

Nous avons cherché à défendre à travers l'évolution de Julie, durant plus de 6 ans, l'intérêt que présente pour le développement cognitif de l'enfant sans parole, un projet thérapeutique global, à long terme, impliquant les actions concertées d'une équipe pluridisciplinaire.

*M.H. MARCHAND
Orthophoniste,
Neuropsychologue,

**A.M. BUTIN
Orthophoniste

92, avenue de Villiers
75017 PARIS

ON N'EN FINIT PAS D'APPRENDRE À BIEN COMMUNIQUER ! COMBIEN DE TEMPS METTRA-T-ELLE POUR LIRE COURAMMENT ?

par Marie-Hélène MARCHAND* et Anne-Marie BUTIN**

Mots-clés : I.M.C. - Dysphasie - Evaluation - Rééducation - Enfant - Systèmes de communication augmentatifs - Ecrit - Groupe.

Anamnèse

Etiologie : en 1983, naissance de Julie, à terme, et en état de mort apparente. Réanimation néo-natale importante. Comitialité traitée, mais souvent difficile à équilibrer. Séméiologie neuromotrice : athétose majeure de la tête, de la face et des 4 membres, prédominante à gauche. Déplacement autonome en fauteuil électrique. Après plusieurs années de tâtonnements, utilisation efficace de contacteurs et de joysticks, si contention du membre supérieur gauche. Lenteur et fatigabilité très importantes. Communication : enfant sans parole, Julie utilise actuellement, avec l'aide d'une tierce personne, un code pictographique GRACH complété, un tableau alphabétique et quelques mots globaux. Son expression est riche, bien structurée, et de plus en plus élaborée. Elle est "bavarde" et très informative. A ce jour, tous les essais de synthèses vocales se sont heurtés à des problèmes ergonomiques ou à un mauvais rapport ergonomie/efficacité communicative.

Sur le plan des apprentissages scolaires, Julie continue l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul ; sur le plan des actes de la vie quotidienne, elle reste complètement dépendante de l'adulte.

Bilan sensoriel

Julie présente un petit déficit auditif sur les fréquences très aiguës. Ce trouble n'atteint cependant pas la zone conversationnelle et ne peut expliquer l'absence de parole. Julie est indemne de toute difficulté visuelle.

Bilan psychométrique

Le LEITER, test psychométrique dit "non verbal" a été choisi car ce matériel demande peu, voire aucune manipulation. La comparaison des résultats de J. sur plusieurs années, montre une évolution régulière en concordance avec son âge réel. Par exemple, à l'âge de 8 ans, sa meilleure réussite au LEITER est un item de 9 ans.

Bilan langagier

Sur le plan du langage, nous ne pouvons pas tester les voies efférentes du fait, d'une part de l'absence de parole, d'autre part du manque de fonctionnalité des codes de communication en matière de bilan (vocabulaire et structures syntaxiques restreints). Mais l'étude de la compréhension est utilisée ici comme reflet de l'ensemble du trouble structurel langagier éventuel, même s'il n'y a pas obligatoirement de corrélations entre les

symptômes expressifs et réceptifs, ce qui interdit en principe l'extrapolation de l'un à l'autre. Cependant, nous n'avons pas connaissance chez le dysphasique parlant, de déficits en compréhension qui ne s'accompagneraient pas d'un degré certain de ces mêmes difficultés sur le versant expressif. Ainsi, alors qu'il est impossible de présager du niveau de compréhension d'un patient dont l'expression serait agrammaticale, au contraire, il nous semble justifié, à partir des anomalies structurelles de la compréhension morphosyntaxique, d'inférer l'existence d'une atteinte globale (afférente et efférente) des capacités syntaxiques de l'enfant.

L'existence de dissociations entre performances langagières versus non langagières, qui s'exprime au dépens du verbal, ou de dissociations à l'intérieur du domaine langagier entre compréhension et expression, ou encore entre niveau lexical et niveau syntaxique, sont pour nous les critères majeurs signant l'existence d'un trouble structurel du langage. Cette méthodologie permet d'envisager le diagnostic de dysphasie indépendamment du quotient de développement (Q.D., calculé ici comme le rapport entre l'âge réel et l'âge mental obtenu au meilleur subtest du LEITER). Il serait en effet illogique de nier les difficultés structurelles langagières qui pourraient exister chez des enfants plus ou moins déficitaires, ou chez ceux, comme J., dont le handicap moteur masque le trouble cognitif. La prise en compte de ses dissociations permet ainsi de comparer, chez un même enfant, les performances dans divers secteurs cognitifs, ce qui évite de fixer arbitrairement un niveau de quotient intellectuel à partir duquel une même symptomatologie serait étiquetée "dysphasie"... ou non.

