

VOUS AVEZ DIT « ORTHOPHONIE... » ?

Dominique CRUNELLE
Orthophoniste
Directeur Institut d'Orthophonie « Gabriel Decroix »
Chargée de mission Vie active Formation

Lorsqu'il y a quelques mois, je me décidai à écrire cet article sur l'orthophonie, je ne percevais pas à quel point il est difficile de définir, de formaliser son propre quotidien professionnel. C'est un exercice de décentration ardu, complexe mais finalement auto-formateur. Il m'a obligée à réfléchir sur ma pratique, permis de déceler certaines contradictions, interrogée quant à mes objectifs, et motivée à développer les démarches d'information sur l'orthophonie auprès des professionnels de la santé et de l'éducation.

Qu'est-ce que l'orthophonie ? Cette question, nous l'avions posée à quelques médecins généralistes et enseignants d'écoles pré-élémentaires et élémentaires dans le cadre d'une étude sur la connaissance de l'orthophonie. Nous avons alors recueilli les réponses de 17 professionnels de chaque discipline, à 3 questions précises : que traite l'orthophoniste ? Qui oriente vers l'orthophonie ? Connaissez-vous bien cette profession et ce qui s'y rapporte ? L'analyse de ces réponses montre que la connaissance de l'orthophonie par les médecins et les enseignants est très variable, souvent confuse quand il s'agit de dénommer les retards ou troubles du langage oral ou écrit, et limitée à la problématique professionnelle de chacun. Ainsi, les enseignants mentionnent surtout les troubles d'articulation (77 %), les difficultés en lecture-écriture (38 %), vite appelées dyslexies, le suivi des enfants sourds (30 %). Tous limitent l'orthophonie à l'enfant. Les médecins évoquent davantage les prises en charge des patients ayant souffert d'un accident vasculaire cérébral (50 %), des infirmes moteurs cérébraux ou trisomiques (25 %) et les troubles de parole ou de

langage (50 %). Très peu des personnes interrogées mentionnent les problèmes de bégaiement, de voix, ou les activités de dépistage et de prévention des orthophonistes. Les enseignants se considèrent comme les principaux incitateurs à engager un suivi orthophonique, qu'ils évoquent si les réseaux d'aide ne peuvent suivre l'enfant qu'ils ont repéré en difficulté, ou si son trouble leur semble spécifiquement langagier. Les médecins perçoivent les enseignants et les parents comme demandeurs d'environ 50 % de leurs prescriptions. Tous, médecins et enseignants, se disent mal informés tant sur le développement du langage que sur ses signes de déviance et sur les possibilités de rééducation.

Les résultats de cette enquête datent de 6 ans. Je l'ai reprise de manière plus informelle ces derniers mois auprès des mêmes catégories professionnelles et n'ai constaté que très peu de différences dans les réponses. Juste peut-être quelques interrogations plus précises quant aux troubles d'apprentissage scolaire du jeune enfant et à leurs origines.

