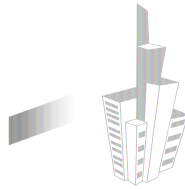




Université
de Lille



FAC
DE M
Henri V

Département d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Sarah LASSALLE

soutenu publiquement en juin 2019

**Intervention orthophonique sur les troubles
morphosyntaxiques et discursifs de l'enfant TDL
de 8 à 12 ans**

Création d'un matériel basé sur des extraits du cinéma muet

MEMOIRE dirigé par

Sophie RAVEZ, Orthophoniste et Enseignante, Département d'orthophonie Gabriel Decroix –
Faculté de Médecine, Lille

Lille – 2019

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Sophie Ravez, pour la confiance qu'elle a su m'accorder, pour avoir cru en mon idée et qui a su me guider dans l'élaboration du matériel.

Je souhaite également adresser mes remerciements aux maîtres de stage qui m'ont accueillie tout au long de ma formation et qui m'ont permis d'appréhender au mieux mon futur exercice.

Merci aux orthophonistes et aux patients qui ont bien voulu regarder, utiliser et me faire un retour sur mon matériel, votre contribution m'a été d'une aide précieuse.

J'adresse ma plus profonde gratitude à Léa pour ses illustrations.

Merci à mes camarades de promotion pour ces cinq années, pour leurs précieux conseils et tous ces bons moments partagés.

Je souhaite enfin remercier ma famille et mes amis, dont le soutien et l'affection sont d'une valeur inestimable.

Résumé :

La prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant fait partie des champs de compétences de l'orthophoniste. Afin de soutenir la motivation de l'enfant pour la rééducation, les supports doivent varier et la rééducation doit se faire de manière ludique et écologique. Les caractéristiques du cinéma muet en font un support de rééducation idéal : la musique amplifie les émotions et maintient l'attention, le mutisme des acteurs laisse libre cours à la parole. L'hypothèse de travail portait sur la possible création d'un matériel rééducatif basé sur l'utilisation d'extraits de films muets. A destination d'enfants âgés de huit à douze ans, il vise la rééducation des troubles morphosyntaxiques et discursifs. La revue de littérature a permis de mettre en évidence les troubles des enfants présentant un trouble développemental du langage et les principales interventions orthophoniques pour les rééduquer. L'élaboration du matériel s'est ensuite basée sur ces écrits afin que les activités proposées s'inscrivent dans la littérature. Il a été proposé à des orthophonistes dans le but d'avoir un premier avis clinique.

Mots-clés :

rééducation – trouble développemental du langage – matériel - cinéma muet

Abstract :

The management of oral language disorders in children is one of the speech therapist's areas of expertise. In order to support the child's motivation for rehabilitation, the activities must vary. Also, the rehabilitation must be done in a fun and ecological way. The characteristics of silent cinema make it an ideal support for re-education: music amplifies emotions and maintains attention. The actors' silence gives free rein to speech. Our working hypothesis was that it would be possible to create a re-educational material based on the use of extracts from silent films. It aims to rehabilitate the morphosyntactic and discursive disorders in eight to twelve-year-old children. The compiled literature highlights the disorders of children with a developmental language disorder and the main speech and language therapies to re-educate them. The educational game was then developed in line with these writings. It has been presented to a small selected panel of speech therapists in order to get a first clinical opinion.

Keywords :

reeducation – developmental language disorder – material – silent film

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| Contexte théorique, buts et hypothèses..... | 3 |
| 1. Trouble développemental du langage (TDL)..... | 3 |
| 1.1. Définition..... | 3 |
| 1.2. Morphosyntaxe..... | 4 |
| 1.3. Discours..... | 4 |
| 2. Cinéma muet..... | 5 |
| 2.1. Définition..... | 5 |
| 2.2. Caractéristiques du cinéma muet..... | 6 |
| 2.3. Cinéma et orthophonie..... | 6 |
| 3. Prise en charge orthophonique..... | 7 |
| 3.1. Principes généraux..... | 7 |
| 3.2. Morphosyntaxe..... | 8 |
| 3.3. Discours..... | 8 |
| 4. But et hypothèse..... | 9 |
| Méthode..... | 10 |
| 1. Création du matériel..... | 10 |
| 1.1. Choix des vidéos..... | 10 |
| 1.2. Travail de la morphosyntaxe..... | 11 |
| 1.3. Travail du discours en production..... | 11 |
| 1.4. Travail du discours en réception..... | 13 |
| 2. Procédure de contrôle du matériel..... | 14 |
| 2.1. Constitution du dossier pour la CNIL..... | 14 |
| 2.2. Transmission du matériel..... | 14 |
| Résultats..... | 14 |
| 1. Présentation du matériel..... | 15 |
| 2. Présentation des activités..... | 15 |
| 2.1. Travail de la morphosyntaxe..... | 15 |
| 2.2. Travail du discours en production..... | 15 |
| 2.3. Travail du discours en compréhension..... | 16 |
| 3. Retour patients et thérapeutes..... | 16 |
| Discussion..... | 17 |
| 1. Matériel..... | 17 |
| 1.1. Vidéos..... | 17 |
| 1.2. Principes généraux de prise en charge..... | 18 |
| 1.3. Validation..... | 18 |
| 2. Intérêt thérapeutique..... | 19 |
| 2.1. Morphosyntaxe..... | 19 |
| 2.2. Discours..... | 20 |
| 2.3. Pragmatique..... | 21 |
| Conclusion..... | 21 |
| Bibliographie..... | 23 |
| Liste des annexes..... | 28 |
| Annexe n°1 : Carte « morphosyntaxe »..... | 28 |
| Annexe n°2 : Autorisation CNIL..... | 28 |
| Annexe n°3 : Plateau..... | 28 |
| Annexe n°4 : Carte « discours »..... | 28 |
| Annexe n°5 : Carte-récit..... | 28 |
| Annexe n°6 : Carte-indice..... | 28 |

Introduction

Le langage oral se développe naturellement, il dépend de compétences innées et de l'environnement dans lequel l'enfant évolue. Cependant, chez certains enfants, ce développement peut s'avérer problématique. Les troubles rencontrés peuvent couvrir un spectre s'étendant de troubles légers à importants. Ils peuvent apparaître isolément ou secondairement à une pathologie et impacter les différents niveaux linguistiques (Schelstraete, 2011). Ces troubles sont reconnus sous l'appellation « trouble développemental du langage » (TDL) et leur prévalence est estimée à environ 8% (Tomblin et al., 1997).

Selon le décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, l'orthophoniste est habilité à rééduquer les troubles du langage oral quelle qu'en soit l'origine. La prise en charge orthophonique est recommandée par la Haute Autorité de Santé (2001) pour rééduquer ces troubles chez les enfants de trois à six ans. Récemment, une étude a démontré l'intérêt de l'intervention orthophonique chez les enfants TDL âgés de neuf à dix-sept ans (Ebbels et al, 2017). L'intervention orthophonique peut avoir trois objectifs : éliminer le trouble, modifier le trouble et/ou apprendre des stratégies de compensation ou agir sur l'environnement du patient. (Olswang et Bain, 1991).

Les orthophonistes utilisent différents supports pour mener à bien leurs interventions.

Le cinéma muet est un support plein d'humour et de suspens, rythmé par une musique haletante, marqué par l'hyper-expressivité des acteurs et l'absence de parole.

L'intérêt du cinéma muet dans une prise en charge orthophonique a été étudié par Donatienne Borel (2015). Dans son mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, elle a utilisé le cinéma muet lors de prises en charge en groupe avec des enfants suivis en centre médico-psycho-pédagogique et a relevé différents éléments. Contrairement aux images et aux photos, le cinéma muet est un support vivant et dynamique. Les personnages charismatiques qui jouent des scènes humoristiques pleines de rebondissements en font un support qui plaît aux enfants et qui suscite une réaction. Par ailleurs, l'absence de dialogues permet une expression spontanée plus importante que lorsque ceux-ci sont présents et la bande son permet un meilleur maintien de l'attention.

L'objectif de ce mémoire sera donc la création d'un matériel contenant des extraits de cinéma muet dans le but de rééduquer les troubles du langage oral chez des enfants. Il visera les patients âgés de huit à douze ans, âge à partir duquel débute le travail du langage élaboré et du discours (Colleta, 2004). Les troubles du langage oral travaillés avec ce matériel seront le discours et la morphosyntaxe, par le biais du visionnage d'extraits du cinéma muet. Après sa création, il fera l'objet d'une utilisation par des orthophonistes afin de vérifier son intérêt en séance.

Dans un premier temps, nous présenterons la définition du trouble développemental du langage ainsi que les domaines intéressants à travailler à l'aide du cinéma muet. Nous décrirons ensuite le cinéma et le cinéma muet puis nous étudierons ses caractéristiques ainsi que ses liens avec l'orthophonie. Puis, nous nous intéresserons aux principes de prise en charge orthophonique des domaines concernés et à l'intérêt du cinéma muet dans celle-ci.

Dans un deuxième temps, nous présenterons la méthodologie mise en place pour la création de notre matériel. Nous présenterons ensuite ce matériel ainsi que le retour des orthophonistes qui l'ont utilisé. Enfin, nous analyserons les points de discussion relevés ainsi que les pistes proposées pour attester de son intérêt rééducatif.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Trouble développemental du langage (TDL)

1.1. Définition

Le langage oral se divise en plusieurs niveaux linguistiques : la phonétique (produire des phonèmes d'un point de vue moteur), la phonologie (percevoir et prononcer des phonèmes), le lexique (comprendre et produire des mots), la morphosyntaxe (comprendre et produire des énoncés), le discours (comprendre et produire un discours) et la pragmatique (comprendre et utiliser le langage dans son contexte) (Schelstraete, 2011).

Le trouble développemental du langage (TDL) est défini par Bishop (1987) comme un trouble du langage oral ne pouvant être expliqué ni par une déficience, qu'elle soit sensorielle, motrice ou intellectuelle, ni par des troubles psycho-affectifs ni par une atteinte neurologique ou de graves carences environnementales.

Un enfant avec un TDL présente donc, dans un ou plusieurs domaines, des scores déficitaires par rapport à des enfants de son âge à une ou plusieurs épreuves langagières sans que ces résultats ne puissent être expliqués.

Bishop (2004) propose une classification en trois sous-groupes de ces troubles spécifiques du langage oral :

- la dyspraxie verbale développementale, qui correspond à des troubles praxiques d'expression ;
- le trouble linguistique, qui correspond à une atteinte des autres composantes du langage ;
- le trouble pragmatique développemental, trouble dans lequel la pragmatique est altérée de façon prioritaire.

