



UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE



DEPARTEMENT D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2013/2014

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Par

Agathe GARNIER et Emmanuelle SENAILLET

Troubles dyslexiques et TDA/H : quelle prise en charge orthophonique ?

Etat des lieux et approche d'analyse des pratiques professionnelles.

Soutenu le 23 juin 2014

Membres du jury :

Président du jury	Monsieur le Professeur B. LEHEUP, Professeur de Génétique Médicale
Directrice du mémoire	Madame S. GUIRLINGER, Orthophoniste
Assesseur	Madame le Docteur V. SIBIRIL, Pédiopsychiatre

Nos sincères remerciements

Au Professeur Bruno Leheup,

Pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury ;

A Madame Sophie Guirlinger,

Pour avoir accepté de diriger notre mémoire,
Pour ses conseils précieux et avisés,
Pour le temps et l'énergie qu'elle a consacrés à notre travail ;

A Madame le Docteur Véronique Sibiril,

Pour avoir accepté de faire partie de notre jury,
Pour son écoute et l'intérêt qu'elle a porté à notre sujet,
Pour nous avoir fait découvrir le Ligretto ;

Aux syndicats des orthophonistes des régions de l'est de la France

Pour avoir fait parvenir notre questionnaire ;

Aux 36 orthophonistes

Qui ont répondu à notre questionnaire,
Sans qui ce mémoire n'aurait pu exister ;

A nos maîtres de stage long, Frédérique Bernard et Sarah Réveillé

Pour nous avoir accueillies et accompagnées tout au long de l'année,
Pour avoir testé notre questionnaire ;

A Mademoiselle Claire Guiborat,

Pour sa disponibilité et son efficacité,
Pour sa bonne humeur quotidienne.

Sommaire

INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
Chapitre 1: Lecture et dyslexie.....	9
1. L'apprentissage de la lecture.....	9
1.1. Les pré-requis à l'apprentissage de la lecture	9
1.2. Un modèle d'apprentissage de la lecture, U. Frith.....	10
1.3. Les deux procédures expertes d'identification de mots	11
2. Les dyslexies développementales.....	12
2.1. Définitions.....	12
2.2. Diagnostic.....	13
2.3. Classification.....	14
2.3.1. La dyslexie phonologique ou dyslexie profonde	14
2.3.2. La dyslexie de surface.....	14
2.3.3. La dyslexie mixte	15
3. La rééducation	15
3.1. La rééducation de la dyslexie selon M. Touzin (orthophoniste).....	15
3.1.1. La rééducation de la procédure d'assemblage	15
3.1.1.1. La rééducation de la conscience phonologique	15
3.1.1.2. L'apprentissage des conversions graphie-phonie	16
3.1.1.3. L'apprentissage de la fusion.....	16
3.1.1.4. L'accès au sens	17
3.1.2. La rééducation de la procédure d'adressage	17
3.1.2.1. L'apprentissage d'un stock orthographique	17
3.1.2.2. L'utilisation de la morphologie	17
3.1.2.3. Rapidité d'évocation du mot écrit et fluence de lecture de texte.....	18

3.1.2.4. L'accès au sens	18
3.2. La rééducation de la dyslexie selon C. Sant (orthophoniste), (R. Cheminal, V. Brun, 2002).....	19
3.2.1. La syntaxe et la sémantique	19
3.2.2. La mémoire immédiate et la mémoire de travail	20
3.2.2.1. La mémoire immédiate	20
3.2.2.2. La mémoire de travail	20
Chapitre 2 : le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) ...	21
1. Historique du TDA/H (Bréjard, 2007; Wahl, 2012; Anciaux et al., 2013).....	21
2. Description du TDA/H	22
2.1. Définition et critères diagnostiques.....	22
2.2. Diagnostic différentiel.....	23
2.3. Epidémiologie	23
2.4. Sémiologie.....	24
2.4.1. Hyperactivité-Impulsivité	24
2.4.2. Inattention	24
3. Comorbidités	25
3.1. Troubles des apprentissages	25
3.2. Troubles du comportement.....	26
3.2.1. Le trouble oppositionnel	26
3.2.2. Le trouble des conduites	27
3.3. Troubles émotionnels	27
3.3.1. Les troubles dépressifs	27
3.3.2. Les troubles anxieux	28
3.4. Autres comorbidités	28
4. Prise en charge	28
4.1. Prise en charge psychothérapique	29

4.2. Prise en charge neuropsychologique : la remédiation cognitive	29
4.3. Prise en charge psycho-éducative	33
4.3.1. Du jeune atteint de TDA/H:	33
4.3.2. Des parents:.....	33
4.4. Prise en charge pharmacothérapique	34
4.5. Prise en charge orthophonique	34
Chapitre 3 : Le lien entre la dyslexie et le TDA/H.....	36
Chapitre 4 : Analyse des pratiques professionnelles en orthophonie.....	38
1. L'analyse des pratiques professionnelles	38
1.1. Qu'est-ce que c'est ?	38
1.2. Les objectifs	39
2. L'analyse des pratiques en orthophonie	40
2.1. Dans les études en orthophonie	40
2.2. Dans le métier d'orthophoniste	40
Chapitre 5 : Objectifs et hypothèses théoriques	42
1. Objectifs	42
2. Hypothèses théoriques.....	42
PARTIE METHODOLOGIQUE	43
1. L'enquête.....	44
1.1. L'entretien	44
1.2. Le questionnaire	45
2. Elaboration d'un questionnaire	46
2.1. Renseignements, données signalétiques.....	46
2.2. Les différents types de question	46
2.2.1. Questions ouvertes – questions fermées – questions “cafétéria”	46
2.2.2. Questions de fait – questions d'opinion.....	47
2.3. Quelques précautions	47

2.3.1.	Inclure des questions de jugement et des justifications	47
2.3.2.	Lutter contre l'effet d'imposition d'une problématique	48
2.3.3.	Standardisation et anonymat	48
3.	Rappel des objectifs et des hypothèses théoriques	49
3.1.	Résumé des objectifs (O)	49
3.2.	Rappel des hypothèses théoriques (H)	49
4.	Elaboration de notre questionnaire	49
4.1.	Introduction du questionnaire	50
4.2.	Questions préalables (Questions P)	50
4.3.	Questions concernant les connaissances sur le TDA/H (Questions C)	50
4.4.	Questions concernant la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques uniquement (Questions D)	51
4.5.	Questions concernant la rééducation orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H (Questions T)	51
4.6.	Questions concernant l'analyse des pratiques professionnelles (Questions A) ..	52
4.7.	Page finale	52
5.	Phase expérimentale	53
5.1.	Choix d'un questionnaire en ligne	53
5.2.	Création du formulaire	53
5.3.	Envoi et retour du questionnaire	53
5.4.	Population	53
6.	Mode de traitement des données	54
6.1.	Traitement quantitatif	54
6.2.	Traitement qualitatif	57
7.	Hypothèses opérationnelles (HO)	57
	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	59
1.	Analyse quantitative	60
1.1.	Résultats concernant la population	60

1.2.	Résultats concernant les connaissances des orthophonistes sur le TDA/H.....	61
1.3.	Résultats concernant la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques uniquement.....	62
1.4.	Résultats concernant la rééducation orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H.....	63
1.5.	Résultats concernant l'analyse des pratiques professionnelles	65
2.	Analyse qualitative	67
2.1.	Question C4 : « <i>Par quel biais avez-vous acquis ces connaissances ?</i> ».....	67
2.2.	Question T11 : « <i>Avez-vous des éléments à ajouter concernant la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?</i> »	67
2.3.	Question A1 : « <i>Ce questionnaire vous a-t-il permis de porter une réflexion concernant vos pratiques professionnelles ?</i> »	67
2.4.	Question A3 : « <i>Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le cadre de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?</i> »	68
2.5.	Question A4 : « <i>Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le contenu de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?</i> »	68
2.6.	Question A5 : « <i>Vous prenez ou avez pris en charge des enfants dyslexiques et TDA/H, pensez-vous que cette expérience a modifié vos pratiques auprès des enfants dyslexiques uniquement ?</i> ».....	69
2.7.	Question A6 : « <i>Avez-vous des remarques concernant ce sujet ?</i> ».....	69
2.8.	Comparatif entre les répondants qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H et ceux qui ne prennent pas en charge ce type d'enfants	69
3.	Traitement des hypothèses opérationnelles.....	71
4.	Discussion	73
4.1.	Invalidation des hypothèses HO2, HO3b et HO4	73
4.1.1.	Hypothèse HO2	73
4.1.2.	Hypothèse HO3b	73
4.1.3.	Hypothèse HO4	74
4.2.	Cas de la question P4	74

4.3. Cas de la question T11	75
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	82

INTRODUCTION

La comorbidité élevée entre les troubles spécifiques du langage écrit (TSLE ou dyslexie) et le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) a retenu notre attention. Les résultats de l'étude de Neault et Guay (2007) montrent que 25 à 40% des enfants ayant un TDA/H ont aussi une dyslexie et que 15 à 35% des enfants porteurs de dyslexie ont aussi un TDA/H. Les enfants porteurs de dyslexie sont pour la plupart pris en charge par les orthophonistes. Nous en déduisons que les orthophonistes sont susceptibles de prendre en charge les enfants qui présentent les deux troubles (dyslexie et TDA/H).

Cette comorbidité n'est pas sans conséquence sur le profil cognitif de ces enfants. En effet, les difficultés liées au TDA/H viennent se surajouter aux difficultés liées à la dyslexie. Ces enfants ayant le double diagnostic dyslexie et TDA/H ont donc de grosses difficultés lorsqu'ils sont en situation d'apprentissage.

Nous faisons le constat qu'au sein de notre formation les apports théoriques concernant les troubles attentionnels et leur rééducation sont très rares. Lors de nos études, nous sommes peu informés sur la présence de cette comorbidité et les moyens pour l'appréhender.

Actuellement, la question de la qualité des soins dispensés aux patients est au centre des préoccupations. La Haute Autorité de Santé (HAS) engage tous les professionnels à se décentrer de leur pratique et à l'analyser. Il nous semble important que chaque orthophoniste soit en capacité de justifier ses choix thérapeutiques pour offrir au patient la meilleure prise en charge possible. Dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de dyslexie et de TDA/H, nous voulons amener les orthophonistes à mettre en mots ce qu'ils proposent à leurs patients et ainsi pouvoir porter une réflexion sur leurs pratiques.

Nous nous interrogeons donc sur la prise en charge que les orthophonistes proposent aux enfants porteurs de troubles dyslexiques associés à un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité et le regard qu'ils portent sur cette prise en charge. Adaptent-ils la forme ou le contenu de leurs séances par rapport à la prise en charge de la dyslexie ? Si oui, comment ?

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 1: Lecture et dyslexie

Ce premier chapitre a été écrit grâce aux cours de langage écrit que nous avons reçu au cours des quatre années de formation à l'Ecole d'Orthophonie de Nancy. Nous présentons ici la théorie de l'apprentissage du langage écrit tout en nous inscrivant dans le courant neuropsychologique.

1. L'apprentissage de la lecture

La lecture est « l'ensemble des activités de traitement perceptif, linguistique et cognitif de l'information visuelle écrite » (*Dictionnaire d'Orthophonie*, Brin et al., 2004). En effet, l'activité de lecture est l'association de l'identification des mots écrits (aussi appelée compétence de bas niveau) et de la compréhension (compétence de haut niveau).

L'identification des mots écrits est nécessaire pour accéder au sens. Elle peut se faire grâce à l'assemblage ou bien grâce à l'adressage.

La compréhension est la finalité de la lecture : nous lisons pour comprendre le message écrit. Le lecteur décode les mots tout en faisant appel à ses connaissances syntaxiques et sémantiques de la langue. Il devra aussi faire appel à ses connaissances du monde pour parfaire la compréhension. Tout ceci lui permettra d'accéder au sens du texte écrit.

1.1. Les pré-requis à l'apprentissage de la lecture

Les pré-requis à l'acquisition de la lecture sont des « éléments considérés comme des préalables nécessaires à l'installation des procédures d'identification des mots écrits » (Brin-Henry et al., 2004). Ce sont (d'après le *Dictionnaire d'Orthophonie*, Brin-Henry et al., 2004) :

- une mémoire phonologique efficace
- des habiletés de perception de la parole bien développées
- des habiletés métaphonologiques mobilisables et mobilisées de manière appropriée
- la capacité à distinguer sans difficulté le nom des lettres du son des graphèmes
- la capacité d'accès rapide au stock lexical

Nous verrons plus loin que ces pré-requis sont souvent repris dans la trame de rééducation de la dyslexie. En effet, ils sont les fondations nécessaires à un apprentissage solide de la lecture.

1.2. Un modèle d'apprentissage de la lecture, U. Frith

Apprendre à lire consiste à associer à la forme écrite d'un mot sa forme orale correspondante. Ceci se produit lorsque l'enfant est confronté à un mot appartenant ou non à son vocabulaire. Le but premier de la lecture est l'accès à la compréhension.

Les modèles développementaux de la lecture mis au point par Frith (1985) par exemple, supposent que l'enfant passe par différents stades successifs en mettant au point diverses stratégies lui permettant d'associer le mot écrit avec la forme sonore lui correspondant.

Nous développerons ici les trois stades décrits par Frith en 1985 permettant d'accéder à l'identification des mots écrits qui sont les suivants :

- LE STADE LOGOGRAPHIQUE

Pendant ce premier stade, l'enfant peut reconnaître un mot grâce à différents indices visuels. L'enfant ne « lit » pas alors à proprement parler, il ne se base pas sur la phonologie ni sur l'ordre des lettres mais reconnaît des entités de façon générale comme son prénom par exemple, ou bien encore des logos. En effet, si on présente à l'apprenti-lecteur une forme visuellement proche de celle qu'il connaît, avec les mêmes caractéristiques (police, taille, forme...) mais en changeant une lettre par exemple, il ne détectera pas de différence.

La reconnaissance du mot active des informations sémantiques qui lui sont reliées, comme le contexte dans lequel ce mot a déjà été rencontré. La forme sonore du mot sera alors retrouvée grâce aux informations contextuelles et sémantiques qui ont été activées.

Lors de ce stade, l'enfant se constitue un premier lexique d'une centaine de mots environ.

- LE STADE ALPHABETIQUE

L'enfant entre réellement dans la lecture. Il découvre alors la correspondance grapho-phonémique c'est-à-dire que chaque graphème code pour un son dans un contexte. La lecture s'effectue majoritairement par décodage. L'apprenti-lecteur décode un graphème, lui associe le son qui lui correspond puis l'assemble au suivant pour aboutir à la lecture du mot. Cette stratégie va permettre à l'enfant de lire des mots nouveaux ; il accède à une certaine autonomie, car il peut retrouver, autant de fois que nécessaire, la forme sonore d'un mot.

Durant cette étape, l'enfant a tendance à mieux lire les mots réguliers que les mots irréguliers. En effet, ces derniers tendent à être régularisés (par exemple, « paon » sera lu /paõ/).

- LE STADE ORTHOGRAPHIQUE

L'enfant, après avoir rencontré plusieurs fois le même mot, va le mémoriser dans sa forme entière. De ce fait, il ne sera plus obligé de passer par la médiation phonologique, mais accèdera directement à la forme du mot.

Ce stade se caractérise par l'accès à la lecture courante. L'identification de mots se base de plus en plus sur des automatismes. La lecture silencieuse se fait plus fluente et rapide car l'enfant ne passe plus obligatoirement par un décodage systématique de la séquence orthographique des mots.

1.3. Les deux procédures expertes d'identification de mots

La psychologie cognitive reconnaît l'existence de deux procédures d'identification de mots écrits.

Lorsque le lecteur expert se trouve confronté à un mot écrit, la première étape est celle de la reconnaissance des traits visuels. Cette composante n'est pas spécifique à la lecture. Elle a lieu lorsqu'un individu se retrouve face à n'importe quel stimulus visuel. L'étape suivante, la reconnaissance des unités lettres, est, quant à elle, spécifique à la lecture.

A partir de là, l'identification du mot peut se faire grâce à deux procédures d'identification de mots :

- La voie d'assemblage ou voie phonologique ou voie indirecte

C'est une « procédure d'identification des mots écrits qui fait usage des correspondances graphèmes/phonèmes pour dériver et produire une forme phonologique » (Brin-Henri et al., 2004). En effet, le lecteur va reconnaître les graphèmes qui composent le mot et associer à chacun le son qui lui correspond puis va assembler ces unités sonores pour former une réponse. La forme phonologique du mot active le sens de cette unité.

Pour que cette procédure soit efficace, il faut que la mémoire de travail de l'enfant soit opérante (pour stocker tous les sons puis pour les assembler). De plus, l'enfant doit posséder une représentation phonologique des mots. Pour pouvoir lire par assemblage, l'enfant doit connaître les règles de conversion graphème-phonème.

Cette voie permet de lire les mots que le lecteur n'a jamais rencontrés et dont il n'a pas en mémoire de représentation orthographique.

- La voie d'adressage ou voie directe ou voie lexicale

Elle correspond au « mécanisme d'identification de mots écrits qui consiste à apparier le mot écrit à une représentation orthographique stockée (mémorisée) dans le lexique orthographique d'entrée » (Brin-Henry et al., 2004). Durant ce processus, le système sémantique entre en jeu. En effet, une fois la forme orthographique du mot reconnue, la représentation sémantique est activée. Cela permet, par exemple de différencier les homophones. Ensuite, le lexique phonologique permet de prononcer la forme sonore du mot lu.

Pour lire grâce à la voie d'adressage, l'enfant doit avoir stocké des représentations orthographiques, phonologiques et sémantiques des mots.

Cette procédure permet de lire les mots irréguliers ainsi que les mots réguliers connus.

- ➔ Des pré-requis solides sont indispensables à l'apprentissage de la lecture.
- ➔ L'enfant passe par différents stades dans l'acquisition de la lecture : le stade logographique, le stade alphabétique et le stade orthographique.
- ➔ Deux procédures expertes d'identification de mots écrits s'installent : la voie d'assemblage et la voie d'adressage.

2. Les dyslexies développementales

2.1. Définitions

Il existe différents types de dyslexie. Cependant, par souci de praticité, nous emploierons indifféremment les termes « la dyslexie » ou « les dyslexies » pour désigner les dyslexies développementales.

Selon le dictionnaire Larousse, les dyslexies se caractérisent comme une : « difficulté d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, en dehors de toute déficience intellectuelle et sensorielle, et de tout trouble psychiatrique. »

La Fédération Mondiale de Neurologie donne, en 1968, la définition suivante : « Trouble de l'apprentissage de la lecture survenant en dépit d'une intelligence normale, de l'absence de troubles sensoriels ou neurologiques, d'une instruction scolaire adéquate, d'opportunités

socioculturelles suffisantes ; en outre, elle dépend d'une perturbation d'aptitudes cognitives fondamentales souvent d'origine constitutionnelle. », (Lederlé, 2008).

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) classe la dyslexie développementale dans les « troubles des apprentissages scolaires ». Il réunit des critères permettant de poser le diagnostic de trouble spécifique de la lecture. Ce sont les suivants : « Les réalisations en lecture (exactitude, rapidité ou compréhension), évaluées par des tests sont nettement en-dessous du niveau escompté compte-tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge. » (Rapport Inserm, 2007). Le DSM V classe la dyslexie dans une catégorie plus large sous l'étiquette « trouble spécifique des apprentissages ». Cette catégorie regroupe le « trouble de la lecture », « le trouble du calcul » et « le trouble de l'expression écrite ». Ces trois troubles ont été regroupés car ils n'apparaîtraient que rarement seuls.

Pour la CIM 10 (10^{ème} Classification Internationale des Maladies), la dyslexie est un « trouble spécifique du développement des acquisitions scolaires » (F81). Elle se définit comme « un trouble spécifique et durable de l'acquisition de la lecture et de son automatisme, non imputable à un niveau intellectuel trop bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou auditive, interférant de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie quotidienne nécessitant des aptitudes de lecture. » (R. Cheminal, V. Brun, 2002).

➔ En résumé, les différentes définitions de la dyslexie développementale montrent ce que n'est pas la dyslexie, ce sont des définitions par exclusion. Aujourd'hui, nous pouvons dire que la dyslexie se manifeste par un déficit dans une ou bien dans les deux procédures de lecture.

2.2. Diagnostic

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le diagnostic de dyslexie doit être posé si l'enfant a « un score de capacités de lecture et/ou compréhension se situant au moins à deux déviations standard en-dessous du niveau attendu sur la base de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant » (R. Cheminal, 2002), ou bien s'il y a « un antécédent de difficultés sévères de lecture ou des scores satisfaisant au critère précédent à un plus jeune âge, plus un score à un test d'orthographe se situant au moins à deux erreurs standard en

dessous du niveau attendu » (R. Cheminal, 2002). L'OMS admet qu'en pratique, le critère retenu reste le retard de 18 mois à deux ans.

De plus, le trouble doit interférer « de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie quotidienne nécessitant des aptitudes de lecture » (R. Cheminal, 2002).

Enfin, l'OMS cite un critère d'exclusion : un enfant qui aurait un QI inférieur à 70 à un test passé individuellement ne pourrait pas être diagnostiqué dyslexique.

2.3. Classification

Les définitions suivantes sont inspirées du *Dictionnaire d'Orthophonie* (Brin-Henry et al., 2004).

2.3.1. *La dyslexie phonologique ou dyslexie profonde*

La dyslexie phonologique est la forme la plus répandue. Les enfants porteurs de ce type de trouble présentent un déficit dans la procédure phonologique (ou procédure d'assemblage), c'est-à-dire qu'ils ont des difficultés à lire les non-mots (ou logatomes). La lecture des mots réguliers et irréguliers est relativement préservée.

Les enfants présentant cette forme de dyslexie lisent mieux les mots ayant une signification (effet de lexicalité) et les mots fréquents (effet de fréquence).

