INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH IN INNOVATION, MANAGEMENT & SOCIAL SCIENCES
DOI: https://doi.org/10.57109/319 ISSN: 2958-6453
VOLUME 8, ISSUE 1, July-2025

Research paper

Quand le langage se refuse aux enfants

Imane BELMAADADIA [1], Mohamed MELIANI [2]

[1] *Laboratoire LAIP, CED, Lettres Sciences Humaines, Arts et Sciences de l'Education, FLLA, UIT, Kénitra*

[2] *DLLF, Laboratoire LAIP, CED, Lettres Sciences Humaines, Arts et Sciences de l'Education, FLLA, UIT, Kénitra*

PAPER **INFO**

Paper History

Received March 2025
Accepted June 2025

Mots-clés :
Accès à l'apprentissage, diagnostic précoce, troubles de langage, difficultés phonologiques, prise en charge, psychomotricité, rééducation orthophonique, socio-affectivité

Résumé

L'acquisition du langage est une étape fondamentale dans le développement général des enfants. En revanche, quelques-uns trouvent des difficultés à acquérir cette compétence et ce pour diverses raisons. Ces troubles de langage, non repérés et non corrigés, abstraction faite des anomalies sous-jacentes, influencent d'autres aspects, essentiels dans l'évolution des enfants, à savoir : l'intellectuel, la psychomotricité, l'affectif et le social, ce qui impacte négativement l'accès à l'apprentissage. Un suivi rapide et approprié pourrait faire face à ces déficiences et aider ces enfants à atteindre, plus ou moins, la moyenne de leurs égaux. Pour ce faire, différents acteurs sont amenés à coopérer et à accompagner ces enfants : le personnel de la Santé, les enseignants et les parents. L'implication parentale reste la clé du succès d'un long parcours de rééducation.

*Corresponding author. Email: imane.belmaadadia@uit.ac.ma

Introduction :

L'évolution du langage chez l'enfant est « *un mystère insondable* »[1]. En effet, déjà par ses pleurs et ses gazouillis, bébé s'affirme, et affirme le désir de communiquer. Petit à petit, il acquiert quelques mots qu'il associe, plus tard, à l'aide de règles de grammaire apprises progressivement, pour former des phrases et communiquer à l'aide de discours.

Malheureusement, quelques enfants peuvent rencontrer des difficultés, qui demanderont plus d'effort chez les uns que chez les autres. Ces déficiences peuvent s'accentuer pour devenir des troubles de langage inhibant la compréhension et/ou l'expression du langage.

4 à 5 % des enfants d'une tranche d'âge[2] sont porteurs de troubles de langage, dont 25% souffrent de troubles sévères. Ces difficultés peuvent non seulement altérer la capacité de ces sujets à parler, mais aussi à communiquer. Elles sont de diverses origines, génétiques, neurologiques, psychiques entre autres, et peuvent concerner aussi bien la production du langage que sa compréhension, ou même les deux ensembles. Elles peuvent aussi générer des anomalies lexico-syntaxiques ou sémantico-pragmatiques, ou encore phonologiques. Ces dernières sont les plus rencontrées, avec une prévalence de 6/10. C'est pourquoi nous les avons choisies comme sujet de notre investigation.

Les troubles de langage sont très variés, ils peuvent évoluer d'une simple déficience fonctionnelle (retard de la parole ou du langage) à une déficience structurelle et spécifique (dysphasie notamment), abstraction faite des anomalies sous-jacentes. Les causes en sont multiples : des problèmes ORL (surdité, déficit auditif, paralysie des organes de la parole …), des troubles neurodéveloppementaux (autisme entre autres), ou même des causes indéterminées.

Ces difficultés de langage altèrent le développement « normal » de la personnalité des petits, ainsi que leurs capacités intellectuelles, ce qui se répercute négativement sur leur accès à l'apprentissage et leur intégration sociale, pour n'en citer que peu. Voilà pourquoi nous avons opté à établir le lien entre les troubles de langage chez l'enfant, et à son accès à l'apprentissage, à la communication et à l'interaction avec le monde extérieur.

Notre problématique s'est basée sur la citation d'Alain Bentolita[3] qui stipule qu'« *Un enfant n'apprend pas le langage en grandissant, c'est le langage qui le fait grandir* », et sur le fait que les enfants marocains, comme tout enfant du monde, se développent à des rythmes variés. Néanmoins, quelques-uns sont confrontés à des difficultés de langage, qui, non repérées ou non identifiées, risquent d'inhiber les apprentissages fondamentaux qui suivent.

Certainement, le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate peuvent aider, dans plusieurs cas, à surmonter le problème du trouble de langage chez les enfants et par ailleurs celui de l'accès à l'apprentissage, ce qui explique l'objectif que nous nous sommes fixé ; prouver que le trouble de langage peut être rattrapable si l'enfant est pris en charge à temps - sauf autres pathologies associées -, ainsi qu'établir le lien entre les difficultés phonologiques et celles de l'apprentissage.

Quatre questions de recherche ont été posées pour répondre aux besoins de cette étude ; Elles sont présentées ci-après ainsi que les hypothèses jugées y attenantes :

- Le diagnostic précoce pourrait-il jouer en faveur d'un enfant présentant un trouble de langage ? De quelle prise en charge l'enfant doit-il bénéficier ?
- Quelle relation y aurait-il entre le langage et le développement psychomoteur, social et affectif d'un enfant ?
- En quoi la famille pourrait-elle aider pour dépasser un trouble de langage chez un enfant ?
- Quel lien pourrait-il y avoir entre les difficultés phonologiques et l'accès à l'apprentissage ?

Dans le but de bien mener notre investigation à terme d'objectifs, nous nous sommes basés sur deux modalités de travail : l'observation d'un ensemble d'enfants présentant différents troubles de langage au cours des séances de rééducation orthophonique, ainsi qu'un questionnaire destiné aux parents desdits enfants dans le but de retracer le parcours de dépistage et d'accompagnement de ces sujets, ainsi que celui de l'accès à l'apprentissage.

L'enquête a ciblé un échantillon de 30 accompagnateurs (6 pères, 22 mères et 2 Aides à la Vie Scolaire (AVS)) d'enfants présentant des difficultés de langage. Les données recueillies ont été statistiquement exploitées pour une analyse et un traitement permettant l'élaboration de corrélations, interprétant les résultats et apportant des éléments de réponses à nos questions de recherche. Nos corrélations ont été sujettes d'analyse à l'aide du logiciel R (test Chi2) afin d'évaluer l'interdépendance de nos différentes variables. Et comme toute étude, nous avons été contraints à nous limiter à ce modeste travail qui aurait été plus approfondi avec plus de temps imparti et surtout avec une coopération inconditionnelle des parents.

Les résultats obtenus seront exposés dans la partie suivante, et une discussion fera le corps des trois sections qui suivront, avant de terminer par une conclusion reconstituant nos avancées et soulevant des propositions de recommandations.

1. Diagnostic et traitement précoces du trouble de langage chez l'enfant :

Un diagnostic précoce permet, sans nul doute, de mettre l'accent sur les difficultés de langage dont souffrirait un enfant. Cependant un diagnostic, quoiqu'anticipé, ne peut à lui seul avoir d'effet sans une prise en charge appropriée pour tel ou tel cas.

---

[1] Stijn Streuvels cité par Carlos, De Sousa, 10 mars 2022, « Comment l'apprentissage du langage construit-il l'enfant ? », [https://www.leprogres.fr/magazine-education-jeunesse/2022/03/10/comment-l-apprentissage-du-langage-construit-il-l-enfant#:~:text=%C2%AB%20Le%20d%C3%A9veloppement%20du%20langage%20chez,la%20langue%20chez%20nos%20bambins.], (1/6/2022).

[2] « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant » dans solidarites-sante.gouv.fr, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf], Mars 2007.

[3] Alain Bentolita Cité par SAUVADET, Camille, Troubles du langage oral chez l'enfant : repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste, 2010, p.20.

Tableau 1 : enfants à risque de difficultés de langage selon l'âge.

Âge de la détection / Progrès	Avant 3ans		Entre 3 ans et 6 ans		6 ans et plus	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Très grand	1	6%				
Grand	7	41%	2	18%		
Moyen	4	23%	6	55%	1	50%
Peu	3	18%	1	9%	1	50%
Néant	2	12%	2	18%		
Total	17	100%	11	100%	2	100%

Sur un total de 17 cas repérés à risque avant l'âge de trois ans, 70% des sujets affichent un progrès appréciable (1sujet présentant un très grand progrès avec un pourcentage de 6%, 7 cas montrant un grand développement à raison de 41%, et 4 autres exhibant une progression moyenne estimée à 23% des cas) contre 30% dont le développement est infime (3 sujets faisant 18% des cas dont le progrès est minime et 2 sujets à raison de 12% n'ont présenté aucune progression). Chez les enfants entre 3-6 ans, nous avons pu constater un progrès considérable estimé à 73% des cas (18% montrant un grand progrès et 55% un développement moyen) à l'opposé de 27% seulement, chez lesquels nous n'avons remarqué aucune progression. En revanche, chez les 6 ans et plus, nous avons observé un progrès moyen chez 50% des sujets et une progression faible chez l'autre moitié.

Ces différentes données nous amènent à la conclusion selon laquelle plus le diagnostic est tardif, plus le progrès est réduit : 70% des cas ont progressé chez les sujets détectés avant 3 ans ; 73% chez ceux repérés ente 3-6 ans, et 50% parmi ceux découverts après 6 ans.