Le cadre de référence du diagnostic de TDL est donné par les classifications internationales : la CIM 10 (Organisation Mondiale de la Santé, 2008) et le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). La CIM 10 (1992) évoque deux catégories de TDL : les troubles expressifs et réceptifs. Dans ce manuel, les seuils considérés comme pathologiques aux tests standardisés correspondent à un résultat inférieur à moins deux écart-type par rapport à la moyenne des enfants du même âge. De même, les critères d'exclusion définis par Bishop (1987) y sont mentionnés. Le DSM-5 quant à lui définit le TDL par une triade symptomatique comprenant un vocabulaire réduit, une limitation dans la construction des phrases ainsi qu'un trouble d'élaboration du discours tant à l'oral qu'à l'écrit. (Avenet, Lemaître et Vallée, 2016).

Bishop et al (2017) ont mené l'étude CATALISE réunissant des experts du langage oral afin de trouver un consensus sur la terminologie à utiliser pour parler des troubles du langage oral sans cause médicale connue ; la formulation « Developmental Language Disorder » a été choisie. Maillart (2018) a repris cette étude afin de la transposer en français et c'est la terminologie « trouble développemental du langage » qui a été retenue. Auparavant les termes de dysphasie puis de trouble spécifique du langage oral (TSLO) étaient utilisés.

Nous détaillerons les domaines de la morphosyntaxe et du discours qui nous seront utiles pour la suite du mémoire.

1.2. Morphosyntaxe

La morphosyntaxe renvoie aux structures utilisées pour construire grammaticalement un énoncé. (Parisse, 2009)

Les troubles morphosyntaxiques entravent la communication. Chez les enfants présentant un TDL, le développement linguistique est globalement respecté mais il est décalé dans le temps et certains troubles spécifiques apparaissent. De plus, il existe une dissociation entre la compréhension et la production du langage : les performances en compréhension sont meilleures que celles en production (Comblain, 2004).

En production, les troubles vont être marqués par une persistance des premières combinaisons avec un style télégraphique puis évoluent ensuite vers un agrammatisme (Parisse et Maillart, 2004). Davantage de difficultés sont présentes dans les catégories dites grammaticales (conjonctions, prépositions, pronoms, déterminants, accord en genre et en nombre, temps verbal) par rapport aux catégories lexicales (noms, verbes, adjectifs) (Audollent et Tuller, 2003). Ainsi, les flexions de genre et de nombre, les mots fonctionnels et le système pronominal sont peu présents et mal utilisés. Des troubles majeurs sur l'utilisation des pronoms clitiques objets qui sont omis ou évités sont également notés (Dubé et al, 2003). Les noms sont quant à eux présents en grand nombre tandis que les verbes sont absents ou remplacés par des verbes de sens général. Les phrases sont simples, mal formées et comprennent des ruptures syntaxiques (Schelstraete, 2011). Des écarts à la norme marqués dans la production de phrases passives sont relevés (Comblain, 2004). L'enfant peut cependant s'aider de la communication non-verbale (gestes, expressions faciales, mimes) pour étayer ses productions.

En compréhension, les stratégies linguistiques utilisées sont celles d'enfants plus jeunes et il existe un écart avec la norme pour la compréhension de structures complexes (passives, complétives, interrogatives, relatives) avec une préférence pour les structures simples sujet-verbe ou sujet-verbe-objet (Parisse et Maillart, 2004). Des troubles importants dans le traitement des suffixes et préfixes ainsi que dans le traitement des éléments morphologiques de nombre, genre et temps sont mentionnés (Schelstraete, 2011).

Les troubles grammaticaux tant en production qu'en compréhension vont limiter les capacités de l'enfant au niveau sémantique : les productions seront marquées par un manque d'informativité et la mise en sens des énoncés qui lui seront adressés sera difficile. L'apport du contexte tant en réception qu'en production sera important (Schelstraete, 2011).

1.3 Discours

Les compétences discursives correspondent à la capacité à produire et comprendre un discours cohérent et dans lequel les énoncés s'enchaînent logiquement. Deux types de cohérences sont indispensables au discours : la cohérence locale, relative aux liens entre deux énoncés successifs ou très proches, et la cohérence globale, qui correspond à la cohérence du discours dans son entièreté. Des troubles dans ces deux types de cohérence ont été mis en évidence en cas de TDL (Schelstraete, 2011).

La planification du discours est impactée chez les enfants présentant un TDL ; ils ont des difficultés à créer des séquences narratives complètes. Une étude réalisée par de Weck et Rosat en 2003 a montré que les productions des enfants avec un TDL sont moins étayées lors du rappel ou de la création d'une histoire. De plus, lors de la restitution d'un récit, certains éléments du schéma narratif telles que la complication de l'histoire et la situation finale sont omis. Les discours sont moins longs tant en nombre de mots que d'énoncés et sont marqués

par le manque de connecteurs entre ces derniers ce qui nuit à la compréhension du discours par l'interlocuteur. L'utilisation de référent est difficile. En effet, tandis qu'un syntagme nominal indéfini serait attendu dans le cas où le référent n'est pas connu par l'interlocuteur, les enfants avec un TDL utilisent davantage un syntagme nominal défini ou un pronom personnel de troisième personne ce qui rend difficile l'identification du référent par l'interlocuteur (de Weck et Rosat, 2003). Il existe cependant une dissociation selon les types de discours. Ainsi, la production de discours narratifs avec plusieurs personnages est difficile du fait de la gestion des différents pronoms à la troisième personne au cours du récit. De même, les liens réalisés sont moins complets que ceux réalisés par un enfant sans TDL et peuvent être erronés (De Weck, 2004). Néanmoins, le récit d'expériences vécues par l'enfant avec un TDL est plus évident pour lui en raison du fait que ce discours s'organise autour du référent « je » (De Weck, 2004). Malgré leurs troubles, les enfants présentant un TDL peuvent s'adapter aux situations. En effet, lors du récit d'un film visionné, bien que les productions soient moins adéquates que celles de leurs pairs sans TDL, les discours sont plus riches lorsqu'ils les expliquent à une personne qui n'a pas vu le film par rapport aux récits qu'ils font à la personne qui a visionné le film avec eux (Liles, 1987).

En compréhension, les troubles sont également présents et sont mis en évidence par un nombre important de réponses erronées suite à des questions relatives à une histoire racontée (Schelstraete, 2011).

La généralisation est difficile à acquérir pour les enfants avec un TDL, ils ont besoin d'être exposés à un nombre important d'exemplaires avant de maîtriser un schéma correctement. Ainsi, une seule forme est utilisée principalement et il existe des troubles dans la production de formes jamais entendues auparavant (Riches, Tomasello et Conti-Ramsden 2005). La réception de schéma non acquis entraîne un coût cognitif plus important ce qui explique leurs faibles performances. L'indigence est donc primordial pour ces enfants. (Leroy, Parris et Maillart, 2014)

Les enfants avec un TDL ont des difficultés pour entrer en communication du fait de l'effort important qu'ils doivent mettre en place pour construire leur discours. Ils ont tendance à rester en retrait à cause des nombreux échecs déjà vécus et de l'utilisation d'un niveau langagier plus faible de la part de l'interlocuteur qui adapte ses productions à celles de l'enfant. Ils ont ainsi moins d'expérience d'expression orale qu'un enfant sans trouble et cela peut impacter leur développement social ainsi que leurs interactions au quotidien (Petersen et al, 2008 ; Schelstraete, 2011).

2. Cinéma muet

2.1. Définition

Le cinéma est le « procédé permettant d'enregistrer photographiquement et projeter des vues animées » (Le Petit Robert, 2014).

C'est en 1894 que le premier film cinématographique fut réalisé par Louis Lumière avec pour sujet la sortie des ouvriers de son usine de produits photographiques à Lyon. En février 1895, un brevet fut déposé et c'est Georges Méliès, qui le premier, utilise la caméra pour raconter une histoire. Le premier film sonorisé est une version cinématographique de l'opéra Don Juan, projeté à titre d'expérience en 1926. Cette projection ayant connu un réel succès, des producteurs font le choix de produire la première fiction sonorisée : le film « Le chanteur de

jazz » sort en 1927 et marque une étape décisive pour le cinéma. Le cinéma muet est ainsi né avec le cinéma parlant car c'est à partir de la sortie de « Le chanteur de jazz » que tout le cinéma antérieur fut déclaré muet (L'Encyclopédie Grolier, 1973).

2.2. Caractéristiques du cinéma muet

La musique est très importante dans les films muets. Son but est de plonger un peu plus le spectateur dans la scène et de provoquer chez lui des émotions plus intenses en lien avec l'action qui se déroule à l'écran. En plus d'amplifier les émotions, cette musique permet de maintenir une plus grande attention et d'appuyer l'intérêt pour le film (Pisano, 2007).

Bien que muet, le langage est présent via les intertitres. Ceux-ci ont pour but d'insister sur une parole ou un bruit important pour l'histoire. Ils viennent parfois mettre du sens et clarifier la scène afin d'être sûr que l'information soit bien passée (Carli-Basset, 2012). Les gestes et le corps des acteurs parlent aussi énormément : les gestes sont amplifiés afin de transmettre via le langage non verbal ce qu'on aurait pu dire (Metz, 1964). De plus, les modulations des visages donnent des informations sur la nature des voix tandis que la posture et la gestualité donnent des indices sur la personnalité (Thiéry, 2005). La parole est donc bien présente dans les films muets, à la fois écrite dans les intertitres et inaudible mais visible dans les images.

L'acteur parle donc sans qu'aucune parole ne soit audible mais le spectateur la perçoit, par la vision. Ses sens sont ainsi sollicités de manière inhabituelle, la vue et l'ouïe n'étant pas coordonnées, ce qui suscite son intérêt. Il est ainsi physiquement impliqué dans le film : il imagine les bruits, la voix et les dires des personnages (Thiéry, 2005).

En outre, les acteurs interagissent entre eux mais le spectateur est également interpellé d'une certaine façon par ces interactions. L'attention n'étant pas retenue par les échanges, le mutisme permet le développement de l'imagination et entraîne chez le spectateur le développement de « discours intérieur ». En effet, ce discours vient mettre des mots sur ce qui se passe dans le film et permet de se construire son propre film (Boris Eikhenbaum cité par Thiéry, 2005). La parole absente dans le film, est ainsi présente dans les discours que le spectateur émet sur le film.

2.3. Cinéma et orthophonie

Peu d'écrits existent concernant l'utilisation du cinéma dans la rééducation orthophonique.

Dans certains programmes destinés aux enfants présentant un trouble du spectre autistique, la vidéo avec ou sans son, est utilisée afin de travailler la reconnaissance et l'expression des émotions faciales (Baghdadli, 2011 citée par Borel, 2015).