Les erreurs rencontrées sont en relation avec le phonème : ajout, omission, substitution. Les erreurs peuvent être auditivo-verbales : l'enfant confond les phonèmes sourds-sonores de la langue (par exemple /f/ et /v/) ; ou bien les erreurs peuvent être visuo-orthographiques : l'enfant confond les graphèmes visuellement proches (par exemple « p » et « q »).

2.3.2. *La dyslexie de surface*

Les enfants porteurs de ce type de trouble présentent un déficit dans la procédure d'adressage. L'accès au lexique orthographique est difficile. Cela signifie qu'ils ont des difficultés à lire les mots irréguliers. La lecture des mots réguliers et des non-mots est relativement préservée. Les erreurs rencontrées sont des erreurs de régularisation. Par exemple, pour « chorale », l'enfant lit /foral/ au lieu de /koral/.

2.3.3. *La dyslexie mixte*

Les enfants porteurs d'une dyslexie mixte présentent les troubles de la dyslexie phonologique et de la dyslexie de surface. Les deux voies de lecture sont atteintes. Les personnes présentant ces troubles ont des « difficultés de déchiffrage (grapho-phonémiques), des difficultés majeures de constitution d'un stock visuo-orthographique [...] et des difficultés majeures de compréhension » (Brin-Henry et al., 2004).

- ➔ La dyslexie est un trouble de l'identification des mots écrits.
- ➔ Elle est diagnostiquée lorsqu'il y a un écart de dix-huit mois à deux ans entre l'âge de lecture et l'âge chronologique.
- ➔ La dyslexie peut être phonologique, de surface ou bien mixte.

3. **La rééducation**

3.1. La rééducation de la dyslexie selon M. Touzin (orthophoniste)

Dans *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie, Prise en Charge des Troubles du Langage Ecrit (Tome 2)* – (2004), 2^{ème} édition, Monique Touzin propose une rééducation des procédures de lecture de l'enfant présentant des troubles dyslexiques :

3.1.1. *La rééducation de la procédure d'assemblage*

3.1.1.1. La rééducation de la conscience phonologique

Ce travail se décompose en deux parties : le travail de la syllabe et le travail du phonème.

En général, la rééducation commence par la conscience syllabique. En effet, la syllabe est plus facilement repérable par les enfants car c'est une unité articulatoire qui est travaillée à l'école.

« L'entraînement des compétences phonologiques (5 minutes environ à chaque séance) se décompose en différentes activités de remédiation et s'ajuste en fonction des acquis de l'enfant ; le travail des consonnes précède celui des voyelles. » (S. Casalis, G. Leloup, F. Bois Parriaud, 2013). Les auteurs préconisent des activités permettant à l'enfant de manipuler les sons afin de modifier des mots ou bien d'en créer de nouveaux.

Monique Touzin cite « les étapes d'un tel travail :

- comparer les rimes, en trouver de nouvelles,
- découper les mots en syllabes,
- comparer les syllabes dans les mots, trouver des mots partageant ces mêmes syllabes,
- manipuler les syllabes : en enlever, en ajouter, en substituer. » (M. Touzin, 2008).

3.1.1.2. L'apprentissage des conversions graphie-phonie

Ce travail apparaît nécessaire chez l'enfant dyslexique car ce dernier « n'a pas la conscience du son [...], il différencie mal le nom de la lettre du son correspondant et [...] il perçoit peu les différences entre les sons (notamment les voisements) », (M. Touzin, 2008). En effet, en français, le nom des lettres ne correspond pas au son qu'elles font.

De plus, cet apprentissage « nécessite l'apport de supports autres qu'auditifs, car les entrées auditives sont souvent défaillantes » (M. Touzin, 2008). Pour aider les enfants, on peut donc utiliser, par exemple :

- la représentation graphique du phonème : le dessin de la forme de la bouche lors de l'articulation du phonème.
- les perceptions kinesthésiques : faire sentir la vibration ou l'absence de vibration laryngée, ou bien utiliser les gestes Borel (un phonème correspond à un geste fait avec la main).
- les sensations sensori-motrices : la reconnaissance de la forme des lettres par le toucher.

3.1.1.3. L'apprentissage de la fusion

Cet apprentissage se fait en parallèle avec les exercices de conversions graphèmes-phonèmes et phonèmes-graphèmes. En effet, lorsque l'enfant aura conscience des sons qui composent les mots, il devra les fusionner pour avoir un mot. La fusion nécessite de reconnaître les lettres contenues dans le mot, de leur associer le son correspondant, de les fusionner et de les stocker en mémoire jusqu'au décodage du mot entier.

Pour travailler cette notion, M. Touzin préconise de commencer par la fusion de sons dans des syllabes et à l'oral, « ce qui soulage l'enfant de la tâche de conversion des lettres et groupes de lettres en sons », (M. Touzin, 2008). On passe ensuite à des mots et des non-mots de longueur croissante.

3.1.1.4. L'accès au sens

L'accès au sens est le but premier de la lecture.

Il est dépendant de toutes les étapes citées ci-dessus. L'enfant doit identifier les lettres, puis les sons, et enfin la forme phonologique du mot qui sera confrontée aux mots stockés en mémoire afin de retrouver la forme sémantique de ce mot. La forme phonologique décodée doit être la plus proche possible de la véritable forme du mot afin que l'enfant puisse le reconnaître. Cependant, « il ne s'agit là que de la compréhension des mots isolés, indispensable au processus de compréhension des textes, mais non suffisant, car d'autres paramètres sont alors en jeu (compréhension syntaxique, contextuelle..) », (M. Touzin, 2008).

3.1.2. *La rééducation de la procédure d'adressage*

3.1.2.1. L'apprentissage d'un stock orthographique

Le stock orthographique se constitue grâce aux fréquentes lectures d'un même mot. Un mot est mémorisé lorsqu'il a été décodé plusieurs fois. Cependant, les enfants ayant des troubles dyslexiques ont souvent des difficultés à obtenir une procédure d'assemblage efficace. Ainsi, « cet auto-apprentissage ne se fait donc pas, car les décodages sont trop lents et l'enfant ne stocke pas la représentation visuelle globale du mot », (M. Touzin, 2008). Il faut donc aider l'enfant en difficulté afin qu'il puisse constituer un stock orthographique de mots.

Plusieurs moyens peuvent être utilisés. On peut tout d'abord attirer l'attention de l'enfant sur des particularités d'un mot. On peut aussi utiliser des dessins, le mot est alors intégré à la particularité orthographique ce qui permet de la mémoriser. Cette technique est utilisée dans le matériel de Sylviane Valdois : *L'orthographe illustrée*.

L'épellation peut être utilisée pour stocker les formes orthographiques en mémoire. En effet, « l'épellation, qui [...] donne des indications auditives, [...] aide à la mémorisation de la séquence de lettres. »

3.1.2.2. L'utilisation de la morphologie

Les enfants présentant des troubles dyslexiques ont des difficultés à constituer un stock orthographique. L'entraînement à l'utilisation de la morphologie peut être une voie de remédiation. En effet, cet entraînement se base sur la reconnaissance de familles de mots. Ces mots ont la particularité d'avoir, la plupart du temps, un radical commun qui s'orthographie

de la même façon. À ce repérage, s'ajoute un travail sur les préfixes et suffixes qui permettra à l'enfant de posséder différents « outils » afin de « fabriquer » des mots.

3.1.2.3. Rapidité d'évocation du mot écrit et fluence de lecture de texte

- Rapidité d'évocation du mot écrit

Le lecteur expert est un lecteur qui lit de manière fluente, ses procédures de reconnaissance des mots écrits sont automatisées, le coût cognitif est moindre. Cependant, le lecteur dyslexique présente souvent une lenteur à évoquer le mot, lenteur que l'on retrouve au niveau de la dénomination rapide d'images, à l'oral. « Il est difficile d'améliorer cette évocation, mais on peut imaginer que, plus le mot devient fréquent pour l'enfant (dans sa forme visuelle, sémantique et phonologique), plus la reconnaissance sera facilitée et l'évocation rapide. », (M. Touzin, 2008). Ainsi, on peut aider l'enfant en travaillant sur des listes de mots. Cela permettra de « travailler l'accès plus rapide à la production orale », (M. Touzin, 2008). Les listes de mots porteront, dans un premier temps sur un champ sémantique déterminé, afin de faciliter l'évocation.

- Fluence de lecture de texte

L'enfant normo-lecteur, tout au long de sa lecture, anticipe ce qui va suivre. Les enfants porteurs de troubles dyslexiques, ont du mal à anticiper les événements d'un texte du fait de leur lenteur et de leurs difficultés à regrouper les informations sémantiques.

Afin d'améliorer la fluence de lecture de texte, la première étape est l'automatisation des procédures d'identification des mots écrits. Celles-ci doivent être optimales pour permettre à l'enfant de proposer une forme phonologique de façon rapide et efficace et augmenter sa vitesse de lecture.

De plus, la lecture répétée peut être un axe de remédiation. « Les modalités de répétition améliorent la fluidité, mais seulement dans la condition de répétition assistée avec correction de la précision. », (S. Casalis, G. Leloup, F. Bois Parriaud, 2013).

3.1.2.4. L'accès au sens

Pour pouvoir accéder au sens, l'enfant doit avoir décodé le texte et fait des liens avec ses connaissances. « La compréhension de la lecture est influencée par la connaissance du contexte, par l'appréciation de la structure du texte, par la capacité à appliquer des stratégies de compréhension de lecture, par la motivation et l'intérêt, et tout cela en plus des

compétences d'identification des mots (Torgesen, 2000) », (M. Touzin, 2008). Pour que l'enfant puisse accéder au sens, on peut s'appuyer sur des activités qui lui permettront de s'approprier le texte : mise en scène du texte, recherche d'une suite possible, repérage des éléments importants...

➔ La trame de rééducation de M. Touzin propose deux grands axes : la rééducation de la voie d'adressage et la rééducation de la voie d'assemblage. Elles ont pour but d'augmenter la précision de la lecture ainsi que sa vitesse.

3.2. La rééducation de la dyslexie selon C. Sant (orthophoniste), (R. Cheminal, V. Brun, 2002)

Dans sa trame de rééducation, C. Sant, propose de travailler les pré-requis à la lecture. Les deux premiers items étant déjà développés dans la trame de rééducation de M. Touzin, nous ne les détaillerons pas, les suivants seront définis plus bas.

- la conscience phonologique : Au cours de la rééducation, « il faudra travailler la segmentation de la phrase en mots, la segmentation du mot en syllabes, la prise de conscience des rimes, la prise de conscience phonémique » (C. Sant, 2002).
- la dénomination : En plus du travail du lexique, C. Sant propose de stimuler « les capacités de dénomination par un entraînement de l'évocation des stimuli graphologiques en lecture silencieuse » (C. Sant, 2002).
- la syntaxe et la sémantique
- la mémoire immédiate et la mémoire de travail

3.2.1. *La syntaxe et la sémantique*

Selon C. Sant, « syntaxe et sémantique sont étroitement liées. L'analyse de la structure syntaxique de la phrase participe à sa compréhension ». Il propose alors des activités permettant de sensibiliser l'enfant sur la segmentation du texte écrit en unités de sens de tailles différentes, par exemple : « le petit garçon / est revenu de vacances ». Cela permet à l'enfant de « prendre conscience [...] du rythme qu'il convient de donner à la succession des mots ».

Cela permet d'aborder la construction de la phrase puis la construction d'un texte, d'un récit.

3.2.2. *La mémoire immédiate et la mémoire de travail*

3.2.2.1. La mémoire immédiate

Selon C. Sant, les difficultés d'ordre mnésique que présentent souvent les enfants porteurs de troubles dyslexiques sont à l'origine de difficultés notamment en copie. En effet, ces enfants n'arrivent pas à garder en mémoire l'image du mot écrit au tableau. Afin de pallier cette difficulté, il conseille de travailler les « capacités de stockage après une présentation rapide de l'information [...] sur du matériel verbal et linguistique ».

Ce sont des exercices de "lecture flash". Un mot, un groupe de mots voire une phrase sont présentés pendant un court instant puis ils disparaissent. Cela oblige l'enfant à prendre des indices visuels lui permettant d'identifier rapidement ce qui est écrit.

3.2.2.2. La mémoire de travail

La mémoire de travail est un système à capacité limitée. Elle permet le maintien temporaire d'un certain nombre de données pendant la réalisation d'une tâche cognitive. La mémoire de travail est la part active de la mémoire à court terme (Cowan cité par C. Vailland, cours de 4^{ème} année, école d'orthophonie de Nancy, 2014).

Selon C. Sant, « un codage phonétique efficient permettrait au lecteur de consacrer la plus grande partie des ressources de sa mémoire de travail à la fusion des phonèmes isolés pour construire des séquences phonologiques facilitant l'accès lexical et la reconnaissance de mots ». Ainsi, il préconise de travailler sur le traitement de l'information.

➔ Ces deux auteurs proposent des trames de rééducation qui se complètent. Ils préconisent de travailler sur les pré-requis au langage écrit, et sur les deux voies de lecture.

Après avoir décrit la lecture et la dyslexie, nous nous intéressons maintenant au TDA/H.

Chapitre 2 : le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

1. Historique du TDA/H (Bréjard, 2007; Wahl, 2012; Anciaux et al., 2013)

Les descriptions cliniques de l'hyperactivité sont relativement constantes depuis le XIXème siècle, en revanche, différentes conceptions étiologiques et thérapeutiques se sont confrontées.

La première description du trouble déficitaire de l'attention a été faite en 1844 par un psychiatre allemand, le docteur Heinrich Hoffmann (cité par Wahl, 2012), sous forme d'une bande dessinée. Le docteur Hoffmann n'était pas satisfait des livres pour enfants, il décida d'en créer lui-même pour son fils. L'histoire de « Philippe-qui-gigote » met en évidence les symptômes du TDA/H. Il faudra ensuite attendre les années 1890 pour trouver de nouvelles descriptions de ce syndrome.

En 1897, le neurologue français, Désiré-Magloire Bourneville décrit l'instabilité chez l'enfant mais ne la dissocie pas de la déficience intellectuelle. La première description du syndrome tel qu'on le connaît aujourd'hui a été faite en 1902 par Georges Still en Angleterre. Il décrit la triade suivante : impulsivité, inattention et troubles de l'apprentissage. Il est le premier à ne pas mettre en cause le manque d'éducation mais plutôt un « trouble de l'auto-contrôle » (Barkley, 2007). Still émet deux hypothèses étiologiques : une cause biologique héréditaire ou bien des lésions acquises du système nerveux. En France, il faudra attendre jusqu'en 1911 pour avoir la description de Dupré sous le terme de « débilité motrice ».

En 1934, des études menées sur les conséquences de l'épidémie d'encéphalite de 1917-1918 confirment l'hypothèse des lésions cérébrales responsables de l'hyperactivité, plusieurs auteurs parleront « d'atteinte cérébrale mineure ». Dans les années 60, cette terminologie sera abandonnée au profit de « dysfonctionnement cérébral minime » faute d'avoir démontré une quelconque lésion.

En 1944, le Docteur Parnizzon synthétise pour la première fois la méthylphénidate qu'il baptisera « Ritaline ». Cette molécule est encore utilisée de nos jours dans le traitement du TDA/H.

Dans les années 1950, deux grandes théories étiologiques vont s'opposer : le courant psychanalytique est très présent en France alors qu'aux Etats-Unis et en Angleterre la thèse de la cause cérébrale organique prédomine.

Dans les années 1960, la prescription de la « Ritaline » augmente aux Etats-Unis dans le but de remédier à un dysfonctionnement cérébral. Malgré tout, la théorie psychanalytique garde une forte influence puisqu'en 1968, le DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) décrit l'hyperactivité comme une « réaction hyperkinétique de l'enfance ». Le terme de réaction fait appel à une cause relationnelle. La rupture avec l'explication psychanalytique aura lieu en 1980 lors de la troisième édition du DSM qui considère ce symptôme comme une pathologie à part entière. En effet, cette version identifie le « Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité ».

Le DSM-IV est publié en 1994 puis est révisé en 2000. Dans cette version, le TDA/H est décrit dans la rubrique « déficit de l'attention et comportement perturbateur ». En mai 2013, le DSM-V classe le TDA/H dans la rubrique des troubles neuro-développementaux.

Actuellement, le TDA/H est mieux reconnu grâce à une meilleure connaissance de ce trouble. De nombreuses polémiques persistent toujours concernant son étiologie et sa prise en charge. Les recherches en cours et futures permettront éventuellement de trouver un consensus et amélioreront davantage la connaissance de ce trouble et les moyens de le pallier.

2. Description du TDA/H

2.1. Définition et critères diagnostiques

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou TDA/H est un syndrome neuro-comportemental regroupant trois grands types de symptômes présents à des degrés variables : le trouble de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité (Causse, 2013). « Le diagnostic de TDA/H doit alors être réservé aux situations où l'inattention et/ou l'hyperactivité sont isolées, omniprésentes et objectivables. » (Revol et al., 2010). Cette démarche diagnostique est d'ailleurs encadrée par les classifications internationales, ce qui permet une homogénéité du diagnostic.

Selon le DSM-V, les personnes porteuses de TDA/H manifestent :

- des symptômes d'inattention, dans le cas d'un déficit de type inattention prédominante
- des symptômes d'hyperactivité-impulsivité dans le cas d'un déficit de type

hyperactivité-impulsivité prédominante

- des symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité dans le cas d'un déficit mixte

Ces symptômes sont observés depuis plus de 6 mois. Les premiers signes sont apparus avant l'âge de 12 ans. La gêne est ressentie dans au moins deux environnements différents. Le fonctionnement social et scolaire est touché par ces symptômes.

Dans la CIM 10 (2008), le TDA/H est répertorié dans la rubrique «Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence». La CIM 10 exige la présence de symptômes dans les trois domaines : inattention, hyperactivité et impulsivité.

2.2. Diagnostic différentiel

« Il est important de savoir repérer les authentiques TDA/H et de les différencier des déficits d'attention et des hyperactivités symptomatiques d'une autre pathologie, sans oublier la possibilité d'éventuelles comorbidités. » (Revol et al., 2010) En effet, le diagnostic de TDA/H ne peut être posé dans le cas des tableaux cliniques secondaires à des troubles psychiques (Troubles Obsessionnels Compulsifs, épisodes dépressifs, dysharmonie d'évolution, schizophrénie), un retard mental, un environnement délétère (carences éducatives, dépression parentale), des troubles neurologiques. Dans le cas d'enfants instables présentant des troubles sévères des apprentissages ou chez les enfants précoces, le diagnostic de TDA/H ne peut être posé si les symptômes se manifestent exclusivement en situation d'apprentissage. L'hyperactivité serait alors réactionnelle aux difficultés de l'enfant (Revol et al., 2010). Nous ne souhaitons pas analyser le cas de l'hyperactivité réactionnelle mais bien celui du TDA/H lui-même. C'est pourquoi nous avons choisi une population pour laquelle le TDA/H a été diagnostiqué. Dans le cadre de symptômes hyperactifs causés par les troubles spécifiques, la rééducation des troubles spécifiques suffirait à faire disparaître les signes observés. Or dans le cas d'un TDA/H diagnostiqué, nous nous demandons comment les thérapeutes vont aborder ce trouble.

2.3. Epidémiologie

La prévalence du TDAH est comprise entre 3,5 et 5,6% des enfants en âge scolaire (DSM-IV Tr, Lecendreux, 2003; Biederman et al., 2005). Ce trouble touche plus particulièrement les garçons que les filles, entre 4 et 9 garçons touchés pour une fille atteinte. Les filles ont

généralement une forme de TDA/H avec inattention prédominante qui est moins visible, le diagnostic est alors souvent moins posé.

2.4. Sémiologie

Comme nous avons pu le voir, les manifestations du TDA/H peuvent être regroupées sous trois axes : l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention. Chaque personne atteinte de TDA/H peut manifester un ou plusieurs de ces symptômes et à différents degrés. L'hyperactivité et l'impulsivité sont deux manifestations proches c'est pourquoi elles seront décrites ensemble.

2.4.1. *Hyperactivité-Impulsivité*

« L'impulsivité peut être comprise comme un problème d'inhibition : les enfants atteints de TDA/H ne parviennent pas à inhiber les actions à réaliser, ni à choisir les réactions appropriées face à une situation donnée » (Wodon, 2009). Barkley (1997) considère aussi l'impulsivité comme la conséquence d'un trouble de l'inhibition de la réponse.

« Au niveau comportemental, le contrôle de soi est plus difficile que pour les autres enfants » (Bélanger, 2008). L'enfant TDA/H pourra se mettre en danger non pas pour se faire remarquer mais parce qu'il n'arrive pas à inhiber ses comportements et à penser aux conséquences que cela va engendrer. L'activité motrice de l'enfant hyperactif est supérieure aux enfants de son âge. Il est très difficile pour eux de rester calmement sans bouger, ils manifestent des signes d'instabilité comportementale (Bréjard, Bonnet, 2007).

« Au niveau cognitif, ces enfants ne parviennent pas à réfléchir posément, à anticiper les conséquences de leurs actes ou à envisager les différentes solutions d'un problème » (Lecendreux et al., 2003). Par conséquent, leurs résultats scolaires vont être diminués. L'enfant ne tiendra pas compte de toutes les informations contenues dans l'énoncé ce qui lui fera commettre des erreurs alors qu'il est capable de réaliser l'exercice. L'enfant impulsif aura tendance à intervenir de manière inappropriée et inopportune (Touzin, 1999). La pensée de l'enfant TDA/H est hyperactive, il a donc des difficultés à organiser sa pensée de manière séquentielle. Il va alors passer d'une idée à une autre sans lien logique.

