



Université d'Oran 2
Faculté des Langues Étrangères

MEMOIRE

Pour l'obtention du diplôme de Magister
En Langue Française

La pragmatique dans la communication orale
Chez les Infirmités Motrices Cérébrales
Etude de cas

Présentée et soutenue publiquement par :
Mme GASMI Safia

Devant le jury composé de :

BOUHADIBA Lelloucha	Professeur	Université d'Oran 2	Présidente
BOUTALEB Djamila	Professeur	Université d'Oran 2	Rapporteur
BENAMAR Aicha	Professeur	CRASC Oran	Examineur
HAMIDOU Nabila	MCA	Université d'Oran 2	Examineur

Année 2014 – 2015

Remerciements

A mon encadreur Professeur Djamilia BOUTALEB

Pour son aide, ses conseils, pour le temps qu'elle m'a consacré

Mes remerciements pour

Les membres du jury Pr. Bouhadiba Lelloucha, Pr. Bénamar Aicha et Dr. Hamidou Nabila

Les IMC et leurs familles

Pour toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail de prêt ou de loin.

A la mémoire de ma Maman

Qui a tellement attendu ce jour,

A ma deuxième Maman Achraf

Pour son soutien,

A mon Papa

Que j'admire et remercie pour tout ce qu'il a fait et fera pour moi et pour son amour et son soutien,

A mes frères et Amina

Qui m'ont soutenu tout au long de ce travail,

A Chafik mon époux

Pour son dévouement, sa sagesse, son aide et son amour,

A toute ma famille et belle famille

Pour leur soutien,

A Lamia et Hafida et Souhila

Pour leurs amitiés et soutiens,

*« On s'habitue à ses infirmités, le plus difficile est d'y habituer
les autres ».*

Madame d'Houdetot

Table des matières

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I : LA COMMUNICATION CHEZ LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX (IMC)	16
1- Quelques définitions :.....	16
Infirme Moteur Cérébral (IMC).....	16
2- Les principales étiologies de l'Infirme Moteur Cérébral (IMC).....	18
2-1 L'anoxie néonatale	18
2-2 La prématurité.....	19
2-3 L'accouchement difficile.....	19
2-4 Après la naissance	19
3- Les profils symptomatiques	20
3-1 La spasticité	20
3-2 La dyskinésie.....	21
3-3 L'ataxie.....	21
4- Langue et langage :.....	23
4-1 Vu par les linguistes :.....	23
4-2 Vu par les psychologues	25
4-3 Vu par les orthophonistes	26
5- DEVELOPPEMENT DES ASPECTS LANGAGIERS.....	29
5-1 Développement ordinaire du langage :.....	29
5-2 Développement pathologique du langage chez l'IMC:	30
6- L'intégration scolaire de l'enfant IMC en France et en Algérie	44
6-1 Définitions de l'intégration scolaire.....	44
6-2 Les différents types d'intégration.....	46
6-2-1 L'enseignement spécialisé :.....	46
6-2-2 L'enseignement ordinaire :	49
Projet réalisé en Algérie.....	53
7- Aspect linguistique de la communication.....	60
7-1 Le Courant structuraliste :	61
7-2 Le Courant fonctionnaliste :	61
7-3 Les théories énonciatives :	62
8- Aspect psycholinguistique du langage.....	62
9- Aspect orthophonique (phonologique et phonétique) du langage.....	64
10- Aspects affectifs, sociaux et pédagogiques du langage	66

CHAPITRE II : Le rôle de la pragmatique dans le processus de la communication chez l'IMC.	69
1- La pragmatique	70
1-1 Quelques définitions :	70
1-2 Origines historiques de la pragmatique :	70
2- Pragmatique et communication orale :	71
3- La compétence pragmatique :	73
4- Les troubles pragmatiques chez l'enfant IMC	74
CHAPITRE III : Etude de cas	79
Catégorie 1	79
1-1 Etude de cas de l'élève C.E :	79
1-2 Etude de cas de l'élève S.E.....	81
Catégorie 2.....	83
3.1 Etude de cas de l'élève P.L.....	83
4.1 Etude de cas de l'élève J.P.....	85
CONCLUSION.....	86
Bibliographie.....	86



Introduction



INTRODUCTION

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est définie comme étant un dysfonctionnement lié à des lésions survenues dans la majorité des cas durant la période périnatale. Ce trouble neurologique a été défini en 1955 par le neurologue Guy Tardieu.

Appelée aussi, selon de récentes définitions collectives internationales (Rosenbaum et coll., 2007) « *Paralysie Cérébrale* » (PC), ce terme désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires.

A l'origine de ces lésions, le plus souvent, une diminution voire un arrêt total momentané de l'apport de sang ou d'oxygène dans certaines parties du cerveau (anoxie-ischémie) ou contrairement une hémorragie cérébrale. Cela peut survenir avant la naissance, autour de la naissance ou même dans certains cas après la naissance.

Malgré le fait que ces lésions une fois survenues ne présentent aucune évolution, ne sont pas contagieuses ni héréditaires, la probable évolution de l'enfant sur la plan scolaire et social dépend essentiellement de l'importance et de la nature de l'extension des lésions initiales. Néanmoins, la précocité de la prise en charge et la pertinence des actions mises en œuvre peuvent contribuer très fortement à limiter de façon significative l'impact que pourraient avoir ces lésions sur l'aspect communicationnel chez les Infirmités Motrices Cérébrales.

En effet, la prise en charge qui doit tenir compte de l'individu dans sa globalité doit s'effectuer très tôt et doit être menée par des spécialistes pluridisciplinaires afin d'apporter des améliorations aussi bien sur le plan médical, kinési thérapeutique, orthophonique que psychologique car de part ces lésions le développement de l'enfant se trouve alors entravé entraînant des conséquences sur le plan moteur, psychoaffectif et cognitif. Cette prise en charge doit intervenir afin justement d'aider l'enfant IMC à affronter les difficultés inhérentes à cette pathologie, mais aussi apporter aux parents les réponses aux questionnements et les assister dans l'encadrement et l'évolution de leur enfant.

Il apparaît donc nécessaire de proposer à l'enfant des solutions adaptées et régulières le plus précocement possible. Cette démarche collective doit constituer un partenariat entre une équipe de rééducateurs spécialisés, enseignants et parents, c'est-à-dire une collaboration étroite dans le but de préparer au mieux l'avenir de l'enfant par la mise en place d'un projet adapté et personnalisé. Accompagné un enfant handicapé durant toute son enfance jusqu'à l'âge adulte nécessite la mise en place d'un projet unique et adapté, et exige la participation d'un certain nombre de professionnels et spécialistes dans le but de proposer à l'enfant handicapé ainsi qu'à sa famille des solutions complètes et efficaces.

En Europe, il existe plusieurs structures au service des enfants et leur famille. On peut en citer en quelques unes notamment les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Ces établissements à statut privé ou public peuvent accueillir des enfants handicapés de 0 à 6 ans, leur travail se focalise sur le dépistage des déficits ou handicaps, ils proposent des solutions préventives, de rééducation, mais aussi l'accompagnement des familles, l'aide à l'intégration dans les écoles ou dans les structures spécialisées. Il existe également des Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile. Ces structures font partie du secteur médico-éducatif aidant à l'intégration scolaire. Le SESSD propose une prise en charge globale de l'enfant par une équipe composée de plusieurs spécialistes de différentes disciplines (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes ...), l'objectif étant d'accompagner et conseiller la famille, favorisant ainsi l'intégration sociale et scolaire de l'enfant.

Toujours en Europe, il existe d'autres types d'établissements spécialisés dans la prise en charge d'enfant atteint de déficience moteurs tels que les Instituts d'Education Motrice (IEM) ou les Centres d'Education Motrice (CEM). Ces structures peuvent accueillir des jeunes de 6 à 20 ans en mode d'internat, semi-internat, externat, ou placement familial. Ces structures proposent une prise en charge médicale et paramédicale adaptée, une éducation spécialisée, une formation professionnelle, un accompagnement à la vie sociale.

Par ailleurs, force est de constater que le monde arabe accuse un certain retard qui bien évidemment diffère d'un pays à l'autre pour ce qui est de la prise en charge éducative et pédagogique des enfants IMC. Il existe néanmoins différents structures médicopédagogique qui proposent des solutions d'accompagnement spécialisé dans le but de répondre aux besoins aussi bien des enfants handicapés qu'à ceux de leurs parents. Nous citerons à titre d'exemple le « Centres médico-psycho-pédagogiques » de la Wilaya

de Bejaia qui travaille avec plusieurs associations afin d'offrir aux enfants handicapés un cadre médico-pédagogique leur permettant de s'adapter au mieux à leur pathologie.

Toujours dans le contexte algérien, plusieurs centres ont vu le jour ces dernières années, la plupart sont le fruit d'un travail associatif de longue haleine comme pour le cas de l'association « Solidarité Enfants d'Algérie » de la Wilaya de Chlef qui a aboutie après plusieurs années d'effort à la construction d'un centre d'accueil intégrant une école spécialisée dans la prise en charge d'enfants handicapés. Dans le même esprit, le centre psychopédagogique « El-Hana »¹ de la Wilaya de Annaba créé en 1987 est considéré comme étant l'un des plus anciens centre d'accueil spécialisé d'enfant IMC. Cette structure se base essentiellement sur l'épanouissement et l'adaptation de ces enfants à la vie pratique, le développement de son autonomie quotidienne sociale et professionnelle, et son intégration dans la société.

En plus de l'enseignement, les personnes accueillies bénéficient d'un soutien pour l'acquisition de connaissances et l'accès à un niveau meilleur de communication et de socialisation. Leur mission comporte aussi la surveillance médicale et l'accompagnement de la famille.

Enfin, tous ces centres quelques soient leurs moyens et leurs taille ont tous un objectif commun qui est d'aider un enfant privé de langage verbal d'acquérir d'autre processus et mécanisme langagiers qui vont se substitueront petit à petit au langage naturel afin ces enfants puissent s'adapter du mieux possible à leur milieu sociale, mais surtout de pouvoir avoir accéder plus facilement au monde éducatif puisque la question qui se pose est comment communiquer quand on peut le faire "intellectuellement" mais qu'on soit empêché "physiologiquement" ?

Certains IMC ont une motricité complètement atteinte, au point qu'ils ne peuvent utiliser le langage. Des personnes dont le corps est ainsi totalement ou partiellement paralysé mais leurs moyens intellectuels sont intacts et sensibles, peuvent-ils entrer en relation avec les autres, échanger des messages ?

Communiquer, c'est transmettre et recevoir des informations qui servent pour la vie quotidienne. C'est là un acte indispensable à la vie en société. Conduire une action, entretenir des relations, mieux se connaître et connaître l'autre... tout cela n'est possible

¹ http://www.handiplanet-echanges.info/Members/belakhdar--hanene_325/pra-c-sentation-du-centre-el-hana-par-hanene-fr

qu'à partir du moment où l'on a la capacité physique et mentale de pouvoir émettre et recevoir des informations c'est-à-dire, avoir un échange et une interaction avec autrui. Pour ceux qui lisent ce travail, cela semble facile voire même naturel de pouvoir appréhender ces lignes et d'en comprendre le sens. Ils partagent avec celui qui les a écrites une culture commune minimale, ainsi qu'une connaissance de la syntaxe, du vocabulaire et des règles grammaticales qui permettent que le message soit émis et reçu correctement. Ce qui peut apparaître ici comme élémentaire constitue dans certains cas une difficulté extrême. Cela concerne notamment les personnes privées de langage verbal.

On retrouve tout particulièrement ce problème chez les Infirmes Moteurs Cérébraux. Aux complications pathologiques initiales, se rajoutent la dégradation, dès la petite enfance, des possibilités de communication présentes à la naissance.

Comment cela se passe-t-il ? L'annonce du diagnostic d'IMC entraîne une altération voire même parfois une rupture dans la relation qui s'était établie entre la mère et son enfant. Au bonheur d'avoir un enfant qui semblait normal au début se substitue bien souvent une angoisse et culpabilité qui envahie les parents. Les relations de l'enfant IMC au monde extérieur se fait sur un mode particulier compte-tenu des limites imposées par son état. L'expérience qui pouvait avoir un enfant ordinaire se voit réduite de façon considérable. L'enfant IMC est de ce fait dépourvu d'un grand nombre de fonctionnalités et par conséquent d'informations qui forgent son comportement, la vision qui se fait du monde qui l'entoure. Vient alors le rôle des parents de combler cette carence en l'aidant à découvrir, à tenir les objets, à les mettre à sa portée, faire avec lui ce que lui ne peut faire seul. De plus, l'enfant IMC du fait de sa mobilité réduite, n'aura, si on ne pense à le changer de place, qu'une vision du monde monotone et restreinte. Il aura tendance à structurer l'espace sur des sensations incomplètes et inconstantes. Souvent le processus engagé entre les parents et l'enfant sera alors bien souvent limité de part l'incompréhension du moins au début du handicap de leur enfant. L'entourage est dérouté, la compréhension des réactions de l'enfant étant parfois difficilement reconnaissable. L'enfant IMC, gravement handicapé, n'aura pas alors une connaissance concrète et active du monde environnant et, au-delà, de son propre corps et de ses limites. Il va construire son univers, édifier sa personnalité sur des bases différentes de celles d'un autre enfant ordinaire, différentes certes, mais en aucun cas inférieures. La communication à ce moment là ne se réduit pas chez un enfant IMC à la simple oralisation. La difficulté pour l'entourage et même pour les scientifiques se résume alors

au fait qu'il n'existe pas de répertoire standardisé pour la communication des personnes IMC privées de langage verbal. Chaque personne, selon sa propre personnalité, selon son environnement mais aussi selon l'implication de son entourage construit son propre système de communication, ses propres codes ; il est donc capital d'apprendre à connaître leurs propres moyens d'expression.

Par ailleurs, l'attitude (corps en extension, agitation extrême, auto-agression...) tend à extérioriser un sentiment ou à attirer l'attention de l'autre. Tous ces répertoires sont utilisés concomitamment et adaptés à chaque personne en fonction de son individualité. L'interlocuteur doit faire preuve d'anticipation et d'adaptation. Ses interprétations doivent être adéquates au message émis. Pour ce faire, il les vérifie auprès de la personne attendant son approbation. Plus que jamais confronté à la nécessité d'établir un juste lien entre signifiant et signifié, il faut surtout permettre à chaque être humain d'exister de façon unique et de ne pas tomber dans une généralisation des langages et comportements. L'apport d'une aide technique, si elle est importante, ne doit pas pour autant effacer ce langage.

Afin d'essayer d'accroître les possibilités de communication de ces personnes handicapées, plusieurs codes ont été mis au point depuis une vingtaine d'années. Pour ceux qui n'ont acquis ni la lecture ni l'écriture, on utilise des images comme étant des pictogrammes représentant l'idée ou le sentiment que l'IMC souhaite exprimer. Par exemple, le dessin d'un lit correspondra à "fatigué", un cœur à "amour", un thermomètre à "malade"... Puis, vient le code à base de symboles qui sont tout à fait arbitraires. Ainsi, "+!!" veut dire : oui, "!" : il faut et "- !!" : non.

Le dernier type de code accessible seulement aux personnes possédant un bon niveau de langage écrit, est celui basé sur les lettres de l'alphabet ou les syllabes. Une fois ces codes établis, reste tout entier le problème des supports à partir desquels ils peuvent être utilisés. Les progrès de la technique ont permis de passer des tableaux-papier à des panneaux électroniques et enfin à des ordinateurs avec la synthèse vocale.

Mais malgré toutes ces avancées, la communication se heurte à deux problèmes incontournables : d'abord celui des capacités d'IMC à assimiler les informations, ensuite le temps nécessaire qui lui permettra d'acquérir une certaine autonomie dans la transmission de sa pensée. Dans le meilleur des cas, la personne voit défiler sur son écran, différents signes (images, symboles, lettres, morceaux de phrase...) qu'il lui faudra sélectionner en agissant sur un contacteur (au genou ou à la nuque), dès que le curseur se

trouvera en face de l'élément désiré. Mises bout à bout, ces parties formeront un tout, à savoir un texte ou une réponse. Mais ces multiples et longues manipulations demandent énormément de temps. On peut aisément imaginer les délais nécessaires à un dialogue... Et comme le temps est justement ce qui manque le plus aux personnes qui utilisent ce type de méthode, un problème majeur se base qui est celui du temps que pourrait consacrer une personne ordinaire non habituée à ce type de langage (communication) d'essayer de déchiffré, comprendre le message que l'IMC souhaite transmettre.

Il est important de noter que l'importance et la pluralité des handicaps maintiennent dans la majeure partie des cas les personnes IMC dans un état de dépendance pour ce qui est des gestes quotidiens jusqu'à un âge avancé et même parfois durant toute la vie.

Cependant, de nombreux enfants IMC présentent des troubles du langage soit qu'ils ne parlent pas, soit qu'ils parlent mal, soit qu'ils éprouvent des difficultés d'articulation et de prononciation. Certains troubles du langage résultent de troubles moteurs entravant de façon diverse l'acquisition du langage. Comme nous l'avons vu plus haut, ils peuvent constituer un obstacle considérable au langage oral. Il existe des cas où les difficultés de langage peuvent avoir pour origine un trouble de la compétence linguistique telle que l'apraxie ou la dysphasie.

BOUTON (1976) considère que le développement du langage des IMC suit le développement normal mais avec un retard. Selon lui, il n'existerait pas de trouble du langage propre à l'enfant IMC mais ce retard serait en relation avec les déficits moteurs qui empêcheraient l'enfant IMC d'acquérir à un rythme normal les mécanismes qui régissent le langage.²

CHEVRIE-MULLER (1972), quant à elle, estime que 50 à 80% des enfants IMC ont des troubles du langage inhérent à leur pathologies mais qu'il est important de tenir compte des différents facteurs intervenant, soit le niveau intellectuel, la forme et la gravité de l'infirmité motrice cérébrale considérée.³

De ce fait, notre travail portera essentiellement sur les troubles qui altèrent de façon significative la communication orale chez les enfants IMC/PC, plus particulièrement nous essaierons de démontrer à travers les observations d'études théoriques ainsi que des cas

^{1&3} RONDAL J-A., SERON X. & al., *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Sprimont, Mardaga, 2000, p 707.

pratiques, jusqu'à quels degrés ces lésions peuvent atteindre l'aspect pragmatique lors de la communication orale chez des enfants IMC. Autrement dit, nos principales interrogations sont les suivantes :

- 1- Quel serait l'impact de ces lésions sur le langage de l'enfant IMC de façon général ?
- 2- Quels impacts pourraient avoir ces lésions cérébrales sur le plan pragmatique de la communication chez un enfant IMC ?
- 3- Quels moyens de communication substitutifs pourront être utilisés par un enfant IMC afin de combler les lacunes sur le plan pragmatique provoquées par ces lésions ?
- 4- Les moyens mis à disposition des enfants IMC sont-ils adaptés à leurs besoins ?
- 5- Démontrer à travers des études de cas les bénéfices que peut avoir une prise en charge précoce d'un enfant IMC dans la construction de sa communication oral de façon général et sur le plan pragmatique de façon spécifique.

Notre hypothèse de base repose sur le fait qu'une prise en charge précoce d'un enfant IMC à travers un accompagnement spécialisé et un projet éducatif organisé et précis peut améliorer et même accélérer de façon significative l'adaptation de l'IMC à son milieu social et surtout lui permettre d'acquérir des mécanismes qui vont lui permettre de communiquer plus facilement malgré le fait que tout ou une grande partie des mécanismes naturels du langage soient endommagés.

Afin de vérifier notre hypothèse, nous allons comparer des enfants IMC ayant participé à des programmes pédagogiques et éducatifs spécialisés et d'autres qui n'ont pas eu l'occasion de le faire. Ceci dans le but de démontrer la différence au niveau communicationnel entre les deux catégories. Notre étude portera sur quatre enfants âgés entre 7 et 20 ans, tous atteints de troubles langagiers suite à des lésions cérébrales. Il est important de noter que deux enfants résident en Algérie dans la ville d'Oran et les deux autres sont français. Il est à noter que leurs noms resteront anonymes car étant considérés comme des patients, ils sont protégés par le secret professionnel. Néanmoins, nous pensons que cela n'impactera en rien la pertinence des résultats fournis car toutes les analyses faites sur ces enfants seront visibles lors de la présentation. Nous présenterons uniquement leurs initiales.

- Afin d'avoir un cheminement logique, nous avons décidé dans un premier temps et à travers le 1^{er} chapitre de familiariser le lecteur avec le concept de

communication en évoquent les différentes écoles qui ont traitées ce sujet. Ensuite dans le même chapitre, nous présentons de façon détaillée l'infirmi  motrice cérébrale, ces différentes causes, ces différents impacts et les dysfonctionnements qu'elle est susceptible d'engendrer au niveau de la communication.

- Le 2^{eme} chapitre quant à lui traitera de la pragmatique dans un premier temps au sens large du terme, du rôle de la pragmatique selon différents théoriciens dans les mécanismes de la communication de façon général et de la communication oral de façon particulière et enfin des troubles de la pragmatique chez des personnes souffrants de lésions
- Enfin le 3eme chapitre sera dédié à la présentation des différentes études de cas et sera articulé autour de :
 - La mise en évidence des différentes structures d'accueil d'enfant IMC ordinaires vs spécialisés ainsi que le niveau d'implication des parents dans l'accompagnement de leur enfant.
 - Mise en situation de communication d'enfants IMC issus de structures spécialisés.
 - Mise en situation de communication d'enfants IMC issus de l'enseignement ordinaire.
 - Analyse de la production orale chez les deux catégories d'enfants sur le plan pragmatique.
 - Enfin nous achèverons notre travail par des propositions et des suggestions.



CHAPITRE I :

**LA COMMUNICATION CHEZ LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX
(IMC)**



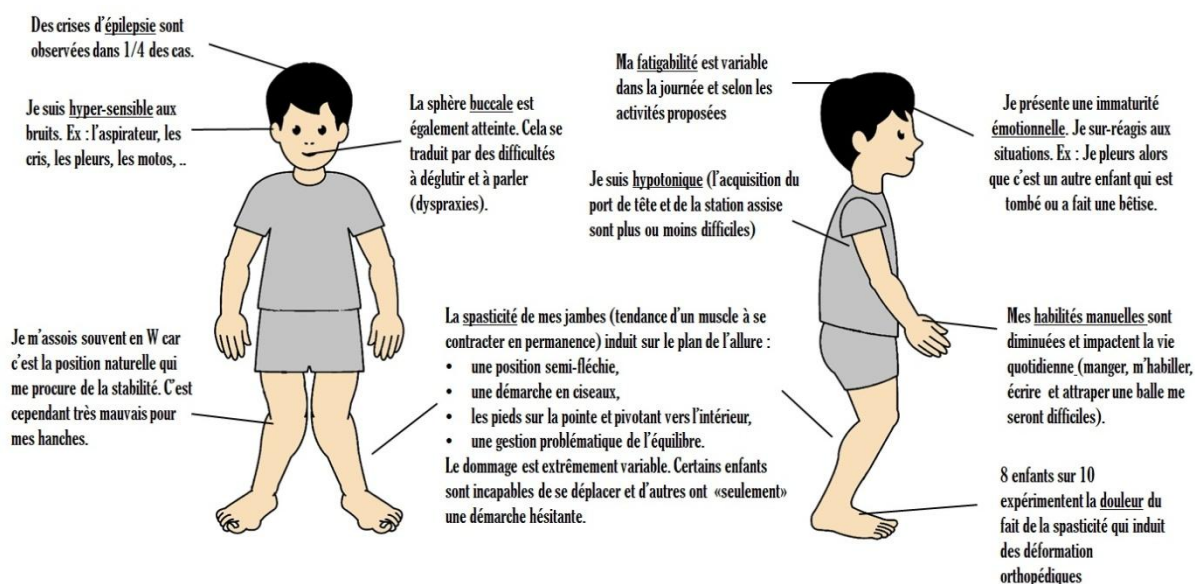
CHAPITRE I : LA COMMUNICATION CHEZ LES INFIRMES MOTEURS CÉRÉBRAUX (IMC)

Afin de distinguer le langage ordinaire du langage pathologique, nous avons jugé nécessaire de mettre en évidence quelques notions qui nous permettront de comprendre les processus qui régissent le langage humain et de là à déterminer en se basant sur les études faites comment ce langage peut être altéré.

