

Approche clinique de la communication verbale et non verbale chez l'enfant atteint de dysphasie -Etude d'un cas -

Clinical approach to verbal and non-verbal communication of a child with dysphasia: a case study

BOURIDAH Nafissa

Université Alger 2 (Algérie)

assiabouridah@yahoo.fr

Résumé :	Informations sur l'article
<p><i>Cette étude s'inscrit dans une approche pragmatique et fonctionnelle de la communication chez l'enfant atteint de dysphasie, elle s'assigne comme objectif l'établissement du profil communicationnel du patient par le biais du Test Lillois de la Communication TLC adapté et étalonné à l'enfant dans sa réalité socioculturelle algérienne dans le cadre d'un projet PRFU 2018. Le TLC offre une grille d'analyse qui permet l'évaluation des trois axes de la communication à savoir l'attention et l'engagement dans la communication, la communication verbale et la communication non verbale. Les résultats de la passation du test dans sa version adaptée indiquent que la communication non verbale et l'engagement dans l'interaction semblent plus préservés que la communication verbale chez l'enfant atteint de dysphasie. Le profil ainsi établi pour chaque patient servira de ligne de base pour une prise en charge orthophonique individualisée.</i></p>	<p>Reçu:15/05/2023</p> <p>Acceptation:27/11/2023</p>
	<p><u>Mots clés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dysphasie ✓ Communication: ✓ Evaluation
Abstract :	Article info
<p><i>In this study, a pragmatic and functional approach is used in analyzing communication in children with dysphasia. It aims to establish the communication profile of the patient through the Lille Test of Communication (TLC), adapted and calibrated to the child within his Algerian sociocultural reality as part of a PRFU 2018 project. The TLC offers an analysis grid that allows the evaluation of three communication axes: attention and engagement in communication, verbal communication, and non-verbal communication. The results of the test in its adapted version indicate that non-verbal communication and engagement in interaction seem more preserved than verbal communication in children with dysphasia. The profile established for each patient will serve as a baseline for individualized speech therapy intervention.</i></p>	<p>Received :15/05/2023</p> <p>Accepted.:27/11/2023</p>
	<p><u>Keywords:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dysphasia ✓ Communication: ✓ Evaluation

❖ **Introduction :** Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM5, la dysphasie est connue sous le nom de troubles neuro-développementaux et spécifiques du langage qui sont aussi classés dans la catégorie des troubles de la communication (cité dans : Mazeau, 2021). Le terme dysphasie est utilisé le long de ce travail, il désigne selon Mazeau (2021) un trouble primaire sévère et durable du développement du langage qui persiste au cours de la vie du sujet et se traduit par un vocabulaire réduit, troubles lexicaux troubles phonétiques et ou phonologiques une structure de phrase limitée (troubles syntaxiques), ou à un déficit du discours (utilisation du langage pour le récit, la conversation, les échanges et autres. D'après Leclercq & Leroy (2012), Mazeau (2000), Wahl & Wahl (2020) ces difficultés ne peuvent pas être attribuées à un trouble sensoriel, moteur, ou à une autre condition médicale/neurologique, et ne sont pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard global du développement. Elles se traduisent par des limitations fonctionnelles dans la communication, la participation sociale, et la réussite académique. La prise en charge orthophonique du sujet atteint de dysphasie reste, selon Tousin (2012) au cœur des interventions qui se veulent multi disciplinaires, elle suit une démarche diagnostique et thérapeutique, où l'évaluation prend une part capitale car elle est le moyen de connaître la nature du trouble et le degré de déficience. L'évaluation orthophonique s'appuie d'une manière générale sur les tests standardisés du langage et des fonctions cognitives.

Le caractère sévère, durable ainsi que les répercussions psychologiques académiques et sociales de ce trouble, viennent constituer un handicap pour l'enfant et démontre l'insuffisance d'une évaluation formelle par les tests classiques du langage. En effet, celle-ci ne doit plus se limiter aux formes linguistiques déviantes, elle doit prendre en considération la répercussion des difficultés linguistiques sur les échanges et ce, à travers l'évaluation de la communication fonctionnelle (verbale, non verbale et dans la vie quotidienne) dans le but d'établir un profil communicationnel du patient qui servira de base pour l'élaboration d'une thérapie et d'une intervention adéquate.

Il est connu dans la littérature selon Mazeau (2014), Personnic (2002) que malgré leurs difficultés d'évocation orale, les sujets atteints de dysphasies gardent le désir et la motivation pour communiquer, Maillart (2022), Touzin (2012) affirment que c'est l'un des points forts distinguant la dysphasie des autres pathologies du développement du langage comme l'autisme). Dans le même contexte, Bouridah (2018) montre que ce désir de communiquer malgré les troubles du langage n'est pas spécifique à la dysphasie nous le trouvons aussi dans d'autres troubles et d'autres pathologies acquises du langage telles que l'aphasie. Les études menées sur les compétences communicationnelles des enfants, trouvent un contraste entre les aptitudes non verbales et la pauvreté du langage oral d'après Sanchez (2001) la modalité non verbale permet aux sujets atteints de dysphasies de mieux s'exprimer et communiquer en dépit de leurs difficultés orales.