Qu'est-ce donc que l'orthophonie ? Sa définition première et étymologique est « la prononciation normale par opposition au bégaiement et autres troubles de la phonation », définition élargie aux démarches de rééducation de ces troubles. En France, c'est dans les années 1925 que Mme Borel-Maissonny, pionnière de cette profession, commence les premières rééducations orthophoniques auprès d'enfants opérés d'une division palatine. Très vite, elle inclut à son champ d'intervention l'articulation et le bégaiement. Elle s'entoure de partenaires considérés comme auxiliaires des médecins. Il faut attendre 1955 pour que soient proposés les premiers enseignements aux élèves orthophonistes. Ils sont alors assurés par des enseignants de facultés de médecine et des Lettres. En 1964 paraît le statut légal de l'orthophoniste, statut paramédical qui soumet les actes orthophoniques à la prescription médicale et permet, en 1969, leur remboursement par la sécurité sociale. Malgré cette assimilation de l'orthophoniste aux professions de santé, sa formation reste, dans certaines villes, rattachée aux universités des Lettres. Ainsi, à Lille, le premier institut, ouvert en 1970, était-il une composante de Lille 3, université des Lettres et des Sciences Humaines. C'est en 1981 que tous les Instituts d'Orthophonie de France (au nombre de 13 en 2000) se trouvèrent rattachés aux facultés de médecine. En 1972, c'est la première réforme des études initiales modifiée en 1986 puis en 1992. En 1986, le programme des études se précise, s'étoffe et amène le cursus à 4 ans après le baccalauréat. Au fil des années, le champ de compétences des orthophonistes s'est peu à peu élargi. Sont apparus à la nomenclature de nouveaux actes, pour arriver, en 2000, à la liste suivante (cf. annexe 1) : actes de dépistage, bilans orthophoniques, éducation précoce et rééducation de certains handicaps de l'enfant qu'ils soient moteurs, sensoriels ou mentaux, rééducation des retards et troubles de la parole et du langage, des troubles de la phonation dans les divisions palatines, insuffisances vélares et dysarthries neurologiques, des troubles de la voix de toute origine, congénitaux ou acquis, des troubles de la communication et du langage liés à la surdité, rééducation du langage écrit : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie, tant dans les situations développementales que acquises, rééducation de l'aphasie, de la voix œsophagienne, de la déglutition, du bégaiement, et la rééducation tubaire. En 1990, le bilan est établi comme pivot du traitement orthophonique et l'âge limite inférieur

d'intervention, situé jusque là à 3 ans, est ramené à 0, ce qui permet des actions très précoces dès qu'un diagnostic de déficit est posé pour un jeune enfant. On parle alors d'éducation précoce et d'accompagnement parental. De même les conduites de prévention des troubles ci-dessus énumérés sont reconnues, en particulier au sein de partenariats pluridisciplinaires.

On peut donc actuellement considérer que l'orthophonie inclut « tout acte de dépistage, de prévention, d'éducation précoce et de rééducation d'un trouble de la communication, de la parole, de la voix et du langage oral et écrit ». Le champ est vaste, du très jeune enfant déficitaire, dans les démarches d'éducation, de prévention et d'accompagnement parental, à l'adulte qui malmène sa voix et devient dysphonique, ou qui, après un accident neurologique, se découvre aphasique ou, encore, après un cancer du larynx, laryngectomisé.

Le langage est l'une des fonctions humaines les plus complexes ; sa rééducation ne l'est pas moins. Lorsqu'un déficit, une lésion perturbent son développement ou limitent sa fonction, il est bien sûr essentiel de connaître les éléments médicaux pour entreprendre une rééducation efficace. De même, lors de toute évaluation du langage d'un jeune enfant, les origines neurologiques ou sensorielles possibles doivent être évoquées. Cependant bien d'autres éléments entrent en jeu sur le développement et l'utilisation du langage : l'appétence à communiquer, le niveau socioculturel, les réactions de l'entourage, l'investissement du patient...

Le repérage de difficultés d'origines instrumentales, psychoaffectives ou socioculturelles requiert une évaluation extrêmement précise prenant en compte chacune de ces variables. L'efficacité de toute rééducation dépend de bien des facteurs : investissement des familles et de l'enfant, niveau cognitif global de l'enfant, éventuels troubles sensoriels, moteurs, voire neurologiques qui y sont associés, âge de prise en charge.

C'est sans doute cette complexité du langage et l'interaction des facteurs qui interviennent sur son développement et son utilisation qui placent les orthophonistes à une situation carrefour parfois bien inconfortable en particulier dans les suivis d'enfants. L'orthophoniste n'est ni enseignant, ni linguiste, ni psychologue, ni médecin mais est amené à intervenir dans certains domaines propres à ces professions. Il se doit par exemple d'évoquer la surdité qui a pu générer chez un enfant un retard de langage ; il doit faire la différence entre le retard simple de langage, parfois lié à une immaturité, à des difficultés psychologiques, à un manque de stimulations, et une dysphasie de développement, sans doute d'origine structurelle, mais qui, par les difficultés relationnelles qu'entraîne toujours un trouble de la communication, peut générer des troubles du comportement, un déficit cognitif... Il doit donc, souvent d'abord par élimination puis par identification, repérer l'origine première d'un trouble, en évaluer la gravité, proposer les aides adaptées, éviter l'enfermement de l'enfant concerné, ... et convaincre ses partenaires : obtenir du médecin les examens complémentaires nécessaires, des prescriptions assez précoces et continues ; amener les parents à certaines conduites éducatives et parfois évoquer certaines orientations pour leur enfant ; convaincre les enseignants qu'un de leurs élèves a un trouble sévère d'élaboration du langage qui nécessite une pédagogie différenciée, individualisée, et plus généralement de