1- Quelques définitions :

L'Infirmité Motrice Cérébrale ou paralysie Cérébrale :

Infirme Moteur Cérébral (IMC).



4

Le terme d'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE « I.M.C. » a été créé dans les années 1955 par le neurologue Guy TARDIEU qui a défini l'IMC comme une :

« Conséquence d'une lésion pré, péri ou postnatale précoce, pouvant s'accompagner d'atteinte sensorielle et d'atteinte partielle des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle »⁵

Aussi selon Gagnard et Lemétayer (1979)

⁴ <http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fenorev.fr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F01%2Fsymptomes.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fenorev.fr%2Fenorev%2Fparalysie-cerebrale%2F&h=687&w=1397&tbid=yd9-rhY9jCIsbM%3A&zoom=1&docid=tmDKE4ZplklitUM&ei=sh1CVczwOcSsU5fugZgD&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=1199&page=5&start=161&ndsp=42&ved=0CNsBEK0DMEc4ZA> consulté le 30/03/2015.

⁵ TARDIEU G. Le dossier clinique de l'IMC. Cahier du Cercle de Documentation et d'Information pour la rééducation des IMC, n°39, avril-mai-juin 1969

« L'infirmité motrice cérébrale est la conséquence, permanente et définitive d'une lésion quelconque mais non évolutive et non héréditaire qui a frappé l'encéphale au début de la vie, de telle sorte que la symptomatologie motrice domine, voire résume le tableau et que l'intelligence est conservée au moins relativement »⁶

La Paralyse Cérébrale (Cerebral Palsy en anglais) est un terme d'utilisation internationale, dont les limites et les définitions ont subi de nombreuses variations au gré des écoles de pensées, des concepts et de l'évolution des connaissances concernant le développement cérébral.⁷

Selon la plus récente définition collective internationale (Rosenbaum et coll., 2007),

« Paralyse Cérébrale (PC) est un terme qui désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires ».

En France le terme d'**infirmité motrice cérébrale** (IMC) est plus répandu. Il est parfois employé à la place de paralysie cérébrale mais pour Guy Tardieu (1969), l'IMC regroupe des troubles moteurs prédominants et non évolutifs dus à une lésion cérébrale, « conséquence d'une lésion pré, péri ou postnatale précoce », pouvant « s'accompagner d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle ».

Le terme paralysie cérébrale est donc plus général puisqu'il regroupe également les formes avec des atteintes intellectuelles où l'on parle dans les cas les plus sévères de polyhandicap. En France le terme d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) a également été proposé dans une acception assez large.

« Malheureusement, en Algérie, nous ne disposons pas de statistiques indiquant la prévalence de ce syndrome. Toutefois, nous pouvons affirmer que l'IMC constitue la pathologie la plus fréquente dans notre consultation, depuis pré de 16 ans de pratique au

⁶ Gagnard et Lemétayer. *L'infirmité motrice cérébrale. Réadaptation.* (1979)

⁷ <http://www.lafondationmotrice.org/fr/content/la-paralyse-c-c3%A9r-c3%A9brale> consulté le 19/03/2015

sein de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé d'Azur-Plage (novembre 1989 –avril 2004) ». Nadia Sam (2008).

2- Les principales étiologies de l'Infirmé Moteur Cérébral (IMC)

Tout d'abord, la communauté scientifique entend par *Infirmité Motrice Cérébrale*, une infirmité motrice due à des lésions cérébrales précoces excluant ainsi les affections neurologiques évolutives et les retards moteurs traduisant simplement un déficit intellectuel. L'infirmité motrice devait donc constituer la symptomatologie unique ou plus exactement très largement prédominante. Le principal étant d'exclure de l'IMC toute forme d'association de déficit moteur accompagné de déficit intellectuel. En pratique, la conséquence la plus importante étant d'exclure de l'I.M.C tous les cas associant déficit moteur et déficit intellectuel et/ou troubles graves du psychisme.

Par conséquent l'infirmité motrice cérébrale n'est considérée, ni comme une malformation cérébrale, ni due à une pathologie génétiquement transmissible. On parle donc d'I.M.C. quand les séquelles sont purement motrices et qu'il y a conservation de l'intelligence à différencier de l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (I.M.O.C) lorsque les séquelles sont multiples et impactent l'enfant non seulement sur le plan moteur, mais aussi au niveau cognitif.

Par ailleurs, il est important de souligner que le handicap intervient dès les premiers instants de la vie, il va donc conditionner de façon très significative le mode de vie de l'enfant. Ces lésions peuvent être causées par :

2-1 L'anoxie néonatale :

Elle est liée à l'arrêt des fonctions cardio-respiratoires, privant le cerveau de son irrigation sanguine normale, ce qui entraîne un manque d'oxygène provoquant ainsi des lésions importantes impactant des parties qui régissent le langage chez l'être humain mais le handicap peut être aussi causé par une malformation du système nerveux central, une infection ou intoxication maternelle (rubéole, toxoplasmose, cytomégalovirus, certains médicaments, drogues, etc.), une anomalie du placenta ou du cordon, etc.. qui peuvent détruire les cellules du fœtus.

2-2 La prématurité :

La naissance prématurée (6 à 8 mois de grossesse) expose le nouveau-né à un risque d'hémorragie cérébrale survenant sur un cerveau non achevé et peut provoquer des lésions au niveau des cellules nerveuses du cerveau du fœtus.

2-3 L'accouchement difficile :

Une infirmité motrice cérébrale peut aussi survenir autour de la naissance arrivée au terme normal, et serait causée par un accouchement difficile (lequel peut être dû à une baisse de tonus de l'enfant secondaire à une souffrance fœtale), une jaunisse, un trouble circulatoire du fœtus lié à une mauvaise position du cordon ombilical...

2-4 Après la naissance :

Les scientifiques qui ont travaillé sur les IMC ont pu constater que dans certains cas, ces lésions peuvent survenir même après la naissance, une infection (méningite, encéphalite...), un traumatisme physique (accident, sévices corporels...), le traitement d'une tumeur, des convulsions sévères, ... enfin, toutes circonstances qui entraînent la baisse ou l'arrêt de l'irrigation du cerveau pouvant expliquer une IMC/PC.

L'Infirmité Motrice Cérébrale va être responsable, en outre de problèmes moteurs plus ou moins importants, de troubles cognitifs tout à fait spécifiques, et ce, indépendamment de l'efficacité intellectuelle globale. La personne présentant une I.M.C. ou une I.M.O.C. peut connaître des troubles de l'abstraction, du raisonnement, de repérages espace-temps.

Ces difficultés s'expliquent d'une part par les lésions elles-mêmes, d'autre part par l'expérience particulière « pauvre et faussée » (troubles sensoriels...) que va vivre souvent la personne ayant un handicap au niveau de son environnement, de son propre corps...

Sur le plan psychologique, les troubles sont variés et complexes ; ils découlent de facteurs nombreux :

- La déficience des outils moteurs, sensoriels, intellectuels, sensitifs,
- La dépendance matérielle inéluctable,
- La capacité de la famille à s'adapter à cette réalité psychique traumatique,
- Le vécu institutionnel souvent important, les interventions médicales...

De ce fait, les Infirmes Moteurs Cérébraux de part la pathologie qui les atteint, sont souvent incapables de faire usage de leur langage.

3- Les profils symptomatiques

Le terme d'IMC ou d'IMOC n'a ni valeur diagnostique ni valeur étiologique. Il s'agit d'un terme descriptif regroupant différentes maladies par lésions cérébrales précoces. Selon Danièle TRUSCELI (2008), il est préférable de considérer l'IMC comme une « *désorganisation complexe de la motricité que comme une paralysie* ». ⁸

On relève trois grands tableaux qui vont dépendre de la localisation de la lésion et de son étendue : la spasticité, l'athétose, et l'ataxie. Ils ne s'excluent pas les uns des autres.

3-1 La spasticité

Les troubles spastiques sont essentiellement dus à une atteinte pyramidale. Il y a une exagération du réflexe ostéotendineux résultant d'un trouble du tonus avec un accroissement de la résistance musculaire à l'étirement dont la caractéristique est de céder brusquement.

C'est ce qu'on appelle un clonus. Cette hypertonie est permanente, que ce soit le jour ou la nuit. La spasticité vient parasiter le contrôle moteur volontaire, empêche un étirement musculaire efficace, et augmente considérablement le coût énergétique du mouvement. L'enfant est incapable de détendre volontairement ses muscles, d'où la flexion permanente des membres. Chaque mouvement de détente demande un effort considérable et engendre d'importantes contractures musculaires. Le risque, à long terme, est de provoquer des déformations osseuses. Lorsque la marche est possible, elle se fait en ciseaux avec les bras en chandelier. On note souvent une atonie au niveau facial, c'est-à-dire un faciès inexpressif avec bavage et difficultés dans la motricité volontaire de la bouche et de la langue. Ce sont des enfants raidis en permanence mais il existe une hypotonie globale notamment au niveau des muscles de la phonation et de la respiration. Ils sont très craintifs et vivent avec la peur de tomber. Ils ont besoin de beaucoup de stimulation. En ce qui concerne le traitement de la spasticité, les thérapeutiques actuelles telles que l'utilisation de toxine botulique ou l'injection de myorelaxants peuvent être associées à la chirurgie orthopédique. 90% des enfants IMC-IMOC sont atteints de spasticité.

⁸ TRUSCELI D., Les infirmités motrices cérébrales : Réflexions et perspectives sur la prise en charge, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008, p25

3-2 La dyskinésie

La dyskinésie, aussi appelée hyperkinésie, concerne environ 20% des enfants IMC. Certains la considèrent comme une forme pure d'IMC. Les troubles du tonus sont la conséquence d'une atteinte du système extrapyramidal. Il s'agit d'un trouble du contrôle postural avec des difficultés à coordonner et contrôler les mouvements volontaires. La motricité volontaire, déjà très réduite, peut être parasitée par des mouvements involontaires rapides, imprévisibles, saccadés et exagérés. On parle alors de dyskinésie de style chorée. Ces mouvements touchent les membres inférieurs et déséquilibrent la marche quand elle existe. Ils mobilisent les membres supérieurs de façon incontrôlable, ce qui entraîne une grande dépendance.

La dyskinésie peut également être faite de mouvements lents de reptation parasitant les postures de repos et affectant surtout les extrémités des membres. On parle d'athétose. Elle peut également être faite de postures anormales liées à une contraction musculaire intense et durable. On parle de dystonie. Elle est déclenchée par des mouvements volontaires spécifiques, ce qui la rend beaucoup plus prévisible que la chorée. La rigidité des membres peut s'accompagner d'une hypotonie axiale ou d'une posture permanente en hyperextension. Les mouvements parasites augmentent au cours du mouvement volontaire et sont moindres quand ils ne sont pas programmés ou pendant le sommeil. Ils entraînent une déformation de la bouche et du visage, un faciès grimaçant, et touchent également les muscles de la phonation. La dyskinésie peut rendre le langage incompréhensible, il faut donc être prudent avant de conclure à une atteinte des fonctions cognitives dans ce type de tableau. L'émotion vient renforcer ces mouvements parasites. Ce sont des enfants volontaires et acharnés, rarement dépressifs.

3-3 L'ataxie

Elle concerne 10% des enfants IMC et résulte de lésions des voies cérébelleuses. Les formes pures sont peu fréquentes. Il existe une instabilité des mouvements c'est-à-dire que l'action est bonne mais sa réalisation n'est pas adaptée. On note un déséquilibre du mouvement, une incoordination, des tremblements mais une conservation de la force musculaire. Chaque mouvement nécessite un rétablissement de la situation ce qui crée des incoordinations. Le tonus est plutôt globalement hypotonique.

La station debout est titubante et la marche est instable. Les chutes sont fréquentes avec absence du réflexe d'amortissement. Les mouvements fins tels que l'écriture sont difficiles.

La mauvaise coordination des muscles de la phonation entraîne souvent une dysarthrie de type tonico-clonique (impression d'un accent allemand).⁹

Pour résumer voici un schéma explicatif et récapitulatif :

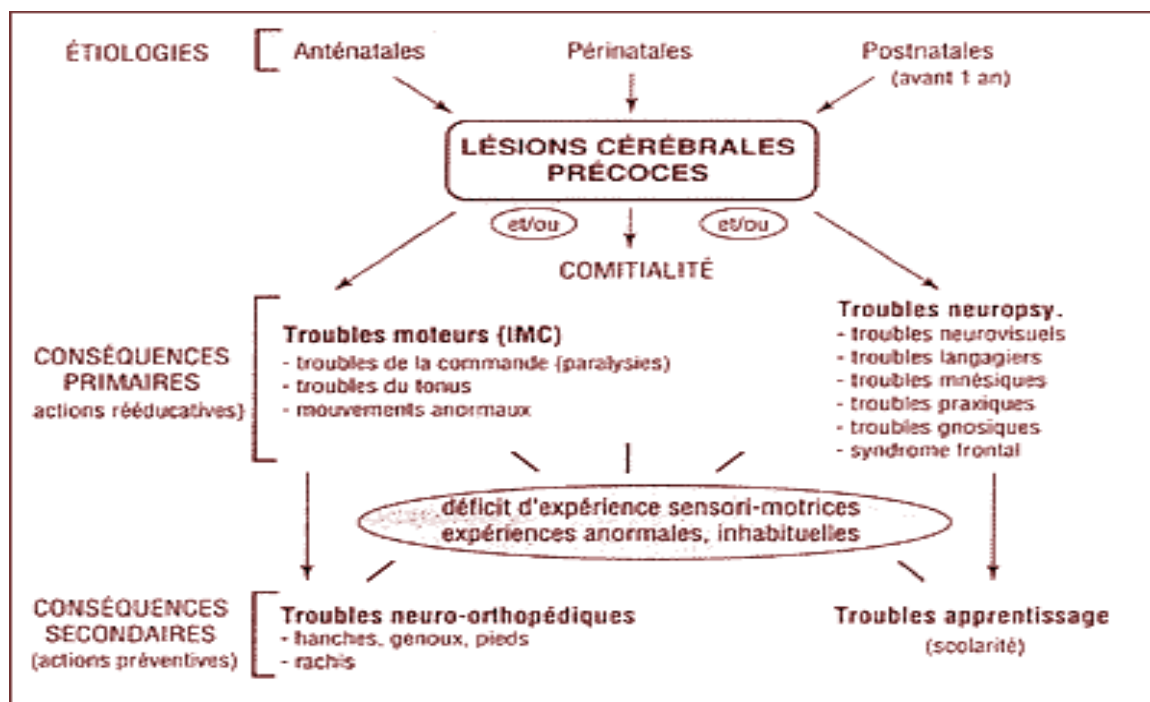


Schéma récapitulatif des lésions chez l'IMC. ¹⁰

⁹ Gaglio Aurélie, Comparaison de la pragmatique du langage entre des adolescents IMC/IMOC verbaux et non verbaux. 2010, p 45. (Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie).

¹⁰

http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fpetits.peutons.free.fr%2Fhandispace%2Fimc1.gif&imgrefurl=http%3A%2F%2Fpetits.peutons.free.fr%2Fhandispace%2Fhandispace_imc.htm&h=320&w=400&tbid=iet-Wdn8DwQgSM%3A&zoom=1&docid=Qf-sAgwZatWKMM&ei=gxtCVYziH8naUc-KgJgC&tbnid=isch&iact=rc&uact=3&dur=1623&page=2&start=34&ndsp=43&ved=0CJOBKODMCg consulté le 25/04/2015.

4- Langue et langage :



11

Les zones du langage dans le cerveau.

4-1 Vu par les linguistes :

La langue est une faculté propre à l'être humain, c'est la capacité de communiquer de manière articulée avec un système de signes écrits et verbaux. C'est un système particulier de signes et de règles conçues par des spécialistes qui permet aux individus d'une même communauté de se comprendre.

Voici quelques définitions de linguistes :

Pour DE SAUSSURE (1916), la langue est un trésor déposé par la pratique de la parole dans les sujets appartenant à une même communauté, un système grammatical existant virtuellement dans chaque cerveau, ou plus exactement dans les cerveaux d'un ensemble d'individus ; car la langue n'est complète dans aucun, elle n'existe parfaitement que dans la masse.¹²

Pour MARTINET (1955), une langue est un instrument de communication selon lequel l'expérience humaine s'analyse, différemment dans chaque communauté, en unités douées d'un contenu sémantique et d'une expression phonique, les monèmes ; cette expression

11

http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fstatic.skynetblogs.be%2Fmedia%2F127560%2Fdyn002_original_442_215_pjpeg_2625226_0911e54eb6232b405da8e706d15a28dc.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fjmomusique.skynetblogs.be%2Farchive%2F2009%2F05%2F28%2Faphasie-et-musique.html&h=215&w=442&tbnid=Q9EzqP7w4MdvTM%3A&zoom=1&docid=lgDnNeOeSDTbnM&ei=uBZCVYTFocbLaPmKgcgF&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=2410&page=2&start=31&ndsp=40&ved=OCK4BEKODMCO consulté le 29/04/2015.

¹² **Ferdinand DE SAUSSURE**, cité par **Claude HAGEGE**, Halte à la mort des langues, Paris, Odile Jacob, 2002, p. 36

*phonique s'articule à son tour en unités distinctives et successives, les phonèmes, dont la nature et les rapports diffèrent, eux aussi, d'une langue à une autre.*¹³

*Pour Franck NEUVEU (2004), la langue est définie comme un système complexe de communication propre aux communautés humaines [...]. Un système de signes vocaux, articulés selon deux plans distincts et complémentaires correspondant à deux ordres d'unités, celui des unités significatives (première articulation) et celui des unités non significatives (deuxième articulation).*¹⁴

Le langage est l'utilisation de la langue ; un système propre à favoriser la communication entre les êtres humains. Le langage est donc le produit d'une activité, l'usage fait de la langue par un groupe donné s'exprimant au moyen d'une langue. Du point de vue linguistique : *le langage est une généralisation de l'ensemble des langues.*

Le langage reproduit la réalité. (Benveniste 1966).¹⁵ Benveniste explique aussi dans son ouvrage « *Problèmes de linguistique générale* » que le langage est la faculté de représenter le réel par un « signe » et de comprendre le « signe » comme représentant le réel, donc d'établir un rapport de « signification » entre quelque chose et quelque chose d'autre.¹⁶

Dans l'ouvrage « *La grammaire d'aujourd'hui* » (1986), on a pu recenser plusieurs définitions de langage qui sont les suivantes :

- *Langage et langue* sont l'un est l'autre utilisés pour désigner des ensembles signifiants utilisés notamment à des fins communicatives. Ils se distinguent par leur extension : une langue est nécessairement un langage, alors qu'un langage n'est pas nécessairement une langue. On parle ainsi des langages des animaux, des langages artificiels, du langage pictural ou musical, etc. : tous objets qui sont des langages sans être des langues. En ce premier sens de l'opposition, **seules les langues sont l'objet de la linguistique**. Les autres langages sont l'objet d'autres sciences [...].

¹³ André MARTINET, *Eléments de linguistique générale*, Paris, Armand Colin, col. *Cursus*, 4e édition, 2005, p. 20

¹⁴ Franck NEUVEU, *Dictionnaire des sciences du langage*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 174

¹⁵ Benveniste, *Problèmes de linguistique générale*, t. I, Paris : Gallimard, 1966, p25

¹⁶ Benveniste, *Problèmes de linguistique générale*, t. I, Paris : Gallimard, 1966, p26

- Le terme *langage* désigne parfois l'ensemble des caractères communs aux diverses *langues*. C'est dans ce sens qu'on parle de stratification du langage ou de la double articulation du langage : on entend alors par langage l'ensemble des langues connues, qui présentent effectivement le caractère d'être stratifiées et doublement articulées et d'avoir en commun un certain nombre de fonctions. De ce point de vue, **la linguistique a indissolublement pour objet les langues et le langage.**
- Dans l'optique saussurienne (pour l'essentiel adoptée par Benveniste), le *langage* et le *discours* (*parole* dans le *Cours de linguistique générale*). A condition d'intégrer les structures syntaxiques au domaine de la langue (et non au discours, comme semble tenté de le faire Saussure), cette opposition permet de repérer clairement les oppositions entre les deux concepts. [...] Dans cette troisième interprétation de l'opposition, **la linguistique a pour objet le langage, la langue et le discours.**
- Enfin, le langage est souvent défini par l'ensemble des spécificités de l'espèce humaine qui lui permettent d'utiliser, notamment à des fins de communication, les objets spécifiques que sont les langues naturelles. Dans cette dernière acception, **l'objet de la linguistique est constitué par les langues et par l'ensemble des problèmes que pose le langage**, par exemple les relations entre le sujet et le langage (d'une part psycholinguistique, d'autre part rencontre avec la problématique lacanienne de « l'inconscient structuré comme un langage »), et les relations entre le langage et la société (sociolinguistique).¹⁷

4-2 Vu par les psychologues

Comme nous l'avons vu auparavant le langage est une faculté propre à l'espèce humaine de part sa complexité et son aboutissement.

La psycholinguistique voit le jour dans les années 1960, elle se distingue de la linguistique qui étudie le langage de façon extérieure à l'homme, quant à elle par l'étude de la communication et du langage, si on peut dire « *de façon intérieur à l'homme* ». Elle étudie le langage sous l'angle de la théorie de l'information (canal, récepteur, émetteur).

Pour les psycholinguistes le langage véhicule l'information à travers plusieurs caractéristiques, et prends en compte l'aspect de l'homme et de la société où il vit.

¹⁷ Michel Arrivé, Françoise Gadet, Michel Galmiche, La grammaire d'aujourd'hui : Guide alphabétique de la linguistique française, Paris, Flammarion, 1986, p 362-363.

« [...] étudier l'emploi du langage et, en particulier, les processus psychologiques qui sous-tendent la production, la compréhension, la mémorisation et la reconnaissance du matériau linguistique. Dans l'analyse de chacun de ces domaines, on peut distinguer au moins trois niveaux : la composante phonologique, la composante syntaxique et la composante sémantique. Certains psychologues se sont surtout intéressés à une seule composante et, à différentes périodes, l'ensemble des psycholinguistes s'est principalement intéressé à un seul de ces niveaux, qui coïncidait généralement avec les progrès formels réalisés dans la description de cette composante. »¹⁸

4-3 Vu par les orthophonistes

Le langage se divise en deux parties : langage verbal et non verbal (mimiques, gestes, regards...).

Le langage verbal comprend plusieurs domaines :

- a- **La phonologie** : « Science qui étudie les sons du langage du point de vue de leur fonction dans le système de communication linguistique`` (Lang. 1973). Science de la face fonctionnelle des sons du langage humain, la phonologie étudie le rôle que jouent les éléments phoniques de la chaîne parlée dans la communication. Elle s'oppose en cela à la «phonétique», qui étudie les mêmes éléments phoniques, indépendamment de leur fonction linguistique (D. D. L.1976). »¹⁹

« Science qui a pour objet l'étude fonctionnelle des sons, du langage et de leurs qualités» (Trubetzkoy 1929 dans *Travaux du Cercle linguistique de Prague*, 1, p.85).

- b- **La syntaxe** : « Partie de la grammaire traditionnelle qui étudie les relations entre les mots constituant une proposition ou une phrase, leurs combinaisons, et les règles qui président à ces relations, à ces combinaisons. Nous connaissons (...) les éléments de tout discours, pris chacun en particulier. Il nous reste à examiner les moyens par lesquels on les lie entr'eux, et les lois qui président à cette réunion. C'est l'objet de la syntaxe (Destutt De Tr., *Idéol.* 2, 1803, p. 166) »²⁰

¹⁸ Mehler J.. Introduction. In: *Langages*, 4e année, n° 16. . Psycholinguistique et grammaire générative. pp. 3-15.

¹⁹ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/phonologie> consulté le 22/04/2015.

²⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/syntaxe> consulté le 22/04/2015.

c- **La pragmatique** : « Qui étudie le langage du point de vue de la relation entre les signes et leurs usagers. »²¹

«L'analyse logique du contenu d'un document consiste à identifier les corrélats linguistiques des traits syntaxiques, sémantiques et pragmatiques du texte (...)» (Coyaud, Introd. ét. lang. docum. , 1966, p.67).

d- **Le lexique** : « Ensemble des unités significatives d'une langue, excluant généralement les unités grammaticales et donc en inventaire ouvert, envisagé abstraitement comme un des systèmes constitutifs de cette langue. *Le lexique est souvent opposé au vocabulaire, comme un inventaire d'unités virtuelles à l'ensemble d'unités réalisées dans un corpus (ou, ce qui revient au même, dans un texte)* (Greimas-Courtés 1979). »²²

De plus le langage verbal se divise en langage oral et langage écrit, dans notre étude nous allons nous focaliser sur le langage oral mais nous ferons un topo sur le langage écrit chez les IMC. Dans le langage écrit le graphisme, la transcription (tout ce qui se rapporte au syntaxique, orthographique et lexical) et la lecture doivent faire l'objet d'une étude approfondie afin de déceler tout les troubles possibles. Quant au langage oral son exploration s'accroîtra sur deux versants le premier est la compréhension du langage en situation de communication (réceptif) et le second est la production de ce dernier pour pouvoir communiquer avec autrui (expressif).

Ci-dessous un tableau résumant le développement du langage expressif chez l'enfant ²²:

²¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/pragmatique> consulté le 22/04/2015.

²² <http://www.cnrtl.fr/definition/lexique> consulté le 22/04/2015.

Le développement du langage expressif

L'âge	L'évolution du langage
6 mois	Produit une variété de cris, de sons et d'intonations
Vers 1 an	Produits des suites de syllabes. (ex. : mamama, tatata) Exprime un ou deux mots reconnaissables. Combine des sons et des gestes. (ex. : montre un objet du doigt et dit « eu-eu ».)
Vers 1 an et 6 mois	Exprime 10 mots ou plus. Utilise les mots dans le but de communiquer.
Vers 2 ans	Exprime 100 mots ou plus. Combine deux ou trois mots. (ex. : encore jus, donne camion, maman partie auto)
Vers 2 ans et 6 mois	S'identifie en utilisant « moi ». Exprime de petites phrases. Commence à utiliser des pronoms, des verbes et des adjectifs.
Vers 3 ans	Exprime 1000 mots ou plus. Questionne et répond à des questions simples. Peut suivre une conversation simple. Utilise les pronoms « je, tu ».
Vers 3 ans et 6 mois	Parle en utilisant des phrases de plus en plus longues et complexes.
Vers 4 ans	Utilise des phrases complexes (ex. : Je ne veux pas le camion parce qu'il est brisé.) Exprime des verbes au présent, au passé et au futur.
Vers 5 ans	Les phrases s'apparentent à celles d'un adulte.

23

Le langage comme nous venons de le voir d'après plusieurs scientifiques (linguistes, psychologues, orthophonistes) se rejoignent tous dans le fait que le langage et la langue sont un moyen de communication propre à la communauté humaine et par lequel l'individu peut s'épanouir dans le milieu sociale où il vit (la vie quotidienne, à l'école, au travail...). Dans cette optique nous avons voulu étudier, explorer la communication dans un angle pathologique chez des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale. Avant d'entamer l'aspect pathologique chez l'IMC nous avons jugé nécessaire de passer par l'aspect normal du langage.

²³ Caroline Bowen, Rachel Fortin, « Les difficultés phonologiques chez l'enfant : Guide à l'intention des familles, des enseignantes et des intervenantes en petite enfance. », Chenelière Éducation, 2007, p 10.

Le langage chez l'IMC est parfois source de confusion chez certaines personnes ; dès qu'un enfant a des difficultés d'élocution, il est considéré comme un déficient intellectuel, alors que l'enfant IMC souffre de problèmes de parole (dysarthrie), dus à ses troubles moteurs que nous avons déjà vus précédemment. Donc le langage chez l'IMC suit une acquisition normale mais peut être altéré plus ou moins sauf cas particuliers par un retard sur le rythme d'acquisition de celui-ci.

« Bouton (1976) exprime un consensus général en écrivant que le langage suit, chez ces sujets, son mode de progression habituel, avec ou sans retard, mais que les troubles moteurs particuliers aux enfants IMC entravent d'une manière diverse son acquisition. Il est généralement admis en effet que les enfants IMC ne présentent pas de troubles spécifiques du langage, hormis un retard plus ou moins important dans son développement, retard causé par les déficits moteurs en général et les troubles de la parole en particulier »²⁴.

5- DEVELOPPEMENT DES ASPECTS LANGAGIERS

5-1 Développement ordinaire du langage :

Le langage est « *la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes* » RONDAL, (2000)

Le langage est un moyen de communication propre à une communauté.

La parole est la production de la signification sous forme de sons articulés.

De ce fait, il faut souligner que les linguistes différencient quatre composantes du langage :

- La phonétique : c'est c'est le niveau concernant les sons du langage ou phonèmes,
- La sémantique c'est l'étude de la signification des mots (lexique),
- la syntaxe : concerne les règles d'associations des éléments du langage entre eux.
- la pragmatique : étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel, etc.).

²⁴ LAMBERT (J.L.), SERON (X.), Infirmité motrice cérébrale et atteinte cérébrale minimale, in RONDAL (J.A.), SERON (X.), *Troubles du langage. Diagnostic et rééducation*, Bruxelles, Mardaga, 1980, p. 365.

Ainsi d'après Florin A.(2003) le langage chez l'enfant ordinaire passe par des étapes bien distinctes à quelques différences près selon l'environnement social de l'enfant :

Age	Langagier	Cognitif	Social et affectif	Sensoriel et moteur
0-3 mois	Produit des cris différents selon les stimulations, gazouillis, jeux vocaux, rires, vocalises. Discrimine les contrastes entre groupes de sons. Préfère la voix de sa mère à celle d'une autre femme, sa langue maternelle à une autre langue. Sensible à la prosodie. Reconnaît une syllabe dans des énoncés différents	Discrimine des stimuli visuels ou auditifs. Anticipe du regard la trajectoire d'un objet. Manifeste une préférence pour la nouveauté.	Tourne les yeux en direction de la partie du corps touchée. Sourire social, mimique de surprise	Réaction à la voix, localisation visuelle. Maintien de la tête
4-6 mois	Préférence pour le langage maternel adressé au bébé. Catégorise les voyelles. Premiers échanges communicationnels.	Reproduit des événements fortuits intéressants. Catégorise des éléments différents selon une propriété commune.	Tourne la tête vers une source sonore, prolonge l'interaction en souriant.	Prise et transfert d'objets S'assoit seul.
7-9 mois	Produit plusieurs syllabes, chantonne. Comprend des mots en contexte, Détecte les frontières des groupes de mots (syntagmes).	Ajuste ses comportements aux caractéristiques d'un objet (forme, volume, poids, etc.)	Réciprocité dans les échanges. Manifeste un attachement sélectif.	Se tient debout avec un support. Montre un objet du doigt.
10-12 mois	Production des premiers mots, essaye de nommer les objets désignés par l'adulte. Comprend des mots hors contexte. Détecte les frontières de mots.	Anticipe les événements. Construit une tour, peut suivre la ligne du regard.	Réagit différemment aux proches et aux inconnus. S'ajuste à des demandes.	Premiers pas Coordonne plusieurs actions.
1-2 ans	Discours télégraphique. Comprend les mots familiers. Développement du premier lexique, de 20 mots à 200 mots.	Expérimentation active. Identifie des parties du corps.	Comprend les expressions faciales d'autrui, répète les actions qui font rire.	Marche seul Descend des escaliers à reculons. A une préférence pour une main.
2-3 ans	Modifie les demandes selon l'interlocuteur. Produit 200 à 300 mots. Comprend les demandes directes et les demandes indirectes.	Identifie les objets par l'usage, prend en compte le point de vue d'autrui (oriente un objet pour que l'adulte le voit).	Attachements multiples. Se reconnaît dans un miroir. Jeux symboliques.	Monte et descend les escaliers, saute à pieds joints. Tourne les pages d'un livre, coupe avec des ciseaux
3-4 ans	Extension du vocabulaire et phrases courtes. Peut suivre une conversation, comprend des promesses, s'amuse des jeux de langage.	Acquisition de concepts d'espace, de temps, de quantité. Utilise les principes du comptage	Identifie plusieurs parties du corps .Attend son tour. Aime aider les autres. Critique autrui.	Court avec aisance, tape du pied dans un ballon. Fait du tricycle

Tableau du développement de l'enfant ²⁵

5-2 Développement pathologique du langage chez l'IMC:

*« La variété des troubles de la parole et du langage présentés par les sujets IMC est le reflet de la diversité présente au niveau de la symptomatologie organique »*²⁶.

Selon le D.Truscelli (2007).

*« Les troubles moteurs occupent une place prépondérante parmi les séquelles définitives résultant des lésions cérébrales précoces et non évolutives ; ils sont à l'origine de difficultés articulatoires du langage parlé. Le facteur commun est représenté par le déficit chronique des contrôles de la motricité. Néanmoins les troubles moteurs ne résument pas la pathologie de la communication »*²⁷.

Cependant, les troubles du langage chez les enfants IMC sont fréquents et variés. Comme pour les troubles moteurs, le degré de sévérité du trouble est variable, allant d'un simple trouble de l'articulation (« seval » pour "cheval") à l'absence totale de langage oral. Les possibilités langagières sont en fonctions des capacités intellectuelles de l'enfant, mais

²⁵ Florin, A.(2003), introduction à la psychologie du développement, enfance et adolescence. Paris : Dunod, les topos

²⁶ Lambert et Séron (1982, p. 362),

²⁷ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 325.

également de la gravité et de la forme clinique des infirmités motrices cérébrales. Par exemple, les enfants athétosiques ont des troubles du langage différents de ceux des enfants spastiques : quand l'athétose est présente au niveau du visage, les mouvements involontaires de la langue et de tous les muscles de la face rendront la parole très difficile.

Lorsque l'enfant IMC développe un langage oral, on remarque que cette acquisition se fait de manière retardée par rapport au développement normal. Leur parole peut être dysarthrique, c'est-à-dire mal articulée. Quand les lésions cérébrales ont touché gravement les mécanismes de la parole, l'enfant n'est pas capable de parler oralement ou très difficilement, par contre il est tout à fait capable de s'exprimer autrement : comme l'enfant polyhandicapé, il peut se servir de son langage originel (regard, sourire, mimiques...), mais on peut également mettre à sa disposition un moyen de communication alternative (qui remplace la parole) ou augmentée (qui la complète) qui va lui permettre d'étendre ses possibilités d'expression.

Parler nécessite l'enchaînement de nombreux mouvements (de la langue, des lèvres, du maxillaire et du voile du palais), de l'appareil phonatoire en général comme nous l'avons souligné auparavant ainsi qu'une coordination avec la respiration.

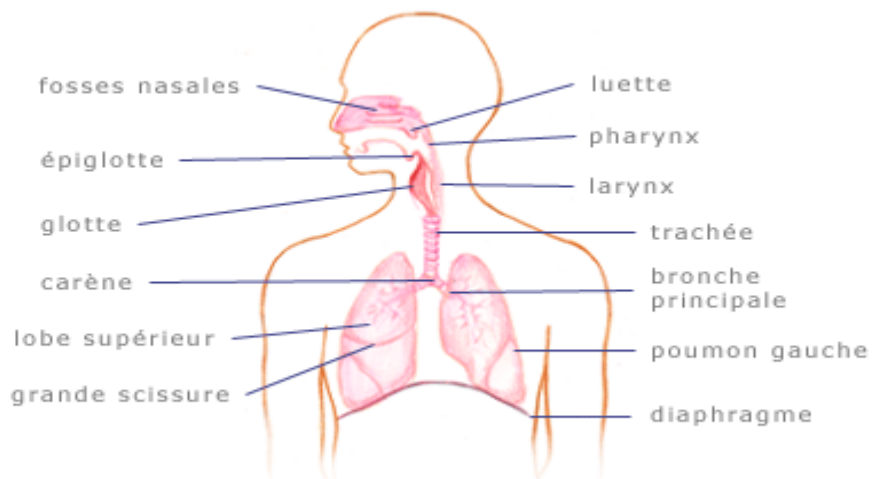
« Le langage oral n'est pas une fonction mais la superposition de conduites phonatoires et articulatoires (Lespargot 1998). »²⁸

5-2-1 Troubles de la parole et du langage

5-2-1-1 Troubles de la parole

Pour parler, nous nécessitons la mobilisation de nombreux organes de l'appareil phonatoire : la soufflerie (les muscles respiratoires), la sonorisation (larynx, cordes vocales), les cavités de résonances (pharynx, cavité nasale), les organes de l'articulation (langue, voile du palais, lèvres, dents...).

²⁸ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p.330



29

Schéma du système respiratoire humain.

29

http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.savoirs.essonne.fr%2Ffileadmin%2Fbds%2FMEDIA%2Fla_vie%2Fmedecine_et_sante%2Fbiomatériaux%2Fbiomatériaux4.gif&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.savoirs.essonne.fr%2Fsections%2Fressources%2Fdessins-schemas%2Fphoto%2Fschema-du-systeme-respiratoire-humain%2F%3Fchash%3D0cc55cfcfafd764cbe65f0f1642e568a&h=280&w=388&tbnid=kFBWTrFFB2lxMM%3A&zoom=1&docid=xE60GrribLunDM&ei=DQo5VbixDZPxasuzgKgM&tbm=isch&iact=rc&uact=3&dur=466&page=1&start=0&ndsp=33&ved=0CGYQrQMwFQ consulté le 23/04/2015.

32

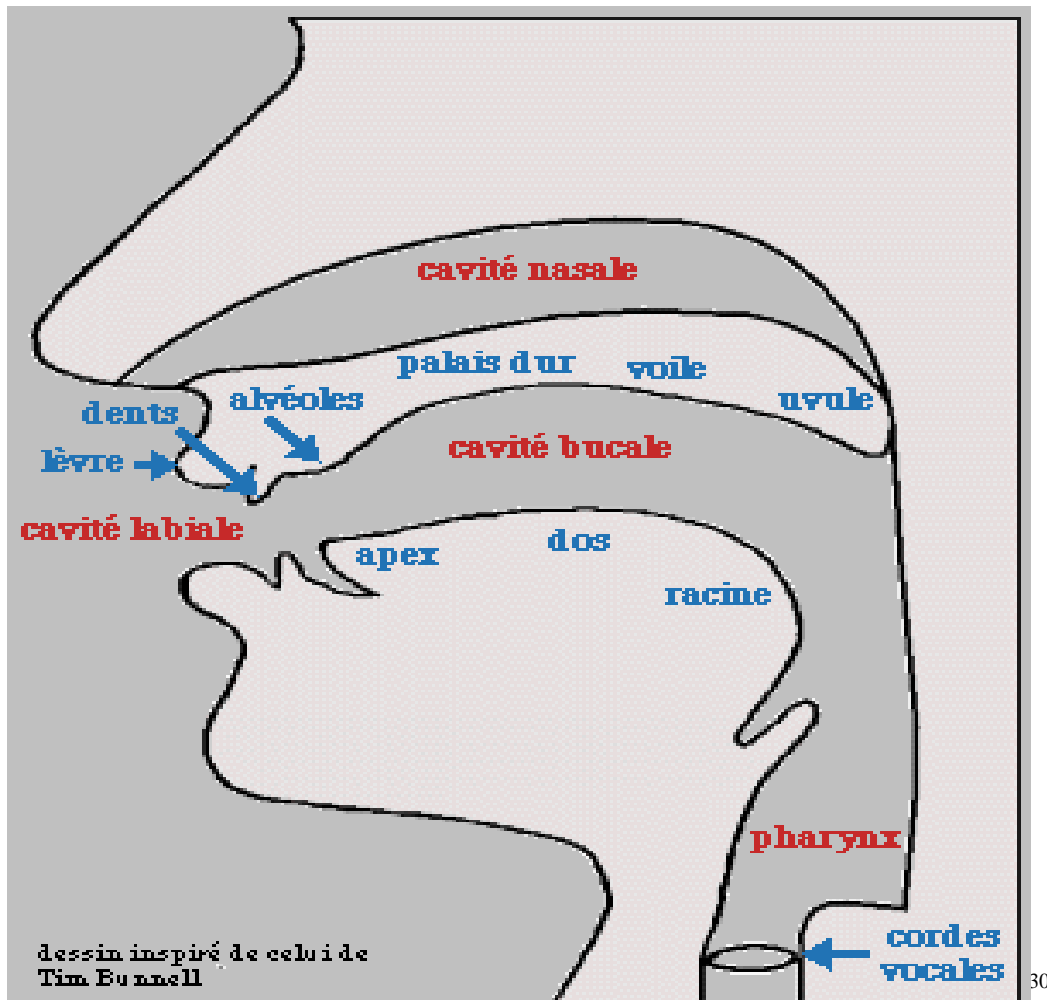


Schéma de l'appareil phonatoire.

Une bonne coordination entre les organes de la phonation permet une parole intelligible, de ce fait la difficulté que l'enfant IMC a pour contrôler ses derniers rends sa parole incompréhensible ou peu intelligible (soit dû à la spasticité, dyskinésie ou l'ataxie).

D'après Le Métayer (1999)³¹ il existe quatre degrés d'intensité des troubles de la parole chez les sujets IMC et/ou IMOC :

- 1 Le 1^{er} degré : les troubles de l'articulation restent modérés.
- 2 Le 2^{ème} degré : une difficulté pour articuler mais la parole reste intelligible.
- 3 Le 3^{ème} degré : les difficultés a articulé sont présente, son entourage et les personnes habitués à ses difficultés sont les seuls à pouvoir comprendre.

30

<http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.pomme.ualberta.ca%2Fling%2Forganes.gif&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.pomme.ualberta.ca%2Fling%2Fnotes.htm&h=354&w=299&tbnid=pObXF0g5avBQOM%3A&zoom=1&docid=Y6rXEqvIFWkLGM&ei=DQo5VbixDZPzasuzgKgM&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=359&page=1&start=0&ndsp=33&ved=0CEgQrQMwDQ> consulté le 23/04/2015.

³¹ M.Le Métayer, Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique, 2^{ème} éd. Broché, 1999, p111.

4 Le 4^{ème} degré : l'expression orale devient inexistante de part les difficultés articulatoires.

5-2-1-2 Troubles de la respiration :

« Pour parler il ne faut ni respirer ni avaler en même temps: ces trois actions doivent être régulées finement (et automatiquement), s'enchevêtrer et s'intercaler, sans jamais être simultanées» (Mazeau, 1997).

Au cours de la parole, les muscles de la respiration régulent la ventilation au moment du repos, donc il faut une certaine maîtrise des muscles, que les IMC n'ont pas forcément compte tenu de leurs troubles moteurs. *« Quand les muscles respiratoires sont animés de contractions parasites, quand la contraction déjà faible du diaphragme se heurte à la pression abdominale augmentée par la présence de gaz dans l'abdomen, quand la mobilité costale est diminuée en station assise par une cyphose ou une sangle abdominale trop serrée – le système ventilatoire de repos est perturbé. »*³²

Chez l'enfant IMC le souffle vocale est maintenu difficilement, l'expiration est faible dû à l'hypotonie axiale : *« l'inspiration est peu profonde et même quand elle est insuffisante, l'expiration se fait de façon saccadée car le diaphragme ne se décontracte pas progressivement »*³³. Une amplitude du rythme de la respiration est relevée compte tenu des mouvements athétosiques. Donc il y a une incoordination pneumo-phonique.

Il y a une relation de complémentarité entre la phonation et la respiration : les troubles moteurs qui entravent le bon déroulement de la respiration ou du souffle vocal ont une incidence directe sur la phonation (la parole).

5-2-1-3 Troubles de la voix

Chez l'enfant IMC la voix peut être athétosique ou spastique, parmi les causes qu'on peut retrouver d'après (Verhoeven, 1999) :

³² Catherine Grosmaître, La communication empêchée : Trouble de la parole chez la personne avec paralysie infantile. Répercussions des moyens alternatifs de communications sur leur évolution. APF formation 20^è journées d'étude, paris, 24, 25, 26/01/07, p 5.

³³ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 334.

- La présence du réflexe laryngé primitif entraîne la fermeture répétée ou anarchique de la glotte qui implique une sonorisation forcée ou intermittente, une phonation pendant l'inspiration et des interruptions de vibrations sonores.
- Le syndrome paralytique comprenant deux formes l'une flasque et l'autre spastique.

La voix athétosique est une voix grave, la réalisation de la parole est faite souvent pendant l'inspiration, le volume est irrégulier et l'intensité est faible ou parfois forcée (Sam Nadia, 2013) : « [...] les syndromes dystoniques inclut des anomalies d'origine laryngo-respiratoire : son inégal, irrégulier, hauteur de voix fluctuante, souffle court, débit ralenti, parfois scandé. »³⁴

La voix spastique est une voix haute et forcée (serrée), une hyper nasalisation est constatée, le volume sonore reste irrégulier (Sam Nadia, 2013)³⁵ et une raucité dû aux spasmes laryngés : « dans les formes spastiques, la voix peut être serrée, faite de bouffées fortement nasalisées avec des anomalies articulatoires. »³⁶

La nasalisation d'origine dystonique ou paralytique est fréquente chez l'IMC, elle constitue l'un des facteurs les plus fréquents qui rendent la parole intelligible.

L'état émotionnel du sujet IMC ne peut pas être senti à travers la parole (phonation) car les troubles de la voix que nous venons de citées ci-dessus influencent la mélodie, le débit, le rythme et la prosodie de la parole.

5-2-1-4 Troubles articulatoires

Les troubles moteurs liés à l'activité de la parole engendrent divers troubles dont les troubles articulatoires ; ces difficultés articulatoires se résument en la paralysie des complexes musculaires des cavités de reconnaissance supra-laryngée (le pharynx, la bouche, le nez, les lèvres). De ce fait nous pouvons aussi constaté que chez l'enfant IMC, il peut s'agir d'altération ou de substitution ou de distorsion de phonèmes lors de la réalisation articulatoire.

³⁴ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 337.

³⁵ <http://orthophoniealgerie.unblog.fr/linfirmite-mortice-cerebrale-imc/> consulté le 25/04/2015.

³⁶ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p337.

Chevrie-Muller explique dans le cadre de l'IMC : « *les troubles moteurs dans les activités phonétiques créent un retard de parole ou la persistance d'émissions élémentaires hors normes : on est loin des anomalies passagères du jeune enfant immature* »³⁷

Quand la commande motrice des organes phonatoires est altérée, quand la réalisation de la parole de l'enfant IMC est contraignante, on parle alors de **dysarthrie**.

Nous avons jugé utile de répertorier les différentes définitions de « dysarthrie » dans la littérature étant donné qu'elle domine dans le tableau des troubles chez l'IMC :

- (Darley et al., 1975). *La production de la parole nécessite : une synchronisation entre les systèmes respiratoire, laryngé et articulatoire [...]* »³⁸.
- Mazeau (1999) définit la dysarthrie en tant que : « *pathologies du module de sortie de la parole, pathologie de la sphère bucco-phonatoire qui permet la réalisation du langage sonorisé* »³⁹.
- Dans le dictionnaire orthophonique (2004) la dysarthrie est définie comme : « *l'ensemble de troubles de l'articulation résultant d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique ou d'une ataxie des muscles de la phonation [...]. La respiration, l'articulation, la phonation, le débit et/ou la prosodie peuvent être affectés* ».⁴⁰
- La dysarthrie est définie par Grosmaître (2007) comme étant : « *un trouble de la réalisation motrice de la parole d'origine neurologique, est un des troubles de la communication verbale* ».
- Babic (2009) explique la dysarthrie comme : « *un trouble de la réalisation motrice de la parole, séquentaire à des lésions du système nerveux central, périphérique ou mixte* ».

