

Fondé en 1973 par A. Juarez et M. Monfort, ce centre de logopédie s'occupe principalement d'enfants sourds profonds et sévères mais aussi d'enfants qui présentent des troubles graves de l'acquisition du langage.

Il est à l'origine de diverses réunions et congrès de logopédie et, du travail qui s'y réalise a surgi une ligne de publications de manuels spécialisés en pédagogie du langage oral et en matériel graphique destinés aux logopèdes.

* Logopèdes
Centre "Entender y Hablar"
(Comprendre et Parler)
C/Pez Austral, 15
Bajo - c
MADRID 28007
ESPAGNE

SYSTÈMES ALTERNATIFS ET AUGMENTATIFS DANS L'INTERVENTION LOGOPÉDIQUE CHEZ L'ENFANT DYSPHASIQUE

par Marc MONFORT et
Adoración JUAREZ-SANCHEZ*

Mots-clés : Audimutité - Langage - Rééducation - Aphasie infantile congénitale - Dyspraxie verbale

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs auteurs ont signalé que l'utilisation de systèmes gestuels de communication dans les programmes éducatifs d'enfants entendants mais qui présentaient des troubles très graves de l'acquisition du langage oral paraissait produire des effets positifs non seulement sur le développement de l'interaction sociale et les aptitudes cognitives mais aussi sur l'apprentissage même de la parole. C'est cet effet facilitateur que nous retiendrons au cours de cet article mais cela ne suppose pas minimiser, bien au contraire, les avantages que représente, pour une personne muette, l'utilisation d'un système alternatif de communication.

En 1972, déjà, Bricker avait démontré que la présentation simultanée d'un geste et d'un mot facilitait la compréhension et l'imitation de celui-ci chez des sujets déficients mentaux.

Schaeffer et col (1980) et Bonvillian (1981), entre autres, ont décrit comment l'utilisation de la communication bi-modale (gestes et mots, version «français signé» ou version «pidgin») encourageait l'émergence de la parole chez certains enfants autistes.

En Espagne, Juarez (1984) et Tamarit (1988) ont publié des résultats semblables avec des sujets déficients mentaux non-verbaux ou dont le développement de l'expression verbale se réduisait à quelques mots, confirmant les données d'auteurs comme Linville (1977) ou Hobson et Duncan (1979).

Plutôt que comme «tremplin» vers le langage oral, certains éducateurs ont utilisé les systèmes gestuels comme un appui pédagogique à l'apprentissage d'une langue parlée déjà présente : ce fut le cas de Rondal et Hoffmeister (1975).

L'explication de cet effet facilitateur est loin d'être connue : d'aucuns y voient l'apport de zones cérébrales alternatives, situées concrètement dans l'hémisphère droit, considéré actuellement comme responsable en partie du contrôle de certaines composantes principales de la communication gestuelle. On en est même arrivé récemment (Hendren 1989) à recommander l'apprentissage de systèmes gestuels par les enfants normaux de la maternelle afin de favoriser le développement de leur hémisphère droit.

Quoiqu'il soit extrêmement difficile de vérifier les mécanismes neurologiques mis en

marche grâce à l'utilisation simultanée de la parole et des symboles ou des aides manuelles, il est probable que celles-ci constituent des constructions intermédiaires qui, empruntant des voies sensorielles et motrices différentes à celles dont les projections se trouvent apparemment altérées chez ces enfants, permettraient ainsi d'améliorer la perception, la rétention, la mémoire et/ou l'évocation des éléments (phonétiques, sémantiques ou syntaxiques) qui font partie du langage oral. La visualisation de mots, de syllabes ou de phonèmes pendant l'émission des modèles adultes, le renforcement kinesthésique pendant l'imitation et l'expression de la part de l'enfant représenteraient des éléments-charnières qui, d'une certaine manière, parviendraient à contourner l'obstacle qui, jusqu'alors, aurait empêché l'enfant d'apprendre le langage correspondant à son niveau général de développement.

Une autre hypothèse se situe au niveau de l'interaction sociale : l'utilisation de systèmes de communication mieux adaptés aux possibilités de l'enfant lui permettrait de rejouer à nouveau un rôle plus actif dans l'interaction avec son entourage, favorisant ainsi une stimulation plus intensive et mieux ajustée ce qui, à son tour, faciliterait une appropriation progressive de sa part des modèles adultes, y compris sa partie « parlée ». Intervendrait également l'amélioration de la qualité relationnelle que représente pour l'enfant le fait de pouvoir utiliser et voir utilisé autour de lui un système de communication dont l'apprentissage, au moins au début, ne lui suppose pas de grandes difficultés et lui rapporte d'importantes gratifications, concrètes et affectives.

