

SPEECH THERAPY LANGUAGE REHABILITATION FOR CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES


Dr. HOUARI Amina¹


University of Bejaia, Algeria

Abstract

The objective of our communication is to present the different stages of speech therapy language rehabilitation for children with mental disabilities, which consists of doing work with the parents and other work with the child; working with parents consists of informing them about the specificities of mental disability and how to stimulate their child's language and also teaching them certain techniques to do at home to reinforce the work of the speech therapist and for work with the child ; the speech therapist firstly takes care of the orofacial syndrome through the application of different massages on the orofacial organs to strengthen the hypotonia of the face and speech organs and breathing exercises and exercises of sensory stimulation and language exercises, using specific Strategies.

Key words: Speech therapy; Language; Mental handicap; Massage; Oral-phonatory organ.

 <http://dx.doi.org/10.47832/2757-5403.24.5>

¹  amina.houari@univ-bejaia.dz

LA RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE DU LANGAGE DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP MENTAL

Dr. HOUARI Amina

Université de Bejaia, Algérie

Résumé:

L'objectif de notre communication est de présenter les différentes étapes de rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental, qui consiste à faire un travail avec les parents et un autre travail avec l'enfant ; le travail avec les parents consiste à les informer sur les spécificités du handicap mental et comment stimuler le langage de leur enfant et de leur apprendre aussi certaines techniques à faire à la maison pour renforcer le travail de l'orthophoniste et pour le travail avec l'enfant ; l'orthophoniste en premier lieu prend en charge le syndrome oro-faciale à travers l'application de différents massages sur les organes bucco-facial pour renforcer l'hypotonie du visage et des organes de la parole et des exercices de souffle et des exercices de stimulation sensorielle et des exercices de langage, en utilisant des Stratégies spécifiques.

Mots-clés: Rééducation orthophonique; Langage; Handicap mental; Massage; Organe bucco-phonatoire.

Introduction:

Le handicap mental est un trouble du développement qui affecte les capacités intellectuelles et adaptatives d'un individu. Les enfants atteints de ce handicap sont confrontés à diverses difficultés, parmi ces troubles ; La capacité de discrimination visuelle, la cognition, la Concentration et mémoire, l'émotion, La motricité et le langage. (Monique, 2007, P.290). L'OMS a recensé plus d'un milliard et 20% d'entre elles vivent avec de grandes difficultés fonctionnelles au quotidien.

Deux millions de personnes environ ont un handicap intellectuel (QI inférieur à 75) soit 2,6% de la population mondiale. Tout près de 3 % de la population sont atteints d'une déficience soit 221 000 personnes sur une population totale de 7 453 300 personnes selon les estimations fournies par l'office des personnes handicapées du Québec. On estime aujourd'hui à 650 000 le nombre de citoyens français souffrants de pathologies handicapantes comme la trisomie ; l'autisme ; le polyhandicap et la déficience intellectuelle. (OMS, rapport mondial sur le handicap, 2020).

Le taux d'handicap mental dans le monde varie d'une pays à un autre ; Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec estime 3% de la population présente un handicap mental, soit environ 200 000 personnes. En France selon Sophie Cluzel Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées ; 1 Français sur 5. 80 % des handicaps surviennent au cours de la vie. (Cluzel, 2020, p.2). Environ 85% des personnes atteintes présente un

handicap mentale léger, 10% ont un handicap mentale modéré et 5% ont un handicap mentale sévère ou grave. De plus, le handicap mental est 1,5 fois plus élevé chez les hommes. (Yvon et al ; 2014, 45). L'Algérie compte environ 2 millions de personnes en situation d'handicap selon l'office nationale des statistiques et le handicap lié à la compréhension et à la communication donc le handicap mental est de 32%.

Les enfants atteints de handicap mental peuvent présenter des difficultés spécifiques du langage, en raison de la complexité de leur handicap, le retard du langage diffère d'une personne à l'autre ; Plus le retard mental est élevé, plus retard de langage est accentué Ainsi, chaque individu nécessite une prise en charge adaptée et personnalisée pour répondre à ses besoins.

Ozanne, (1990) considère que les troubles du langage et de la communication sont des atteintes parmi d'autres au sein de plusieurs syndromes congénitaux. Par exemple, la phénylcétonurie est une maladie génétique héréditaire qui empêche les enfants qui en sont atteints de métaboliser une enzyme présente dans l'alimentation, la phénylalanine. Si elle n'est pas identifiée et prise en charge précocement, l'accumulation de phénylalanine dans l'organisme est particulièrement toxique pour le développement cérébral de l'enfant, conduisant à un ensemble de troubles développementaux, dont des troubles langagiers. (Kern, 2019, p. 203)

Parmi les syndromes liés à des anomalies chromosomiques et affectant le développement du langage, les plus connus sont le syndrome de Down ou trisomie 21 (Chapman, 1997), le syndrome du cri du chat (Kristoffersen, 2008) ainsi que certaines anomalies liées aux chromosomes sexuels tels le syndrome de Turner (Van Borsel et al., 1999), le syndrome de Klinefelter (Bishop & Scerif, 2011), le syndrome du X fragile (Abbeduto & Hagerman, 1997), le syndrome de Prader-Willi (Lewiset al., 2002) ou le syndrome de Williams (Karmiloff-Smith, 1997). (Kern, 2019, p. 204)

Les habiletés expressives de l'enfant trisomique accusent des retards notamment sur le plan morphosyntaxique : les déficits touchent les habiletés narratives, la formulation de questions, la production de messages complexes; on note une utilisation réduite de la flexion des verbes, des articles, des prépositions, des pronoms, et des conjonctions. Par ailleurs, l'intelligibilité des propos est généralement atteinte : l'encodage phonologique est souvent déficitaire chez l'enfant trisomique, avec des difficultés accrues concernant les mots longs. Une étude comparative des déficits verbaux chez les enfants trisomiques et chez ceux atteints d'un trouble spécifique du langage s'est intéressée aux procédés sous-jacents susceptibles d'expliquer les difficultés d'apprentissage du langage oral. (Lacombe, 2008, p. 7)

Les différences interindividuelles existent à l'intérieur d'un même syndrome et les problèmes typiques diffèrent sensiblement d'un syndrome génétique à l'autre tant sur le plan moteur, que linguistique et psychologique. Aujourd'hui nous connaissons pour beaucoup d'entre eux leurs particularités tant sur le plan neurologique, que sur le plan de ses

répercussions linguistiques et psychologiques, il est donc primordial de mettre en place un accompagnement orthophonique précoce. (Thibaut, 2018, p. 46)

Les études antérieures montrent qu'il est très nécessaire de faire la rééducation orthophonique du langage vu le niveau de l'atteinte de production linguistique des enfants porteurs de handicap mental, cette rééducation du langage vise à stimuler et à développer leurs compétences linguistiques, ce qui leur permettra de s'intégrer plus facilement dans la vie sociale. En travaillant sur leur langage avec des méthodes adaptées à leur handicap, ces enfants auront l'opportunité de communiquer plus efficacement, mieux progresser et acquérir les outils nécessaires pour s'épanouir au sein de la société, pour cela ; nous proposons de présenter une recherche sur, la rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental dont l'objectif est de de mettre en évidence les différentes étapes de rééducation orthophoniques du langage chez les enfants en situation de handicap, en mettant l'accent sur des stratégies adaptés à le handicap mental. Nous posons la question suivante :

Comment rééduquer le langage des enfants porteurs le handicap mental ?

