de l'habillage, idéatoire, idéomotrice, motrice, de la marche, et réflexive.

L'apraxie bucco-faciale, également appelée bucco-linguo-faciale, affecte la motricité de la bouche, de la langue et des muscles faciaux n'intervenant pas dans la phonation. Ces troubles rendent impossibles, ou tout du moins très difficiles, les mouvements volontaires ou d'imitation tels que souffler, siffler, tirer la langue, gonfler les joues, etc.

Pourtant, ces mêmes gestes sont possibles lors d'une action réflexe. Ainsi, la personne apraxique pourra souffler sur une allumette qui lui brûle les doigts, mâcher, avaler ou embrasser spontanément une personne connue. Elle s'associe parfois à une aphasicie de Broca.



L'apraxie constructive est particulière dans la mesure où elle consiste en un trouble visuel et spatial qui complique la capacité à réaliser des formes en trois dimensions (dessiner un cube, par exemple) et à définir les relations spatiales entre les objets ou parties d'objets. Elle s'associe parfois à une aphasic de Wernicke.

L'apraxie frontale apparaît plus spécifiquement dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne. Elle se traduit par des problèmes pour organiser ses mouvements les uns après les autres et l'utilisation des mauvais objets pour réaliser une action (prendre un épluche-légumes pour décapsuler une bouteille, par exemple). Elle est assez proche de l'apraxie idéatoire.

L'apraxie graphique prend également le nom d'agraphie. Il s'agit d'une apraxie dans laquelle l'écriture manuscrite est difficile ou impossible. Ce sont à la fois le geste (manipulation du stylo) et l'organisation spatiale des lettres à tracer pour former des mots qui posent problème. Toutefois, le patient reste capable d'épeler les mots ou d'écrire via l'ordinateur.



L'apraxie idéatoire est une des principales formes. Elle touche la capacité à manipuler des objets. Il s'agit typiquement d'une incapacité à se représenter mentalement la suite de gestes à réaliser pour effectuer une action. Il est ainsi très difficile pour une personne souffrant d'apraxie idéatoire d'insérer une clef dans une serrure ou d'éplucher un fruit. Les gestes sont maladroits et confus. Elle s'associe fréquemment à une aphasic de Wernicke ainsi qu'à une perte du champ de vision d'un côté ou de l'autre.

L'apraxie idéomotrice désigne une impossibilité à réaliser des gestes sur commande : imitation (ex. : faire la moue), mime (ex. : faire semblant de nager), gestes symboliques (ex. : saluer quelqu'un de la main). En revanche, les gestes spontanés et les actions réflexes restent possibles. Elle se distingue de l'apraxie idéatoire, car elle concerne les gestes ne nécessitant pas l'utilisation d'un objet. Souvent, elle se combine à une aphasic (difficulté à s'exprimer et à comprendre le langage).

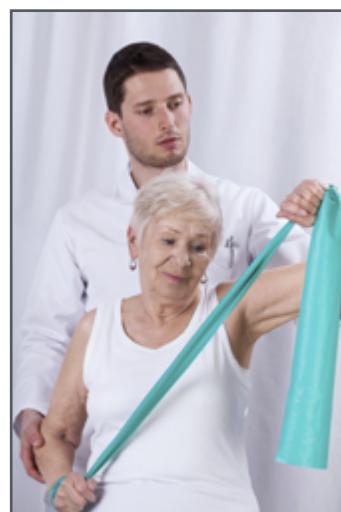
Avec l'apraxie de la marche, on observe une difficulté à marcher. Cette incapacité va de l'incitation au mouvement à une maladresse dans les déplacements. Elle est généralement due à un mauvais placement des membres inférieurs. Dans les cas les plus marqués, les mouvements volontaires de la marche sont rendus totalement impossibles, bien que les mouvements impulsifs soient conservés.

L'apraxie motrice concerne essentiellement la réalisation de mouvements fins et précis, tandis que l'apraxie réflexive rend impossible l'imitation de mouvements abstraits (ne menant pas à une action réelle) comme les mimiques. Quant à l'apraxie de l'habillage, elle est particulièrement handicapante au quotidien, puisque la personne ne peut plus enfiler ses habits, boutonner sa chemise, faire ses lacets, etc.

Prise en charge

Pour poser le diagnostic d'apraxie, il faut s'assurer que le patient ne présente pas de symptômes contradictoires : de paralysie ou autre déficit moteur, de déficits sensoriels, de troubles du tonus musculaire, de tremblements, de troubles de la coordination. L'apraxie, et en particulier l'apraxie bucco-faciale, peut être prise en charge en orthophonie. Il est important, tout d'abord, de bien la caractériser à l'aide d'un bilan orthophonique et neurologique précis. Déterminer son origine est également indispensable pour une prise en charge adaptée.

La rééducation orthophonique est souvent accompagnée ou précédée par le travail d'un ergothérapeute et/ou d'un kinésithérapeute, notamment en cas de spasticité (contraction musculaire). Le traitement peut ensuite être axé sur le discours et la communication. Cela passe par un travail des muscles de la face pour effectuer les mouvements de la bouche nécessaires à l'émission de certains sons (sensibilisation aux sensations ressenties en fonction des positions de la bouche et visualisation de la position des différents éléments : bouche, langue, lèvres), un travail sur l'enchaînement



des sons, des exercices d'orthophonie et des aides visant à faciliter la communication. La rééducation se sert aussi de l'exemple, en prenant le temps de montrer au patient comment réaliser une tâche et en lui laissant suffisamment de temps pour qu'il le fasse à son propre rythme (sauf si cela est manifestement impossible).