2.4.2. *Inattention*

« Selon Bélanger (2008) et Wodon (2009), le déficit attentionnel est caractérisé par des difficultés au niveau de la capacité à maintenir son attention dans le temps (atteinte de l'attention soutenue et de la vigilance) et au niveau de la sélectivité des informations (atteinte

de l'attention sélective et de l'attention divisée). » (De Hemptinne, 2013). L'enfant atteint de TDA/H éprouve des difficultés à effectuer des tâches longues ou comportant plusieurs étapes (Touzin, 1999) et à sélectionner uniquement les stimuli pertinents.

Lors de la lecture, l'attention visuelle est sollicitée. Chez les enfants TDA/H, la prise d'indices visuels est de mauvaise qualité ce qui entraîne des erreurs comme des inversions de lettres, des sauts de lignes. « Chez l'enfant TDA/H, les difficultés apparaissent dès l'étape de l'encodage [...] en raison du trouble attentionnel qui ne lui permet pas de suffisamment regarder, analyser et manipuler les composants à mémoriser. » (Touzin, 1999). L'inattention est un symptôme très handicapant dans le domaine des apprentissages, c'est pourquoi il ne faut pas le négliger même si ce n'est pas le plus visible.

➔ La personne ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité éprouve des difficultés pour contrôler son comportement moteur et cognitif et ses capacités attentionnelles sont faibles dans la sélectivité de l'information et le maintien de l'attention. Cette triade de symptômes permet l'identification du trouble, cependant d'autres déficits cognitifs peuvent être observés (comme les fonctions exécutives, cf. p30) et de nombreuses comorbidités existent.

3. Comorbidités

La comorbidité est définie par la présence conjointe de deux tableaux cliniques distincts. Le TDA/H co-existe avec de nombreuses pathologies qui peuvent être classées en trois grandes catégories : les troubles des apprentissages, les troubles du comportement, dits externalisés, et les troubles émotionnels, dits internalisés (Bréjard et Bonnet, 2007).

3.1. Troubles des apprentissages

La classification DSM-V comprend une rubrique intitulée « troubles des apprentissages » dans laquelle nous retrouvons le trouble de la lecture (dyslexie), le trouble du calcul (dyscalculie), le trouble de l'expression écrite (dysorthographe) et le trouble des apprentissages non-spécifié.

Les troubles des apprentissages sont caractérisés par une discordance entre capacité intellectuelle et performance dans un domaine en particulier. Les capacités attentionnelles faibles de l'enfant TDA/H entravent son entrée dans les apprentissages. En effet, le cadre scolaire demande d'être capable de focaliser son attention et de ne pas se laisser distraire par des stimuli non-pertinents, de rester concentré pendant un temps assez long. Les apprentissages sont alors fragiles et l'enfant ayant des troubles de l'attention doit fournir des efforts importants pour les renforcer.

Le trouble le plus courant est la dyslexie. La question de la comorbidité entre dyslexie et TDA/H fera l'objet d'une partie indépendante (cf Chapitre 3, p36)

Nous souhaitons apporter une précision terminologique. Réunir sous l'appellation « troubles des apprentissages », les troubles dys- comme la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie est discutable. En effet, les manifestations de ces troubles entraînent des troubles des apprentissages. Les troubles des apprentissages sont donc la conséquence de la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie mais ce n'est pas l'origine du trouble. Dans le cas de la dyslexie, les manifestations du trouble entraîne un trouble de l'apprentissage de la lecture mais n'affecte pas les apprentissages dans leur globalité. Pour respecter la terminologie du DSM-V, nous avons choisi de conserver le terme « trouble des apprentissages ».

3.2. Troubles du comportement

Les troubles du comportement se surajoutent souvent au tableau symptomatique du TDA/H. Ils étaient d'ailleurs répertoriés sous la même rubrique dans la classification DSM-IV-R: « déficit de l'attention et comportement perturbateur ». Depuis la publication du DSM-V, le TDA/H n'est plus dans la même catégorie que les troubles du comportement mais fait partie des troubles neuro-développementaux.

3.2.1. *Le trouble oppositionnel*

« Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) se manifeste par un ensemble de comportements négativistes et provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité » (DSM-IV-R, 1994¹). La littérature scientifique estime la prévalence de ce trouble entre 5 et 10% de la population générale. L'enfant porteur de ce trouble est en

¹ La traduction officielle du DSM-V n'ayant pas encore été publiée nous ne sommes pas en mesure de donner les définitions issues du DSM-V.

perpétuelle opposition et ne supporte aucune frustration. Le trouble oppositionnel est retrouvé chez la moitié des enfants TDA/H, les formes hyperactives et mixtes étant les plus touchées.

3.2.2. *Le trouble des conduites*

Le DSM-IV-R définit le trouble des conduites comme « un ensemble de comportements déviants, répétitifs et persistants, au cours desquels sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les normes et règles sociales ». La prévalence du trouble des conduites est estimée entre 6 à 16% chez les garçons contre 2 à 9% chez les filles dans la population générale. Environ 25% des enfants TDA/H présenteraient un trouble des conduites. La coexistence de ces deux troubles entraîne un pronostic péjoratif « avec un risque important de difficultés à l'âge adulte, comme le développement d'une personnalité antisociale, le risque d'abus de toxiques, de désinsertion sociale et de criminalité » (Pliszka, 1998).

3.3. Troubles émotionnels

« Ces troubles reflètent la détresse émotionnelle des enfants hyperactifs, tout autant que leur souffrance subjective, difficilement identifiable par un tiers » (Bréjard et Bonnet, 2007). Nous développerons plus particulièrement les troubles dépressifs et anxieux parce qu'ils sont très fréquemment associés au TDA/H.

3.3.1. *Les troubles dépressifs*

V. Bréjard et A. Bonnet (2007) définissent la dépression comme « un ensemble de symptômes qui, en plus de l'humeur dépressive, renvoient également au ralentissement, à la perte d'énergie, à des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, ainsi qu'à des troubles du sommeil et de l'alimentation ». La détection de ces symptômes chez les enfants porteurs d'un TDA/H est difficile parce que certains signes sont communs aux deux troubles. En effet, les enfants hyperactifs peuvent développer des comportements d'auto-dépréciation sans pour autant présenter une réelle dépression. Cette difficulté diagnostique explique que les chiffres de comorbidité entre dépression et TDA/H varient de 9 à 38% selon les études. La théorie développementale note que, dans la majorité des cas, les symptômes du TDA/H sont antérieurs à la dépression. L'hypothèse selon laquelle le TDA/H serait une réaction de défense face à un état dépressif est alors remise en cause. Cependant, d'autres études ont démontré qu'il n'existe pas seulement un lien de cause à effet. Selon une étude de Biederman et al., 1998, la diminution des symptômes hyperactifs ne suffit pas à atténuer la dépression. Il

semblerait que les deux troubles soient indépendants. Les études familiales démontrent une vulnérabilité familiale aux deux troubles (Biederman et al., 1992).

3.3.2. *Les troubles anxieux*

La prévalence des troubles anxieux est d'environ 25% chez les enfants présentant un TDA/H contre 5 à 15% des enfants de la population générale (Pliszka, 1998; Bouvard, 2006). On observe des différences de profil cognitif chez les enfants présentant cette comorbidité. L'impulsivité est moins importante, les temps de latence sont allongés et la mémoire de travail est altérée. Les recherches familiales ont abouti à une réponse consensuelle qui admet que les deux syndromes sont indépendants.

3.4. Autres comorbidités

Le TDA/H est aussi associé à des troubles du sommeil et à une énurésie. Les études n'ont pas encore établi la nature de cette comorbidité. Il existe aussi une comorbidité avec le syndrome de Gilles de la Tourette. La prévalence reste imprécise allant de 35 à 90% (Erenberg, 2005). Le lien qui unit ces deux troubles est encore flou même si les études sembleraient pencher en faveur d'une vulnérabilité génétique commune.

➔ Le TDA/H a de nombreuses comorbidités au niveau des apprentissages, du comportement et au niveau émotionnel qu'il ne faut pas négliger lors du diagnostic. En effet, la prise en charge des symptômes du TDA/H ainsi que ceux des troubles comorbides est indispensable à la personne ayant un TDA/H pour lui donner le meilleur pronostic à long terme.

4. **Prise en charge**

La prise en charge de l'enfant atteint de TDA/H se construit de manière multimodale, différentes approches vont s'associer. Ainsi, le patient sera considéré dans sa globalité avec pour but d'atténuer les symptômes, de favoriser les apprentissages, de faciliter l'intégration sociale, de limiter les troubles comorbides et d'accompagner la famille. La mise en place de traitements médicamenteux, d'une prise en charge psychologique, neuropsychologique, éducative, orthophonique ou pédagogique sera discutée et tiendra compte des particularités de chaque patient.

4.1. Prise en charge psychothérapique

« Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) cherchent à atténuer les symptômes, afin d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de son entourage. » (Revol et al., 2010). Les TCC consistent à apprendre et mettre en place de nouveaux comportements. Le début de la prise en charge permet de faire l'inventaire des besoins et des difficultés du patient. Le thérapeute et son patient déterminent ce qui le gêne le plus dans sa vie quotidienne. Le thérapeute va alors proposer des exercices spécifiques, des stratégies adaptatives reproductibles. Le psychologue va établir un contrat avec l'enfant atteint de TDA/H et sa famille, la participation de l'entourage est le plus souvent nécessaire.

Une prise en charge de type psychanalytique peut aussi être proposée. Actuellement, aucune étude n'a démontré son efficacité sur le TDA/H. Cependant dans le cas de troubles émotionnels importants, certains thérapeutes la recommandent.

4.2. Prise en charge neuropsychologique : la remédiation cognitive

« L'approche neuropsychologique de la rééducation de l'attention chez l'enfant est récente. Elle remonte au début des années 2000 et s'axe sur deux voies d'approche : l'adaptation et la rééducation spécifique de l'attention. L'adaptation implique les enseignants, la famille et la méthode de travail de l'élève, afin d'optimiser l'usage de ses compétences attentionnelles. La rééducation spécifique de l'attention consiste en un entraînement systématisé des fonctions attentionnelles déficientes, dans le but d'améliorer les performances. » (De Cartier, Laporte, 2013)

La remédiation cognitive se base sur le principe de plasticité cérébrale, c'est-à-dire « la capacité du cerveau à modifier l'organisation de ses réseaux de neurones en fonction des expériences de l'organisme. » (Clément, 2013) Dans le cadre du TDA/H, l'entraînement des fonctions cognitives peut permettre le développement de réseaux neuronaux qui favoriseraient l'efficacité des fonctions exécutives et attentionnelles.

Les fonctions attentionnelles sont :

- l'alerte qui est un « état d'éveil cognitif de base » (Anciaux et al., 2013), elle permet l'action-réaction.
- l'attention sélective qui a un rôle de filtrage des stimuli, elle doit laisser passer uniquement les informations pertinentes à la tâche en cours.

- l'attention divisée qui permet de se concentrer sur deux tâches simultanées pouvant être de modalités sensorielles différentes.
- l'attention soutenue qui permet « d'orienter intentionnellement son intérêt vers une ou plusieurs sources d'information » (Revol et Brun, 2010) et de maintenir son attention durant un temps indéterminé sans discontinuité malgré la monotonie de la tâche.

La triade de symptômes du TDA/H (hyperactivité, impulsivité, inattention) est en général accompagnée de déficits au niveau des fonctions exécutives gérées par le cortex pré-frontal.

« L'atteinte de ces fonctions se traduit le plus souvent par des troubles au niveau :

- de la mémoire de travail soit la capacité de conserver mentalement une ou plusieurs informations et à les manipuler en fonction de la consigne reçue
- de la planification et de l'anticipation soit la capacité de prévoir l'ordre d'exécution des étapes de réalisation d'une activité en fonction de sa complexité et de l'objectif de la tâche
- de la visualisation et/ou de l'internalisation du discours soit la capacité d'évoquer en images mentales et/ou de se décrire mentalement la démarche à suivre, en évaluant les différents aspects en jeu et les avantages ou inconvénients qui pourraient en résulter
- de l'inhibition et de l'autorégulation soit la capacité de freiner une réponse automatique pour identifier la bonne réponse et après avoir produite celle-ci, vérifier sa pertinence
- de la flexibilité cognitive soit la capacité de modifier en cours d'exécution son plan de travail, à la lumière de constatations nouvelles, exigeant un réajustement de la démarche entreprise. » (Revol et Brun, 2010)

Il existe deux types de remédiation cognitive : bottom-up et top-down. La restauration bottom-up se base sur l'entraînement des fonctions attentionnelles en considérant que cet entraînement aura pour conséquence l'amélioration des fonctions exécutives. La restauration top-down quant à elle se focalise sur les fonctions supérieures (fonctions exécutives). Leur entraînement et leur amélioration auraient une incidence sur les fonctions inférieures (fonctions attentionnelles). (Revol et Brun, 2010)

- *Programme d'intervention du Centre de Rééducation d'Approche Neuropsychologique (CRAN), Lussier et Flessas (2010) :*

Ce programme se base sur l'idée que les difficultés attentionnelles du TDA/H sont de nature exécutive et non pas uniquement liées à un trouble des capacités spécifiquement

attentionnelles. « Il a donc été conçu dans le but d'actualiser le potentiel métacognitif de l'enfant et de favoriser le développement des habilités d'autorégulation comportementale et cognitive (discours interne, contrôle de l'impulsivité, résistance à la distraction, exécution séquentielle, méthode de gestion de l'information...). Il vise aussi l'acquisition de stratégies d'apprentissage efficaces et la généralisation à différents types d'activités ou contextes ».

Le programme prend la forme d'atelier de groupe de 90 minutes avec 4 à 6 enfants de 9 à 14 ans encadrés par 2 ou 3 intervenants (dont un neuropsychologue et un enseignant spécialisé). Les ateliers sont répartis sur 12 semaines à compter d'une séance par semaine. Les intervenants utilisent tout au long des séances des métaphores, des techniques de renforcement positif, l'encouragement des pairs et un système de récompense. Des échelles d'auto-évaluation permettent aux enfants de prendre conscience de leur performance.

Le programme est divisé en cinq étapes.

- La première étape expose les règles et les objectifs des séances.
- La deuxième étape se base sur le domaine métacognitif. Le fonctionnement cognitif est expliqué aux enfants de manière concrète. Chaque enfant va ensuite dresser son propre profil avec ses forces et ses faiblesses.
- La troisième étape consiste à entraîner les facultés de visualisation et de verbalisation. Ces deux processus sont nécessaires pour l'efficacité des fonctions exécutives suivantes : la mémoire de travail, la planification et le raisonnement.
- La quatrième étape est l'entraînement proprement dit des six fonctions exécutives par le biais de personnages métaphoriques. « La présentation et l'exploration de chacun des thèmes sont complétées par des exercices variés destinés à l'acquisition des outils de gestion mentale adéquats de même qu'à l'établissement de liens concrets entre les fonctions étudiées, les comportements et les mécanismes d'apprentissage et d'interaction sociale. »
- La dernière étape est la généralisation des acquisitions faites lors de ce programme. Elle prend la forme d'un projet collectif qui fait la synthèse des ateliers.

Les parents ont un rôle à jouer dans le bon déroulement du programme en assurant « la cohérence et la continuité de la démarche d'intervention dans le contexte de la vie quotidienne ». Pour cela, il est nécessaire qu'ils aient compris les notions de mécanismes cognitifs, fonctions attentionnelles, fonctions exécutives.

➔ Cette méthode se base sur une prise de conscience des troubles par l'enfant et la mise en place de réponses spécifiques à ses symptômes. L'entraînement des fonctions exécutives est le noyau de ce programme ce qui devrait permettre une amélioration des fonctions attentionnelles.

- *Méthode de rééducation spécifique sur matériel scolaire (RSA-MS) (Anciaux et al., 2013) :*

« La rééducation spécifique de l'attention sur matériel scolaire (RSA-MS) a pour objectif de mettre en place une rééducation spécifique des fonctions attentionnelles [...] tout en travaillant sur un matériel scolaire. » Le but de cette méthode est de faciliter le transfert des acquisitions faites en séance à l'école. Le matériel pédagogique n'est qu'un support pour entrainer de manière écologique les fonctions attentionnelles et exécutives.

L'accent est mis sur la réalisation d'une anamnèse complète et détaillée permettant de déterminer avec précision la plainte du patient et de son entourage. Lors de la première séance, il est important d'aborder le TDA/H de manière positive, de donner des conseils simples et d'expliquer les objectifs de la prise en charge.

La rééducation peut être abordée de deux manières différentes : de façon distincte, en entraînant une fonction à la fois, ou de façon intégrée, en faisant appel à plusieurs fonctions cognitives lors de la même activité. Tout au long des séances, des fiches techniques personnalisées sont réalisées en fonction du profil cognitif de l'enfant. Ces fiches proposent la mise en place de stratégies compensatoires dans le quotidien de l'enfant.

Par exemple, pour développer les capacités d'attention sélective des exercices de barrages peuvent être proposés pour favoriser la sélection d'un stimulus pertinent. Les capacités d'attention divisée peuvent être stimulées en proposant à l'enfant de faire deux tâches en même temps. Le thérapeute peut alterner des exercices de deux matières différentes pour obliger l'enfant à faire appel à ses capacités de flexibilité.

➔ Cette méthode a pour objectif l'entraînement des fonctions attentionnelles et exécutives dans le cadre d'activités scolaires. Cette approche permet un meilleur transfert des acquisitions faites en séance dans le milieu scolaire.

4.3. Prise en charge psycho-éducative

La psychoéducation est une discipline au carrefour de la psychologie et de l'éducation spécialisée. Anciaux (2013) définit la psychoéducation comme « l'étude des différents facteurs et phénomènes qui caractérisent la personne en difficulté d'adaptation ». En individuel, la psychoéducation aura pour but de mettre en place des moyens compensatoires en fonction des besoins du patient pour lui permettre une meilleure adaptation. La prise en charge peut aussi se faire en groupe. Dans le cadre du TDA/H, cette prise en charge aura comme objectif d'aider la personne atteinte de TDA/H à s'intégrer le mieux possible sur le plan scolaire et familial.

4.3.1. *Du jeune atteint de TDA/H:*

« Les objectifs poursuivis sont de dompter les difficultés liées au TDA/H et de développer l'estime de soi. » (Anciaux, 2013) L'enfant va tout d'abord apprivoiser son TDA/H par le biais de métaphores qui lui permettront de comprendre comment il fonctionne, ce qui est dû au TDA/H et ce qui fait partie de sa personnalité. Le travail porte ensuite sur la compensation de l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. L'enfant remplit un questionnaire qui lui permet d'identifier ses faiblesses et le thérapeute propose des idées pour y remédier. L'estime de soi de l'enfant hyperactif est souvent touchée or, avoir une bonne estime de soi facilite l'utilisation de ses capacités de libre-arbitre, d'apprentissage et permet de faire face aux événements quotidiens. C'est pour cela que la prise en charge comprend le développement de l'estime de soi. Les enfants porteurs de TDA/H ont en général des difficultés pour s'intégrer socialement, un travail en groupe peut alors être proposé. Les objectifs du groupe sont les suivants : s'informer, se sentir moins seul, apprendre à mieux se connaître, échanger des outils, développer de meilleures habiletés sociales, apprendre à mieux gérer l'impulsivité et les frustrations et améliorer ses stratégies d'apprentissage.

4.3.2. *Des parents:*

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont pour objectif de mettre en place une dynamique familiale positive en aidant les parents à modifier leurs pratiques éducatives pour gérer les comportements perturbateurs de leur enfant. Ces programmes agissent sur deux versants : celui de l'éducation, pour permettre aux parents de comprendre le trouble de leur enfant et d'être accompagné dans la prise en charge, et le versant psychologique qui tente de réduire le stress et le mal-être des parents (Clément et Hauth-Charlier, 2013). Le principe de base des PEHP est « l'augmentation des pratiques éducatives

parentales adaptées qui, à leur tour, vont entraîner l'augmentation des comportements adaptés de l'enfant » (Clément et Hauth-Charlier, 2013). Le PEHP élaboré par Barkley (1997) est le plus populaire et utilisé dans de nombreux pays.

➔ La prise en charge psycho-éducative permet un accompagnement globale de l'enfant ou de ses parents pour aller vers une meilleure connaissance du TDA/H et donc une meilleure adaptation aux symptômes. La mise en place de moyens de compensation au quotidien permet d'améliorer l'intégration de l'enfant au sein de sa famille et de la société en général.

4.4. Prise en charge pharmacothérapique

L'utilisation des traitements médicamenteux est toujours sujet à débat malgré une meilleure connaissance de leurs effets. La famille des psychostimulants est la plus utilisée dans le cadre du TDA/H, surtout dans les formes où l'inattention prédomine. L'action principale de ces médicaments est d'inhiber les réponses et d'augmenter la vigilance. La seule molécule commercialisée en France est la méthylphénidate, plus connue sous le nom de Ritaline® ou de Concerta®. En général, les médecins conseillent de limiter la prise aux jours d'école si possible (Revol, 2010). Le traitement est proposé aux patients dont les adaptations de l'environnement ne suffisent pas, dans le cadre d'un TDA/H très envahissant.

4.5. Prise en charge orthophonique

Actuellement, la rééducation orthophonique des troubles attentionnels est très peu traitée dans la littérature scientifique. Elle est nécessaire si l'enfant avec TDA/H a des troubles du langage.