Nous pouvons déduire donc, que les enfants reconnus à risque précocement ont tendance à mieux progresser et minimiser les différences entre eux et la moyenne de leurs pairs. Autrement dit, au fur et à mesure que l'âge de décèlement des troubles de langage chez les enfants augmente, le taux de progrès diminue. Or, le test Chi2 de Pearson (X-squared = 6.6547, df = 8, p-value = 0.5743 > 0,05) rejette cette corrélation et suppose que l'âge n'est pas associé aux progrès révélés et que les écarts observés sont dus au hasard ; la taille réduite de notre échantillon en serait peut-être l'origine.

Tableau 2 : enfants présentant des troubles de langage, et enfants pris en charge selon l'âge.

Âge de la détection		Avant 3 ans		Entre 3 ans et 6 ans		6 ans et plus		Total	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Sujets détectés		17	57%	11	37%	2	6%	30	100%
Sujets pris en charge		4	13%	19	64%	4	13%	27	90%
Sujets non pris en charge				1	3%	2	7%	3	10%
Progrès	T.gd	1	25%						
	Gd	1	25%	6	30%	2	33.%		
	Moy	1	25%	8	40%	2	33.%		
	Peu	1	25%	3	15%				
	Pas			3	15%	2	34%		

Sur les 30 sujets sollicités, 17 parents ont affirmé que leurs enfants étaient détectés à risque de troubles de langage avant l'âge de 3 ans avec une proportion de 57%. Toutefois, 11 ont détecté ce problème chez leurs petits entre 3-6 ans (37%), alors que 2 seulement, ne l'ont été qu'après l'âge de 6 ans, avec un pourcentage de 6% environ.

Ces sujets ont été pris en charge à raison de 4 enfants avant l'âge de 3 ans (Soit 13%), 20 cas entre 3-6 ans (soit un pourcentage de 64%), 4 autres (soit 13% de notre population cible) après l'âge de 6 ans alors que 3 petits n'ont eu aucun soutien (soit 10% des sujets sollicités).

Les 4 participants accompagnés avant l'âge de 3 ans ont connu des évolutions différentes à savoir : un sujet montrant un très grand progrès, un autre présentant une grande progression, alors que le troisième n'a connu qu'un progrès moyen, cependant, le quatrième a montré un développement très minime à raison de 25% pour chaque mode de progression.

Pour les cas bénéficiant d'un soutien entre 3-6 ans (20 sujets), nous avons pu relever les résultats suivants :

6 cas (30%) avancent un grand progrès alors que 8 autres (soit 40%) montrent un développement moyen, pendant que 3 sujets (15% des cas) présentent peu de progrès, et 3 enfants (15% des sujets) n'ont connu aucune progression.

En revanche, bien que 4 sujets aient bénéficié d'un suivi tardif (après l'âge de 6 ans), ils ont connu un développement que nous pouvons qualifier de moyen pour 2 cas, et d'appréciable pour les 2 autres. A noter que les deux cas ayant présenté un grand progrès ne souffrent d'aucune pathologie associée au trouble de langage.

Les deux cas faisant partie de la catégorie d'âge 6 ans et plus et qui n'ont jouit d'aucun suivi n'ont montré aucune progression observable.

En somme, pour les enfants soutenus avant l'âge de 3 ans, 75% ont exhibé un progrès estimable contre 25% présentant un développement infime. Les enfants suivis entre 3-6 ans ont, pour leur part, montré une amélioration remarquable de 70% à l'encontre de 30% des cas avec une progression négligeable. Alors que 66% des sujets, pris en charge au-delà de 6 ans et plus, ont tracé la même tendance, celle d'une progression oscillant entre grande à moyenne.

Nous pouvons avancer donc, qu'abstraction faite des anomalies associées aux troubles de langage, sur les 27 enfants qui ont bénéficié d'un suivi orthophonique, 1 sujet a présenté un très grand progrès à l'encontre de 9 manifestants un grand progrès, 11 avec un développement moyen alors que seulement 6 n'ont montré que peu ou pas de progression. Autrement dit, 78% des enfants, sujets de notre enquête ayant bénéficié de séances de rééducation orthophonique, se sont améliorés contre 22% qui n'ont manifesté aucune évolution. Le test chi2, affichant une statistique de 45.15 avec 14 degrés de liberté et une valeur p = 0.0001528, confirme que notre corrélation n'est pas due au hasard et qu'elle est significativement dépendante : l'âge de la détection et de la prise en charge se répercute vraisemblablement sur le taux d'avancement chez nos sujets.

Tableau 3 : enfants et progrès de la rééducation orthophonique selon l'âge.

Âge de la prise en charge / Durée de la Rééducation		Avant 3 ans		Entre 3 et 6 ans		6 ans et plus	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Moins 6 mois	T. gd						
	Gd						
	Moy.					1	25%
	Peu			1	6%		
	Pas			2	12%		
De 6 mois à 1 an	T. gd						
	Gd					1	25%
	Moy.			3	17%		
	Peu						
	Pas						
1 an et plus	T. gd	1	25%				
	Gd	1	25%	6	35%	1	25%
	Moy.	1	25%	4	24%	1	25%
	Peu	1	25%	1	6%		
	Pas						
Total		4	100%	17	100%	4	100%

Ce tableau recense les sujets pris en charge en fonction de la durée de redressement orthophonique et le progrès en conséquence. Les résultats obtenus montrent que chez les petits présentant des troubles de langage pris en charge avant l'âge de 3 ans, il n'y a progrès qu'après 1 an et plus de rééducation orthophonique : 75% des cas qui ont marqué des progressions appréciables (25% des cas avec un très grand progrès, 25% marquant un grand développement et 25% ont inscrit un progrès moyen) contre 25% seulement pour ceux qui ont exhibé un développement minime.

Les enfants de 3-6 ans suivis pendant une période de moins de 6 mois, n'ont marqué aucune progression considérable : 6% ont peu progressé contre 12% sans aucun développement. Alors que ceux ayant bénéficié d'un suivi s'étalant sur 6 à 12 mois, ont marqué un développement moyen (17% des cas pris en charge entre 3-6 ans). Cependant, ceux ayant adhéré à des séances de logopédie pendant 12 mois et plus montrent un développement estimé à 59% des cas à raison de 35% en faveur d'un grand progrès, 24% pour celui moyen contre 6% seulement des sujets qui n'ont présenté aucune progression.

Chez les enfants soutenus après l'âge de 6 ans, nous avons pu remarquer que 25% des cas ont manifesté un progrès moyen chez ceux dont la durée des séances de logopédie est inférieure à 6 mois, ainsi que ceux dont les séances se sont étalées sur 6 à 12 mois. Or, chez les petits dont la durée de redressement a dépassé 1 année et plus, le progrès est de 50% à raison de 25% pour un grand développement et 25% pour une progression moyenne.

Nous pouvons déduire qu'à partir d'une année de rééducation orthophonique et plus, les résultats sont encourageants ; nous pouvons aider un enfant à surmonter ses troubles de langage, sans tenir compte des anomalies associées.

Selon le test Chi2 ($p = 0.6917$ valeur supérieure à celle habituellement utilisée (0.05)), l'hypothèse nulle ne peut être rejetée et donc, nous ne pouvons confirmer qu'il y ait un rapport de dépendance entre nos deux variables, à savoir l'âge de la prise en charge, et la durée de la rééducation avec le progrès exhibé. En revanche, même si ce test ne montre pas de dépendance significative, prenons le temps de souligner que 75% des sujets pris en charge avant 3 ans, 59% de ceux suivis entre 3-6 ans et 50% de ceux accompagnés après 6 ans, ont réussi à évoluer positivement après une année ou plus de suivi. Ces données restent très révélatrices et peuvent faire l'objet d'une étude de proximité.

Tableau 4 : temps de latence entre l'âge de la détection et celui de la prise en charge et le progrès en résultant.

Âge de détection / Tps de latence entre détection et prise en charge, et progrès		Avant 3 ans		Entre 3 et 6 ans		6 ans et plus	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Moins 1 an	Tr. Grand	1	9%				
	Grand	4	37%	1	17%		
	Moyen	3	27%	4	66%		
	Peu	2	18%	1	17%		
	Pas	1	9%				
1 à 2 ans	Tr. Grand						
	Grand	2	67%	1	25%		
	Moyen	1	33%	2	50%	1	100%
	Peu			1	25%		
	Pas						
Plus de 2 ans	Tr. Grand						
	Grand	1	50%				
	Moyen						
	Peu	1	50%				
	Pas						
Total		16	100%	6	100%	1	100%

Selon une première lecture, les sujets détectés à risque avant l'âge de 3 ans et qui ont été accompagnés dans moins d'une année ont montré une progression considérable, 73% des cas (9% pour ceux présentant un très grand progrès, 37% pour les cas affichant un grand développement, et 27% pour les cas exhibant un progrès moyen). Les enfants ayant été suivis après une année à deux de la détection du problème affichent 100% de progrès à raison de 67% pour ceux montrant un grand développement et 33% pour une progression moyenne. Or les enfants étant pris en charge tardivement (après 2 ans ou plus) ont présenté 50% aussi bien pour un grand progrès que pour une progression minime. Chez la catégorie d'âge de 3-6 ans, les enfants ayant bénéficié d'un suivi en moins d'un an après la découverte du problème ont affiché un progrès remarquable chez 83% des cas (17% pour un grand développement et 66% pour celui moyen), à l'opposé de 17% qui n'ont présenté qu'une progression négligeable. En revanche, chez les sujets accompagnés après un à deux ans du décèlement du problème, 50% ont exhibé un grand développement, 25% ont montré un progrès moyen et 25% seulement ont présenté un avancement infime. D'où la conclusion suivante : le progrès diminue à chaque fois que le temps de latence entre l'âge du repérage des difficultés et celui de l'accompagnement orthophonique augmente. Retenons que 73% des cas suivis aussitôt que détectés ont exhibé la progression optimale, alors que 50% seulement ont évolué après un accompagnement retardé de 2 ans et plus.