Quoi qu'il en soit, l'orthophoniste s'attache à donner des instructions simples, à être clair dans ses formulations pour éviter le plus possible les erreurs d'interprétation, et à parler d'une voix normale. La rééducation doit être intensive. Pour obtenir les meilleurs résultats, elle doit également être parfaitement cadrée et nécessairement très répétitive.

La dyspraxie

La dyspraxie est un trouble du mouvement qui entraîne une incapacité totale ou partielle à automatiser et planifier les gestes, et qui touche spécifiquement les enfants, sans pour autant qu'ils présentent de troubles moteurs ou un déficit intellectuel.

Définition



Une dyspraxie est un trouble de la planification des gestes volontaires et intentionnels. Elle ne contrarie en rien les réflexes, car les muscles nécessaires à la réalisation des mouvements fonctionnent normalement. Il s'agit ni plus ni moins que d'une apraxie survenant au cours de la phase de développement de l'enfant (3 à 6 % des enfants seraient concernés).

Bon à savoir : *les grands prématurés présentent davantage de risques d'être dyspraxiques que d'autres.*

Les dyspraxies entraînent divers types de troubles. On observe d'abord des difficultés à progresser normalement au niveau moteur : maladresses et difficultés de coordination, aussi bien dans des actions simples telles que la marche que pour certaines plus complexes comme utiliser ses couverts ou faire ses lacets, qui ne s'améliorent pas pendant 6 mois. Mais aussi au niveau

du langage (difficultés d'élocution à rapprocher d'une apraxie bucco-faciale), de la logique et des mathématiques (difficultés à aborder l'arithmétique, à poser des opérations). Des troubles oculo-moteurs sont aussi présents. Ils se traduisent par des difficultés à fixer un objet ou à le suivre des yeux (on parle de dyspraxie visuo-spatiale), avec les problèmes que cela entraîne pour la lecture notamment. On note également une forme de dyslexie ou, dans tous les cas, une difficulté à aborder l'écrit manuscrit. Les dysorthographies et dysgraphies sont également fréquemment associées à une dyspraxie. Enfin, ces symptômes entraînent souvent une tendance à l'isolement en raison du manque de confiance en soi qu'ils provoquent.



Bon à savoir : *les dyspraxiques se désintéressent des jeux de construction et sont peu latéralisés (difficultés à distinguer la gauche de la droite).*

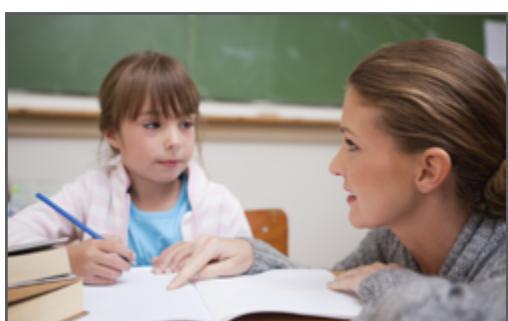
Diagnostic

Le diagnostic doit généralement être établi par un pédiatre ou un neurologue capable de déterminer s'il s'agit d'une dyspraxie ou d'une autre pathologie, qu'elle soit neurologique (IMC, par exemple), génétique (syndrome de Turner, par exemple), métabolique ou autistique. Les symptômes d'autres pathologies affectant le développement sont les mêmes, et la différenciation est parfois compliquée chez les jeunes enfants. De nombreux examens complémentaires sont donc nécessaires, que ce soit en neurologie, mais aussi en psychologie ou psychomotricité. Les spécialistes ont également recours à des tests intellectuels. Quoi qu'il en soit, il faut éviter de tomber dans le piège de l'enfant jugé paresseux à tort.

Traitement

La prise en charge et la rééducation des enfants dyspraxiques sont pluridisciplinaires. Elles font intervenir divers professionnels tels que des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthoptistes, ainsi que, parfois, des podologues-posturologues.

Le traitement est très régulièrement réadapté en fonction des progrès des patients. Il vise à traiter la dysgraphie à l'aide de divers exercices ludiques qui ont pour but d'automatiser la prise en main du scripteur (stylo, crayon), faciliter la motricité fine et les gestes. Il a aussi pour mission d'enseigner l'écriture sur clavier de façon à permettre les apprentissages de base sans être pénalisé. Il cherche à traiter la dyscalculie de façon à éviter le dénombrement (calcul) à l'aide des doigts, et favoriser l'acquisition des opérations et des faits numériques.



Au niveau scolaire, la présence d'un auxiliaire de vie scolaire est indispensable pour venir en aide à l'enfant. Cette personne pourra prendre des notes à sa place, l'aider à réviser, lui fournir des polycopiés. Un ordinateur peut se révéler une aide précieuse si un accompagnement permet à l'enfant de savoir comment l'utiliser. Comme dans le cadre d'autres troubles du langage écrit et scolaire, l'enfant peut également bénéficier de plus de temps que les autres dans sa pratique scolaire.