L'hypothèse

La rééducation du langage des enfants porteurs de handicap mental se fait à travers plusieurs étapes; la prise en charge du syndrome oro-faciale, la prise en charge du souffle, la stimulation sensorielle, la stimulation du langage à travers l'utilisation de stratégies spécifiques.

1. Définition du langage :

C'est la capacité qui me permet d'établir une relation avec un univers abstrait dans lequel un mot, quel qu'il soit, peut entretenir des relations avec des objets sans rapport entre eux. (Florin, 2020, p. 12). Le langage, ou plutôt les conduites langagières, se réalise(nt) en actes qui créent des relations entre l'énonciateur (celui qui parle ou écrit), le destinataire et le contenu de ce qui est dit ou écrit ; on s'efforce alors de comprendre comment l'enfant va apprendre, d'abord sous forme non verbale, puis verbale, et avec l'aide de l'entourage, à agir au moyen du langage, en utilisant les règles de sa langue maternelle. (Florin, 2020, p. 16)

2. Définition du handicap mental (DSM 5):

Est un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques, débutant pendant la période développementale.

Trois critères sont nécessaires pour affirmer le Handicap mental (DSM 5)

◆ **Critère 1** : Un déficit au niveau du fonctionnement intellectuel, confirmés par une évaluation clinique ainsi qu'une évaluation intellectuelle individualisée et standardisée, un résultat de 65 – 75 (70 ± 5);

◆ **Critère 2** : un déficit dans au moins un domaine du fonctionnement adaptatif; conceptuel, social ou pratique, au point qu'une intervention continue est nécessaire;

◆ **Critère 3:** Apparition des déficits intellectuels et adaptatifs durant la période de développement.

3. Les maladies associées au handicap mental :

À ce jour, environ deux cents syndromes génétiques présentent dans leur description des troubles de la parole, du langage et de la communication et plusieurs centaines un retard intellectuel, dont les conséquences sur le langage seront notables. Leur description et leur étude systématique dans une perspective médicale, psychologique et psycholinguistique constituent une base de données pour les professionnels, dont les orthophonistes, qui prennent en charge ces patients. Des syndromes Nous rencontrons des syndromes avec des dysmorphoses faciales, des pathologies liées à l'X, dues à des troubles du métabolisme parmi lesquels :

• **Le syndrome de Down ou trisomie 21** : est relativement bien connu et a fait l'objet de nombreuses études depuis sa première description en 1866. Cette maladie chromosomique congénitale (présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21e paire) présente des signes cliniques nets : retard mental (de modéré à sévère), morphologie, dont la sévérité peut varier d'un individu à l'autre. Son incidence est d'1 sur 1 000 à la naissance. Le diagnostic anténatal est désormais systématiquement proposé dans les maternités, en fonction de la présence ou non de facteurs de risque (âge de la mère en particulier) (Thibaut, 2018, p. 44)

• **Le syndrome de Williams-Beuren** : 1 sur 20 000. Il associe malformation cardiaque, retard psychomoteur, dysmorphie faciale et profil cognitif et comportemental spécifique dominé par un déficit des repères visuo-spatiaux contrastant avec un langage correct, le déficit langagier est essentiellement au niveau pragmatique. La mémoire à court terme verbale est quasi normale en regard d'une mémoire visuo-spatiale largement déficitaire.

• **Le syndrome de l'X-fragile (SXF)** : est transmis d'une génération à l'autre. Il affecte davantage et plus gravement les sujets de sexe masculin 1 sur 4000, pour 1 sur 7 000 chez les sujets de sexe féminin. Les sujets présentent un dysfonctionnement cognitif de modéré à sévère et/ou des difficultés d'apprentissage. Une prosodie particulière, des difficultés pragmatiques, un déficit important dans toutes les tâches de mémoire sont observées;

• **le syndrome du cri-du-chat**, 1 sur 50 000. Il associe une dysmorphie cranio-faciale et une microcéphalie, un retard mental léger à modéré, des problèmes comportementaux, une parole, un langage sévèrement déficitaire ;

• **Le syndrome de Prader-Willi** : 1 sur 15 000. Il associe une hypotonie, des difficultés importantes d'oralité alimentaire et un retard global de développement. Des problèmes au niveau de toutes les composantes langagières sont retrouvés ;

• **Le syndrome d'Angelman** : 1 sur 25 000. Les caractéristiques sont une déficience mentale plus ou moins importante, une apparence et un comportement caractéristique, des troubles du langage et de communication, de la motricité, des crises épileptiques

•**Le syndrome de Turner** : 1 sur 2 500. Il s'agit d'une anomalie chromosomique touchant majoritairement les femmes entraînant principalement une petite taille et un dysfonctionnement ovarien. De façon plus variable, il peut y avoir d'autres anomalies associées, dysmorphie, anomalies osseuses, lymphœdème, surdité, anomalies cardiovasculaires, thyroïdiennes et digestives. Les problèmes se retrouvent essentiellement au niveau du langage écrit et de la mémoire visuo-spatiale;

•**Le syndrome de Klinefelter(SK)** : 1 sur 1 000, uniquement chez les sujets de sexe masculin. Ce syndrome peut entraîner une taille en moyenne plus grande que la fratrie, un retard pubertaire, un développement de la parole retardée, un langage expressif et réceptif déficient dans ses aspects formels et fonctionnels

•**Le syndrome de Rett** : 1 sur 15 000 presque exclusivement chez les sujets de sexe féminin. C'est un syndrome dégénératif ; le développement est normal jusqu'à 9   12 mois puis il est suivi d'une régression affectant les acquis langagiers, moteurs et cognitifs. Il entraîne un polyhandicap avec déficiences intellectuelle et infirmité motrice sévères (Thibaut, 2018, p. 45)

•**Le syndrome de Noonan** : 1 sur 2 000 se manifeste par un aspect particulier des traits du visage, des malformations du cœur et une petite taille. Il existe parfois un déficit intellectuel et un retard d'acquisition du langage;

•**La neurofibromatose de type 1** : 1 sur 4 000 naissances, nous notons un retard mental léger, des traits dysmorphiques, une macrocéphalie, une parole dysfluente, une dysphonie dans de nombreux cas. Sont retrouvés un déficit au niveau pragmatique, des problèmes de mémoire visuelle et tactile ;

•**Les maladies lysosomales** : sont des maladies de surcharge lysosomale (MSL). Leur taux d'apparition est de 1 pour 6 000 naissances. Il existe plus d'une cinquantaine de maladies lysosomales, parmi celles-ci huit, dont le syndrome de Hunter, bénéficiant d'un traitement. Il consiste en une perfusion hebdomadaire d'une molécule de synthèse qui permet aux cellules saines de faire le travail à la place des cellules manquantes. (Thibaut, 2018, p. 46)

4. Le développement communicatif et langagier chez les handicapés mentaux :

Nader-Grosbois (1999) décrit les compétences communicatives précoces, pr verbales   début verbales auprès d'enfants présentant une déficiences intellectuelle.

