

Pour tous documents supplémentaires (annexes, compléments, etc.), veuillez-vous adresser à l'auteur : Anne-Marie Liger, annemarie.liger@wanadoo.fr

Congrès suisse de Pédagogie spécialisée 2013 Unitobler à Berne

Qualité de vie ... vie de qualité ? Questions et enjeux pour les personnes en situation de handicap

Troubles du langage oral chez les enfants : Théorie et pratique à partir des travaux du Docteur Gisèle Gelbert

*Atelier du jeudi 29 août 2013 15 :30 – 16 :30
Salle Unitobler F-111*

J'ai décidé d'organiser cette séance de présentation comme un atelier où chaque participant-éducateur est rendu « actif » par sa confrontation à la réalité d'être non lecteur (Annexe 1 : étude de texte). Eclairé par l'apport de la théorie des fonctions linguistiques du Docteur Gelbert (Annexe 2 : Fonctions linguistiques) « le non lecteur » peut réussir, à travers les exercices de « réparation » proposés (Annexes 3, 4 et 5), un changement dans sa pratique et rentrer dans l'acte du Lire et de l'Ecrire. Alors le participant-éducateur peut en déduire qu'une meilleure qualité de vie devient accessible à celui qui est en situation de handicap ; pour cela l'éducateur se donnera les moyens d'acquérir, s'il le décide, par l'étude, l'exercice, l'entraînement et la confiance en lui-même, les compétences de « réparation » nécessaires à sa mission. Tels sont les objectifs implicites de ma présentation : transmettre connaissances et savoir-faire spécifique afin d'éveiller la curiosité et encourager l'action de celui qui fait le choix d'accompagner le porteur de handicap vers une vie de qualité.

I. Introduction et Rappels

Nul n'ignore que **notre cerveau est fait pour parler**, la parole est la propre de l'homme, **mais aussi – ou plutôt, c'est-à-dire – pour lire et pour écrire**.

Il y a **l'aptitude à la parole** (faisant intervenir la génétique, la structure cérébrale, les organes bucco-phonatoires) et le **déclencheur** qui est **l'entrée d'une parole « étrangère »**, destinée à être comprise, puis reproduite et enfin produite.

Nous nous situons donc dans une **communication**, dans un échange, qui suppose **« compréhension »**, c'est-à-dire sens choisi, mis dans une forme choisie.

La langue transmise est un tout, façonné dans un temps et un espace précis, descriptible tel un système, en l'organisation des signifiés et des signifiants, distincte des autres organisations. **Elle a sa loi** avec son possible et ses limites.

La langue qui prend corps dans la parole est destinée, nous le redisons, à **la communication** et doit être « entendue » dans les deux sens du terme.

Que se passe-t-il donc chez certains enfants présentant **des troubles graves** du langage oral et qui, ne peuvent de surcroît ni lire, ni écrire?

Nous allons analyser cet état pathologique selon la théorie développée par le Docteur Gisèle Gelbert et montrer qu'il existe des possibilités de « réparation ».

Nous avons dit que **le langage est régi par la loi**. Cette loi a deux cadres :

- **La loi imposée par le corps** (cerveau, organes buccophonatoires et leur maturation programmée)
- **La loi imposée par la communauté de communication** qui a enclenché la machine à parler, à lire et à écrire, limitée ainsi dans le cadre d'une transmission, par la nécessité de compréhension en langue et en parole.

Annexe 1 : Etude de Texte

En effet les enfants souffrant de **troubles graves du langage** qui ne peuvent s'expliquer **ni** par un déficit auditif, **ni** par une malformation de l'appareil buccophonatoire, **ni** par une insuffisance intellectuelle, **ni** par des troubles psycho-affectifs, **ni** par des problèmes environnementaux, **ni** par une lésion cérébrale et qui répondent donc à toutes ces exclusions exprimées par « **ni** », **ces enfants** classés communément dans la catégorie des « **dysphasiques** » sont au-delà de ce classement pour le Docteur Gelbert, ils sont dits « **porteurs de troubles de type aphasique.** »

Rappelons tout d'abord **les traits spécifiques** de la **dysphasie** donnés par la littérature courante : ce n'est pas une maladie, ni une déficience intellectuelle. La dysphasie est considérée comme étant **un problème grave** de la communication et du développement qui nécessite **une approche individuelle et adaptée**, notamment au niveau familial et au niveau scolaire.