De ce fait nous trouvons primordial d'évaluer et d'analyser la communication afin de repérer les déficits, les émergences et aussi les compétences de la personne évaluée, un profil communicationnel ainsi établie, servira d'appuis pour le thérapeute afin d'échafauder un projet d'intervention individualisé et adapté. Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, Lefeuvre (2001) assurent que chez l'enfant comme chez l'adulte l'émergence de l'évaluation des capacités communicationnelles ou communication fonctionnelle est en retard sur le développement des tests classiques du langage dont les limites sont connues, le peu d'outil qui existe se cantonne principalement à la communication fonctionnelle des personnes aphasiques, et patients Alzheimer ajoutent Rousseau (2009) ; Muller, Gillet (2014) l'évaluation concernant les enfants est relativement récente et loin d'être généralisée. Si les chercheurs ainsi que les praticiens tels que Parisse, Maillart (2010) ; Crunelle (2012) ; Bouridah (2021) notent le manque cruel des évaluations concernant la communication de l'enfant, notre expérience institutionnelle (plus d'une vingtaine d'année dans la pratique orthophonique) à côté de notre expérience dans la recherche nous apprennent que ce genre d'outil d'évaluation est, à notre connaissance, quasi absent dans notre milieu clinique algérien tant pour l'enfant que pour l'adulte. L'orthophoniste algérien dépourvue d'un moyen d'investigation de la communication objectif et adapté, se contente souvent des tests classiques du langage et de ses observations cliniques au près des patients et de leurs familles. Cette réalité nous a longtemps procuré une situation d'inconfort dans notre pratique par rapport à la prise en charge des patients ainsi que dans nos recherches et encadrements des recherches des étudiants qui déplorent souvent la pauvreté ou l'absence des outils adéquats.

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de formation universitaire : PRFU qui s'assigne comme objectif la proposition d'un outil (protocole) pour l'évaluation et l'analyse de la communication verbale et non verbale (fonctionnelle) de l'enfant atteint de dysphasie dans le milieu clinique algérien dans le but d'établir un profil de sa communication et élaborer un projet de réhabilitation multi fonctionnelle.

Dans l'économie de cet article, nous procédons à l'étude de la communication verbale et non verbale chez l'enfant atteint de dysphasie à travers l'utilisation du test lillois de la communication version adaptée à l'enfant algérien âgé entre 6 et 12 ans.

❖ **Matériels et procédure :** nous présentons dans cette partie l'outil de l'étude ainsi que la procédure suivie dans la collecte des données.

▪ **Matériel de l'étude :** l'outil utilisé dans cette étude est le test lillois de la communication (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre, 2001) destiné au préalable à l'évaluation de la communication verbale et non verbale du sujet aphasique, ce dernier est à l'origine destiné selon Laval (2005) aux adultes mais il a préalablement fait l'objet d'une adaptation et d'un étalonnage chez l'enfant âgé de 9 à 11 ans. Bouridah

(2018) rapporte que dans le cadre d'un projet de recherche PRFU, le TLC a fait objet d'une adaptation à l'enfant algérien âgé entre 6 et 12 ans pour l'évaluation et l'analyse de la communication chez l'enfant atteint de dysphasie. Dans ce contexte et dans le cadre de la pathologie, nous notons que ce test a fait l'objet d'une adaptation et d'un étalonnage pour une population d'adolescents traumatisés crâniens, toujours dans le cadre de la pathologie neurologique acquise et développementale et selon les auteurs du test ce matériel pourrait s'étendre à de nombreuses pathologies à l'origine d'un trouble de la communication (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre, 2001).

Etant donnée les troubles de la communication connus dans la pathologie neuro développementale d'une manière générale et dans la dysphasie d'une manière particulière et vu le caractère sévère et durable de cette pathologie, nous proposons cet outil comme un moyen complétant les examens classiques et standards des regroupements syndromiques dysphasiques, il sera utilisé avant toute action thérapeutique du patient, permettant ainsi d'orienter la prise en charge en vue de sa réadaptation et son intégration scolaire et sociale.