« La rééducation orthophonique devra prendre en compte toutes les particularités comportementales et cognitives des enfants TDA/H. » Touzin, 2013. Dans Glossa n°67, Monique Touzin conseille d'adapter les séances aux capacités de l'enfant atteint de TDA/H en:

- « aménageant le lieu de travail, en évitant les stimuli distracteurs
- faisant respecter les règles
- structurant le travail, en indiquant les tâches et le temps nécessaire pour leur accomplissement
- proposant des tâches le plus possible nouvelles et attrayantes (ordinateur)
- s'adaptant au temps de concentration de l'enfant
- produisant un renforcement immédiat pour les conduites adaptées et les efforts fournis »

Des exercices spécifiques pour améliorer les capacités cognitives comme les fonctions attentionnelles et les fonctions exécutives peuvent être intégrés dans la rééducation. Par exemple, pour développer les capacités d'inhibition, l'orthophoniste peut lors d'un exercice demander à l'enfant de relire la consigne, de mettre en relief les mots-clés. L'orthophoniste peut demander à l'enfant de verbaliser ce qu'il va faire avant d'agir, l'enfant est alors contraint de planifier. Au niveau attentionnel, des exercices de barrages de lettres peuvent entraîner la sélection d'un stimulus pertinent et l'inhibition des stimuli non-pertinents.

➔ La prise en charge du TDA/H est une prise en charge multi-modale qui prend plusieurs axes suivant le profil du patient. Chaque axe peut être envisagé : psychothérapeutique, neuropsychologique, psycho-éducatif, pharmacothérapique et orthophonique si des troubles du langage sont présents. La prise en charge des troubles comorbides ne doit pas passer au second plan car cela pourrait entraver le développement cognitif, psychologique et social de l'enfant. La rééducation orthophonique tiendra compte du profil cognitif et comportemental de l'enfant ayant un TDA/H.

Nous avons abordé deux troubles : la dyslexie et le TDA/H que nous avons décrit séparément. Nous allons maintenant nous intéresser au lien qui unit ces deux troubles et tenter d'identifier la nature de ce lien.

Chapitre 3 : Le lien entre la dyslexie et le TDA/H

De nombreuses études se sont intéressées au lien unissant les troubles spécifiques du langage écrit (TSLE) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Les résultats de l'étude de Neault et Guay (2007) montrent que 25 à 40% des enfants ayant un TDA/H ont aussi un TSLE et que 15 à 35% des enfants porteurs de TSLE ont aussi un TDA/H.

L'étude de Willcutt et Pennington (2000) suggère que parmi les enfants présentant des TDA/H, les garçons sont entre 40 et 45% à présenter des difficultés d'apprentissage de la lecture, les filles sont entre 15 et 20% ; alors que dans la population de référence, ils sont respectivement entre 5 et 10% et moins de 5%.

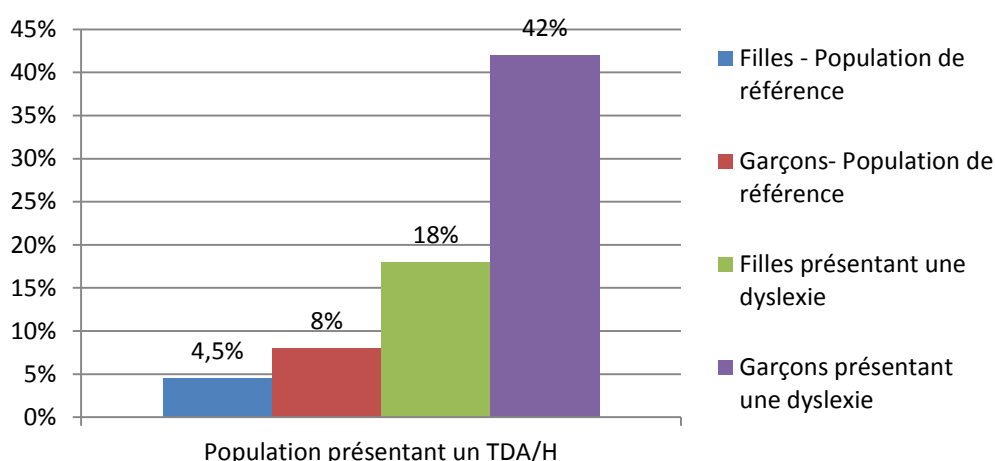


Tableau 1 : Prévalence de la comorbidité entre TDA/H et dyslexie (d'après Willcutt et Pennington (2000))

Nous nous posons donc la question suivante : le TDA/H est-il à l'origine des troubles dyslexiques ; la dyslexie est-elle la cause du TDA/H ou bien sont-ils uniquement concomitants ?

Différentes hypothèses ont été évoquées concernant ce lien qui unit TDA/H et troubles dyslexiques.

La première hypothèse, formulée par Cantwell et Baker, 1991, est que le TDA/H aurait une influence sur les résultats scolaires du fait de l'impulsivité qui pousse l'élève à prendre des décisions trop rapides et basées sur des données erronées. Les difficultés d'attention, de

mémoire de travail et d'encodage entravent aussi l'accès à la lecture. Selon Dally, 2006, les difficultés attentionnelles touchent trois aspects de la lecture :

- la mise en pratique de la correspondance graphème-phonème dans la lecture des mots non-familiers, c'est-à-dire la procédure d'assemblage
- la mise en mémoire de la forme orthographique du mot permettant l'adressage
- la compréhension, à cause de l'inattention concernant certains mots ou certains détails ou en raison de la difficulté de reconnaissance des mots liée à l'adressage déficitaire.

L'enfant inattentif peut rencontrer des difficultés au niveau des deux procédures de lecture.

La seconde hypothèse suggère que ce sont les troubles spécifiques du langage écrit qui mettent l'enfant en situation d'échec scolaire. Par manque de motivation, l'enfant présenterait un trouble du comportement réactionnel de type hyperactif avec un déficit attentionnel.

L'hypothèse suivante se base sur une origine commune qui sous-tendrait les deux troubles. Des études récentes ont confirmé cette hypothèse en trouvant un lien entre la comorbidité TDA/H-dyslexie et des sites du chromosome 14 (Gayan et coll., 2005), ou encore les chromosomes 16p et 17q (Loo et coll., 2004). L'analyse des jumeaux suggère que la comorbidité entre la dyslexie et les TDA/H est principalement due à une influence génétique commune qui conduit à ralentir la vitesse de traitement (Willcutt et coll., 2010).

➔ Dans le cadre de notre mémoire, nous avons choisi de nous baser sur cette dernière hypothèse. Ces deux troubles auraient une influence réciproque qui nécessite une prise en charge adaptée.

Nous avons choisi d'aborder le thème de la prise en charge de la dyslexie et du TDA/H en orthophonie sous l'angle de l'Analyse des Pratiques Professionnelles. Nous allons maintenant tenter de la définir.

Chapitre 4 : Analyse des pratiques professionnelles en orthophonie

1. L'analyse des pratiques professionnelles

À l'heure où la qualité des soins est au centre des préoccupations, et afin de proposer une prise en charge de qualité, les professionnels de la santé sont invités à réfléchir sur leur pratique. En effet, la Haute Autorité de Santé engage le professionnel à adopter une « pratique réflexive » qui l'amène « à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances » (site internet de la HAS). Ainsi, le personnel soignant est invité à se questionner sur les objectifs et les moyens mis en œuvre tout au long de la prise en charge des patients. Cette démarche s'inscrit dans les préoccupations suivantes : l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

1.1. Qu'est-ce que c'est ?

Afin de donner une définition complète de l'analyse des pratiques professionnelles, nous proposons de définir chacun des mots qui composent le terme.

- *L'analyse*

Selon le Dictionnaire d'Orthophonie, l'analyse « désigne toute opération matérielle ou mentale destinée à décomposer un ensemble en ses différents constituants » (Brin et al., 2006). De plus « l'analyse implique la reconnaissance qu'un ensemble est constitué de parties qui, identifiées, permettront d'atteindre les noyaux, les insécables de cet ensemble. » (J. Beillerot, 2003). Ces deux définitions mettent l'accent sur le fait que l'analyse permet d'identifier les parties d'un tout et de les rendre accessibles.

- *La pratique*

Le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante : « 1. Application, exécution, mise en action des règles, des principes d'une science, d'une technique, d'un art, etc., par opposition à la théorie ; 2. exercice d'un métier, en particulier médical. »

Grâce à cette définition, nous pouvons dire que la pratique se retrouve dans l'action, l'agir.

Cependant, la pratique sous-tend deux notions importantes : « d'un côté les gestes, les conduites, les langages ; de l'autre, à travers les règles, ce sont les objectifs, les stratégies, les idéologies qui sont invoquées » (J. Beillerot, 2003). Ce terme regrouperait donc l'action mise en œuvre ainsi que la règle qui régit cette mise en action. En effet, dans le milieu médical par exemple, la pratique est mise en œuvre selon une technique apprise.

- *L'analyse des pratiques professionnelles*

En combinant les deux définitions précédentes, l'analyse des pratiques serait le fait de disséquer les actions mises en œuvre dans le cadre d'une profession. Grâce à ce concept, les professionnels devraient être capables de justifier chacun de leur choix thérapeutique et de pouvoir porter un jugement sur ces choix.

L'analyse des pratiques professionnelles devrait permettre de se placer dans une posture réflexive afin de se décentrer pour émettre un jugement sur nos stratégies thérapeutiques. Le professionnel pourrait alors améliorer sa pratique.

1.2. Les objectifs

Selon la HAS, « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques individuelles et collectives » est l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Ainsi, l'APP et l'EPP se rejoignent au niveau de leurs objectifs, à savoir l'amélioration de la qualité de soins.

Selon l'OMS, la qualité de soins est la « garantie que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé » (site internet de la HAS).

L'APP a donc pour objectif la décentration du professionnel de soins par rapport à son exercice. L'EPP permet à la Haute Autorité de Santé de vérifier la bonne mise en pratique de ses recommandations.

<p>➔ Dans cette partie, nous avons tenté de définir l'analyse des pratiques professionnelles et nous avons donné ses objectifs principaux.</p>
--

2. L'analyse des pratiques en orthophonie

2.1. Dans les études en orthophonie

Depuis la rentrée universitaire 2013/2014, la formation des orthophonistes a évolué. En effet, dorénavant, les étudiants entrant dans ce cursus devront effectuer cinq ans d'études, avec à la clé, le Certificat de Capacité d'Orthophoniste avec un grade master. C'est une avancée pour la profession ; en effet, grâce à ce grade master, ces futurs orthophonistes pourront accéder à la recherche ce qui n'était jusqu'alors pas le cas.

Dans le référentiel de la formation paru dans le Bulletin Officiel n°32, le 5 septembre 2013, on peut découvrir les différentes unités d'enseignement qui seront proposées aux étudiants en orthophonie.

Une partie de ce programme touche directement aux préoccupations actuelles en termes d'Analyse et d'Evaluation des pratiques. En effet, l'unité d'enseignement UE10 s'intitule « Evaluation des pratiques professionnelles ». Ses objectifs sont les suivants :

- « Connaître et savoir évaluer la qualité des soins en orthophonie dans le cadre d'un suivi thérapeutique ou d'une évaluation
- Appliquer les recommandations professionnelles actualisées dans les activités cliniques
- Elaborer des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
- Ajuster le programme d'intervention orthophonique en tenant compte des interactions des différents intervenants auprès du patient et savoir présenter les objectifs d'intervention à court, moyen et long terme. »

Cette unité d'enseignement permettra aux futurs professionnels que sont les étudiants de les sensibiliser sur leur façon de pratiquer l'orthophonie.

2.2. Dans le métier d'orthophoniste

Selon le Dictionnaire d'Orthophonie, l'orthophoniste est « un professionnel de santé et auxiliaire médical [...] chargé de la prévention, du dépistage, de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, et des troubles de la déglutition, chez les personnes tout au long de leur vie. » (Brin et al., 2006).

Les séances de rééducation sont mises en place par l'orthophoniste en fonction de chaque patient et adaptées à chacun d'eux. Ainsi chaque orthophoniste peut être amené à réfléchir sur sa pratique et sur ses choix rééducatifs. Selon Emmanuelle Lederlé, orthophoniste, citée par N. Mathieu, « le fait de réfléchir et de parler de leur travail leur apporte des éclaircissements et des précisions et leur permet une appropriation/réappropriation de leurs pratiques professionnelles » (2011).

Nous pouvons donc supposer, que même en l'absence de formalisation, les orthophonistes peuvent effectuer une Analyse des Pratiques Professionnelles.

➔ En proposant un questionnaire aux orthophonistes interrogés concernant leur prise en charge des enfants dyslexiques et présentant des Troubles de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, nous espérons que cela va les amener à s'interroger sur leurs pratiques. Par conséquent, ce questionnaire pourrait diriger ces orthophonistes à approfondir l'analyse de leur pratique.

Nous avons abordé les notions théoriques concernant la dyslexie, le TDA/H, le lien qui unit ces deux troubles ainsi que l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP). Nous allons maintenant énoncer nos objectifs de travail et présenter nos hypothèses théoriques.

Chapitre 5 : Objectifs et hypothèses théoriques

1. Objectifs

Le but de ce mémoire est de rendre compte des différentes approches des orthophonistes dans le cadre de la prise en charge des enfants diagnostiqués TDA/H et dyslexiques. Par le biais de notre questionnaire les orthophonistes seront amenés à porter un regard sur leurs pratiques et pourront ainsi en faire une analyse.

- ➔ Objectif 1 : Nous souhaitons recenser les connaissances des orthophonistes concernant le TDA/H.
- ➔ Objectif 2 : Dans le cadre de la prise en charge d'enfants uniquement porteurs de troubles dyslexiques, nous souhaitons savoir si les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives et sous quelle forme.
- ➔ Objectif 3 : Nous aimerions savoir si les orthophonistes adaptent leur prise en charge des enfants TDA/H et ayant des troubles dyslexiques, si oui comment.
- ➔ Objectif 4 : Un des objectifs de notre questionnaire serait de provoquer chez l'orthophoniste une mise à distance de ses pratiques, dans le cadre de la prise en charge des enfants TDA/H et dyslexiques, qui lui permettra de se placer en posture réflexive.

2. Hypothèses théoriques

Hypothèse 1 (H1) : Nous supposons que les orthophonistes ont des connaissances concernant le TDA/H.

Hypothèse 2 (H2) : Les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques.

Hypothèse 3 (H3) : Les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et de TDA/H :

- *Hypothèse 3a (H3a)* : en modifiant le cadre de la séance
- *Hypothèse 3b (H3b)* : en modifiant le contenu de la séance

Hypothèse 4 (H4) : L'APP pourrait permettre de modifier voire améliorer leurs pratiques avec des patients TDA/H et dyslexiques grâce à la mise en mots sous-tendue par le questionnaire.

PARTIE METHODOLOGIQUE

1. L'enquête

Nous avons choisi de réaliser une enquête afin d'approcher au mieux les méthodes de rééducation des orthophonistes prenant en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et atteint du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

Selon le Dictionnaire Larousse, l'enquête est « l'étude d'une question faite en réunissant des témoignages et des expériences ». De plus, selon N. Berthier citée par N. Mathieu (2011), l'enquête est « une quête d'informations [...] permettant d'aboutir à des résultats quantifiables, c'est-à-dire traduisibles en chiffres ».

D'après ces deux définitions, l'enquête permet de recueillir les informations auprès d'une population déterminée concernant une expérience donnée. Ces données pourront ensuite être exploitées de façon qualitative et quantitative. Il s'agit donc bien d'une méthode qui correspond à notre problématique à savoir recueillir les témoignages des orthophonistes prenant en charge les enfants porteurs de troubles dyslexiques et du TDA/H afin de savoir s'il y a des adaptations faites en faveur de ces enfants durant les séances de rééducation et si oui, quelles sont-elles.

Cependant, deux méthodes d'enquête s'offrent à nous : l'entretien et le questionnaire. Afin de savoir lequel choisir, nous allons les étudier plus en détail.

1.1. L'entretien

Selon S. Sigrist, « l'entretien consiste en un contact direct avec les personnes interrogées. C'est un moment de parole durant lequel un interviewer extrait une information d'un interviewé sur ses actions passées, ses savoirs sociaux, ses valeurs, ses représentations... » (2012). En effet, l'entretien vise à faire mettre en mots.

Il peut être directif, semi-directif ou bien non-directif. La nuance existe selon que l'entretien est plus ou moins basé sur des questions préalablement préparées (directif), ou bien il laisse une grande place à l'interviewé et à sa logique propre (non-directif).

Selon A. Blanchet et A. Gotman, citées par N. Mathieu, les entretiens peuvent permettre « d'analyser un problème et constituer la source d'information principale » et de « compléter une enquête ou replacer dans leur contexte des résultats obtenus préalablement par des questionnaires » (2011). De plus, selon De Singly, « l'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements, [...] [il doit être choisi] si on se situe dans le cadre d'une sociologie compréhensive » (2012).

Cependant, l'enquête ne permet pas d'interroger un grand nombre de personnes.

L'entretien ne correspond donc pas à notre besoin d'enquête. En effet, nous souhaitons pouvoir interroger un grand nombre d'orthophonistes afin de pouvoir extraire les informations et les formaliser.

1.2. Le questionnaire

Le questionnaire est « une série de questions que l'on pose à un informateur et qui peuvent concerner des opinions, représentations, croyances, ou divers renseignements factuels sur lui-même et son environnement » (De Singly cité par S. Sigrist, 2012).

De plus, « le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite » (De Singly, 2012).

Le questionnaire peut être auto-administré, c'est-à-dire que la personne est mise en possession du questionnaire et y répond seule. Sinon, la passation du questionnaire peut se faire par enquêteur, soit en face à face soit au téléphone. (Muchielli cité par S. Sigrist, 2012).

Le questionnaire permet d'interroger un grand nombre de personnes dans sa version auto-administrée. La population interrogée remplit le questionnaire et le renvoie ensuite à l'interviewer qui pourra ensuite analyser et comparer les différentes réponses entre elles.

Notre choix se portera donc sur le questionnaire qui permet d'interroger un plus grand nombre de professionnels afin de tenter de formaliser les pratiques des orthophonistes concernés. De plus, les professionnels pourront choisir le moment opportun afin de le remplir car il ne nécessite pas la présence d'une tierce personne pour la passation. Toutefois, ce travail pourrait ensuite être complété par des entretiens permettant d'approfondir les pratiques des orthophonistes ayant répondu. Ce pourrait être le travail d'un prochain mémoire.

Enfin, nous n'oublions pas que les réponses d'un questionnaire sont subjectives. En effet, elles ne sont basées que sur les dires des personnes interrogées et ne sont pas forcément le reflet objectif de leurs pratiques.

2. **Elaboration d'un questionnaire**

2.1. Renseignements, données signalétiques

Cette partie introduit souvent le questionnaire. Elle permet de renseigner sur l'identité de l'interviewé. Dans notre questionnaire, cette partie nous permettra de connaître certaines données qui pourraient justifier certaines réponses (mode d'exercice, centre de formation...).

2.2. Les différents types de question

2.2.1. *Questions ouvertes – questions fermées – questions “cafétéria”*

Ces trois types de questions varient selon leur forme :

- Les questions ouvertes :

Les questions ouvertes sont celles où « les personnes interrogées sont libres de répondre comme elles le veulent » (De Singly, 2012).

Ces questions ont l'avantage de permettre à l'interrogé de s'exprimer comme il le souhaite sur le sujet. En effet, la personne questionnée ne se voit pas enfermer dans des propositions limitées ; elle n'est pas non plus influencée par les différentes propositions.

Cependant, « les informations recueillies peuvent être trop dispersées, ou inutiles en référence aux préoccupations de la recherche. [...] l'usage des questions ouvertes enseigne que nombre de réponses peuvent être floues, incodables » (De Singly, 2012).

De plus, les questions ouvertes sont plus fastidieuses à analyser. En effet, ces questions nécessitent un dépouillement individuel de chacune des réponses.

- Les questions fermées :

« Les questions fermées sont celles où les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance » (De Singly, 2012).

L'interrogé ne peut choisir qu'une seule réponse. Il est alors aisé d'y répondre. De plus, le dépouillement sera facilité et rapide. Toutefois, il ne faut pas oublier « d'inclure une option « sans opinion » » (De Singly, 2012).

- Les questions de type cafétéria :

Ces questions « laissent à l'enquêté le choix de plusieurs réponses parmi une liste de propositions » (Mathieu, 2011).

Elles ont l'avantage de permettre à l'interrogé de choisir parmi un panel de réponses celle qui reflète le mieux son opinion. Il pourra alors choisir une ou bien plusieurs réponses qui lui conviendraient.

Tout comme les questions fermées, les questions cafétéria ont l'avantage de permettre un dépouillement rapide. Cependant, il faut veiller à ce que l'éventail des réponses proposées soit assez large.

2.2.2. *Questions de fait – questions d'opinion*

Ces deux types de questions varient selon le fond, selon la réponse attendue :

- Les questions de fait :

Selon De Singly, « la question de fait tente de cerner une dimension de la pratique » (2012). Ces questions posent sur du réel, sur des faits vérifiables.

Dans notre cas, ces questions pourraient nous renseigner sur les pratiques des orthophonistes.

- Les questions d'opinion :

Selon De Singly, « la question d'opinion demande un jugement sur cette pratique, ou même sur une idée en général » (2012). Ces questions portent sur l'avis que les interrogés ont sur un sujet en particulier.

Dans notre questionnaire, les questions d'opinion porteraient sur le regard que les orthophonistes portent sur leurs pratiques.

2.3. Quelques précautions

De Singly, dans son livre *L'enquête et ses méthodes, le questionnaire* (2012), attire notre attention sur différents points :

2.3.1. *Inclure des questions de jugement et des justifications*

Les questions de jugement et les justifications font partie des questions d'opinion mais accompagnent les questions de fait. En effet, « toute pratique inclut la manière dont le pratiquant se motive pour agir, la justifie » (De Singly, 2012).

Dans notre questionnaire, ces questions pourraient nous permettre de comprendre les raisons de telle ou telle pratique.

2.3.2. *Lutter contre l'effet d'imposition d'une problématique*

Lors de la rédaction d'un questionnaire, il faut faire attention à la formulation des questions. En effet, celles-ci peuvent induire une réponse ou bien porter un jugement sur une réponse. « La formulation des questions ne doit désavantager aucune réponse *a priori* et ne pas indiquer par le choix des mots, des modalités, la bonne réponse que la majorité des personnes interrogées estiment devoir fournir » (De Singly, 2012). Par conséquent, il faut être vigilant aux mots utilisés, « les mots ne sont pas neutres, aussi faut-il réfléchir à leur usage avant de les faire figurer dans les questions » (De Singly, 2012).