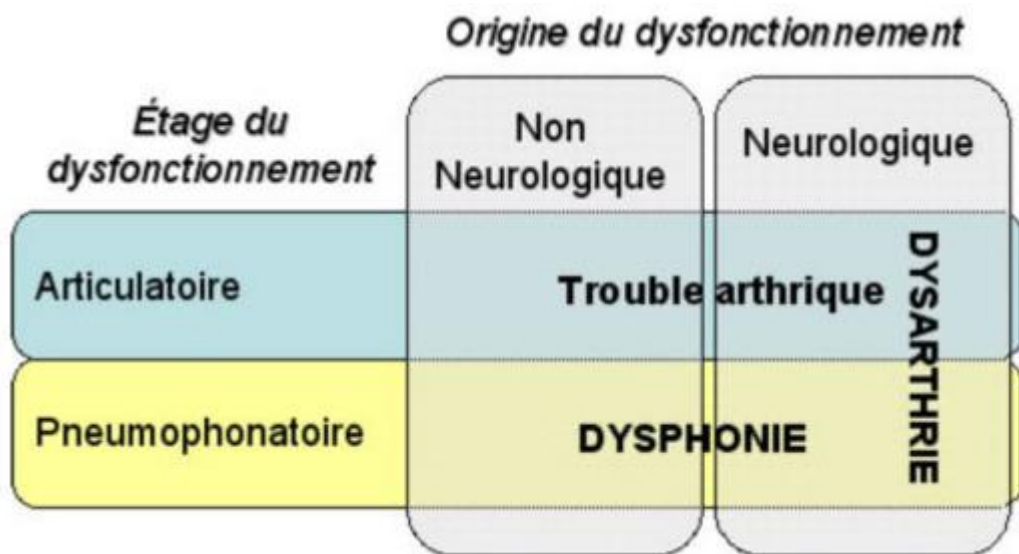
³⁷ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 335.

³⁸ Babic Myriam, « Chapitre 12. La dysarthrie chez le patient dément », *La prise en charge des démences*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Questions de personne », 2009, p376.

³⁹ MAZEAU M., Les troubles du langage : Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant, Du trouble à la rééducation, 1999, Paris, Masson, p72.

⁴⁰ F.Brin et Al. Dictionnaire d'Orthophonie, 2004, Ortho édition, p 78.

La figure ci-dessous décrit la dysarthrie comme un trouble articulatoire et/ou phonatoire pouvant être d'origine neurologique. Ce qui relie les deux définitions de Darley (1975) et du dictionnaire orthophonique (2004):



41

La dysarthrie et son origine.

- « Les dysarthries proprement dites : il s'agit des troubles liés à un mauvais fonctionnement des groupes musculaires responsables de la production de la parole. Le trouble est permanent et uniforme, le patient est conscient du caractère anormal de sa production. Les troubles concernent la respiration, la résonance, l'articulation, le débit et la prosodie. »⁴²
- « Brain (1965) appelait dysarthrie les troubles de l'articulation. Mais il définissait l'articulation comme la fonction motrice par laquelle les mots étaient convertis en sons par l'action des lèvres, de la langue, du palais, des cordes vocales et des muscles respiratoires. L'intégration de la respiration, de la

41

http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Floadimg.php%253FFILE%253DRFLA%2FRFLA_132%2FRFLA_132_0045%2FfullRFLA_idPAS_D_ISBN_pu2008-02s_sa05_art05_img001.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fzen.php%3FID_ARTICLE%3DRFLA_132_0045&h=284&w=520&tbnid=oE90E3TRUzfyuM%3A&zoom=1&docid=RfaFDR54um9I7M&ei=JoE_VZC-HMreUaHwgbgO&tbnid=isch&iact=rc&uact=3&dur=747&page=1&start=0&ndsp=38&ved=0CCEQrQMwAA
consulté le 28/04/2015.

⁴² Olivier HERAL, TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DE LA DEGLUTITION EN NEUROLOGIE DE L'ADULTE : Aphasies, dysarthries et dysphagies. Castres (http://www.fno.fr/upload/trouble_deglutition.pdf consulté le 28/04/2015), p 23.

phonation et de la résonance dans l'analyse des dysarthries est maintenant largement admise. »⁴³

- « *Les dysarthries, c'est-à-dire les troubles de la parole secondaires aux troubles moteurs. Ils incluent non seulement les troubles de "mauvaise articulation", mais aussi les troubles vocaux et les troubles du débit. »⁴⁴*

Voici un tableau récapitulatif d'après Chevré-Muller (1972) sur la dysarthrie chez l'enfant et notamment l'enfant IMC :

Tableau I – Pathologie de la parole et du langage chez l'enfant.⁴⁵

1. Déficit des « instruments de base »

	Pathologie congénitale	Pathologie acquise
<i>Troubles de la commande et du contrôle de la motricité pharyngo-buccale =</i> DYSARTHRIES et APHEMIES.	Paralysies labio-glosso-pharyngées : Syndromes pseudobulbaires isolés ou inclus dans un tableau d'IMC. Dysarthries cérébelleuses. Troubles graves de la parole des athétoses et dystonies.	Lésions neurologiques périphériques ou centrales, traumatiques, chirurgicales, vasculaires. Maladies évolutives (dystonies progressives).

⁴³ Bernard Lechevalier, Francis Eustache, Fausto Viader. *Traité de neuropsychologie clinique*, de boeck et inserm, 2008, p 524.

⁴⁴ Jean-Adolphe Rondal, Xavier Seron, *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga, 2003, p 708.

⁴⁵ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques*, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 259.

Toutes ces définitions renvoient à ce que la dysarthrie est un trouble de l'exécution motrice de la parole, dominant chez l'enfant IMC, c'est une lésion neurologique affectant l'articulation de la parole menant à une faiblesse, une incoordination motrice et une lenteur dans les domaines suivants : prosodie, phonation, articulation, respiration et résonance.

Selon les mécanismes neurologiques touchés, il existe trois grands types de dysarthries d'après (Mazeau 1997) :

- a) **Les dysarthries paralytiques et/ou dystoniques** : Elles se traduisent par une insuffisance de la commande motrice et du tonus : *« au niveau des organes phonateurs, par une commande insuffisante, voire nulle sur certains muscles, alors que sur d'autres, c'est l'hypertonie qui constitue la gêne essentielle avec même pour certains groupes musculaires, des risques de rétraction, qu'il faudra combattre (en particulier l'orbiculaire des lèvres) »*⁴⁶

Dans la parole de ses sujets, on distingue une indifférenciation articulatoire, des omissions, des simplifications, des élisions et des déformations constantes, invariables qui laissent aux personnes proches de cette enfant IMC une compréhension plus ou moins intelligible. Mais la communication reste difficile en général.

- b) **Les dysarthries athétosiques** : *« Elles touchent en général des enfants victimes d'athétose globale, s'étendant à la tête, la face et au cou. La parole peut être complètement inintelligible, mais l'enfant est parlant. S'il produit des phrases courtes, voire des mots isolés, c'est en raison des difficultés de régulation du souffle, par économie et pour faciliter la compréhension de son interlocuteur dont il évalue parfaitement les difficultés »* (Mazeau, 1997).

- c) **Les dysarthries cérébelleuses** : *« c'est encore l'intelligibilité et non l'absence de parole qui empêche la communication orale, les autres modes d'échange étant préservés et riches »* (Mazeau, 1997). Elles se caractérisent par une parole hachée, irrégulière dans son débit et son intensité. Le souffle mal coordonné, rend difficile l'émission de phrase ; la parole est entravée de pauses qui perturbent l'interlocuteur et qui rendent la communication difficile voire intelligible.

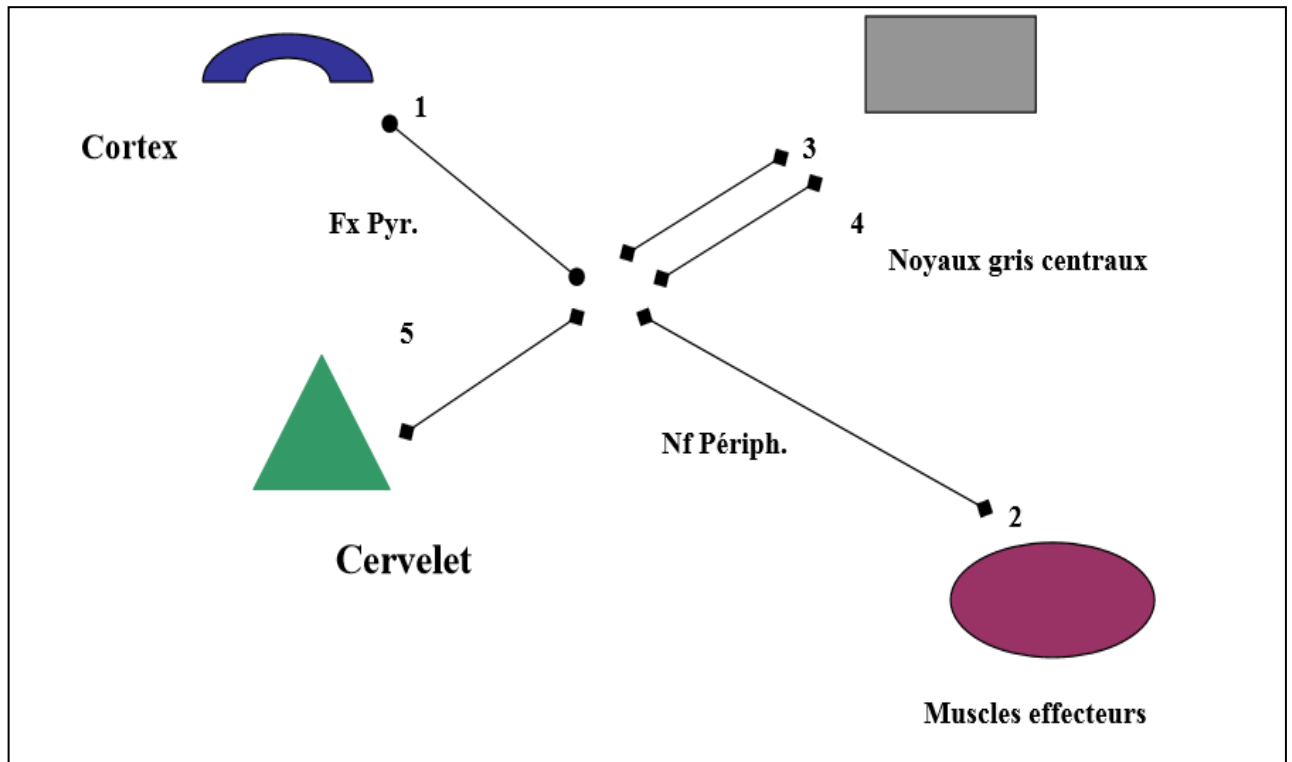
⁴⁶ Deconinck N., Neuro-anatomie des troubles articulatoires chez l'enfant IMOC, in Rééducation orthophonique n 233 « Les désordres phono-articulatoires chez l'enfant et l'adulte », Mars 2008, p 37.

Selon la sévérité des troubles, l'intelligibilité sera touchée de différentes façons. L'enfant IMC peut présenter des dysarthries appelées « mixtes » si les lésions cérébrales sont multiples.

On peut trouver une autre classification dans la littérature qui est plus détaillée et explicite, dans cette dernière, il y a six types de dysarthries définies comme suit :

- **La dysarthrie spastique** : est une atteinte bilatérale du premier neurone moteur. La spasticité qui résulte de l'atteinte pyramidale est la composante essentielle, et donne donc son nom à ce type de dysarthrie.
- **La dysarthrie flasque** : est une atteinte de la voie finale commune qui comprend les nerfs périphériques, la jonction neuromusculaire et les muscles effecteurs de la parole.
- **La dysarthrie hypokinétique** : est une atteinte du système extrapyramidal avec la prédominance d'une akinésie comme dans la maladie de Parkinson.
- **La dysarthrie hyperkinétique** : est une atteinte du système extrapyramidal, avec la prédominance de mouvements anormaux comme dans les chorées ou les dystonies.
- **La dysarthrie ataxique** : est une lésion du cervelet ou des voies cérébelleuses.
- **La dysarthrie mixte** : lors d'une atteinte disséminée du système nerveux comme dans la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, les traumatismes crâniens ou les atrophies multi systématisées.

Ci-dessous un schéma descriptif sur les différents types de dysarthries et la région où est située cette lésion dans le cerveau.



Classification des dysarthries selon Darley et coll. (1975)⁴⁷

Légende :

- 1 : site lésionnel de la dysarthrie spastique
- 2 : site lésionnel de la dysarthrie flasque
- 3 : site lésionnel de la dysarthrie hypokinétique
- 4, 5 : site lésionnel de la dysarthrie ataxique

5-2-1-5 Troubles du langage

Du fait que la dysarthrie (trouble moteur) soit la pathologie du langage la plus dominante et persistante chez l'enfant IMC/IMOC, elle n'est pas la seule cause des problèmes ou difficultés de communication qu'il rencontre, mais « *il faut savoir évoquer une autre pathologie surajoutée chez l'enfant, pathologie qui a pu être méconnue car masquée par la dysarthrie* »⁴⁸ comme la dysphasie.

⁴⁷ Olivier HERAL, TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DE LA DEGLUTITION EN NEUROLOGIE DE L'ADULTE : Aphasies, dysarthries et dysphagies. Castres (http://www.fno.fr/upload/trouble_deglutition.pdf consulté le 28/04/2015), p 24.

⁴⁸ MAZEAU M., Les troubles du langage : Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant, Du trouble à la rééducation, 1999, Paris, Masson, p 79.

En effet, les comportements langagiers des sujets IMC n'ont fait l'objet que de très peu d'études du fait de l'hétérogénéité d'abord des causes de ces types de troubles langagiers mais aussi de la façon dont les différents facteurs extérieurs agissent sur chaque sujet. Néanmoins, il est globalement admis par la plupart des chercheurs dans le domaine, que les enfants IMC ne présentent pas de troubles spécifiques du langage, hormis un retard qui impacte l'acquisition ainsi que son développement ; ce retard peut être causé par un certains types de dysfonctionnements moteurs en général et des troubles de la parole en particulier.

Raison pour laquelle Chevrie-Muller (1972) estime que *50 à 80% des enfants IMC souffrent de troubles du langage oral et que ces troubles sont plus fréquents chez les enfants athétosiques que chez les enfants spastiques*⁴⁹.

Aussi, selon Tardieu (1969) le langage chez l'IMC est altéré tant bien sur le plan expressif que sur le plan de la compréhension. En effet, plusieurs aspects du langage peuvent être impactés : lexicale, syntaxe, sémantique et il a été constaté que même le fonctionnement des processus mentaux qui composent le pragmatisme peuvent être atteints, par conséquent, l'enfant IMC présente des difficultés majeurs dans la pratique du langage ainsi que dans la formulation de ses pensées.

5-2-1-6 Les troubles de la communication

« Si l'homme a besoin du langage, ce n'est pas seulement pour communiquer du sens, c'est en même temps pour écouter et reconnaître son existence ». Gao Xingjian, Extrait du discours de Réception du Prix Nobel, Décembre 2000.

La communication est définie par le Larousse en Ligne comme une : *« Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse »*⁵⁰

⁴⁹ CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, 2007 Elsevier Masson, 3^{ème} édition, p 325.

⁵⁰ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/communication/35554> consulté le 29/04/2015.

Rondal ajoute que communiquer c'est : « *émettre et recevoir sous forme de langage verbal ou non verbal* »⁵¹.

L'enfant IMC est comme tout enfant désirant de communiquer avec autrui, d'échanger, de s'exprimer et bien sûr qu'on le comprenne et qu'on puisse établir avec lui une discussion.

Pour qu'une communication puisse s'installer, il faut :

- Un récepteur, un émetteur
- Un code commun.
- Un codage et un décodage.
- Des outils verbaux, non-verbaux et para-verbaux.

Comme nous venant de voir précédemment que l'expression orale chez l'enfant IMC est entravée par des troubles moteurs tels que la dysarthrie, une diminution de la sensibilité de la région bucco faciale entraînant des mouvements involontaires et incontrôlés. D'autres troubles venant s'associer à cela comme : troubles de la vision, de l'audition, de la posture, du rythme, troubles psycholinguistiques, la dyspraxie, la dysarthrie...etc. Toute cette complexité influence négativement sur la mise en place d'une communication, ces troubles peuvent engendrer l'isolement de l'enfant IMC et delà des troubles du comportement qui peuvent être plus ou moins sévère.

Un déficit au niveau de la pragmatique gêne en grande partie la communication entre l'IMC et son interlocuteur, ses difficultés s'articulent en une difficulté d'organisation du discours, en une confusion entre les idées, changements de sujets, hésitations, perte de mots, périphrases...

Si toute fois l'enfant IMC cumule plusieurs difficultés ou troubles sa communication peut aller jusqu'à être une communication non verbale. Pour les IMC qui ont une communication verbale, cette dernière peut être entravée par une dysarthrie massive associée à une apraxie bucco-faciale et/ou une dysphasie se qui rend la parole difficile.

De ce fait, le choix des enfants infirmes moteurs cérébraux qui ont participé à notre étude sont tous capable d'avoir une communication orale avec toute fois des troubles que nous avons vus précédemment.

⁵¹ J.A. Rondal, in Brin, Courrier, Lederlé, Masy, Dictionnaire d'Orthophonie, Isbergues, Ortho édition, France, 2004, p.54

Dans la partie pratique de notre étude nous allons faire le tableau des troubles pour chacun des cas d'IMC pour mieux expliquer et éclairer sur le type de communication de chacun.

Malgré les difficultés que rencontre l'enfant IMC en s'exprimant, il éprouve une envie tout à fait normale de communiquer. Il tente de s'exprimer avec tout les moyens dont il dispose tel que les mimiques, les gestes, des expressions orales plus ou moins compréhensible, de part cet effort, il veut entrer en communication et en relation avec le monde qui l'entoure et se faire une place dans la société et/ou à l'école. Parfois cet exercice s'avère simple notamment avec les personnes les plus proches telles que sa mère, mais parfois cela peut engendrer une perturbation de la communication dû à des troubles comportementaux déclenchés par l'amplification de ses émotions, par une frustration stimulé par une incompréhension de l'interlocuteur.

Dans l'ouvrage « Infirmités motrices cérébrales » (2008) on explique que les troubles de communication surviennent quand *« le discours dysarthrique se heurte à des obstacles variés, prise de parole différée, précision impossible de l'expression (autant dans la prononciation que dans la syntaxe) qui ne peut suivre les corrections proposées par l'interlocuteur, autant de difficultés qui risquent de faire perdre le contact pendant l'échange et par la suite d'isoler la personne handicapée. »*⁵²

Néanmoins l'enfant IMC veut s'impliquer dans la vie sociale, de part son désir de communication, il essaie de ne pas se faire rejeter, et de ne pas s'isoler.

6- L'intégration scolaire de l'enfant IMC en France et en Algérie

6-1 Définitions de l'intégration scolaire

Bless (2004) définit l'intégration comme étant *« l'enseignement en commun d'enfants en situation de handicap et d'enfants dits normaux dans le cadre de classes ordinaires tout en leur apportant le soutien nécessaire (pédagogique et thérapeutique) pour faire face aux besoins spécifiques, dans leur environnement, sans avoir recours à la séparation scolaire. L'intégration est une mesure pédagogique qui est appliquée en garantissant une*

⁵² Truscelli D. , Les infirmités motrices cérébrales : Réflexions et perspectives dans la prise en charge, Masson, 2008, p 91.

*prise en charge adéquate et individualisée de tous les enfants. Elle a pour but une intégration optimale dans notre société. »*⁵³

*« L'intégration n'est pas un état de fait mais bien un processus, un cheminement vers l'acceptation de l'autre tel qu'il est. Nous pouvons choisir d'y participer activement ou non mais en fait, chaque personne présente est actrice d'office, et ce, avec ses compétences, ses désirs mais aussi ses résistances, ses propres limites et ses peurs »*⁵⁴(Detraux, 2005).

Legendre (1988) proposait dans la première édition de son *Dictionnaire actuel de l'éducation : celui de l'adaptation scolaire, celui de l'organisation scolaire et celui de l'orthopédagogie.*

Les trois facteurs communs aux diverses définitions analysées sont :

- **le facteur de la normalisation**, qui en termes d'adaptation scolaire, signifie le « processus par lequel on essaie de faire vivre à l'élève handicapé un régime scolaire le plus près possible du régime prévu pour l'enfant dit normal » (Nadeau (1979));
- **le facteur du placement**, qui en termes d'organisation scolaire équivaut au « maintien de l'enfant dans son milieu naturel pour sa scolarisation [...] dans toute la mesure du possible dans la classe dite ordinaire » (MÉQ (1978));
- **le facteur de l'adaptation pédagogique**, qui en termes orthopédagogiques correspond à « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour acheminer aux enfants en difficulté dans les classes ordinaires les provisions d'éducation spéciale dont ils ont besoin » (Giroux (1972)).

L'intégration scolaire repose sur l'acceptation de l'enfant handicapé dans un milieu scolaire normal dans le but d'une part de réconcilier l'enfant IMC avec lui-même et son handicap et d'autre part de lui procurer tout ce dont à besoin un enfant ordinaire : une scolarisation.

⁵³ Bless, G (2004). Intégration scolaire : Aspects critiques de sa réalisation dans le système scolaire suisse. In : De Carlo-Bonvin (Ed.). Au seuil d'une école pour tous. Lucerne : SZH/CSPS, p. 14

⁵⁴ Jean-Jacques Detraux, Intégration des personnes déficientes intellectuelles, Les Cahiers de l'Actif - N°294/295, p 30.

Néanmoins cette scolarisation doit être suivie par un accompagnement spécifiques, et des aménagements pratiques pour l'enfant IMC.

Il ne faut pas oublier que la décision des parents dans l'acceptation de cette scolarisation est primordiale.

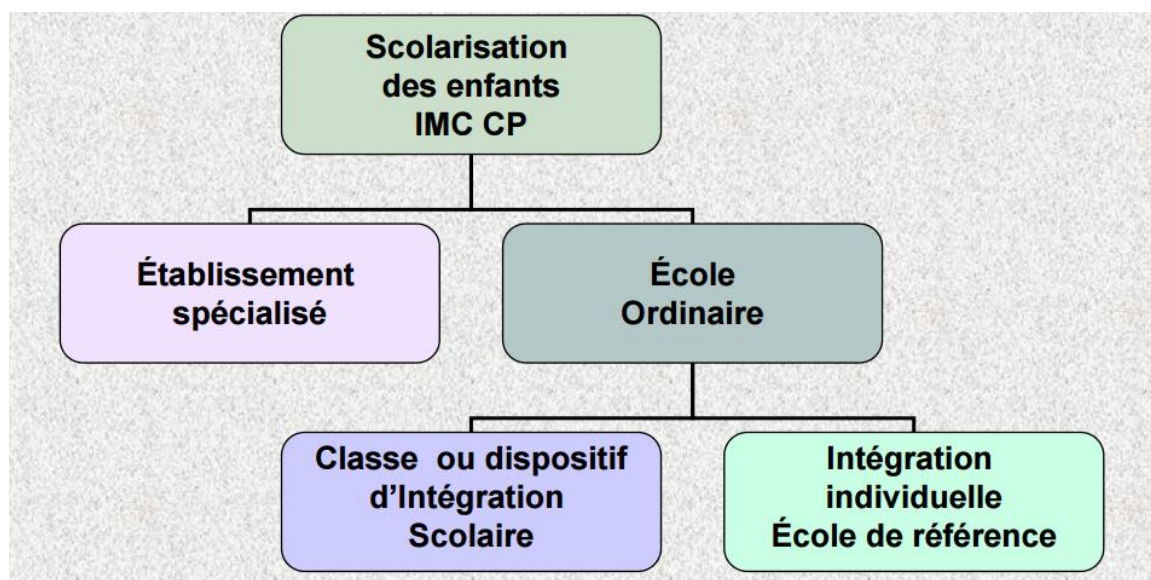
6-2 Les différents types d'intégration

Il existe deux principaux types d'intégration scolaire que nous citons ci-dessous :

6-2-1 L'enseignement spécialisé :

En France

Ci-dessous un organigramme sur les différents choix possible de scolarisation des IMC :



Organigramme sur les différentes possibilités de scolarisation d'un IMC.⁵⁵

L'enseignement spécialisé en France s'articule autour de trois secteurs pour accompagner l'enfant IMC dans sa scolarité. Les secteurs se répartissent comme suit :

- 1) Secteur scolaire : Ce secteur dispose d'enseignants spécialisés.