l'importance des dépistages précoces. C'est peut-être dans les situations de difficultés scolaires, que la situation de l'orthophoniste est la plus délicate. Son rôle, à ce niveau, et dans les textes, est précis : rééducation des dys... Encore faut-il bien cerner ce concept de dyslexie... Officiellement, sa définition est « une difficulté partielle d'acquisition et d'automatisation du langage écrit par un enfant d'intelligence normale, ayant bénéficié d'une scolarité régulière, indemne de troubles sensoriels, moteurs et de comportement. Cette difficulté est durable malgré l'aide apportée, les capacités et la participation de l'enfant ». Il s'agit donc d'un trouble spécifique qui ne doit pas se confondre avec un simple retard ou un sous-apprentissage. L'orthophoniste n'est pas un enseignant particulier. Il n'a pas fonction de rattrapage scolaire. Ce n'est que lorsqu'il a identifié une véritable dyslexie ou des éléments prédictifs d'un tel trouble qu'il a à intervenir. Il essaiera alors de repérer où se situent les difficultés de l'enfant, quelles sont les compensations que cet enfant peut développer (ou a développé), quelles sont ses stratégies... il essaiera d'aider directement l'enfant et d'établir un partenariat avec ses parents et enseignants, dans une action concertée... Si la théorie semble simple, la réalité est bien plus complexe. Il est en effet souvent difficile de différencier une dyslexie de difficultés scolaires plus globales, et d'autant plus que l'enfant est plus âgé et donc plus enfermé dans l'échec ; il n'est pas non plus aisé de refuser une aide à un enfant et à ses parents qui en font la demande devant un constat d'échec scolaire, en affirmant que cet enfant n'est pas dyslexique, qu'il ne relève pas d'orthophonie, mais sans avoir, pour autant, d'autre solution à proposer... Faut-il alors attendre que les difficultés de l'enfant s'aggravent pour proposer une aide ? Que dire aussi des enfants de milieu défavorisé qui, pour certains, rencontrent des difficultés à s'inscrire dans les apprentissages scolaires et ne développent qu'un langage restreint (Berstein, 1975 ; Lahire, 1993 a.b, 1995) ? Faut-il, là encore, attendre l'échec ou apporter précocement des aides individualisées, alors même que ces familles elles-mêmes n'en font pas toujours la demande ? Les réponses à ces questions restent à inventer, en France en tout cas. Les Canadiens ont su développer depuis quelques années de véritables actions de partenariat, à l'école elle-même, entre orthophonistes, enseignants et orthopédagogues, dont nous pourrions nous inspirer. C'est dans le cadre de rencontres, d'échanges de compétences et de sensibilités professionnelles, que nous pourrions peut-être apprendre à apporter aux enfants repérés en difficultés les aides précoces qui leur permettraient d'appréhender les apprentissages scolaires, évitant ainsi échec et exclusion.

Les questions concernant les suivis d'enfants sont nombreuses. Celles à propos d'adultes existent aussi ; citons en quelques unes... Quelles aides apporter à la personne illettrée ? Quels sont les droits à la communication de la personne sévèrement handicapée (traumas crâniens, accidents vasculaires cérébraux...) ? Quels accompagnements pour la personne âgée dépendante ou dans les maladies évolutives ?... Questions et débats actuels ! Le champ de compétences des orthophonistes est assez bien circonscrit, dans les textes au moins, pour les différents troubles ou pathologies du langage oral et écrit. De nouvelles questions, liées en particulier à notre évolution socio-culturelle, se posent et méritent des concertations pluridisciplinaires prenant en compte tant l'aspect humain que... l'aspect économique.