2.3.3. *Standardisation et anonymat*

Pour que l'étude soit la plus objective possible, le questionnaire sera standardisé c'est-à-dire qu'il sera le même pour toutes les personnes interrogées. Cela nous permettra de pouvoir comparer les réponses entre elles. Cependant, nous ne pouvons maîtriser les conditions de passation qui pourraient modifier de façon minime la formulation des réponses.

Afin de préserver l'anonymat des orthophonistes qui souhaiteraient rester discrets, les personnes interrogées n'indiqueront leur identité que si elles souhaitent être contactées ultérieurement afin d'éventuellement poursuivre l'étude. Aucune obligation n'est posée.

➔ Afin de proposer un questionnaire de qualité, nous tenterons de formuler les questions en utilisant les différentes techniques à notre disposition en respectant les règles de formulation.

3. Rappel des objectifs et des hypothèses théoriques

3.1. Résumé des objectifs (O)

O1 : Recenser les connaissances des orthophonistes concernant le TDA/H.

O2 : Savoir si les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives et sous quelle forme dans le cadre de la prise en charge d'enfants uniquement porteurs de troubles dyslexiques.

O3 : Savoir si les orthophonistes adaptent leur prise en charge des enfants TDA/H et ayant des troubles dyslexiques, si oui comment.

O4 : Provoquer chez l'orthophoniste une mise à distance de sa pratique, dans le cadre de la prise en charge des enfants TDA/H et dyslexiques.

3.2. Rappel des hypothèses théoriques (H)

Hypothèse 1 : Nous supposons que les orthophonistes ont des connaissances concernant le TDA/H.

Hypothèse 2 : Les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques.

Hypothèse 3 : Les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et de TDA/H :

- *Hypothèse 3a* : en modifiant le cadre de la séance
- *Hypothèse 3b* : en modifiant le contenu de la séance

Hypothèse 4 : L'APP pourrait permettre de modifier voire améliorer leurs pratiques avec des patients TDA/H et dyslexiques grâce à la mise en mots sous-tendue par le questionnaire.

4. Elaboration de notre questionnaire

Cette partie a pour but de justifier nos choix concernant la présence ou non des questions au sein de notre formulaire. Nous avons attribué arbitrairement une lettre majuscule à chaque partie de notre questionnaire dans le but de faciliter le traitement des données. L'intégralité du questionnaire est présente dans les annexes. Vous pouvez vous y référer pour avoir les intitulés exacts de nos questions.

4.1. Introduction du questionnaire

Le questionnaire est introduit par quatre sous-parties :

- Introduction
- Problématique
- Informations pratiques
- Terminologie

Ces parties nous permettent de donner les objectifs du questionnaire, d'informer le répondant sur la problématique de notre mémoire, de donner des informations concernant le remplissage du questionnaire électronique et de faire part de nos choix terminologiques.

4.2. Questions préalables (Questions P)

Cette partie permet de recueillir des renseignements sur les orthophonistes qui répondent au questionnaire.

Le mode d'exercice (P1) permet de connaître le cadre de travail de l'orthophoniste.

L'année d'obtention du diplôme (P2) et le centre de formation (P3) permettent d'évaluer les différences au niveau de la formation initiale dans le temps et dans les différents lieux de formation.

Nous recherchons aussi des informations sur la prise en charge ou non d'enfants dyslexiques et TDA/H. Nous pourrions analyser si le nombre d'enfants différents pris en charge et leurs tranches d'âge ont un impact sur les moyens utilisés en rééducation.

Nous souhaitons aussi savoir pour quel motif certains orthophonistes ne prennent pas en charge d'enfants dyslexiques et TDA/H.

4.3. Questions concernant les connaissances sur le TDA/H (Questions C)

Ces questions nous permettent de recenser les connaissances des orthophonistes concernant le TDA/H. Elles vont donc permettre de répondre à notre hypothèse H1.

Une définition générale des manifestations du TDA/H est demandée dans la question C1.

La question C2 nous permet de sonder les connaissances des orthophonistes concernant les différents types d'attention. La question C3 vise à faire émerger les connaissances concernant les fonctions exécutives. Ces deux questions sont d'abord fermées pour que les termes choisis soient homogènes. Puis chaque question est complétée par une question ouverte qui permet à l'orthophoniste de définir les termes avec ses propres mots.

Nous souhaitons savoir comment les orthophonistes ont acquis leurs connaissances (C4) lors de la formation initiale, de la formation continue ou grâce à des lectures personnelles.

4.4. Questions concernant la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques uniquement (Questions D)

Ces questions ont pour but de répondre à notre hypothèse 2.

La question D1 permet de savoir si l'orthophoniste effectue ou non un travail attentionnel. Nous précisons ensuite la réponse en demandant sur quelle(s) modalité(s) ils travaillent (D2) et quel(s) type(s) d'attention sont travaillé(s) (D3). Les questions D2 et D3 sont chacune suivies d'une question ouverte permettant aux orthophonistes de fournir des exemples d'exercices effectués en séance.

La question D4 permet de savoir si l'orthophoniste effectue ou non un travail des fonctions exécutives. Nous savons quelles fonctions exécutives sont abordées en séance grâce à la question D5. Elle est complétée par une question ouverte qui recueille des exercices spécifiques des fonctions exécutives utilisés par les orthophonistes.

La question D6 nous indique quels pré-requis à la lecture sont abordés par les orthophonistes. Cette question est indispensable pour pouvoir traiter les réponses à la question T8 qui fait référence à la différence de prise en charge par rapport à l'enfant dyslexique uniquement (**cf. 4.5**).

Nous demandons à nouveau aux orthophonistes de nous dire s'ils prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H pour pouvoir les orienter automatiquement vers la partie du questionnaire qui les concerne. Les orthophonistes qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H accèdent aux questions concernant cette population. Ceux qui ne prennent pas en charge cette population sont directement dirigés vers les questions traitant l'analyse des pratiques professionnelles.

4.5. Questions concernant la rééducation orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H (Questions T)

Ces questions seront proposées pour répondre à notre hypothèse 3.

La question T1 est une question générale qui informe sur l'adaptation ou non des pratiques des orthophonistes avec des enfants dyslexiques et TDA/H. Les questions suivantes servent à savoir dans quelles mesures les orthophonistes modifient leurs pratiques.

La question T2 concerne la modification du cadre de la séance, elle permet donc de répondre à notre hypothèse 3a. Cette question est de type cafétéria, nous avons proposé des réponses qui représentent un choix assez large. Cependant, nous laissons une rubrique « autre » permettant aux répondants d'ajouter des éléments s'ils en ressentent le besoin.

Ensuite, nous reprenons la même trame que pour la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques uniquement ce qui nous permettra d'effectuer un comparatif (T3 à T7).

La question T8 recueille les manières d'aborder différemment les pré-requis au langage écrit avec des enfants dyslexiques et TDA/H par rapport aux enfants dyslexiques uniquement.

Nous souhaitons ensuite savoir si la rééducation des deux voies de lecture est abordée différemment avec les enfants dyslexiques et TDA/H (T9 et T10).

Enfin, nous laissons aux répondants un espace de libre expression concernant la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H (T11).

Les questions T3 à T7 permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse 3b.

4.6. Questions concernant l'analyse des pratiques professionnelles (Questions A)

Ces questions ont pour objectif de répondre à l'hypothèse 4.

Nous souhaitons savoir si les orthophonistes ont pu porter une réflexion sur leurs pratiques professionnelles grâce à ce questionnaire (A1).

Les orthophonistes évaluent eux-mêmes leurs connaissances sur le TDA/H (A2).

Les questions A3 et A4 ont pour but de savoir si les orthophonistes pensent modifier leurs pratiques auprès d'enfants dyslexiques et TDA/H à la suite de ce questionnaire.

La question A5 nous informe des modifications que les orthophonistes ont effectuées dans leur prise en charge de l'enfant dyslexique uniquement grâce à leurs expériences auprès d'enfants dyslexiques et TDA/H.

La question A6 laisse aux participants la possibilité d'ajouter des éléments concernant le sujet, s'il le trouve pertinent et s'il pense qu'il faut y donner suite.

4.7. Page finale

Nous remercions les participants d'avoir rempli le questionnaire. S'ils acceptent d'être contactés lors de la poursuite éventuelle de notre étude, nous leur proposons de nous indiquer

leurs coordonnées. Il ne reste plus qu'à cliquer sur le bouton « envoyer » pour que toutes les données soient enregistrées et le questionnaire prend fin.

5. Phase expérimentale

5.1. Choix d'un questionnaire en ligne

Nous avons choisi la forme d'un questionnaire en ligne pour faciliter l'envoi et le retour de celui-ci. La diffusion par voie électronique permet de réduire le coût et d'élargir la population.

Notre deuxième argument est la préservation de l'anonymat. En effet, le questionnaire en ligne ne donne aucune information concernant le participant s'il ne le souhaite pas.

Le recueil des données est aussi facilité. Les données sont directement recueillies dans un fichier de type tableur.

5.2. Création du formulaire

Notre formulaire a été créé à partir du logiciel « Google Documents ».

Nous avons choisi de mettre des questions obligatoires uniquement dans la première partie de notre questionnaire (questions préalables). Les orthophonistes ont ainsi la liberté de répondre ou non aux questions que nous proposons.

5.3. Envoi et retour du questionnaire

Le lien de notre questionnaire a été envoyé dans un courrier électronique destiné aux orthophonistes (cf. Annexes). Ce courrier explique le but de notre travail, les modalités de fonctionnement du questionnaire, la garantie de l'anonymat. Ce courrier a été envoyé à S. Guirlinger, maître de ce mémoire, qui l'a fait parvenir aux adhérents de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) des régions Champagne-Ardenne et Lorraine. Le questionnaire a été envoyé à chaque responsable du syndicat des départements lorrains et à la Présidente du syndicat de la région Champagne-Ardenne.

Nous avons aussi diffusé notre questionnaire via Facebook dans le groupe « Ortho-Infos ». Ce groupe est exclusivement réservé aux orthophonistes ou aux étudiants en orthophonie.

5.4. Population

Le lien du questionnaire a été diffusé par le biais du Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle (SOMM-54). Les 346 adhérents du SRO Lorraine (Syndicat Régional des

Orthophonistes de Lorraine ; 71 adhérents dans les Vosges, 15 adhérents dans la Meuse, 150 adhérents en Moselle et 110 adhérents en Meurthe-et-Moselle) et les 160 adhérents du SOCHA (Syndicat des Orthophonistes de Champagne-Ardenne) ont reçu notre formulaire, soit 506 orthophonistes.

La diffusion du questionnaire par le biais de Facebook a touché des orthophonistes de toute la France, le groupe « Ortho-Infos » recense 8846 membres.

La population visée est les orthophonistes qui prennent en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et de TDA/H ainsi que les orthophonistes qui prennent en charge des enfants avec uniquement des troubles dyslexiques. L'ouverture de notre questionnaire aux praticiens ne prenant pas en charge d'enfants avec TDA/H nous permettra de mettre évidence d'éventuelles différences au niveau de la prise en charge de la dyslexie.

6. Mode de traitement des données

6.1. Traitement quantitatif

Pour traiter les données recueillies grâce au questionnaire, nous avons choisi un mode de traitement qui s'approche de la *méthode de scoring* utilisée dans le mémoire de Sarah Sigrist (Etat des lieux des représentations des orthophonistes à propos des temps silencieux d'enfants présentant des troubles d'ordre logique placés en situation ludique, 2013). Cette méthode de scoring est une méthode générale de classement statistique ayant pour but de déterminer le groupe d'appartenance d'un individu à partir de ses caractéristiques.

Les réponses attendues sont dites « positives » et donnent lieu à l'attribution d'un ou plusieurs points. Ces réponses sont celles que nous souhaitons voir apparaître dans le but de valider nos hypothèses théoriques. Les réponses non-pertinentes sont alors dites « négatives » et donnent lieu à une note nulle.

Une grille d'analyse permettant un traitement quantitatif des résultats obtenus a été créée par nos soins. Cette grille a pour but d'attribuer une note pour les réponses positives. Nous avons ensuite établi des seuils permettant de valider nos hypothèses. Nous estimons qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir toutes les réponses positives pour valider une hypothèse. Par exemple, dans la partie sur les connaissances du TDA/H, nous estimons qu'un orthophoniste qui obtient la moitié des points a des connaissances sur le TDA/H même si elles ne sont pas exhaustives. Nous avons établi que les seuils sont à 50% de réponses positives. Si le seuil n'est pas entier, nous avons choisi d'arrondir à l'entier supérieur.

→ Grilles d'analyse :

• Hypothèse H1 :

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
C1	Mot-clé : "hyperactivité"	1	12	6 sur 12
	Mot-clé : "impulsivité"	1		
	Mot-clé : "inattention"	1		
C2	"ALERTE"+ mots-clés "éveil"/"réaction"/"base"	1		
	ATTENTION SOUTENUE+ mots-clés "orientation"/"maintien"	1		
	ATTENTION DIVISEE + mots-clés "tâches simultanées"	1		
	ATTENTION SELECTIVE + mots-clés "filtre"/"pertinent"	1		
C3	MÉMOIRE DE TRAVAIL + mots-clés "conserver mentalement"/"manipuler"	1		
	PLANIFICATION + mots-clé "prévoir"	1		
	VISUALISATION + mots-clés "évoquer"/"image mentale"/"décrire"	1		
	INHIBITION + mots-clés "empêcher"/"freiner"/"réponse automatique"	1		
	FLEXIBILITE + mots-clés "modifier"/"réajuster"	1		

• Hypothèse H2 :

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
D1	OUI	1	12	6 sur 12
D2	VISUELLE + cohérence des exemples	1		
	AUDITIVE + cohérence des exemples	1		
D3	SOUTENUE + cohérence des exemples	1		
	DIVISEE + cohérence des exemples	1		
	SELECTIVE + cohérence des exemples	1		
D4	OUI	1		
D5	MÉMOIRE DE TRAVAIL + cohérence des exemples	1		
	PLANIFICATION + cohérence des exemples	1		
	VISUALISATION + cohérence des exemples	1		
	INHIBITION + cohérence des exemples	1		
	FLEXIBILITE + cohérence des exemples	1		

- **Hypothèse H3 :**

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
T1	OUI	1	1	1 sur 1

- **Hypothèse H3a :**

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
T2	Un point par case cochée	8	8	4 sur 8

- **Hypothèse H3b :**

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
T3	OUI	1	15	8 sur 15
T4	VISUELLE + cohérence des exemples	1		
	AUDITIVE + cohérence des exemples	1		
T5	SOUTENUE + cohérence des exemples	1		
	DIVISEE + cohérence des exemples	1		
	SELECTIVE + cohérence des exemples	1		
T6	OUI	1		
T7	MÉMOIRE DE TRAVAIL + cohérence des exemples	1		
	PLANIFICATION + cohérence des exemples	1		
	VISUALISATION + cohérence des exemples	1		
	INHIBITION + cohérence des exemples	1		
	FLEXIBILITE + cohérence des exemples	1		
T8	Pré-requis + cohérence des exemples	1		
T9	OUI + cohérence des exemples	1		
T10	OUI + cohérence des exemples	1		

- **Hypothèse H4 :**

Question	Catégorie positive : réponse attendue	Points	Total	Seuil
A1	OUI	1	3	2 sur 3
A3	OUI	1		
A4	OUI	1		

6.2. Traitement qualitatif

Nous souhaitons ajouter à notre analyse quantitative une analyse qualitative qui nous permettra de vérifier la cohérence des réponses et d'établir des liens entre les différentes parties de notre questionnaire, les connaissances sur le TDA/H et la rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H par exemple.

Nous effectuerons une analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes, nous recherchons la présence de mots-clés ou d'idées maitresses nous permettant d'attribuer ou non les points à la question.

Nous aborderons aussi les questions qui ne sont pas traitées de manière quantitative dans notre grille mais qui feront uniquement l'objet d'un traitement qualitatif (C4, D6, T11, A5, A6).

7. **Hypothèses opérationnelles (HO)**

Les hypothèses opérationnelles sont le reflet concret de nos hypothèses théoriques. Grâce à ces hypothèses opérationnelles nous pourrions observer si la théorie se vérifie dans la réalité. En effet, l'objectif de ce mémoire est de recueillir par le biais d'un questionnaire les connaissances et les pratiques des orthophonistes concernant les enfants dyslexiques et TDA/H. De plus, nous donnons l'occasion aux orthophonistes de mettre en mots ce qu'ils font au quotidien dans le but de porter un regard réflexif sur leurs pratiques.

Les hypothèses théoriques seront validées lorsque plus de 2/3 (66,6%) des répondants auront validé le seuil fixé. Nous aurions pu valider nos hypothèses à 50% de validation des seuils mais nous pensons que cela n'est pas représentatif. Cela signifie qu'il y a autant d'orthophonistes qui ne valident pas ces seuils que d'orthophonistes qui les valident. C'est pourquoi nous avons décidé qu'il fallait que le nombre d'orthophonistes validant le seuil soit deux fois plus important que ceux qui ne le valident pas.

<u>Hypothèses théoriques</u>	<u>Hypothèses opérationnelles</u>
<u>H1</u>	<u>HO1</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score supérieur ou égal à 6 sur 12 aux questions C1 à C3.
<u>H2</u>	<u>HO2</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score supérieur ou égal à 6 sur 12 aux questions D1 à D5.
<u>H3</u>	<u>HO3</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score de 1 à la question T1. L'hypothèse HO3 est validée si au moins une des sous-hypothèses est validée (HO3a, HO3b).
	<u>HO3a</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score supérieur ou égal à 4 sur 8 à la question T2.
	<u>HO3b</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score supérieur ou égal à 8 sur 15 aux questions T3 à T10.
<u>H4</u>	<u>HO4</u> : Plus de 66,6% des répondants obtiennent un score supérieur ou égal à 2 sur 3 aux questions A1, A3 et A4.

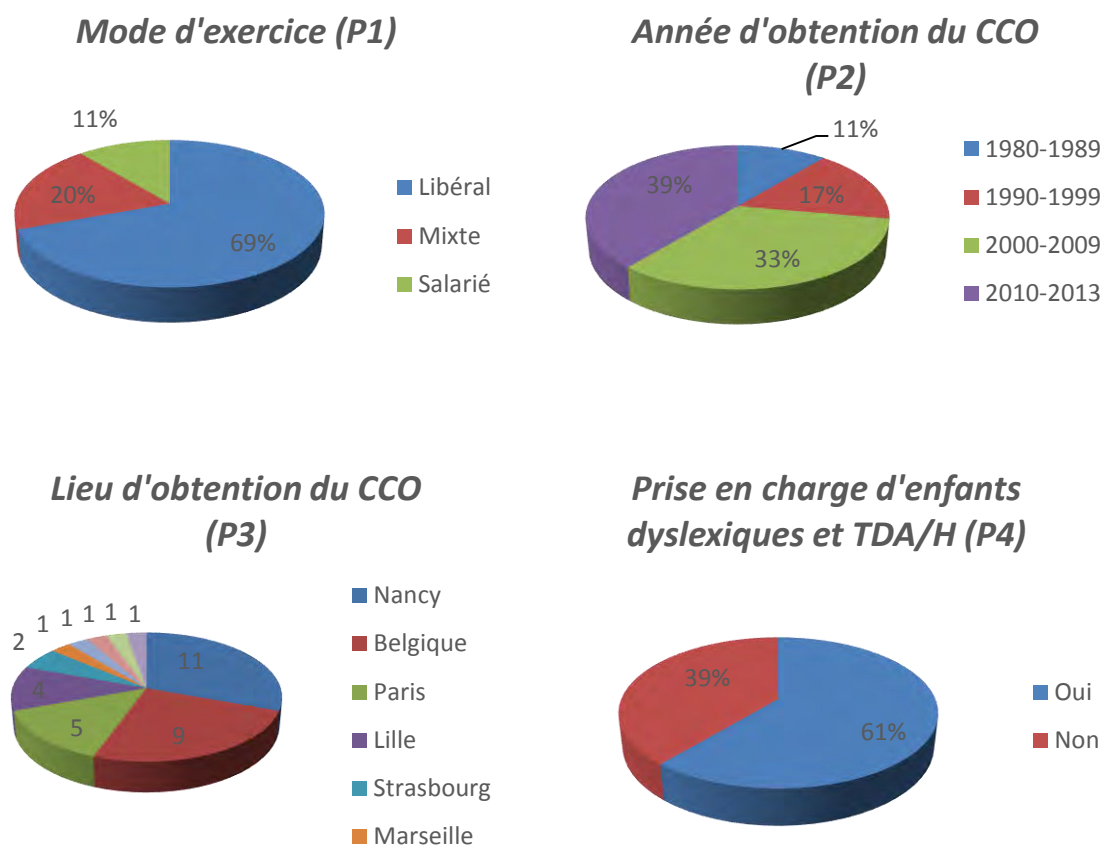
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Nous avons recueilli 36 réponses dont 22 réponses d'orthophonistes prenant en charge des enfants dyslexiques et TDA/H. Cette partie a pour but de présenter et d'analyser les résultats.

1. Analyse quantitative

1.1. Résultats concernant la population

La majorité des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire exerce en libéral. 72% des répondants ont été diplômés entre 2000 et 2013. Plus de la moitié des répondants ont obtenu leur diplôme à Nancy ou en Belgique. 61% de notre population prend en charge des enfants dyslexiques et TDA/H.