⁵⁵ <http://www-rheop-sce.ujf-grenoble.fr/rheop/SPARCLE/EnfantsIMCCPEcole.pdf> consulté le 06/05/2015.

- 2) Secteur du soin : Il dispose de médecins (physique et réadaptation, fonctionnelle et neuropsychiatrie), neuropsychologues, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et orthoptistes.
- 3) Secteur éducatif : Il dispose d'éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques, agent de soins.

Ci-dessous un schéma représentatif de ces trois secteurs :

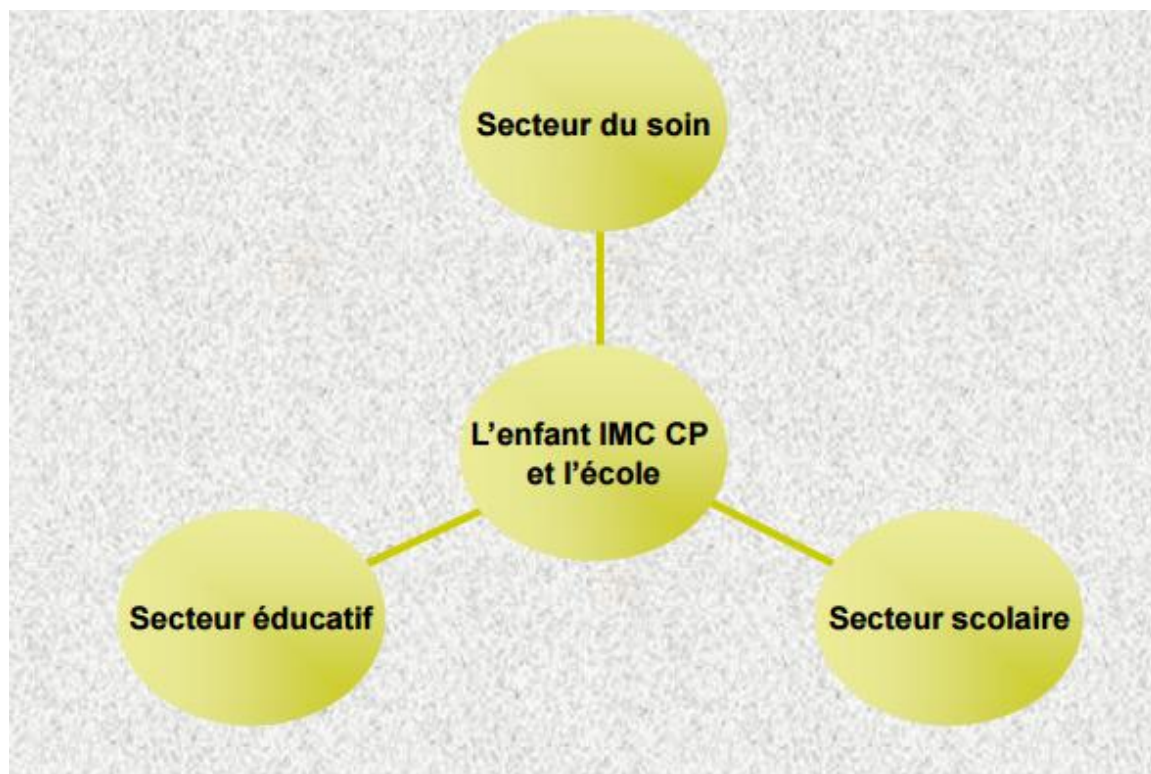


Schéma représentatif des trois principaux secteurs de l'enseignement spécialisé des IMC.⁵⁶

Les établissements spécialisés préservent la qualité de vie de l'enfant handicapé tout en lui offrant une scolarité appropriée et des soins dont il a besoin et qui ne sont pas dispensés ailleurs.

L'accompagnement de l'enfant handicapé dans un établissement spécialisé est réactif, le nombre d'adultes autour de l'enfant est important et ceci pour pouvoir rapidement déceler toute difficulté et pouvoir agir dans ce sens.

⁵⁶ <http://www-rheop-scep.ujf-grenoble.fr/rheop/SPARCLE/EnfantsIMCCPEcole.pdf> consulté le 06/05/2015.

Cet enseignement répond aux besoins spécifiques des enfants handicapés. D'après les textes juridiques et les réglementations qui définissent et organisent l'éducation incluse en Algérie, l'éducation est garantie constitutionnellement et d'après l'article 53 de la constitution algérienne et conformément à la loi N°02-09 du 8 mai 2002 de la protection des handicapés.

La loi sur l'éducation N°08-04 du 23 janvier 2008 « garantit le droit à l'enseignement, la gratuité de l'enseignement, l'obligation scolaire de toutes les filles et de tous les garçons âgés de 6 à 16 ans révolus, **période qui peut être prolongée de 2 ans en faveur des élèves présentant un handicap [...] l'article 85 spécifie l'ouverture de classes d'adaptation pour prendre en charge les élèves en difficultés ou accusant des retards.** »⁵⁷

Dans ce sens l'Algérie a mis en œuvre un dispositif qui est concrétisé par l'ouverture de plusieurs établissements spécialisés.

L'enseignement spécial algérien se compose de 271 établissements publics⁵⁸, ces établissements se répartissent en :

- Centres médico-pédagogiques pour enfants inadaptés mentaux. (CMPEIM).
- Centres médico-pédagogiques pour handicapés moteurs. (CMPHM).
- Centres pour insuffisants respiratoires. (CIR).
- Centres spécialisés de rééducation. (CSR).
- Centres spécialisés de protection. (CSP).
- Centres polyvalents de sauvegarde de la jeunesse. (CPSJ).
- Ecoles de jeunes aveugles. (EJA).
- Ecoles pour jeunes sourds. (EJS).

Pour ce qui nous intéresse dans notre étude, ce sont les centres médico-pédagogiques pour handicapés moteurs.

On recense quatre CMPHM dans quatre Wilayas, avec une capacité théorique de 350 enfants et un effectif réel de 202 enfants soit un taux d'occupation de 57,71%. Un nouveau centre réalisé dans la wilaya de Tissemsilt, sera bientôt fonctionnel.

⁵⁷ 48^{ème} Session de la conférence internationale de l'éducation, Rapport de l'Algérie, p 5. 2008.

⁵⁸ 48^{ème} Session de la conférence internationale de l'éducation, Rapport de l'Algérie, p 19. 2008.

La mission de ces centres consiste en la prise en charge des enfants handicapés physiques en vue de leur assurer une scolarité soutenue par un suivi administratif, éducatif, rééducatif, psychomoteur et médical.

Cette prise en charge est assurée par une équipe psychopédagogique composée de spécialistes formés par l'université et les centres nationaux de formation (Psychologue, Educateurs spécialisés, Maître d'enseignement spécialisé, Assistant social et Educateur...). L'effectif du personnel pédagogique et administratif est assuré par 169 personnes.⁵⁹

Dans le cadre de la sauvegarde de l'enfance, aux activités ministérielles déjà mise en place, s'ajoutent des centres de prise en charge affiliés aux associations qui s'occupent de l'enfance et qui gèrent 129 centres répartis à travers 22 Wilayas, dont 94 prennent en charge les enfants handicapés moteurs, dont 2 centres spécialisés dans l'orthophonie.⁶⁰

Dans ce genre de structure l'enfant handicapé bénéficie d'une prise en charge individualisée tant sur le plan thérapeutique que sur le plan éducatif. Ainsi l'enfant handicapé peut évoluer à son rythme au sein d'un établissement sécurisé et adapté à son handicap. Pourtant, l'acceptation des parents pour l'intégration de leur enfant au sein d'un établissement spécialisé reste difficile car l'handicap et la différence de ce dernier est mis en évidence.

De ce fait, les parents doivent faire le deuil de l'enfant « idéal imaginaire »⁶¹ pour qu'ils puissent aller de l'avant et laisser leur enfant s'épanouir dans les meilleures conditions possibles.

6-1-2 L'enseignement ordinaire :

En France

Dans l'enseignement ordinaire, on parle d'intégration individuelle. L'enfant handicapé est scolarisé dans un établissement public, dans une classe ordinaire.

Dans cet enseignement une double approche est nécessaire :

⁵⁹ 48^{ème} Session de la conférence internationale de l'éducation, Rapport de l'Algérie, p 20. 2008.

⁶⁰ 48^{ème} Session de la conférence internationale de l'éducation, Rapport de l'Algérie, p 22. 2008.

⁶¹ Amiel Tison, Déficiences et handicaps d'origine périnatale: dépistage et prise en charge, Inserm, 2004, p 159.

a) **Approche centrée sur les besoins spécifiques à l'enfant :**

Cette approche permet à l'élève handicapé d'être le noyau, le centre ; de sorte que ce ne soit pas à lui de s'adapter au milieu scolaire mais au contraire que le milieu scolaire s'adapte à l'élève, pour que l'enseignement et l'apprentissage puissent se faire dans de bonnes conditions. Effectivement, l'éducation inclusive en Algérie ne se pose pas la question de quels enfants avec quels types de déficience peuvent être intégrés en classe ordinaire mais de quelle manière elle doit adapter les aspects de la vie scolaire afin que celle-ci soit réussie.

Le schéma ci-dessous illustre l'approche que nous venons de définir, soit que l'enfant IMC (d'après notre étude) est le noyau du système scolaire ou plus exactement dans sa classe.



Les services de support : place clé de l'élève en situation de handicap dans le système des services.⁶²

⁶² Handicap International, Programme Maghreb Algérie : Vers l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le système éducatif ordinaire, retour d'expérience, Décembre 2012.

Cette illustration montre que l'enfant IMC est le noyau à partir duquel plusieurs services périphériques s'ajoutent, ses derniers doivent être une aide précieuse à l'IMC pour qu'il puisse s'intégrer facilement dans sa classe.

b) Approche centrée sur l'interaction des services en faveur de l'inclusion des enfants en situation de handicap :

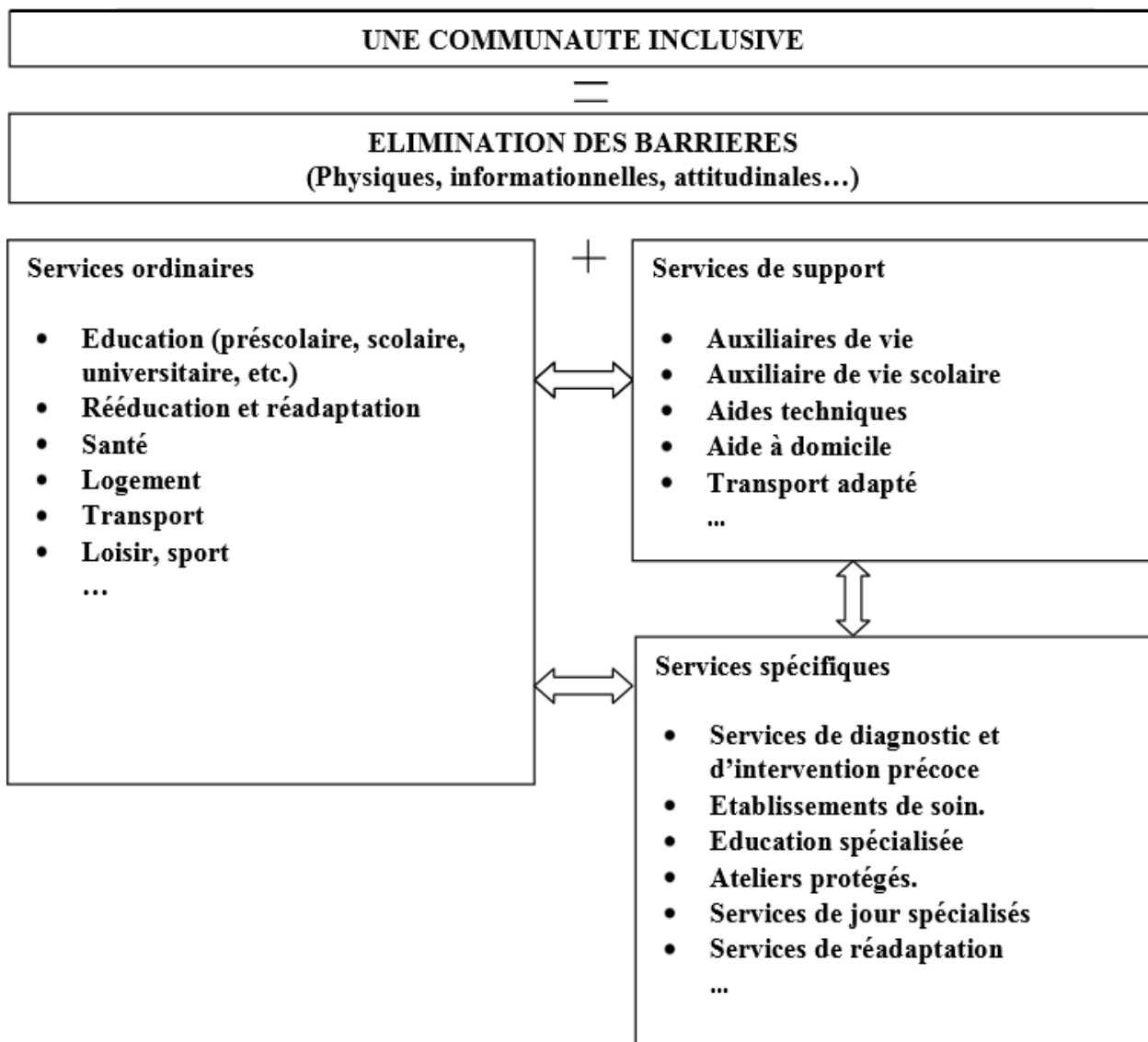
Dans cette approche les services ordinaires, spécifiques et de support doivent être en symbiose pour permettre aux élèves en situation de handicap une inclusion dans de bonnes conditions.

Les services ordinaires sont l'éducation, la santé, le logement, les loisirs, les transports....etc, tous les aspects de la vie quotidienne. Ils doivent être accessibles puisqu'ils sont liés aux besoins fondamentaux.

Par les services spécifiques, on désigne tout les établissements ou centres spécialisés tel que : centres de rééducations, établissements de soin, éducations spécialisés... Ce sont la continuité des services ordinaires, ils sont important dans la mesure où ils sont indispensables pour les personnes ayant des déficits sévères.

Les services de support facilitent la participation aux activités quotidiennes, sociales, culturelles et/ou économiques. Ils se résument dans les aides à l'apprentissage, au soin, au déplacement, au travail, dans les loisirs...Ce service joue un rôle très important dans la vie de ses enfants handicapés.

Ci-dessous un schéma explicatif sur le fonctionnement et la symbiose des services que nous venant de définir précédemment :



Typologie des services dans une communauté inclusive.⁶³

Dans le domaine de l'éducation la dynamique entre les services ordinaires, spécialisés et de support doit s'instaurer afin de permettre aux enfants handicapés une scolarité et une vie sociale épanouie.

⁶³ Handicap International, Programme Maghreb Algérie : Vers l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le système éducatif ordinaire, retour d'expérience, Décembre 2012.

Projet réalisé en Algérie

Dans le cadre d'un projet intitulé « Education pour tous : vers l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le système éducatif algérien » en partenariat avec l'association des parents d'enfants IMC de Sétif et Handicap International réalisé en 2010. Ce projet a fait l'objet d'une étude sur le terrain, elle consiste en la réalisation :

A) d'un diagnostic qui a porté sur une collecte d'informations :

a- sur la mobilité des enfants et des parents, pour se faire un questionnaire a été mis à disposition aux enfants handicapés, parents, enseignants, corps pédagogique, psychologues...

b- sur l'accessibilité du site (écoles pilotes), en analysant les données des services techniques et d'observations sur le terrain.

c- résultats du diagnostic : d'après les données de cette étude qui ont été publiés en Décembre 2012, deux principaux points ont été pris en compte :

I. Sensibilisation et formation du corps enseignant :

- 82% des enseignants estiment qu'ils ne sont pas préparés à l'accueil d'un élève en situation de handicap.
- 67% des enseignants affirment prendre en considération les difficultés de l'enfant.
- 62% des enseignants souhaitent bénéficier d'une formation pour améliorer la prise en charge des élèves en situation de handicap au niveau des classes.⁶⁴

II. Les obstacles et facilitateurs de l'éducation des enfants handicapés :

- 43% des enfants handicapés interrogés éprouvent le besoin d'une aide humaine pour faciliter leurs déplacements, communiquer ou écrire en classe.

⁶⁴ Source : Résultats d'un diagnostic local sur les obstacles et facilitateurs de l'éducation des enfants en situation de handicap. Algérie. 2010.

B) Les principaux dispositifs à mettre en œuvre d'après les résultats du diagnostique :

- Améliorer l'accessibilité physique des structures des écoles, les classes et le transport.
- Former le corps enseignant à l'utilisation d'outils pédagogiques et méthodes d'enseignement favorisant l'accès aux apprentissages des enfants handicapés.
- Mettre à disposition et former des auxiliaires de vie scolaire (AVS) afin d'accompagner l'enfant et apporter les adaptations nécessaires selon les facteurs personnels et environnementaux.
- Doter les enfants en situation de handicap de matériels adaptés en fonction de leurs déficiences.
- Sensibiliser les parents aux dispositifs de prise en charge des enfants en situation de handicap et des prestations.
- Renforcer les actions de dépistage des enfants présentant un handicap au niveau des écoles.

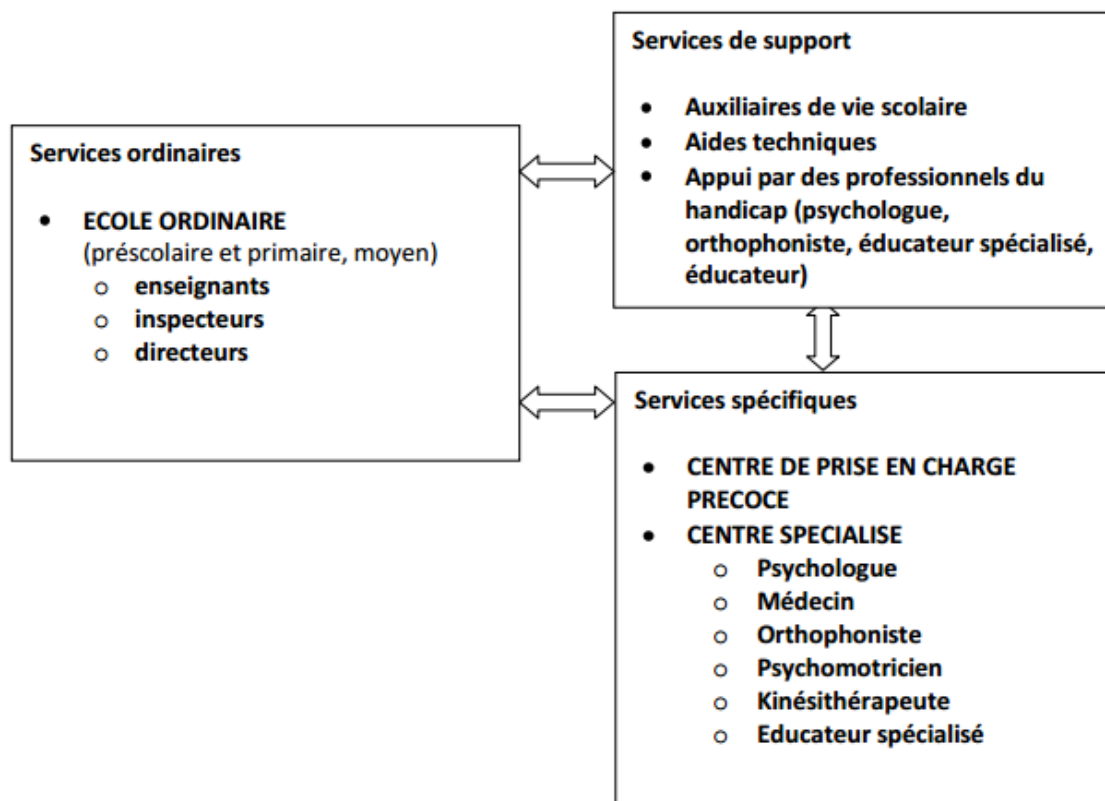
A Sétif :

Les services de supports mis en place dans les différentes régions et notamment à Sétif (association des parents des IMC) :

Après réflexion sur les services de support existant en Algérie, il a été constaté qu'il y a un réel manque de ressources. De là, les associations ont développé en collaboration avec les établissements d'éducation concernés par le système d'inclusion des enfants en situation de handicap, la mise à disposition de personnes ayant une expérience et/ou connaissance technique (en matière de prise en charge d'une ou plusieurs déficiences).

L'objectif de ce type de service est de fournir aux enfants en situation de handicap une aide, d'une part un soutien direct pour les aider à pallier aux manques d'adaptation scolaire, et d'autre part en répondant aux besoins spécifiques de certains handicapés et notamment dans l'accompagnement dans l'apprentissage.

Les services de supports que nous allons vous présenter dans l'organigramme ci-dessous reflètent et présentent le lancement de ces derniers d'après la situation algérienne :



Typologie des services en Algérie pour une éducation inclusive.⁶⁵

Les activités de l'Association des parents d'enfants IMC :

Les activités de cette association se sont basées sur l'apport d'une aide considérable qui se présente :

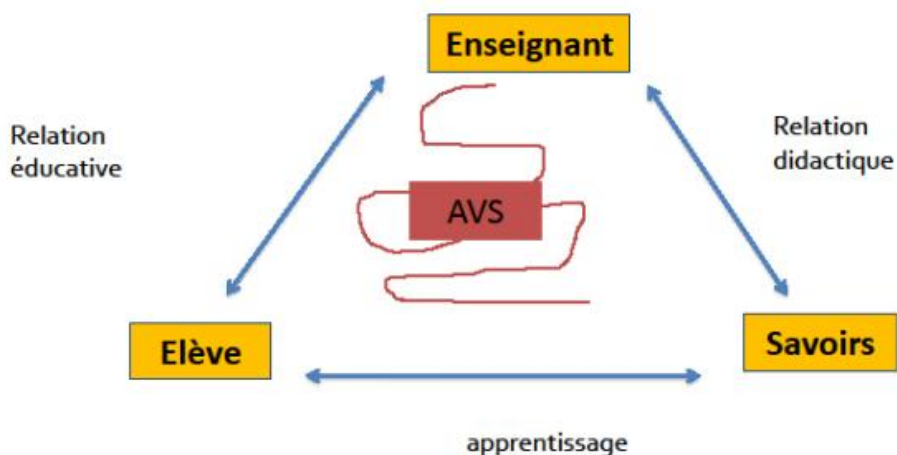
- Par la création de 22 postes d'auxiliaires de vie scolaire.
- Par la formation, l'accompagnement et la mise en place d'outils pour les AVS.

L'auxiliaire de vie est une personne qui apporte une aide à des enfants handicapés pour leur inclusion en milieu scolaire ordinaire. Son rôle est primordial dans le processus d'apprentissage (faciliter la compréhension, l'acquisition de connaissances).

Ci-dessous un schéma explicatif du rôle de l'AVS.

⁶⁵ Handicap International, Programme Maghreb Algérie : Vers l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le système éducatif ordinaire, retour d'expérience, Décembre 2012.

Où se situe l'auxiliaire de vie scolaire dans le processus d'apprentissage ?



in Cochetel, Edouard (2008) p 50

La réalisation du projet à Sétif :

Avec la collaboration de la Direction de l'Education de la Wilaya de Sétif, l'association a mis en place une formation pour des diplômés en psychologie et en orthophonie pour leur permettre de devenir des auxiliaires de vie ; notons qu'en France les AVS sont éligible à la fonction avec un niveau minimum baccalauréat seulement ce qui n'est pas le cas pour l'Algérie car pour exercer cette fonction il faut impérativement avoir un diplôme universitaire ayant un lien avec la psychologie ou l'orthophonie ou l'éducation.