On peut croire que tous ces facteurs interviennent à la fois et que leur importance relative dépend de la nature exacte des troubles de l'enfant et des réactions que ce trouble a produit sur l'interaction affective et communicative avec son entourage.

En effet, il est bien connu que sous l'étiquette d'« enfant non-verbal-muet » on retrouve un grand nombre de troubles dont l'étiologie est très variée et souvent peu définie.

D'autre part, un trouble de langage, surtout s'il est important, n'a pas seulement une cause mais aussi une « histoire » dans laquelle la famille a joué un rôle primordial.

Dans notre centre, nous nous sommes intéressés spécialement aux enfants habituellement regroupés sous le terme d'« aphasie ou dysphasie congénitale » (audi-mutité), c'est-à-dire à ces enfants qui, suivant la définition classique par élimination de Benton (1964), n'acquièrent aucune expression verbale ou la maintiennent à un niveau extrêmement rudimentaire malgré une capacité intellectuelle, sensorielle, motrice et communicative plus que suffisante pour que cet apprentissage ait eu lieu de façon spontanée.

Ce syndrome est cependant loin d'être homogène et plusieurs essais de classification ont été proposés, le plus récent étant celui de Allen, Mendelson et Rapin (1982).

Mais notre impression, peu originale d'ailleurs, est que, même ces sous-groupes, comme ils continuent à être définis par des critères symptomatiques, rassemblent en réalité des sujets dont les mécanismes responsables de l'absence de langage restent assez différents.

C'est la même idée qui pousse des auteurs comme Serra (1991) à préférer une classification basée plus sur l'analyse des processus psycholinguistiques que sur les symptômes. C'est précisément l'application de programmes de communication bimodale et d'autres aides gestuelles ou graphiques ainsi que l'analyse des effets qu'ils produisent qui nous permettent petit à petit de comprendre un peu mieux ce qui se passe dans chaque cas.

L'étude longitudinale et comparative de l'évolution de ces enfants nous indique que des sujets que nous avons regroupés sous l'étiquette de « dyspraxie verbale », pour reprendre l'un des sous-groupes de Allen et Rapin, en fonction d'un symptôme commun (absence d'expression verbale, quasi impossibilité d'imitation malgré une certaine compréhension) et de critères restrictifs (absence de troubles intellectuels, sensoriels ou moteurs et sans altérations conductuelles susceptibles de justifier cette absence d'expression verbale) représentent en réalité des entités pathologiques de structure très différente. Nous avons essayé d'illustrer ce fait grâce à la comparaison d'un enfant actuellement en traitement et des résultats obtenus auparavant chez un autre sujet de caractéristiques assez semblables (c'est tout ce qu'on peut espérer dans ce groupe si peu homogène) et avec lequel nous avons suivi un programme de rééducation à peu près identique au début.

Description des cas

J.R. nous est envoyé à l'âge de 6,10 ans (soit 6 ans et 10 mois) à cause d'un manque

d'expression orale.

Il s'agit d'un enfant qui présente une anémie hémolytique chronique et un retard mental moyen ; le rapport neurologique indique la présence de dysfonction de structures de la base du cerveau et une activité bioélectrique irrégulière. Les tests de compréhension verbale (Peabody et Reynell)* démontrent un niveau adéquat à son âge mental, donnée confirmée par l'impression clinique en situation naturelle.

* Le Peabody test mesure la compréhension de mots dans une situation de sélection entre plusieurs images.

Le Reynell test y ajoute la compréhension de phrases et d'ordres

L'enfant communique spontanément dans les situations de jeu et les tâches manipulatives.

Par contre, son expression est très élémentaire : à 5,6 ans, il utilisait 3 «mots» ; à 6,10 il en utilise 15, dont seuls 4 sont intelligibles, les autres faisant partie d'un jargon familial constitués principalement par des onomatopées.