Dans son mémoire de 2015, Donatienne Borel utilise le cinéma muet pour un travail de groupe avec des enfants. Ces derniers, suivis en CMPP, sont âgés de cinq à sept ans et présentent un retard de développement global, notamment langagier ainsi que des difficultés dans la reconnaissance et l'expression des émotions. Au fil des séances, Borel (2015) fait le constat que les enfants s'attachent aux personnages et apprécient les rebondissements et l'humour de ces films. La musique maintient leur attention tandis que l'absence de stimulation verbale permet une expression plus spontanée. Celle-ci est d'ailleurs favorisée par la présence de l'écran qui change de la relation duelle enfant-orthophoniste. Le cinéma muet apparaît

ainsi comme un bon moyen de remédiation de la communication et du langage. Borel (2015) soumet des propositions d'utilisation de ces vidéos pour la rééducation des troubles du langage oral. En compréhension, le travail peut se faire par le visionnage de vidéos suivi d'une discussion autour de celles-ci. En expression, les vidéos peuvent servir de support à l'élaboration du discours et à la reproduction des scènes sous forme de jeu de rôles.

Des extraits vidéos sont utilisés dans la batterie informatisée Exalang pour les enfants de cinq à huit ans (Batterie informatisée pour l'examen du langage oral et écrit chez l'enfant de cinq à huit ans version deux, 2010) dans le but d'évaluer le discours. Dans la méthodologie de passation le patient visionne la vidéo une ou plusieurs fois. Il doit ensuite expliquer ce qu'il a vu et son récit est alors évalué par son orthophoniste.

Enfin, Laval, en 2016, a mis au point un prototype permettant l'évaluation de la compréhension d'expressions idiomatiques. Le matériel est composé de douze scénarii filmés permettant d'évaluer la compréhension d'inférences contextuelles et sémantiques. Les différents scénarii transposaient des situations similaires à des événements de la vie quotidienne. Selon l'auteur, l'utilisation de vidéos permettrait de stimuler l'attention des enfants et des adolescents.

3. Prise en charge orthophonique

3.1. Principes généraux

Pour mettre en place la prise en charge orthophonique d'un TDL, l'orthophoniste se base sur différents éléments : une anamnèse, une évaluation quantitative réalisée à partir de bilans étalonnés, une observation qualitative, les bilans réalisés par d'autres professionnels, le contexte dans lequel évolue l'enfant ainsi que sur la pratique basée sur des preuves. En fonction de la demande et des éléments recueillis lors du bilan, un projet thérapeutique est proposé, contenant des objectifs précisant le ou les élément(s) sur le(s)quel(s) intervenir, la manière et le contexte dans lesquels s'inscrira la prise en charge. Il est important d'évaluer l'efficacité de la prise en charge au fur et à mesure en utilisant des bilans étalonnés et des lignes de base dans le but d'apprécier les progrès du patient et de modifier les objectifs si nécessaire. On vise également un transfert rapide et efficace des compétences travaillées en séance à la vie quotidienne (Schelstraete, 2011).

Pour maximiser l'effet du traitement il faut impliquer les parents et l'enseignant dans la prise en charge (Schelstraete, 2011). En tant que thérapeute, il faut prendre en compte le fait que le ralentissement de la vitesse de la parole favorise la production et la compréhension orales (Montgomery, 2005). De même l'intensité, l'attention active, le feed-back et la récompense favorisent des progrès langagiers (Gillam et al, 2008). En plus de ces éléments Paul et Norbury (2012, cités par Maillart et al, 2014) suggèrent pour une intervention réussie : l'engagement actif, le renforcement, la répétition, le recours à la pratique distribuée, la spécificité, le contrôle de la complexité, la production de réponses erronées à minima ainsi que le travail avec des schémas. Par ailleurs, la variabilité est indispensable lors d'une prise en charge afin d'aider à l'apprentissage et à la généralisation de nouvelles données : variabilité de l'input langagier mais également variabilité du contexte de stimulation (Gomez, 2002).

3.2. Morphosyntaxe

Il existe plusieurs techniques présentées dans la littérature pour la rééducation des troubles de la morphosyntaxe. En fonction des besoins du patient, les techniques peuvent varier et être combinées entre elles.

Dans la technique de l'imitation sur demande (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011) l'orthophoniste présente un énoncé à l'enfant, illustré par un support, et l'enfant doit le répéter directement. Si la production n'est pas bonne, le thérapeute redonne le modèle et l'enfant répète. Les énoncés sont de plus en plus complexes tandis que la tolérance aux erreurs de répétition diminue. L'intérêt de cette technique est qu'elle permet de présenter des formes grammaticales spécifiques de façon claire.

La technique de modelage quant à elle consiste à donner à de nombreuses reprises des phrases contenant la forme grammaticale à travailler et le patient produit ensuite lui même la structure, corrigée et à répéter si nécessaire. Cette technique peut également être utilisée dans le cadre d'échanges plus naturels dans lesquels les feedbacks sont fournis par des reformulations (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011).

La technique de diminution de la charge en mémoire repose sur l'idée que c'est le traitement de l'information en temps réel qui pose problème pour un enfant présentant un TDL (Bishop, Adams et Rosen, 2006). Le fond et la forme du langage présenté peuvent être modulés en proposant un support visuel (pictogrammes, jetons, langage écrit, ...), en réduisant le débit de parole, en mettant l'accent sur les éléments importants de la phrase ainsi qu'en utilisant un lexique simple.

La technique d'optimisation des interactions langagières quotidiennes peut être proposée. Dans cette technique, lorsque l'adulte parle avec l'enfant dans des situations écologiques, il adapte son discours afin de prêter une attention particulière à la morphosyntaxe. Ce comportement se manifeste par l'usage de verbalisations parallèles, auto-verbalisations, reformulations, modelages, demandes de répétitions et d'expansions. (Schelstraete, 2011).

Un travail par le biais des compétences métalinguistiques est également possible comme avec la méthode des jetons (de Becques et Blot, 2002) dans laquelle des jetons, de couleurs et de formes différentes, représentent chacun une catégorie grammaticale afin de soulager le traitement oral du langage.

Enfin, l'approche pragmatique conversationnelle, vise à partir des productions de l'enfant, à les corriger ou compléter si besoin. Cette approche est facile à mettre en place par les parents. Les productions initiales sont faites par l'enfant, ce dernier va ainsi davantage porter son attention sur les éléments grammaticaux erronés que sur le contenu sémantique (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011).

L'imitation et le modelage sont conseillés pour commencer afin de bien intégrer la structure grammaticale désirée puis ensuite il est intéressant de favoriser les expansions et reformulations (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011).

3.3. Discours

De meilleures compétences discursives facilitent les relations avec les autres enfants. Il est important de travailler en priorité les éléments qui gênent le plus l'enfant dans ses interactions, de manière écologique (Schelstraete, 2011).

Pour travailler la production, Schelstraete (2011) propose de donner au patient des cartes représentant des éléments du récit ainsi que des cartes-indices représentant les éléments importants du schéma narratif. Le patient doit ensuite associer les cartes-indices aux cartes du récit et expliquer sa décision.

Pour Petersen (2011) afin de travailler la production, un travail ciblé est recommandé. Pour ce faire, il présente une méthode d'intervention en dix étapes. En amont, l'enfant regarde une image qui ne présente pas d'évènement important. Il doit raconter une histoire à partir de cette image, qui est enregistrée.

1. L'adulte propose un récit, en insistant sur les éléments du schéma narratif.

2. L'adulte et l'enfant co-racontent l'histoire en s'appuyant sur le support imagé et sur les cartes-indices.

3. L'enfant raconte l'histoire seul, avec l'aide de l'adulte si besoin. Différents étayages sont possibles : des procédures de closure, des expansions, des reformulations, des demandes de répétitions, des questions factuelles et inférentielles. Ce récit se fait avec le support imagé mais sans les cartes-indices.

4. L'adulte et l'enfant co-racontent une histoire à partir d'une image unique et des cartes-indices.

5. L'enfant raconte une nouvelle fois cette histoire, avec l'étayage de l'adulte si besoin (similaire à l'étape trois). Ce récit se fait avec le support imagé mais sans les cartes-indices.

6. En regardant l'image utilisée en pré-intervention, l'adulte et l'enfant écoutent le récit produit lors de cette pré-intervention. Au fur et à mesure, l'adulte pose la carte-indice sur la table lorsque l'élément du schéma narratif est produit par le patient. A la fin de l'écoute, ils identifient ensemble les éléments manquants et coproduisent un récit le plus complet possible.

7. L'enfant raconte une nouvelle fois cette histoire, avec l'étayage de l'adulte si besoin (similaire à l'étape trois). Ce récit se fait avec l'image mais sans les cartes-indices.

8. L'enfant invente un récit avec l'aide des cartes-indices. Dans le même temps, l'adulte dessine sur des notes adhésives séparées chaque étape de cette nouvelle histoire. Il peut aider l'enfant dans sa production selon les mêmes modalités que l'étape trois.

9. L'enfant raconte de nouveau l'histoire, seulement avec l'aide des dessins de l'adulte. Ce dernier peut néanmoins poser des questions.

10. Enfin, l'enfant raconte une dernière fois l'histoire sans aucun support et avec un étayage minimal, questions inférentielles et factuelles, de l'adulte.

En compréhension, la formation d'images mentales permet à l'enfant de visualiser les éléments de la phrase avant de restituer le discours entier (Joffe, Cain et Marić, 2007). Schelstraete (2011) quant à elle, recense dans différentes études des effets d'un travail sur le lexique, d'un entraînement au questionnement pour effectuer des inférences, d'un repérage de l'antécédent des anaphores, d'un apprentissage concernant la macrostructure du récit. Pour l'enfant présentant un TDL, un entraînement des stratégies palliant le déficit en mémoire de travail est souvent nécessaire.

4. But et hypothèse

La prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant fait partie des champs de compétences de l'orthophoniste. Afin de soutenir la motivation de l'enfant pour la rééducation, les supports doivent varier et la rééducation doit se faire de manière ludique et écologique. Précédemment, nous avons étudié les caractéristiques du cinéma muet : la

musique amplifie les émotions et maintient l'attention, le mutisme des acteurs laisse libre cours à la parole. Le cinéma muet semble ainsi être un support adapté pour la prise en charge orthophonique du trouble développemental du langage.

L'objectif de ce mémoire sera donc la création d'un matériel contenant des extraits de cinéma muet dans le but de rééduquer les troubles du langage oral chez des enfants. Il visera les patients âgés de huit à douze ans, âge à partir duquel débute le travail du langage élaboré et du discours (Colleta, 2004).