Critères de choix des AVS	Formation des AVS
<ul style="list-style-type: none"> - Identifier au sein du personnel de l'éducation. - Diplômé en psychologie ou orthophonie. - Travaillant en tant qu'assistante dans des écoles dans le cadre du pré-emploi (ANEM/DAS). 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 sessions de formations d'une durée de 5 jours (Novembre 2011). - Les points essentiels de la formation 1^{ère} Session sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Notions de base sur le handicap. ○ Rôles, compétences de l'AVS. ○ Travail en équipe pluridisciplinaire. ○ Gestes techniques à

	<p>maîtriser.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2^{ème} Session : <ul style="list-style-type: none"> o Le renforcement des compétences des AVS(en pratique).
--	--

La majorité des AVS formées ont débuté leurs exercices dans des écoles ordinaires aux côtés des enfants IMC à Sétif en Janvier 2012. Cet accompagnement est supervisé par l'Association des Parents d'Enfants IMC et le responsable de la formation au sein de la direction de l'éducation de Sétif.

A Oran

L'Association « NOUR » des IMC/IMOC a mis en place des activités :

- Renforcement d'une équipe composée d'une éducatrice spécialisée et d'une t
- Mise en place d'outil d'accompagnement (projet personnalisé, fiche de liaison...).

4 enfants IMC bénéficient de ses activités.

Le projet de cette association d'Oran vise à renforcer les liens entre les centres spécialisés et les services ordinaires. Pour se faire, l'association va travailler sur deux niveaux :

- 1) Accompagner les enfants pris en charge dans les centres pour qu'ils puissent accéder à l'école.
- 2) Permettre aux enfants déjà scolarisés de bénéficier des services des centres spécialisés.

Processus de mise en œuvre du projet à Oran

Le projet consiste à préparer l'enfant handicapé soit pour intégrer l'école ordinaire soit un centre spécialisé. L'association NOUR collabore avec une crèche « EL AMEL Dar Beida » qui prend en charge de façon précoce les enfants polyhandicapés et accueil en même temps des enfants ordinaires ce qui facilite par la suite leurs intégrations en milieu scolaire ordinaire. La préparation à l'école de ces enfants se fait avec l'aide d'une éducatrice spécialisée en lui transmettant les notions de bases de l'apprentissage scolaire.

Par la suite quand l'enfant handicapé intègre l'école ordinaire, l'éducatrice spécialisée et la présidente de l'association se rendent à l'école afin d'échanger avec l'enseignante les

besoins et les difficultés de l'enfant IMC et la sensibilisé sur l'importance de scolariser l'IMC avec ses pairs.

L'Association NOUR accompagne aussi les parents des IMC en les sensibilisant sur les droits de l'IMC, ses comportements, ses pratiques et surtout sur son handicap.

Dans cette association le suivi va même au-delà de l'enfant puisqu'un appui personnalisé est fait auprès de l'enseignant accueillant l'élève dans une école ordinaire. L'éducatrice spécialisée, la psychologue et la présidente de l'association font des visites régulières au sein des classes des enfants IMC intégrer dans les écoles ordinaires.

Les objectifs de leurs visites s'articulent autour de l'IMC et de l'enseignant :

- Echanger avec l'enseignant sur les progrès et les difficultés de l'élève.
- Sensibiliser l'enseignant sur la situation de l'élève et l'importance de l'acceptation.
- Faire des aménagements spécifiques en termes de matériel adapté dans la classe.
- Travailler avec l'enseignante sur les adaptations nécessaires pour une meilleure participation de l'élève.

Ce dispositif est nécessaire car il permet de maintenir le lien entre tous les acteurs et place l'enfant au cœur des préoccupations en essayant de trouver des solutions à cette approche inclusive.

Voici le témoignage de l'éducatrice spécialisée de l'association NOUR d'Oran travaillant sur les projets d'inclusion scolaire :

Comment voyez-vous l'intégration scolaire des enfants en situation de handicap que vous suivez?

Au début, les enfants avaient de grosses difficultés liées au changement (passage de la crèche spécialisée à l'école ordinaire) : nouvelles classes, nouvelle enseignante, programme très rapide et surtout pas de prise en charge personnalisée. Après une phase d'adaptation et de travail avec l'enseignant sur les méthodes pédagogiques adaptées et avec les enfants, nous constatons les résultats sur les enfants. L'inclusion scolaire est positive. Ils me disent « Je suis comme les autres, je vais à l'école ! ».

Comment se passe la collaboration avec les enseignantes ?

Avant de commencer à travailler avec les enseignantes, je me suis d'abord rendu fréquemment dans leur classe, pour mieux les connaître, instaurer le dialogue et la confiance. Au cours de cette année, j'ai remarqué que les enseignantes sont de plus en plus disponibles pour collaborer, elles voient une vraie valeur ajoutée à notre participation à la scolarisation des enfants handicapés. Même s'il reste difficile de travailler sur des adaptations pédagogiques, les enseignantes utilisent fréquemment de nouvelles méthodes d'enseignement acquises durant nos séances qui selon elles démontrent plus d'efficacité auprès de tous les enfants.

L'Education Nationale Algérienne a pris des mesures adéquates dans le but d'améliorer l'éducation inclusive dans les établissements ordinaires de ce fait plusieurs campagnes de sensibilisations et formations ont vu le jour dont celle de 2010,2011 et 2012.

Ces séances de sensibilisation et de formation ont eu lieu à l'échelle nationale, mais principalement dans les Wilayas d'Alger, de Sétif, d'Oran, de Tizi-Ouzou, d'El Oued et de Boumerdes. Au total plus de 1000 enseignants de l'Education Nationale ont en bénéficié.

	1 jour	Entre 2 et 4 jours	5 jours et plus
Sensibilisation aux approches du handicap et au concept de l'Education inclusive	623		
Education inclusive : applications pratiques, besoins spécifiques des ESH et méthodes pédagogiques	110	195	20
1 déficience en particulier et les implications sur le développement de l'enfant	70		

Nombre de personnels de l'Education Nationale sensibilisés et formés entre 2010-2012.⁶⁶

Pour notre groupe d'enfants IMC que nous avons suivi à Oran et qui sont dans cette démarche d'éducation inclusive, aucunes démarches ou approches ou services n'ont été dispensés pour leur facilité cette intégration. Bien au contraire leurs parents et eux-mêmes ont du « se battre » pour qu'ils soient inscrits dans des établissements ordinaires (d'après les faits relatés par les parents des IMC durant nos entretiens). Nous constatons après plusieurs recherches que les parents des IMC sont mal informés sur les dispositifs mis en

⁶⁶ www.enfanceetdroit.com consulté le 08/05/2015.

place par l'état. De là il est souhaitable que des campagnes de sensibilisation soient faites auprès des parents.

D'après les recherches internationales sur les effets de l'intégration des enfants en situation de handicap, il a été constaté que les enfants handicapés scolarisés dans des établissements dits ordinaires avec un soutien spécialisé engendrent une progression équivalente voire meilleure que la scolarisation de ces enfants dans des établissements exclusivement fait pour les handicapés, cela prouve que la fréquentation et l'interaction avec les enfants en milieu scolaire avec ce que cela inclut d'échange avec des élèves dits ordinaires comporte bien des avantages en faveur de l'enfant handicapé pour ce qui est de son émancipation et son épanouissement.

Par ailleurs, malgré les avantages d'une intégration dans un milieu scolaire ordinaire, il a été démontré que cela n'est pas sans inconvénients. En effet, ces enfants handicapés font l'objet d'un rejet par les autres camarades de classes qui est souvent mal vécu du fait de leurs différences. Ils sont moins sollicités dans le cadre de participation à des jeux et activités scolaires ou extrascolaires. Les enfants scolarisés normalement sans prise en charge pédagogique considèrent que leurs camarades handicapés ont moins de capacités de compréhension et par conséquent jugent inconsciemment que leurs fréquentations est sans intérêt voire néfaste. Ceci dit, il est important de souligner que l'intégration des enfants en situation de handicap dans des classes normales nécessite un accompagnement pédagogique aussi bien des enfants en question que l'entourage scolaire (camarades et enseignants) afin que ce processus prenne tout son intérêt et engendre un bénéfice pour les enfants handicapés.

7- Aspect linguistique de la communication

La linguistique regroupe un certain nombre d'écoles qui ont en commun le langage comme objet d'étude, de ce fait, nous présenterons dans un premier temps une vue panoramique des courants linguistiques, ensuite nous mettrons en évidence l'aspect pragmatique dans sa relation avec les troubles du langage.

Dans le but de comprendre le fonctionnement du langage dans son ensemble, nous avons jugé nécessaire dans un premier temps de parcourir les différentes définitions et théories présentées par les différents linguistes ainsi que les différents courants. En effet, le but de ce chapitre permet de mettre en évidence le langage dit "normal" selon les linguistes afin de pouvoir le distinguer du langage "pathologique" qui fera l'objet de notre étude.

7-1 Le Courant structuraliste :

Le cours de linguistique générale de Ferdinand De Saussure (1916) instaure les fondements du courant structuraliste, ce dernier explique l'opposition de la langue à la parole.

Saussure décrit la langue comme étant un ensemble de signes communs (produit collectif) à une même société ou communauté indépendante de l'individu, contrairement à la parole qui est défini comme une action individuelle «un acte individuel de volonté et d'intelligence»⁶⁷ c'est l'exécution de cet ensemble de signes dans un contexte social définit. Il y a néanmoins une interdépendance de la langue et de la parole.

La linguistique structuraliste se focalise sur le système de la langue « La linguistique a pour unique et véritable objet la langue envisagée en elle-même et pour elle-même ».

SAUSSURE conceptualise une théorie du signe qui va aider à l'explorer. Il révèle une entité « signe linguistique » qui unit le signifié (concept) au signifiant (image acoustique), ce lien est arbitraire donc le signe linguistique est arbitraire, il repose sur une convention, une tradition.

Au XXe siècle plusieurs auteurs ont élargi leurs recherches en rétablissant l'importance des phénomènes individuels de la communication.

CHOMSKY (1957) quant à lui, s'est opposé au courant structuralisme en apportant la théorie de la "grammaire générative" qui vise à faire la distinction entre " performance" et " compétence". Cette dernière est la capacité langagière innée et universelle dont disposent les humains, et la première, est l'emploi de la langue dans des situations concrètes.

CHOMSKY parle alors de grammaire universelle, puisque la grammaire générative identifie toutes les langues de l'être humain.

7-2 Le Courant fonctionnaliste :

Chez TROUBETZKOY (1928) et MARTINET (1963) le fonctionnalisme se caractérise par l'équilibre entre les besoins de communication tels qu'ils se manifestent dans une communauté donnée. Néanmoins, pour les fonctionnalistes, la communication prime sur les autres fonctions.

⁶⁷ DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1966, p30.

7-3 Les théories énonciatives :

La pragmatique est considérée comme étant une discipline récente dans l'histoire de la linguistique. Morris fut le premier à avoir inventé le terme « pragmatique » vers les années 1930. La pragmatique émerge à la fin des années 1950 et début des années 1970, elle est considérée comme une composante de la linguistique.

Cette partie de la science du langage tente de mettre en évidence l'aspect communicationnel du langage. L'initiative fut prise dans un premier temps par des philosophes et des théoriciens tel que Wittgenstein (1921) qui a focalisé son travail sur la langue dans son aspect pragmatique et ce, afin de démontrer que le langage prend tout son sens au sein d'un contexte donné et ne pourra subsister qu'à travers un périmètre contextuel bien déterminé. Si le sens n'est pas fixé dans la langue, alors c'est dans l'emploi que les mots prennent sens. Il est primordial de situer les mots dans un contexte communicationnel (dialogues, conversations).

Il y a alors une différence entre le sens et la signification, les sémanticiens vont à leur tour définir le sens comme étant une variante non stable lié à l'emploi et la signification comme étant stable dans la langue.

Morris est le pionnier dans l'utilisation du terme pragmatique et qui le définit comme une étude de la relation des signes avec leurs utilisateurs.

En Europe, vers les années 1970 arrivent les travaux de Bakhtine fondateur de la théorie interactionniste qui vise à démontrer que le sens d'un mot c'est d'être un dialogue. On parle alors de « pragmatique intégrée ». Et commence à apparaître les premiers pragmaticiens.

Comme le résume Philippe Blanchet (1995), la question pragmatique est la suivante :

« Comment le langage [...] produit de la signification, c'est-à-dire des effets, dans le contexte communicatif de son utilisation par les locuteurs ? » (Blanchet, La pragmatique. D'Austin à Goffman, p. 9)

8- Aspect psycholinguistique du langage

Comme nous avons expliqué précédemment que chez certains enfants IMC les troubles de la parole peuvent être très importants à un point où l'évaluation du quotient

intellectuel verbal reste non adaptée. Non seulement, d'une part la diversité des troubles du langage chez l'IMC et d'autre part chaque IMC est unique (chaque cas est un cas) de ce fait l'évaluation du niveau de l'enfant IMC est non objective.

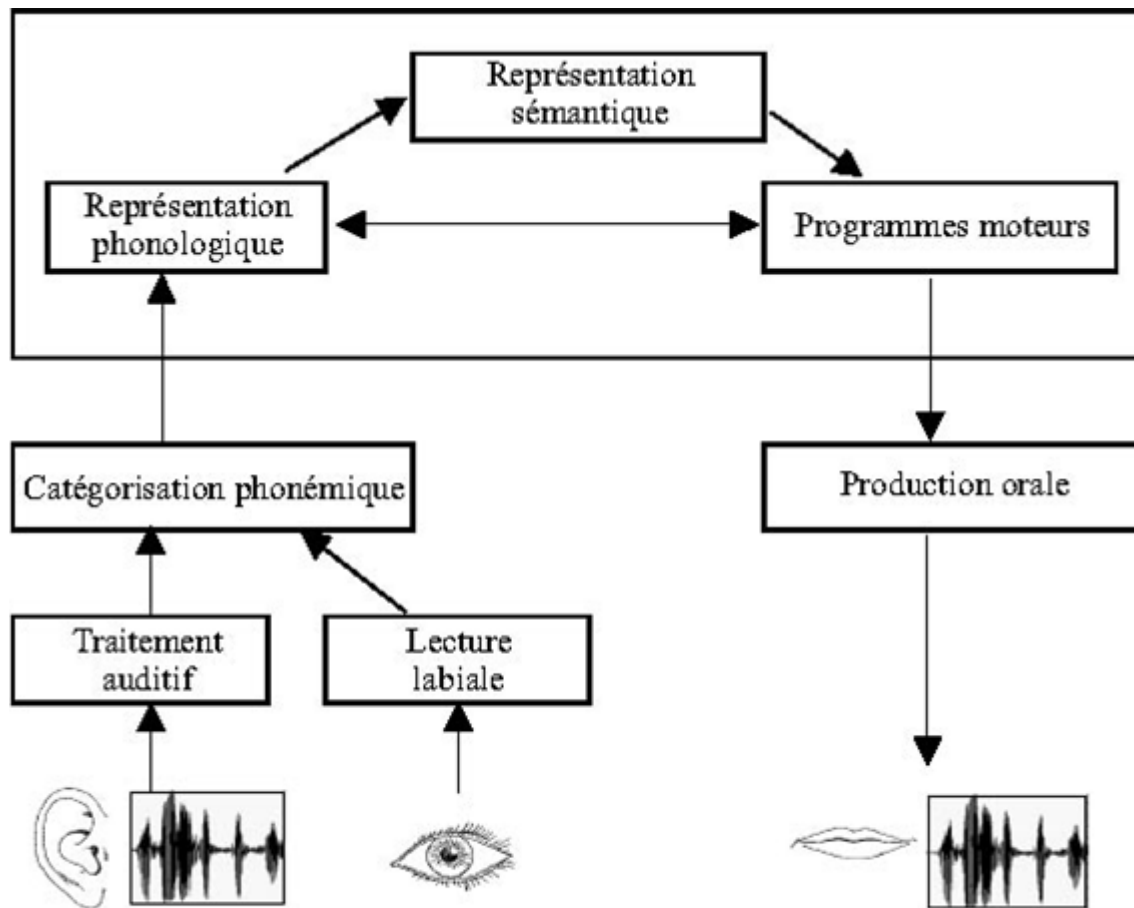
Par contre, certaines difficultés d'expression orale peuvent être mises en évidence par le biais d'utilisation d'aides techniques tel que le niveau de la syntaxe et du lexique.

- Sur le plan syntaxique : Plusieurs difficultés peuvent apparaître :
 - 1) Les mots liens sont souvent omis.
 - 2) Une difficulté à conjuguer les verbes, la forme infinitive est la plus sollicitée chez l'IMC.
 - 3) Une incompétence à utiliser les notions de genre et de nombre.
- Sur le plan lexical :

Chez l'enfant IMC, on remarque une pauvreté en vocabulaire surtout des termes abstraits. Les capacités de l'IMC sont déficitaires car pour pouvoir mémoriser des termes abstraits il faut passer par un parcours de :

 - 1) Catégorisation
 - 2) Extraire le mot du contexte
 - 3) Généraliser
 - 4) Mentaliser (imaginer et se représenter).

Ci-dessous un schéma explicatif du fonctionnement psycholinguistique du langage.



Modèle psycholinguistique de traitement de la parole, Stackhouse et Wells (1997)

68

9- Aspect orthophonique (phonologique et phonétique) du langage

« Si la parole dépend de la sensorialité et des aspects mécaniques de la motricité bucco-pharyngo-laryngo-respiratoire et des centres nerveux qui s'y rapporte, le langage, lui s'organise au niveau hémisphérique »⁶⁹

68

http://www.google.fr/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Floadimg.php%253F%253DDENF%2FENF_561%2FENF_561_0063%2FENF_id2130543588_pu2004-01s_pa01-da11_sa06_img001.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Farticle.php%3FID_ARTICLE%3DENF_561_0063&h=533&w=585&tbnid=vQPUFAzva_oPAM%3A&zoom=1&docid=50OLWDX7o6T7RM&itg=1&ei=f2pCVZOvCM73aqi5geAH&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=495&page=3&start=88&ndsp=40&ved=0CMgCEKODMGE consulté le 29/04/2015.

⁶⁹ Crunelle D, Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel moteur, mental, in Les approches thérapeutiques Tome 1, 2004, 288p, pp 157-219.

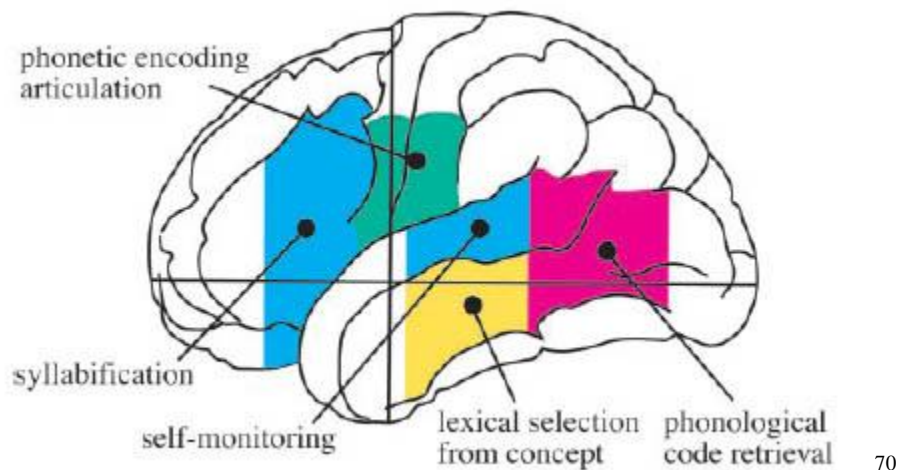
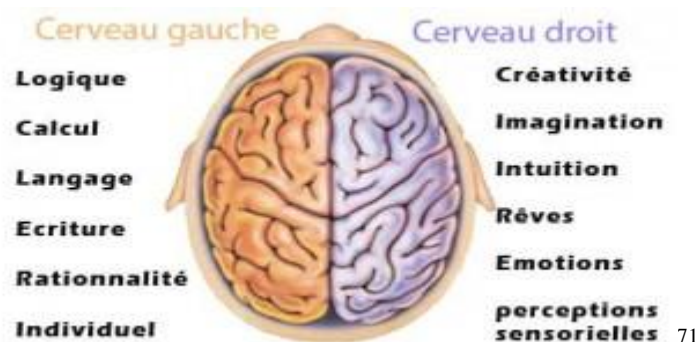


Schéma de zones de production des mots parlés.

Les recherches qui ont été faites dans le domaine de la neurophysiologie du langage et de la parole concernent l'adulte en général. D'après les données c'est l'hémisphère gauche qui domine sur le plan de l'expression et de la compréhension. Les aires cérébrales qui correspondent à ces deux versants sont : l'aire de Wernicke et l'aire de Broca. L'hémisphère gauche correspond au traitement du langage et l'hémisphère droit traite les informations prosodiques, le pragmatisme, la métaphore et l'humour.



Hémisphère droit et gauche et leurs fonctions.

⁷⁰ http://www.google.fr/url?source=imglanding&ct=img&q=http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/neurosciences/archives- formations/neuro_apprentiss_2/cas_langage/structures_langage/resolveuid/3dcc2599550f31b9452229adb78d137&sa=X&ei=nJtLVbSbDMjmyQPkICICA&ved=OCAkQ8wc&usg=AFQjCNEAOsoQ88ynSmiUgJxykthPntnbQw consulté le 07/05/2015.

⁷¹ http://www.google.fr/url?source=imglanding&ct=img&q=http://hypnotys.com/wp-content/uploads/2013/10/cerveau_droit-300x176.jpg&sa=X&ei=-KJLVfO3KKyQ7AbvYDwCw&ved=OCAkQ8wc&usg=AFQjCNGOjWlyjCAhirildQDZMczYI9TWyA consulté le 07/05/2015.

Pour que l'enfant puisse parler, il doit apprendre à produire, combiner et discriminer les sons du langage. L'enfant doit apprendre à articuler les voyelles et les consonnes ; tout cela est fait en coordonnant les mouvements articulatoires et les organes tels que la mâchoire, le voile du palais, la langue... Dans ce cadre d'apprentissage l'enfant IMC va se retrouver face à des contraintes que nous avons vu précédemment, d'où la difficulté de la prononciation des consonnes et des voyelles chez l'IMC.

Par la suite l'enfant va intégrer le système phonologique qui consiste à différencier les mots très proches « joue », « choux », « sou ». Le développement de ce système est en étroite collaboration avec le stock lexical de l'enfant. Delà nous pouvons dire que chez l'IMC cette intégration du système phonologique reste difficile de par la pauvreté du stock lexical dont il dispose.

Nous constatons que l'IMC regroupe différents troubles ou difficultés tous dû à une contrainte qui se répercute et se répète tout au long de son développement soit sur le plan du langage soit sur le plan de l'apprentissage et qui est « **les troubles moteurs** ».

10- Aspects affectifs, sociaux et pédagogiques du langage

« Les interactions entre la mère et l'enfant constituent la base de l'évolution langagière et du développement intellectuel et affectif de l'enfant. Quand il y a une carence, il y a altération du développement global de l'enfant »⁷²

Le développement du langage chez l'enfant se fait en interaction entre les capacités innées et l'influence de l'environnement où il vit. L'évolution du langage se fait de prime abord à l'orale et en intrafamiliale puis par la suite orale et écrite à l'école et dans la société. D'où l'importance de cette aspect.

Au cours de la première année de vie de l'enfant se développe la communication, l'affectivité notamment avec la mère et la connaissance.

Age de l'enfant	Mécanismes intellectuels et perceptifs innés
Dès la 1ère semaine de vie	Le visage de la mère regroupe des stimuli auxquels le bébé est sensible.
Dès 3 semaines	Perçoit les nuances de voix.

⁷² Delahaie M., L'évolution du langage chez l'enfant, de la difficulté au trouble, INPES, 2004, p 97.

3 mois	Différentes capacités perceptives des sons de la parole observées chez l'adulte sont présentes chez l'enfant.
Avant 4 mois	Discrimination des formes et des couleurs.
Vers 1 an	Il émet des séquences syllabiques liées au contexte donné puis il y a évolution de ces syllabes en mots.