Les 100% des cas qui ont montré une progression remarquable après un accompagnement proposé au-delà de la première année suivant le dépistage, peuvent être expliqué par la subjectivité des parents, qui, à travers leurs projections, connotent positivement l'évolution de leurs enfants même si ce n'est pas toujours le cas.

Ce jeu de données permet de rendre compte du rôle du dépistage précoce et du suivi anticipé dans le redressement des problèmes des troubles de langage chez les enfants, abstraction faite des difformités les accompagnant. Effectivement, plus le diagnostic est attardé, plus l'amélioration est réduite. Notons que 70% des enfants détectés avant 3 ans et 73% de ceux décelés entre 3-6 ans ont exhibé un développement prononcé à l'encontre de 50% seulement chez les cas découverts après l'âge de 6 ans.

De même, les enfants pris en charge aussitôt que les troubles de langage sont découverts, ont manifesté un progrès appréciable : 73% des sujets accompagnés rapidement ont évolué convenablement alors que seulement 50% des cas ont progressé après un accompagnement tardif. En effet Zesiger[4], a bel et bien souligné que la prise en charge précoce améliore les compétences langagières des enfants présentant des troubles de langage et leur permet d'atteindre la moyenne de leurs pairs.

Une rééducation orthophonique est recommandée pour les sujets présentant des troubles de langage, chose qui permettrait à beaucoup d'entre eux d'afficher des résultats prometteurs. En effet, 78% de nos sujets bénéficiant de séances de logopédie ont affiché un développement appréciable, contre 22% seulement pour ceux trouvant encore des difficultés à progresser. N'oublions pas que la durée du suivi orthophonique est un critère très important pouvant influencer l'amélioration du langage de ces enfants. Soulignons qu'à partir d'une année et plus de rééducation, nous avons pu constater que 75% des enfants suivis avant 3 ans, 59% de ceux accompagnés entre 3-6 ans et 50% des cas soutenus après l'âge de 6 ans ont réussi à s'améliorer. Par ailleurs, les travaux de Almost et Rosenbaum ont montré que des enfants appartenant à la tranche d'âge 3-6 ans présentant des troubles sévères de langage ont présenté un développement remarquable après 8 mois de rééducation orthophonique, en ayant de meilleurs résultats dans toutes les épreuves proposées[5].

Le Chi2, par ses statistiques (X-squared = 83.34, df = 14, p-value = 6.765e-12 < à 0.005), vient confirmer notre supposition, en associant, sans nul doute, le temps de latence entre l'âge de la détection et celui de la prise en charge, et le progrès en résultant.

Dans l'ensemble, nous pouvons stipuler que pour aider un enfant en difficultés de langage, il faut agir le plus vite possible pour augmenter ses chances d'amélioration et réduire l'écart par rapport à ses pairs.

---

[4] Pascal Zesiger (responsable de l'équipe « Acquisition et troubles du langage » à l'Université de Genève) cité dans « Quand le langage ne vient pas aux enfants » dans LE TEMPS, [https://www.letemps.ch/sciences/langage-ne-vient-aux-enfants], (7 Mars 2022).

[5] L'anaes, mai 2010, L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, [file:///C:/Users/MOI/OneDrive/Bureau/Orthophonie.pdf], 80p, 270 Ko, PDF, p. 56

2. L'impact de l'acquisition du langage sur le développement psychomoteur, social et affectif chez l'enfant :

Depuis la naissance, les petits développent leurs compétences motrices, intellectuelles, sociales et affectives. Ces compétences forment les pièces d'un puzzle qui se complètent les unes les autres pour incarner la promesse d'une belle création, celle de la personnalité de l'enfant dans sa globalité : *« chaque enfant se développe à son propre rythme, selon sa génétique, son tempérament et ses préférences*[6] *»,* mais n'empêche que tout enfant « normal » répond à une moyenne de développement plus ou moins commune.

Tableau 5 : progression des enfants et aspects affectés.

Progrès / Aspect du progrès	Oui		Non	
	Nbre	%	Nbre	%
Langage seulement	10	45%		
Langage + psychomotricité	2	9%		
Langage + socio-affectif	4	18%		
Langage +psychomotricité + socio-affectif	3	14%		
Psychomoteur seulement				
Socio-affectif seulement	3	14%		
Total	22	73%	8	27%

Ce tableau illustre le nombre et le taux des parents dont les enfants ont révélé une amélioration avec l'accompagnement orthophonique et ceux dont les enfants n'attestent aucun progrès indépendamment des anomalies sous-jacentes dont souffrent les uns ou les autres.

Sur les 30 parents participant à notre enquête, 22 ont attesté que leurs enfants ont progressé le long du parcours des séances de logopédie à raison de 73% contre 27% (8 cas) affirmant qu'il n'y a eu aucun développement observable.

Les 8 cas n'ayant présenté aucun progrès sont : 3 sujets souffrant d'anomalies associées (1 sujet présentant un TDAH et 2 autres atteints d'autisme), 4 cas non pris en charge et 1 petit commençant à peine son suivi orthophonique (1 mois de rééducation uniquement). Ce qui explique désormais le fait qu'aucune évolution n'est enregistrée.

Chez les petits ayant connu une progression remarquable, trois aspects ont été touché par cette amélioration à savoir : le langage, la psychomotricité et le socio-affectif.

Le développement a affecté la compétence langagière uniquement chez 10 cas, soit un taux de 45%, alors que 2 sujets ont confirmé avoir eu une progression touchant le langage et la motricité des enfants à raison de 9%. En revanche, chez 18% des cas (4 sujets), l'évolution a impacté l'aspect langagier ainsi que celui socio-affectif. Cependant chez 14% de ces enfants (3cas), le développement a touché les trois aspects, le langage, le moteur et le socio-affectif. Notons que 3 cas ont connu un progrès remarquable sur le plan socio-affectif uniquement et ce, à raison de 14%. Autrement dit, après un parcours de logopédie, le langage a été positivement affecté chez 19 cas, soit 86% des enfants ayant été pris en charge et attestant avoir connu une progression significative (10 cas avec un progrès touchant le langage seulement, 2 enfants progressant en langage et motricité, 4 sujets dont l'évolution a touché le langage et l'affectivité, et 3 autres dont le langage, le psychomoteur et l'affectif sont en développement) à l'encontre de 3 cas seulement dont le langage ne s'est pas amélioré (soit 14%). En outre, la psychomotricité de ces enfants s'est vue en amélioration, en association avec le développement du langage, chez 5 sujets à raison de 23% de nos enquêtés ayant attesté une progression considérable. Le côté socio-affectif quant à lui, a été considéré en évolution chez 10 enfants (soit 46% des cas) en association avec le langage seulement ou le langage et la motricité ou même seul chez quelques sujets.

Pour vérifier la significativité de nos résultats, nous avons eu recours au test Chi2 qui a indiqué une valeur p de 0.0008429 (inférieure à celle communément adoptée (0.05)). L'hypothèse, selon laquelle les variables ne sont pas corrélées, est rejetée, d'où l'association incontestable entre l'âge de la prise en charge et l'aspect du progrès observé.

Nous pouvons déduire donc, que le développement du langage affecte positivement le développement psychomoteur et socio-affectif. Notons que ces deux derniers aspects se sont améliorés en compagnie du langage chez 41% des cas (environ la moitié des enfants chez lesquels le progrès a été observé).

Tableau 6 : progression orthophonique des enfants selon l'âge.

Âge de la prise en charge / Aspect du progrès		Avant 3 ans		Entre 3 et 6 ans		6 ans et plus	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui		3	14%	14	67%	4	19%
Progrès	Langage seul			6	43%	3	75%
	Langage + motricité			2	14%		
	Langage + socio-affectif	3	100%	1	7%		
	Langage + motricité + socio-affectif			2	14%	1	25%
	Socio-affectif seul			3	22%		

Les données présentées dans cette corrélation permettent de dégager les résultats suivants :

- Chez les petits suivis avant l'âge de 3 ans, ayant répondus favorablement à la question recensant l'aspect du progrès touché par l'évolution après le suivi orthophonique, 3 sujets, à raison de 14%, ont attesté que 2 aspects se sont développés, soit le langage et le socio-affectif de ces enfants avec un taux de 100% des cas.
- A l'opposé, chez ceux accompagnés de 3-6 ans (14 sujets, soit 67% de ceux ayant répondu positivement à la même question), nous avons constaté différents aspects de développement :
  - ✓ 6 cas, soit 43%, dont le langage a évolué uniquement.
  - ✓ 2 sujets, à raison de 14%, qui ont confirmé avoir eu un développement au niveau du langage et de la psychomotricité.
  - ✓ 1 seul enfant (7% des cas) chez lequel le socio-affectif a progressé en même temps que le langage.
  - ✓ 2 petits marquant un taux de 14% dont les 3 aspects (langage, motricité et socio-affectif) ont évolué parallèlement.
  - ✓ Et enfin, 3 cas, faisant une part de 22%, qui révèlent avoir développé le côté socio-affectif seulement.
- En revanche, chez les sujets suivis après l'âge de 6 ans, 4 cas (soit 19%) ont signalé avoir eu un développement à raison de 3 enfants dont l'évolution a affecté le langage uniquement, avec un taux de 75%, et 1 sujet montrant une progression des 3aspects, faisant 25% des cas appartenant à cette tranche d'âge.