Les troubles du langage oral travaillés avec ce matériel seront le discours et la morphosyntaxe, par le biais du visionnage d'extraits du cinéma muet.

Dans ce mémoire, nous supposons que la réalisation d'un matériel regroupant des activités basées sur des extraits vidéos du cinéma muet est réalisable. De même, nous pensons que cet outil est utilisable en clinique. Enfin, nous présumons que ce matériel correspond aux attentes des orthophonistes concernant un support travaillant le discours et la morphosyntaxe.

Méthode

Pour répondre à l'hypothèse de travail, une revue de la littérature a été menée afin de préciser les rééducations efficaces pour la prise en charge des troubles développementaux du langage. Le matériel a ensuite été réalisé. Cette partie s'attachera à décrire la méthodologie utilisée pour l'élaboration de cet outil ainsi que les démarches entreprises pour amorcer une utilisation en clinique.

1. Création du matériel

1.1. Choix des vidéos

Parmi les centaines de films muets existants, une sélection a dû être faite. L'objectif était de trouver des extraits vidéos contenant de l'humour, du suspense et des situations cocasses dans le but de faire verbaliser le patient au maximum. Ainsi, le cinéma burlesque, genre cinématographique très populaire, a été retenu. En effet, selon Dotoli (1996) une œuvre burlesque est une œuvre qui a pour but d'apporter du plaisir via des contradictions, de l'humour et la transgression des normes.

Afin de garder une cohérence et un fil conducteur dans les activités, ce sont les films de Charlie Chaplin et de Buster Keaton qui ont été retenus. Considérés comme les symboles du cinéma burlesque, on retrouve dans leurs films ce qui caractérise ce genre cinématographique : des gags visuels, des courses-poursuites, des chutes ainsi que des événements absurdes qui provoquent le rire du spectateur (Attias, 2007).

Une sélection a ensuite dû être réalisée parmi les 131 œuvres de Buster Keaton et les 82 œuvres de Charlie Chaplin. Enfin, un choix arbitraire a dû être fait : l'œuvre de Buster Keaton sera utilisée pour les activités travaillant la morphosyntaxe et celle de Charlie Chaplin pour les activités travaillant le discours. En outre, des sous-titres en français ont été ajoutés lors de l'apparition à l'écran d'intertitres en anglais.

1.2. Travail de la morphosyntaxe

Le film de Buster Keaton a été visionné puis coupé afin d'avoir à disposition des extraits plus ou moins longs. Les questions et activités ont ensuite été construites autour de ces vidéos en respectant les techniques préconisées par la pratique basée sur les preuves.

Dans la littérature, plusieurs techniques sont recommandées pour la rééducation des troubles morphosyntaxiques. Celles retenues pour le matériel sont la technique de modelage, la technique de diminution de la charge en mémoire ainsi que l'approche pragmatique conversationnelle. Ainsi, lors de l'élaboration des activités, l'objectif était d'aboutir à un outil travaillant la morphosyntaxe permettant de faire verbaliser l'enfant au maximum. Le thérapeute corrigera et complétera ces productions si besoin comme préconisé par l'approche pragmatique conversationnelle (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011). De même, afin de mettre en place la technique de diminution de la charge en mémoire (Bishop, Adams et Rosen, 2006), les questions devaient être présentées à l'oral et à l'écrit afin de fournir un support visuel. Elles devaient contenir un lexique simple et il fallait préciser à son orthophoniste de réduire son débit de parole. Enfin, il fallait veiller à proposer plusieurs fois des phrases contenant la même forme grammaticale pour mettre en place la technique de modelage (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011).

Les productions morphosyntaxiques des enfants présentant un TDL sont notamment caractérisées par l'utilisation de stratégies linguistiques d'enfants plus jeunes en compréhension (Parisse et Maillart, 2004) et d'un développement linguistique décalé dans le temps en production (Comblain, 2004). Ainsi, nous avons élaboré des questions à destination d'enfants âgés de huit à douze ans situés dans le stade six ou sept du LARSP (Crystal, Garnam et Fletcher, 1989 cité par Schelstraete, 2011). En effet, le stade six, stade de complètement du système, correspond au développement langagier dans la norme des enfants âgés de quatre à cinq ans. L'enfant maîtrise l'essentiel de la grammaire mais on note encore des erreurs sur les pronoms, les déterminants, la conjugaison, la voix passive ainsi que sur les adjectifs et les adverbes. Le stade sept quant à lui, stade de structuration du discours, correspond au développement langagier dans la norme des enfants âgés de cinq ans à l'adolescence. Il est marqué par le début de l'utilisation de connecteurs et de phrases à la structure complexe.

Les phrases qui ont pu être générées par les extraits vidéos ont permis d'élaborer des questions permettant de travailler les capacités morphosyntaxiques déficitaires chez les enfants présentant un TDL (cf. Annexe 1), présentées dans la partie 1.2 du contexte théorique de ce mémoire.

1.3. Travail du discours en production

Le film de Charlie Chaplin a lui aussi été visionné puis coupé afin d'avoir à disposition des extraits plus ou moins longs. Les activités proposées se basent sur les moyens mis en évidence par la littérature pour travailler le discours en production : un travail du schéma narratif contenu dans la macrostructure du récit (Schelstraete, 2011) et la méthode Petersen (Petersen, 2011).

La notion de macrostructure correspond à l'organisation d'ensemble du discours. Tout récit est élaboré autour d'un schéma narratif conventionnel possédant une organisation claire avec des parties se succédant dans un ordre précis (Hilaire-Debove et Kern, 2003). Pour Isenberg (cité par Hilaire-Debove et Kern, 2003 et Adam, 1978), on peut ainsi trouver quatre, ou cinq parties dans un récit. La première partie correspond à la situation initiale. Elle

présente le cadre du récit, c'est-à-dire le lieu, le moment et les personnes présentes. Vient dans un second temps la complication de l'histoire, qui vient modifier la situation initiale. Dans un troisième temps, ils essaient à une ou plusieurs reprises de résoudre la situation. La quatrième étape correspond à la résolution du problème ou à l'apparition d'un nouvel élément modificateur. Enfin, la cinquième et dernière partie est facultative. Elle correspond à la morale ou à la conclusion du récit.

La macrostructure du récit est sensée être maîtrisée par tout locuteur, elle correspond au modèle socio-culturel du récit. Ainsi, selon Adam (1978), lorsqu'un locuteur doit rappeler une histoire il se sert de la macrostructure pour faire revenir le récit et le complète de détails qui lui sont disponibles en mémoire. De même, si un résumé d'une histoire lui est demandé, celui-ci correspond à la macrostructure qu'il a gardé en mémoire.

Des études ont été menées concernant le développement du récit. A six ans la macrostructure est acquise (Hilaire-Debove et Kern, 2013). Puis Kern (1997) souligne de bonnes capacités de production d'un récit respectant les éléments du schéma narratif chez les enfants de sept ans. C'est ensuite vers dix ans, que les résultats sont proches de ceux des adultes.

Des études, reprises par Hilaire-Debove et Kern en 2013, ont mis en évidence la bonne capacité des enfants présentant un trouble développemental du langage à produire les éléments de l'histoire malgré les troubles langagiers. Ils évoquent néanmoins moins d'éléments perturbateurs et jusqu'à l'âge de dix ans, ils présentent des performances inférieures concernant le nombre d'éléments fournis.

Par ailleurs, pour qu'un discours soit compris par un interlocuteur il doit être cohérent, c'est-à-dire que ses parties doivent s'enchaîner et entretenir un lien logique (Le Petit Robert, 2014). La cohérence dépend de la cohésion et de la connexité. La cohésion assure la cohérence au sein d'un énoncé. Pour ce faire, certains procédés sont utilisés tels que les anaphores au niveau syntaxique, les répétitions et les synonymes au niveau lexical. Entre les différents énoncés, la cohérence est assurée par la connexité. Elle est possible via l'utilisation de connecteurs tels que les conjonctions de coordination, les adverbes ou les constructions en participe présent. En outre, Charolles (1978, cité par Alvarez, Lemonnier et Guimmont, 1992) présente quatre méta-règles de la cohérence. La première est la méta-règle de répétition, elle soutient l'idée qu'un discours cohérent est constitué d'éléments présents dans les phrases antérieures. La méta-règle de progression quant à elle suppose que les phrases sont liées entre elles et suivent une idée générale mais également que toutes les phrases apportent une nouvelle information qui fait progresser le discours. De son côté, la méta-règle de non-contradiction présume qu'aucun élément ne vienne contredire ce qui a été dit dans les phrases antérieures. Enfin, pour la méta-règle de relation, la cohérence du récit est possible si les éléments qu'il contient sont reliés entre eux.

Pour la création de notre matériel, des impressions d'écrans correspondant aux moments importants de chaque extrait vidéo ont été réalisés. De même, des cartes-indices relatives aux parties du schéma narratif ont été créées. Ainsi, après visionnage de l'extrait vidéo, le patient produira un récit. Si ce dernier n'est pas cohérent ou ne contient pas toutes les informations les cartes-indices lui seront fournies afin d'étayer son discours.

La méthode Petersen utilisée dans ce matériel a montré son intérêt clinique. En effet, après l'application de la méthode, Petersen et al (2010) ont observé une amélioration des capacités à élaborer un récit chez les enfants TDL. Ces améliorations se sont pérennisées par la suite. Par ailleurs, cette intervention a également un impact positif sur des éléments qui

n'ont pas été travaillés spécifiquement dans la méthode comme la cohésion anaphorique, les syntagmes nominaux, les verbes et les adverbes.

1.4. Travail du discours en réception

Les extraits vidéos du film de Charlie Chaplin retenus pour travailler le discours en réception sont les mêmes que ceux utilisés pour travailler le discours en production.

Dans la littérature, pour améliorer la compréhension du discours, il est préconisé de poser des questions sur le lexique, des questions permettant d'effectuer des inférences ainsi que d'entraîner le patient à repérer l'antécédent des anaphores (Schelstraete, 2011). Par ailleurs, l'entraînement à la formation d'images mentales est également préconisé (Joffe, Cain et Marié, 2007).

Les questions sur les inférences, les anaphores et le lexique sont un bon moyen de travailler le discours en réception.

L'inférence se définit comme l'action de tirer une conclusion concernant un élément en raison de son lien avec d'autres éléments (Le Petit Robert, 2014). Dans un discours, tout n'est pas forcément dit. Sa compréhension est fortement dépendante des inférences que le récepteur fait de ce discours (Laval, 2016). En entraînant le patient à effectuer des inférences, sa compréhension des récits au quotidien sera améliorée (Schelstraete, 2011).