D'autres interrogations concernant l'orthophonie émanent souvent des enseignants. Quand adresser un enfant à un orthophoniste ? Que fait-on en orthophonie ? Comment l'orthophoniste parvient-il parfois à résoudre certaines difficultés qui semblent particulièrement résistantes à l'école, et ce malgré les efforts soutenus des enseignants ?

A la première, « quand demander un bilan orthophonique », je répondrai « dès qu'un retard, une difficulté apparaît ». La démarche de bilan n'induit pas systématiquement celle de prise en charge. Elle peut permettre de rassurer les parents quand, par exemple, un jeune enfant peu bavard révèle par ailleurs de bonnes capacités et une bonne compréhension orale. Elle permet aussi, par la répétition de deux ou trois bilans, espacés de quelques mois, d'établir un profil de développement langagier, qui amène à distinguer un véritable retard d'une simple différence interindividuelle de développement qui ne nécessite pas d'intervention. Et puis, bien sûr, elle permet parfois d'identifier de véritables troubles ou déficits, d'apporter les aides adaptées à l'enfant et de lui éviter certains « surhandicaps ». En ce qui concerne les difficultés scolaires, un bilan orthophonique dès suspicion en grande section maternelle ou confirmation en CP, permet de repérer vite un éventuel risque de dyslexie et d'y remédier, évitant ainsi l'échec scolaire massif, ou encore un retard plus global nécessitant des actions concertées.

Le bilan orthophonique cherche à situer le niveau d'un enfant dans sa globalité, à repérer certaines hétérogénéités qui risqueraient de nuire à un développement harmonieux et, dans le cas d'un retard global, à déterminer les aides qui pourraient lui permettre d'exprimer ses potentialités. La précocité de telles démarches est essentielle. On sait bien en effet les relations étroites qui existent entre maîtrise du langage oral et apprentissage de l'écrit (Lentin, 1974 ; Ferrand, 1981 ; Da Silva, 1983) et la prédictivité d'un retard de langage à 3/4 ans sur le niveau de lecture à 7/8 ans. Nous devons tous développer les actions de prévention des troubles d'apprentissages scolaires, générateurs d'exclusion. Le dépistage précoce des troubles du langage en est un moyen. Bien sûr, un tel dépistage et une incitation à un bilan orthophonique reposent sur la connaissance du développement du langage chez l'enfant et des signes déviants qui doivent nous alerter (cf. annexe). Ils peuvent aussi se développer grâce aux outils de dépistage précoce actuellement proposés aux enseignants comme le DPL3 (Coquet, 1998) ou ERTL4 (Roye et Al, 1994).

Les deux autres questions concernent la spécificité orthophonique et ne se posent vraiment que dans les situations de retard simple. Elles ne concernent pas, me semble-t-il, les méthodes propres à la prise en charge d'un enfant déficitaire, qu'il soit IMC ou trisomique. Elles ne portent pas non plus sur les techniques articulatoires, mais bien plus, sur les retards de langage, qu'ils soient sémantiques ou syntaxiques, sur les troubles de communication au sens large. Cette « spécificité orthophonique » est plus difficile à définir. Je pense qu'elle se situe essentiellement dans l'individualisation de l'approche, tant sur le plan de la situation réelle, en rééducation duelle, que sur le plan du regard porté sur l'enfant. Le bilan orthophonique vise à repérer les difficultés d'un enfant, mais aussi ses compétences, ses stratégies. La rééducation a pour objectif de l'aider à exprimer ses potentialités, à se construire au mieux de ses capacités, mais en respectant sa différence. Elle n'a pas forcément de visée normative et s'appuie plus sur l'âge de développement d'un

enfant que sur son âge réel. Bien sûr, en rééducation orthophonique, l'enfant se trouve dans une situation privilégiée, protégée, et l'objectif final est qu'il utilise ce qu'il a pu développer en individuel, dans un groupe, et en particulier dans son groupe classe. C'est sans doute ce passage qui marque l'efficacité d'une rééducation et qui mériterait d'être construit dans une réflexion commune par les orthophonistes et les enseignants.