Lors de bilans de langage successifs, Julie présente une symptomatologie de type **dysphasie "motrice"**. En effet, elle obtient des résultats grossièrement concordants aux tests de compréhension lexicale* et syntaxique**, à la hauteur de ses performances aux tests non langagiers (6 ans environ). Nous pouvons alors évoquer une anarthrie, (ou trouble de la programmation phonologique), hypothèse diagnostique qui rend compte de l'absence de pathologies lexicale et syntaxique majeures. La production de quelques sons clairs, instables et difficilement reproductibles, l'importance de l'apraxie bucco-faciale, le bavage minime, vont dans le sens du même diagnostic et nous font éliminer celui, concurrent, d'une simple dysarthrie.

Dans l'organisation générale de la vie du centre, les enfants sont intégrés dans un groupe éducatif ou scolaire, bénéficient de rééducations individuelles en kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, etc.... et pour les enfants sans parole, de rééducations orthophoniques individuelles et de groupes.

Prises en charge individuelles

En orthophonie

A son arrivée au centre de rééducation en septembre 1988, Julie possède un "FIR-MIN" neuf, dont elle ne se servira jamais du fait de l'inadaptation ergonomique de ce matériel, et un petit code pictographique (quelques images) qu'elle ne réclame pas spontanément. Elle désigne parfaitement du regard, parfois à la main. Les oui/non sont fiables. Son attention est de bonne qualité. Elle émet quelques gazouillis. Elle a une appétence normale à la communication.

Rapidement, un code GRACH complet est installé sur son fauteuil. Le langage est travaillé lors de rééducations individuelles, de prises en charge en groupe avec 3 autres enfants sans parole, et au sein du groupe scolaire. L'association de 3-4 pictogrammes, de façon agrammaticale mais avec des sujets et des verbes, devient vite possible spontanément, et permet à Julie de commencer à communiquer de manière un peu plus précise, plus efficace. Ainsi, elle devient plus "intéressante" à "écouter" et prend elle-même de plus en plus de plaisir à communiquer. Il est amusant de constater que nous nous surprenons très souvent à employer des mots comme "bavarde, parler, pipelette..." à propos de cette enfant complètement mutique !

Les étapes consistant à utiliser des pictogrammes uniques évoquant un nom, une action, une idée : associations pictos/images, mimes/pictos, en rapport avec la vie quotidienne, familiale, etc... ont vite été dépassées pour faire place à un travail de structuration de la langue. Celui-ci, effectué systématiquement en reconnaissance et évocation, a plutôt porté sur l'ordre des mots dans la phrase et le sens de la combinatoire : dictées de pic-

*VOCIM
**KHOMSI

tos, remises en ordre de phrases présentées oralement ou visuellement (copies différées de pictos), complètement de phrases pour le travail sur l'axe paradigmatique, des sujets, des verbes, des compléments, etc... et les notions de phrases affirmatives/interrogatives/négatives, indispensables pour engager le dialogue.

D'emblée l'oralisation des pictogrammes par l'interlocuteur, au fur et à mesure de leurs productions, a été indispensable pour que l'enfant puisse avoir un feed-back sonore et contrôler la signification. Cette attitude se pratique communément de manière évidente, et doit se réaliser en permanence en deux temps : la répétition exacte de la production de l'enfant, de façon agrammaticale, sans article, sans conjugaison, etc... puis la même information redressée syntaxiquement par l'interlocuteur. Ceci permet de souligner la segmentation sémantique dans la chaîne parlée et de signifier l'importance de la grammaticalité dans la précision du message émis. La représentation visuelle du discours spontané de l'enfant, dessiné au fur et à mesure par le rééducateur (y compris avec les erreurs), est une autre manière de donner à Julie un feed-back de ce qu'elle exprime. Ceci permet de l'aider à se corriger sur le plan syntaxique tout en diminuant le coût mnésique imposé par la lenteur des manipulations (oublis des premiers icônes désignés).