La dysphagie

La dysphagie est un trouble du mouvement qui entraîne soit une sensation de gêne, soit une difficulté à avaler des aliments liquides comme solides. Elle est souvent associée à une pathologie, mais pas de manière systématique.

Définition

La dysphagie est un symptôme qui perturbe le processus de déglutition : lorsque nous ingérons des aliments, ils sont mastiqués puis dirigés vers l'estomac sans que cela implique les voies respiratoires. C'est la déglutition. Ce mécanisme, lorsqu'il est perturbé, peut engager le pronostic fonctionnel et vital de la personne qui en est atteinte. On parle alors de dysphagie ou de troubles de la déglutition (TD). La dysphagie peut varier d'une simple gêne au passage des aliments au blocage alimentaire des solides, dans ce cas, il s'agit d'une dysphagie complète. Elle peut également empêcher le passage

des liquides : on parle alors d'aphasie. La dysphagie peut être permanente, intermittente, et parfois même laisser un passage plus facile aux aliments solides que liquides. Elle peut, en outre, avoir différentes origines : mécaniques, neurologiques ou musculaires. Les causes sont donc nombreuses, le tableau ci-dessous n'en présente donc que quelques-unes.

Causes	Détails
Anomalie à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies du palais (un trou dans le palais à la naissance complique l'allaitement, car le nourrisson ne peut pas sucer de façon appropriée) • Anomalies du mécanisme de déglutition • Angiome : malformation bénigne des vaisseaux entraînant une déformation de leur forme et de leur structure
Lésion	À l'œsophage (ulcère ou maladie de Crohn), au larynx, à la tête, au cou
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> • Angine • Infection due à un candida ou un herpès • Botulisme (intoxication par des conserves ou de la charcuterie avariées) • Diphtérie • Néphrite (inflammation du tissu rénal) • Goitre (grosseur à la base du cou due à une pathologie de la glande thyroïde)
Tumeurs ou cancer primaire ou secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Lipome (tumeur graisseuse) • Cancer du pharynx, de l'œsophage, au niveau du cou, au niveau de la tête
Maladie du système nerveux ou musculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Alzheimer • Paralysie cérébrale • Myopathie
Accident vasculaire cérébral	<ul style="list-style-type: none"> • Du tronc cérébral • Bihémisphérique • Hémorragique
Traitements médicaux envahissant ou non	<ul style="list-style-type: none"> • Opération chirurgicale avec intubation naso-gastrique (mise en place d'un tube dans le nez et la gorge pendant une anesthésie) • Traitement radiothérapique (utilisation des rayons comme thérapeutique) • Prise de certains médicaments

D'autre part, les symptômes de la dysphagie sont nombreux : incapacité à avaler la salive, toux pré, per ou post-déglutition, bolus (une bouchée) qui ressort par les lèvres, impression de nourriture collée dans le pharynx, difficultés à avaler une bouchée, sensation de blocage derrière le sternum, changement de rythme respiratoire, dysphagie aux solides et aux liquides.

Diagnostic

Il convient de distinguer une dysphagie constante liée à la déglutition d'aliments (atteinte organique) et la difficulté d'avaler rencontrée chez une personne anxieuse. Le diagnostic doit aussi éliminer un cancer des voies aéro-digestives.

Pour poser le diagnostic de dysphagie dite œsophagienne, dans laquelle la sensation de gêne se situe dans la cage thoracique, il convient donc de suivre plusieurs étapes :

- ▶ Interrogatoire permettant d'obtenir des éléments utiles au diagnostic : où se localise la gêne ? Survient-elle avec des solides ou des liquides ? Comment a-t-elle commencé (brutalement ou progressivement) ? Comment a-t-elle évolué ? Quel est l'état général de la personne ? Bilan cognitif ? Consommation alcoolique ? La personne est-elle fumeuse ? Prend-elle des médicaments ? A-t-elle été exposée à des agents irritants ? Existe-t-il des symptômes associés (reflux gastro-œsophagien, hoquet, fausse route) ? La personne a-t-elle maigrí de façon anormale ?
- ▶ Recherche prioritaire d'une lésion organique de l'œsophage : réalisation d'une endoscopie œso-gastro-duodénale dans un premier temps puis, si cet examen n'est techniquement pas possible, réalisation d'un scanner thoracique, d'une écho-endoscopie ou d'un transit baryté de l'œsophage.
- ▶ En cas d'endoscopie normale : recherche d'un trouble moteur œsophagien via une manométrie œsophagienne.
- ▶ En cas de dysphagie lésionnelle : réalisation d'une endoscopie.



- En cas de dysphagie oro-pharyngée (atteintes neuromusculaires, pathologies tumorales ORL et conséquences de leurs traitements par chirurgie ou radiothérapie) : s'il n'existe pas de cause obstructive, réalisation d'un bilan morphologique initial de l'œsophage cervical par un transit oro-pharyngo-œsophagien.

À noter : *hormis au niveau de l'œsophage, une dysphagie peut également se situer dans la bouche, dans la gorge et dans le pharynx.*

Rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste s'attache à maintenir une autonomie et une alimentation orale le plus longtemps possible. Trois critères guident son action :

- le pronostic de récupération du patient : la personne pourra-t-elle récupérer (traumatisme crânien, etc.) ou son état doit-il s'aggraver (démence type Alzheimer, etc.) ?
- les observations physiopathologiques de la maladie fournies par l'exploration fonctionnelle ;
- l'état général du patient, car l'anxiété, la fatigue, l'encombrement pulmonaire ou la dépression peuvent majorer la dysphagie.