Une dernière question peut être : comment devient-on orthophoniste ? Le cursus se déroule en quatre ans. Il est ouvert aux bacheliers et soumis à la réussite d'un examen d'aptitudes psycho-physiques. Les candidatures sont nombreuses mais les places fort limitées. Chaque année, en effet, un *numerus clausus* est fixé par les Ministères de l'Éducation Nationale et de la Santé sur le plan national et réparti sur les treize instituts français.

Lille est ainsi l'Institut le plus important de France. Il pourra accueillir en septembre 2000, 85 étudiants en 1^{ère} année. La première année de formation initiale est essentiellement consacrée aux sciences fondamentales qui concernent l'orthophonie : neurologie, psychiatrie, ORL, pédagogie, linguistique, phonétique, psychologie, physique acoustique, statistiques. Les deuxième et troisième années s'orientent davantage sur les troubles langagiers et leurs rééducations. Un nombre d'heures important est aussi consacré au dépistage et à la prévention. Chaque année, les étudiants vont en stage, dans les écoles d'abord, puis en crèches et auprès d'orthophonistes en cabinets libéraux ou en structures ; la quatrième année est consacrée aux stages pré-professionnels et à la réalisation d'un mémoire de recherche.

L'objectif de la formation initiale est de donner aux étudiants les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à leur projet professionnel. Il ne s'agit pas d'inculquer des « méthodes » mais plus d'informer sur les différentes approches existantes, d'amener les étudiants à s'interroger sur les origines possibles d'une difficulté langagière et les moyens adaptés pour y remédier. Une telle formation autorise l'expression de sensibilités diverses, d'orientations professionnelles différentes qui parfois surprennent et expliquent peut-être les interrogations que nous avons développées, la difficulté à cerner le concept d'orthophonie. Ces approches différentes des orthophonistes eux-mêmes des troubles du langage représentent aussi la richesse de cette profession, son ouverture. Elles amènent des remises en cause permanentes, sources de progrès et de découvertes.

L'orthophonie est une science centrée sur une grande fonction humaine : la communication ; elle ne peut pour autant isoler le langage du développement global d'un individu et n'existe qu'en complémentarité avec tous ceux qui composent l'environnement d'un enfant ou d'un adulte dont le langage se trouve retardé ou déviant, suite à une lésion, un déficit ou à une difficulté ponctuelle.

Ayant essentiellement exercé mes fonctions cliniques auprès de jeunes enfants, en cabinet libéral et Centres d'action Médico Sociale Précoce (CAMSP), j'ai été rapidement convaincue de l'intérêt d'un partenariat étroit entre orthophonistes, parents et enseignants. Dans toute prise en charge d'enfant, l'orthophoniste est un médiateur, un facilitateur. Les acteurs principaux sont l'enfant et ses parents, puis les enseignants qui vivent avec l'enfant au sein du groupe classe.

Depuis 50 ans, l'orthophonie a évolué, trouvé sa place entre professionnels de la santé et de l'éducation. C'est peut-être maintenant sur les démarches de communication entre ces professionnels que nous devons faire porter nos efforts ; multiplier les rencontres, abandonner nos jargons de « spécialistes », échanger les savoirs, les « éclairages », multiplier les actions de recherches, dans un objectif de réelle complémentarité pluridisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Berstein B. (1975), *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Coquet F. (1998) *DPL3*, Isbergues. Ortho Editions.
- Deicas P., Tassous D., Crunelle D., Depoorter D. (1994), *L'orthophonie, une inconnue ? Perception du rôle des orthophonistes par les professionnels de l'enseignement et de la santé*, Mémoire d'Orthophonie, Lille.
- Ferrand P. (1981), *TDP81 – Outil de dépistage 3 ans-5 ans*, Isbergues. Ortho Editions.
- Lahire B. (1993 a), *Culture écrite et inégalités scolaires*, Lyon, PUL.
- Lahire B. (1993 b), *Sociologie de l'échec scolaire à l'école primaire*, Lyon, PUL.
- Lahire B. (1995), *Tableaux de famille*, Paris, Hautes Etudes Gallimard, Le Seuil.
- Lentin L. (1974), *Apprendre à parler à l'enfant de moins de 6 ans : où, quand, comment ?* Tome 1, Paris, ESF.
- Roye B., Maeder C. (1994), *ERTL4*, Isbergues, Ortho Editions.
- Silva P-A., MC Gee R., Williams S-M (1983), *Developmental medicine and child neurology*. 25 : 783-93.