Le TLC proposé par Rousseau, Delacourt, wyrzykowski, lefeuvre (2001) explore 3 niveaux de la communication à savoir : la motivation et l'attention portées à l'acte de la communication et aux échanges conversationnels, les conduites verbales et les moyens non verbaux mis en place dans une communication, selon les auteurs du test, ce dernier peut être présenté à un patient quelle que soit sa situation de vie et quels que soit les déficits élémentaires à l'origine du trouble. L'évaluation de la communication non verbale qui constitue l'un des axes du test présente un intérêt particulier chez les patients indemnes du langage d'où notre motivation à l'adapter l'étalonner et l'utiliser au près des sujets atteints de dysphasies.

L'élaboration des 3 grilles d'analyse constituant le test est fondé selon un cadre théorique rassemblant les travaux récents sur la communication verbale et non verbale, le volet verbal n'est pas restreint à l'évaluation des formes du langage il s'étale en effet à l'utilisation du langage dans les interactions et dans les conversations dans des situations naturelles. Les niveaux du discours sont pris en considération par le biais des subttests relatifs au niveau idéique, il a été constaté en outre que l'item « introduction de nouveau thèmes » est rarement réussit chez les patients comme chez les sujets normaux, la grille de communication non verbale s'intéresse aux gestes à valeur communicative tels que les gestes et les mimes ayant une valeur référentielle susceptible d'apporter des informations en situation de communication.

Cette épreuve présente l'intérêt de correspondre à une situation de communication naturelle, l'entretien proposé dans l'épreuve de l'interview dirigée présente un caractère non directif donc moins contraignant que celui des tests classiques du langage vu qu'il s'appuie sur l'établissement d'une situation

de dialogue naturel, l'épreuve de la discussion quand à elle, permet de mettre en relief de nombreux indices nécessaires à l'évaluation des capacités de communication verbales comme les réponses à une question ouverte, le maintien du thème de l'échange, et des capacités de communications non verbale comme la pragmatique interactionnelle, les gestes et les feed- back. Les auteurs du test soulignent par ailleurs que les thèmes proposés dans la discussion peuvent influencer quelques éléments du discours comme sa longueur et sa qualité, cela dit cette épreuve reste inaccessible pour les patients dont le langage est abolit ou sévèrement atteint. L'épreuve de la communication non verbale évalue l'utilisation et la compréhension des gestes en respectant le caractère naturel de la situation de communication car elle s'inspire du principe de la PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness) que nous présenterons en détail dans la suite de cet exposé.

❖ **Conditions et axes d'évaluation :** L'évaluation et l'analyse de la communication sont basées sur le comportement du patient dans trois situations successives il s'agit d'une interview dirigée, d'une situation de discussion pragmatique inspirée de la PACE.

- **Interview dirigée :** Cet axe permet à l'examineur d'entrer en interaction avec le sujet examiné et d'établir une situation de communication, il comporte des questions supposées susciter l'intérêt du patient et faciliter son engagement dans la conversation. Il porte essentiellement sur les informations habituellement échangées entre interlocuteurs, il est important d'après les auteurs du test que l'interview prenne un caractère d'échange entre l'examineur et le patient ceci peut éviter le caractère interrogatoire connu dans les situations des tests classiques (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre, 2001) en revanche, l'examineur doit bien observer, mémoriser et noter toutes les indices et les comportements nécessaires à la notation. Une fois l'interaction est établie entre les deux interlocuteurs, il sera possible d'introduire la discussion objet de la seconde épreuve.
- **Discussion :** L'interview dirigé est important dans la communication cependant il n'offre pas un large spectre de réponses, ceci a désormais emmené les auteurs du TLC à proposer une discussion dont le thème repose sur l'appétence et l'intérêt du sujet examiné, la discussion peut être animée par exemple autour des aspects négatifs et positifs de certains moyens au service du quotidien comme la télévision, le téléphone, l'ordinateur, les moyens de transports les loisirs et autres.
- **Epreuve PACE :** Cette épreuve s'inspire d'une situation proposée dans la thérapie PACE (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness), elle est mise au point par Davis et Wilcox (1978 ; 1981), elle se distingue des autres thérapies par le fait qu'elle intègre les paramètres d'une conversation naturelle à travers un échange d'informations nouvelles à

propos des images sélectionnées. L'examineur et le sujet examiné ont le même jeu d'images placé de part et d'autres d'un pupitre en bois pour cacher les images choisies par l'un ou par l'autre. L'échange se fait grâce à une alternance de tours de parole, ou les deux participants jouent alternativement le rôle de locuteur et d'auditeur au cours des séquences.

Le participant prenant le rôle du locuteur choisit une image et essaye de la faire deviner à l'autre en donnant le maximum d'informations sur la carte sélectionnée, les participants peuvent utiliser n'importe quel moyen verbal ou non verbal (langage oral langage écrit, gestes, mimiques) et n'importe quel canal de communication pour transmettre l'information sur le contenu des images, l'auditeur doit de son côté inter agir avec le locuteur afin d'obtenir le maximum d'informations lui permettant de repérer l'image sélectionnée par le locuteur. Les images se présentent sous forme de carte chaque carte représente un objet, une ou des personnes, une action ou un paysage.