Sur le plan pragmatique :

- un retard développemental de la communication sociale précoce ;
- des variabilités interindividuelles et intra-individuelles très importantes, notables dans leur profil de développement et leur trajectoire de développement ;
- moins d'écoute soutenue précocement (vers 4 mois) ;

- moins de contacts oculaires référentiels malgré les nombreux regards vers le visage, ce qui implique moins d'alternance de regards entre les objets et le visage de la mère ou de l'adulte familial en activités conjointes (entre 1 et 2 ans) ;

-plus d'usage de gestes que de mots (à environ 1 an) ;

-pauses trop courtes entre les vocalises (jusqu'à 18 mois) ;235

-une hétérochronie de développement selon les fonctions et les rôles communicatifs ;

-une moindre compétence, voire un déficit, en attention conjointe et, dans une moindre mesure, en régulation de comportement, par comparaison à la fonction d'interaction sociale ;

-les rôles d'initiation et de maintien sont moins fréquents que le rôle de réponse à la communication ;

-des transitions inter-niveaux plus longues en durée (tout particulièrement entre le niveau complexe et le niveau conventionnel gestuel ainsi qu'entre le niveau conventionnel gestuel et le niveau verbal) ;

-une difficulté à maîtriser les règles d'alternance et des temps de pause, ce qui implique parfois une juxtaposition des messages de l'enfant et de la mère ;

-une structure relativement similaire des relations entre capacités communicatives se traduisant par des relations plus intenses entre capacités relevant d'une même fonction communicative.

Sur le plan des moyens communicatifs préverbaux et primo-verbaux, on relève :

-une différence de progression du contact oculaire au cours des six premiers mois et une durée plus brève chez des jeunes enfants à trisomie 21 ;

-un retard développemental de l'utilisation des vocalisations, des babillages, des regards, des gestes, des combinaisons vocalisation-geste, des premiers mots et des combinaisons este-mot de jeunes enfants à trisomie 21 (Grosbois, 2020, p.236)

Une série de travaux mettent en évidence, chez les enfants et adolescents DI, des particularités du développement du langage sur les plans phonologique, lexical, sémantique, syntaxique, de l'élocution, et relèvent des déficiences anatomiques, articulatoires et auditives qui perturbent ce développement langagier.

Au-delà de ces constats, des travaux scientifiques montrent des variabilités des forces et faiblesses de la communication et du langage selon les étiologies et les syndromes génétiques.

Des enfants à trisomie 21 et à syndrome de Williams montrent des réponses comportementales positives lors de référenciations sociales initiées par l'adulte qui communique un message joyeux ; les enfants à trisomie 21 ont un meilleur niveau sociocommunicatif précoce en contact oculaire et pour suivre le regard d'une autre personne dans des situations triadiques, mais un moindre niveau du langage réceptif que les enfants à syndrome de Williams.

•Chez des personnes avec trisomie 21, les compétences communicatives et langagières sont liées positivement à leur niveau cognitif et se développent moins bien que leur socialisation et leur adaptation en vie quotidienne (Dykens et al., 2000). C'est surtout entre 2 et 4 ans que le développement de leur langage est observable (Chapman & Hesketh, 2000 ; Fidler, Most, & Philofsky, 2009). Leurs difficultés langagières concernent plus l'expression que la réception (Abbeduto, Warren, & Conners, 2007b ; Fidler et al., 2009 ; Miller, 1999) et plus spécifiquement l'aspect syntaxique (Chapman, Seung, Schwartz, & Bird, 1998) et l'aspect pragmatique référentiel (Abbeduto et al., 2006 ; Johnston & Stansfield, 1997 ; Laws & Bishop, 2004). Leur âge mental évoluant, leurs capacités langagières réceptives augmentent dans une plus grande mesure que leur expression langagière (Fidler et al., 2009). Leurs questions sont pauvres en information et sont utilisées pour l'échange social ou pour obtenir quelque chose (Mundy et al., 1985). (Grosbois, 2020, P.237)

•Les enfants à syndrome de Williams (âgés entre 4 et 9 ans) ont de meilleures capacités communicatives précoces en termes de vocabulaire que des enfants à syndrome de Down de même niveau cognitif (Cornish et al., 2012c). Chez des personnes à syndrome de Williams, leurs capacités langagières semblent relativement préservées ; elles sont volubiles et interactives, mais elles rencontrent quelques difficultés langagières ayant un impact sur la lecture.

•Chez des personnes à syndrome X-fragile, des difficultés majeures de la communication et du langage se manifestent par des troubles phonologiques, syntaxiques et de la pragmatique (Abbeduto, Brady, & Kover, 2007a ; Abbeduto & Hagerman, 1997 ; Des Portes, 2013). Leur langage présente de l'écholalie dans ses débuts, puis des persévérations, un rythme rapide et saccadé et dans certains cas, du bégaiement (Des Portes, 2013). Une minorité accède à la lecture et à l'écriture.

•Chez des personnes à syndrome d'Angelman, leur langage est très limité, voire absent et le langage expressif est plus faible que le langage réceptif ; elles utilisent rarement les indices verbaux pour ajuster leurs comportements (Clarke & Marston, 2000 ; Summers & Pittman, 2004).

•Quant aux personnes à syndrome de Prader-Willi, leur langage est lié à leur niveau cognitif, mais il se caractérise par des questions répétitives ; en comparaison avec des personnes ayant d'autres syndromes, elles expriment plus aisément leurs idées et peuvent les argumenter, et parfois elles parlent trop (Benson & Chertkoff-Waltz, 2002 ; Dykens & Cassidy, 1996). (Grosbois, 2020, p.236)

5. Symptômes perturbant le développement du langage/

5.1 Hypotonie musculaire

Le morphotype particulier des enfants porteurs de trisomie 21 est dû principalement à une hypotonie musculaire. Si elle n'est pas réellement globale, elle touche cependant plusieurs groupes de muscles tels que les muscles de la ceinture scapulaire, les muscles dorsaux, abdominaux, bucco-linguo-faciaux, périnéaux, du pied et de la main, etc (Cuilleret, 2007). Cette hypotonie dite innée a une incidence sur le développement des structures osseuses et articulaires et entraîne alors un défaut de mise en place des fonctions orales primaires telles que la ventilation, la succion, la mastication et la déglutition (Cadoux, 2017). Elle va également considérablement réduire les possibilités articulatoires de l'enfant et donc son intelligibilité. (Martinet-M, 2022, p.15)

5.2 Syndrome oro-facial

Le syndrome oro-facial est spécifique à la trisomie 21 (Hennequin et al., 2011). A l'hypotonie bucco-linguo-faciale s'ajoutent :

- un maxillaire plus petit et plus étroit contenant difficilement la langue,
- une hyperlaxité des ligaments maxillaires entraînant un mauvais contrôle de la mandibule,
- des fosses nasales petites et souvent obstruées associées à une hypertrophie des amygdales et des végétations.