Ces troubles sont dus à un dysfonctionnement neurologique, affectant **la zone du cerveau lié au langage**, dans l'hémisphère gauche, et s'étendant souvent sur les parties du cerveau avoisinantes. La dysphasie ne cause donc pas seulement des problèmes à communiquer verbalement, mais aussi **d'autres déficits** : troubles d'attention, de mémoire, de planification, d'organisation, de motricité, de coordination, de perceptions auditive et visuelle, d'abstraction, de généralisation, de perception temporelle et d'orientation spatiale. L'enfant n'arrive pas à accomplir les activités liées à son âge et à son milieu.

Ce problème neurologique affecte de 1 à 8% des enfants et atteint 3 fois plus de garçons que de filles. Les causes pathologiques sont encore mal connues, mais on relate des facteurs génétiques, neuro-biologiques (épilepsie partielle) et des anomalies neuro-développementales.

II. Théorie et pratique du Docteur Gisèle Gelbert

Pour le Docteur Gelbert : « Les symptômes de cette déficience se traduisant **par une persistance de difficultés de lecture et d'orthographe allant jusqu'à l'incapacité totale ou quasi-totale de lire, d'écrire ou de parler chez des enfants dits non-lecteurs, non-transcripteurs ou mauvais parleurs** » obligent à d'autres hypothèses que celles données par la seule définition habituelle de la dysphasie et c'est à ce titre que le Docteur Gelbert emploie le terme de « **troubles de type aphasique** ».

Écoutons le Docteur Gisèle Gelbert nous relater son parcours et nous dire comment elle fut amenée à appliquer **ses stratégies thérapeutiques** à des enfants **illettrés**:

« J'ai d'abord fait des études de lettres et de **linguistique**. Puis j'ai travaillé comme **orthophoniste**. Enfin j'ai décidé de faire médecine, de devenir **neurologue** pour mieux comprendre ce qui se passe dans notre cerveau. Spécialisée dans la rééducation des adultes aphasiques, je me suis démarquée des méthodes habituelles, vu ma formation, **en appliquant à cette pathologie une approche linguistique**, à partir de la théorie de **Gustave Guillaume**. Cela m'a permis de **représenter**, de mettre en forme **le fonctionnement normal du langage** et, à partir de là, de comprendre les troubles dont souffrent les aphasiques et de trouver les moyens de les aider. **Soigner** reste **mon but premier**. »

Annexe 2 : Schémas des fonctions linguistiques

Rappelons que le but thérapeutique du Docteur Gelbert est **curatif** et non adaptatif.

« Quant à prendre en charge **des enfants illettrés** j'ai commencé un peu par hasard, grâce à une pédopsychiatre, le Docteur Caroline Eliacheff, qui m'a envoyé (1988), un garçon de 11 ans, Simon, avec qui tout avait été essayé. J'ai élaboré avec lui des exercices **pour restaurer son fonctionnement linguistique**. En arrivant Simon ne lisait pas du tout. Il ne faisait qu'épeler. Il ânonnait « s-a-v-o-n », pas « savon ». Au bout de 30 séances, il savait déchiffrer ; 30 séances plus tard, il lisait tout à fait bien. »

Annexe 3 : Définitions

Nous redisons que ces enfants ont **des troubles de type aphasique**. La plupart du temps, ils ne présentent aucune lésion cérébrale visible. Mais chez eux la zone du langage ne s'est pas mise en route de façon satisfaisante au niveau des **réseaux neuronaux**, des neurotransmetteurs et donc troubles structurels profonds.

Pour permettre le **rétablissement des circuits** qui assure les passages entre les différentes étapes du fonctionnement linguistique le Docteur Gelbert a mis au point **des exercices à la fois très simples et extrêmement précis**, adaptés à chaque cas. On peut citer l'exercice du ping-pong où l'enfant et thérapeute frappent alternativement avec un stylo pour rythmer les syllabes. Pour les enfants qui

écrivent en guirlande il leur est demandé de copier des mots sur un segment de droite bien délimité...