▪ **Procédure de l'adaptation et de l'étalonnage du TLC :** Dans l'objectif d'adaptation du TLC à l'enfant dans sa réalité socioculturelle algérienne nous avons procédé à une étude préliminaire qui a consisté à faire passer le test dans sa version initiale et observer le comportement d'une population témoin vis-à-vis de celui ci. Comme il s'agit d'une grille d'analyse du discours et de la conversation conçue pour l'évaluation des échanges et des interactions entre les interlocuteurs, le test ne présente pas d'items classiques aux quels le patient doit répondre, en effet l'évaluation et l'analyse s'appuient sur une interview dirigée et sur une discussion (présentées dessus), établies entre l'examineur et le patient pour pouvoir dégager différents éléments de la communication telle qu'elle est envisagée dans cette étude à savoir la communication verbale et non verbale. Pour ce faire nous avons proposé une interview dirigée adéquate à l'enfant âgé entre 6 et 12ans, nous avons également proposé des axes ou des sujets de discussion pour ensuite retenir les plus abordés par les enfants.

La discussion a l'ambition de laisser une certaine liberté dans les réponses de l'enfant grâce aux questions ouvertes et grâce aux différents feed-back qui doivent être à chaque fois envoyés par l'examineur pour solliciter les propos et les réactions verbales et non verbales nécessaires à l'évaluation. Les sujets suivants ont été proposés dans notre étude préliminaire, en effet, se sont également les sujets les plus abordés par les participants. L'exemple dessous montre l'articulation et l'enchaînement entre l'interview dirigée et la discussion dans l'arabe dialectal algérien, nous soulignons dans ce contexte que l'interview et la discussion peuvent

êtres menées dans la langue de l'examineur et du sujet examiné ceci laisse une certaine liberté pour l'examineur dans la gestion de l'échange :

sbaħalxēr məssəlxēr:	Bonjour, bonsoir
wəš ɾāk ?	Comment vas-tu.
raħnaħku šwijja ma3līš ?	Nous allons discuter un peu ensemble d'accord ?
wəsmək Y. jək ?	Tu t'appelle Y. c'est ca?
šhāl fi3omɾak ?	Quel âge as tu
Wīn təkun ?	Tu habites ou
3ādək xəwtək ?	As tu des frères, sœurs cousins ...
šhāl 3ādək ?	Combien tu en as
wəsmhōm ?	Ils s'appellent comment

Voici quelques exemples proposés dans notre version adaptée du TLC, pour introduire des thèmes de discussion.

wəšə θabb ta3mel fiwaqt faraðak? ħkili šwijā. Comment tu passes ton temps libre ? raconte moi

μana nħabbə lhajawənēt wəntā ? Moi j'aime bien les animaux et toi ?

3ādək ħajawən? Tu as un animal? Si oui

wesmu? Wəš jakol? ħkili 3lēh . C'est quoi comme animal, il mange quoi ? raconte moi.

Si non (l'enfant n'aime pas les animaux)

3lēš məθħabš lhayawanēt ? pour quoi tu n'aime pas les animaux

θabb jkūn 3andək hayawane ? wəš θab jkūn 3andək? 3lēš? Tu aimeras bien avoir un animal ?

Lequel, pour quoi ?

3andək tilifūn, mikro? Wəsmu? Wəš ta3məl bīh? As tu un téléphone / micro ? Quoi comme téléphone / micro ? Tu fais quoi avec ?

Les exemples sus cités montrent, que les questions entamées dans l'interview dirigée viennent appuyer et générer la discussion par exemple la question sur les activités préférées ou les activités pratiquées par l'enfant ou ses loisirs, est d'abord entamée en tant que question ouverte, si elle s'avère complexe pour l'enfant elle est aussitôt reformulée sous forme de question fermée.

D'autres sujets sont aussi proposés à l'enfant comme les jeux électroniques, la télévision, le sport, les amis, les vacances, les jeux collectifs entre amis, l'école et autres. Le troisième axe du test lillois de la communication qui fait l'objet d'adaptation dans notre étude est la situation PACE, celle-ci a fait l'objet d'une préadaptation pour décider des images à modifier selon la réalité socio culturelle algérienne d'une part, et selon les images les plus fréquentes et les plus usuelles dans la vie quotidienne de l'enfant. La méthode utilisée dans cette étape consistait à faire passer les images du test d'origine à 80 enfants, dans le but de dégager les images non reconnues et les échanger par d'autres, les résultats de la première passation de toutes les images du TLC dans sa version originale, ont permis de déceler une série d'images non reconnues par 90/100 d'enfant appartenant à notre population de l'étude préliminaire (80 enfants âgés entre 6 et 12ans).