Un élément d'un discours est considéré comme anaphorique s'il est nécessaire de se référer à une autre partie du discours pour l'interpréter (Perdicoyanni-Paléologou, 2001). Ce sont généralement les marques de genre et de nombre ainsi que la fonction grammaticale qui permettent d'identifier l'antécédent de l'anaphore. Néanmoins, dans certaines situations, ces éléments ne sont pas suffisants et la personne qui reçoit le discours doit effectuer des inférences pour repérer le bon antécédent (Charolles, 1995). Toutefois, les anaphores tiennent un rôle important dans la cohérence du discours et permettent de supprimer les répétitions. (Charolles, 2011). Ainsi, il semble primordial que le patient soit en mesure de repérer tant les inférences que les anaphores dans un discours afin d'avoir une bonne compréhension de celui-ci.

Un discours est un ensemble d'énoncés formant un ensemble cohérent (Charolles, 1995). Ces énoncés sont un ensemble de mots. De ce fait, il est important de veiller à ce que le patient ait une bonne compréhension de ce lexique afin de faciliter la bonne compréhension du discours en lui-même.

Travailler avec la création d'images mentales permet de conscientiser la compréhension ou l'apprentissage d'une nouvelle information. L'entraînement à la formation d'images mentales a été expliqué par Paquette Chayer (2000). Elle donne trois éléments essentiels pour pouvoir rentrer dans la création de ces images mentales. La premier élément nécessaire est l'intention, c'est à dire que le patient connaisse l'objectif visé par la création d'images mentales, qu'il sache quelle est la finalité de cette création. Dans un second temps, il faut que l'enfant s'investisse pleinement dans la création de cette image mentale, cela correspond au projet de sens. Enfin, la mise en projet correspond à l'étape où le thérapeute donne les consignes à l'enfant afin que celui-ci mette en place les images mentales nécessaires. Les images mentales que le patient va construire vont être soit visuelles soit auditives. Un récit est proposé au patient et il est ensuite invité à créer une image mentale pour ce récit : « Tu vas écouter et voir dans ta tête, le dire avec tes mots à toi ».

Dans deux expériences menées respectivement sur 65 enfants de 4 à 9 ans puis sur 76 élèves du CP au CM2, Fayol (1978 et 1981) a proposé des récits et demandé aux enfants s'ils

pensaient que les résumés proposés décrivaient la même histoire. Il en résulte que c'est à partir de huit ou neuf ans, que l'enfant tout-venant est capable d'observer la similitude entre un résumé et l'histoire à laquelle il se réfère ainsi que de déceler une hiérarchie dans le récit. Enfin, c'est à cet âge que la macrostructure et le schéma narratif sont maîtrisés.

C'est également vers l'âge de huit ans, que la compréhension de l'histoire et de son agencement est maîtrisée et que la macrostructure des textes et le schéma narratif sont compris par la majorité des enfants. (Fayol, 1983)

Au vu des capacités attendues pour les enfants âgés de huit à douze ans ciblés par notre matériel, des récits décrivant les extraits vidéos ont été créés et sont accompagnés de questions relatives à ces mêmes vidéos. Ils serviront de support de communication à l'orthophoniste et son patient. Ces mêmes récits pourront être proposés afin de permettre au patient de créer une image mentale.

2. Procédure de contrôle du matériel

2.1. Constitution du dossier pour la CNIL

L'étude prévoyant de mettre le matériel à disposition d'orthophonistes, la première étape a donc été de constituer un dossier pour la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Pour cela, nous avons fourni, par l'intermédiaire du Délégué à la protection des données de l'Université, le titre du mémoire, les buts de l'étude, ainsi que la lettre d'information à destination des orthophonistes. Le dossier CNIL (cf. Annexe 2) a été accepté et prévoit que ce soient les orthophonistes qui utilisent le matériel avec le patient. Toutes les informations recueillies seront anonymes. Nous ne connaissons que l'âge de l'enfant, le diagnostic de trouble développemental du langage et le nom de l'orthophoniste qui suit l'enfant. De plus, étant donné que le matériel s'inscrit sur la technique basée sur les preuves et s'inscrit dans le soin courant, il n'a pas été nécessaire de demander une autorisation parentale.

2.2. Transmission du matériel

Pendant un mois, un prototype du matériel a été fourni à deux orthophonistes accueillant des enfants TDL âgés de huit à douze ans. Il a été demandé aux orthophonistes de nous faire un retour sur le matériel. L'objectif était de connaître leur ressenti sur notre outil concernant la clarté des consignes et des activités et sur la possible utilisation en séance du matériel. Un retour sur la ou les séances pendant lesquelles le matériel a été utilisé leur a été demandé. Nous souhaitons connaître le sentiment du patient et l'intérêt qu'il a manifesté pour l'outil. En fonction des retours donnés par l'orthophoniste, son opinion et celle du patient, le matériel a été modifié en conséquence.

D'autres orthophonistes ont quant à elles reçu le prototype en format PDF par mail afin de nous faire un retour. L'objectif était de connaître leur avis concernant la clarté des consignes et des activités de notre outil ainsi que sur son intérêt clinique. Ne recevant pas actuellement d'enfants TDL âgés de huit à douze ans, ces orthophonistes n'ont pas pu utiliser le matériel en séance.

Résultats

1. Présentation du matériel

Le matériel se présente sous forme de mallette. Il est composé d'un livret présentant l'outil et détaillant les troubles morphosyntaxiques et discursifs des enfants TDL, les moyens de rééducations préconisés par la littérature, les activités proposées et la façon d'utiliser le matériel.

Pour le travail de chaque film, un plateau (cf. Annexe 3) est proposé afin de marquer l'avancée du patient extrait par extrait. Des pions servant à avancer sur le plateau se trouve dans la mallette ainsi qu'un crayon de couleur permettant au patient de colorier l'étoile à la fin du travail de chaque extrait vidéo.

Sur la clé USB se trouvent les vidéos supports du matériel. On y retrouve sept vidéos pour le film « Le kid » de Charlie Chaplin et neuf vidéos pour le film « Sherlock Junior ». On y trouve également le présent mémoire.

Les activités travaillant la morphosyntaxe nécessitent l'utilisation des cartes « morphosyntaxe » (cf. Annexe 1) propres à chaque vidéo. Sur celles-ci sont inscrites les phrases de modelage et les questions relatives aux vidéos. On retrouve ainsi neuf cartes pour le film « Sherlock Junior ».

Les activités travaillant le discours nécessitent quant à elles l'utilisation de différents outils. Les cartes « discours » (cf. Annexe 4), propres à chaque vidéo, sur lesquelles sont inscrits le texte décrivant la vidéo ainsi que des questions. On retrouve donc dans la mallette, sept cartes pour le film « Le kid ». Par ailleurs, des impressions d'écrans (cf. Annexe 5), appelées cartes-récits, sont proposées et des images pré-intervention sont également présentes pour mettre en place la méthode Petersen (2011). Enfin, sept cartes-indices (cf. Annexe 6) illustrant les éléments du schéma narratif se trouvent dans la mallette.

Toutes les cartes contenant du texte sont présentées en format A5, avec la police Arial en taille 15. En effet, pour faciliter la lecture, les polices à caractères à bâtons, sans empattement, comme Arial, sont recommandées (Luz Rello et Ricardo Baezo-Yates, 2013).

2. Présentation des activités

Tout au long de l'utilisation du matériel, le patient est encouragé à verbaliser pendant ou après le visionnage des vidéos, l'approche pragmatique conversationnelle permettra de corriger ses productions si besoin .

2.1. Travail de la morphosyntaxe

Pour le travail de la morphosyntaxe, l'extrait vidéo est visionné par l'enfant et l'orthophoniste, une ou plusieurs fois selon les besoins. Il répond ensuite aux questions relatives à la vidéo. En regard de chaque vidéo et des questions, trois phrases travaillant la même structure grammaticale sont proposées. Elles sont produites à l'enfant, qui doit les répéter et repérer le point commun entre ces phrases puis en déduire la règle qui les régit, suivant le modèle de la technique de modelage (Fey et Proctor-Williams, 2000 cités par Schelstraete, 2011).

2.2. Travail du discours en production

Pour le travail du discours en production, une vidéo est visionnée. Le patient commencera par un récit libre. Si celui-ci est cohérent, une autre vidéo du même film pourra

lui être proposée. Sinon, un travail du schéma narratif ou via la méthode Petersen sera entrepris selon le choix de son orthophoniste. Pour la mise en place de l'activité intervenant sur le discours avec le travail du schéma narratif, le patient visionne la vidéo, une ou plusieurs fois. A la fin de celle-ci, il explique ce qu'il a vu. Si son discours n'est pas cohérent ou ne contient pas toutes les informations, des cartes sont mises à sa disposition. Des cartes-indices, représentant les éléments importants du schéma narratif, et des cartes-récits, représentant les éléments du récit. Le patient pourra manipuler les cartes en associant les cartes-récits aux cartes-indices correspondant, en expliquant son choix. Ces cartes serviront également de support à la discussion entre l'orthophoniste et le patient afin que son discours se construise. Si l'orthophoniste préfère travailler le discours en production par le biais la méthode Petersen (2011), les 10 étapes de l'intervention sont détaillées dans le livret. La trame de l'intervention est similaire à celle proposée par Petersen. Quelques modifications sont toutefois suggérées afin que l'activité soit adaptée au support présent dans ce matériel. Ainsi, une image extraite du film est proposée à l'enfant avant le début de l'intervention afin que son discours soit enregistré. Les étapes un, deux et trois se basent sur le visionnage de la séquence vidéo dans son intégralité. Pour les étapes quatre et cinq, une nouvelle image extraite du film est proposée. L'orthophoniste a le choix d'utiliser le travail du discours par un travail des éléments du schéma narratif ou avec la méthode Petersen. Le choix de l'intervention peut changer selon les films et selon le retour du patient.

2.3. Travail du discours en compréhension

Pour le travail du discours en compréhension, l'orthophoniste et le patient commencent par visionner la vidéo. L'orthophoniste présente ensuite oralement un récit descriptif de la séquence vidéo au patient et lui fournit le texte écrit en support si nécessaire. Ce support visuel permettra de pallier le déficit en mémoire de travail. A la suite de ce récit, des questions seront posées au patient afin d'évaluer sa compréhension du discours. Ce récit et ces questions sont un support de communication entre l'orthophoniste et son patient. Ils permettront d'entamer la discussion sur le récit, de faire naître d'autres interrogations. A la fin de ce travail de compréhension et d'échange, la séquence vidéo sera re-présentée au patient. Les textes proposés sont des idées de récit à soumettre au patient, ils peuvent être modifiés. Cette intervention sur la compréhension du discours peut également être mise en place via la formation d'images mentales. La méthode d'imagerie mentale est expliquée à l'orthophoniste dans le livret. Un récit sera tout d'abord proposé oralement au patient, il aura la possibilité de le lire si besoin. Il sera ensuite invité à créer une image mentale pour ce récit, en prenant son temps : « Tu vas écouter et voir dans ta tête, le dire avec tes mots à toi ». Le visionnage de la vidéo associée sera ensuite proposé. En confrontant les images mentales qu'il aura créées à la vidéo visionnée, il dira si le récit soumis correspond à la vidéo ou pas.