Une rééducation neurolinguistique simple, n'utilisant que des situations linguistiques banales- dictées, copies, épellation - est menée avec précision, avec contrôle et reproduction possible des résultats (chez le même enfant ou chez un autre).

Annexe 4 : Exercices

III. Cas particulier de l'écrit

Les neurologues qui traitent actuellement de **la dysphasie**, considèrent « **que les difficultés à utiliser de manière durable le code écrit demeurent l'une des complications majeures des dysphasies** ». Seraient donc dysphasiques les enfants ayant des troubles majeurs à l'oral et dont certains d'entre eux développeraient une altération à l'écrit, mais cela n'est pas obligatoire.

Pour le **Docteur Gelbert** il y a une **différence fondamentale** : « **l'écrit est déjà dans l'oral** » et encore « **écrit et oral, même combat** ». Dès avant même l'apprentissage de l'écrit, l'écrit peut être compromis en sa qualité future par des processus désintégrateurs, déjà à l'œuvre avant même son expression graphique. Ces anomalies peuvent s'exprimer aussi à l'oral ou bien ces processus restent simplement potentiellement désintégrateurs de l'écrit, ce qui se manifesterait lors de l'apprentissage de l'écrit. « La maladie du potentiel d'écrit porté par l'oral peut altérer l'oral lui-même. **L'oral détient, recèle une potentialité d'écrit -existant dans l'oral, même non réalisée par l'écriture- qui, lorsqu'elle est malade, peut altérer cet oral lui-même** ». Sous l'étiquette de troubles de type aphasique, se rassemblent tous ceux qui présentent le noyau de dysfonctionnement typique qui, souvent, ne se manifeste qu'à l'écrit.

Ainsi, dès la naissance de la langue, dès la parole, des processus de désintégration silencieux, sont au travail qui ne se manifesteront que lorsque naîtra l'écrit (inventé par l'homme 3000 ans avant J.-C ou enseigné à l'enfant par un pédagogue). Nous tiendrons pour équivalentes les productions impossibles de l'oral et de l'écrit, car elles résultent du même dysfonctionnement, s'exprimant selon des modes différents.

Annexe 5 : Le double statut de la voyelle

Reprenons la définition du Docteur Gelbert : « **Les troubles de type aphasique sont responsables de l'incapacité totale ou quasi-totale de lire, d'écrire ou de parler chez les enfants dits non-lecteurs, non-transcripteurs ou mauvais parleurs, chez les analphabètes vrais et chez la plupart des enfants dits dysphasiques**. Une démarche aphasiologique, utilisant **les théories linguistiques de Gustave Guillaume** pour élaborer une théorie explicative, a permis de cerner cette nouvelle entité et cette analyse autorise **la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique** qui s'avère particulièrement efficace. »

Nous voyons d'une part la liaison entre théorie et pratique et d'autre part la vérification que les **dysfonctionnements linguistiques** observés chez ces enfants sont **identiques** (et non seulement ressemblants) à ceux **des aphasiques adultes**, à ceci près que pour les troubles de type aphasique il n'y a pas de lésion et pourtant on parle d'aphasie, à cause des caractères tout à fait spécifiques de la sémiologie.

IV. Remarques importantes

Le but thérapeutique du Docteur Gelbert est **curatif** et non adaptatif. Les **conséquences des troubles sévères du langage sont très graves sur le plan social et affectif** : la restauration des fonctions linguistiques entraînera, sinon totalement, du moins partiellement, une amélioration des conduites sociales et psycho-affectives. En effet, vu **l'ampleur des conséquences sur le développement général** induites par le dysfonctionnement linguistique il est important de mettre en place le travail aphasiologique le plus tôt possible, puisqu'on ne peut rien attendre des abords classiques. Chez le jeune enfant, il faut faire un **diagnostic différentiel** avec le **retard de parole et de langage** « physiologique » qui veut que jusqu'à 4 ans 1/2 -5 ans, un enfant peut très bien ne pas parler ou parler très mal sans pour autant présenter une pathologie du langage. Cependant, lorsque l'enfant présente **une sorte de sidération**, comme ne se rendant pas compte qu'il pourrait parler et surtout n'implorant pas pour arriver à parler, ne manifestant pas de souffrance (ce qui traduirait plutôt une origine psychologique), on peut évoquer **l'expression à l'oral des troubles de type aphasique**.