La deuxième étape a porté sur la proposition de nouvelles images respectant certains paramètres par rapport aux types des contenus présents dans la version originale : objets, actions, paysages, états physiques et émotionnels, les paramètres socio culturels ont été également pris en considération, les images proposées ont un contenu connu, les objets sont usuels et d'usage fréquent, les

personnages représentant une profession ont été également remplacés, citons comme exemple l'image du curie, le drapeau, la station de ski et autres.

Dans la troisième étape il a été question de préparer une version pré finale des images afin de la présenter aux juges pour décider de sa validité, la série a été présentée à un groupe de 15 juges constitué d'enseignants universitaires en orthophonie, en psychologie clinique, en psychologie de l'éducation et en sociologie, de praticiens psychologues et orthophonistes et un chercheur au centre de recherche pour le développement de la langue arabe.

La validation des images par les juges nous a permis d'établir une version pré adaptée de notre outil. Le test ainsi conçue a été présenté à une population de 250 enfants scolarisés, vus dans les régions centre, est et ouest d'Algérie. Les résultats de la passation ont fait l'objet d'une étude et d'une minutieuse analyse statistique dans l'objectif de faire ressortir les paramètres psychométriques du test à savoir la validité et la constance, et de faire établir les normes et les critères correspondant à l'enfant algérien âgé entre 6 et 12 ans. Les résultats de l'analyse statistique (SPSS), ont mis en évidence la constance, la consistance la fidélité et la validité de la version algérienne du test lillois de la communication adressée pour l'enfant, le test ANOVA a révélé une influence de l'âge et du niveau scolaire et l'absence d'une influence significative du sexe sur la communication, l'outil a été présenté à un groupe d'enfants atteints de dysphasies âgés entre 6 et 12 ans dans l'objectif d'établir leur profil communicationnel. Dans le cadre de ce travail nous procédons à l'illustration de ces données par une étude de cas.

❖ **Illustration par une étude de cas :** Nous présentons dessous les données cliniques et les résultats manifestés par un enfant atteint de dysphasie Y., suite à l'évaluation de sa communication par la version algérienne du TLC.

▪ **L'anamnèse et les données cliniques :** Il s'agit de l'enfant Y. âgé de 7 ans originaire et demeurant à Alger vu dans une consultation d'orthophonie, service de pédiatrie. L'enfant est quatrième d'une fratrie de 04 enfants, l'environnement socio économique est favorable, le papa est fonctionnaire à son titre et la maman est femme au foyer avec un niveau universitaire. Le motif des premières consultations orthophoniques était essentiellement axé sur un retard de langage selon la plainte des parents. Y. poursuit une prise en charge orthophonique depuis l'âge de 3 ans, l'évolution de ses troubles du langage est désormais lente à constante ceux-ci présentent un caractère de durabilité et stabilité dans le temps, en dépit des séances de l'éducation thérapeutique orthophonique, ceci a été un élément important dans l'orientation du diagnostic d'une dysphasie qui a également pris appui sur le diagnostic différentiel effectué par une équipe pluridisciplinaire comprenant des orthophonistes, des psychologues cliniciens, des neurologues, et des pédopsychiatres. La panoplie des bilans à côté de l'observation clinique du patient ont objectivé un développement psychomoteur sans anomalie. Dans l'entretien clinique la maman décrit Y. comme un enfant actif, ayant de très bons contacts avec son entourage. Elle rapporte que son enfant

a eu un développement psychomoteur normal, et un développement du langage quasi normal jusqu'à l'âge de trois ans ou des déviations langagières ont commencé à faire surface ce qui a été le motif de plusieurs consultations pluri spécialisées.

▪ **Bilans psychologiques** : Au début de l'exploration du retard du langage de Y., l'hypothèse de la présence d'un autisme était posée, dans l'objectif de vérifier ce diagnostic l'enfant a été soumis à un ensemble de tests et d'échelles entre autres l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile : CARS qui a révélé un score de 16,5 situant ainsi l'enfant dans la zone non autistique, l'échelle de maturation mentale du COLOMBIA a objectivé un âge mental adéquat à l'âge réel et un quotient intellectuel de 109, les résultats à l'échelle non verbale d'intelligence de ECHLER WNV, a permis de situer l'enfant dans la classe de l'intelligence moyenne avec un score de 103 (90-109), ce qui a permis d'écarter l'hypothèse d'un retard mental. Le bilan ORL, neurologique et pédopsychiatrique sont revenus sans anomalies

▪ **Bilan orthophonique** : Sur le plan expressif, plusieurs marqueurs de déviations du langage sont désormais présents chez Y., nous notons une inintelligibilité de la parole et la réduction de l'expression orale qui s'avèrent les traits saillants du langage expressif, les troubles phonético phonologiques rendent l'expression non compréhensible et nécessite un grand effort de la part de l'auditeur. Sur le plan lexical les troubles de l'évocation sont manifestes, sur le plan grammatical et syntaxique, nous notons une simplification des expressions, une absence des formes complexes des phrases ainsi qu'un style télégraphique témoignant un agrammatisme. Des moyens de compensations sont mis en œuvre par l'enfant afin de pallier les déficits expressifs, Sur le plan réceptif, la compréhension orale est quasi normale ce qui n'altère pas le décours de l'entretien et des rencontres orthophoniques.