Autrement dit, chez la plus petite tranche d'âge, le développement du langage a affecté celui du socio-affectif chez 100% des cas, alors que chez ceux suivis entre 3-6 ans, l'évolution du langage a influencé au moins un aspect, à raison de 28% des cas pour le psychomoteur et 43% des cas pour le socio-affectif. Aussi, a-t-elle impactée les 2 aspects en même temps, le psychomoteur et le socio-affectif, soit 14% des cas. En revanche, chez les enfants accompagnés après l'âge de 6 ans, le langage en correction a pu influencer les deux autres aspects chez 25% des cas.

Différentes études ont montré que les troubles de langage sont fréquemment accompagnés de problèmes de la motricité qui s'expriment généralement par un retard dans les principales phases du développement moteur, et notamment au niveau de la motricité fine[7]. En effet, le travail de Webster et al. (2005), portant sur 70 enfants d'une moyenne d'âge de 43 mois, souffrant de troubles de langage, révèle que 52% des cas ont en parallèle de sérieux problèmes de motricité. Quant à Bishop et Edmundson (1987), ils ont constaté que 60% de troubles de la motricité fine sont rencontrés chez les enfants porteurs d'un trouble de langage[8].

Nombreuses sont les atteintes psychomotrices associées aux troubles de langage à savoir : des atteintes attentionnelles rencontrées chez 50-90% des sujets souffrants des troubles de langage (l'enfant a des difficultés à maintenir son attention sur la tâche à exercer), des agitations motrices (hyperactivité) ou carrément une inhibition comportementale, dues à la qualité de la communication sous l'effet du trouble de langage ce qui génère une frustration chez le sujet, des troubles de la motricité fine qui retentit (chez 41% des cas) ultérieurement sur l'apprentissage (lenteur de l'écriture par exemple), des troubles du tonus musculaire chez 40% des sujets ou encore, des troubles spatio-temporels chez 85-100% des cas[9].

En fait, chez les moins 3 ans, la motricité est encore en cours d'acquisition, l'enfant apprend à marcher, à courir, à sauter, etc. Ce qui explique le développement surtout de l'affectivité à cet âge ; le petit a besoin nécessairement, de construire des relations avec les autres. Abstraction faite de sa motricité, l'enfant commence à nouer des liens au sein des collectivités (famille, pairs en jardin ou en crèche…)[10]. Les 100% des cas qui n'ont développé que l'aspect socio-affectif avant l'âge de 3 ans viennent confirmer cela.

Les parents de ces enfants souffrant de troubles de langage s'aperçoivent probablement du développement socio-affectif de leurs petits après l'accompagnement orthophonique vu que l'évolution du langage leur permet de mieux communiquer avec leurs enfants et par ailleurs, de tisser avec eux des relations affectives inexistantes auparavant.

D'habitude, les enfants accèdent à la maternelle entre 3-6 ans, l'entrée dans ce nouveau monde manifeste une séparation avec le premier monde du petit, celui de la famille. Cela dit, une étape essentielle dans son développement affectif qui permet de forger d'avantage sa personnalité. En plus, les activités scolaires (coller, découper, sauter, danser…) lui permettent d'affiner les compétences sensorielles et motrices ce qui favoriseraient un développement équilibré de tout enfant « normal »[11]. Retenons que 28% des cas chez les 3-6 ans ont développé, en plus du langage, leur motricité alors que, 21% ont amélioré leur affectivité, à l'encontre de 25% dont le progrès a été en faveur de leur psychomotricité et leur socio-affectif par la même occasion.

Un enfant « normal » de 6 ans et plus, arrive communément à s'exprimer, à décrire des situations et s'adapter aux règles sociales… Sa motricité est généralement développée, il peut courir, sauter, manger seul, dessiner…, ce qui explique que nos 4 sujets souffrant de troubles de langage ont développé, à raison de 3 sujets (soit 75%) leur langage uniquement (défaillance détectée) et que seulement 25% (1 sujet) se sont améliorés dans tous les aspects (langage, psychomotricité et socio-affectif).

[7] Jean-Michel Albaret, Pascale de Castelnau, « Place des troubles de la motricité dans les troubles spécifiques du langage oral » dans Développements 2009/1 (n° 1), cairn.info, [https://www.cairn.info/revue-developpements-2009-1-page-5.htm#:~:text=Les%20troubles%20sp%C3%A9cifiques%20du%20langage%20oral%20(TSLO)%20se%20caract%C3%A9risent%20par,de%20la%20Coordination%20(TAC)], (3/5/2022), pp.5 – 13.

[8] Ibid.

[9] FOURNIER, Carine, juin 2013, La spécificité de la prise en charge psychomotrice de la résolution de problèmes chez un enfant atteint d'un Trouble Spécifique du Langage Oral, [file:///C:/Users/MOI/Downloads/Fournier2013.pdf], pp.17-21.

[10]FERLAND, francine, « Le développement affectif de l'enfant : grandir et s'épanouir ! » dans pasS'santejeunes, 2004, [https://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/le-developpement-affectif-de-lenfant-grandir-et-sepanouir/], (26/4/2022).

[11] Ibid.

« *En grandissant, l'enfant améliore son équilibre, sa coordination et son agilité* »[12], ce qui lui permet de développer sa conscience spatiotemporelle. Son affectif qui est « *la base sur laquelle se construisent toutes ses relations futures* »[13], lui permet d'apprendre à s'exprimer, à reconnaître et à maîtriser ses émotions ainsi qu'à comprendre celles des autres personnes meublant son environnement. Le développement affectif aide l'enfant à tisser des relations harmonieuses avec les autres et de s'intégrer dans son environnement. Cela dit, développer des compétences sociales (se faire des amis, travailler en équipe…) nécessaires dans toutes les activités de la vie. Pour cela, l'enfant a besoin du langage pour se faire comprendre et comprendre les consignes demandées. Notons que la majorité des sujets porteurs de troubles de langage ont une mauvaise estime de soi et se retrouvent frustrés devant leurs échecs, frustration qui sera compensée par des troubles de comportement allant de l'inhibition ou l'isolement social à un comportement perturbateur et opposant[14]. Un trouble de langage, négligé ou non suivi, affecterait négativement la motricité et l'affectivité chez un enfant.

3. Rôle des parents dans le développement du langage chez les enfants porteurs de troubles de langage (EPTL) :

Une fois le diagnostic établi, un plan d'assistance individualisé est tracé selon les besoins de chaque sujet. La prise en charge prend en compte différents aspects, les caractéristiques du trouble et l'environnement des petits entre autres. Cela dit, l'implication d'un ensemble d'opérateurs de la Santé selon les cas et les difficultés (orthophoniste, psychomotricien, neuropsychologue…), ainsi que celle de la famille.

Tableau 7 : parents, responsable d'accompagnement et EPTL en milieu intime.

	Enquêtés		Suivi à la maison	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Maman	22	74%	26	88%
Papa	6	20%		
AVS	2	6%	2	6%
Fratrie			2	6%

Nous avons essayé de chercher, dans l'entourage proche des enfants, la personne la plus impliquée dans l'accompagnement et le suivi des enfants sujets de notre enquête.

Les résultats ont souligné, que sur un total de 30 adultes accompagnant les enfants aux séances de rééducation orthophonique, un investissement incontestable des mamans à raison de 74% (soit 22 mamans) à l'encontre de 20% des papas (6 papas uniquement) et 2% des aides de vie scolaire (AVS) soit 6%.

Aussi avons-nous remarqué que concernant le suivi de ces enfants à la maison, la tâche est totalement léguée aux mamans avec un taux de 88% (soit 26 mamans) contre 6% respectivement, pour les AVS et les frères et sœurs. Remarquons que les papas, accompagnant leurs enfants aux séances de logopédie, laissent complétement le suivi à la maison aux autres membres qui forment l'entourage de l'enfant, essentiellement les mamans.

[12] Miriam Beauchamp citée dans Naître et grandir, op. cit

[13] Ibid.

[14] FERLAND, francine, ibid., op. cit., p. 24.

Tableau 8 : raisons d'assistance des parents d'EPTL lors des séances de rééducation orthophonique.

Assistance des parents aux séances de logopédie			Progrès				Pourquoi									
			Oui		Non		Apprendre		Temps		Professionnel		Concentration		Sans raison	
Toujours	16	62%	14	88%	2	12%	10	63%			3	19%	2	12%	1	6%
Souvent	3	11.5%	3	100%			1	34%			1	33%	1	33%		
Rarement	3	11.5%	2	67%	1	33%			2	67%					1	33%
Jamais	4	15%	2	50%	2	50%			1	25%	1	25%			2	50%

En tenant compte des résultats du tableau précité, nous avons constaté que 26.5% des adultes accompagnant nos sujets pendant la rééducation orthophonique n'assistent jamais (soit 15%) ou assistent rarement (11.5% des cas) à ces séances, à l'opposé de 73.5% qui assistent régulièrement, avec un taux de 62% pour ceux suivant toujours les séances (16 Adultes) et 11.5% pour ceux qui sont souvent présents (3 cas).

Chez les sujets dont les accompagnateurs assistent rarement, nous avons relevé un développement chez 2 enfants à raison de 67% contre 33% qui attestent que leurs enfants n'ont réalisé aucune évolution. En outre, chez ceux qui n'assistent jamais aux séances, nous constatons que 50% des petits ont présenté un progrès contre 50% révélant n'avoir fait aucune progression.

Cependant, chez les enfants dont les parents sont souvent présents lors des séances de redressement, nous avons pu voir une évolution remarquable avec un taux de 100% des cas, alors que chez les EPTL dont les accompagnateurs assistent toujours aux séances de logopédie, nous avons pu relever un coefficient de 88% de développement contre 12% seulement, pour ceux n'ayant présenté aucune progression.