Au début, seule la structure grossière de la phrase était respectée puisque Julie n'utilisait aucun marqueur grammatical. Longtemps dans son discours spontané, elle a eu des difficultés avec l'ordre des mots, et a fait des confusions sémantiques (écrire/lire par exemple) et phonétiques (acheter/jeter).

Il a été important d'apprendre à Julie à organiser sa communication en fonction de son interlocuteur. Par exemple, il a été nécessaire de lui donner le moyen de signifier qu'elle changeait de sujet de conversation, que son interlocuteur n'avait pas bien compris son discours, etc... Julie a mis longtemps à réaliser que "l'autre" n'était pas en possession des mêmes informations qu'elle, et qu'il ne pouvait pas forcément deviner sa pensée.

Enfin, elle appréciait particulièrement que le thérapeute s'adresse à elle en pictogrammes et que le dialogue s'instaure ainsi. Cette démarche, pendant laquelle l'orthophoniste se met au même niveau de communication que celui de l'enfant, a été utilisée depuis plusieurs années, continue à être pratiquée et s'est avérée très bénéfique voir indispensable, pour lui faire comprendre qu'un code pictographique est un réel moyen de communication, utilisable et compréhensible par tous.

Une année après le début de la rééducation, l'évolution se traduisait par l'introduction au fur et à mesure de ses progrès à l'écrit, de mots globaux : articles, conjonctions, etc... Certains marqueurs grammaticaux, qui n'étaient pas représentés par des pictogrammes, ont ainsi été mis à la disposition de l'enfant, jusqu'à ce qu'elle soit capable d'écrire elle-même ceux qui manquaient encore.

Actuellement, elle se perfectionne, sur le plan syntaxique, dans l'usage des flexions verbales complexes qu'elle commence à analyser spontanément, celui des pluriels réguliers et irréguliers, et des locutions diverses qu'elle aborde petit à petit. Sur le plan discursif, J. communique presque "normalement" en combinant les différents types de codages, pictogrammes (environ 2000), mots globaux et tableau alphabétique, à condition bien sûr qu'on lui laisse le temps de dire tout ce qu'elle a en tête. Elle a d'ailleurs l'art de faire patienter son interlocuteur qui lui sert de tierce personne. Ce rôle de manipulateur est un des avantages de l'utilisation d'un code pictographique, qui implique plus fortement l'interlocuteur dans le processus de communication. Par contre, la simple écoute d'une téléthèse peut lasser, du fait de formulations toujours identiques (messages prédéterminés), et des temps de latence plus ou moins supportables, engendrés par les manipulations de la machine par la personne handicapée. Ces outils, malgré leurs possibilités très sophistiquées, créent parfois une distance plus importante qu'un simple cahier, et rendent certains interlocuteurs réticents, voire intolérants. C'est l'appréciation de la qualité de l'interaction qui a amené Julie à refuser l'utilisation d'un "Hector" dans la vie quotidienne, alors qu'elle savait s'en servir (utilisation d'un tableau synoptique avec un contacteur au genou).

Encore aujourd'hui, la prise en charge individuelle est repérée par Julie comme étant un moment privilégié pour communiquer parce qu'elle se sait écoutée. Il est parfois difficile de canaliser les "bavardages" pour commencer à travailler. Cependant il ne s'agit

bien évidemment pas de "couper la parole" à l'enfant, mais de l'aider, dans un souci d'efficacité, à juger de l'importance de son message pour pouvoir éventuellement le différer voire l'utiliser sur le plan pédagogique. A ce jour, Julie prend énormément de plaisir à évoquer d'autres sujets que ceux qui la concernent directement. Elle est très intéressée par les jeux de langage maniant l'humour et l'absurde.