❖ **Présentation des résultats à la version adaptée du TLC** : L'évaluation et l'analyse quantitative sont effectuées grâce aux scores chiffrés obtenus par le patient. L'analyse qualitative est entreprise via l'observation clinique et les enregistrements audio visuels de l'entretien. Elle s'appuie sur une analyse fine des comportements communicationnels selon les items proposés par les grilles, ce qui permet de mettre en évidence les compétences et les difficultés communicationnelles du patient. Comme nous l'avons signalé dans la présentation du matériel de l'étude, les différentes données sont collectées à partir d'une interview dirigée et à partir d'une interview libre ou discussion choisie selon les thèmes et les sujets qui intéressent l'enfant. Notre patient semble attiré par les jeux électroniques il nous cite le free fire, qu'il joue avec ses frères. Il est également intéressé par le sport notamment le judo qu'il pratique depuis quelques années. D'autres thèmes et sujets (exemples pré-cités) sont également abordés au cours de la discussion afin de répondre aux axes des grilles d'évaluation et d'analyse de la communication.

Tableau N°1. Résultats de Y. dans la grille de l'attention et motivation à la communication

Items	Réponses	Cotation
Conduites de salutations	Salut en réponse à l'interlocuteur	1
Attention	attentif aux propos de l'interlocuteur	2
Investissement dans l'interaction	s'engage parfaitement dans l'interaction	2
Total de la grille		5/6

Tableau N°2. Résultats de Y. dans la grille de la communication verbale

Items	Réponses	Cotation
Compréhension verbale	Absence de troubles de la compréhension perturbant l'échange	02
Débit	Présence de pauses à cause du manque du mot	1
Intelligibilité de la parole	La parole est inintelligible	0
Informativité et pertinence du discours		
Niveau lexical		
Manque du mot	Manque du mot et stratégies de compensation	1
Paraphasie	Quelques paraphasies	1
Niveau syntaxique	Agrammatisme simplification des énoncés mais le sens est conservé	1
Niveau idéique et pragmatique		
Réponses aux questions ouvertes	Les réponses sont explicites	01
Maintien du thème de l'échange	Le thème est plus au moins maintenu	01
Apport d'informations nouvelles	Oui	02
Introduction de nouveaux thèmes	Oui	02
Organisation logique des éléments du discours	oui	2
Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	oui	1
Feed-back verbaux		
Emission de feed-back	Non	0
Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	Le sujet réajuste son discours à notre demande	1
Langage écrit	Pas utilisé	
Total de la grille communication verbale		16 / 30

Tableau N3. Résultats de Y. dans la grille de la communication non verbale

compréhension des signes non verbaux	
déictique gestes et regards	oui
Gestes symboliques	oui
Mimes de la forme de l'objet	oui
Mimes de l'utilisation des objets et d'actions	oui
Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	oui
Expression par des signes non verbaux-	
Le sujet exprime ses affects par des signes non verbaux	non
Le sujet respecte les règles de la conversation par :	
Prosodie adaptée	oui
Regard régulateur	oui
gestes	non
Le sujet respecte les tours de paroles	oui
Niveau lexical	
Recours spontané à la communication non verbale	non
Production des gestes déictiques	oui
production de gestes symboliques	oui
Production de gestes d'utilisation d'objet et d'actions	oui
Production des mimes de la forme des objets	oui
Production des mimes évoquant un état physique ou émotionnel	rarement
Production des séquences des signes non verbaux	oui
Feed-back non verbaux	
Emission des feed-back non verbaux témoignant des difficultés de compréhension	non
Réajustement du discours quand l'examineur émet des feed-back non verbaux négatifs	Par fois
Dessin	non
Total de la communication non verbale	20/ 30

❖ **Analyse des résultats** : Nous procédons dans l'exposé ci-dessous à l'analyse des résultats de y. dans les trois grilles de la communication verbale et non verbale