Les techniques les plus courantes pour traiter la dysphagie en orthophonie sont la compensation et la réadaptation. Les techniques compensatoires (changer la position de la tête...) ne soignent pas la dysphagie, mais permettent à la personne de s'alimenter. La

réadaptation, elle, repose sur un entraînement physique des muscles et des structures servant à mastiquer. À plus ou moins long terme, et dans certains cas, elle permet une amélioration des capacités à avaler, voire une disparition du trouble.

VI.

Qui consulter ?



L'orthophoniste est un spécialiste qui évalue et traite les troubles de la parole et du langage chez les adultes et les enfants. Qu'on le nomme orthophoniste, logopède, ou encore phoniatre, ses compétences sont semblables, ainsi que ses conditions de travail.

Le terme « orthophonie » vient du grec *ortho*, correct, et *phonè*, la voix. « Logopède », lui, vient de *logos*, la parole et *paideia*, l'éducation ; l'origine du mot peut aussi provenir de *paidos*, c'est-à-dire « qui concerne les enfants ». Le phoniatre est, quant à lui, un médecin (le plus souvent un chirurgien) spécialisé dans l'atteinte des cordes vocales, de la parole, des troubles de la communication et de la déglutition (ce type de thérapeute est rare). Ces termes sont donc relativement proches. La différence tient en partie à leur situation géographique. En France ou au Canada, on consulte un

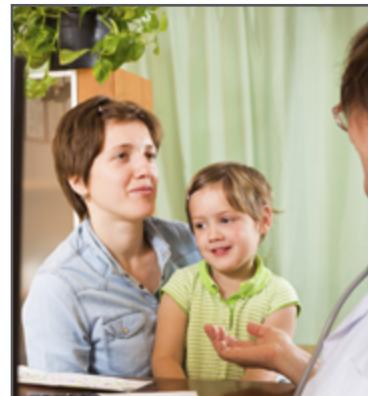
orthophoniste ; en Belgique, un logopède (bien que l'origine du mot puisse laisser supposer que ces thérapeutes ne traitent que les enfants, ce sont en réalité des orthophonistes à part entière) ; et en Suisse, un logopédiste. Ces trois termes recouvrent donc le même métier. Quant aux phonistes, ils sont présents de partout, mais relativement méconnus.

L'orthophoniste

Les orthophonistes sont des auxiliaires médicaux qui réalisent des actes médicaux par délégation, sur ordonnance. La loi stipule en effet que « les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ».

Rôle de l'orthophoniste

Un orthophoniste établit, dans le cadre d'une prescription médicale, un bilan orthophonique qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Les résultats du bilan sont communiqués au médecin prescripteur. Pour exercer, les orthophonistes doivent être titulaires du certificat de capacité d'orthophoniste (CCO). Si on reprend la définition de l'Union professionnelle des logopèdes francophones (UPLF), le logopède (et donc l'orthophoniste) est celui « qui s'occupe de l'analyse, de l'évaluation, de la prévention et du traitement des troubles de la voix, de la parole, du raisonnement logico-mathématique et du langage oral et écrit ».



Domaines de compétences

Les orthophonistes sont chargés, souvent en collaboration avec d'autres professionnels, de prévenir, évaluer et prendre en charge, aussi bien chez les enfants que chez les adultes :

- ▶ les troubles de la parole : mutisme, aphasic, dysphasie, bégaiement, dysarthrie, dysphonie, anarthrie, dyslalie ;
- ▶ les troubles du langage écrit et scolaire : illettrisme, dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie ;

- ▶ certains troubles du développement : autisme, anosognosie ;
- ▶ les troubles du mouvement : apraxie, dyspraxie, dysphagie.

L'orthophoniste est également chargé de l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale, comme la lecture labiale, etc.

Où consulter un orthophoniste ?

On trouve environ 19 300 orthophonistes en France métropolitaine, et 350 dans les DOM. Environ 80 % travaillent en tant que professionnels libéraux. Ils interviennent sur prescription médicale établie par un généraliste, voire un spécialiste (ORL, phoniatre). Celui-ci demande habituellement un « bilan orthophonique avec suivi de rééducation si nécessaire ».

Bon à savoir : *les orthophonistes disposent également du droit d'auto-prescription ; ils peuvent reconduire la prescription de rééducation orthophonique sans repasser par le médecin traitant s'ils le jugent nécessaire.*



Comme n'importe quel indépendant, l'orthophoniste libéral exerce en cabinet individuel. Il organise lui-même ses horaires de façon à pouvoir recevoir ses patients (parents et enfants, adultes). De même, il est libre d'établir ses tarifs et donc d'être conventionné avec l'Assurance maladie ou non, sans remboursement des actes, et selon un tarif conventionnel.

À noter : *la quasi-totalité des praticiens est conventionnée.*

Parfois, les professionnels libéraux peuvent venir dispenser leurs séances de rééducation à domicile, mais ce type de pratique est relativement peu répandu. Dans ce cadre, les orthophonistes ont souvent un emploi du temps très chargé.