Les conséquences de ce syndrome oro-facial sont multiples. On retrouve notamment des difficultés d'alimentation, une ouverture buccale entraînant un bavage, une langue protrusive, un trouble de la mimique, une respiration buccale, une altération de l'intelligibilité et des difficultés sociales (Fallet, 2009). (Martinet-M, 2022, p.15)

5.3 Troubles moteurs

L'enfant porteur de trisomie 21 présente principalement un retard psychomoteur, se traduisant par des troubles de l'équilibre globaux et posturaux, et de coordination motrice et sensori-motrice. Cela entraîne par la suite des troubles du schéma corporel (Bigot de comité, 1999 ;Cuilleret, 2007).Aussi, le déficit tonico-moteur va entraîner une lenteur de réaction pouvant amener le parent à penser que l'enfant n'a pas réagi au stimulus. Cela va avoir des répercussions relationnelles car beaucoup de parents manqueront de l'intégrer dans des moments de vie quotidienne ou croiront qu'il ne réagit pas (Ammann, 2012). La rééducation permet, à partir d'éléments connus, puis évalués de façon précise et individuelle pour chaque cas, de trouver les difficultés majeures induites et ressenties par chacun. Puis, à partir de ce constat, de proposer, en employant des « outils techniques » adaptés de diminuer les gênes ou difficultés. La démarche rééducative est un outil essentiel dans l'aide aux personnes en difficulté et ce, quel qu'en soit le domaine. Ainsi, il est possible de trouver des palliatifs à des problèmes ou troubles connus. (CUILLERET, 2007) (Martinet-M, 2022, p.15)

5.4 Troubles des fonctions cognitives :

Les bases du développement cognitif reposent sur les premières expériences sensori-motrices de l'enfant pour ensuite évoluer, par effet de décentration, vers les phases du langage et de la pensée construite. Les enfants porteurs de trisomie 21 vont se heurter à des difficultés dues à leur symptomatologie qui vont les gêner dans leurs expériences sensori-motrices et entraîner des troubles cognitifs (Cuilleret, 2007). Il leur sera alors difficile, voire impossible, de raisonner sur des données abstraites. Les enfants porteurs de trisomie 21 présentent également une déficience intellectuelle constante, variant selon les sujets de légère à sévère (Bigot de Comité, 1999). Les difficultés cognitives vont concerner, entre autres, l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et les capacités d'abstraction et vont avoir un impact direct sur le langage et plus précisément sur :

- La capacité à suivre un discours et l'apprentissage du langage en général,
- L'informative et la structuration du discours,
- La compréhension et les aspects pragmatiques,
- La pauvreté lexicale,
- L'accès à la notion de cause-conséquence et à l'aspect symbolique du langage permettant d'exprimer des concepts et des idées (Amevet, Chaudet, 2019). Les enfants porteurs de trisomie 21 vont avoir besoin de répétitions et de présentations des stimuli beaucoup plus nombreuses que les enfants tout-venant. (Martinet-M, 2022, p.16)

5.5 Troubles sensoriels :

Les troubles sensoriels sont systématiques chez l'enfant porteur de trisomie 21. Ils touchent les cinq sens et vont donc entraîner un dysfonctionnement dans le développement cognitif de l'enfant.

5.5.1 Troubles auditifs

Les troubles auditifs peuvent être des surdités de perception dont la gravité est variable. On retrouve également un trouble des écoutes qui correspond à des perceptions mal traduites au niveau neurocentral. Par exemple, Les enfants porteurs de trisomie 21 ne vont pas percevoir les sons de la même façon que des enfants tout-venant. Enfin, la perception des rythmes de la parole est difficilement comprise et interprétée. Cela entraînera par la suite des difficultés de perception des durées.

5.5.2 Troubles visuels

Cuilleret (2007) considère l'hypotonie des muscles de l'œil va entraîner des difficultés à mettre en place des points de repérage efficaces du regard. Le balayage droite/gauche va se faire plus lentement et l'enfant porteur de trisomie 21 par exemple, va avoir du mal à fixer son regard. La non-stabilité des muscles de l'œil va également déclencher des nystagmus temporaires, c'est-à-dire des mouvements oculaires répétitifs, rapides et involontaires. (Martinet-M, 2022, p.15)

6. La rééducation du langage chez la personne porteuse de handicap :

La rééducation du langage chez la personne porteuse de handicap mental s'appuie sur l'intégration sociale et l'élargissement du vocabulaire pour faciliter la communication avec les autres individus dans la société. Cette approche diffère de la prise en charge du langage chez un enfant typique, qui vise à corriger minutieusement ses productions linguistiques. L'objectif est de permettre à la personne en situation de handicap mental de s'exprimer de manière plus fluide et précise, tout en favorisant son interaction au sein de la communauté.

6.1 le bilan orthophonique des enfants porteurs de handicap mental :

Au sein d'une évaluation pluridisciplinaire, le bilan orthophonique va permettre de regrouper toutes les informations relatives à la communication de l'enfant, verbale et non verbale. Les principes de réalisation du bilan orthophonique tiendront compte de ces particularités : l'examen se déroulera dans une pièce calme, claire, dépourvue au maximum de stimuli visuels et auditifs. Le choix du matériel se fera en fonction des capacités et du comportement de l'enfant, d'après les éléments obtenus lors de l'entretien avec les parents et à la lecture du dossier de l'enfant (évaluations antérieures éventuelles...).

Pour une disponibilité optimale de l'examineur auprès de l'enfant, et pour une cotation la plus fiable possible, l'évaluation pourra être filmée. Dans un premier temps, l'entretien avec les parents permettra au clinicien de connaître le mode de développement communicatif et linguistique de l'enfant, ainsi que ses capacités de communication actuelles en situation familiale et sociale. Pour conduire cet entretien, l'orthophoniste pourra s'appuyer sur des grilles d'évaluation comme la grille d'Adriana Shuler. (Lacombe, 2008, p. 3)

6.1.1 Évaluation de la communication verbale

L'évaluation de la communication verbale aux enfants plus âgés ou présentant des troubles moins sévères, il est nécessaire de proposer un bilan formel standardisé, évaluant la communication verbale, ses deux versants, expressif et réceptif. Les enfants avec déficience intellectuelle ont un retard plus ou moins important qui touche tous les niveaux du langage : phonologique, lexical, syntaxique et pragmatique. Le comportement de l'enfant déterminera l'ordre de passation des épreuves : chez un enfant inhibé ou présentant des difficultés expressives sévères, on débutera l'examen par des subtests évaluant le versant réceptif, lui évitant ainsi d'initier ou de produire d'emblée du langage expressif ; chez l'enfant présentant une appétence verbale développée, on pourra commencer le bilan par des tests évaluant le versant expressif. (Lacombe, 2008, p.7)

6.1.1.1 Capacités réceptives :

Les études montrent que la plupart des enfants porteurs de trisomie 21 présentent un niveau de compréhension supérieur au niveau d'expression ; cette dissociation est mise en évidence très tôt, dès les premières années de l'enfant. L'écart entre expression et compréhension reste stable ou se creuse au fur et à mesure que l'enfant grandit

Avant de procéder à l'évaluation de la compréhension, on s'assurera de l'intégrité auditive de l'enfant.

L'examen de la compréhension verbale porte sur la réception du langage oral avec ou sans support gestuel ; il se fait à l'aide de tests standardisés et étalonnés. On évalue :

– **la compréhension contextuelle** à l'aide de consignes simples données à l'enfant dans diverses situations ;

– **la compréhension lexicale** : des tests de désignation d'images (TVAP, ELO, EVIP, N-EEL, BEPL, VOCIM) ou de manipulation d'objets (REYNELL) vont être proposés à l'enfant. L'utilisation d'objets offre un net avantage par rapport aux images pour les enfants dont l'attention est parfois difficilement mobilisable ;

– **la compréhension syntaxique** : on vérifie si l'enfant saisit les relations entre les mots, avec ou sans l'aide du contexte ; on détermine la stratégie de compréhension mise en place par l'enfant (lexicale ou morphosyntaxique), l'accès aux énoncés complexes, à l'aide de tests de désignation (O52, ECOSSE, ELO, N-EEL, BEPL...). (Lacombe, 2008, p. 7)

6.1.1.2 Capacités expressives :

Chez les enfants plus grands ou présentant un meilleur niveau de développement, on évalue les secteurs formels du langage à l'aide de batteries de tests :

–**La phonologie** : des épreuves de répétition de mots (N-EEL, ELO, BEPL...) sont proposées à l'enfant afin d'écarter ou de mettre en évidence un trouble de la programmation phonologique ;