Pour les 67% des sujets (2 cas), attestant une progression bien que leurs accompagnateurs n'assistent que rarement aux séances de redressement orthophonique, nous nous sommes aperçu que le premier cas suit ses séances depuis plus de 17 ans et souffre malheureusement, d'une trisomie sévère, ce qui permet de considérer ce progrès (attesté moyen par ses parents) comme inexistant, alors que le deuxième cas, souffrant de dyslexie vient de commencer à peine ses séances et qualifie le progrès de moyen, ce qui nous laisse présumer que désormais, ces données ne sont pas très fiables et peuvent être assignées à la subjectivité des parents et l'affection qu'ils ont envers leurs petits. Notons aussi que pour les 2 petits (12%) n'ayant présenté aucune évolution, même si leurs accompagnateurs assistent toujours aux séances d'orthophonie, nous nous sommes rendu compte que l'un présente un trouble de spectre autistique (TSA) et l'autre ne suis ces séances que depuis un mois seulement.

En répondant à la question « Assistez-vous aux séances de rééducation avec votre enfant ? pourquoi ? », nous avons eu les réponses synthèses suivantes :

- Chez les adultes qui assistent toujours en compagnie de leurs enfants à ces séances, 63% ont révélé vouloir apprendre des techniques et des méthodes pour pouvoir aider leurs petits durant le suivi à la maison, alors que 19% ont mentionné qu'ils le font suite à la demande du professionnel qui insiste pour qu'ils soient impliqués davantage et suivre de près les exercices à reproduire avec les petits une fois à la maison. 12% ont attesté que leur présence aide leurs petits à se concentrer alors que 6% font juste acte de présence.
- Pour ceux assistant souvent avec leurs enfants, ils sont là, à raison de 34% pour apprendre et suivre le déroulement des séances ; par contre l'assiduité de 33% répond à la demande de l'orthophoniste et 33% autres pour apporter soutien aux petits.

- Les personnes, attestant ne suivre les séances en compagnie de leurs enfants que rarement, révèlent ne pas avoir le temps nécessaire à raison de 67% alors que 33% ne trouvent pas de raison pour cette attitude.
- A la fin, nous trouvons les parents qui n'assistent jamais avec leurs enfants : 4 personnes dont 25% ne trouvent pas le temps pour le faire, 25% rejetés par le professionnel lors des séances et 50% qui n'assistent pas pour des raisons inconnues.

En procédant au test Chi2, les statistiques obtenues (X-squared = 2.7396, de = 3, p-value = 0.4336) rejettent l'hypothèse nulle qui stipule qu'il y a une relation significative entre l'assistance des parents aux séances de logopédie et le progrès observé.

Bien que ces statistiques ne montrent pas de rapport significatif entre ces deux variables, notre investigation révèle que les parents qui soutiennent régulièrement leurs enfants en assistant avec eux aux séances d'orthophonie, pour une raison ou une autre, réalisent des progrès considérables vu que ces adultes acquièrent des outils nécessaires pour pouvoir assister et aider leurs enfants le long du long parcours de l'acquisition du langage, déjà en défaillance. D'où la nécessité d'approfondir le travail dans ce sens.

Tableau 9 : accompagnateurs d'EPTL et tâches réalisées à la maison.

Progrès	Oui						Non					
	Refaire		Se contenter		Autres		Refaire		Se contenter		Autres	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Maman	13	59%	5	23%	1	4.5%	4	58%			1	14%
AVS	2	9%										
Fratrie					1	4.5%	1	14%			1	14%

Ce tableau rassemble les différents procédés suivis par les personnes meublant l'environnement proche de l'enfant, le soutenant en dehors des séances de rééducation orthophonique et l'accompagnant au quotidien. Nous pouvons donc constater que :

- Chez les sujets qui présentent une évolution estimable et dont les responsables refont les exercices proposés par le spécialiste, le progrès est estimé à 68% des cas (59% des mamans et 9% des AVS) contre 23% chez les sujets dont les parents se contentent du travail réalisé avec le professionnel, et 9% (4.5% respectivement pour les enfants suivis par leur maman ou pour ceux légués à leurs frères et sœurs) pour les enfants dont les personnes les accompagnant ne suivent aucune stratégie de travail.
- Pour les cas qui n'ont présenté aucun développement, l'accompagnement se base sur la réfection des exercices proposés par le professionnel chez 72% des sujets (58% suivis par les mamans et 14% légués à leur fratrie) alors que 28% ont recours à des méthodes personnelles qui n'aboutissent pas aux résultats souhaités.

Les 5 cas qui n'ont pas progressé, mêmes si les membres de la famille leur faisaient effectuer les exercices proposés par les orthophonistes, présentent respectivement des anomalies sous-jacentes à savoir : deux cas de trisomie suivis, pendant plus de 17 ans chez un sujet, et plus de 2 ans chez l'autre, un cas d'autisme et un cas de bégaiement qui vient juste de commencer son parcours de redressement orthophonique.

Notons aussi, que parmi les 6 papas qui accompagnent leurs petits chez l'orthophoniste, aucun ne prend en charge son petit hors de ces séances, la tâche est laissée aux mamans, même lorsqu'elles n'ont aucune idée sur le suivi professionnel (72% de ces enfants ne présentent aucune évolution considérable, abstraction faite des pathologies associées à leurs troubles de langage). La même remarque peut être mentionnée pour les enfants légués à leurs frères et sœurs (28% des cas).

De ce fait, nous pouvons conclure que plus les parents sont investis dans le problème de leurs petits, plus ils épaulent et soutiennent leurs enfants (en les accompagnant au cours des séances de logopédie et en poursuivant le travail hors de ces séances, en reprenant fidèlement les tâches des spécialistes) plus les résultats sont honorables, plus leurs enfants s'améliorent.

Le Chi2 révèle une statistique de 16.419 avec 10 degrés de liberté et une valeur p = 0.08622. Ce qui suggère que la distinction entre ces groupes en fonction de l'assistance des parents aux séances de redressement orthophonique et de l'avancement exhibé n'est pas significative. En revanche, la valeur p est modérément supérieure à 0.05, ce qui pourrait manifester une tendance à rejeter l'hypothèse nulle, mais elle n'est pas assez atténuée pour être adoptée statistiquement.

Cependant soulignons que notre échantillon affiche que les enfants dont les accompagnateurs assistent toujours ou souvent aux séances ont présenté un développement estimé à 73.5%, et que les enfants suivis de près en dehors des séances de rééducation, en insistant sur les exercices proposés par le spécialiste, ont exhibé un avancement appréciable dans 68% des cas.

Tableau 10 : progrès des EPTL et niveau d'études des mamans.

Progrès / Niveau d'étude des mamans	Oui		Non	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Illettrées	1	5%		
Primaire			1	12.5%
Collégial	1	5%		
Niveau bac	1	5%		
Bac	5	25%	2	25%
Bac+2	4	20%		
Bac+3	7	35%	4	50%
Bac+5	1	5%	1	12.5%

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de la corrélation entre le progrès inscrits par les enfants sujets de notre recherche et le niveau intellectuel de leurs mamans les suivants :

- Chez les sujets montrant un progrès considérable, 5% des mamans sont respectivement, soit illettrées, soit d'un niveau d'étude ne dépassant pas le primaire ou même le collégial ou encore le niveau baccalauréat. En revanche, 25% attestent avoir leur bac, à l'encontre de 20% qui ont un bac + 2, 35% sont diplômés d'un bac + 3, et 5% attestent avoir fait des études pendant 5 ans après leur baccalauréat.
- Pour les sujets qui n'ont présenté aucune progression, nous avons observé que la maman d'un sujet (soit 12.5% des cas) est d'un niveau d'étude primaire, alors que 25% de ces mamans attestent être lauréates d'un baccalauréat, tandis que 50% révèlent avoir un bac + 3, quant au 12.5% restante, elle revient à une maman ayant un bac + 5.

En cherchant un peu plus, nous nous sommes aperçu que l'enfant de la maman dont le niveau d'étude ne dépasse pas le primaire n'est pas pris en charge et présente un progrès infime qui ne doit pas être pris en considération. Aussi, pour le petit dont la maman atteste avoir un niveau baccalauréat, l'enfant montre un progrès négligeable vu qu'il n'a intégré les séances de logopédie que depuis 3 mois.

Par contre, chez les enfants qui n'ont exhibé aucun développement, l'enfant dont la maman atteste avoir un bac + 5 présente un autisme sévère, alors que pour ceux dont les mamans révèlent avoir un bac + 3, 2 cas ne sont pas pris en charge (le papa de l'un prétend que son enfant n'a pas besoin de suivi et qu'il s'améliorera au contact de pairs, alors que le deuxième ne trouve pas d'orthophonistes à proximité vu le milieu rural où il est installé), le troisième cas souffre d'un TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec/ sans Hyperactivité) et n'est suivi que récemment, et le quatrième est pris en charge depuis 1 mois seulement.

Pour résumer, 60% des enfants qui ont manifesté une progression appréciable ont des mamans qui ont suivi des études au-delà du baccalauréat à l'opposé de 40% des cas dont le niveau d'étude des mamans ne dépasse pas le baccalauréat. Plus le niveau d'étude de la maman est élevé, plus l'acquisition du langage chez l'EPTL est appréciable.

Les résultats du test Chi2 (X-squared = 6.0773, df = 7, p-value = 0.5308) n'approuvent pas nos conclusions, et rejettent la relation significative entre nos variables, soit le niveau d'étude des mamans et le développement réalisé par nos sujets. Cela serait dû à la taille réduite de notre échantillon ; un approfondissement dans ce sens devrait avoir lieu puisque des études antérieures ont pu mettre en exergue cette dépendance. En effet, une étude menée par « Santé Publique France » en 2019 a démontré le lien entre l'apprentissage du langage chez les enfants et le niveau intellectuel des parents : les enfants dont la mère a un niveau de diplôme inférieur au brevet connaissent 70 mots sur 100 proposés, alors que ceux dont la mère a un diplôme supérieur à Bac + 2 en comprennent 80[15].