Les orthophonistes peuvent également exercer dans des établissements hospitaliers (publics ou privés). On les trouve le plus souvent dans des services spécialisés, tels que la pédiatrie, la gériatrie, la neurologie ou encore le service ORL. Ils sont également très utiles dans les hôpitaux psychiatriques,

notamment ceux qui prennent en charge les enfants atteints d'autisme. Généralement, les orthophonistes qui interviennent dans ces services traitent des troubles plus graves qu'en cabinet libéral. Dans ce cadre, ils bénéficient d'horaires fixes et d'un emploi du temps. Les séances de rééducation sont programmées et régulières.

À noter : *après avoir acquis une certaine expérience professionnelle, les orthophonistes travaillant en milieu hospitalier peuvent postuler au poste de cadre de santé (diplôme à préparer) permettant de devenir formateur (d'orthophonistes étudiants) ou d'occuper un poste d'encadrement.*

Il existe aussi des lieux d'information, de diagnostic et/ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage dans les différentes régions de France. Ces centres sont composés d'équipes pluridisciplinaires.



Quel que soit le cadre dans lequel intervient un orthophoniste, il fait généralement partie intégrante d'une de ces équipes pluridisciplinaires.

Généralement, il collabore avec différents professionnels tels que des médecins, des orthoptistes, des ergothérapeutes, des éducateurs spécialisés, etc.

Tous ces professionnels doivent travailler ensemble et coordonner leurs soins pour une prise en charge cohérente des patients et une efficacité optimale des traitements. Ils peuvent avoir pour mission de réaliser des bilans diagnostiques pluridisciplinaires (chaque professionnel effectue un bilan qui relève de sa spécialité), de diagnostiquer, s'il existe, le trouble du langage et sa sévérité, d'éliminer ou de cibler les éventuels troubles annexes, et d'établir les modalités de prise en charge. Dans ce cas, les orthophonistes peuvent intégrer des établissements de soins spécialisés : centres médico-psychologiques, centre de rééducation, maisons de retraite.

La liste des différents centres est disponible sur le site de l'[Inpes](#) (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

Formation

Pour devenir orthophoniste, le futur professionnel doit obtenir son certificat de capacité d'orthophoniste (CCO) qui sera validé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Ce diplôme d'État se prépare en 5 ans (10 semestres) après l'obtention d'un concours d'entrée au sein d'un centre de formation.

Bon à savoir : *la formation était de 4 ans jusqu'en 2012-2013 ; la réforme concerne les étudiants rentrés en septembre 2013. Ils seront les premiers à être titulaires d'un diplôme de niveau master en 2018.*

Toutefois, outre les diplômes, le futur orthophoniste doit posséder une bonne élocution et une excellente orthographe, une bonne vue (ou en tout cas corrigée), une bonne audition (un audiogramme est demandé pour avoir accès au certificat de capacité d'orthophoniste), un bon équilibre psychologique, le sens des relations humaines et de l'écoute, et celui de la pédagogie, de la patience et de la ténacité. Comme tous les autres professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), il doit être conscientieux, désintéressé et respectueux de la déontologie.



Pour pouvoir se présenter au concours d'entrée en école d'orthophonie, il faut soit être titulaire d'un baccalauréat (quelle que soit sa section, mais préférentiellement littéraire ou scientifique), soit d'une équivalence au baccalauréat (ESEU, DAEU ou titre étranger équivalent), être âgé d'au moins 17 ans au 31 décembre de l'année du concours d'admission, et avoir satisfait aux épreuves d'évaluation d'aptitudes (concours d'entrée). Les élèves de terminale peuvent se présenter à l'examen d'aptitudes même s'ils n'ont pas encore leur bac, mais ce dernier est indispensable pour avoir accès à la formation.

Bon à savoir : *en cas d'obtention de l'examen d'aptitude, mais d'échec au bac, le candidat devra représenter le concours.*

De nombreuses écoles existent pour préparer les futurs candidats au concours d'entrée. Elles préconisent de réaliser un bilan orthophonique et un audiogramme avant de se lancer dans l'année de prépa. Cette préparation est

rarement superflue, car la sélection est assez sévère. Il est également possible de préparer le concours d'orthophonie par correspondance en s'inscrivant au Centre national d'enseignement à distance, le CNED. Elle porte sur quatre matières essentielles : le français (orthographe, grammaire et vocabulaire) et la linguistique (en moyenne 10 h/semaine), la biologie (3 h/semaine), les tests psychotechniques (3 h/semaine), la culture générale (3 h/semaine). Le reste de la formation porte sur des dictées, des préparations à l'oral, des ateliers, des devoirs et des examens blancs (compter environ 26 h/semaine). En fonction des écoles, la prépa dure entre 6 et 9 mois, et coûte en moyenne 3 000 €.

Bon à savoir : *il n'est pas toujours obligatoire de faire une année de prépa pour avoir le droit de présenter le concours, cela dépend des écoles.*



Le concours d'entrée en centre de formation en orthophonie est difficile. Outre les différentes épreuves qui le constituent, des quotas limitent le nombre d'admis. Moins de 10 % des candidats sont admis à l'issue du concours d'entrée. Les quotas sont fixés par arrêté ministériel. Pour l'année scolaire 2013-2014, le nombre d'étudiants à pouvoir être admis en première année d'études préparatoires était fixé à 808. Les épreuves de l'examen d'aptitudes sont également différentes en fonction des écoles.