–**Le vocabulaire** : le stock lexical actif va être évalué par des subtests de dénomination (NEEL, ELO, L2MA...) ;

– **La morphosyntaxe** : ce niveau du langage oral expressif peut être évalué sur un mode spontané ou spontané induit (conversation, activités ludiques partagées) ou par des tests morphosyntaxiques spécifiques (TLC) ou encore par des subtests de batteries classiques de langage (ELO, L2MA, N-EEL, BEPL). Les performances des enfants varient en fonction des situations langagières. Pour les enfants plus performants, on peut présenter des épreuves induisant l'utilisation de morphèmes précis (ELO, TCG-R) qui rendent plus saillantes les difficultés morphologiques, alors qu'elles peuvent passer inaperçues en spontané. (Lacombe, 2008, p. 8)

6.1.1.3 Capacités pragmatiques et sociales :

Le niveau pragmatique concerne les aspects sociaux du langage; on évalue la capacité de l'enfant à adapter son discours à la situation, à son interlocuteur et aux connaissances de son interlocuteur sur le sujet du discours. Il s'agit de l'acte de langage défini par Austin et Searle. L'utilisation fonctionnelle du langage peut être évaluée dans différentes situations socio-communicatives (demande d'aide, expression d'un désir, commentaires, récits d'événements vécus, expression d'un sentiment, accès à l'humour...) et dans des situations

conversationnelles (initiatives dans les échanges, réponses, maintien du thème, de l'échange, tour de parole, informativité et cohésion) .

Le test de Shulman permet une évaluation des capacités pragmatiques par le biais de jeux (conversation entre deux marionnettes, conversation téléphonique, dessins, jeu de construction). L'objectif de ce travail est de réaliser une évaluation complète des compétences linguistiques et de communication de l'enfant. Cela permettra de déterminer ses besoins spécifiques et de concevoir un programme individualisé. Le projet individuel qui en découle prend en compte toutes les sphères: motricité, communication, cognition, autonomie, problèmes de développement, problèmes de comportement. Il permet de mettre en œuvre les compétences reconnues en faisant l'adéquation âge développemental-âge chronologique, c'est-à-dire de savoir utiliser un matériel éducatif adapté à l'âge chronologique mais permettant de faire l'activité à l'âge développemental de l'enfant. Il nous appartient de construire le différentiel éducatif pour permettre à la personne d'avoir des activités prenant en compte son niveau de développement tout en respectant son âge) (Laxer, 2021, p. 194)

7.2 la prise en charge du syndrome oro-faciale :

7.2.1 Les massages:

Les stimulations oro-faciales consistent la plupart du temps en des stimulations aux doigts de la zone labio-jugale puis intrabuccale. L'orthophoniste puis les parents exercent sur les joues de l'enfant des « massages » avec des mouvements circulaires ou d'enveloppement (menton vers oreilles), puis des petits tapotements des joues. Il peut être exercé également des lissages, des frottements et tapotements des lèvres. La technique du « tapping » décrite dans Les fonctions de la face (Eyoum, 1997) peut être proposée. Il est également réalisé des frottements des gencives, de l'intérieur des joues et de la langue ainsi que des pressions à différents endroits de la langue. L'orthophoniste propose des moments de fermeture buccale avec respiration par le nez. On rentre délicatement la langue dans la bouche si celle-ci est protruse et on maintient entre pouce et index le menton de l'enfant, le tout dans une position globale favorable, bien évidemment. On trouvera nombre d'exemples dans les ouvrages suivants : DVD de D. Crunelle, Les troubles d'alimentation et de déglutition, et le livre L'accompagnement parental à la carte d'I. Barbier (2004).

Certains orthophonistes utilisent également, pour l'intérieur de la bouche, des sets de brosses à dents premier âge (en caoutchouc avec diverses formes et aspects pour des sensations kinesthésiques différentes), ou des petits objets vibrants pour les joues, ou des objets que l'on peut réfrigérer pour stimuler l'intérieur de la bouche par le froid. Quelles que soient les techniques proposées par l'orthophoniste, elles ont toutes pour but de faire progressivement prendre conscience à l'enfant de cette partie de son corps, de tonifier la sphère oro-faciale et de travailler sur la sensibilité. Il est important d'avoir un éventail assez large de « petits jeux » à proposer à l'enfant afin que les parents puissent trouver ceux qui leur conviennent et qu'ils pourront reproduire naturellement et sans gêne. Certains parents, par

exemple, n'apprécient pas d'utiliser un objet intermédiaire comme une brosse en caoutchouc et préfèrent intégrer les stimulations dans la continuité d'un moment de câlin avec le bébé. D'autres préféreront au contraire utiliser des petits objets afin d'en faire un moment ludique et drôle à mastiquer (Ternisien, 2014, p. 301)

Une rééducation gnoso-praxique orale précoce concernant l'oralité alimentaire et l'oralité verbale s'impose en partenariat avec les parents. (Thibault2007,2012,2017) Les enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire ont des praxies bucco-linguales qui se sont adaptées aux insuffisances musculaires, mécaniques et anxigènes qu'il faudra modifier afin :

- de faire disparaître le bavage ;
- de provoquer la montée de la base de langue et ainsi éviter une langue volumineuse en position basse.

Ce travail autour de l'organe lingual se fera à travers un renforcement du sphincter labial et vélo-pharyngé. (Thibault,2013) L'éducation neuromusculaire proprioceptive et psychomotrice aura pour objet la structuration du schéma corporel et de la mémoire kinesthésique dans un équilibre postural le plus normal possible. Elle aidera au rétablissement d'une image du corps correspondant au schéma corporel pour un âge donné. Soulignons que si le schéma corporel est un outil, l'image du corps en est une utilisation fonctionnelle adaptée à la conscience. (Catherine Thibault, 2018, p. 67) Elle intègre le modèle postural, plus tout l'imaginaire : c'est-à-dire que s'ajoutent les versants affectif, libidinal, narcissique et psycho-social. Cette approche orthophonique autour de la bouche s'inscrit dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire. L'aide des kinésithérapeutes, des ostéopathes et des psychomotriciens est indispensable afin de mieux appréhender en premier lieu la motricité globale pour ensuite travailler la motricité fine essentielle à l'éducation gnoso-praxique précoce. L'éducation gnoso-praxique orale a notamment pour but de :

- rendre un climat plus serein autour du repas ;
- améliorer la prise de poids de l'enfant ;
- évacuer la peur et le dégoût engendré par le contact des aliments avec la bouche et parfois avec la manipulation de la nourriture ;
- créer la sensation de faim pour les enfants nourris artificiellement ;
- permettre l'ablation de la gastrostomie.

La compréhension du vécu oral des enfants, leur histoire médicale, l'évaluation de la sphère oro-faciale permet de mieux situer l'enfant et de répondre aux questions des parents. Il faut aider les parents à dépasser la souffrance provoquée par l'impossibilité de nourrir leur enfant soit parce que l'enfant ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas.