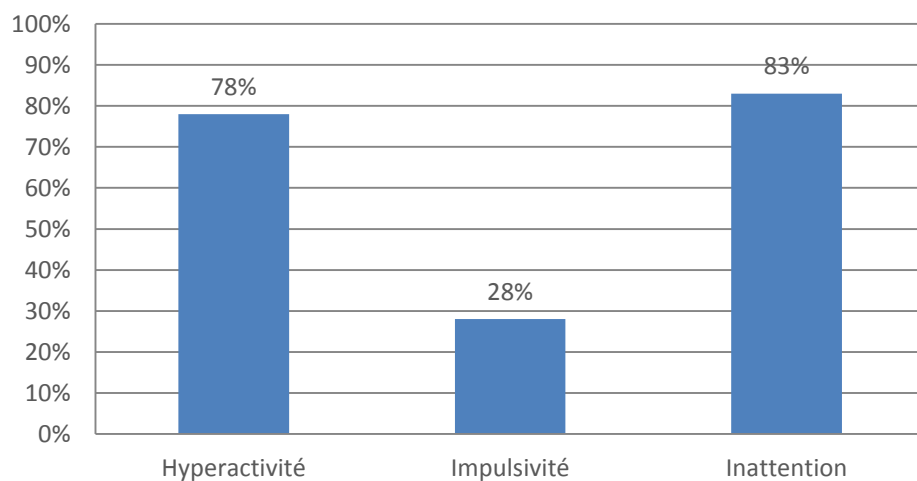


➔ La population qui a répondu à notre questionnaire exerce plutôt en libéral, depuis une dizaine d'années. 61% des répondants prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H.

1.2. Résultats concernant les connaissances des orthophonistes sur le TDA/H

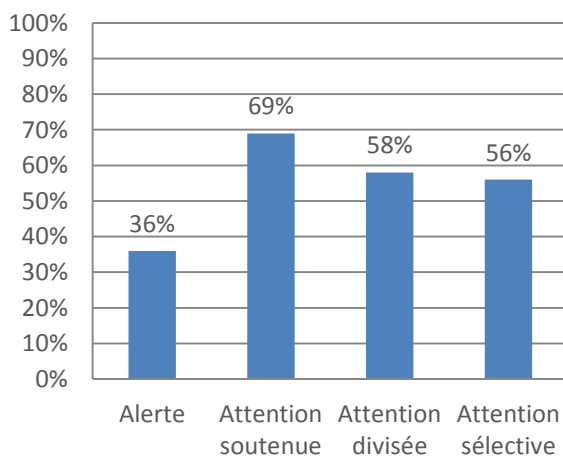
Nous souhaitions savoir comment les orthophonistes définissaient le TDA/H (Question C1). Nous pouvons remarquer que les critères d'inattention et d'hyperactivité sont connus par plus de 75% des répondants. A l'inverse, seulement 28% des répondants incluent le critère d'impulsivité dans leur définition.

Définition du TDA/H (C1)

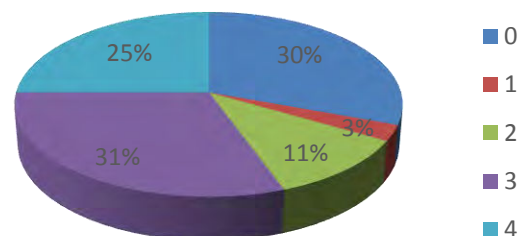


La question C2 nous permet de remarquer que l'alerte est moins connue que les autres types d'attention. Plus de la moitié des répondants (56%) définit correctement 3 ou 4 types d'attention.

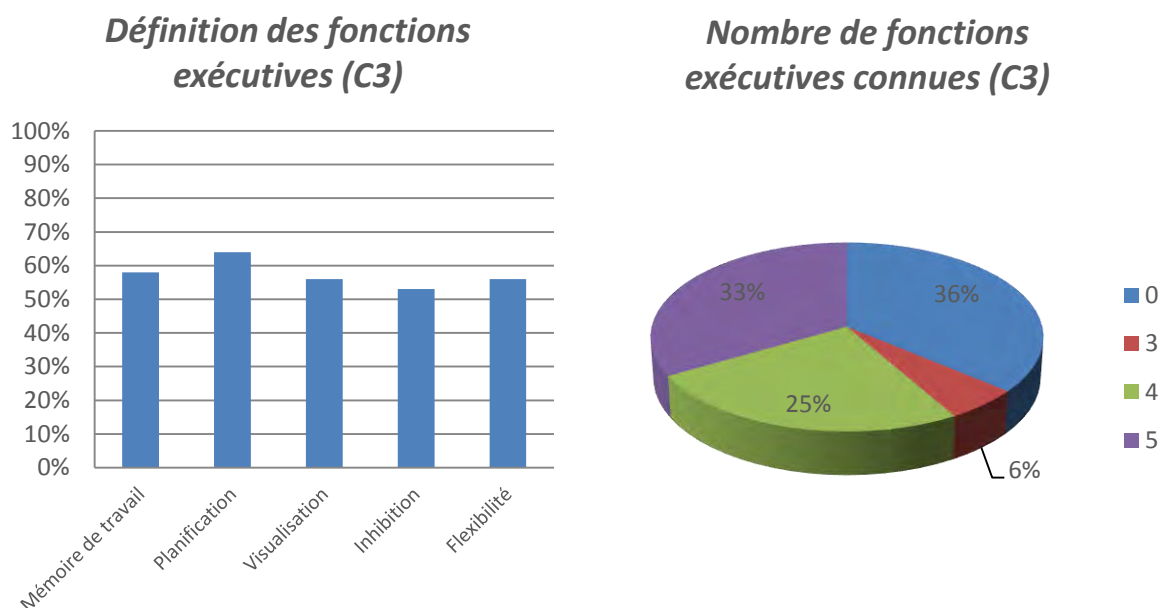
Définition des différentes attentions (C2)



Nombre d'attentions connues (C2)



La majorité des répondants (58%) définit correctement 4 ou 5 fonctions exécutives. Malgré tout, un tiers des répondants ne définit aucune des fonctions exécutives.

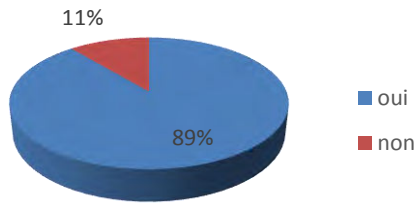


➔ L'inattention et l'hyperactivité définissent le TDA/H pour plus de 75% des orthophonistes qui ont répondu au questionnaire. Cependant, l'impulsivité n'apparaît que dans 28% des réponses. Plus de la moitié des répondants ont des connaissances sur les différents types d'attention et sur les fonctions exécutives.

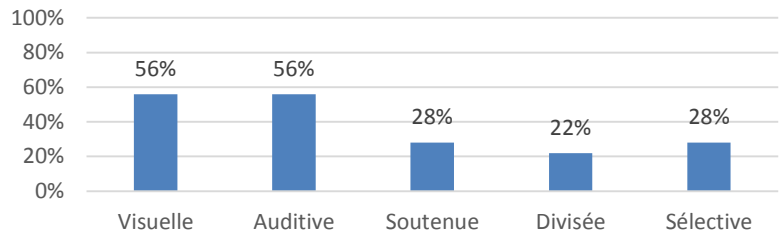
1.3. Résultats concernant la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques uniquement

Les questions D1 à D5 nous renseignent sur la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives que les orthophonistes proposent aux patients dyslexiques. Nous pouvons remarquer que ces notions sont abordées dans la majorité des cas : 89% des orthophonistes proposent un travail attentionnel et 75% un travail des fonctions exécutives. Le travail attentionnel concerne majoritairement les composantes visuelles (56%) et auditives (56%). Les fonctions exécutives sont surtout abordées par le biais de la visualisation (36%) et de la mémoire de travail (31%).

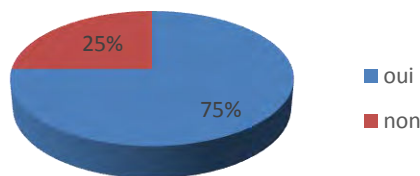
Travail attentionnel (D1)



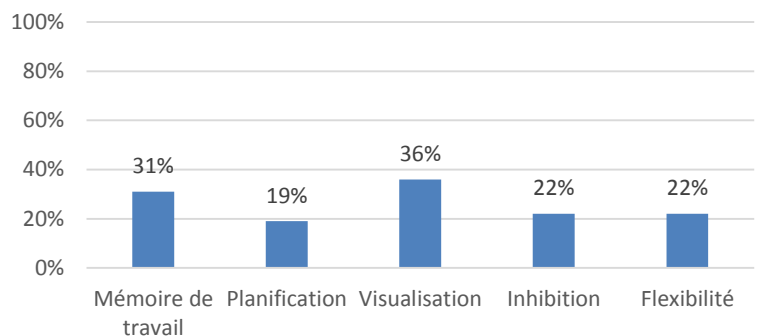
Travail attentionnel (D2-D3)



Travail des fonctions exécutives (D4)



Travail des fonctions exécutives (D5)

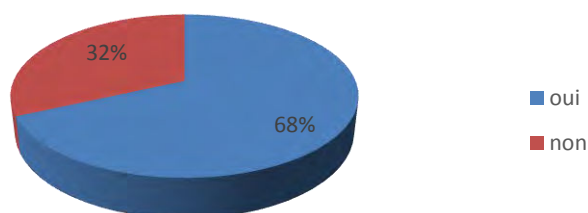


➔ Les orthophonistes effectuent dans la plupart des cas un travail attentionnel (89%) et un travail des fonctions exécutives (74%). Le travail attentionnel est majoritairement auditif et visuel. Les fonctions exécutives travaillées sont surtout la visualisation et la mémoire de travail.

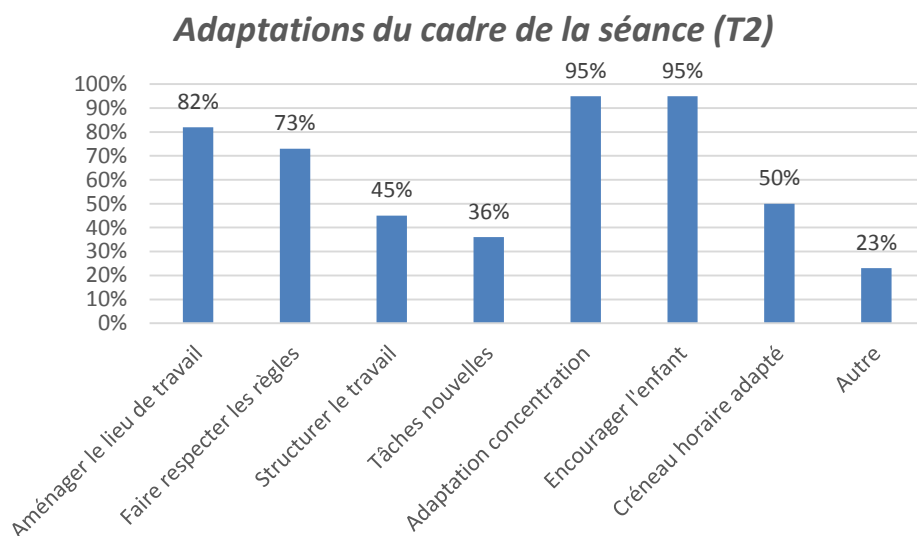
1.4. Résultats concernant la rééducation orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H

La majorité des répondants (68%) affirme modifier la prise en charge orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H par rapport à la prise en charge de la dyslexie uniquement.

Modification de la prise en charge (T1)

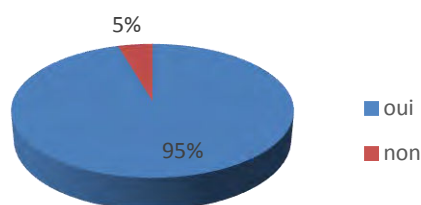


Ces adaptations prennent différentes formes. La plupart des répondants (95%) s'adapte au temps de concentration de l'enfant et l'encourage. Vient ensuite l'aménagement du temps de travail (82%) puis le respect des règles (73%). Dans la catégorie « autre », on retrouve notamment les adaptations suivantes : hiérarchiser les tâches quand cela est possible, établir une chronologie, apporter une aide visuelle, stabiliser l'enfant, le mettre en position d'auto-évaluation, lui proposer des défis personnalisés, lui permettre de se déplacer ou encore épurer les supports.

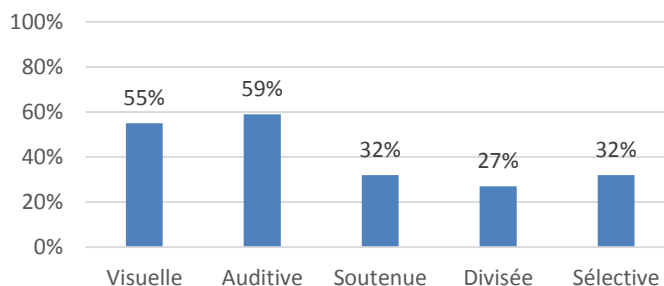


Les orthophonistes prenant en charge des enfants dyslexiques et TDA/H proposent en grande majorité un travail attentionnel (95%) et un travail des fonctions exécutives (77%). Une fois encore, le travail attentionnel passe surtout par les composantes visuelles (55%) et auditives (59%). Les différentes fonctions exécutives sont travaillées de façon homogène.

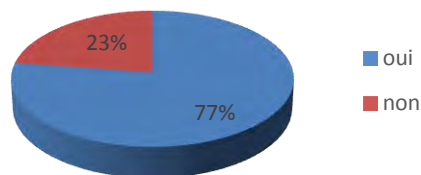
Travail attentionnel (T3)



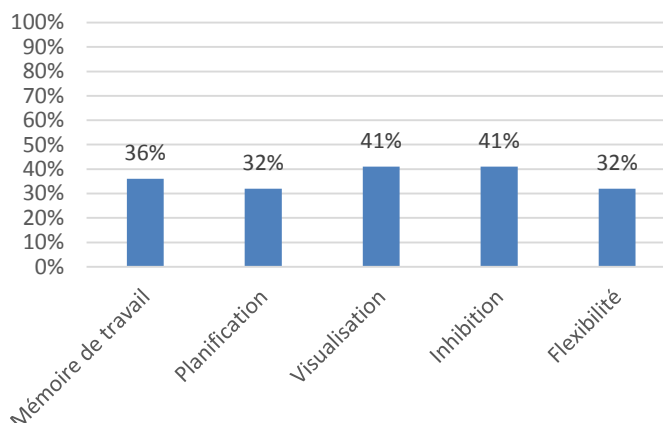
Travail attentionnel (T4-T5)



Travail des fonctions exécutives (T6)



Travail des fonctions exécutives (T7)



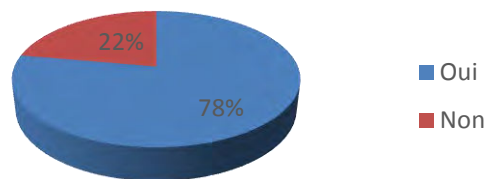
Seuls 4 répondants sur les 22 abordent un contenu différent pour les pré-requis à la lecture (question T8). De plus, 2 répondants sur 22 abordent différemment la procédure d'assemblage (question T9). Enfin, 3 sur 22 abordent différemment la procédure d'adressage (question T10).

- ➔ 68% des répondants modifient la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H. Cette modification prend la forme d'adaptation du cadre de la séance. Un travail attentionnel est effectué dans 95% des cas. Le travail des fonctions exécutives l'est dans 77% des cas. Le travail attentionnel est surtout de type visuel et auditif. Les fonctions exécutives sont abordées de façon homogène.
- ➔ Très peu de répondants abordent d'une façon différentes les pré-requis à la lecture ainsi que la rééducation des voies de lecture.

1.5. Résultats concernant l'analyse des pratiques professionnelles

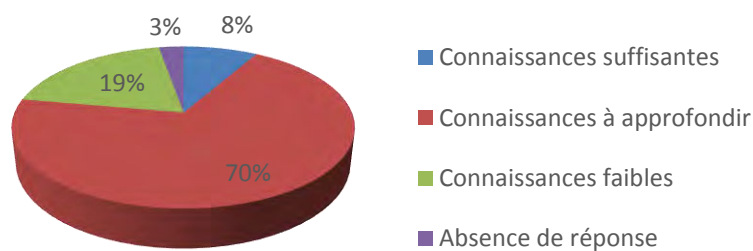
78% des répondants estiment que notre questionnaire leur a permis de porter une réflexion sur leurs pratiques professionnelles.

Analyse des pratiques professionnelles (A1)



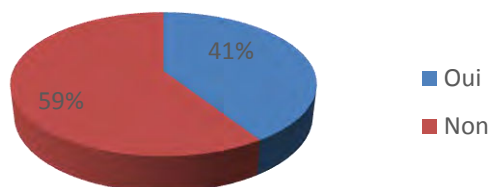
70% des orthophonistes ayant répondu à ce questionnaire estiment que leurs connaissances concernant le TDA/H sont à approfondir. Moins d'un orthophoniste sur 10 considère que ses connaissances sont suffisantes dans ce domaine.

Regard des répondants sur leurs connaissances du TDA/H (A2)

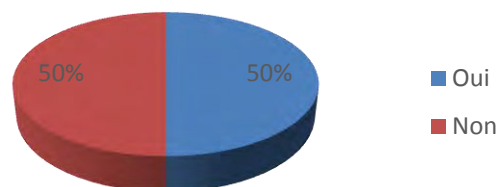


Seulement 41% des répondants pensent modifier le cadre des séances avec les enfants dyslexiques et TDA/H et 50% pensent modifier le contenu.

Modification du cadre de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H (A3)



Modification du contenu de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H (A4)



➔ La grande majorité des orthophonistes qui ont participé à ce questionnaire a pu se placer en position réflexive sur ses pratiques professionnelles. Le questionnaire permettra peut-être de modifier les pratiques de la moitié des répondants qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H.

2. Analyse qualitative

2.1. Question C4 : « Par quel biais avez-vous acquis ces connaissances ? »

Les réponses sont assez homogènes, aucune proposition ne se démarque des autres. Les diverses expériences professionnelles et l'accompagnement des stagiaires semblent être une autre source de connaissances que nous n'avions pas évoquée.

Les formations continues effectuées par les répondants sont de types cognitives, neurologiques, neuropsychologiques. Aucune référence littéraire particulière n'est mise en évidence par les réponses.

2.2. Question T11 : « Avez-vous des éléments à ajouter concernant la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ? »

3 orthophonistes ont répondu à cette question, nous les nommerons R9, R19 et R25.

R9 a souhaité insister sur sa pratique d'un travail approfondi de métacognition, de gestion mentale et de connaissance de soi.

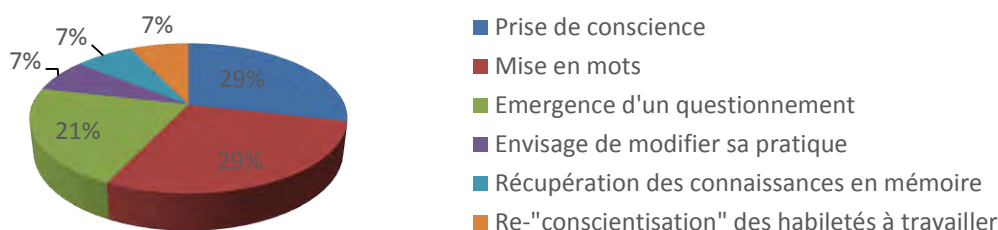
R19 nous fait remarquer que pour lui, il est indispensable de travailler la composante attentionnelle avec les enfants dyslexiques uniquement.

R25 soulève le problème du diagnostic du TDA/H. L'accès aux professionnels capables de faire le diagnostic est difficile. Les généralistes portent peu d'intérêt pour ce trouble et les familles ne sont pas assez informées. Par conséquent, les orthophonistes ont des doutes et adaptent les rééducations mais sans avoir un diagnostic précis.

2.3. Question A1 : « Ce questionnaire vous a-t-il permis de porter une réflexion concernant vos pratiques professionnelles ? »

14 répondants ont justifié leur réponse positive à la question A1. 29% estiment que le questionnaire leur a permis de prendre conscience que certains domaines sont oubliés dans leurs prises en charge. Dans 29% des justifications, une mise en mots concernant les fonctions cognitives et le TDA/H est effectuée. Chez 21% des répondants qui ont justifié leur réponse, un questionnement émerge concernant les fonctions exécutives et sur l'aide que les orthophonistes peuvent apporter aux enfants dyslexiques.

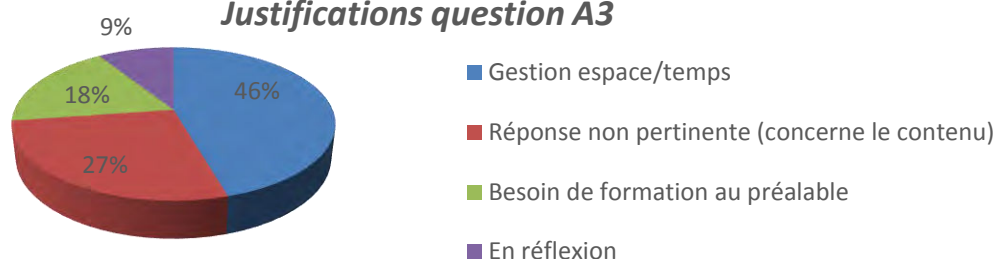
Justifications question A1



2.4. Question A3 : « Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le cadre de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ? »

11 répondants ont justifié leur réponse positive à la question A3. Un type de réponse se démarque : améliorer la gestion de l'espace et du temps au cours de la séance. Certains répondants estiment ne pas assez insister sur la structuration de la séance. Par exemple, ils envisagent d'annoncer le temps pour chaque exercice à l'avance. Certains répondants ont donné des modifications concernant le contenu et non le cadre, ces réponses ne sont donc pas pertinentes.