3. Retour patients et thérapeutes

Le matériel a été utilisé pendant un mois par une orthophoniste auprès de deux patients présentant un trouble développemental du langage. Ils étaient âgés respectivement de 9;11 ans et de 11;2 ans. Le support informatique a motivé les patients, ce matériel proposant des éléments nouveaux par rapport à ce qu'elle utilise lors de ses suivis orthophoniques. Au fil du visionnage des vidéos, les patients souhaitaient connaître la suite de l'histoire. Ils produisaient les dialogues et les onomatopées instinctivement et riaient lors des scènes comiques. Après

plusieurs visionnages des extraits, l'orthophoniste a noté une complexification des énoncés produits par le patient. Suivait ensuite un temps d'échanges et de questions sur ces vidéos. L'orthophoniste et les deux patients ont beaucoup apprécié le matériel. En parallèle de son retour sur la clinique, elle m'a également transmis des remarques afin de repréciser quelques points contenus dans le livret. En effet, la manière dont j'avais présenté l'adaptation de la méthode Petersen avec l'utilisation des vidéos ne lui semblait pas claire. J'ai ainsi intégré directement mes modifications au sein de la partie méthode Petersen.

Les orthophonistes ayant seulement reçu le prototype en format PDF ont également apprécié le concept du matériel. L'outil informatique leur semble être une bonne manière d'introduire un travail rééducatif actif du discours et de la morphosyntaxe. Par ailleurs, les vidéos sont pour elles un moyen écologique de travailler le langage oral, permettant une généralisation plus aisée.

Un matériel a été transmis à une deuxième orthophoniste. Sans réponse de sa part par la suite, nous n'avons pas pu nous baser sur son témoignage.

Discussion

L'objectif de ce mémoire était la création d'un matériel contenant des extraits de cinéma muet dans le but de rééduquer les troubles du langage oral chez des enfants. Ce matériel visait les patients âgés de huit à douze ans présentant des troubles morphosyntaxiques et discursifs.

L'hypothèse de travail était que ce matériel basé sur des extraits vidéos du cinéma muet était réalisable. Nous supposions également qu'il était utilisable en clinique et qu'il correspondait aux attentes des orthophonistes relatives à un support travaillant le discours et la morphosyntaxe.

Ce mémoire a abouti à la création d'une mallette regroupant des extraits vidéos de films muets et des activités basées sur la pratique fondée sur les preuves.

1. Matériel

1.1. Vidéos

Les extraits vidéos de Charlie Chaplin et Buster Keaton retenus correspondent bien au cinéma burlesque. On y retrouve de nombreux gags visuels, des courses-poursuites, des chutes ainsi que des événements absurdes. L'objectif était de trouver des extraits vidéos contenant de l'humour, des contradictions, du suspense et des situations cocasses dans le but de faire verbaliser le patient au maximum. Les situations présentes dans les vidéos sont explicites et facilement descriptibles pour le patient.

Dans des extraits vidéo du film « Le kid », plusieurs acteurs fument des cigarettes. En 2016, l'OMS rapporte une étude menée sur les films sortis entre 2002 et 2014. 59 % des films produits à Hollywood contenaient des scènes filmant une consommation de tabac. C'est en janvier 1964 qu'est publié le rapport des autorités sanitaires américaines reliant pour la première fois tabagisme et cancer du poumon. C'est à partir de cette date, que les premières lois notamment relatives à l'audio-visuel furent votées aux États-Unis et partout dans le monde (Holford et al, 2014). Les films sélectionnés pour notre matériel furent réalisés en 1921 et 1924, la question de la présence du tabac dans les films ne se posait pas. Le choix a

donc été fait de tout de même sélectionner le film « Le kid » car la plupart des films de cette époque, comme ceux d'aujourd'hui, contiennent des scènes avec du tabac.

La question du droit d'auteur s'est également posée lors du choix des films. Nous nous sommes reportés à la loi d'extension du terme des droits d'auteur votée en 1998 aux États-Unis. Les films sortis avant le 1er janvier 1923 sont dans le domaine public. Ceux publiés avant le 1er janvier 1964 et qui n'ont pas été renouvelés se trouvent également dans le domaine public. Nous avons donc veillé à sélectionner des films s'inscrivant dans ces dates.

Lors de la sélection des extraits, l'objectif était de garder une continuité dans l'histoire. De ce fait, pour garder des séquences cohérentes, la durée des vidéos varie. Ces changements de durée ne se font malheureusement pas de façon progressive.

1.2. Principes généraux de prise en charge

Afin qu'une intervention orthophonique soit menée dans les meilleures conditions, il est important qu'elle respecte les principes généraux de prise en charge recommandés par Montgomery (2005), Gillam et al (2008) et Paul et Norbury (2012). De ce fait, lors de l'élaboration du matériel et de son utilisation, nous avons tenté de respecter ces principes, de les appliquer.

Le ralentissement de la vitesse de la parole a été expressément demandé dans le livret d'utilisation du matériel. Les études réalisées par Borel (2015) et Laval (2016), mettent en avant l'attention plus importante lors de l'utilisation de l'outil informatique et surtout lors du visionnage d'extraits vidéos comme c'est le cas dans notre matériel. Lors de la rééducation du discours avec les vidéos effectuée soit par le travail du schéma narratif ou par la méthode Petersen, le patient est confronté à de multiples reprises au même travail et les critères d'intensité, de répétition et de renforcement sont donc respectés. La pratique distribuée quant à elle peut être mise en place avec notre matériel, en décidant par exemple de ne travailler que sur un extrait pendant la séance. Le principe d'engagement actif, lui, est présent, le patient est amené à verbaliser et à répondre aux questions tout au long de l'utilisation de l'outil. La notion de récompense est mise en place par le biais du coloriage sur le plateau de jeu de la case de l'extrait vidéo ainsi que par les encouragements de l'orthophoniste lors de la bonne réponse aux activités demandées. Ces encouragements et cet accompagnement aux productions correspondent au feed-back attendu dans toute prise en charge. De son côté, la variabilité de l'input langagier est respectée avec des récits et des phrases différentes selon les extraits vidéos. La variabilité du contexte de stimulation est elle aussi présente avec des contextes de stimulation différents tels que la vidéo, le langage écrit et le langage oral.

Cependant, les notions de spécificité et de contrôle de la complexité ont pu être mises en place pour le travail du discours mais pas pour le travail de la morphosyntaxe. Enfin, le travail avec des schémas a été effectué pour le discours avec le travail de la macrostructure avec le schéma narratif mais son apport pour les activités morphosyntaxiques ne nous a pas semblé pertinent.

1.3. Validation

L'usage de ce matériel par des orthophonistes a permis d'objectiver son utilisation en clinique et a fourni un avis purement qualitatif sur son intérêt thérapeutique, sur un nombre réduit de séances. Bien que se basant sur les pratiques recommandées par la littérature et devant donc permettre l'amélioration des capacités morphosyntaxiques et discursives des patients, il serait intéressant de mesurer son efficacité.

La portée rééducative de ce matériel pourrait donc faire l'objet d'un prochain mémoire. Une ligne de base pour chacune des activités (les activités morphosyntaxiques, le travail du schéma narratif, la méthode Petersen, les activités de discours en réception et la formation d'images mentales) pourrait être administrée avant et après l'utilisation du matériel. Le matériel serait utilisé. L'évolution ou non du patient permettrait d'objectiver l'intérêt du matériel ainsi que l'activité la plus bénéfique.

Il faudrait au préalable définir le nombre d'enfants nécessaires à l'étude. Les patients pourront être divisés en deux groupes. Un groupe utiliserait le matériel avec les activités travaillant la morphosyntaxe, le discours en production avec la méthode Petersen ainsi que le discours en compréhension. Le deuxième groupe, quant à lui, utiliserait le matériel avec les activités travaillant la morphosyntaxe, le discours en production avec un travail du schéma narratif ainsi que le discours en compréhension.

2. Intérêt thérapeutique

2.1. Morphosyntaxe

Les questions présentes sur les cartes « morphosyntaxe » visent le travail de plusieurs éléments déficitaires. En effet, les phrases et les questions induites après le visionnage des vidéos n'ont pas permis de travailler un seul élément en particulier. Les phrases proposées pour la technique de modelage permettent de donner le bon modèle au patient et de lui faire déduire la règle régissant ces phrases. Ainsi, ce matériel basé sur l'utilisation d'extraits vidéos du cinéma muet travaille de nombreux éléments connus comme déficitaires chez les enfants TDL mais pas de manière intensive.

Les questions élaborées et proposées s'adressent aux patients âgés de huit à douze ans situés dans le stade six ou sept du LARSP. Cependant les différents stades du LARSP ont été repérés pour l'anglais. Parisse et al (2011) ont réalisé une adaptation française mais celle-ci s'arrête au stade cinq, certains éléments spécifiques au français n'apparaissent donc pas dans le LARSP.

La question de l'apprentissage sans erreur ou de la confrontation à l'erreur s'est posée lors de la rédaction des cartes de travail de la morphosyntaxe. En effet, les principes généraux de prise en charge suggèrent la production d'erreur à minima. Néanmoins, les courants Pavlovien et Behavioristes envisagent les erreurs comme indispensables à tout apprentissage discriminatif. En effet, dans des situations expérimentales, l'apprentissage sans erreur peut être mis en place. Cependant, ces situations ne sont pas forcément reproductibles dans la vie quotidienne et ne permettent pas de faire face aux situations nouvelles, ni de développer des capacités adaptatives (Richelle, 1966). De même, dans les modèles constructivistes de l'apprentissage, les erreurs sont considérées comme très utiles pour apprendre et servent même de support de travail (Favre, 2003). Par ailleurs, la confrontation à l'erreur permet de faire l'expérience de la frustration. La tolérance à cette dernière n'est possible que si le patient en fait l'expérience, cette confrontation à l'échec et à la frustration parera le patient aux situations de frustration qu'il peut rencontrer dans la vie quotidienne. (Richelle, 1966)

En proposant des questions dans ce matériel, nous avons pris le parti de laisser le patient faire des erreurs et de lui permettre d'apprendre de celles-ci, tout en lui proposant toujours la réponse correcte par la suite.