➤ **Toutes les fonctions appartenant au monde de l'oralité, et par conséquent à celui de la sensorialité sont fondamentales dans la conquête de la parole, du langage et du plaisir de communiquer (fonctions de ventilation, de relation, de nutrition (déglutition, mastication) et d'expression (mimique, phonation)).**

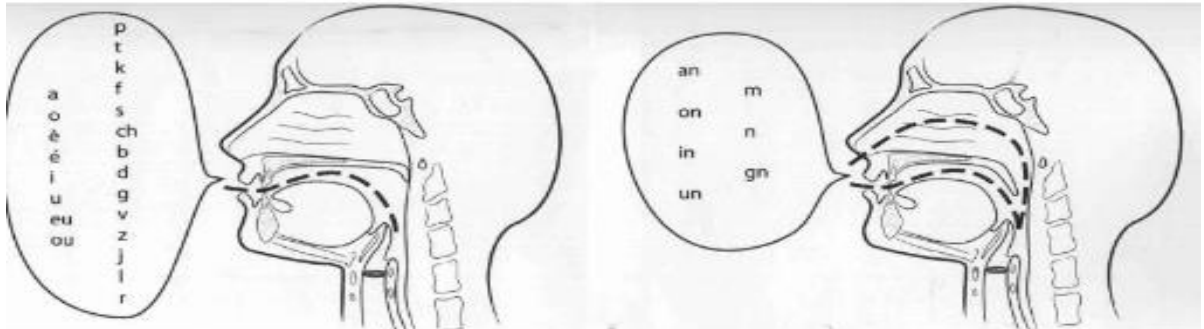


Figure n° Schéma du mode d'occlusion oral/nasal des phonèmes

7.2.2 La rééducation de la sphère bucco-faciale :

Le but est de faire travailler tous les organes intervenant dans la parole mais aussi la mastication/déglutition. Les exercices doivent être pratiqués très régulièrement pour maintenir une bonne mobilité des organes.

7.2.2.1 Les lèvres :

Travail des perceptions, sensations, mobilisations et mémorisation (en fonction du niveau de développement). L'intervenant nomme d'un mot l'action (pincer, ouvrir, etc.).

➤ Maintenir entre la lèvre supérieure et la lèvre inférieure un Chamallow que l'adulte retient avec les doigts;

➤ Exercice de la moustache: tenir le stylo entre le nez et la bouche le plus longtemps possible (à faire en activité loisirs avec plusieurs enfants. Celui qui tient le plus longtemps gagne...);

➤ Miauler ou faire des bisous sur le dos de la main pour apprendre le pincement des lèvres et l'ouverture brusque en décollant les lèvres du dos de la main;

–faire l'air étonné /o/ avec la bouche, puis faire semblant de rire: «ah ah ah ah ah»;

–aspirer avec une paille fine et transparente des liquides (mais pas pour les personnes qui font des fausses-routes fréquentes);

➤ Siffler: concours de groupe;

➤ Aspirer lentement une linguina (pâte italienne) assez grosse et épaisse et la garder quelques instants bloqués par les lèvres (concours à faire en dehors du repas) avant de la déguster;

➤ Pincer un gros macaroni entre les lèvres;

➤ Approcher lentement ses lèvres d'un liquide chaud pour percevoir sa chaleur et apprendre ainsi à ne pas se brûler en reculant la tête.

7.2.2.2 La langue :

Apprendre à l'enfant à découvrir et repérer les sensations que font les aliments sur la langue et à diriger sa langue:

➤ Lécher une pâte à tartiner sur une assiette jusqu'à ce qu'il n'en reste plus (mais attention à ne pas induire un comportement inadapté chez un enfant/un adulte ayant des problèmes sévères de compréhension sociale) (Laxer, 2021, p. 122)

➤ Mettre un peu de confiture sur un coin des lèvres pour que l'enfant sorte sa langue pour la lécher. Placer la confiture en haut puis en bas, puis à droite et enfin à gauche. Ne pas travailler les quatre points dans la même séance sinon on risque une confusion. Il faut qu'il apprenne « cherche la confiture en haut ». Ne pas aller trop vite. Stabiliser une position avant d'enchaîner sur la suivante. Il se peut qu'il arrive à mobiliser sa langue plus facilement dans une position, à gauche par exemple et très difficilement à droite. Ne pas insister pour obtenir le même résultat, l'innervation est peut-être déficitaire d'un côté. Mais documenter (paralysie et déviation du côté sain, ou atonie, ou malformation congénitale) pour en discuter avec un neurologue ;

➤ Apprendre à tirer la langue quand c'est possible (travail autour de la conscience du corps et de la dissociation segmentaire), mais attention aux problèmes de compréhension sociale ;

➤ Claquer la langue et de plus en plus vite.

7.2.2.3 Les joues

Pour travailler à la fois les perceptions et les sensations : apprendre à l'enfant à connaître, sentir et désigner ses joues et les nommer si possible.

Sourire: quand c'est possible utiliser le contexte pour sourire. Deux positions possibles :

➤ Soit en face à face pour apprendre à sourire (en se saluant par exemple) : les lèvres bien étirées, avec aide gestuelle de l'intervenant si nécessaire, pour bien sentir la position des lèvres et des commissures ;

➤ Si l'enfant l'accepte, se placer face à un miroir où il peut se regarder et regarder l'intervenant. Et apprendre ainsi à mémoriser la praxie « sourire ».

Faire des grimaces : travailler en contexte et devant un miroir pour mémoriser la praxie.

➤ Pour exprimer que l'on n'aime pas ce que l'on mange, apprendre d'abord à froncer le nez, puis quand c'est acquis, étirer les lèvres ;

➤ Gonfler un ballon : exercice parfois difficile à travailler si les déficits sont trop sévères ;

➤ Gonfler les deux joues et appuyer brutalement dessus pour provoquer la déflagration. Puis quand c'est acquis, faire de même une joue après l'autre.

7.3 La rééducation du souffle : Travailler le souffle est souvent une activité difficile pour un enfant/un adulte sévèrement handicapé.

➤ Souffler dans de l'eau pour provoquer des « vagues » à la surface de l'eau : Matériel : un récipient assez grand rempli d'eau posé sur la table à bonne hauteur pour que l'enfant n'ait que l'activité à contrôler. Fermer les lèvres presque complètement (l'enfant vérifie avec les doigts la position des lèvres). L'intervenant prend une grande inspiration et souffle) (Laxer, 2021, p. 123) pour que l'enfant voit le résultat du souffle. Il nomme ce qu'il fait si possible.

➤ Souffle nasal : faire de la buée avec le nez sur un miroir. Observer le miroir, l'intervenant souffle dessus. Puis il va aider l'enfant à approcher son nez du miroir pour lui montrer qu'il peut obtenir le même effet. Il est aussi important de faire travailler les cordes vocales et leur mobilité. Lors de la déglutition, elles participent au processus de protection des voies respiratoires en se fermant ! Il est donc important qu'elles restent mobiles ! Cela relève du travail de l'orthophoniste ou du médecin phoniatre. Mais on peut : – chantonner bouche ouverte/bouche fermée ;

➤ Faire varier l'intensité de la voix : aller de grave à aigu lorsque c'est possible. Aider l'enfant /l'adulte à moduler sa voix ;

➤ Projeter son souffle en plaçant une feuille de papier contre les lèvres pour la faire vibrer. Pour que l'enfant/l'adulte apprenne à sentir les vibrations de ses cordes vocales : quand nous émettons un son, lui faire placer la main sur notre gorge pour qu'il perçoive les vibrations. Puis placer ses mains sur son cou en l'incitant à faire de même : « à toi ! ») (Laxer, 2021, p. 124)

7.4 La rééducation des accrochages sensoriels (éveil sensoriel et soutien de l'attention) :

•le toucher, l'olfaction, le goût, le renforcement de la tonicité et de la motricité bucco-faciale;