Il ne peut répéter qu'une syllabe à la fois et ne le fait correctement qu'avec des syllabes directes commençant par /p/ /m/ /n/ /t/ /l/ et /ʎ/, en général après plusieurs essais. Il s'agissait pourtant d'un enfant suivi pédagogiquement et logopédiquement depuis l'âge de 3 ans et appartenant à une famille de niveau socio-culturel moyen-haut dont l'attitude était tout à fait satisfaisante. Ses difficultés de comportement n'étaient pas supérieures à celles que l'on peut attendre chez un enfant qui ne peut exprimer ses besoins et ses sentiments qu'à travers un langage minimum et des gestes naturels.

Le programme de stimulation de l'expression orale s'est basé sur différents moyens de communication alternatifs et augmentatifs dont l'importance relative s'est modifiée au cours du temps en s'adaptant aux nouvelles possibilités de l'enfant : les séances, trois fois par semaine de 45 minutes chacune, individuelles, se réalisaient au centre mais en contact avec l'équipe du centre scolaire ordinaire où l'enfant était intégré, dans un programme officiel d'intégration.

- gestes symboliques, empruntés à la langue des signes espagnole et utilisés sous forme bi-modale, en version «pidgin» au début, en version «langue orale signée» ensuite. Ces gestes furent appris par les parents, l'éducatrice et la logopède de l'école.

Leur introduction se fit en suivant un système «naturel» d'utilisation en situation : l'observation de l'imitation spontanée de l'enfant nous permettait de sélectionner les gestes les plus utiles et de les renforcer et les structurer pendant les séances de travail.

- gestes phonétiques : pendant les exercices de répétition et aussi pendant les échanges spontanés, certains mots furent repris oralement et soulignés par des gestes associés aux consonnes, gestes qui rappellent certaines de leurs caractéristiques articulatoires, comme c'est le cas de certains gestes de la méthode Borel-Maisonny.

L'utilisation de ces gestes se renforça surtout la deuxième année du programme lorsque se produisit une augmentation importante des essais spontanés de l'enfant pour accompagner ses gestes de parole.

Ces gestes furent aussi communiqués à la famille et à l'école.

- pictogrammes : la deuxième année du traitement, comme l'enfant produisait des combinaisons spontanées de deux ou trois gestes, nous avons utilisé des pictogrammes pour travailler l'imitation et la construction de petits énoncés verbaux.

Ce système fut utilisé uniquement comme moyen pédagogique et non comme système alternatif de communication.

- langage écrit : un peu avant l'âge de 8 ans, nous avons introduit la lecture globale de mots, actuellement complétée par des exercices de reconnaissance de lettres et de syllabes simples.

Résultats de J.R. : l'apprentissage de gestes symboliques pour la communication fut extrêmement rapide : en quelques semaines, il avait appris plusieurs dizaines de gestes qu'il utilisait à tous moments, le plus souvent en combinaison avec les quelques mots qu'il connaissait déjà.

On constata de façon presque simultanée une augmentation significative mais limitée des mots : verbes, noms, adjectifs et adverbes, plus les pronoms «moi» et «toi». Jusqu'à présent nous n'avons pas encore réussi à lui faire utiliser des prépositions ou des articles, sauf en imitation.

J.R. indique l'interrogation par l'intonation de l'énoncé et certaines relations sémantiques se marquent en jouant sur l'ordre des mots ou des gestes. L'apparition d'un mot a toujours été suivie de l'élimination spontanée du geste correspondant à partir du moment

où ce mot devenait intelligible pour l'entourage.

Certains mots sont apparus sans geste antérieur mais il s'agit d'expressions exclamatives du genre «jope» (traduisible en français par «eh ben dis donc»).

La rapidité initiale de l'apprentissage des gestes s'est ralentie au cours de la seconde année mais s'est vue compensée par un rythme plus élevé d'apprentissage oral.

Le tableau suivant regroupe certaines données quantitatives relevées au cours de ces deux années de travail :

Age	5,6	6,10 début du programme	7,6	8,6
Nombre de mots util. spont.	3	15	46	135
Long. maximale des énoncés (en n. de mots)	1	1	2	4
LME (en n. de mots)	1	1	1,1	2,3
Nombre de syllabes directes correctement répétées	-	6	8	13
Nombre max. de syllabes en répétition de mots	1	1	2	3

Une donnée intéressante de ces derniers mois est l'amélioration importante de ses réponses en induction : il est capable de compléter la dernière syllabe de nombreux mots qu'on lui présente, même quand celle-ci n'est qu'un élément morphologique.