▪ **Attention et motivation** : L'enfant nous regarde avec un grand sourire il ne salue pas spontanément mais répond à notre salut d'une manière verbale et avec le même sourire. Au début il se montre un peu retissant il regarde son

orthophoniste puis nous nous sommes présenté à lui et nous lui avons expliqué l'objectif de notre entretien avec un langage simple, l'enfant n'a pas tardé à trouver son aise il a montré une grande attention à nos propos son regard et sa posture ainsi que ses réponses témoignent de sa capacité à maintenir l'échange. Comme le montre le tableau de cette grille, le patient a obtenu un bon score(5points sur6)

- **Communication verbale** :Les items sur les quels s'appuie la grille de la communication verbale nous permettent de relever différentes manifestations et comportements langagiers : au niveau de la Compréhension verbale nous notons l'absence de troubles de la compréhension perturbant l'échange, le débit verbal est lent chez Y., il est compromis par un manque du mot des maniérismes vocaux témoignant la recherche du mot cible, la parole est inintelligible, ce qui nécessite une grande attention de notre part pour décoder ses propos, ce dernier déploie des efforts articulatoires pour faire véhiculer au mieux son message.

Au niveau lexical y. présente un manque du mot qui ponctue son discours de temps de latence. Cependant, les troubles d'évocation entravent peu l'informativité du discours car le patient peut les compenser spontanément, par des périphrases.Les constructions syntaxiques simplifiées, les omissions de certains morphèmes grammaticaux révèlent la présence d'un agrammatisme chez le cas. Au niveau idéique et pragmatique :Le thème de l'échange est maintenu mais après intervention de l'orthophoniste de nouvelles informations sont introduites d'une manière cohérente, le patient s'assure systématiquement que tous les référents évoqués nous soient accessibles à titre d'exemple il nous parle de son frère en citant son prénom et en nous précisant « xūja » (mon frère). Y. n'envoie pas systématiquement des feed-back verbaux, en revanche, il peut réajuster son discours sous forme de reformulations lorsque nous lui envoyons des feed-back négatifs, le discours de l'enfant reste cependant peut compréhensible à cause de l'abondance des troubles phonético phonologiques, il n'a montré aucun recours au langage écrit ceci peut être du à ses difficultés académiques.

- **La communication non verbale** :Le score de Y. dans l'axe de la communication non verbale est plus élevé que celui dans la communication verbale. Les signes non verbaux sont bien perçus et bien exprimés sur le plan lexical, cette capacité se traduit à travers les mimes des fonctions et des usages des objets, des actions et des séquences. Les règles de la conversation telles que le respect du tour de parole, la prosodie adaptée et le regard régulateur sont adéquates.

- ❖ **Discussion** :Le TLC adapté à la réalité socio culturelle algérienne pour l'enfant âgé entre 6 et 12 ans, a permis d'établir le profil communicationnel d'un enfant avec dysphasie. L'analyse de l'axe de la motivation et l'attention à la communication a permis de mettre en évidence une grande motivation une bonne attention et un grand engagement de l'enfant dans l'acte de l'échange et de

l'interaction, nous rejoignons ainsi les constats de(Personnic, 2002) ; (Mazeau, neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant, 2014) ; (Touzin, 2012) ; (Maillart, 2022)qui affirment que malgré leurs difficultés d'évocation orale, les enfants atteints de dysphasies gardent le désir et la motivation pour communiquer, c'est l'un des points distinguant la dysphasie des autres pathologies du développement du langage telles que l'autisme(Touzin, 2012) ;(Crunelle, 2012); (Vaillandet, 2016).

La grille de la communication verbale et l'analyse de ses différentes composantes ont permis d'établir les manifestations cliniques de ce niveau de la communication nécessitant l'usage du langage dans ses versions expressives et réceptives ainsi, des difficultés saillantes sont relevées au niveau du débit qui se veut non fluent, saccadé et ralenti par les troubles phonético phonologiques. Le niveau lexico syntaxique est entravé par le manque du mot, et l'agrammatisme, ces niveaux semblent plus perturbés que les niveaux idéiques et pragmatiques, qui sont marqués par une difficulté dans les feed backs verbaux quasi absents chez le cas de notre étude. Ces traits pathologiques du langage oral sont précités dans la littérature, (Mazeau, 2021), nos résultats montrent cependant, que les capacités pragmatiques de l'enfant atteint de dysphasie sont meilleures que ses capacités verbales.L'analyse de l'axe de la communication non verbale montrent que les signes non verbaux sont bien perçus et bien exprimés par l'enfant sur le plan lexicale, les règles de la conversation telles que le respect du tour de parole, la prosodie adaptée et le regard régulateur sont adéquates, ce qui prouve que les capacités non verbales sont meilleures et nettement supérieures aux capacités verbales, ces résultats s'accordent avec l'étude de (Sanchez, 2001)qui s'souligne une meilleure performance des sujets atteints de dysphasies dans les aptitudes non verbales comparées à leurs aptitudes verbales.