•les stimulations visuelles : inciter l'enfant à suivre les déplacements d'un objet, puis l'aider à prédire ce mouvement, étape nécessaire vers la permanence de l'objet et tellement importante pour l'acquisition du lexique et la mise en place des items de pensée ;

•le pointage : c'est un geste qui apparaît dans le développement normal de l'enfant entre 9 et 13 mois. Il fait partie des comportements d'attention conjointe visant à attirer l'attention d'autrui, dans le but d'obtenir un objet ou le partage de centres d'intérêt ; l'élaboration des comportements d'attention conjointe est soutenue par les interactions affectives mère-enfant. Précurseurs du langage, attention conjointe et pointage ont une fonction de communication, mais également une fonction d'accès à la représentation : ils participent à la fois à la constitution de la pensée, et à celle des relations sociales ;

•les stimulations auditives : chez de nombreux enfants présentant un trouble de parole et de langage nous remarquons de meilleures compétences du canal visuel par rapport au canal auditif. C'est pourquoi il est essentiel de développer le canal auditif de ces enfants et les intéresser au monde sonore qui les entoure. Parfois ils peuvent être hypersensibles aux stimuli auditifs (TSA) ou présenter une perte auditive. Soulignons qu'une bonne audition contribue au développement du langage. L'enfant parle en reproduisant, en imitant (Thibault, 2018, p. 74) ce que l'on entend, à travers la prise de tour de parole (chacun son tour) ; c'est le début de la conversation, de l'échange même sur un mode vocal (mélodie, intonation) mais pas nécessairement verbal ;

•la communication gestuelle peut être utilisée. Elle permet ainsi à l'enfant de devenir acteur actif afin d'entrer en relation avec les autres de façon plus pertinente. Pour beaucoup d'entre eux cet outil de communication (communication augmentée : PECS, Makaton) sera abandonné dès lors que l'enfant sera plus à l'aise avec le langage oral. Toute approche ludique participant à la construction du jeu symbolique, du jeu logique, permettent d'intégrer les notions de permanence de l'objet, d'invariance ou de réversibilité des actions, puis de causalité et de déduction qui se construisent à travers le jeu dans l'imitation, la répétition, l'appropriation et la généralisation des actions.

L'orthophoniste accompagne et prépare l'enfant à l'acquisition des futures formes verbales, des possibilités d'abstraction nécessaires à la mise en place de la pensée. Les parents deviennent acteurs du projet orthophonique. Ils participent avec confiance, vont apprendre à ne pas parler à la place de leur enfant, à lui laisser un certain temps de latence pour répondre, à reproduire ce qu'ils auront appris en séance sur ses possibilités tant sur le plan de l'expression que de la compréhension. Ces multiples approches permettent à l'orthophoniste selon la pathologie observée de combattre les difficultés de parole, de langage et de communication de chaque enfant, et surtout de le faire progresser à son rythme. (Thibault, 2018, p. 75)

7-5 La rééducation de la compréhension du langage :

La connaissance des troubles cognitifs permet de comprendre les origines des troubles langagiers et explique pourquoi l'organisation spontanée pré langagière et langagière est déficitaire dans divers domaines. La prise en charge de ces troubles doit être précoce et systématique. Elle comprend la prise en charge: – des déficits perceptifs centraux et d'abord des difficultés oculomotrices et auditives qui gênent la mise en place des règles déictiques, celles des organisations pré conversationnelles, donc la prise de parole de l'enfant et ses initiatives langagière (Cuilleret, 2007, p. 123)

7.6 La rééducation de la production du langage :

➤ **Améliorer les représentations qu'a le sujet de sa parole et de son langage** et les domaines où un retard a été mis en évidence (phonologie, construction du lexique, structuration de la morphosyntaxe, discours)

➤ **Améliorer la communication et les habiletés pragmatiques et sémantiques** ; en parallèle, les fonctions cognitives transversales et les compétences sous-jacentes aux apprentissages du langage oral comme du langage écrit (habiletés perceptives, capacités logico-mathématiques, capacités gnoso-praxiques) seront entraînées ;

➤ **Développer les compétences métalinguistiques** (développement de la conscience phonologique et méta lexicale). Au cours des séances, le jeu, le mime, les comptines, le rythme, la musique, les approches sensorielles, corporelles, le théâtre, la lecture, le chant... sont des médiations intéressantes qui permettent aux enfants d'utiliser spontanément ce qui aura été travaillé dans les exercices plus contrôlés en séance. C'est un juste équilibre à adopter entre approche formelle et approche fonctionnelle. En effet, toutes les méthodes et techniques enrichissent les séances, et l'orthophoniste peut choisir et inventer à chaque rencontre ce qui sera le plus adapté à chaque enfant. (Thibault, 2018, p. 89)

➤ **Développer le langage écrit** : le travail commence par la mise en place du regard qui doit apprendre à se fixer et à décoder la feuille de papier selon un fonctionnement précis qui s'acquiert et qui n'est pas spontané chez l'enfant atteint du handicap mental; l'orthophoniste va donc devoir mettre en place ce regard. Ensuite, il convient de travailler à la mise en place du langage écrit (lecture, écriture) dans les secteurs où l'enfant a besoin de soutien et en particulier dans ses aspects mises en liens et compréhension. Il est à noter que si la méthodologie d'approche est faite de façon conforme aux besoins de l'enfant et si le temps consacré à cet apprentissage est suffisant (la conjonction des deux est souvent difficile), l'orthophoniste ne devrait pas intervenir sur l'apprentissage en lui-même. En revanche, il lui faudra toujours intervenir sur le travail morphosyntaxique ou lexical et la relation au sens.

Cette prise en charge continuera le travail de la mise en place du langage oral, en particulier dans les paramètres:

- constructions syntaxiques, allongement des phrases;
- structuration des récits, nuances de la langue (éviter que lorsque l'enfant fait preuve d'humour, il ne le fasse qu'au présent et se fasse moquer...); (Cuilleret, 2007, p. 172)
- développement lexical: on ne lit pas avec un dictionnaire sur les genoux. Le plaisir de la lecture passe tout en le permettant par le développement lexical;
- relation au temps;
- travail de l'abstraction, du raisonnement logico-mathématique;
- prise de parole, adaptée à son âge...;
- continuité du travail de la prise de parole et de son intelligibilité...

8. Les Stratégies utilisées avec les enfants ayant un retard mental :

● Se mettre en face :

Il est préférable que l'orthophoniste se met en face l'enfant quand il lui parle, cela permettra à l'enfant ayant un retard mental d'attirer de manière assez efficace son regard et ça lui permettra aussi de faire bien attention au geste de l'orthophoniste, à ses expressions faciales, ses mimiques et aux mouvements de sa bouche. (Ternisien, 2014, p. 90)

● Respecter le temps de latence :

Il faut rester silencieux quelques secondes une fois que vous avez fini votre phrase, cela laissera le temps à l'enfant de comprendre le message. (Ternisien, 2014, p. 91)

● Suivre les intérêts de l'enfant, être à l'écoute :

Ecoutez et observez l'enfant pour repérer ses centres d'intérêts, cela vous permettra de créer des situations plaisantes ou l'enfant aura envie d'échanger. (Ternisien, 2014, p. 93)

● Jouer avec l'enfant :

Le jeu est un support motivant plaisant et très riches pour développer le langage de l'enfant ayant le retard mental, l'orthophoniste entre en jeu avec l'enfant, il l'imité, il joue comme un enfant avec lui. L'orthophoniste utilise des sons et des mots amusants que l'enfant prendra plaisir à reproduire. Le jeu est une situation que l'orthophoniste utilise volontiers en accompagnement parental. En effet, il sera important d'expliquer aux parents que l'enfant apprend en jouant et non lors d'exercices de répétition. (Ternisien, 2014, p. 94)