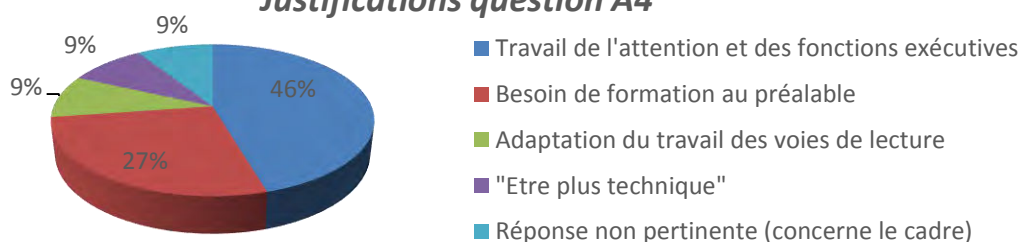
Justifications question A3



2.5. Question A4 : « Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le contenu de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ? »

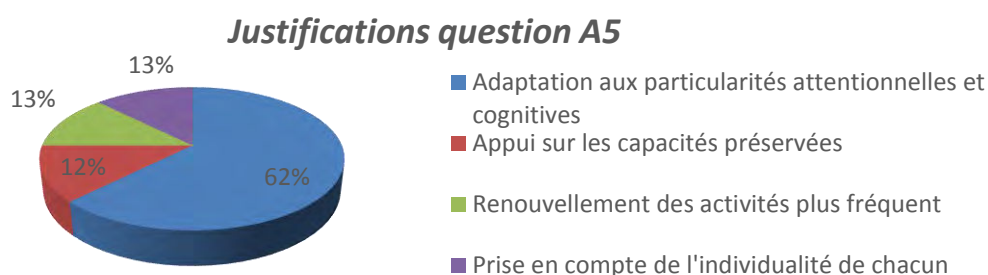
11 répondants ont justifié leur réponse positive à la question A4. Le désir d'effectuer ou de renforcer un travail sur l'attention et sur les fonctions exécutives est présent dans 46% des réponses.

Justifications question A4



2.6. Question A5 : « Vous prenez ou avez pris en charge des enfants dyslexiques et TDA/H, pensez-vous que cette expérience a modifié vos pratiques auprès des enfants dyslexiques uniquement ? »

Parmi les répondants qui ont pris en charge des enfants dyslexiques et TDA/H, 50% estiment que ce type de prise en charge a modifié leurs pratiques auprès des enfants dyslexiques uniquement. 8 personnes ont justifié leur réponse. Une idée majeure se démarque : ce type de prise en charge leur a permis de s'adapter davantage aux particularités attentionnelles et cognitives des enfants dyslexiques.



2.7. Question A6 : « Avez-vous des remarques concernant ce sujet ? »

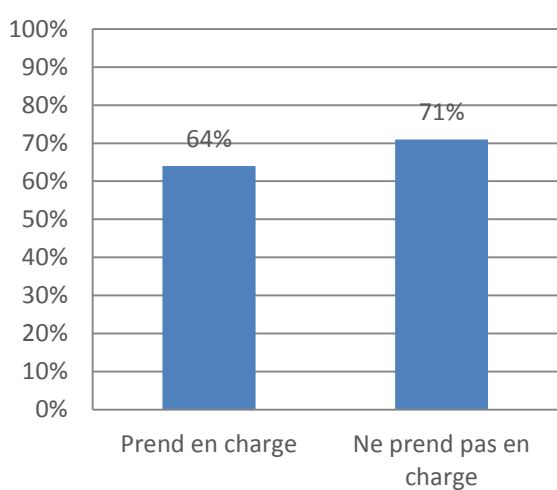
5 répondants se sont exprimés par le biais de cette question. Trois idées majeures se démarquent. Les répondants ont conscience des difficultés particulières des enfants dyslexiques et TDA/H. Ils sont en demande de formation et d'outils de rééducation concernant les fonctions cognitives. Le désir d'une prise en charge globale et adaptée émerge. En particulier, le manque de prise en charge neuropsychologique et le besoin de guidance parentale sont exprimés.

2.8. Comparatif entre les répondants qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H et ceux qui ne prennent pas en charge ce type d'enfants

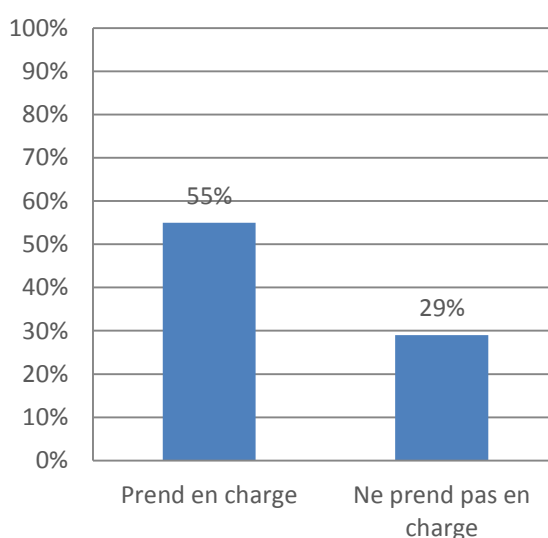
Nous souhaitons savoir si les orthophonistes qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ont plus de connaissances sur le TDA/H que les orthophonistes qui ne prennent pas en charge cette population. La tendance est en réalité inversée. En effet, 71% des orthophonistes qui ne prennent pas en charge ces enfants valident le seuil contre seulement 64% des répondants qui accueillent ces enfants. L'écart n'est pas suffisamment significatif pour pouvoir en tirer des conclusions étant donnée la taille de notre échantillon.

Nous souhaitons effectuer le même comparatif concernant le travail de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge de l'enfant dyslexique uniquement. Une tendance nette est mise en relief grâce aux données recueillies. Les orthophonistes qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H sont deux fois plus nombreux à effectuer un travail des fonctions cognitives que les orthophonistes qui ne reçoivent pas ce type de patient.

***Connaissances sur le TDA/H
(C1 à C3)***



***Travail attentionnel et des
fonctions exécutives avec
l'enfant dyslexique (D1 à D5)***



3. Traitement des hypothèses opérationnelles

➤ Validation de l'hypothèse HO1 :

Le seuil de validation de HO1 est de 6 sur 12. Nous supposons que 2/3, soit 66,6% des participants, atteindraient ce seuil. Or, 24 répondants sur 36 soit 67% l'ont atteint. **L'hypothèse HO1 est donc validée.**

Rappel de l'hypothèse théorique H1 : nous supposons que les orthophonistes ont des connaissances concernant le TDA/H. Ainsi, nous pouvons conclure que les orthophonistes ont des connaissances à propos du TDA/H.

➤ Invalidation de l'hypothèse HO2 :

Le seuil de validation de HO2 est de 6 sur 12. Nous supposons que 2/3, soit 66,6% des participants, atteindraient ce seuil. Or, 16 répondants sur 36 soit 44% l'ont atteint. **L'hypothèse HO2 est donc invalidée.**

Rappel de l'hypothèse théorique H2 : les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques. Ainsi, nous pouvons conclure que les orthophonistes n'abordent pas forcément la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives.

➤ Validation de l'hypothèse HO3 :

Le seuil de validation de HO3 est de 1 sur 1. Nous supposons que les 2/3, soit 66,6% des participants, atteindraient ce seuil. Or, 15 sur 22, soit 68% des participants l'ont atteint. De plus, l'hypothèse HO3 ne peut être validée que si au moins une des sous-hypothèses est validée (HO3a, HO3b).

○ Validation de la sous-hypothèse HO3a :

Le seuil de validation de HO3a est de 4 sur 8. Nous supposons que les 2/3, soit 66,6% des participants, atteindraient ce seuil. Or, 20 des 22 participants soit 91% l'ont atteint. **La sous-hypothèse HO3a est donc validée.** Par conséquent, **l'hypothèse HO3 est aussi validée.**

Rappel de l'hypothèse théorique H3a : les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs

de troubles dyslexiques et de TDA/H en modifiant le cadre de la séance. Ainsi, nous pouvons conclure que les orthophonistes modifient le cadre de la séance de rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H.

○ Invalidation de la sous-hypothèse HO3b :

Le seuil de validation de HO3b est de 8 sur 15. Nous supposons que les 2/3, soit 66,6% des participants atteindraient ce seuil. Or, 9 des 22 participants soit 41% des participants ont atteint ce seuil. **La sous-hypothèse HO3b est donc invalidée.**

Rappel de l'hypothèse théorique H3b : Les orthophonistes abordent la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et de TDA/H en modifiant le contenu de la séance. Ainsi, nous pouvons conclure que les orthophonistes ne modifient pas le contenu de la séance de rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H.

➤ Invalidation de l'hypothèse HO4 :

Le seuil de validation de HO4 est de 2 sur 3. Nous supposons que les 2/3, soit 66,6% des participants atteindraient ce seuil. Or, 14 des 22 participants soit 64% l'ont atteint. **L'hypothèse HO4 est donc invalidée.**

Rappel de l'hypothèse théorique H4 : L'analyse des pratiques professionnelles pourrait permettre de modifier voire d'améliorer leur pratique avec des patients TDA/H et dyslexiques grâce à la mise en mots sous-tendue par le questionnaire. Ainsi, nous pouvons conclure que l'analyse des pratiques suscitée par le questionnaire n'entraînera pas de changement dans les pratiques des orthophonistes prenant en charge ces patients.

➔ Deux de nos hypothèses ont été validées (HO1 et HO3) ainsi que la sous-hypothèse HO3a. Les hypothèses HO2, HO4 et la sous-hypothèse HO3b ont été réfutées.

4. Discussion

4.1. Invalidation des hypothèses HO2, HO3b et HO4

4.1.1. *Hypothèse HO2*

Nous supposions que les orthophonistes effectuaient un travail des fonctions attentionnelles et exécutives dans la rééducation des enfants porteurs de troubles dyslexiques. Or, les répondants ne sont que 44% à atteindre le seuil que nous avons établi. Pour valider ce seuil, les répondants devaient renseigner les fonctions travaillées et donner des exemples concrets d'exercices proposés. Cela nous a permis d'apprécier la cohérence des exemples avec la fonction travaillée. Beaucoup de répondants n'obtiennent pas les points car ils n'ont pas donné d'exemples ou bien ont donné des exemples incohérents. En effet, sur les 20 répondants n'ayant pas validé le seuil, 9 n'ont pas eu les points car les exemples faisaient défaut. Dans ce cas, nous ne pouvions pas valider leur réponse. Nous pouvons nous questionner sur les raisons pour lesquelles les répondants n'ont pas donné d'exemple. Une première raison pourrait être le manque de temps, le questionnaire demandait beaucoup de précision et de rigueur, ce qui n'était peut-être pas possible au moment où ils l'ont rempli. Une autre raison serait que les répondants n'étaient pas au clair avec ce type d'exercice et n'arrivaient pas à mettre en mots les activités proposées. C'est pour cette raison que cette hypothèse n'est pas validée.

En outre, si nous nous penchons sur les questions D1 et D4, nous observons que 89% des orthophonistes interrogés affirment effectuer un travail attentionnel et 75% d'entre eux proposent un travail des fonctions exécutives.

L'hypothèse HO2 est donc invalidée mais nous avons tout de même pu constater que les orthophonistes proposent un travail des fonctions attentionnelles et exécutives dans la rééducation de l'enfant dyslexique.

4.1.2. *Hypothèse HO3b*

Nous supposions que les orthophonistes modifiaient le contenu des séances de rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H. Or, seulement 41% des répondants ont obtenu le nombre de points permettant de valider le seuil fixé. Nous avons été confrontées au même biais que ci-dessus, pour l'hypothèse HO2. Les répondants devaient donner des exemples concrets et cohérents. Certains n'ont pas obtenu les points car ils n'avaient pas donné d'exemples : sur les 13 répondants n'ayant pas validé le seuil, 5 n'avaient pas donné d'exemple. De plus, nous

nous attendions à plus d'adaptations du contenu des séances concernant les pré-requis à la lecture (question T8) et la rééducation des voies de lecture (questions T9 et T10). Or, pour ces trois questions, les répondants sont 4 ou moins à modifier le contenu de leur séance.

Pour ces différentes raisons, l'hypothèse HO3a est invalidée. Les orthophonistes ne modifient que très peu le contenu des séances de rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H.

4.1.3. *Hypothèse HO4*

Nous supposons que l'analyse des pratiques professionnelles pourrait permettre de modifier voire d'améliorer les pratiques des orthophonistes avec des patients TDA/H et dyslexiques grâce à la mise en mots sous-tendue par le questionnaire. Cependant, 64% des répondants ont obtenu le nombre de points permettant de valider le seuil. Notons que ce chiffre est tout de même très proche du seuil de validation de l'hypothèse opérationnelle qui était fixée à 66,6%. Suite à ce questionnaire, les orthophonistes interrogés sont 41% à envisager de modifier le cadre des séances de rééducation des enfants dyslexiques et TDA/H et sont 50% à envisager d'en modifier le contenu. L'hypothèse HO4 est donc invalidée. Cependant, les répondants sont 78% à affirmer que le questionnaire leur a permis de porter une réflexion sur leurs pratiques.

Notre hypothèse concernait les orthophonistes qui prennent en charge des patients dyslexiques et TDA/H. En effet, 2 des 3 questions portant sur cette hypothèse étaient à destination de cette population, la troisième était accessible à tous les orthophonistes. Nous aurions pu ajouter une question pour les professionnels ne prenant pas en charge ce type de patient. Cette question nous aurait permis de savoir s'ils pensaient modifier leur prise en charge si un patient dyslexique et TDA/H se présentait un jour à leur cabinet suite à ce questionnaire.

4.2. Cas de la question P4

La question P4 devait nous permettre de connaître le nombre approximatif d'enfants dyslexiques et TDA/H que les orthophonistes prennent ou avaient pris en charge au cours de leur carrière, ainsi que la tranche d'âge dans laquelle ils se situent. Cependant, les réponses recueillies sont incohérentes. En effet, certains orthophonistes ont répondu à cette question alors qu'ils renseignent plus loin qu'ils ne prennent pas en charge ce type de patient. Nous pouvons supposer qu'il y a eu une incompréhension au niveau des termes. La question ciblait les enfants qui présentent les troubles dyslexiques et TDA/H de façon concomitante.

Les réponses à cette question sont donc inutilisables, nous n'avons pas pu les analyser.

4.3. Cas de la question T11

La question T11 proposait un espace de libre expression aux orthophonistes qui le souhaitent. Le répondant R25 soulève le problème du diagnostic du TDA/H en France. Selon cette personne, peu de professionnels s'intéressent à ce trouble : peu de pédiatres suivent les enfants après 6 ans, les médecins généralistes montrent peu d'intérêt et les neuropsychologues ne proposent pas de rééducation. Cet orthophoniste se retrouve seul face à ces patients et doit observer des signes et par conséquent adapter les séances de rééducation sans qu'une démarche diagnostique n'aboutisse forcément.

Ce problème est également repris dans la question A6 qui offrait aussi un espace d'expression. Plusieurs répondants font part d'observations similaires. Le répondant R9 pense qu'il y a un déficit au niveau de la prise en charge, notamment concernant les neuropsychologues qui n'effectuent, la plupart du temps, que des bilans qui ne sont pas suivis d'une prise en charge. Le répondant R10 parle de difficultés pour une prise en charge globale.

On remarque donc que les orthophonistes sont conscients des difficultés qu'induisent un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Cependant, ils paraissent quelque peu démunis et seuls face à ce type de prise en charge. En effet, les difficultés de ces enfants sont grandes, une prise en charge pluridisciplinaire ne pourrait qu'être bénéfique pour ces patients.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressées à la prise en charge orthophonique des enfants présentant des troubles dyslexiques ainsi qu'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Nous voulions savoir quelle prise en charge était proposée à ce type de patient et quelles modifications étaient faites par rapport à la rééducation de l'enfant uniquement dyslexique. Les orthophonistes modifient-ils le cadre ou bien le contenu des séances ? De plus, nous souhaitons réaliser une approche d'analyse des pratiques professionnelles.

Après avoir étudié la théorie qui existait sur les troubles dyslexiques, le TDA/H, le lien qui unit ces deux troubles et après avoir étudié l'analyse des pratiques professionnelles, nous avons émis des hypothèses théoriques et nous avons fixé des objectifs de travail. La partie méthodologique nous a permis d'élaborer un questionnaire à destination des orthophonistes ainsi que des hypothèses opérationnelles qui sont le reflet concret des hypothèses théoriques. Nous avons ensuite analysé les résultats quantitativement (grâce à la méthode de scoring) ainsi que qualitativement.

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes de notre travail :

- Le questionnaire nous a permis d'appréhender les connaissances des orthophonistes concernant le TDA/H. Nous pouvons affirmer que les orthophonistes possèdent ces connaissances. Ils sont capables de le définir, d'en donner les manifestations principales.
- De plus, environ la moitié des orthophonistes interrogés proposent un travail des fonctions attentionnelles et exécutives dans le cadre de la rééducation de la dyslexie.
- Aussi, les orthophonistes adaptent les séances qu'ils proposent aux enfants dyslexiques et TDA/H. Ces adaptations touchent plus le cadre de la séance que le contenu. Les orthophonistes sont nombreux à s'adapter à la concentration de l'enfant (95%), et à l'encourager (95%).
- Enfin, ce questionnaire a permis à la majorité des orthophonistes ayant répondu de porter une réflexion sur leurs pratiques. Ceci pourrait leur permettre de préciser la rééducation de cette population.

Ce travail trouve sa place au sein de la recherche en orthophonie. Le trouble dyslexique ainsi que le TDA/H restent peu étudiés conjointement dans ce domaine. Nous espérons que ce mémoire sensibilisera ceux qui le liront et permettra aux professionnels qui les accueillent de mieux comprendre leurs difficultés.

Notre travail pourrait se poursuivre de différentes manières. Une première possibilité serait d'administrer le questionnaire à un nombre d'orthophonistes plus important pour que les résultats soient plus représentatifs. Une seconde possibilité serait de rencontrer les orthophonistes qui ont donné leurs coordonnées à la suite de notre travail pour orienter le travail sur un axe pratique (suivre des séances de rééducation d'enfants dyslexiques et TDA/H par exemple). Un recueil de différentes techniques de rééducation des fonctions attentionnelles et exécutives pourrait être créé en partenariat avec des orthophonistes afin de répondre à la demande qui a émergé dans certaines réponses de notre questionnaire. De plus, il pourrait être intéressant de rencontrer des neuropsychologues dans le but de partager des expériences et des connaissances.

Nous avons pu remarquer que les répondants à notre questionnaire s'interrogent sur le travail des neuropsychologues. Ils ont en effet constaté que ces derniers font des bilans qui sont rarement suivis d'une prise en charge de leur part. Cela sous-entend que pour les orthophonistes, les neuropsychologues devraient effectuer plus de suivis car ils possèdent une expertise dans ce domaine. Ainsi, les orthophonistes estimeraient que les neuropsychologues sont plus à même de prendre en charge la rééducation de l'attention et des fonctions exécutives. Nous pensons que les neuropsychologues ont des connaissances dans ce domaine précis. Il est regrettable que les patients ne puissent pas bénéficier de ce savoir puisque les suivis sont rares et non remboursés par la Sécurité Sociale.

La question du diagnostic du TDA/H a été soulevée plusieurs fois dans les réponses de notre questionnaire. De manière générale, ce trouble reste plutôt méconnu au sein de la société (école, famille). L'entourage des enfants TDA/H perçoit les manifestations de ce trouble mais n'est pas toujours en mesure de les interpréter. Ces enfants sont parfois étiquetés comme étant distraits, turbulents voire mal élevés. Par conséquent, nous nous demandons qui va orienter l'enfant et sa famille vers une démarche diagnostique. L'orthophoniste ? Le médecin généraliste ou le pédiatre ? L'école ?

Une fois le diagnostic posé, l'enfant sera reconnu comme ayant un fonctionnement différent. Son entourage comprendra ainsi mieux ses besoins particuliers et pourra s'adapter en conséquence. Dans un tel cas, la pose du diagnostic de TDA/H serait bénéfique pour l'enfant et son entourage. Cependant, il ne faut pas que les différences inter-personnelles induisent une nécessité diagnostique. Chaque comportement qui diffère légèrement de la norme ne doit pas engendrer obligatoirement la pose d'un diagnostic. Par exemple, un enfant turbulent ou inattentif n'est pas forcément porteur d'un TDA/H.

Si nous avions à émettre une critique sur notre travail, celle-ci concernerait le questionnaire. Il s'avère que ce dernier était quelque peu long et plutôt dense. Nous pensons que les personnes qui y ont répondu ont probablement dû y consacrer un temps certain. De plus, nous avons reçu quelques critiques des répondants allant dans ce sens. Le fait de devoir donner des exemples d'exercices proposés a été perçu comme trop rébarbatif. Cependant, nous n'avons pas trouvé de solution pouvant permettre d'y répondre plus facilement.

De plus, ce travail nous a permis de nous confronter à la réalité de la recherche à notre petite échelle. Nous avons dû nous conformer à la trame et au plan prototypique reconnus dans ce domaine. Pour cela, nous avons dû faire preuve de rigueur ainsi que de régularité tout au long de l'année. De plus, le fait d'avoir choisi de travailler à deux nous a permis de beaucoup échanger tout au long de cette année et de confronter nos points de vue. Cela nous a été très bénéfique, nous pensons que notre réflexion a été, de ce fait, approfondie par cet échange.

Pour conclure, notre travail de recherche concernant la dyslexie et le TDA/H nous a permis d'appréhender le chemin qu'il reste à parcourir par rapport à la prise en charge pluridisciplinaire de ces deux troubles.