Par exemple : «El niño se va can...»

- tando»

(Exemple correspondant en français

«L'enfant s'en va en chan...

- tant»)

Ce phénomène nous fait penser que son accès au lexique, même s'il est encore très déficitaire, s'est considérablement ouvert puisque cette voie (l'induction), auparavant inefficace, a commencé à fonctionner.

Si nous comparons ces premiers résultats et la dynamique de son évolution avec un cas précédent d'application de systèmes alternatifs et augmentatifs de la communication, nous observons d'importantes différences.

Notre prise en charge de A. se fait à partir de 2,6 ans : elle présente en effet un important retard général dans lequel interviennent une lésion néo-natale de l'hémisphère gauche à la naissance, une aberration chromosomique des paires 16 et 22, des troubles visuels et une lésion cardiaque.

Grâce aux efforts conjugués de la mère, de l'éducatrice de l'école maternelle spécialisée et de la logopède, les progrès, quoique lents, sont très significatifs et à cinq ans et demi, A. présente un niveau intellectuel moyen de trois ans (y compris la compréhension verbale), un degré d'autonomie acceptable et une bonne relation sociale avec les personnes auxquelles elle est habituée, mais elle ne parle absolument pas.

Malgré ses efforts, évidents mais peu fréquents il est vrai, son expression se limite à une série de petits cris aigus qu'elle module en fonction de son humeur pour traduire son plaisir, ses désirs, sa peur, son inconfort...

Sa motricité bucco-faciale reste, elle aussi, très déficiente avec une extension permanente de l'orbiculaire des lèvres et peu de mobilité de la langue.

L'introduction des gestes obtient des résultats très rapides sur l'interaction communicative mais n'a aucune influence apparente sur son expression verbale.

Un an plus tard, et d'une manière très progressive, la logopède tenta d'introduire le langage écrit, dans une perspective future de communication avec les personnes ne

connaissant pas le langage gestuel.

Les résultats obtenus par une première démarche globale et l'amélioration de ses aptitudes perceptives permirent l'introduction d'exercices synthétiques: A. épelait (à l'aide de la dactylogogie) des mots nouveaux dont elle interprétait finalement le sens en réalisant le geste correspondant.

Ce ne fut qu'après que nous nous rendîmes compte qu'en même temps que A. réalisait la dactylogogie, d'une manière naturelle, nous répétions les syllabes «lues», à la vitesse à laquelle elle le faisait, c'est-à-dire très lentement.

Nous pensons, mais il est évidemment impossible de le démontrer, que cette prononciation ralentie et rythmique de mots simples a pu jouer le rôle d'une espèce de «thérapie mélodique» involontaire. C'est à 8 ; 2 ans que, d'une manière abrupte, pendant la réalisation de ces exercices de lecture, A. commença à répéter les mots ou tout au moins leur «enveloppe» intonative : c'était inintelligible mais on y reconnaissait les voyelles, le nombre de syllabes et certaines amorces de phonèmes consonantiques.

A notre surprise, en quelques semaines, son expression verbale se développa rapidement : tout ce qu'elle était capable d'exprimer avec ses gestes était maintenant accompagné de parole.

La construction des énoncés était très simple mais ne présentait pas d'agrammatisme flagrant : on y retrouvait les articles ainsi que les principales prépositions et les verbes apparaissaient conjugués.

Une reprise des exercices d'articulation, un peu délaissés, lui a permis d'atteindre un seuil d'intelligibilité suffisant pour la famille et les personnes proches, ce qui s'accompagna d'une disparition naturelle des gestes auxquels elle n'a recours qu'en cas d'incompréhension de la part de l'interlocuteur mais jamais comme substitution d'un mot qu'elle ne pourrait évoquer.

Conclusion

Il y avait bien sûr des différences initiales entre ces deux cas : il n'est d'ailleurs pas possible de former des «paires» tout à fait homogènes avec ce type de sujets (A. était tout à fait muette, J.R. possédait quelques mots, A. présentait une dyspraxie bucco-faciale importante et J.R. non...) mais, ce qui nous a frappé quand nous les comparons, c'est la grande différence qu'a supposé, pour l'évolution de la parole, l'introduction des systèmes alternatifs et augmentatifs.

Pour J.R., l'effet est immédiat mais lent et progressif : le système gestuel n'a représenté pour lui une alternative que pendant les deux ou trois premiers mois. Ensuite, les gestes symboliques et les gestes d'appui à la prononciation sont avant tout des «aides» à la parole.