● Mettre du langage sur ses actions, parler à son enfant :

Inciter les parents à parler à leur enfant, à décrire ses actions, de placer des mots pour chaque action, cela va permettre à l'enfant de faire des liens entre les actions et les mots, de mieux comprendre le monde qui les entoure et d'apprendre de nouveaux mots. (Ternisien, 2014, p. 95)

● Ne pas demander de répéter :

Quand l'enfant commencera à parler, son articulation ne sera pas parfaite, notamment à cause de son hypotonie des muscles de la face. Il ne faut pas le faire répéter lorsque ses productions sont incorrectes. Il faut simplement reformuler en disant le bon mot. Par exemple, si votre enfant dit « le ato », vous pouvez juste répondre en disant « oui le bateau !! » en insistant sur le son qui manque ou qui est mal prononcé. Il faut juste lui donner le bon modèle. Il est aussi important de ne pas demander à l'enfant de répéter quelque chose et d'insister pour le faire parler car ça ne l'aide pas à acquérir du langage et ça lui enlève tout plaisir de parler. L'enfant va avoir envie de parler s'il a quelque chose à dire. Petite astuce : ne commencez pas votre phrase par le mot « dis » donc par exemple, ne pas dire « dis pomme !! Allez dis pomme (Ternisien, 2014, p. 96)

● **Imiter l'enfant :**

Imiter l'enfant est une des meilleures façons de créer du lien avec lui et de lui donner envie d'échanger avec vous. Alors, observez l'enfant puis imitez ses actions, ses mimiques, ses sons et ses mots. Continuez à l'imiter même si votre enfant a peu de réactions. Cela lui donnera envie également plus tard de vous imiter (Ternisien, 2014, p. 97)

● **Ne pas être trop directif :**

Face à un enfant porteur de handicap mental, l'orthophoniste incite l'enfant à favoriser le plaisir de communiquer pour s'intéresser au langage. Il fait alors attention à ne pas être trop directif, à laisser l'enfant à diriger l'échange et à faire en sorte qu'il prenne toujours du plaisir à communiquer (Ternisien, 2014, p. 98)

● **Ralentir le débit et réduire ses phrases :**

Pour aider votre enfant à mieux comprendre ce que vous dites et vos consignes, utilisez des phrases simples et courtes et n'hésitez pas à parler un peu moins vite, tout en restant naturel évidemment (Ternisien, 2014, p.103)

Conclusion

La rééducation du langage en orthophonie de l'enfant atteint de handicap mental est d'une importance capitale pour le devenir de l'individu. La rééducation orthophonique est un processus essentiel pour les enfants porteurs de handicap mental. L'objectif de ce processus est d'enrichir le langage de ces enfants et de leur permettre de communiquer plus efficacement avec leur entourage. Dans cet article, nous avons présenté des différentes étapes de rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental, en mettant l'accent sur le travail avec les parents et l'enfant lui-même. Pour le travail avec les parents La première étape de la rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental consiste à travailler avec les parents. L'orthophoniste informe les parents sur l'importance de leur implication dans le processus de rééducation du langage de leur enfant, que leur soutien et leur participation active sont cruciaux pour le développement du langage de leur enfant. L'orthophoniste explique comment refaire les exercices de rééducation à la maison pour renforcer la stimulation

La deuxième étape de la rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental consiste à travailler directement avec l'enfant. L'orthophoniste doit évaluer les compétences linguistiques de l'enfant et concevoir un plan de traitement individualisé pour répondre à ses besoins spécifiques. Ce plan de traitement peut inclure une combinaison de thérapie du langage, de jeux éducatifs, ainsi que des exercices de prononciation. En premier lieu l'orthophoniste effectue des massages et des exercices de praxies bucco faciales dans l'objectif de renforcer les muscles de la parole et de diminuer l'hypotonies musculaires

du visage, et il effectue aussi des exercices de souffle pour travailler la sphère oro-faciale afin d'améliorer l'articulation, la diction et la tonicité des joues et des lèvres.

Le travail de l'orthophoniste avec l'enfant, comporte aussi à proposer des exercices pour stimuler les cinq sens ; l'audition, la vue, le toucher et l'odorat, dans le but d'aider l'enfant à comprendre et découvrir le monde qui l'entoure et s'insérer plus facilement dans la société. Parmi les exercices aussi effectués avec l'enfant; les exercices de langage comme (dénomination d'images, désignation d'images, répétition de mots et de phrases....) dans le but d'enrichir leur stock lexical et de développer la construction de la phrase

A partir de là on dit que la rééducation du langage des enfants porteurs de handicap mental se fait à travers plusieurs étapes; la prise en charge du syndrome oro-faciale, la prise en charge du souffle, la stimulation sensorielle, la stimulation du langage à travers l'utilisation de stratégies spécifiques. et notre hypothèse est confirmée

La rééducation orthophonique du langage des enfants porteurs de handicap mental est un processus complexe qui nécessite l'implication de tout le monde ; des parents, des professionnels de la rééducation orthophonique, des enseignants et des éducateurs. En travaillant ensemble et en mettant l'accent sur une approche coordonnée et individualisée, il est possible d'enrichir le langage de ces enfants et de leur permettre de communiquer de manière plus efficace avec leur entourage.

Bibliographie :

- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Julien-Daniel Guelfi, Trad.). Elsevier Masson.
- Cuilleret, M. (2007). Trisomie et handicaps, génétiques associés, Potentialités, compétences, devenir. Elsevier Masson.
- Florin, A. (2020). Le développement du langage (éd. 2ème). Dunod.
- Kern, S. (2019). Le développement du langage chez le jeune enfant, Théorie, clinique, pratique. De Boeck Supérieur.
- Lacombe, D., Brun, V., Clément, P., Collado, V., Duriez, F., Faulks, D., Felter, S., Fraisse, S., de Fréminville, B., Hennequin, M., Lombal, V., Marion, J., Mazille, M.-N., Pennaneac'h, J., Taupiac, E., Veyrone J.-L., ...Vinte, S. (2008). Trisomie 21, communication et insertion. Paris: Elsevier Bibliographie
- Laxer, G. (2021). Handicaps, les chemins de l'autonomie, Manuel de pédagogie développementale. Toulouse: Erès.
- Nader-Grosbois, N. (2020). Psychologie du handicap. De Boeck Supérieur.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). Rapport mondial sur le handicap. Genève
- Thibaut, C. , Pitrou, M.(2018). Troubles du langage et de la communication, L'orthophonie à tous les âges de la vie. Dunod.
- Martinet-Mandallaz, M. (2022). Création d'un outil de prévention des troubles de développement du langage et de la communication chez l'enfant porteur de trisomie 21, Construction d'un site internet à destination des parents, Mémoire de fin d'études, Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation Orthophonie, Université de Limoges
- Ternisien, J. (2014). La prise en charge précoce en orthophonie de l'enfant atteint de trisomie 21. *Contraste*, 39, 289-305. <https://doi-org.accesdistant.bu.univ-paris8.fr/10.3917/cont.039.0289>
- Yvon, L., James, L., Robert, L., Nicola, L., Claude G & Fléchère F. (2010). Handicaps et Retards. « De Développement Prévention et intervention précoce », Canada : Béliveau.