En ergothérapie et en kinésithérapie

Sans détailler les prises en charge, nous tenons cependant à noter l'importance de la concertation entre les intervenants et la nécessité d'être en "phase" pour réaliser au mieux le projet de l'enfant. Le travail moteur et praxique a consisté, entre autres, à diminuer la fatigue occasionnée par la nécessité de contrôler les mouvements anormaux, et à améliorer la tenue de tête pour permettre la conduite d'un fauteuil électrique. Celui-ci pouvait ainsi libérer et multiplier les possibilités pour Julie de choisir ses interlocuteurs. Parallèlement, la recherche d'adaptations ergonomiques devait permettre l'amélioration de la désignation et le choix des contacteurs et aides techniques. Les décisions prises ont très souvent été remises en cause du fait des modifications d'installation (assise dans une coquille avec ou sans corset, en station debout).

Prises en charge de groupe

Pendant toutes ces années, Julie a fait partie d'un groupe animé par une orthophoniste, une éducatrice et des stagiaires réunissant 4 ou 5 enfants sans parole. L'accent a été mis d'une part, sur la participation à une action collective chez ces enfants très égo-centrés (buts communs, tours de rôle, stratégies du jeu, compétition, mémorisation...), d'autre part, sur l'apprentissage catégorisé du vocabulaire à travers des jeux spécialement conçus avec des pictogrammes : lotos des familles de mots (famille météo, des notions de temps, des lieux du centre, des lieux extérieurs,...), lotos d'associations images/actions, dominos des contraires sémantiques (bonjour/au revoir, beau/laid...), et des contraires "grammaticaux" (sur/sous, beaucoup/peu), puis plus tard, dominos d'associations images/phrases-pictos, et enfin des jeux de société plus complexes que nous avons finalement adaptés sur des téléthèses (Hector). Notre démarche était au départ principalement orientée sur l'acquisition du lexique et une ébauche de syntaxe. Le jeu nous semblait simplement un moyen plus agréable d'apprendre. En fait nous nous sommes heurtés chez les autres enfants du groupe à des difficultés cognitives et pragmatiques auxquelles nous ne nous attendions pas (nous en reparlons dans un autre article). Ainsi le groupe était relativement homogène, car la lenteur de réalisation de Julie du fait du handicap moteur contrebalançait les problèmes des autres. Julie était le leader du groupe et a progressé régulièrement.

Prises en charge scolaires

Julie a été intégrée dès la deuxième année, dans une classe de 9 enfants de 6 à 10 ans, *homogène* sur le plan du développement et des intérêts. Le projet scolaire était le premier apprentissage du langage écrit pour des sujets auxquels cela n'avait pas encore été proposé. Les enfants partageaient le même matériel informatique adapté (ordinateur ou téléthèse). La méthode de travail était commune, fondée sur une analyse modulaire et neuropsychologique des difficultés de chacun. Ce groupe était *hétérogène* sur le plan du handicap moteur, et *complémentaire* sur le plan cognitif puisque la moitié de la classe présentait une absence de langage oral comme Julie, l'autre moitié était affectée d'une apraxie visuo-spatiale. Nous voulions "profiter" de cette complémentarité pour créer une dynamique de groupe et une forme d'étayage mutuel.

Lors de la constitution du groupe, nous n'avions qu'une idée assez imprécise du type de handicap langagier des enfants sans parole puisque seule la compréhension avait été testée et que la communication avec les moyens palliatifs était loin d'être efficace pour tous. Nous étions bien sûr en face de dysphasies d'expression plus ou moins associées au trouble moteur, mais lesquelles ? L'absence de parole laissant relativement préservées les voies afférentes, l'apprentissage de l'écrit devait donc à priori, être possible pour ces enfants, bien qu'il soit dépendant du type de déficit sous-jacent. C'est l'évolution de l'apprentissage du langage écrit qui nous a permis d'affiner notre diagnostic.

Nous avons fait l'hypothèse que s'il existait un trouble d'évocation, l'apprentissage de la lecture devait être possible, puisqu'il s'agissait de reconnaissance d'un stimulus visuel. Les voies d'adressage et d'assemblage devaient se mettre en place parallèlement. Par contre l'écrit spontané devait engendrer les mêmes difficultés qu'à "l'oral", sans pourtant affecter les possibilités de dictée et de copie.