Quoi qu'il en soit, le ministère des Affaires sociales et de la Santé impose aux centres de formation d'organiser le concours en mars, avril-mai ou septembre. Il est donc nécessaire de se renseigner auprès des différents centres de formation pour connaître les dates de concours.

Le concours consiste en des épreuves écrites et orales. L'écrit se présente sous la forme de QCM ou de dictées (exercices d'orthographe, de grammaire, de vocabulaire), mais aussi de tests psychotechniques, de culture générale, parfois des épreuves rédactionnelles (résumé de texte, commentaire, dissertation). Les épreuves écrites durent 1 h 30. L'oral consiste en un test d'expression, parfois une évaluation des capacités d'analyse et

de mémorisation, et une évaluation des motivations du candidat et de la connaissance du métier auquel il se destine. Attention, les troubles phono-articulatoires observés à l'oral sont éliminatoires.

Pour mettre toutes les chances de son côté, il est fortement recommandé de préparer les épreuves en utilisant divers documents tels que les annales et les documents de préparation au concours (en ligne ou en version papier). Il est également conseillé de prendre contact avec des personnes ayant déjà présenté le concours (forums, anciens étudiants, etc.) dans la ville choisie afin d'en savoir davantage. Pour les épreuves de vocabulaire, on conseille de noter dans un répertoire tous les mots nouveaux rencontrés (à l'occasion de lectures ou autres) et tous ceux découverts dans les annales en indiquant leur définition, leurs synonymes, leurs antonymes et en les apprenant par cœur. Pour les épreuves écrites, il faut également apprendre les termes spécifiques utilisés par les orthophonistes. Pour les épreuves de culture générale, il est possible de s'appuyer sur les annales et autres documents de préparation au concours. Pour les épreuves psychotechniques, il est important de faire, aussi souvent que possible, des tests pour s'exercer. Pour les épreuves orales, la préparation passe par des oraux blancs et la révision des différentes questions posées (voir les annales) en sachant parfaitement y répondre. Dans l'idéal, on essaiera d'avoir une petite expérience professionnelle avec des enfants, des personnes âgées ou des personnes présentant des troubles orthophoniques. Il ne faut pas non plus hésiter à rencontrer des orthophonistes pour échanger avec eux, cela peut devenir un atout lors de l'oral.



Il existe, par ailleurs, 18 centres de formation en orthophonie en France, dont le cursus est dispensé dans des unités de formation et de recherche (UFR) ou à l'université. Ces dernières se situent à Amiens (Université de Picardie Jules Verne, UFR de médecine – Département d'orthophonie), Besançon (Université de Franche-Comté, UFR de sciences médicales et pharmaceutiques), Bordeaux (Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales), Caen (Université de



Caen Basse-Normandie), Lille (Université de Lille 2, Institut d'orthophonie de Lille 2), Limoges (Institut limousin de formation aux métiers de la rééducation ou ILFOMER), Lyon (Université Claude Bernard-Lyon 1, Institut des sciences et techniques de la réadaptation), Marseille (Faculté de médecine d'Aix-Marseille), Montpellier (Université Montpellier 1, UFR de médecine), Nantes (Université de Nantes, UFR de médecine et techniques médicales), Nice (École d'orthophonie), Paris (Département d'orthophonie de la Pitié-Salpêtrière), Poitiers (Faculté de médecine et pharmacie), Rouen (Université de Rouen, UFR de médecine et de pharmacie), Strasbourg (Université de Strasbourg), Toulouse (Université Toulouse III, Enseignement des techniques de réadaptation), Tours (Université de Tours, UFR de médecine), et Vandœuvre-lès-Nancy (Université de Lorraine, UFR sciences médicales). Les écoles sont payantes, et le coût de la formation s'élève à environ 2 000 €.

Bon à savoir : avec la mise en place de la réforme et du nouveau diplôme basé sur la validation d'ECTS (European Credits Transfer System), il est désormais possible d'obtenir une équivalence de diplômes (moyennant quelques tracas administratifs). Il est donc possible de suivre sa formation dans un autre pays européen et de revenir travailler en France, ou inversement.

La formation dispensée dans les écoles d'orthophonie est partout la même. Elle comprend 1 835 h de cours théoriques et 1 200 h de stage d'observation auprès de différents professionnels : cabinets d'orthophonistes, hôpitaux, centres de soins, instituts médico-éducatifs (IME), centres médico-psychopédagogiques (CMPP), crèches, maison de retraite. Elle dure 10 semestres (5 ans) et se compose de deux cycles : un premier de 6 semestres permettant d'acquérir 180 crédits européens équivalant au niveau licence, et un second de 4 semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens équivalant au niveau master et facilitant l'accès aux thèses de doctorat. Il s'agit pour les étudiants d'apprendre à mener un bilan orthophonique débouchant sur un diagnostic, à élaborer une stratégie thérapeutique adaptée à chaque patient,

à concevoir, conduire et évaluer une séance d'orthophonie, à analyser les données professionnelles et scientifiques auxquelles ils seront confrontés durant leur pratique, et à travailler en équipe avec d'autres professionnels.