En somme, nous pouvons avancer que l'implication des parents, dans la résolution du problème de l'acquisition du langage chez les enfants souffrant de déficiences langagières, abstraction faite des pathologies associées, doit être importante. Ils soutiennent et guident les jeunes enfants dans leur apprentissage pour atteindre un niveau de réflexion qui leur permettrait de communiquer et d'interagir au quotidien ; les enfants qui grandissent dans un environnement stimulant sur le plan cognitif sont les plus favorisés dans leur apprentissage[16].

En effet, les travaux de Eiserman et al. démontrent des arguments en faveur des interventions impliquant les parents[17]. Les parents ainsi que les autres membres de la famille, faisant l'environnement premier de l'enfant, doivent s'investir qualitativement et quantitativement dans le processus du développement de l'acquisition du langage des EPTL.

L'un des trois aspects reconnus bases du développement du langage et de l'apprentissage chez les enfants est la qualité de l'interactions parent-enfant. Nombreuses sont les études qui soutiennent que la qualité de cette interaction impacterait fortement le développement du langage chez ce dernier, la diversité et le style du vocabulaire qu'emploient les parents pour s'adresser à leur petit sont des éléments qui permettent de forger la qualité du langage chez lui[18].

4. Les difficultés phonologiques et l'accès à l'apprentissage

Les difficultés phonologiques sont l'un des problèmes qui affectent le langage des enfants à bas âge. Ces derniers ne peuvent s'exprimer convenablement d'où l'incompréhension de leurs productions orales et les problèmes en résultant.

Tableau 11 : EPTL et leur scolarisation, normale ou spécialisée.

Ecole / Scolarisation			Normale		Spécialisée	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	29	97%	24	83%	5	17%
Non	1	3%				

Les chiffres montrent que sur le total des 30 enfants, sujets de notre recherche, 29 sont scolarisés, avec un taux de 97%, contre un enfant seulement, qui ne va pas à l'école, constituant 3% de l'ensemble. 24 cas des enfants scolarisés, fréquentent des écoles habituelles, à raison de 83%, au dépend de 5 seulement, dont la scolarisation est effectuée dans des établissements spécialisés, soit 17% des cas.

Tableau 12 : EPTL et niveau et âge de scolarisation.

Niveau / Scolarité	PS		MS		GS		CE1		CE2		CE3		CE4		CE5		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Âge normal	1	4 %			2	8.5 %	2	8.5 %	1	4 %					1	4 %	7	29 %
En décalage			1	4 %	4	17 %	6	25 %	2	8.5 %	1	4 %	1	4 %	2	8.5 %	17	71 %

Nous pouvons voir que sur un total de 24 enfants scolarisés dans des écoles normales, 7 sujets seulement, suivent leur scolarité dans des niveaux adéquats avec leurs âges respectifs, soit 29% des cas, à savoir : 1 petit de 3 ans en petite section (PS), 2 enfants de 5 ans en grande section (GS), 2 autres âgés de 6 ans en CE1, 1 sujet de 7 ans en CE2, et enfin, un enfant de 10 ans en CE5. Alors que 17 autres (71% des cas) fréquentent certes, des écoles "normales", mais, ils sont en retard chronologique par rapport à leurs pairs du même niveau d'étude. Nous pouvons donc, recenser les cas suivants :

- 1 petit de 5 ans, toujours en moyenne section (MS), à raison de 4% des cas.
- 4 enfants, âgés de 6 et de 7 ans, encore en GS, soit 17% de nos sujets.
- 6 sujets en CE1, dont l'âge varie entre 7 et 10 ans, faisant un taux de 25%.
- 2 cas d'enfants qui sont inscrits en CE2, et dont l'âge est respectivement 8 et 9 ans, avec un coefficient de 8.5%.
- 1 enfant de 9 ans, encore en CE3, à raison de 4% des cas.
- 1 sujet, toujours en CE4, âgé de 12 ans, soit 4% des cas.
- Et pour finir, 2 enfants de 12 ans, suivant leurs études en CE5, avec un taux de 8.5%.

Dans une première lecture, nous pouvons remarquer qu'à partir de la grande section, le taux des enfants en décalage de niveau commence à augmenter, soit 17% en GS et 25% en CE1. En effet, en GS, il y a généralement, un repérage des déficiences du langage oral, vu le début de la construction phonologique chez les enfants. Alors qu'à partir du CE1, nous pouvons repérer, en plus des difficultés de l'oral, celles de l'acquisition du langage écrit[19].

En somme, 71% des enfants souffrant de troubles de langage ont un déphasage par rapport à leurs pairs en ce qui concerne leurs niveaux de scolarité respectifs, à l'opposé de 29% des cas seulement, dont les niveaux d'études adhérent adéquatement avec leurs âges.

Justement, les enfants présentant des troubles précoces du langage oral sont plus susceptibles, que leurs pairs, à rencontrer des difficultés dans l'apprentissage scolaire, en particulier celui de l'écrit[20]. La déficience phonologique, non suivie, se manifeste, surtout, par les différentes anomalies « dys. », en particulier, la dyslexie, en l'occurrence un déficit de la perception de la catégorie de sons, un déficit de la conscience phonologique, une mémoire phonologique à court terme…[21]

Tableau13 : scolarisation des EPTL, décalage de niveau et difficultés liées à la production de langage.

Ecole/décalage / Langage	Spécialisée		Normale		Décalage dans l'école normale	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Compris par la famille seulement	4	80%	14	58%	11	65%
Compris par tous	1	20%	10	42%	6	35%

Ce tableau rassemble les différents EPTL, fréquentant des écoles normales ou spécialisées, en tenant compte de leur qualité du langage. Effectivement, nous remarquons que 80% des enfants, soit 4 sujets, inscrits dans des écoles spécialisées produisent un langage qui ne peut être compris que par leurs familles uniquement, à l'encontre d'un seul enfant, soit 20% des cas, dont le langage peut être assimilé par tout le monde.

En revanche, même chez les enfants dont les écoles sont normales, nous trouvons 14 cas, à raison de 58%, qui ne peuvent produire un langage intelligible pour tous ; il n'y a que la famille de chacun, qui peut les comprendre. Ces EPTL présentent un déphasage entre leurs niveaux d'études et leurs âges respectifs, faisant un pourcentage de 65%, soit 11% des sujets scolarisés dans des écoles ordinaires dont le langage n'est compris que par leurs familles. Notons que 42% des enfants fréquentant des écoles classiques (10 cas) utilisent un langage compréhensible par tout le monde, bien que 35% d'entre eux sont en décalage de niveaux par rapport à leurs égaux (6 sujets).

Le Chi2 indique un X-squared = 5.2688, avec 2 degrés de liberté et un p-value de 0.07138. Pour le niveau de signification adopté de 0.05, nous ne pouvons rejeter l'hypothèse nulle qui bannît le rapport de significativité entre le type d'école et le langage des enfants. Cependant, le p-value est proche de la limite utilisée, d'où la nécessité d'une analyse plus approfondie pour valider des résultantes définitives. Quoique les statistiques ne sont pas décidément révélatrices d'authenticité, notre étude révèle que sur 17 enfants qui ne suivent pas leurs études aux niveaux appropriés à leurs âges, bien qu'ils soient scolarisés dans des écoles classiques, 65% rencontrent des difficultés à produire un langage compréhensible, à l'opposé de 35% seulement, dont les productions langagières sont intelligibles pour tous. Le retard entre le niveau d'étude et l'âge de l'enfant, pourrait être expliqué généralement, par les difficultés que rencontrent ces EPTL, à produire un langage sain simulable à celui de leurs pairs.

Tableau 14 : EPTL scolarisés et genre.

Scolarité / Genre	Scolarisés				Non scolarisés	
	Ecole spécialisée		Ecole normale			
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Féminin	1	20%	7	29%		
Masculin	4	80%	17	71%	1	100%

En prenant en considération le genre des petits, sujets de notre travail, nous remarquons que 80% d'entre eux côtoyant des établissements spécialisés sont des garçons, à l'opposé de 20% seulement, chez les filles (soit 1 seule fille pour 4 garçons). De même, pour les enfants allant dans des écoles ordinaires, les sujets de sexe masculin dominent avec un taux de 71% (17 garçons) contre ceux de sexe féminin, qui présentent un pourcentage de 29% seulement (soit 7 filles). A l'opposé, nous constatons que les enfants non scolarisés font un coefficient de 100% du sexe masculin.

Retenons que 8 cas, de nos enfants sujets d'étude, sont des filles à raison de 27%, alors que 22 sont des garçons avec un taux de 73% des cas.

Nous déduisons donc, que généralement, les parents essaient d'intégrer leurs enfants dans des écoles « normales ». Ce qui pourrait être expliqué par, entre autres :

- Le coût élevé des écoles spécialisées, en plus des frais réservés pour la prise en charge de ces enfants, que la plupart des parents ne peuvent assumer.
- L'affection des parents qui n'admettent pas que leurs enfants soient différents et qu'ils soient dans le besoin d'un suivi spécial et par ailleurs d'un établissement spécialisé.
- La conviction des parents du fait que leurs enfants, en côtoyant des égaux « normaux », peuvent mieux interagir et par ce, avoir de meilleures chances pour s'intégrer, bien que leurs enfants présentent un retard chronologique entre leur niveau de scolarité et leurs pairs. Retard qui peut être mis sur le compte des difficultés phonologiques que présentent ces enfants, abstraction faite des pathologies associées dont ils souffrent.