ANNEXE

Plaquette d'information FNO

A TOUS LES ÂGES L'ORTHOPHONIE

LE BILAN ORTHOPHONIQUE

QUI PEUT BENEFCIER D'UN BILAN ORTHOPHONIQUE ?

- Tout enfant dont les parents ou le milieu scolaire, social ou médical s'inquiètent
- Tout enfant dont l'évolution du langage oral ou écrit paraît difficile
- Tout enfant dont le handicap (trisomie, IMC, surdité...) perturbe l'installation ou le développement du langage
- Tout adolescent ou adulte perturbé dans sa communication (orale ou écrite) : séquelles de troubles antérieurs, accident, traumatisme, suites opératoires, vieillissement cérébral...

ACTE DE DIAGNOSTIC

Le bilan orthophonique consiste en :

- un entretien avec le patient (et sa famille)
- une évaluation des capacités et des déficits permettant d'établir le diagnostic orthophonique et éventuellement le projet de r education.

ACTE DE PREVENTION

Un doute ressenti par les parents, concernant le développement du langage de leur enfant, doit être pris en compte. Le bilan orthophonique, en d dramatisant et en rassurant, permet parfois une évolution favorable. Un travail de guidance parentale peut être mis en place si nécessaire.

ACTE D'INFORMATION

Le médecin prescripteur reçoit un compte-rendu du bilan effectué proposant soit :

- un nouveau bilan ultérieur,
- un soutien de l'entourage sous forme de conseils adaptés,
- des examens complémentaires,
- une r education orthophonique.

LE LANGAGE ORAL

Certains enfants parlent peu ou mal, se replient sur eux-mêmes, ou bien se réfugient dans un langage bébé, compréhensible seulement par l'entourage familial. Ce langage insuffisant et déformé risque de gêner leur développement et leur insertion scolaire et sociale.

REPERES

L'enfant :

– réagit aux bruits.....	dès sa naissance
– sourit et gazouille.....	dès 3 mois
– reconnaît son nom.....	dès 4 mois
– imite des sons et des intonations...	dès 6 mois
– donne un jouet sur demande.....	dès 8 mois
– comprend de petites phrases.....	dès 10 mois
– dit ses premiers mots.....	dès 12 mois
– est capable d'utiliser un vocabulaire de 50 mots.....	dès 18 mois

et surtout vers 3 ans :

- comprend tout le langage
- utilise le « je »
- fait des phrases avec sujet/verbe/complément
- pose des questions

à 5 ans :

- possède un vocabulaire étendu
- construit des phrases complexes
- parle sans déformer les mots

TROUBLES

- Trouble d'articulation : impossibilité à prononcer correctement un son de façon systématique
- Retard de parole : difficulté à organiser les sons dans les mots (inversions, omissions, confusions...)
- Retard de langage : incapacité à organiser les mots dans la phrase, avec ou sans trouble de la compréhension
- Bégaiement : trouble du rythme de la parole
- Dysphasie : perturbation grave du développement du langage touchant à la fois l'expression et la compréhension

LE LANGAGE ECRIT

Certains enfants présentent des troubles d'apprentissage du langage écrit, qui peuvent les handicaper dans leur cursus scolaire et donc dans leur vie sociale et professionnelle ultérieure. Ces troubles sont souvent la conséquence d'une pathologie du langage oral.

