

## - Proposition de participation -

### Étude relative à l'acquisition du langage dans le syndrome de Williams-Beuren

A l'attention des parents et personnes porteuses du syndrome de Williams-Beuren,

Dans le cadre d'une recherche menée par les membres du laboratoire Epsilon de l'université Paul-Valéry Montpellier 3, nous vous adressons cette proposition de participation à une nouvelle étude qui s'intéresse à la façon dont les personnes porteuses du syndrome de Williams acquièrent la syntaxe (façon dont les mots se combinent pour former des phrases).

Notre objectif est d'analyser la compréhension de phrases à la voix active (exemple : « La maman habille l'enfant ») et à la voix passive (exemple : « L'enfant a été habillé par la maman ») chez les personnes porteuses du syndrome de Williams, âgées de sept à trente ans et de la comparer à celles d'enfants sans difficulté d'apprentissage. Les résultats permettront de savoir si les mécanismes qui permettent l'acquisition de la syntaxe sont ou non identiques et de mieux comprendre les éventuelles difficultés rencontrées par les personnes porteuses du syndrome de Williams.

Deux simples tâches seront proposées aux participants pour une durée de trente minutes environ. Je pourrais vous rencontrer au sein du centre de référence Maladies Rares qui vous suit. Si vous et votre enfant êtes d'accord pour participer, veuillez renseigner, signer le bulletin ci-dessous et retourner ce document au médecin du centre qui vous suit. Nous vous conseillons de nous contacter en parallèle soit par e-mail, soit par téléphone (contacts ci-dessous).

Nous vous remercions grandement pour l'intérêt que vous porterez à cette proposition.

Sophie Dartis, doctorante sous la direction du Dr Yves Boloh, maître de conférences à l'UM3.

*-Je, soussigné(e) ..... né(e) le : ....., domicilié(e) à .....*

*accepte de participer à l'étude concernant le langage dans le syndrome de Williams.*

*-Je, soussigné (e) .....(nom du tuteur légal) autorise mon enfant .....  
né(e) le.....à participer à cette étude.*

*Fait à ....., le .....*

*Signature du participant*

*Signature du parent*

*-Nom du médecin spécialisé qui suit votre enfant : .....*

Contacts : Dr Yves Boloh ([yves-boloh@wanadoo.fr](mailto:yves-boloh@wanadoo.fr) / N°: 06-74-76-41-26)

Mme Sophie Dartis ([sophie.dartis@gmail.com](mailto:sophie.dartis@gmail.com) / N°: 06-68-57-50-86)

Réseau Maladies Rares Méditerranée : [pierre.sarda@reseau-maladies-rares.fr](mailto:pierre.sarda@reseau-maladies-rares.fr)