Pour A., au contraire, l'effet de la combinaison des gestes, du langage écrit (avec ses deux modalités d'accès) et, peut-être aussi des modèles mélodiques proposés, ont mis plusieurs années à «débloquer» la parole mais l'évolution s'est produite alors d'une manière totale et soudaine.

Des similitudes et des différences entre ces deux cas, pourtant réunis sous une même dénomination suivant les nomenclatures actuelles, nous pourrions extraire quelques conclusions pratiques.

- les troubles connus sous le nom d'«aphasie infantile congénitale», même s'ils présentent parfois une manifestation similaire, peuvent constituer les conséquences de difficultés d'apprentissage de la langue situées à des niveaux très divers

- la nécessité d'individualiser l'intervention et de partir d'une modélisation théorique du type de difficulté que présente l'enfant au niveau des mécanismes psycho-linguistiques que nous connaissons, (dans le sens indiqué par Serra, 1991).

- l'importance d'une approche multi-sensorielle de la communication, y compris l'inclusion de codes non-verbaux, sans attendre trop longtemps les possibles résultats d'une rééducation purement orale. La modélisation dont nous parlions ne va malheureusement pas nous dire exactement quelles sont les possibilités réelles de l'enfant. L'idée d'une communication à multi-canaux serait de donner le maximum de chances au cerveau de l'enfant pour qu'il parvienne à construire au moins les premiers schémas d'un langage expressif organisé.

- le programme d'intervention doit être interactif y compris dans le choix des méthodes

et des moyens : ce sont les réactions de l'enfant qui nous indiquent si la voie choisie est bonne ; ce sont elles qui, parfois, nous indiquent les changements ou les bifurcations. Pour que cela soit possible, il est nécessaire que les activités et les exercices (en séances et dans le milieu où vit l'enfant) soient essentiellement communicatifs, dans l'esprit du modèle que nous avons développé au cours de ces dernières années (Voir Juarez et Monfort 1989 et Monfort 1990).

Bibliographie

- ALLEN D.A., MENDELSON L., RAPIN I. (1982) : Syndrome Specific Remediation in Preschool Developmental Dysphasia in U. KIRK : Neuropsychology of Language, Reading and Spelling. New-York Academic Press, 233-243.
- BENTON A.L. (1964) : Developmental dysphasia and brain damage Cortex 1, 40-52.
- BONVILLIAN J.B. (1981) : Sign Language and Autism - J. of Autism and Develop. Disorders. Vol. 11, 1, 125-127.
- BRICKER D. (1972) : Imitative sign training as a facilitator of word-object association with low-functioning children. Amer J. of mental Deficiency 76, 509-516.
- HENDREN G.R. (1989) : Using Sign Language to Access Right Brain Communication : A Tool for Teacher - J. of Creative Behavior. 32, 2. 116-120.
- HOBSON P. et DUNCAN P. (1979) : Sign learning and retarded people - Mental Retardation 17 33-37.
- JUAREZ A. et MONFORT M. (1989) : La estimulación del lenguaje oral. Madrid Santillana.
- LINVILLE S.E. (1977) : Signed English : A language teaching technique with totally non-verbal, severely mentally retarded adolescents. Language, Speech and Hear. Services in Schools. 8, 170-175.
- MONFORT M. (1990) : Conception interactive de la rééducation du langage : Applications pratiques. in : *Les mots pour vivre Actes du congrès de la FNO Paris. L'Ortho-édition.* p 173-182.
- RONDAL J.A. et HOFFMEISTER R. (1975) : Pour un apprentissage du langage gestuel par les retardés mentaux : une proposition. *Revue Belge de Psych. et de Pédag.* 37, 51-60.
- SCHAEFFER B., MUSIL A. et KOLLINZAS G. (1980) : Total Communication Champaign (Il) Research Press.
- SERRA M. (1991) : Procesamiento del lenguaje en el retraso y la disfasia. Rev. de logopedia, foniatria y audiolgia, XI, 3, pp. 151-156.
- TAMARIT J. (1988) : Los trastornos de la comunicacion en deficiencias mentales y otras alteraciones evolutivas : Intervenciones mediante sistemas de comunicacion total en Varios Autores : Comunicacion aumentativa Madrid Inerser.