Si la difficulté se situait au niveau de la mise en sons, les problèmes risquaient de survenir dans la lecture par assemblage, mais laisseraient praticable la voie directe. Il suffisait en effet que les enfants associent chaque mot écrit à sa signification, mais était-ce possible sans aucun passage par la subvocalisation, ou avec une oralisation pathologique ? Pouvait-on réellement apprendre à lire, et lire uniquement de cette manière ? Si oui, on ne devait pas voir de dissociation se créer entre la lecture et l'écriture spontanée qui emprunteraient les mêmes voies. L'incertitude reposait sur l'existence ou non d'une *voie directe phono-graphémique* permettant d'écrire globalement (?). Cette "voie" fonctionnelle peut-être lorsqu'on écrit à la main ou avec une vitesse suffisante. Mais comment se met en place cette écriture courante chez l'enfant normal, et à plus forte raison chez nos sujets obligés d'utiliser des machines avec défilements lumineux, qui ralentissent extraordinairement la production ? Le trouble de la mise en sons ne devait par contre pas affecter la dictée, puisqu'on mettait les stimuli sonores à la disposition des enfants. Le problème restant est celui du maintien en mémoire d'une information sonore, dont la longueur devait s'accroître.

Si l'anarthrie existait indépendamment d'un trouble de mise en sons, (on ferait la différence entre l'évocation des sons et celle du programme moteur nécessaire à la production orale, et les programmes de commande et de coordination des gestes avant et au cours de l'exécution), nous pouvions nous attendre à voir, dans la production écrite, se développer des conduites d'approche favorisées par le feed-back sonore donné par les synthèses vocales.

Dans cet état d'esprit, nous avons proposé deux sortes de prises en charge. *Les aides rééducatives* tentèrent de faire reculer les limites du handicap de l'enfant. Elles ont consisté, pour les enfants sans parole, à utiliser les pictogrammes en permanence, dans toutes les activités proposées en classe, y compris celles qui n'étaient pas strictement orientées par le travail de langage. *Les aides palliatives* devaient permettre de développer les capacités cognitives préservées, en utilisant des outils informatiques suppléant le trouble du graphisme et autorisant le feed-back sonore de l'écrit, par adjonction de cartes de synthèses vocales.

Notre démarche d'enseignement de l'écrit a reposé sur deux approches parallèles, globale et analytique, que nous menions dans les deux modalités, auditive et visuelle.

- **A un niveau global**, et en utilisant des pictogrammes comme support, nous proposons un travail de structuration du langage oral qui visait à sensibiliser les enfants à la segmentation sémantique de la phrase et à quelques notions grammaticales. Simultanément nous abordions la lecture et l'écriture par le biais de phrases en pictogrammes, manipulables par les enfants sans parole. Au fur et à mesure, les icônes étaient remplacés par des mots connus. Pour évaluer ce type de lecture "globale", nous avons proposé aux enfants une version "pictographique" du test de Khomsi. Il s'agissait donc pour eux d'évoquer, non seulement le sens de chaque pictogramme, mais aussi le sens de leurs combinaisons. Cette épreuve s'est avérée encore impossible après un an de travail, alors que les enfants indiquaient tous qu'ils connaissaient le sens de chaque pictogramme isolément. Ceci était d'autant plus étonnant que ces mêmes enfants étaient capables de produire, pour communiquer, des phrases pratiquement aussi compliquées que celles du test : preuves flagrantes de la différence des processus mis en jeu dans ces deux types d'activités. Un an plus tard, le test ainsi présenté était réussi en grande partie pour 4 enfants dont Julie, avec un petit décalage négatif en comparaison avec les performances obtenues lors de la présentation orale. Il semble qu'ils avaient donc acquis une certaine forme de combinatoire globale sur le plan de l'évocation, proche de celle de la lecture mais sans composante phonologique.

Cinq ans après le début de l'apprentissage, Julie peut lire globalement des phrases. Elle reste gênée par certains mots qu'elle ne peut déchiffrer ou qu'elle semble ne pas

connaître. Elle fait donc quelques erreurs de compréhension. Cependant, elle continue à augmenter de plus en plus rapidement son stock de mots, et accède donc de mieux en mieux aux textes simples. A partir d'un stimulus écrit, sa vitesse d'évocation, encore assez lente actuellement (quelques secondes) a considérablement augmenté puisqu'elle pouvait être de plusieurs *minutes* en 1989 pour un seul mot.