L'absence d'alimentation linguistique orale et particulièrement écrite dans un monde où l'écrit tient beaucoup de place, est certes importante mais n'est pas l'essentiel. Les réactions psycho-affectives engendrées par les difficultés de communication ou par la situation d'échec ne sont pas non plus les arguments les plus convaincants, bien qu'elles puissent être graves, ce qui est le plus grave **c'est la répercussion sur l'ensemble des fonctions cognitives : raisonnement, mémorisation, orientation spatio-temporelle, pensée mathématique, logique etc**. Dès le début du traitement (vers la dixième séance) on peut voir se développer chez le Sujet des facultés nouvelles et la **survenue de possibilités motrices** jusque-là inexistantes : grimper ou sauter, nager, tourner une manivelle, descendre un escalier en alternant les pieds, descendre un trottoir autrement qu'à pieds joints, éviter les obstacles.

Il semble que **cette anomalie** structurelle du noyau mécanique figurant le **fonctionnement linguistique** entraîne –indépendamment de l'expression, orale ou écrite, de ce trouble- **une véritable sidération de tout le fonctionnement cérébral cognitif ou psycho-affectif**.

V. Quelle pédagogie mettre en œuvre dans les classes ?

Puisqu'il s'agit d'un dysfonctionnement neurologique, les enseignants ne peuvent avoir la formation des médecins ou des orthophonistes.

Par contre il est nécessaire de pratiquer un travail aphasiologique, avec des séances d'une demi-heure une à deux fois par semaine et de **laisser ces enfants dans le contexte éducatif le plus normal possible.**

Cependant les jeunes porteurs d'un handicap au sein d'une classe « ordinaire » réclament une attention particulière de la part des enseignants tant par la réalité de leurs **troubles spécifiques** que par **leur relation propre avec leurs camarades**, celle-ci étant rendue difficile par la différence entre eux dans leurs modalités d'appropriation du savoir.

Une information sur la nature du handicap est indispensable pour l'enseignant ; la nature du trouble invalidant (peu importe la cause !), ses effets, la mise en évidence des troubles associés qui peuvent surgir.

Des liens pourraient être instaurés entre **l'équipe des enseignants-éducateurs et l'équipe de soins auprès de l'enfant**. Les enseignants sont aptes à imaginer la meilleure façon dont ils pourraient s'y prendre pour une amélioration des conditions de travail l'élève « différent » à partir des observations du corps médical et des extraits de revues scientifiques. Des liens sont aussi indispensables avec **les parents**. Certes rien n'est facile, tout est construire chaque jour !

J'ai souvent remarqué que les **changements d'attitude décidés par l'enseignant** à l'égard d'un enfant porteur d'un handicap pour lui permettre de progresser étaient bénéfiques à tous les élèves de la classe. Ce qui est encourageant pour tous.

Écoutons enfin ce que nous dit encore le docteur Gelbert « **Cet environnement devrait être protecteur, avec des maîtres connaissant le problème et n'ayant pas des exigences auquel les enfants ne peuvent répondre.** Il faudrait que les maîtres ne soient pas culpabilisés par l'absence de résultats et qu'ils aient l'impression que l'enfant trouverait mieux ailleurs : c'est une illusion ! »

VI. Conclusions

Annexe 6 : Quatre images

Annexe 7 : Lecture orale du texte donné en Annexe 1

Annexe 8 : Bibliographie

Berne 28-30 août 2013
Congrès suisse de Pédagogie spécialisée 2013

Anne-Marie Liger
Conseil Expert Pédagogue
annemarie.liger@wanadoo.fr