❖ **Conclusion :** La présente étude a été menée dans le cadre d'un projet de recherche de formation universitaire, elle représente une contribution à l'étude de la communication fonctionnelle chez l'enfant atteint de dysphasie âgé entre 6 et 12 ans. Dans cette optique nous avons procédé à l'adaptation du test lillois de la communication à l'enfant dans le milieu socio culturel algérien, l'étude psychométrique a permis d'établir les normes et les critères spécifiques à la population dans le milieu socio culturel ciblé. La version proposée nous a servit de moyen pour l'analyse des axes de la communication fonctionnelle chez un enfant atteint de dysphasie dans le but d'établir son profil communicationnel sur lequel l'orthophoniste va échafauder une action thérapeutique. Les résultats relevés retrouvent une bonne attention et une motivation pour la communication, une communication verbale altérée notamment sur le plan phonétique phonologique lexicale et morphosyntaxique, et moins altérée sur le plan pragmatique et idéatoire. Les résultats de l'analyse de la communication non verbale montrent un contraste entre les compétences non verbales et celles verbales, en effet, notre cas est nettement plus performant dans la modalité non

verbale. Ces caractéristiques constituent le profil communicationnel de l'enfant atteint de dysphasie de notre étude dans une perspective thérapeutique ce profil servira de base pour élaborer les différents axes d'une intervention orthophonique qui se veut plus large et plus proche des besoins quotidiens du patient à savoir, les échanges et les interactions avec son entourage direct et indirecte, et qui vise à minimiser les risques de la marginalisation et de l'exclusion sociale aux quelles l'enfant atteint de dysphasie est fortement exposé. Le TLC version algérienne se veut ainsi un outil d'évaluation de la communication valide, sensible objectif et consistant aussi bien pour la clinique que pour la recherche. En guise de perspectives, nous proposons sa validation pour une grande population de sujets atteints de dysphasies.

❖ Bibliographie :

1. Bouridah, N. (2018). *Le handicap communicationnel dans l'aphasie: le cas de l'aphasie sévère*. *Revue des sciences sociales*, 12 (2), 275-283.
2. Bouridah, N. (2021). *Aphasie et neurolinguistique clinique. (Version arabe)*. Alger: Elkhaldounia
3. Crunelle, D. (2012). *Evaluer et faciliter la communication des personnes en situation de handicap complexe*. Paris : De boek.
4. Laval, L. V. (2005). *L'évaluation des capacités pragmatiques chez l'enfant : présentation de nouveaux outils*. Dans B. Piérart, *Le langage de l'enfant comment l'évaluer ?* (pp. 161-177). Paris: De Boeck Supérieur.
5. Leclercq, A., & Leroy, S. (2012). *Introduction générale à la dysphasie: caractéristiques linguistiques et approches théoriques*. Paris: Masson.
6. Maillart, C. (. (2022). *Introduction. Le trouble développemental du langage langage: enjeux actuels*. *Enfance*, 1 (1), 5-23.
7. Mazeau, M. (2000). *Dysphasie, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant*. Paris: Masson.
8. Mazeau, M. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant*. Paris: Masson.
9. Mazeau, M. (2021). *Les troubles du langage chez l'enfant*. Auxerre: Sciences Humaines.
10. Muller, C., & Gillet, M. (2014). *Maladie d'Alzheimer: stratégie de communication et d'intervention: une approche sans mot*. *Kinesither*, 15 (159), 65-69..
11. Parisse, C., & Maillart, C. (2010). *Nouvelles propositions pour la recherche et l'évaluation du langage chez les enfants dysphasiques*. Dans C. Gruaz, & C. Jacquet-Pfau, *Autour du mot : pratiques et compétences* (pp. 201 - 222). Limoges: Lambert-Lucas.
12. Personnic, M. (2002). *Approche multimodale de la communication chez le dysphasique*. Marseille. solal.
13. Rousseau, T. (2009). *La communication dans la maladie d'Alzheimer*. *Bulletin de psychologie*, 5 (503).
14. Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefevre, M. (2001). *TLC: Test Lillois de communication*. Paris: Ortho-Edition.
15. Sanchez, A. (2001). *l'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Paris: Ortho édition.
16. Touzin, M. (2012). *EDA : Évaluation des fonctions cognitives et apprentissages*. Paris: Ortho édition.
17. Vailland, C. (2016). *Aphasies et personnes aphasiques*. Dans J.-M. Kremer, E. Lederlé, & C. Maeder, *Guide de l'orthophoniste : Intervention dans les troubles neurologiques, liés au handicap, soins palliatifs* (Vol. 5, pp. 39-59). Paris: LavoisierMédecine Sciences.
18. Wahl, G., & Wahl, M. (2020). *Les enfants DYS*. Paris: Presses Universitaires de France.