La formation se compose de 11 matières distinctes : les sciences humaines et sociales, les sciences biomédicales, les sciences physiques et techniques, l'orthophonie, la pratique clinique, la recherche en orthophonie, les pratiques professionnelles et leur évaluation, les compétences transversales, la santé publique (prévention, dépistage et éducation thérapeutique), les séminaires, et les UE optionnelles obligatoires. Ainsi, au cours du premier cycle de formation sont abordés l'épidémiologie, la pharmacologie, la physique acoustique, l'anatomie et la physiologie des systèmes (auditif, nerveux, laryngé et pharyngé), les fonctions cognitives, la psychologie, la neuropédiatrie, la phonétique, la pédagogie, l'informatique, la psychomotricité, la psycholinguistique, la linguistique.



Au cours du deuxième cycle, la formation traite de l'audition, la surdité, les audioprothèses, la phonation, la phonétique linguistique, les pathologies laryngées, les troubles du développement, les troubles de la parole et de l'articulation, les troubles du langage, les troubles du mouvement, la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, la neurologie, la neuropédiatrie. Puis, sont étudiés l'autisme, la surdité chez l'enfant et l'adolescent, en vue de la rééducation auditive, les implants cochléaires, le bégaiement, la dyslexie, les troubles du langage écrit et oral, les troubles neurolinguistiques tels que l'aphasie, la déontologie, les techniques de rééducation orthophonique, la traumatologie et les pathologies de la communication, la trisomie.

Chaque année se termine par un examen final permettant d'accéder à l'année suivante. Le dernier semestre est réservé à la recherche et à la rédaction d'un mémoire (orienté vers la pratique professionnelle ou la recherche) qui donnera lieu à une soutenance devant un jury. Les stages sont effectués en parallèle des heures de formation. On distingue les stages de découverte des deuxième, troisième et quatrième semestres, et les stages d'observation professionnelle

et clinique des cinquième et sixième semestres. Un stage de sensibilisation d'un mois, au septième semestre, permet également de découvrir les activités de recherches menées en laboratoire (rattaché à l'UFR).

La formation dans une école d'orthophonie est payante. Toutefois, en théorie, il est possible de bénéficier d'une aide financière via certains organismes. C'est notamment le cas avec certaines bourses d'études (en fonction du revenu des parents), le conseil général ou régional, la DRASS, l'AFR (Allocation de formation professionnelle), la mission locale pour les personnes âgées de moins de 26 ans, le Fongecif pour les salariés (seuls les deux premiers semestres sont pris en charge), et Pôle-emploi pour les chômeurs de longue inscrits.



Un orthophoniste libéral débutant gagne en moyenne 2 000 € bruts par mois. Ce salaire est bien entendu sujet à de grandes variations en fonction de la patientèle. Par ailleurs, les orthophonistes qui exercent dans un établissement hospitalier gagnent entre 1 400 et 3 300 € nets par mois en fonction de leur expérience. De plus, il faut savoir que le métier d'orthophoniste ne connaît pour ainsi dire pas de chômage (moins de 1 %), et que les agendas des jeunes diplômés sont presque aussitôt remplis.

Le phoniatre

Le phoniatre est un médecin, ce qui n'est pas le cas de l'orthophoniste, bien que leurs domaines de compétences soient équivalents : tous les deux traitent les troubles de la parole, du langage, du développement et du mouvement, donc des troubles de la communication.

Rôle du phoniatre

Le phoniatre est un médecin spécialiste. Il s'occupe des pathologies de la communication, à savoir la voix, la parole, le langage et l'audition, mais également des problèmes de déglutition. En France, presque tous les phoniatres sont représentés par la Société française de phoniatrice. Ils sont environ

200 dans l'Hexagone. Comme n'importe quel médecin, le phoniatre auscule les patients, pose des diagnostics, propose un traitement (dont la rééducation thérapeutique qu'il prescrit ou prodigue), et évalue l'efficacité du traitement mis en place.

Les phoniatres se distinguent des orthophonistes, car ce sont des intervenants paramédicaux, ils peuvent exercer leur métier sans prescription médicale puisqu'ils sont eux-mêmes médecins, demander des examens complémentaires qu'ils seront capables d'interpréter, et délivrer des ordonnances de prescription. Ils sont aussi en mesure de délivrer des certificats médicaux.



Depuis quelques années, les phoniatres sont nécessairement aussi ORL (ce sont des ORL qui se spécialisent). À ce titre, ils peuvent parfois pratiquer de petites interventions chirurgicales et ainsi opérer des troubles impliquant des problèmes de langue ou de cordes vocales.

Domaines de compétences

Pour être phoniatre, il faut acquérir des connaissances particulières en neurologie, psychiatrie et psychologie, ORL et linguistique (en particulier phonétique). Avec cet ensemble de connaissances, les phoniatres sont capables de prendre en charge des patients porteurs de pathologies particulièrement sévères (laryngectomie, polyhandicapés, etc.). Certains se consacrent plus particulièrement à la recherche clinique dans le domaine de l'orthophonie et de l'illettrisme, ou à l'enseignement et la formation initiale et continue des orthophonistes, voire même d'autres professionnels. Ils peuvent également mettre en place des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage.

Où consulter un phoniatre ?

Les phoniatres travaillent pour la plupart dans des établissements hospitaliers. Ce sont des praticiens dont les actes peuvent être conventionnés. Dans ce cas, leurs tarifs sont fixés par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les tarifs et le remboursement d'un orthophoniste

Les orthophonistes sont des professionnels de santé qui pratiquent le bilan et la rééducation orthophonique. Leurs tarifs sont donc réglementés, et les séances sont remboursées par la Sécurité sociale si elles ont été prescrites par un médecin.