Quand il y a des carences affectives et sociales, il y a des conséquences sur le développement du langage parmi eux :

- Un retard de parole et du langage : le manque de stimulation verbale en association avec une carence d'amour et d'affection entraîne un retard de langage. L'enfant ne peut participer à un système affectif de communication, et les relations affectives sont difficiles à nouer.
- L'hospitalisation de l'enfant dans des établissements de santé entrave les relations humaines que peut entretenir un enfant avec une personne de son entourage même si ce dernier lui procure amour et tendresse.

En pédagogie, l'enfant est censé évoluer son langage oral et écrit par le biais d'un apprentissage approprié.

Avant d'entrer à l'école, l'enfant a déjà un langage oral pré requis, par conséquent, l'école va lui apporter un nouveau langage ou différent qui est la lecture.

Il existe trois méthodes d'apprentissage de la lecture :

- 1) Synthétique : centrée sur le graphème et le phonème. L'apprentissage débute de la lettre après la syllabe puis le mot, ensuite la phrase et enfin le texte.
- 2) Analytique : c'est un apprentissage opposé au premier et part du sens global au traitement du sens des phrases vers les mots.
- 3) Mixte : faciliter l'accès au sens et l'apprentissage des correspondances entre lettres et sons.

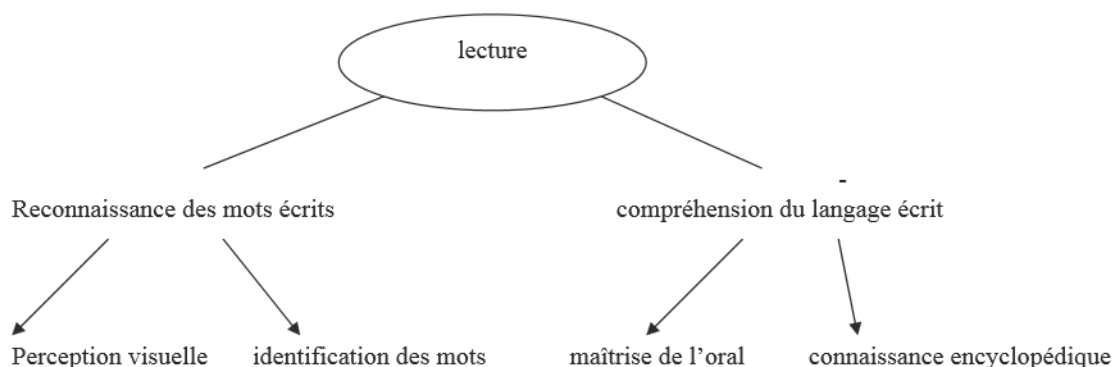


Schéma représentatif de la lecture.

Pour clore le chapitre du langage voici une synthèse brève sur l’acquisition du langage.

Selon Marchand M.H (1998) pour que langage orale s’acquiert, il est nécessaires que certaines conditions soient présentent tels que les conditions environnementales c'est-à-dire tout ce qui entoure l’IMC dans sa vie sociale et d’autres conditions qui sont liées directement au sujet IMC par exemple ses relations avec autrui.

Ci-dessous un tableau regroupant tout ce qui a été cité au-dessus :

Conditions environnementales	Conditions propres au sujet
Interactions sociales	Compétences relationnelles
Aspects socio-affectifs	Compétences sensorielles (audition)
Langue maternelle – bain de langage	Compétences cérébrales : -globales -spécificités langagières

Les conditions nécessaires à l’acquisition du langage oral selon Marchand M.H (1998).⁷³

⁷³ Marchand M.H, bilan de langage et diagnostics chez les enfants IMC, rééducation orthophonique, Mars 1998, p193.



CHAPITRE II :

**Le rôle de la pragmatique
dans le processus de la communication chez l'IMC.**



CHAPITRE II : Le rôle de la pragmatique dans le processus de la communication chez l'IMC.

1- La pragmatique

1-1 Quelques définitions :

La pragmatique est l'étude du signe dans son rapport avec son utilisateur. Son objet d'étude est de décrire la fonction de l'acte du langage réalisé par un énoncé. C'est en 1938 que Charles MORRIS parle de plusieurs disciplines qui traitent le langage, dont la pragmatique qui traite la relation existante entre les signes et leurs interprétants ; plus précisément dans une situation où se produit la communication (un contexte).

« On peut étudier les relations des signes aux objets auxquels on les applique. Cette relation est appelée la dimension sémantique de la semiosis... ; l'étude de cette dimension est appelée Sémantique. Ou bien on peut étudier la relation des signes aux usagers (interpreters). Cette relation sera appelée la dimension pragmatique de la semiosis... et l'étude de cette dimension sera nommée Pragmatique (...). La Syntaxe, en tant qu'étude des relations syntaxiques des signes les uns avec les autres, abstraction faite des relations des signes aux objets ou aux usagers, est la plus développées de toutes les branches de la sémiotique » (Normand Claudine, Trollez M.-F. Du pragmatisme à la pragmatique : Charles Morris, 1985).

1-2 Origines historiques de la pragmatique :

La pragmatique est considérée comme étant une discipline récente dans l'histoire de la linguistique. Morris fut le premier à avoir inventé le terme « pragmatique » vers les années 1930. La pragmatique émerge à la fin des années 1950 et début des années 1970, elle est considérée comme une composante de la linguistique.

Cette partie de la science du langage tente de mettre en évidence l'aspect communicationnel du langage. L'initiative fut prise dans un premier temps par des philosophes et des théoriciens tel que Wittgenstein (1921) qui a focalisé son travail sur la langue dans son aspect pragmatique et ce, afin de démontrer que le langage prend tout son sens au sein d'un contexte donné et ne pourra subsister qu'à travers un périmètre contextuel bien déterminé. Si le sens n'est pas fixé dans la langue, alors c'est dans l'emploi que les mots prennent sens. Il est primordial de situer les mots dans un contexte communicationnel (dialogues, conversations ...).

Il y a alors une différence entre le sens et la signification, les sémanticiens vont à leur tour définir le sens comme étant une variante non stable lié à l'emploi et la signification comme étant stable dans la langue.

Morris (1955) est le pionnier dans l'utilisation du terme pragmatique et qui le définit comme une étude de la relation des signes avec leurs utilisateurs.

En Europe, vers les années 1970 arrivent les travaux de Bakhtine fondateur de la théorie interactionniste qui vise à démontrer que le sens d'un mot c'est d'être un dialogue. On parle alors de « pragmatique intégrée », et commence à apparaître les premiers pragmaticiens.

Comme le résume Philippe Blanchet (1995), la question pragmatique est la suivante :

« Comment le langage [...] produit de la signification, c'est-à-dire des effets, dans le contexte communicatif de son utilisation par les locuteurs ? »⁷⁴

2- Pragmatique et communication orale :

Par communication orale, nous parlons de tout acte de parole ou d'échange d'idées entre deux ou plusieurs interprétants, d'informations ou d'un apprentissage à l'école par exemple: (élève/ professeur).

"La communication est multi-canal, c'est-à-dire que l'information sera véhiculée de façon très diverse : la voix, le papier/crayon, le vêtement, la distance entre les interlocuteurs..." Annick DUCHÊNE (2005) orthophoniste Docteur en Neuropsychologie.

Le fait de communiquer est une action, établir une relation orale, échanger des paroles ; la communication est une forme naturelle d'expression.

Nous allons expliquer les différentes voies qui nous permettront de rendre compte de l'aspect pragmatique de la compétence de communication.

Tout locuteur est prédisposé d'avoir une capacité biologique innée, d'une compétence linguistique ayant un système de règles appartenant à un code linguistique propre à une

⁷⁴ (Blanchet, La pragmatique. D'Austin à Goffman, p. 9)

langue. Et d'une compétence pragmatique ayant un ensemble de règles sociolinguistiques acquis dans un cadre d'interaction sociale.

La communication est donc l'ensemble des savoir-faire langagiers, d'actes de langage régis par des interactions sociales.

De ce fait la langue est une pratique sociale et son analyse s'intéresse aux performances variées des locuteurs quels qu'ils soient.

"La communication humaine est multi-codale : elle utilise de nombreux codes plus ou moins symboliques, plus ou moins représentés dans la société. Le contenu informatif verbal perd de sa préséance pour composer avec tous les phénomènes d'ordre spatio-temporel, culturel, social ou psychologique. Les règles de décodage linguistique s'inscrivent dans un ensemble plus vaste de relations signifiantes où les messages non verbaux (gestuels, mimiques, prosodiques, proxémiques...) ont leur place." Annick DUCHÊNE (2005, Rééducation orthophonique: Les habiletés pragmatiques chez l'enfant).

D'après BLOOM et LAHEY (1978) le développement du langage passe par une appropriation de conduites langagières effectuées dans un cadre de situations d'interaction ou d'échange. En 1978, les deux auteurs proposent une démarche axée sur les différents comportements de communication et la compétence langagière, cette dernière est composée de trois composantes qui sont :

- 1- La forme (comment dire ?) : le langage est un code verbal (sons, syllabes, mots, phrases) et un code non verbal (prosodie, mimiques, gestes, postures).
- 2- Le contenu (quoi dire ?) : le langage est l'expression de sentiments, désirs, besoins et idées.
- 3- L'utilisation (pour quoi dire ?) : le langage est utilisé afin de réaliser des tâches ou des fonctions différentes, globalement pour communiquer.

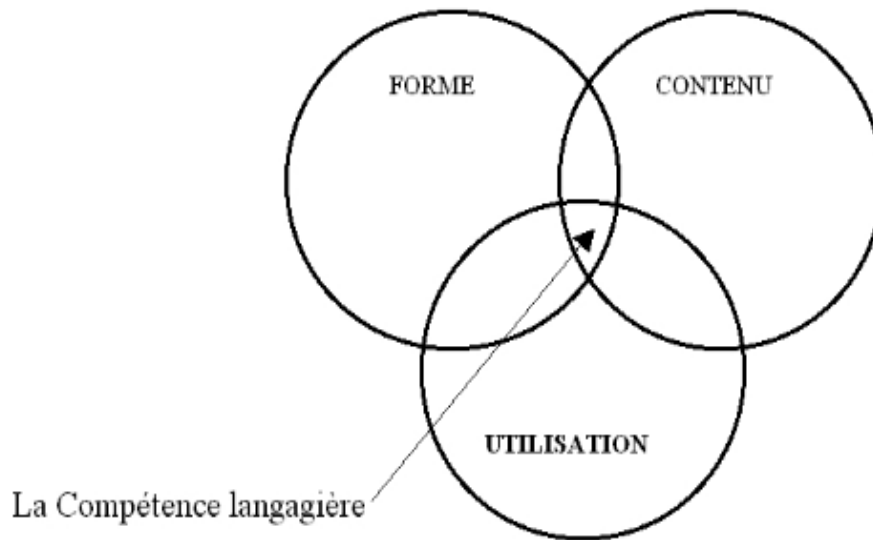


Schéma 1 : Modèle tridimensionnel d'après Bloom et Lahey (1978)

Quand on parle de communication orale et de pragmatique, il est primordial d'expliquer ce qu'est la compétence pragmatique :

3- La compétence pragmatique :

La compétence pragmatique est la capacité à pouvoir choisir un énoncé adapté au contexte. Bachman (1990) la définit comme étant la relation entre le contexte de situation et les signes qu'émettent les locuteurs ou les référents. Selon lui, la compétence pragmatique englobe différentes connaissances tels que les actes de langage, les fonctions de la langue et le savoir de ces fonctions dans différents contextes,⁷⁵ définissent par la suite ces connaissances : ils les regroupent en *compétence fonctionnelle* et en *compétence sociolinguistique*.

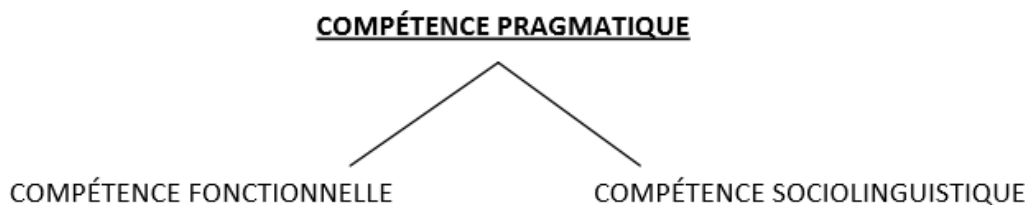


Schéma 2 : La compétence pragmatique de Bachman et Palmer (1996)

La compétence fonctionnelle est définie comme une capacité d'interpréter les relations entre les expressions et les intentions des locuteurs ; la compétence sociolinguistique,

⁷⁵ Bachman et Palmer (1996 Language testing in practice. Oxford: Oxford University Press.)

quant à elle est définie comme la capacité d'utiliser et d'interpréter la langue dans une situation déterminée.

4- Les troubles pragmatiques chez l'enfant IMC

Les troubles pragmatiques sont définis en général comme étant des troubles qui touchent la capacité d'adapter les choix linguistiques au contexte de la communication.

D'après De Weck et Maro, (2010), les troubles pragmatiques sont des dysfonctionnements dans la gestion des conversations. Comme nous l'avons évoqué, la pragmatique est la relation qui existe entre un énoncé et sa fonction sociale ; de là nous pouvons dire qu'ils ont un lien de réciprocité et de partage. Dans ce cas l'enfant IMC a du mal à se faire comprendre et à comprendre.

Nous savons tous que lors d'une communication entre deux interlocuteurs sans troubles ou difficultés de langage, il peut y avoir des lacunes pragmatiques dans leurs conversations ; donc l'enjeu est plus difficile et plus contraignant chez les personnes souffrant de troubles du langage tel que l'enfant IMC.

L'enfant IMC est différent par rapport aux autres enfants ayant des pathologies associées à des troubles de la pragmatique ; cette différence s'articule sur le fait que l'IMC a une expérience propre à lui de la communication. Pour acquérir une expérience communicationnelle plusieurs facteurs y contribuent, l'entourage est un facteur primordial dans ce processus :

- Si les parents (l'entourage) sont protecteurs alors ils auront tendance à interpréter, parler à la place de l'enfant, finir ses phrases et tout cela dans le but de l'aider et de ne pas le fatiguer vu que l'enfant IMC a tendance à se fatiguer rapidement.
- Si les parents au contraire négligent leur enfant IMC ils auront tendance à ne pas le laisser participer aux conversations étant donné qu'à leurs yeux cet enfant est « handicapé » donc « il ne comprend pas et ne peut pas être compris ».

Dans les deux cas l'enfant IMC n'a pas eu l'opportunité de développer sa communication donc son manque d'expérience communicationnelle est traduit par des troubles pragmatiques.

Chez les IMC les troubles pragmatiques s'accroissent non du fait que l'enfant n'arrive pas ou ne veut pas ou ne sait pas communiquer mais du fait des difficultés motrices qui

pénalisent la bonne articulation des mots et qui engendre parfois une non compréhension du message.

Parmi les difficultés que peut avoir un enfant IMC est d'exprimer un refus, un besoin, un désir, un vœu... etc, tout ce qui est en relation avec l'affecte reste difficile à dévoiler.

L'enfant IMC peut négliger certaines règles de conversations par son manque d'expérience dans le domaine de la communication, ces règles sont:

- Prise de parole.
- Respect des tours de parole.
- Gestion des conversations.
- Maintien d'un thème...etc.

Les troubles pragmatiques se manifestent sur deux versants le premier réceptif et le second expressif, mais ces deux versants restent lié étant donnée l'association des troubles de sortie et d'entrée:

a. Sur le versant réceptif :

Appelé aussi difficulté d'entrée, cette dernière atteint le sujet par des difficultés à retenir le contexte de la conversation. Ce trouble est caractérisé par différents aspects :

- L'intonation est mal interprétée voire ignorée.
- Les commentaires et les interventions extérieurs sont mal interprétés.
- Manque d'intérêt pour les activités d'autrui.
- Manque de sensibilité vis-à-vis des ressentis des autres.
- Une importance exagéré pour certains détails par exemple les bruits.
- Une grande sensibilité à certains stimuli tels que les odeurs.
- Les questionnements ne sont pas compréhensibles.

Ces sujets n'ont pas accès ou n'arrivent pas à certaines pensées en rapport avec l'aspect lexical de la langue tel que la métaphore, l'ironie, l'humour, le sarcasme, le mensonge...etc. Comme nous l'avons souligné plus haut dans l'aspect psycholinguistique du langage chez l'IMC, cette complexité est due à une difficulté de production de termes abstraits. Ce qui engendre dans une conversation des réponses inadaptés et incohérentes.

b. Sur le versant expressif :

Appelé aussi trouble d'entrée, ce trouble est caractérisé par différents comportements :

- Les réponses que formule le sujet ne correspondent pas au contexte de la conversation.
- Une incohérence du discours due à des réponses et réflexions inadaptées.
- Présence de troubles de l'informativité du fait de la pauvreté du discours.
- Un non respect des règles de conversations.
- Difficulté d'entamer une conversation.
- Les informations de l'interlocuteur ne sont pas prises en compte.
- Changement de sujet brusque.
- Difficulté de changement de sujet en milieu d'une conversation.
- Redondance de réflexions et de questions.

Chez les sujets atteints de troubles pragmatiques, les quiproquos et les incompréhensions s'installent rapidement dans la compréhension de la conversation ; ces sujets ne cherchent pas à éclaircir ni à comprendre le message de leur interlocuteur, ni à procéder à une vérification de la transmission de ce dernier dans la conversation.

On remarque que la prosodie peut être altérée dans ce genre de trouble ; le ton est monotone, l'intensité est trop forte ou trop faible, le discours peut être répétitif. Le regard et la mimique peuvent être inappropriés à la conversation voire des stéréotypies verbales ou motrices.

Bref, le sujet est atteint d'un trouble qui touche la globalité d'une communication. La bonne transmission et la compréhension du message dans une conversation donnée avec un interlocuteur est pratiquement dans l'ordre de l'impossible ou du difficile ; les facteurs peuvent être simples comme complexes et chaque sujet est un cas bien précis dans une communication précise. Il peut y avoir changement de facteurs quant à un changement de situation, ce que nous voulons démontrer dans notre étude est que chaque IMC peut avoir des troubles pragmatiques spécifiques à lui et qui peuvent changer d'une situation à une autre.

c. Le comportement :

Le comportement de l'humain est complexe et pour établir un contact il faut une bonne entente lors des conversations d'échange, quand des troubles viennent s'y associer, elles rendent le contact avec cette personne plus difficile et l'individu paraît aux yeux des

autres comme « différent » parfois même « bizarre » ; delà ce sujet peut subir des moqueries, laissé de côté par ses camarades de classe ou parfois par son entourage qui trouve une certaine difficulté à établir un contact avec lui.

Il faut noter qu'il n'est pas rare de se retrouver face à un enfant IMC avec une réelle envie de communiquer, mais les troubles pragmatiques peuvent persister. Chez l'enfant IMC la conversation peut être parasitée par des mouvements involontaires et donc perturbée. La relation qui devrait s'installer avec l'interlocuteur est affectée.

Il n'existe actuellement aucun bilan d'évaluation de la pragmatique adapté à la population IMC, le seul bilan qui existe est un bilan adapté aux enfants autistes « La Children's Communication Checklist de Bishop ».



CHAPITRE III :

Etude de cas



CHAPITRE III : Etude de cas

Comme nous l'avons déjà évoqué, nous distinguons dans notre étude deux catégories d'élèves. Ceux ayant suivi un enseignement dit ordinaire et ceux ayant participé à des programmes dans des structures spécialisés.

Catégorie 1

Nous commencerons notre étude de cas par la catégorie des enfants n'ayant été à aucun moment dans une structure permettant d'accueillir des IMC. En effet toute leur scolarité s'est déroulée dans des établissements scolaires dits ordinaires. Par conséquent, ils n'ont bénéficié d'aucun programme psychopédagogique permettant de les aider à s'adapter à leur handicap.

1-1 Etude de cas de l'élève C.E :

2- Présentation de l'élève C.E

- Date de naissance : 01/09/1998
- Niveau scolaire : 1^{ère} année moyenne Collège Chaabi Boumediene (Oran Algérie)
- Cursus scolaire : normal
- Type d'handicap :
 - Spasticité
- Cause du handicap :
 - Manque d'oxygène lors de la naissance
- Situation parents :
 - Père chauffeur de taxi
 - Mère : enseignante d'arabe au primaire.
- Traits de caractère :
 - Elève très motivé, intéressé, intégré dans la classe
- Troubles constatés :
 - Troubles au niveau de l'expression orale

N.B : tous les entretiens qui se sont déroulés en Algérie ont été faits en langue arabe (sauf pour un élève) car les élèves ne maîtrisent pas le français et ne sont par conséquent pas capables de tenir un discours ce qui risquerait de fausser nos résultats.

2-1 Exemple d'entretien :

Question 1 : Qu'est-ce que tu fais de ton temps libre ?

« Eh...J'aime eh...le livre...quand...eh...je l'ouvre... (rire)...Eh parfois y a des images mais j'aime plus lire avec une autre personne parce que eh...ma mère eh...quand il y a des images je préfère quand je comprends eh...mieux »

Suite à cette réponse, nous constatons que l'enfant, malgré tous les efforts qu'il fournit, reste incapable d'organiser son discours avec une impression que ces idées se chevauchent, sont confuses et manquent d'enchaînement logique.

Cette mise en situation nous permet de mettre en évidence les troubles langagiers dont il souffre.

Néanmoins, en comparaison avec les autres élèves qui sont placés dans des structures ordinaires sans accompagnement, nous constatons que l'élève C.E malgré ses difficultés, arrive tout de même à communiquer. En effet, sa mère étant enseignante veille à ce que son fils progresse efficacement, même si cette progression reste proportionnelle à ses capacités langagières et cognitives.

2-3 Observations et remarques

L'entretien avec l'élève C.E s'est avéré très intéressant, en effet, lors de nos échanges avec lui, nous avons constaté que ce dernier accuse de quelques difficultés à donner une information pertinente et efficace.

- Des difficultés sont aussi constatées quand l'élève souhaite exprimer ses intentions de façon précise.
- Le discours tenu par l'élève manque de pragmatisme, le contexte langagier semble très faible voire parfois inexistant.
- l'enchaînement des idées semble désordonné.
- Sur le plan physiologique, la voix est haute et forcée,
- l'hyper nasalité est presque toujours la caractéristique dominante.
- L'absence d'inflexion est marquée et le volume sonore est irrégulier.

1. 2- Etude de cas de l'élève S.E

2- Présentation de l'élève S.E

- Date de naissance 24/06/1995
- Niveau scolaire : 1^{ère} année moyenne Collège Chaabi Boumediene (Oran Algérie)
- Cursus scolaire : Retard de deux ans
- Type d'handicap :
 - Spasticité
- Cause de Dysarthrie:
 - Lien de consanguinité (parent avec un lien parental).
- Situation parents :
 - Père : retraité
 - Mère : femme au foyer
- Traits de caractère :
 - Elève très timide, manque de confiance, quasi inexistant en classe
 - Très mal intégré en classe
- Troubles constatés :
 - Dysfonctionnement sévère au niveau de la communication et l'expression orale.
- Pratique de la natation
- A fréquenté pour une période très courte un centre spécialisé dans l'accueil d'enfant handicapé (Misserghine).

2.1 Entretien avec les parents

L'entretien avec le père n'a pas eu lieu, et celui avec la mère nous a fourni que quelques éléments superficiels étant donné le débordement de la mère par la présence d'un autre enfant handicapé au domicile. Néanmoins, nous avons constaté que malgré quelques efforts fournis par cette mère, il semble que la scolarité de son enfant ne constitue pas une priorité. Durant l'entretien, la mère nous a déclaré que son fils à un niveau scolaire très moyen et qu'il a besoin d'une aide permanente pour pouvoir progresser et qu'elle se retrouve souvent dans une situation d'incapacité totale à répondre aux besoins de son fils sur le plan psychopédagogique.