- **A un niveau analytique** nous entraînions les enfants à la phonologie pour faciliter la segmentation puis la fusion syllabique, dans l'idée d'initier l'évocation et la représentation phonologique. Les supports de cette démarche ont été les lettres, les syllabes, et le B.A. BA. Les enfants victimes de dysphasie motrice, présentent des difficultés initiales d'accès à la lecture lorsqu'ils sont confrontés aux conversions grapho-phonémiques. Cependant, s'ils peuvent dépasser ce premier écueil, ils sont au contraire aidés par la lecture qui constitue une facilitation à la programmation phonologique.

Pour ce qui concerne la production écrite spontanée, dont la condition reste le codage phonologique du mot préalablement à sa transcription (du moins dans les débuts), le pronostic est plus réservé que pour la lecture, et l'on constate souvent la production d'une véritable jargon-agraphie, avec des conduites d'approches phonologiques.

La segmentation sonore a été modérément difficile pour Julie sur le plan de la reconnaissance, puisque le stimulus auditif lui était proposé. La même tâche en évocation a été très longtemps impossible. Dans ces exercices, nous demandions aux enfants de reconnaître la présence d'une combinaison sonore dans un mot (syllabe systématiquement dans toutes les positions), compétence qui a évolué lentement. La réussite de Julie nécessite, encore à ce jour, de nombreuses répétitions du mot à analyser, indice d'une réelle difficulté à garder en mémoire à court terme la forme de "surface" du mot. Nous leur proposons parallèlement, de trouver dans leur code, des mots comprenant ces syllabes. Pour ce faire, nous avons travaillé sur un cahier de "phonétique" dont les pictogrammes ne comportaient aucune traduction. Les enfants avaient bien sûr compris, qu'ils pouvaient se servir de l'écrit inscrit sous chaque pictogramme de leur code de communication, pour résoudre cette tâche qui reste encore aujourd'hui difficile pour tous. Lorsque les premières bases ont été acquises, nous avons introduit des exercices de dictées muettes. Nous avons vu apparaître, sans surprise, une jargon-agraphie qui respectait la longueur du mot et les sonorités, mais sans parvenir au mot attendu. La dictée orale était beaucoup mieux réussie.

Sur le plan de l'écrit spontané, Julie est actuellement capable d'écrire de petites phrases globalement compréhensibles. Les productions sont de qualité très variable selon la familiarité des mots employés. La plupart sont identifiables, et beaucoup sont correctement orthographiés. D'autres sont très proches phonétiquement du mot attendu, certains présentent des inversions de syllabes, des confusions sourdes/sonores, etc..., d'autres enfin sont de véritables néologismes. Dans une phrase ou un texte, Julie se sert de ses piètres possibilités de conversions grapho-phonologiques pour amorcer le déchiffrement d'un mot inconnu et le décoder en fonction du contexte. Les deux enfants dont Julie, qui sont parvenues à ces performances sont certes de mauvaises lectrices,... mais lectrices tout de même !!!... et nous ne désespérons pas de les voir s'améliorer encore en poursuivant le travail quelques années.

Discussions

L'évolution des résultats de Julie aux différents tests pratiqués durant cette période, met en évidence un aspect de ses difficultés qui ne pouvait être repéré lorsque l'enfant était plus jeune. Il était néanmoins pressenti, comme nous l'a montré secondairement la relecture attentive des nombreux compte-rendus qui ont balisé le parcours de l'enfant. En effet, alors que l'évolution psychométrique et syntaxique se faisait parallèlement à l'âge réel, le niveau lexical lui, accusait une pente de développement beaucoup moins importante, creusant de plus en plus l'écart avec les autres performances. Il ne pouvait s'agir d'une anomie, ou trouble de l'évocation que nous avons trouvé notifié dans les écrits, parce que cette fonction se trouve sur les voies efférentes du langage et serait justement compensée lors des épreuves de compréhension lexicale. De plus, il nous semblait que, lors du discours spontané, Julie ne cherchait pas réellement ses mots. Par contre

dans des épreuves plus exigeantes comme des réponses à des questions précises, il arrivait parfois qu'elle reste "sèche".