Tarifs des séances et examens

Le bilan orthophonique est une étape indispensable avant d'entamer la rééducation proprement dite. Cette séance obligatoire coûte 60 €. Le coût de ce bilan est en partie pris en charge par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par la mutuelle.



Les orthophonistes sont pour la plupart des professionnels de santé libéraux et leur pratique relève d'une convention avec la Sécurité sociale. Ainsi, le prix d'une consultation est fixé par la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Une consultation coûte environ 30 €. C'est le tarif pratiqué pour une séance de rééducation d'un trouble du langage, par exemple. Le nombre de séances est déterminé par l'orthophoniste lui-même, qui renvoie le bilan qu'il a réalisé au médecin prescripteur. On prévoit habituellement une série de 30 séances, puis des séries complémentaires de 20 séances, en fonction de l'évolution des troubles. La rééducation étant prescrite par le médecin, elle est remboursée par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

Dans tous les cas, les orthophonistes, comme les autres professionnels de santé libéraux, doivent afficher leurs tarifs dans leur salle d'attente de manière visible et lisible.

De même, le montant de la prise en charge de la Sécurité sociale doit figurer clairement. Le montant des séances étant susceptible de varier en fonction de la rééducation à entreprendre (de la pathologie à traiter), l'orthophoniste doit au moins donner une fourchette des prix adoptés. Généralement, les prix affichés portent sur au moins cinq des prestations les plus régulièrement pratiquées.

Lorsque l'orthophoniste se déplace à domicile (ce qui reste relativement rare), il peut bénéficier d'indemnités kilométriques. Le tableau ci-dessous indique les tarifs en euros des indemnités kilométriques communément pratiquées.

Situation géographique	Départements métropolitains	DOM
En plaine	0,24 €/km	0,27 €/km
En montagne	0,37 €/km	0,40 €/km
À pied ou en ski	1,07 €/km	1,07 €/km

Bon à savoir : chez l'orthophoniste, il n'y a pas la participation forfaitaire de 1 € qui est habituellement demandée si le patient a plus de 18 ans.

Remboursement

En France, presque tous les orthophonistes sont des professionnels de santé conventionnés. Ils ne pratiquent donc pas de dépassements d'honoraires et appliquent les tarifs préconisés par la Sécurité sociale. Dans ce cas, ils affichent dans leur salle d'attente un texte semblable à celui-ci : « Votre orthophoniste pratique des honoraires conformes aux tarifs de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu des actes pratiqués. Si votre orthophoniste vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer. Dans le cas prévu ci-dessus où votre professionnel de santé peut déterminer librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, il en détermine le montant avec tact et mesure. »

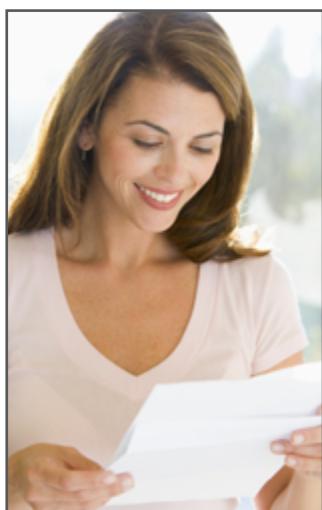


En revanche, les orthophonistes non conventionnés doivent afficher ce texte : « Votre orthophoniste n'est pas conventionné avec l'assurance maladie ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des tarifs d'autorité, dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés. Si votre orthophoniste vous propose de réaliser certains actes

qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer. » Vous devez donc, dès la salle d'attente, savoir à quoi vous en tenir.

Source : [orthophonie.fr.](http://orthophonie.fr)

L'acte médical d'orthophonie, ou AMO, est la lettre-clé qui code les actes d'orthophonie, c'est ce code qui figure sur les feuilles de soins (même dématérialisées). L'AMO consiste en un coefficient multiplicateur de 2,50 en France métropolitaine et de 2,62 dans les départements d'outre-mer. Ainsi, dans l'Hexagone, le tarif oscille globalement entre un AMO 5 soit 12,50 € ($5 \times 2,50$) et un AMO 30, soit 75 € ($30 \times 2,50$). Le code adapté est déterminé par l'orthophoniste en fonction des actes de rééducation qu'il a à effectuer. En effet, lors des consultations, l'orthophoniste doit coter la pathologie du patient : plus l'AMO est élevée, plus le tarif est important.



Le bilan orthophonique coûte 60 € et peut être pris en charge à 60 % par la Sécurité sociale, c'est-à-dire à hauteur de 36 €. Pour obtenir cette prise en charge, il faut avoir l'accord de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), donc passer par le médecin qui aura prescrit les séances et faire une demande d'accord préalable. Si elle est acceptée, le remboursement de 60 % sera obtenu. Si le patient dispose d'une complémentaire santé et que son contrat couvre 100 % des frais d'orthophonie, elle prendra en charge les 40 % restants, soit 24 €.

Trouver des professionnels près de chez vous

Vous souhaitez consulter ?
Retrouvez tous les orthophonistes proches de chez vous grâce
à PagesJaunes :

Trouver des professionnels

<http://orthophonie.ooreka.fr/annuaire>



FIN