Communément ces troubles sont appelés « dyslexie », mais chaque enfant atteint de trouble du langage écrit présente des signes spécifiques.

TROUBLES

- Dyslexie : trouble spécifique de l'apprentissage de la lecture
- Dysorthographe : trouble de l'acquisition et de la maîtrise de l'orthographe
- Dysgraphie : trouble affectant le geste graphique (écriture)
- Troubles du raisonnement logico-mathématique : dysfonctionnement dans les domaines de la logique, de la construction des nombres, et des opérations sur ces nombres

SIGNES D'APPEL

L'enfant :

- confond par exemple les b-d, m-n, ou-on...
- inverse les lettres : li-il
- en oublie : romage-fromage
- déchiffre laborieusement
- comprend difficilement le texte lu
- ne peut reproduire la structure phonémique et syllabique des mots
- ne reconnaît pas les catégories grammaticales
- se crispe de façon excessive lorsqu'il écrit
- ne sait pas quelle opération effectuer devant un problème

Dépister et rééduquer les troubles du langage oral permet aussi de prévenir la dyslexie dysorthographe, voire l'illettrisme.

NEUROLOGIE

L'orthophoniste intervient dans le traitement des différents troubles du langage et de la communication d'origine neurologique.

LES DIFFERENTS TROUBLES

- Aphasie : perturbation du langage oral et/ou écrit acquise, consécutive à des lésions cérébrales (attaque cérébrale, traumatisme crânien...)
- Dysarthrie : trouble de la réalisation de la parole consécutif à une atteinte neurologique
- Pathologies du langage dans les maladies dégénératives (Parkinson, Alzheimer...) : dysphagies, troubles de la voix, de la parole, de la communication
- Troubles neuro-visuels : négligence d'une partie du champ visuel qui entraîne une désorientation dans l'espace, et des perturbations du langage écrit

VIELLISSEMENT CEREBRAL

Troubles spécifiques du langage de la personne âgée : perte du mot, mémoire, attention, voix...

O.R.L.

Dans de nombreux cas de pathologies ORL (maladies de l'oreille, du nez et de la gorge), l'orthophoniste peut apporter son concours aux soins chez l'adulte et l'enfant.

TROUBLES

- Troubles de la voix :
 - fonctionnels (surmenage ou malmenage vocal entraînant un enrouement, une perte de la voix...)
 - organiques (paralysie des cordes vocales, traumatisme du larynx...)
 - laryngectomie totale ou partielle entraînant une rééducation de la voix œsophagienne avec ou sans implant phonatoire
- Troubles de la voix, de la parole et du langage dans les déficiences auditives
- Troubles de la déglutition (malposition linguale lors de l'acte d'avaler pouvant entraîner des déformations dentaires)
- Dysphagie : perturbation grave de la déglutition entraînant des difficultés d'alimentation à la suite d'intervention chirurgicale
- Problème de ventilation de l'oreille moyenne, cause principale d'otite séroumqueuse, traité par la rééducation tubaire

HANDICAP

Dans de nombreux handicaps, l'enfant présente des difficultés de langage. Il faut donc agir le plus tôt possible et non pas attendre que le langage apparaisse pour intervenir.

L'orthophoniste intervient auprès :

- de l'enfant trisomique
- de l'enfant sourd
- de l'enfant IMC
- de l'enfant autiste
- de l'enfant porteur d'une division palatine
- de tout enfant porteur d'un syndrome spécifique

Son travail vise à :

- favoriser la communication verbale et non-verbale
- renforcer les interactions parent-enfant
- proposer les stimulations indispensables à la mise en place des fonctions communicatives
- rééduquer la parole, le langage oral et écrit, ainsi que tous les troubles de la sphère oro-bucco-faciale liés au handicap
- donner à l'enfant un maximum d'autonomie

Il intervient auprès :

- des parents, sous forme de conseils
- des enfants
- et de tous les intervenants agissant autour de l'enfant

Cette intervention peut se faire dès les premiers mois de la vie.

**FNO
2 Rue des Deux Gares
75010 PARIS**