En effet, les difficultés phonologiques sont les plus rencontrées chez les enfants atteints de troubles de langage. En persistant, elles peuvent même affecter le volet lexical et syntaxique par la suite[22]. Elles se manifestent par un niveau de maîtrise nettement inférieur à celui des enfants du même âge et une limitation dans les activités de la participation, due à l'intelligibilité réduite ou à la non-acceptation de leurs productions par les autres[23].

Chaque enfant progresse à son propre rythme. Néanmoins, certains rencontrent des difficultés dans un aspect ou un autre de leur développement : le langage en est un.

Un enfant peut présenter des déficiences du langage réceptif, s'il ne comprend pas, facilement, les paroles qui lui sont adressées, ou celles du langage expressif (sujet de notre travail), s'il ne peut s'exprimer plus ou moins clairement que les enfants de son âge. Les petits, reconnus à risque précocement, ont plus de chances à mieux progresser et minimiser l'écart entre eux et la moyenne de leurs pairs. Plus l'âge de dépistage augmente, plus le taux d'avancement diminue.

Aussitôt décelés, ces sujets doivent être pris en charge en les amenant à suivre des séances de logopédie, qui leur permettront de se rattraper et de faire des progrès appréciables. La durée du suivi orthophonique est un critère important dans la réussite de ce parcours. L'enfant doit adhérer et accorder à ces séances autant de temps qu'il est nécessaire. Les résultats sont encourageants à partir de la première année de l'accompagnement orthophonique : en agissant vite, nous pouvons accroître les chances d'amélioration langagière chez les EPTL.

La croissance d'un enfant est un processus complexe qui repose sur l'avancement de plusieurs aspects à savoir : l'intellectuel, le moteur, l'affectif, et le social. Ces différents aspects sont intimement liés de telle façon qu'une défaillance affectant l'un, affecterait les autres. En effet, un trouble de langage, négligé ou mal suivi, impacterait, sans doute, la motricité et l'affectivité de l'enfant. Celui-ci peut trouver des problèmes dans les plus simples gestes du quotidien, allant de la motricité fine (boutonner une chemise, utiliser un crayon…) jusqu'aux troubles du tonus musculaire. Des troubles comportementaux peuvent surgir, suite à la qualité de la communication chez ces sujets. Ils peuvent se manifester par une hyperactivité (agitations motrices) ou même, une inhibition comportementale.

Le socio-affectif de l'enfant dépend aussi, de l'acquisition du langage ; par le langage, l'enfant peut s'exprimer, nouer des relations harmonieuses avec son environnement, s'y intégrer plus facilement, et par ce, développer des compétences sociales saines (avoir des amis, travailler en groupe, coopérer avec ses pairs…) nécessaires pour la vie de tous les jours.

---

[22] Chiat (2001) ; Joanisse & Seidenberg (1998, 2003) cités par Pauline, Quémart, Andrea, MacLeod, et Christelle, Maillart dans « Les troubles phonologiques dans les troubles du langage oral », [file:///C:/Users/MOI/OneDrive/Bureau/Que%CC%81mart-MacLeod-Maillart_RO-soumis-1.pdf], (10/5/2022), p. 16.

[23] Rvachew (2014), cité par Christelle, Maillart, 23/11/2017, Grenoble, « Troubles phonologiques chez des enfants présentant des troubles développementaux du langage », [file:///C:/Users/MOI/OneDrive/Bureau/tble-phono-grenoble-nov17.pdf], (10/5/2022), p. 6.

Un enfant ne peut développer ce type de compétences seul. Un accompagnement parental est nécessaire pour ce faire. C'est pourquoi, l'implication parentale chez les EPTL est primordiale dans le long parcours de correction de ces difficultés : Plus les parents (mamans et papas) sont investis, plus les résultats sont réconfortants, et plus les enfants sont épanouies et s'améliorent. Les parents doivent soutenir et guider leurs enfants pour atteindre un niveau de réflexion qui les aiderait à agir et interagir au quotidien : la qualité de l'interaction parent-enfant impacterait fortement, l'acquisition du langage et donc, celle de l'apprentissage. Les troubles de langage chez les enfants se manifestent entre autres, par des difficultés phonologiques (60% des aspects rencontrés chez les EPTL). Sans aucune raison logique, Ils toucheraient les garçons plutôt que les filles (presque 75% des garçons contre 25% des filles). La sévérité des déficiences phonologiques diffère d'un sujet à un autre, abstraction faite des anomalies sous-jacentes. Selon le degré de sévérité, le langage peut devenir incompréhensible même pour les membres de la famille. Ceci-dit, des difficultés dans l'accès à l'apprentissage ; bien que ces enfants intègrent des établissements scolaires ordinaires, ils ne peuvent suivre le rythme d'apprentissage moyen de leurs égaux (71% de nos sujets scolarisés dans des écoles « normales » sont en retard chronologique par rapport à leurs pairs). Ces problèmes phonologiques, non pris en charge, persisteront et affecteront, les compétences lexicales et syntaxiques de ces enfants plus tard, et limiteront certainement, la participation des enfants dans les différentes activités vu l'intelligibilité réduite de leurs productions langagières, et l'acceptation limitée de leurs paroles.

Conclusion :

Un enfant sans langage est une personne, que les parents, la famille et la société seront en obligation de prendre en charge pendant toute une vie. L'acquisition du langage est une phase déterminante dans le développement d'un enfant. Une déficience de cette compétence amènerait certains sujets à une défaillance dans l'avancement de plusieurs aspects qui lui sont étroitement liés, à savoir les aspects intellectuel, psychomoteur, affectif, et social. C'est pourquoi, nous avons traité une problématique en relation avec les troubles de langage. Non repérés et non corrigés, ces déficiences risquent d'altérer l'accès à l'apprentissage. Nous avons opté pour un questionnaire, destiné aux parents des enfants atteints de troubles de langage, afin de répondre à nos questions de recherche posées en amont de l'investigation.

Le taux des troubles du langage est estimé à environ 13% chez les enfants âgés de 2 à 5 ans, avec une prédominance des garçons sur les filles (4 garçons pour 1seule fille)[24]. Ce chiffre alarmant doit susciter l'intervention de plusieurs secteurs, en l'occurrence celui de la Santé. En effet, le personnel de la Santé doit déployer des mesures capables de détecter, le plus tôt possible, les enfants à risque de troubles de langage, faire le diagnostic approprié dans le but d'aider l'enfant et par ailleurs, sa famille à choisir la prise en charge adéquate afin de dépasser, autant que faire se peut, les difficultés langagières chez ces enfants.

Aussi faudrait-il que le ministère de tutelle, en collaboration avec celui de la Communication, mette en place des campagnes de sensibilisation dans le but d'alerter les parents, en suscitant leur vigilance envers le développement général de leurs enfants et en particulier celui des acquisitions langagières. Ces programmes doivent inclure les spécialistes de la Santé, à savoir les médecins de la santé publique et privée, les pédopsychiatres, les orthophonistes, les psychomotriciens, qui doivent s'impliquer dans des visites régulières aux différents établissements scolaires (préscolaires surtout) en vue de dépister le plus tôt possible les petits à risque, et pourquoi pas, s'investir dans des formations pour le corps enseignant et les parents de ces enfants particuliers. Les campagnes de sensibilisation peuvent inciter des parents d'enfants souffrant de troubles de langage à partager leurs expériences, sinon leurs réussites dans le rattrapage du retard d'acquisition du langage chez leurs petits.

---

[24] « Trouble et retard de langage chez l'enfant : des signes à surveiller » dans NOOVO MOI, 23 Septembre 2020, [https://www.noovomoi.ca/vivre/famille/article.trouble-et-retard-de-langage-chez-lenfant-des-signes-a-surveille.1.1439627.html], (6 mars 2022)

Le Ministère de l'Education Nationale (MEN), quant à lui, doit intensifier ses efforts dans ce domaine, en réservant des programmes de formation pour les enseignants et surtout, ceux du préscolaire et du primaire. Il doit aussi, mettre à disposition de ces enceintes des assistant (es) en psychologie, qui aideront, sans doute, dans le suivi de ces cas, en les reconnaissant précocement, et en les accompagnant de près. Ces assistant (es) peuvent soutenir les parents de ces enfants, pour les rassurer et les aider à prendre en main, les problèmes de leurs enfants. Soulignons que le MEN vient d'instaurer, dans quelques écoles primaires, un plan d'inclusion des enfants à besoins spécifiques dont les EPTL. Notons que les déficiences de langage sont classées en cinquième position dans la distribution de ces dernières avec un taux de 10.5% après, dans le premier rang les déficiences motrices (50.2%), celles mentales en deuxième place (25.1%), les déficiences visuelles viennent en troisième lieu avec un taux de 23.8%, et celles auditives dans la quatrième place avec un pourcentage de 15.8%[25].

Cette initiative sera d'un grand bénéfice, mais il restera à former les enseignants qui doivent assurer une tâche si difficile qu'elle demande beaucoup d'efforts et de connaissances de leur part et de compréhension de la part des enfants « normaux » et leurs parents, qui doivent être sensibilisés à l'acceptation de ces enfants aux besoins spécifiques.

Notons aussi, que le coût de la prise en charge de ces cas est très élevé, l'état doit faire en sorte qu'ils puissent avoir accès à la protection sociale ainsi qu'aux soins de santé ; « *les soins généraux offerts par le système de santé sont inaccessibles pour 60,8% des PSH, dont 62,9% pour des raisons financières, 8,8% de PSH considèrent que l'éloignement des structures de santé ne favorise pas l'accès aux soins de santé. 62,9% de PSH ont déclaré l'insuffisance des services de santé au niveau local* [26] ». Ces enfants attendent de l'état la gratuité des prises en charge, une amélioration du système de la protection sociale et la mise en place de nouveaux centres de prise en charge sur tout le territoire marocain.