En se basant sur les retours des orthophonistes, l'hypothèse d'un intérêt clinique de l'utilisation des vidéos du cinéma muet pour le travail de la morphosyntaxe est validée. L'orthophoniste qui a pu utiliser le matériel en rééducation a mis en avant une amélioration des productions syntaxiques des patients à mesure des visionnages successifs de la même vidéo. De plus, ces productions peuvent être corrigées avec l'approche pragmatique conversationnelle. Néanmoins, cette amélioration n'a été objectivée que qualitativement, il serait intéressant de l'évaluer quantitativement.

2.2. Discours

Pour le travail du discours en compréhension, les questions présentes sur les cartes « discours » permettent un travail sur le lexique ainsi que sur les inférences. Il est essentiel que ces éléments soient compris afin que le discours soit à son tour compris. Ces questions permettent donc à l'orthophoniste d'attester de la bonne compréhension, de proposer de visionner de nouveau la vidéo et d'expliquer au patient si nécessaire. Le texte proposé oralement au patient est fourni à l'écrit afin de pallier un éventuel déficit en mémoire de travail. Le récit proposé n'est qu'un exemple de production. En effet, selon le niveau du patient ce discours pourra être modifié mais nous n'avons pas pu fournir en amont la version écrite de ces discours.

Pour le travail du discours en production, l'objectif est de faire verbaliser le patient au maximum. Ces discours peuvent être corrigés et enrichis par la suite mais le but est atteint. Le support vidéo, notamment l'utilisation d'extraits vidéos de cinéma muet permet cette verbalisation. En effet, il constitue un support riche et vivant engendrant la production de discours pour le patient qui cherche à mettre des mots pour expliquer ce qu'il voit mais également pour dire ce qui peut être dit par les acteurs.

La méthode Petersen proposée dans le matériel permet de fournir une trame à l'orthophoniste pour la rééducation du discours en production. Néanmoins, il est à noter que son efficacité n'a été prouvée que par des recherches menées par Petersen lui-même (2011) et dans le cadre d'un mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste réalisé en 2015 par Vimont, H. et Labat, H. à Paris. Aucun autre article scientifique ne s'est intéressé à son efficacité.

La rééducation du discours en production par le biais d'un travail du schéma narratif permet au patient d'observer tous les éléments présents dans un récit. Ces cinq étapes identifiées, elles lui donneront une trame à respecter pour ses discours de la vie quotidienne ainsi que pour comprendre le discours d'un interlocuteur. Cette intervention sur le schéma narratif est aussi utilisée pour la rééducation des troubles du discours chez les personnes cérébrolésées.

Le matériel proposé n'est qu'un échantillon de films du cinéma muet. En se basant sur les activités et les méthodes de rééducation proposées, d'autres vidéos peuvent être ajoutées et servir de nouveaux supports de travail.

Les retours des orthophonistes ont permis de valider l'hypothèse d'un intérêt clinique du matériel pour le travail du discours. Une orthophoniste estime que la méthode Petersen est un peu figée et le travail du schéma narratif plus écologique. Néanmoins, il me semble intéressant de laisser les deux propositions recommandées par la littérature scientifique et de laisser le choix aux orthophonistes d'utiliser l'une ou l'autre.

2.3. Pragmatique

La pragmatique est travaillée dans le matériel par le biais des questions sur les inférences. En effet, avec l'absence de paroles le patient doit en effectuer de nombreuses et elles se retrouvent également sous forme de questions dans les activités de discours en réception. Ce travail est écologique. En effet, dans une conversation lorsque le langage n'est pas transparent, l'interlocuteur est amené à effectuer des inférences pour comprendre le message.

Pour Coquet (2005), la pragmatique correspond au langage utilisé dans les interactions dans le but de communiquer. Les difficultés pragmatiques des enfants avec un TDL peuvent être primaires : il s'agit alors d'un trouble pragmatique développemental. Elles peuvent également être la conséquence de troubles langagiers impactant l'utilisation sociale du langage, les troubles pragmatiques seront alors considérés comme secondaires à ces troubles langagiers (Maillart, 2003 ; Roch, 2005).

Ces difficultés en pragmatique sont souvent à l'origine de difficultés comportementales, affectives et sociales chez les enfants présentant un TDL (Vissers et Koolen, 2016 ; Helland et Helland, 2017). Des études ont démontré l'existence de dysfonctionnements dans la gestion des conversations par les enfants avec un TDL (De Weck, 2004). Les enfants avec un TDL éprouvent des difficultés pour initier l'échange et pour utiliser les bonnes stratégies pour rentrer en communication (De Weck, 2004). Les déficits langagiers impactent également l'alternance des rôles conversationnels (Brinton et Fujiki, 1982). En effet, les difficultés de compréhension entraînent des réponses hors sujet ou une absence de réponses aux questions. De plus, ils ont du mal à prévoir la fin des énoncés de leur interlocuteur. Lorsqu'ils interrompent une conversation, c'est dans le but de poursuivre leur idée ou introduire un nouveau thème qui n'est pas en lien avec l'intervention de l'adulte. Les enfants avec un TDL formulent moins de demande de clarification. Ceci s'expliquerait par une difficulté de compréhension des rôles de chaque locuteur dans la conversation (Donahue, Pearl et Bryan, 1980). Ils éprouvent également des difficultés pour répondre aux questions et répondent plus fréquemment de façon inappropriée (Snow, 1996). La compréhension des actes de langage est touchée tandis qu'en production, le répertoire est limité. De plus, les actes de langage indirects sont compris de façon littérale chez les enfants avec un TDL (Schelstraete, 2011).

Au-delà du travail des inférences, le matériel peut également servir de support pour réaliser un travail sur les émotions ainsi que sur d'autres éléments pragmatiques déficitaires chez l'enfant TDL.

Conclusion

Le trouble développemental du langage (TDL) est défini par Bishop (1987) comme un trouble du langage oral ne pouvant être expliqué ni par une déficience, qu'elle soit sensorielle, motrice ou intellectuelle, ni par des troubles psycho-affectifs ni par une atteinte neurologique ou de graves carences environnementales. Un enfant avec un TDL présente, dans un ou plusieurs domaines, des scores déficitaires par rapport à des enfants de son âge. Ce mémoire s'est penché sur la rééducation des troubles morphosyntaxiques et discursifs.

La prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant fait partie des champs de compétences de l'orthophoniste. En évaluation ainsi qu'en rééducation, l'intervention orthophonique se base sur l'utilisation de différents supports dont la vidéo. Les caractéristiques du cinéma muet font de lui un support de rééducation idéal : la musique

amplifie les émotions et maintient l'attention, le mutisme des acteurs laisse libre cours à la parole.

L'objectif de ce mémoire était la création d'un matériel contenant des extraits de cinéma muet dans le but de rééduquer les troubles morphosyntaxiques et discursifs de patients âgés de huit à douze ans. Nous supposons que la réalisation de ce matériel était réalisable et utilisable en clinique. Enfin, nous présumons que ce matériel correspondait aux attentes des orthophonistes concernant un support travaillant le discours et la morphosyntaxe.

Les productions morphosyntaxiques des enfants présentant un TDL sont notamment caractérisées par l'utilisation de stratégies linguistiques d'enfants plus jeunes en compréhension et d'un développement linguistique décalé dans le temps en production. Les techniques recommandées pour la rééducation des troubles morphosyntaxiques et retenues pour le matériel sont les techniques de modelage et de diminution de la charge en mémoire ainsi que l'approche pragmatique conversationnelle. Ainsi, lors de l'élaboration des activités et des questions, l'objectif était d'aboutir à un outil travaillant la morphosyntaxe permettant de faire verbaliser l'enfant au maximum pour pouvoir appliquer ces techniques.

Les discours des enfants TDL quant à eux sont plus courts, peu cohérents et moins étayés que ceux du même âge. Pour les rééduquer, des activités permettant le travail du schéma narratif et l'application de la méthode Petersen ont été élaborées pour travailler le discours en production. Des cartes-indices relatives aux parties du schéma narratif sont présentes afin de les mettre en correspondance avec des impressions d'écrans des vidéos. La méthode Petersen, quant à elle, est présentée et adaptée aux extraits vidéo.

Pour améliorer la compréhension du discours, il est préconisé de poser des questions sur le lexique, des questions permettant d'effectuer des inférences ainsi que d'entraîner le patient à repérer l'antécédent des anaphores. Par ailleurs, l'entraînement à la formation d'images mentales est également recommandé. Les activités proposées dans notre matériel ont été élaborées en ce sens. En effet, chez les enfants présentant un TDL, les troubles en production du discours se manifestent par un nombre important de réponses erronées suite à des questions factuelles ou inférentielles, relatives à une histoire racontée d'où l'importance d'entraîner ces compétences.

Une fois finalisé, ce matériel a été transmis à des orthophonistes afin d'avoir un avis clinique et un retour sur notre outil. Celui-ci se présente sous la forme d'une mallette regroupant un livret explicatif, les activités, les plateaux de progression, une clé usb contenant les extraits de films. Les retours des orthophonistes ont permis de confirmer l'hypothèse de l'utilisation de notre outil en clinique et de son intérêt rééducatif tant pour la morphosyntaxe que pour le discours.

Le matériel peut servir de support pour proposer un travail de la pragmatique. Il peut également servir de modèle pour la création d'activités autour de nouvelles vidéos. Enfin, il semblerait intéressant qu'il fasse l'objet d'un futur mémoire afin d'objectiver son intérêt.