2.2 Observation et remarque :

Suite à notre entretien avec l'élève, nous avons constaté que ce dernier présente des troubles de compréhension, il a constamment besoin de son professeur pour l'accompagner dans la compréhension des textes. Ses troubles langagiers l'ont éloigné petit à petit de l'ambiance de la classe. Par conséquent, sa participation reste très limitée voire inexistante si ce n'est que son enseignante qui l'encourage par des demandes répétitives de donner des réponses à des questions ; ceci dans le but de le maintenir en situation permanente de concentration. Lors d'interrogation en classe, l'élève, de par son incompréhension du contexte et donc de la question, répond souvent hors sujet.

Lors d'échange avec l'élève, les idées qu'il souhaite exprimer semblent parfois refléter un trouble sur le plan pragmatique car les phrases qu'il évoque ne sont souvent pas conformes au contexte. L'enchaînement des idées ne semble pas respecter une certaine logique, il donne l'impression qu'il a plus tendance à aligner des mots que de faire des phrases ayant un sens.

Suite au comportement de l'élève de façon globale, nous pouvons tirer la conclusion suivante :

Notre élève présente non seulement des troubles au niveau de la compréhension, mais il semble, que son langage soit touché également dans toutes ses composantes (lexique, syntaxe, sémantique et pragmatique). Ces retards peuvent s'expliquer par les déficits moteurs dont il souffre réduisant ainsi en termes de qualité et de quantité, ses possibilités d'interaction avec son environnement social et par conséquent, la construction de son intelligence et son langage. De plus ses difficultés motrices de réalisation de la parole (Dysarthrie) dont il souffre le conduisent systématiquement à réduire et à simplifier ses énoncés, ce qui provoque aussi un appauvrissement des mécanismes morphosyntaxique du langage, et par conséquent l'utilisation d'un vocabulaire restreint. Tous ces troubles ont un rôle déterminant dans la destruction "involontaire" de tous les processus qui mettent en place un élève dit ordinaire dans la construction de ses mécanismes pragmatiques qui vont lui permettre de comprendre et d'être compris dans un contexte donné.

Catégorie 2

Après avoir étudié le cas d'enfant IMC n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge précoce, nous allons maintenant nous pencher sur la 2^{ème} catégorie d'enfants qui présentent les mêmes types de troubles langagiers. Ceci dans le but de comparer entre les deux catégories mais surtout de comprendre et de confirmer le rôle déterminant que pourra jouer les structures spécialisés d'abord dans la reconnaissance précoce de troubles langagiers et ensuite dans le suivi et l'amélioration des mécanismes qui permettent au IMC de mieux supporter leurs pathologies et de mieux s'adapter à leur environnement socio-éducatif. Comme nous l'avons cité plus haut, ces centres ont pour but aussi d'accompagner les parents dans l'acceptation du handicap de leur enfant et de leur apprendre à contribuer à leur développement. C'est pour cela que l'élaboration d'un projet multidisciplinaire bien organisé s'avère selon plusieurs études très efficace dans la préparation de l'enfant à l'âge adulte avec une certaine autonomie qui engendrera systématiquement une moindre dépendance envers autrui.

3.1 Etude de cas de l'élève P.L

2- Présentation de l'élève P.L

- Date de naissance 26/04/2002
- Niveau scolaire : CM2 (5^{ème} année)
- Type d'handicap :
 - Dysarthrie spastique
- Cause de l'handicap :
 - Tumeur cérébrale
- Situation parents :
 - Père : Agent commercial
 - Mère : Fonctionnaire mairie
- Traits de caractère :
 - Elève vivant, accepte son handicap, participant mais hyperactif, temps de concentration très court.
 - Capacités intellectuelles quasi intactes
- Troubles constatés :
 - Retard dans la communication et manque de pragmatisme
- Centre d'accueil : Centre Pré Scolaire Claire Girard (Région parisienne)

2.1 Entretien avec les parents

Suite à notre entretien avec les parents, ils avaient prouvé une certaine réticence au fait de citer leur enfant, mais cette réticence à aussitôt disparue quand ils ont su que tous les élèves qu'on allait citer lors de notre mémoire resterons anonymes.

Les parents nous ont informés que leur décision de l'intégrer dans un centre multidisciplinaire pour enfants handicapés a été prise dès lors qu'ils ont su que leur enfant sera différent des autres et qu'il souffre de trouble de la parole. En effet, ayant un oncle orthophoniste, il les a conseillés vivement de prendre en charge leur enfant de façon précoce de sorte à ce que les troubles langagiers soient diagnostiqués et maîtrisés.

Après des recherches, les parents ont opté pour Pré Scolaire Claire Girard, ce centre fait appel à la compétence de plusieurs professionnels qui vont mettre en œuvre d'abord un programme d'évaluation précise des aptitudes de l'enfant en fonction de son âge, de ses acquis, de sa motivation et des attentes des parents. Ces professionnels sont tous issus de domaines différents tels que la rééducation, l'éducation spécialisée, mais aussi la psychologie et la neuropsychologie et l'orthophonie. À partir d'examen cliniques dans un premier temps et de l'observation fine du comportement de l'enfant et d'une évaluation chiffrée du développement de l'enfant, à l'aide d'outils spécifiques, seront ensuite proposés des soins adaptés et des solutions d'apprentissage qui correspondent à chaque enfant.

2-2 Observation et remarque :

Après avoir passé des entretiens avec P.L et après l'avoir suivi dans son environnement éducatif et social, nous avons tout de suite constaté une différence majeure par rapport aux autres enfants atteints de pathologies similaires. En effet malgré que l'handicap de P.L soit sévère, nous avons remarqué qu'il a plus de capacité à transmettre l'information, sa communication semble bien maîtrisée.

P.L nous a confié qu'il se sent bien dans le centre et qu'il est conscient que cela lui offre la possibilité d'évoluer et de progresser relativement vite car il sait qu'un établissement scolaire ordinaire n'a pas les techniques et les moyens adéquats pour l'encadrer et le suivre.

Nous constatons finalement que le fait que l'élève ait été pris en charge de façon précoce à jouer un rôle déterminant quant à la capacité de l'enfant de donner une information claire et précise et correspond au contexte dans lequel se trouve l'élève.

4.1 Etude de cas de l'élève J.P

2- Présentation de l'élève J.P

- Date de naissance 26/08/2003
- Niveau scolaire : 6^{ème} année Collège programme spécialisé
 - Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile (Région parisienne)
- Type du handicap :
 - Spasticité
- Cause du handicap:
 - Accident cérébral (coma prolongé)
- Situation parents :
 - Père : Agent SNCF
 - Mère : Comptable
- Traits de caractère :
 - Elève motivé, accepte son handicap,.
 - Capacité intellectuelles quasi intactes
- Troubles constatés :
 - Retard dans la communication
- Centre d'accueil : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

2-1 Entretien avec les parents

Les parents du petit J.P nous ont informé qu'auparavant leur enfant été inscrit dans une structure scolaire ordinaire, de part ces pathologies, il gêné toute la classe car la maitresse passé beaucoup de temps avec lui au détriment des autres élèves en plus d'avoir un comportement perturbateur.

Suite à un entretien avec le directeur de l'école, ce dernier a proposé aux parents de mettre à disposition de J.P une auxiliaire de vie scolaire (AVS). Cela a permis de décharger la maitresse car l'AVS avance en temps réel avec l'élève en revenant sur les

points qu'il n'a pas compris. Les parents nous ont confirmé qu'ils avaient constaté de nettes améliorations quant à l'évolution de leur enfant.

Après avoir rejoint une association, les parents ont rencontré d'autres parents qui avaient opté pour des centres spécialisés quant à la prise en charge de leur enfant handicapé. Après plusieurs échanges et une longue réflexion, les parents de J.P ont décidé finalement de tenter l'expérience des centres spécialisés en étant tout à fait conscient que c'est une solution à double tranchant dans le sens où l'enfant n'étant pas dans un établissement ordinaire, se verra son interaction avec un environnement socioculturel "normal" diminué. L'avantage étant que, comme au sein de ses centres toutes les personnes ont plus ou moins les mêmes troubles, les enfants ne sentent plus cette gêne d'aller vers autrui et les systèmes pédagogiques mis en place, en plus de focaliser les efforts sur la communication oral, favorise les interactions entre les élèves afin que ces derniers puissent développer leurs capacités langagières et construire les mécanismes qui en temps normal régissent l'aspect pragmatique chez l'être humain.

Finalement J.P après quelques recherches a été inscrit dans un centre d'accueil des enfants (de 3 à 18 ans) souffrant de troubles moteurs. Le service, constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui a pour mission de contribuer au maintien de l'enfant ou de l'adolescent dans son milieu naturel de vie en soutenant son intégration familiale, scolaire, sociale, culturelle et professionnelle.

2-2 Observation et remarque :

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir à mainte reprise avec l'élève en présence de sa mère, d'abord quand il été dans l'enseignement ordinaire et ensuite quand il a rejoint un centre spécialisé.

Le dernier entretien que nous avons eu avec l'élève s'est déroulé 7 mois après qu'il ait rejoint le centre d'accueil spécialisé pour enfants atteints de handicap moteur cérébral.

Ce dernier entretien s'est avéré d'une importance majeure dans le sens où nous avons pu constater de manière flagrante une évolution dans la pertinence de ses propos qui malgré quelle soit proportionnelle à ses capacités à assimiler les informations, nous a largement convaincu que le centre spécialisé à davantage plus d'intérêts pour les enfants handicapés moteurs quand les troubles se révèlent sévères et qu'un enseignement ordinaire risque de

ne pas répondre à leurs besoins bien spécifiques en matières de techniques d'apprentissage.

En effet, avant son intégration dans le centre, sa communication été très limitée. Cela est dû certainement à son hyperactivité et à son manque de concentration. Les déficits moteurs dont il souffre réduisent considérablement ses possibilités d'interaction avec son environnement social et par conséquent, la construction de son langage.

Suite à son intégration dans le centre d'accueil, ce dernier, pour choisir les aides à la communication qui seraient le mieux adaptées à J.P, il réalise, au préalable, une évaluation soignée et révisable de ses besoins et capacités. Cette évaluation se fait dans des situations réelles de communication et demande la participation de toute l'équipe en charge de l'enfant et de son entourage. La structure spécialisée applique une règle générale qui consiste à dire que c'est bien aux professionnels du centre de s'adapter au fonctionnement du patient, à ses stratégies spontanées de compensation, et non l'inverse. En effet, seule une aide personnalisée se montrera véritablement efficace. Il est par conséquent important de souligner qu'il n'existe évidemment pas de système idéal bien défini pour combler les lacunes des élèves mais qu'il faut tenir compte : de l'âge du patient, de son niveau cognitif, de ses besoins scolaires et sociaux de communication de son environnement au quotidien, et des critères d'ergonomie liés à son état de dépendance.

Les techniques utilisées au sein du centre d'accueil ont entre autre pour objectif d'améliorer les capacités pragmatiques de l'élève car souvent c'est bien celles-ci qui l'empêchent de construire les mécanismes d'une communication pertinente et structurée. Par ailleurs, la difficulté réside dans le fait qu'il est très difficile d'évaluer de façon globale la compétence pragmatique de chaque élève. En effet, ces techniques utilisés se retrouvent confronté à l'absence de normes bien précises concernant le développement des différentes composantes de cette compétence. Néanmoins, le langage étant un moyen de communication dont la pragmatique en fait partie et donc évaluée lors d'un diagnostic général des capacités langagières de l'élève.



CONCLUSION



Conclusion

Le présent mémoire a pour ambition de tenter de démontrer le rôle de la pragmatique dans la communication de l'enfant IMC.

L'hypothèse qui a guidé notre travail est la suivante :

Une prise en charge précoce d'un enfant IMC à travers un accompagnement spécialisé et un projet éducatif organisé et précis peut améliorer et même accélérer de façon significative l'adaptation de l'IMC à son milieu social et lui permettre d'acquérir des mécanismes pragmatiques pour faciliter la communication.

Afin de pouvoir vérifier notre hypothèse, nous avons procédé à une étude de cas. Notre échantillon d'étude s'est composé de 4 enfants IMC : deux inscrits dans un programme d'intégration scolaire ; et les deux autres dans un établissement spécialisé.

Notre étude se fera au biais d'une comparaison entre les deux mondes des IMC et delà, faire ressortir les observations constatées lors des entretiens que nous avons pu avoir avec eux ainsi qu'avec leurs parents.

L'observation de ces enfants IMC, nous a permis de constater que sans un milieu social et sans échanges avec autrui même au biais de gestes et mimiques semble avoir un impact sur le développement de la pragmatique chez ces sujets.

Tout au long de ce travail nous avons constaté l'importance de la communication et notamment l'aspect pragmatique qui a un rôle déterminant dans la compréhension de la conversation et qui jusqu'à nos jours reste un aspect complexe quant à son évaluation auprès de la population d'IMC.

Pendant notre étude, nous avons fait une rencontre tout à fait particulière ; une personne qui a attiré notre attention. C'est un IMC spastique ayant des troubles du langage, il a suivi ces études dans un établissement ordinaire, il a eu son bac, il a été à la faculté de droit, il a fait du sport précisément « le lancer du poids », il a été admis dans le handisport, il a participé à plusieurs championnats, il a été médaillé d'or aux jeux olympiques, il a persévéré pour avoir une capacité en droit pour pouvoir exercer le

métier d'avocat.... Aujourd'hui il a réussi son pari et il est avocat à Constantine, il s'appelle BETINA Karim.

Malgré le fait qu'un centre spécialisé soit plus efficace dans la prise en charge, l'exemple que nous venons de citer échappe à la règle car avec beaucoup de volonté, de motivation un IMC peut évoluer plus ou moins comme un individu ordinaire puisqu'il est doté d'une même capacité intellectuelle.



Bibliographie



Références bibliographiques

Ouvrages:

- Amiel Tison, Déficiences et handicaps d'origine périnatale: dépistage et prise en charge, Inserm, 2004.
- André MARTINET, Eléments de linguistique générale, Paris, Armand Colin, col. Cursus, 4^e édition, 2005.
- Babic Myriam, « Chapitre 12. La dysarthrie chez le patient dément », *La prise en charge des démences*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, «Questions de personne», 2009.
- Benveniste, *Problèmes de linguistique générale*, t. I, Paris : Gallimard, 1966.
- Bernard Lechevalier, Francis Eustache, Fausto Viader. *Traité de neuropsychologie clinique*, De Boeck, Inserm, 2008.
- BERNICOT J., TROGNON A., GUIDETTI M., MUSIOL M., *Pragmatique et psychologie*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2002.
- Blanchet, *La pragmatique. D'Austin à Goffman*.1995

- Bless, G (2004). *Intégration scolaire : Aspects critiques de sa réalisation dans le système scolaire suisse*. In : De Carlo-Bonvin (Ed.). *Au seuil d'une école pour tous*. Lucerne : SZH/CSPS.
- BRACOPS M., *Introduction à la pragmatique. Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, Bruxelles, De Boeck & Larciens A. , 2006.
- Caroline Bowen, Rachel Fortin, « Les difficultés phonologiques chez l'enfant : Guide à l'intention des familles, des enseignantes et des intervenantes en petite enfance. », Chenelière Éducation, 2007.
- CARON J., *Les régulations du discours. Psycholinguistique et pragmatique du langage*, Paris, Presses Universitaires de France, 1983.

- CHEVRIE-MULLER Claude, NARBONA Juan, *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques*, 2007, Elsevier Masson, 3^{ème} édition.
- Claude HAGEGE, Halte à la mort des langues, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Claude Springer (1999) « Comment évaluer la compétence de communication dans le cadre d'une interaction spécifique: de quel type de critères pragmatiques avons-nous besoin ? » In : *Les Cahiers de l'Apliu*, mars 1999.
- Cohen Suzy, *Handicapés : l'accueil depuis l'enfance* », l'Harmattan, Paris, 2007.

- Crunelle D(2004), Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel moteur, mental, in Les approches thérapeutiques Tome 1.
- Dalla Piazza Serge, Dan Bernard, Handicaps et déficiences de l'enfant, Ed. DeBoeck, Université coll. Questions de personne, 2001.
- DARDIER V., Pragmatique et pathologies. Comment étudier les troubles de l'usage du langage, Rosny-sous-Bois, Bréal Editions, 2004.
- DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1966.
- Delahaie M., L'évolution du langage chez l'enfant, de la difficulté au trouble, INPES, 2004.
- F. Brinet Al. Dictionnaire d'Orthophonie, 2004, Ortho édition.
- Florin, A. (2003), introduction à la psychologie du développement, enfance et adolescence. Paris : Dunod, les topos.
- Franck NEVEU, Dictionnaire des sciences du langage, Paris, Armand Colin, 2004
- FusterPhilippe, Jeanne Philippe, Enfants handicapés et Intégration scolaire, Bordas pédagogique, Paris, 2000.
- Gagnardet, Lemétayer. L'infirmité motrice cérébrale. Réadaptation. (1979).
- Gillig Jean-Marie, Intégrer l'enfant handicapé à l'école, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 2006.
- JAKOBSON R., Essais de linguistique générale I. Les fondations du langage, Paris, Les éditions de minuit, 1963.
- Jean-Adolphe Rondal, Xavier Seron, Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation, Mardaga, 2003.
- LAMBERT (J.L.), SERON (X.), Infirmité motrice cérébrale et atteinte cérébrale minimale, in RONDAL (J.A.), SERON (X.), Troubles du langage. Diagnostic et rééducation, Bruxelles, Mardaga, 1980.
- LAUNAY C., BOREL-MAISONNY S., Les troubles du langage, de la parole, et de la voix chez l'enfant, Paris, Masson et Cie, 1975.
- M. Le Métayer, Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique, 2^{ème} éd. Broché, 1999.
- Marchand M.H, bilan de langage et diagnostics chez les enfants IMC, rééducation orthophonique, Mars 1998.
- MAZEAU M., Les troubles du langage : Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant, Du trouble à la rééducation, 1999, Paris, Masson.

- Mehler J., Introduction. In: *Langages*, 4e année, n° 16. . Psycholinguistique et grammaire générative.
- Michel Arrivé, Françoise Gadet, Michel Galmiche, La grammaire d'aujourd'hui : Guide alphabétique de la linguistique française, Paris, Flammarion, 1986.
- RONDAL J-A., SERON X. & al. , *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Sprimont, Mardaga, 2000.
- SAM Nadia, Psychopathologie et clinique sociale : La prise en charge psycho-orthophonique, Volume4, 8, 2008.
- TARDIEU G. Le dossier clinique de l'IMC. Cahier du Cercle de Documentation et d'Information pour la rééducation des IMC, n°39, avril-mai-juin 1969
- Tourette Catherine, Guidetti Michèle, Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Ed Armand Colin, Paris, 1999.
- TRUSCELI D., Les infirmités motrices cérébrales : Réflexions et perspectives sur la prise en charge, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008.
- VYGOTSKI LS., Pensée et Langage, Paris, La Dispute, 1997.

Colloques

- Catherine Grosmaître, La communication empêchée : Trouble de la parole chez la personne avec paralysie infantile. Répercussions des moyens alternatifs de communications sur leur évolution. APF formation 20^e journées d'étude, paris, 24, 25, 26/01/07.
- 48^{ème} Session de la conférence internationale de l'éducation, Rapport de l'Algérie, 2008.

Mémoires

- Olivier HERAL, TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DE LA DEGLUTITION EN NEUROLOGIE DE L'ADULTE : Aphasies, dysarthries et dysphagies. Castres.
- Ghomari Achraf Lamia, La production écrite en classe de FLE : cas des IMC, 2011, Université d'Oran.

-Approche pragmatique du discours argumentatif selon Jacques Moeschler par Azedine BENJELLOUL Université Ibn Toufail Kenitra - Licence option linguistique 2006.

-Lucile GIRY et Muriel VERIN soutenu publiquement en juin 2013 :

Intérêts et apports du logiciel gratuit d'aide à la communication, Plaphoons, dans la prise en charge d'enfants infirmes moteurs cérébraux sans langage oral. (MEMOIRE En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie).

Revue

-Deconinck N., Neuro-anatomie des troubles articulatoires chez l'enfant IMOC, in Rééducation orthophonique n 233 « Les désordres phono-articulatoires chez l'enfant et l'adulte », Mars 2008.

-Bachman et Palmer (1996 Language testing in practice. Oxford: Oxford University Press.)

-Jean-Jacques Detraux, Intégration des personnes déficientes intellectuelles, Les Cahiers de l'Actif - N°294/295.

-Résolang, revue semestrielle, n°1, septembre 2008, RUO, Oran.

-Normand Claudine, Trollez M.-F.. Du pragmatisme à la pragmatique : Charles Morris. In: *Langages*, 19e année, n° 77. Mar 85. Le sujet entre langue et parole(s). pp. 75-83.

-Fondatrice : Suzanne BOREL-MAISONNY 43e Année Avril 2005 Trimestriel N° 221 Les habiletés pragmatiques chez l'enfant, rééducation orthophonique, rencontres, données actuelles, avril 2005 N° 221, Rééducation Orthophonique, 145, Bd Magenta, 75010 Paris Ce numéro a été dirigé par Françoise Coquet, orthophoniste.

-Sarah de Vogüé, « La théorie des opérations énonciatives comme théorie de la référence », *Semen* [En ligne], 4 | 1989, mis en ligne le 11 novembre 2008, consulté le 22 mars 2015. URL : <http://semen.revues.org/6653>

-Benveniste Emile. L'appareil formel de l'énonciation . In: *Langages*, 5e année, n°17, 1970.

-François F., Le fonctionnalisme en syntaxe. In: *Langue française*. Vol. 35 N°1. Fonctionnalisme et syntaxe du français.

-Paru dans M.A. Schelstraete & M.P. Noel (Eds). Les troubles du langage et du calcul chez l'enfant. Editions EME. Intercommunication. 2004, pp.81-112. Les troubles phonologiques : cadre théorique, diagnostic et traitement Marie-Anne Schelstraete, Christelle Maillart**& Anne-Catherine Jamart Unité Cognition & Développement Université catholique de Louvain.

Rapports

- Handicap International, Programme Maghreb Algérie : Vers l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le système éducatif ordinaire, retour d'expérience, Décembre 2012.

Sitographie :

-http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/neurosciences/archives- formations/neuro_apprentiss_2/cas_langage/structures_langage/structures_langage consulté le 07/05/2015.

- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/07.plaquet_inpes.pdf consulté le 07/05/2015.

-http://capa-sh.pagesperso-orange.fr/docs/fiche_lect_sandrine_acquisition_du_langage_chez_enfant.pdf consulté le 07/05/2015.

-<http://integrascal.fr/fichepedago.php?id=38#chap2> consulté le 05/05/2015.

- <http://www.lafondationmotrice.org/LivreProspective/LivreProspectiveIntegral.pdf>

- <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873419/document>

- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles.pdf

- <http://orthophoniealgerie.unblog.fr/linfirmite-mortice-cerebrale-imc/>

- <http://guidespratiquesavs.fr/images/public/guideimc.pdf>

- http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RFLA_132_0045

-http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lgge_0458-726X_1970_num_5_17_2572

-http://asl.univ-montp3.fr/L108-09/S1/E11SLL1/cours/2-Enonce-enonciation_synth.pdf

-<http://www.analyse-du-discours.com/l-approche-pragmatique>

- <http://integrascal.fr/fichepedago.php?id=38#chap2> consulté le 05/05/2015.
- http://asl.univ-montp3.fr/HemmiWeb/3_2_4-1-lefonctionnalisme%20.pdf
- http://www.crisco.unicaen.fr/IMG/pdf/Francois_FonctLingCogn_5-04.pdf
- http://www.romanice.ase.ro/dialogos/08/07_Stoean-Les-theories.pdf
- <http://semen.revues.org/6653>
- http://www.isc.cnrs.fr/Prag_chap1.pdf
- http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/enfan_0013-7545_1985_num_38_4_2895
- http://scd.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/memoires_ortho/2012/LIL2_SMOR_2012_008_A.pdf
- <http://www.frc.asso.fr/Le-cerveau-et-la-recherche/Les-maladies-neurologiques/la-paralysie-cerebrale>
- http://tremintin.com/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=799&Itemid=160
- http://www.imc.apf.asso.fr/IMG/pdf/APF_FORMATION_La_communication_empechee_791904640.pdf
- <http://www.integrascal.fr/fichemaladie.php?id=39>
- http://www.kerspi.com/?page_id=24