Nul ne peut nier que le langage est une qualité humaine ; l'être humain naît avec 25% seulement de ses capacités cérébrales, ce qui donne une multitude de possibilités, de développement ; « *C'est parce que l'être humain naît le moins « fini » et qu'il a une période d'apprentissage plus longue par rapport au reste du règne animal qu'il est l'espèce qui développe le plus sa capacité de penser, de réfléchir, de se représenter et de s'exprimer*[27] ». De ce fait, nous pouvons admettre que tous les enfants naissent avec les mêmes capacités cognitives (sauf cas d'anomalies), et que c'est l'environnement dans lequel ils se développent qui fait que l'un ou l'autre montre une réticence quelconque.

Cependant, cette recherche a montré que l'implication parentale est l'action la plus directe et durable sur l'apprentissage des enfants, en commençant par le langage, l'affectivité et finir par les actions sociales à expérimenter. Un environnement favorisant le jeu, les interactions sociales et affectives aiderait, sans doute, à améliorer les habiletés langagières et cognitives de ces petits.

A ce terme, nous souhaitons que les EPTL, de plus en plus nombreux, soient pris en charge, le plus vite possible, pour les aider à combler le manque de communication et d'affectivité qui en résulte, et que des campagnes de sensibilisation soient organisées, pour informer et former tous les opérateurs impliqués dans le processus de développement de ces sujets : parents, enseignants, personnel de la Santé, Ministère de la Santé, Ministère de la Communication et Ministère de l'Education Nationale.

En somme, nous pouvons dire, que cette recherche a été enrichissante. Plusieurs questions viennent se poser à son issue :

- Le développement de la psychomotricité chez les EPTL pourrait-il améliorer leurs compétences langagières ?
- Le progrès social des EPTL impacterait-il le langage de ces enfants ?
- Quel serait l'impact de l'épanouissement émotionnel des EPTL sur leurs capacités langagières ?
- Quelles sont les activités pédagogiques qui pourraient soutenir l'avancement des aspects précités chez ces enfants ?

Nous comptons approfondir ces interpellations dans une prochaine recherche.

Bibliographie

1. Albaret, J.-M., & de Castelnau, P. (2009). Place des troubles de la motricité dans les troubles spécifiques du langage oral. *Développements, 2009*(1), 5–13. https://www.cairn.info/revue-developpements-2009-1-page-5.htm#:~:text=Les%20troubles%20sp%C3%A9cifiques%20du%20langage%20oral%20(TSLO)%20se%20caract%C3%A9risent%20par,de%20la%20Coordination%20(TAC), mai 2022, 19.6 Mo.
2. De Sousa, C. (2022, mars 10). Comment l'apprentissage du langage construit-il l'enfant ? *Le Progrès*. https://www.leprogres.fr/magazine-education-jeunesse/2022/03/10/comment-l-apprentissage-du-langage-construit-il-l-enfant#:~:text=%C2%AB%20Le%20d%C3%A9veloppement%20du%20langage%20chez,la%20langue%20chez%20nos%20bambins, juin 2022, 6.04 Mo.
3. Delahaie, M. (2009). L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. [PDF]. https://www.researchgate.net/publication/228602123_L%27evolution_du_langage_chez_l%27enfant_De_la_difficulte_au_trouble, mai 2022, 56p, 131 Ko.
4. Ferdinand, F. (2004). Le développement affectif de l'enfant : Grandir et s'épanouir ! *PasS'santéjeunes*. https://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/le-developpement-affectif-de-lenfant-grandir-et-sepanouir/, avril 2022, 2.72 Mo.
5. Fournier, C. (2013). La spécificité de la prise en charge psychomotrice de la résolution de problèmes chez un enfant atteint d'un Trouble Spécifique du Langage Oral [Thèse]. https://www.researchgate.net/publication/259194678_La_specificite_de_la_prise_en_charge_psychomotrice_dans_les_troubles_specifiques_du_langage_oral, avril 2022, 91p, 2.2 Mo.
6. Maillart, C. (2017, novembre 23). Troubles phonologiques chez des enfants présentant des troubles développementaux du langage. [PDF]. https://www.researchgate.net/publication/319884131_Troubles_phonologiques_chez_des_enfants_presentant_des_troubles_developpementaux_du_langage, mai 2022, 21p, 791 Ko.
7. Ministère de la Santé et des Solidarités. (2007, mars). Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. *Solidarités-Santé*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf, mars 2022, 26p, 5.84 Mo.
8. Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. (2014). Enquête nationale sur le Handicap [Rapport]. [PDF], mai 2022, 24p, 4.82 Mo.
9. Minet, P. (2013, mars 18). Quand le langage ne vient pas aux enfants. *Le Temps*. https://www.letemps.ch/sciences/langage-ne-vient-aux-enfants, 6/3/2022, 1.63 Mo.
10. Noovo Moi. (2020, septembre 23). Trouble et retard de langage chez l'enfant : Des signes à surveiller. *Noovo Moi*. https://www.noovomoi.ca/vivre/famille/article.trouble-et-retard-de-langage-chez-lenfant-des-signes-a-surveille.1.1439627.html, mars 2022, 81.2 Ko.
11. Quémart, P., MacLeod, A., & Maillart, C. (2015). Les troubles phonologiques dans les troubles du langage oral [PDF]. https://www.researchgate.net/publication/275050227_Les_troubles_phonologiques_dans_les_troubles_du_langage_oral, mai 2022, 32p, 10.0 Mo.
12. Sauvadet, C. (2010). Troubles du langage oral chez l'enfant : Repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste [Thèse]. [PDF], avril 2022, 116p, 4.9Mo.
13. Tamis-LeMonda, C. S., & Rodriguez, E. T. (2009, décembre). Rôle des parents pour favoriser l'apprentissage et l'acquisition du langage chez les jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. https://www.enfant-encyclopedie.com/developpement-du-langage-et-alphabetisation/selon-experts/role-des-parents-pour-favoriser, avril 2022, 10p, 2.59 Mo.

14. Vallerand, N. (2019, juillet-août). Le développement de l'enfant pas à pas. *Naître et grandir*. https://naitreetgrandir.com/fr/dossier/developpement-enfant-pas-a-pas/, avril 2022, 4.42 Mo.

Annexe :

Questionnaire

Ce questionnaire est strictement anonyme. Il sera utilisé dans un cadre purement académique. Merci de bien vouloir répondre aux questions ci-jointes.

- Vous êtes :
  - Le papa.
  - La maman.
  - Autre : ……
- Âge :
  - Moins de 25 ans.
  - 26 à 35 ans.
  - 36 -à 60 ans.
  - Plus de 60 ans.
- Niveau d'études : …….
- Catégorie professionnelle :
  - Ouvrier.
  - Employé.
  - Profession libérale.
  - Cadres et Professions intellectuelles supérieures.
  - Personnel de service.
  - Retraité.
  - Sans emploi.
  - Autre : ……
- Lieu de résidence (quartier) :

……

- Si vous êtes le papa, mentionnez SVP le niveau d'études de la maman : …….

Si vous répondez, remercié (e), à ce questionnaire, c'est que votre enfant souffre d'un trouble de langage.

- Votre enfant a quel âge ? ……..
- Est-ce ?
  - Une fille.
  - Un garçon.
- Votre enfant est-il scolarisé ?
  - Oui.
  - Non.
- Si oui, dans

- Un établissement spécialisé.
- Un établissement normal.

- En quel niveau ? ……
- Qui a détecté le problème de votre enfant ?
  - Le papa.
  - La maman.
  - Le Pédiatre.
  - Le généraliste.
  - La famille.
  - Autre …….
- A quel âge ? ……...
- Votre enfant a été pris en charge en quel âge ? ……..
- Depuis quand, votre enfant, suit-il des séances de rééducation orthophonique ? …….
- A quelle raison par semaine ?
  - Une séance/ semaine.
  - Deux séances/ semaine.
  - Plus.
- Le langage de votre enfant est compréhensible par :
  - La petite famille uniquement.
  - Tout le monde.
- Souffre-t-il d'une pathologie autre que le trouble de langage ? Si oui, laquelle ?
  - Surdité.
  - Autisme.
  - Trisomie.
  - Autres …….
- A votre avis, votre enfant progresse depuis qu'il a commencé à suivre les séances de rééducation orthophonique ?
  - Oui.
  - Non.
- Si oui, dans combien de temps vous avez estimé qu'il y a progrès ? ……..
- Si oui, ce progrès a touché :
  - Son langage.
  - Sa psychomotricité.
  - Son socio- affectif.
- Evaluez ce progrès sur une échelle de 1 à 5 ?

  - Pas de progrès.
  - Peu de progrès.
  - Progrès moyen.
  - Grand progrès.
  - Très grand progrès.
- Assistez-vous aux séances de rééducation avec votre enfant ?
  - Toujours.
  - Souvent.
  - Rarement.
  - Jamais.
- Pourquoi ?.....
- A la maison, comment vous procédez pour aider votre enfant à progresser ?
  - Vous vous contentez de ce que le petit a fait avec son orthophoniste ?
  - Vous refaites les exercices que l'orthophoniste a déjà travaillé avec le petit ?
- Qui est responsable de cette tâche à la maison ?
  - Le papa.
  - La maman.
  - Ses frères et sœurs.
  - Autres……
- Aviez-vous une idée sur l'existence de la rééducation orthophonique avant le problème de votre enfant ?
  - Oui.
  - Non.
- Pensez-vous que la rééducation orthophonique est accessible à tous ?
  - Oui.
  - Non.
- Pourquoi ?
  ……
  ……

Merci beaucoup de votre collaboration, et puisse Dieu vous aider à améliorer la situation de votre enfant. Ne baissez pas les bras !