BIBLIOGRAPHIE

- Anciaux V., De Cartier P., De Hemptinne D., De Schaetzen S., Laporte N. (2013) - *L'hyperactivité (TDA/H) Les prises en charge neuropsychologique et psychoéducative*. Editions De Boeck
- Beillerot J. (2003) - *L'analyse des pratiques professionnelles pourquoi cette expression ?* paru dans *Les Cahiers Pédagogiques* n°416.
- Bélanger S. (2008) - *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Editions du CHU Sainte-Justine.
- Benat C., Convers A. (2011) - *Impact de la stimulation de l'attention et de l'inhibition sur le langage écrit des enfants dyslexiques et TDA-H de CE2 à CM2*.
- Biedermann J., Faraone SV., Keenan K et al. (1992) - *Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder : patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples*. in *Archives of General Psychiatry*
- Biedermann J., Mick E., Faraone SV. (1998) - *Depression in attention-deficit hyperactivity disorder : true depression or demoralization ?* in *Journal of Affective Disorders*
- Bouvard M., Le Heuzey M-F., Mouren M-C. (2006) - *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*. Editions Doin, 2ème édition.
- Bréjard V., Bonnet A. (2007) - *L'hyperactivité chez l'enfant*. Editions Armand Colin
- Brin et al. (2006) - *Dictionnaire d'Orthophonie*. OrthoEdition
- Casalis S., Leloup G., Bois Parriaud F. (2003) - *Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant*. Editions Masson
- Causse C. (2013) - *Les enfants hyperactifs*. Editions Alpen
- Clément C. (2013) - *Le TDA-H chez l'enfant et l'adolescent*. Editions De Boeck-Solal
- De Singly F. (2012) – *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Editions Armand Colin, 3ème édition.
- Desjardins P. (2013) – *Pratique professionnelle, le DSM-V et l'évaluation des troubles mentaux*. In Psychologie Québec
- Dictionnaire Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français>
- Erenberg G. (2005) - *The relationship between tourette syndrome, attention deficit hyperactivity disorder and stimulant medication : a critical review*. in *Seminars of Pediatric Neurology*
- Expertise collective (2007) - *Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. INSERM

- Germano Eva, Antonelle Gagliano M.D. & Paolo Curatolo, (2010) - *Comorbidity of ADHD and Dyslexia in Developmental Neuropsychology* 35:5
- HAS (site internet) : www.has-sante.fr/
- Lecendreux M., Konofal E., Touzin M. (2003) - *Réponses à vos questions sur l'hyperactivité. Reconnaître l'hyperactivité et aider l'enfant à la surmonter*. Editions Solar.
- Mathieu N. (2011) - *Orthophonistes et troubles dyslexiques : quelle place pour les parents ?*
- Michelle A. et al., (2006) - *Processing Speed Deficits in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Reading Disability in Journal of Abnormal Child Psychology*
- Minary K. (2010) - *Remédiation cognitive des fonctions exécutives chez l'enfant avec TDA-H : Etude contrôlée d'un protocole informatisé*.
- Pliszka SR. (1998) - *Attention deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorders : an overview*. in *Journal of Clinical Psychiatry*
- Revol O., Brun V. (2010) - *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité*. Editions Masson
- Sigrist S. (2013) - *Etat des lieux des représentations des orthophonistes à propos des temps silencieux d'enfants présentant des troubles d'ordre logique placés en situation ludique*.
- Sous la direction de T. Rousseau (UNADREO) (2008) - *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie, tome 2, Prise en charge Orthophonique des Troubles du Langage Ecrit*. OrthoEditions
- Sous la direction de R. Cheminal et V. Brun (2002) - *Rencontres en rééducation - Les dyslexies*, Editions Masson
- Sprenger-Charolles L. et Colé P. (2013) - *Lecture et dyslexie Approche Cognitive*. Editions Dunod
- Thomas J., Vaz-Cerniglia C., Willems G. (2007) - *Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique*. Editions Masson
- Thomas J., Willems G. (2001) - *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Approche neurocognitive*. Editions Masson
- Touzin M. (1999) - *L'enfant hyperactif, les apprentissages et sa rééducation*. Glossa n°67 (p 16-25)
- Valdois S.(2003) - *L'orthographe illustrée*. OrthoEditions
- Valdois S. et al. (2004) - *Apprentissage de la lecture et dyslexies développementales, De la théorie à la pratique orthophonique et pédagogique*. Editions Solal.
- Van Hout A., Estienne F. (2001) - *Les dyslexies*. Editions Masson
- Wahl G. (2009) - *Que sais-je ? Les enfants hyperactifs*. Editions Presses universitaires de France

- Willcutt Erik G. and Bruce F. Pennington, (2000) - *Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with Reading Disability* in *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (vol 41)
- Willcutt Erik G., et al., (2010) - *Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD : The case for multiple-deficit models* in *Cortex* 46
- Wodon I. (2009) - *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent*. Editions Mardaga

ANNEXES

Liste des annexes :

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire

Annexe 3 : Liste de répondants ayant laissé leurs coordonnées

Enquête sur la prise en charge orthophonique des enfants TDA/H et présentant des troubles dyslexiques

***Obligatoire**

Introduction

Le but de cette enquête est de rendre compte des différentes approches des orthophonistes dans le cadre de la prise en charge des enfants diagnostiqués TDA/H (Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) et dyslexiques. Grâce à ce questionnaire, nous pourrions établir un état des lieux des pratiques professionnelles. De plus, nous aimerions savoir quel regard les orthophonistes portent sur leurs pratiques.

Nous vous rappelons que cette enquête est anonyme.

Problématique du mémoire

Nous nous interrogeons sur la prise en charge que les orthophonistes proposent aux enfants porteurs de troubles dyslexiques associés à un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité et le regard qu'ils portent sur cette prise en charge. Adaptent-ils la forme ou le contenu de leurs séances par rapport à la prise en charge de la dyslexie ? Si oui, comment ?

Informations pratiques

Pour les questions à choix multiples :

- les cases de forme ronde ne permettent qu'une seule réponse
- les cases de forme carrée permettent plusieurs réponses

Le questionnaire ne peut être rempli qu'en une seule fois, l'enregistrement n'étant pas possible. En effet, les données ne s'enregistrent pas automatiquement et seront perdues si vous quittez le questionnaire sans l'envoyer.

Terminologie

Pour plus de facilité, nous avons fait le choix d'utiliser le terme "enfant dyslexique" pour désigner l'enfant porteur de troubles dyslexiques. De la même façon, "l'enfant TDA/H" désignera l'enfant porteur du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Questions préalables (Questions P)

Nous aimerions avoir quelques renseignements sur vous et votre parcours.

1. Question P1 *

Quel est votre mode d'exercice actuel
? Une seule réponse possible.

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ Mixte

2. Question P2 *

En quelle année avez-vous obtenu votre
certificat de capacité d'orthophoniste ?

.....

3. Question P3 *

Dans quel centre de formation avez-vous été
diplômé(e) ?

.....

4. Question P4 *

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris en charge des enfants TDA/H et dyslexiques ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

5. Si vous avez répondu OUI, combien environ ?

.....

6. Dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situe(nt)-il(s) ? Plusieurs réponses possibles.
- ☐ 7-8 ans
☐ 9-10 ans
☐ 11-14 ans
☐ 15-18 ans
☐ 18 ans et plus

7. Si vous avez répondu NON, pourquoi ? Plusieurs réponses possibles.
- ☐ Aucune demande de cette population
☐ Manque de connaissances
☐ Peu intéressé(e) par cette prise en charge
☐ Autre :

Le TDA/H (Questions C)

Pour mieux comprendre vos pratiques, nous souhaitons recueillir vos connaissances à propos du TDA/H.

8. Question C1

Quelles sont pour vous les manifestations cliniques du TDA/H ?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Question C2

Connaissez-vous les différents types d'attention proposés ci-dessous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Alerte
- ☐ Attention soutenue
- ☐ Attention divisée
- ☐ Attention sélective

10. Pourriez-vous les définir succinctement ?

.....

.....

.....

.....

.....

11. Question C3

Connaissez-vous les différentes fonctions exécutives proposées ci-dessous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Mémoire de travail
- ☐ Planification/Anticipation
- ☐ Visualisation/Imagerie mentale
- ☐ Inhibition
- ☐ Flexibilité cognitive

12 Pourriez-vous les définir succinctement ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Question C4

Par quel biais avez-vous acquis ces connaissances ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Formation initiale
- ☐ Formation continue
- ☐ Lectures personnelles
- ☐ Autre :

14. Si vous avez répondu "Formation continue", laquelle ou lesquelles avez-vous suivie(s) ?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Si vous avez répondu "Lectures personnelles", lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

Rééducation de l'attention et des fonctions exécutives dans la prise en charge des enfants dyslexiques UNIQUEMENT (Questions D)

Afin de mieux comprendre vos pratiques rééducatives auprès des enfants dyslexiques et TDA/H, nous avons besoin de connaître vos pratiques avec les enfants dyslexiques UNIQUEMENT.

16. Question D1

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique, effectuez-vous un travail attentionnel ? Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

17 Question D2

Sur quelle(s) modalité(s) attentionnelle(s) travaillez-vous ?
Plusieurs réponses possibles.

☐ Visuelle

☐ Auditive

☐ Autre :

18. Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item co     ?

.....

.....

.....

.....

.....

19. Question D3

Sur quelle(s) fonction(s) attentionnelle(s) travaillez-vous ?
Plusieurs réponses possibles.

☐ Soutenue

☐ Divisée

☐ Sélective

20. Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item co    ?

.....

.....

.....

.....

.....

21. Question D4

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique UNIQUEMENT, proposez-vous des exercices de rééducation spécifique des fonctions exécutives ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. Question D5

Sur quelle(s) fonction(s) exécutive(s) travaillez-vous ?
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Mémoire de travail
- ☐ Planification/Anticipation
- ☐ Visualisation/Imagerie mentale
- ☐ Inhibition
- ☐ Flexibilité cognitive

23. Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item coché?

.....

.....

.....

.....

.....

24. Question D6

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique, abordez-vous les pré-requis à la lecture suivants ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Habiletés de perception de la parole (capacité à percevoir les sons dans les mots et leur ordre d'apparition)
- ☐ Mémoire phonologique (capacité à mémoriser les sons)
- ☐ Habiletés métaphonologiques (capacité à manipuler les sons)
- ☐ Connaissance du nom des lettres et du son des graphèmes
- ☐ Accès rapide au stock lexical

25. Afin de vous orienter automatiquement vers la partie du questionnaire vous concernant, nous vous demandons à nouveau d'indiquer si vous prenez en charge des enfants dyslexiques et TDA/H :

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non Passez à la question 44.

Rééducation orthophonique des enfants dyslexiques et TDA/H (Questions T)

Dans cette partie, nous aimerions savoir si vous adaptez vos pratiques face à l'enfant dyslexique et TDA/H et si oui comment.

26 Question T1

Lorsque vous prenez en charge des enfants dyslexiques et TDA/H, pensez-vous que vous modifiez vos séances par rapport à la prise en charge de l'enfant dyslexique uniquement ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

27. Question T2

Lors de vos séances de rééducation avec des enfants dyslexiques et TDA/H, quelles adaptations mettez-vous en place ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aménager le lieu de travail (éviter les stimuli et les distracteurs)
- ☐ Faire respecter les règles (maintenir l'enfant dans un cadre)
- ☐ Structurer le travail en indiquant les tâches et le temps nécessaire pour les accomplir
- ☐ Proposer des tâches nouvelles et attrayantes
- ☐ S'adapter au temps de concentration de l'enfant
- ☐ Encourager l'enfant lorsqu'il a des conduites adaptées et lorsqu'il fournit des efforts (renforcement immédiat)
- ☐ Proposer un créneau horaire qui convienne aux capacités de concentration de l'enfant
- ☐ Autre :

28. Précisez autre(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

29. Question T3

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H, effectuez-vous un travail attentionnel ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

30. Question T4

Sur quelle(s) modalité(s) attentionnelle(s) travaillez-vous ?
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Visuelle
- ☐ Auditive
- ☐ Autre :

31 Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item coché ?

.....

.....

.....

.....

.....

32. Question T5

Sur quelle(s) fonction(s) attentionnelle(s) travaillez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Soutenue
- ☐ Divisée
- ☐ Sélective

33. Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item coché ?

.....

.....

.....

.....

.....

34. Question T6

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H, proposez-vous des exercices de rééducation spécifique des fonctions exécutives ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

35. Question T7

Sur quelle(s) fonction(s) exécutive(s) travaillez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Mémoire de travail
- ☐ Planification/Anticipation
- ☐ Visualisation/Imagerie mentale
- ☐ Inhibition
- ☐ Flexibilité cognitive

36 Pourriez-vous donner quelques exemples d'exercices proposés pour chaque item coché?

.....

.....

.....

.....

.....

37. Question T8

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H, abordez-vous différemment les prérequis à la lecture suivants ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Habiletés de perception de la parole (capacité à percevoir les sons dans les mots et leur ordre d'apparition)
- ☐ Mémoire phonologique (capacité à mémoriser les sons)
- ☐ Habiletés métaphonologiques (capacité à manipuler les sons)
- ☐ Connaissance du nom des lettres et du son des
- ☐ graphèmes Accès rapide au stock lexical

38. Pour les items cochés, que faites-vous de différent ?

.....

.....

.....

.....

.....

39. Question T9

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H, abordez-vous différemment la rééducation de la procédure d'assemblage (voie indirecte ou phonologique) ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

40. Si oui, que faites-vous de différent ?

.....
.....
.....
.....
.....

41 Question T10

Dans la prise en charge de l'enfant dyslexique et TDA/H, abordez-vous différemment la rééducation de la procédure d'adressage (voie directe ou lexicale) ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

42. Si oui, que faites-vous de différent ?

.....
.....
.....
.....
.....

43. Question T11

Avez-vous des éléments à ajouter concernant la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?

.....
.....
.....
.....
.....

Analyse des pratiques professionnelles (Questions A)

Nous aimerions savoir si ce questionnaire vous a permis de porter une réflexion sur vos pratiques et dans quelle mesure.

44. Question A1

Ce questionnaire vous a-t-il permis de porter une réflexion concernant vos pratiques professionnelles ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

45. Pourquoi et dans quelles mesures ?

.....

.....

.....

.....

.....

46 Question A2

Quel regard portez-vous sur vos connaissances concernant le TDA/H ? Une seule réponse possible.

- ☐ Connaissances suffisantes
- ☐ Connaissances à approfondir
- ☐ Connaissances faibles
- ☐ Autre

47. Question A3

Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le cadre de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne prend pas en charge ces patients

48. Si OUI, comment ?

.....

.....

.....

.....

.....

49. Question A4

Suite à ce questionnaire, pensez-vous modifier le contenu de la prise en charge des enfants dyslexiques et TDA/H ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne prend pas en charge ces patients

50. Si OUI, comment ?

.....

.....

.....

.....

51 Question A5

Vous prenez ou vous avez pris en charge des enfants dyslexiques et TDA/H, pensez-vous que cette expérience a modifié vos pratiques auprès des enfants dyslexiques uniquement ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne prend pas en charge ces patients

52. Si OUI, dans quelles mesures ?

.....

.....

.....

.....

53. Question A6

Avez-vous des remarques concernant ce sujet ?

.....

.....

.....

.....

.....

Conclusion

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire et ainsi de nous avoir fait part de votre expérience.

54. Accepteriez-vous d'être contacté(e) ultérieurement par d'autres étudiants afin d'approfondir cette enquête ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

55. Si vous acceptez d'être contacté(e), vous pouvez nous indiquer vos coordonnées cidessous (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Mail) :

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement du questionnaire

Emmanuelle SENAILLET

Agathe GARNIER

4^{ème} année au centre de formation en Orthophonie de Lorraine

garnier.agathe@gmail.com

Nancy, le 15 mars 2014

Madame, Monsieur,

Nous sommes étudiantes en quatrième année au centre de formation en orthophonie de Lorraine. Nous réalisons un mémoire de recherche pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

Nous souhaitons réaliser un **état de lieux des pratiques des orthophonistes concernant la prise en charge de l'enfant ayant des troubles dyslexiques et présentant un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H).**

Il n'est pas nécessaire d'avoir pris en charge des enfants porteurs de troubles dyslexiques et de TDA/H pour participer à ce questionnaire. Il est **accessible à tout orthophoniste prenant en charge des enfants ayant des troubles dyslexiques**. Nous nous intéressons aussi au travail de l'attention et des fonctions exécutives dans le cadre de la prise de l'enfant porteur de troubles dyslexiques pour pouvoir effectuer une comparaison avec la prise en charge des enfants ayant des troubles dyslexiques et un TDA/H.

Nous comptons sur votre participation pour mener à bien cette étude et permettre de recueillir les pratiques professionnelles concernant ces deux troubles.

Le questionnaire est accessible à l'adresse internet suivante :

<https://docs.google.com/forms/d/1vAfemf5DwrJri8E9bkHFCpSnVy1uBBat9i87IHXJjAY/viewform>

Nous vous invitons à cliquer sur ce lien pour répondre au questionnaire. Le temps de réponse est estimé à une dizaine de minutes. Afin de pouvoir traiter et analyser les données recueillies, la date de retour de ce questionnaire est fixée **au 25 avril 2014** au plus tard.

Vos réponses à ce questionnaire ne serviront que dans le cadre de ce mémoire de recherche, votre participation est anonyme, aucun jugement ne sera émis sur vos pratiques professionnelles.

Nous vous remercions pour votre participation active à cette étude et nous restons disponibles pour tout renseignement complémentaire. Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Emmanuelle SENAILLET et Agathe GARNIER

Annexe 3 : Liste de répondants ayant laissé leurs coordonnées

NOM-Prénom	Adresse	Téléphone	Adresse mail
THOUVENIN Line	19 rue Nouvelle 51300 Vitry-le-François		line.thouvenin@wanadoo.fr
CHOUREAU Christelle		06-11-981-981	christelle.choureau@wanadoo.fr
SAUNIER Delphine	15 Place de la saline 57170 Château Salins		Saunier.delphine@wanadoo.fr
MARCILLY Clémence		06-32-25-59-98	cleole@hotmail.fr
MILLARAKIS Emeline			e.millarakis@gmail.com
MEULIEN Carole	489 avenue de Rome 83500 La Seyne sur Mer	06-42-16-73-25	carolemeulien@yahoo.fr
GRIFFON PAQUET Alexia	2 avenue des Sources 76440 Forges les Eaux	02-35-09-86-55	alexia.griffon@yahoo.fr
MACHADO Laureen	1016 route d'Orléans 45160 St Hilaire St Mesmin		laureen.machado@hotmail.fr
			ortho.girod@gmail.com
LECAT DELORME Marie	8 place de l'Eglise 02140 VERVINS		lecatmarie@gmail.com
			orthophonie.perrin@orange.fr
MARCHAT Aurélie	22 rue des 4 Venys 54150 Briey	06-70-83-17-08	aureliemarchat@voila.fr
GRAFF Lucile		06-52-52-57-01	lucilegraff@yahoo.fr
BRUN Stéphanie	13 chemine de Pei Pellegrin 06650 Le Rouret	06-13-90-58-59	stephi.brun@gmail.com
KUNTZ PORRAZZO Hélène	74 rue du général Rampont 67240 Bischwiller		ortho.kuntz@gmail.com

Troubles dyslexiques et TDA/H : quelle prise en charge orthophonique ?

Etat des lieux et approche d'analyse des pratiques professionnelles.

Résumé :

Les résultats de l'étude de Neault et Guay (2007) montrent que 25 à 40% des enfants ayant un TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) ont aussi une dyslexie et que 15 à 35% des enfants porteurs de dyslexie ont aussi un TDA/H. Les enfants porteurs de dyslexie sont pour la plupart pris en charge par les orthophonistes. Nous en déduisons que les orthophonistes sont susceptibles de prendre en charge les enfants qui présentent les deux troubles (dyslexie et TDA/H). Nous nous interrogeons donc sur la prise en charge que les orthophonistes proposent aux enfants porteurs de troubles dyslexiques associés à un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et le regard qu'ils portent sur cette prise en charge. Adaptent-ils la forme ou le contenu de leurs séances par rapport à la prise en charge de la dyslexie ? Si oui, comment ? Nous avons élaboré un questionnaire destiné à la fois à des orthophonistes qui prennent en charge des enfants dyslexiques et TDA/H mais aussi à ceux qui ne reçoivent pas ces patients. Nous les avons interrogés sur leurs connaissances du TDA/H, sur leurs pratiques auprès d'enfants dyslexiques uniquement et auprès d'enfants dyslexiques et porteurs d'un TDA/H ainsi que sur le regard qu'ils portent sur ces pratiques. Les réponses à ce questionnaire ont été analysées quantitativement et qualitativement. Les résultats nous montrent que les orthophonistes possèdent des connaissances sur le TDA/H et qu'ils modifient le cadre des séances qu'ils proposent aux enfants dyslexiques et TDA/H. Plus des trois quarts des répondants estiment que notre questionnaire leur a permis de porter une réflexion sur leurs pratiques professionnelles.

Mots-clés : Dyslexie, TDA/H, Analyse des Pratiques Professionnelles, Fonctions Exécutives.

Abstract :

The results of the study of Neault and Guay (2007) show that 25 to 40% of the children who have an ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) also present a dyslexia and that 15 to 35% of the children who have a dyslexia also present an ADHD. We think that speech and language therapists can treat patients with the both pathologies (dyslexia and ADHD). The question is concerning the care that speech and language therapists offer to the children who present a dyslexia and an ADHD. Do they adapt the form or the contents of their sessions regarding the dyslexia's sessions. If yes, how? We have designed a questionnaire for the speech and language therapists who receive dyslexic and ADHD patients but also for the ones who don't. We questioned them about their knowledge concerning the ADHD, about their practice with dyslexic patients and with dyslexic and ADHD patients and about the look they take about those practices. The answers show that the speech and language therapists have knowledge about ADHD and that they modify the form of the sessions they propose to the dyslexic and ADHD children. More than 75% of the respondents think that our questionnaire makes them think about their professional practices.