Nous nous sommes donc interrogées sur la présence d'une symptomatologie de type mnésique associée à l'anarthrie. La "dysphasie (a)mnésique", reflète selon les auteurs diverses conceptions :

soit une forme d'anomie, rebelle aux moyens habituels de facilitation (ébauche orale, mise en contexte,...), dans laquelle le sujet ne produit ni paraphrasies ni périphrases, ce qui est difficile à évaluer chez notre sujet.

soit un trouble du contrôle (de l'accès ?) sémantique portant à la fois sur les domaines expressif et réceptif. Dans notre cas, le déficit peut donc exister sur le versant réceptif, et constituer une hypothèse diagnostique plausible.

*enfin, il pourrait également s'agir de la manifestation dans le domaine lexical, d'un trouble mnésique plus global.

Le bilan mnésique langagier versus non-langagier pourrait seul départager ces deux dernières hypothèses. Mais le handicap de l'enfant ne nous permet d'explorer ni l'évocation ni le rappel (ni oral, ni graphique), et nous contraint à n'utiliser que des épreuves de reconnaissance en choix multiples. Cependant, les résultats aux épreuves de reconnaissance de listes de mots présentent des anomalies, en particulier une courbe d'apprentissage en cloche et un déficit au niveau de la mémoire à court terme. Ceci irait dans le même sens que les difficultés que nous avons observées chez Julie dans le travail de lecture rapide fait durant plusieurs années en classe. En même temps, les mémoires visuelle et topologique nous semblent ne pas présenter d'anomalie particulière. Nous serions donc tentées d'interpréter les difficultés de Julie dans le sens d'une petite dysphasie amnésique associée à l'anarthrie. Il nous semble, pour terminer, très important de souligner l'extraordinaire lenteur du développement cognitif des enfants I.M.C. sans parole. Ce rythme d'apprentissage est parfois désespérant pour les équipes sur le terrain qui ont du mal à percevoir les progrès des enfants. Elles ont souvent tendance à s'essouffler et à lâcher prise. C'est à la relecture du très épais dossier de Julie comprenant des mots, des bilans et évaluations, des compte-rendus de synthèses, que l'on a pu objectiver l'impact du travail effectué, et l'importance que cela revêt pour ces enfants qui n'ont pas d'autre avenir que la communication... et guère d'autres loisirs que de lire et apprendre.

*A.R. Lecours et F. Lhermitte, 1980

*Gérard, 1981

Bibliographie

- CONTENT A., MORAIS J., ALEGRIA J., BERTELSON P., 1986 "Acquisition de la lecture et analyse segmentale de la parole", *psychologica belgica* XXVII, 1-15.
- ELLIS A.W., 1989 "Lecture, écriture et dyslexie", Ed. Delachaux & Niestlé.
- GERARD C.L. 1991 "L'enfant dysphasique", Ed. universitaire Paris.
- MARCHAND M.H., MAZEAU M., 1993 "Les dysphasies", *revue internationale de pédiatrie* 232, 5-14.
- MARCHAND M.H., 1993 "Apprentissage du langage écrit chez des enfants porteurs de lésions cérébrales néonatales", DEA à Paris V.
- MAZEAU M., MARCHAND M.H., 1993, "Sémiologie des troubles du langage des I.M.C. sans parole", *Acta neurologica belgica*, 93, (217-218).
- RIEBEN & PERFETTI 1989 "L'apprenti lecteur" Ed. Delachaux & Niestlé.
- ROCH LECOURS A. et LHERMITTE F., 1980 "L'aphasie", Ed. Flammarion médecine-sciences et Presse de l'Université de Montréal.

Matériel et tests

- Code Pictographique du G.R.A.C.H.*, 1982, 33 rue Pasteur, Montoire/Loir.
- KHOMSI (évaluation des stratégies de compréhension en situation orale). Editions du centre de psychologie appliquée, 48, avenue Victor Hugo 75783 Paris cedex 16.
- LEITER, International performance scale, Stoelting CO., 1350 S Kostner Avenue Chicago, Illinois 60063 USA, (312) 522-45000.
- SIGORET J.L. *Batterie d'efficience mnésique*. BEM, 144, 1991, Elsevier.
- VOCIM (vocabulaire en image de Dague et Leger). Editions du centre de psychologie appliquée, 48, avenue Victor Hugo, 75783 Paris cedex 16.

*Groupe de Recherches pour l'Autonomie et la Communication des Handicapés.