Bibliographie

- Adam, J.-M. (1978). La cohésion des séquences de propositions dans la macrostructure narrative. *Langue française*, 38, 101-117.
- Adams, C., Bishop, D. et S. Rosen, S. (2006). Resistance of Grammatical Impairment to Computerized Comprehension Training in Children with Specific and Non-Specific Language Impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(1), 19-40.
- Alvarez, G., Guimont, L. et Lemonnier, F. (1992). Cohérence textuelle et didactique des langues. *Langues et linguistique*, 18, 1-17.
- Attias, E. (2017). Le burlesque. *Médecine et culture*, 27, 133-165.
- Audollent, C., et Tuller, L. (2003). La dysphasie: quelles séquelles en français?. *ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 74-75, 264-270.
- Avenet, S., Lemaître, M.-P. et Vallée, L. (2016). DSM5 : quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 81-92.
- Baeza-Yates, R. et Rello, L. (2013, octobre). *Good fonts for dyslexia*. Communication présentée au Proceedings of the 15th International Conference on Computers and Accessibility, Universitat Pompeu Fabra Barcelona, Spain.
- Bain, B. et Olswang, L. (1991). Intervention Issues for Toddlers with Specific Language Impairments. *Topics in Language Disorders*, 11(4), 69-86.
- Bishop, D. (1987). The causes of specific developmental language disorder (« developmental dysphasia »). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 1-8.
- Bishop, D. (2004). Specific language impairment : diagnostic dilemmas. *Classification of developmental language disorders : Theoretical issues and clinical implications*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Bishop, D., Greenhalgh, T., Snowling, M. et Thompson, P. (2017). Phase 2 of CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study of Problems with Language Development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58 (10), 1068-1080.
- Bohman, T., Champlin, C. A., Friel-Patti, S., Gillam, R. B., Hoffman, L., Loeb, D. F., (...) Thibodeau, L. (2008). The Efficacy of Fast ForWord Language Intervention in School-Age Children with Language Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 97-119.
- Borel, D. (2015). *Le cinéma muet comme support de travail de groupe avec des enfants présentant des difficultés dans la reconnaissance ou l'expression des émotions*. (Certificat de Capacité d'Orthophonie). Université de Lille 2.
- Brinton, B. et Fujiki, M. (1982). A Comparison of Request-Response Sequences in the Discourse of Normal and Language-Disordered Children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47(1), 57-62.

- Brockbank, S., Ebbels, S.H., Godfrey, C., Harris, C., Leniston, H., Marić, N., (...) Wright, L. (2017). Effectiveness of 1:1 speech and language therapy for older children with (developmental) language disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52, 528-539.
- Buckwalter, P., O'Brien, M., Records, N. L., Smith, E., Tomblin, J. B., et Zhang, X.(1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language, and hearing research*, 40(6), 1245-1260.
- Cain, K., Joffe, V.-L. et Marić, N. (2007). Comprehension Problems in Children with Specific Language Impairment: Does Mental Imagery Training Help? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(6), 648-664.
- Carli-Basset, C. (2012). Histoires sans paroles, Silent stories, Storie senza parole. *Imaginaire & Inconscient*, 29(1), 55-64.
- Charlie Chaplin Productions (producteur), Chaplin, C. (réalisateur) et Chaplin, C. (scénariste). (1921). *The kid* [Film cinématographique]. Freemont, Los Angeles, Californie, USA : Charlie Chaplin Productions.
- Charolles, M. (1995). Cohésion, cohérence et pertinence du discours. *Travaux de Linguistique*, 29, 125-151.
- Charolles, M. (2011). Cohérence et cohésion du discours. *K.Hölker & C. Marellò eds. Dimensionen der Analyse Texten und Diskursivent – Dimensioni dell'analisi di testi e discorsi*, 153-173.
- CIM-10 Version:2008. Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage.
- Cinéma. (2014). Dans J. Rey-Debove & A. Rey (dir), *Le Petit Robert* (p. 437). Paris, France : Le Robert.
- Cinéma (1976). *L'encyclopédie Grolier : le livre des connaissances* (p. 423-430). Montréal, Canada : Grolier.
- Cohérent. (2014). Dans J. Rey-Debove & A. Rey (dir), *Le Petit Robert* (p. 462). Paris, France : Le Robert.
- Colletta, J.-M. (2004). *Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans: corps, langage et cognition*. Sprimont, Belgique : Editions Mardaga, 2004.
- Comblain, A. (2004). La composante morphosyntaxique du langage dans les dysphasies : données d'observation francophones. *Enfance*, 56 (1), 36-45.
- Conti-Ramsden, G., Riches, N. et Tomasello, M. (2005). Verb Learning in Children with SLI: Frequency and Spacing Effects. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, 48 (6), 1397-1411.
- Coquet, F (2005). Prise en compte de la dimension pragmatique dans l'évaluation et la prise en charge des troubles du langage oral chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 221, 103-114.
- Croteau, B., Helloin, M.-C. et Thibault, M.-P. (2010). Exalang 5-8. (version 2).
- De Becque, B. et Blot, S. (1994). *La méthode des jetons*. Paris, France : Ortho-Editions.

- De Weck, G. (2004). Les troubles pragmatiques et discursifs dans la dysphasie. *Enfance*, 56(1), 91-106.
- De Weck, G. et Rosat, M.-C. (2003). *Troubles dysphasiques. Comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire*. Paris, France : Masson.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.
- Desmottes, L., Leroy, S., Maillart, C., et Prigent, G. (2014). Réflexions autour des principes de rééducation proposés aux enfants dysphasiques. *ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 131, 402-409.
- Donahue, M., Pearl, R. et Bryan, T. (1980). Learning Disabled Children's Conversational Competence: Responses to Inadequate Messages. *Applied Psycholinguistics*, 1(4), 387-403.
- Dotoli, G. (1996). Pour une définition du burlesque. *Australian Journal of French Studies*, 33(3), 330-348.
- Dubé, S., Frauenfelder, U., Hamann, C., Ohayon, S., Rizzi, L., Starke, M. et Zesiger, P. (2003). Aspects of Grammatical Development in Young French Children with SLI. *Developmental Science* 6 (2), 151-58.
- Favre, F. (2003). Pour décontaminer l'erreur de la faute dans les apprentissages. *Psychologie de la motivation*, 36, 100-115.
- Fayol, M. (1978). Les conservations narratives chez l'enfant. *Enfance*, 4-5, 247-259.
- Fayol, M. (1983). L'acquisition du récit : un bilan des recherches. *Revue française de pédagogie*, 62, 65-82.
- Gillam, R.B., Gillam, S.L. et Petersen, D.B. (2008). Emerging Procedures in Narrative Assessment: The Index of Narrative Complexity. *Topics in Language Disorders*, 28, 115-130.
- Gillam, R.B, Gillam, S.L., Petersen, D.B. et Spencer T. (2010). The effects of literate narrative intervention on children with neurologically based language impairments: An early stage study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53(4), 961-981.
- Gómez, R. L. (2002). Variability and Detection of Invariant Structure. *Psychological Science* 13(5), 431-436.
- Haute Autorité de Santé (2001). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans.
- Helland, T. et Helland, W.A. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 33-39.
- Hilaire-Debove, G. et Kern, S. (2013). Evaluation et développement de la macrostructure du récit oral chez les enfants avec ou sans troubles du langage. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 124, 1-10.

- Holford, T. R., Jeon, J., Levy, D. T., Meernik, C., Meza, R., Moolgavkar, S. H., et Warner, K. E. (2014). Tobacco Control and the Reduction in Smoking-Related Premature Deaths in the United States, 1964-2012. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 311(2), 164-171.
- Inférence. (2014). Dans J. Rey-Debove & A. Rey (dir), *Le Petit Robert* (p. 1324). Paris, France : Le Robert.
- Keaton, B et Schenck, J. (producteurs), Keaton, B. (réalisateur), Bruckman, C., Havez, J. et Mitchell, J. (scénariste). (1924). *Sherlock Junior* [Film cinématographique]. Larchmon, Los Angeles, Californie, USA : Buster Keaton Comedies
- Kern, S. (1997). *Comment les enfants jonglent avec les contraintes communicationnelles, discursives et linguistiques dans la production d'une narration*. (Thèse de doctorat, Université Lumière-Lyon 2).
- Koolen, S. et Vissers, C.(2016). Theory of Mind Deficits and Social Emotional Functioning in Preschoolers with Specific Language Impairment. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Labat, M. et Vimont, H. (2015). *Rééducation des conduites narratives chez l'enfant présentant un trouble spécifique du langage oral*. (Certificat de Capacité d'Orthophonie). Université Paris V
- Laval, V. (2016). Pragmatique, compréhension et inférences : la question de l'évaluation. *Revue de neuropsychologie*, 8, 49-53.
- Leroy, S., Maillart, C. et Parisse, C. (2014). Le manque de généralisation chez les enfants dysphasiques : une étude longitudinale. *ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 131, 357-365.
- Liles, B. (1987). Episode Organization and Cohesive Conjunctions in Narratives of Children with and without Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 30 (2), 185-96.
- Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Les Cahiers de la SBLU* 13, 13-32.
- Maillart, C. (2018). Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique. *UPLF-Info* (2), 4-17.
- Maillart, C. et Parisse, C. (2004). Le développement morphosyntaxique des enfants présentant des troubles de développement du langage : données francophones. *Enfance*, 56 (1), 20-35.
- Maillart, C., Parisse, C. et Tommerdahl, J. (2012) F-LARSP 1.0: An Adaptation of the LARSP Language Profile for French. *Francis*, 26(2), 188-198.
- Metz, C. (1964). Le cinéma : langue ou langage ? *Communications*, 4(1), 52-90.
- Montgomery, J. W. (2005). Effects of Input Rate and Age on the Real-Time Language Processing of Children with Specific Language Impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(2), 171-188.
- Organisation mondiale de la santé (1 février 2016). Les films comportant des scènes de consommation de tabac devraient faire l'objet d'une classification. *Communiqué de presse*.

- Paquette Chayer, L. (2000). *La gestion mentale au cœur de l'apprentissage : Compréhension de lecture*. Montréal, Québec : Chenelière/Mc Graw-Hill
- Parisse, C. (2009). La morphosyntaxe: Qu'est ce qu'est? - Application au cas de la langue française?. *Rééducation orthophonique*, 238, 7-20.
- Perdicoyanni-Paléologou, H. (2001). Le concept d'anaphore, de cataphore et de déixis en linguistique française. *Revue québécoise de linguistique*, 29(2), 55-77.
- Petersen, D. B. (2011). A Systematic Review of Narrative-Based Language Intervention With Children Who Have Language Impairment. *Communication Disorders Quarterly*, 32(4), 207-220.
- Pisano, G. (2002). Sur la présence de la musique dans le cinéma dit muet. *Mille huit cent quatre-vingt-quinze. Revue de l'association française de recherche sur l'histoire du cinéma*, 38.
- Richelle, M. (1966). L'apprentissage sans erreur. *L'année psychologique*, 66(2), 535-543.
- Roch, D. (2005). Difficultés pragmatiques chez un enfant dysphasique : propositions d'intervention. *Rééducation orthophonique*, 221, 123-136.
- Schelstraete, M.-A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : interventions et indications cliniques*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Snow, D. (1996). A linguistic account of a developmental, semantic-pragmatic disorder: Evidence from a case study. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 10(4), 281-298.
- Thiéry, N. (2000). La parole dans le cinéma muet. Quelle écoute pour le spectateur? *Labyrinthe*, 7, 125-142.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Carte « morphosyntaxe »

Annexe n°2 : Autorisation CNIL

Annexe n°3 : Plateau

Annexe n°4 : Carte « discours »

Annexe n°5 : Carte-récit

Annexe n°6 : Carte-indice