

## RÉSUMÉ :

*Sous forme de réponses aux principales questions que se posent habituellement les orthophonistes au niveau de l'identification et de la rééducation des troubles graves de l'acquisition du langage, l'auteur résume le contenu d'un séminaire sur la dysphasie développementale ; il essaye d'établir des relations entre les données récentes de la recherche (surtout en psycholinguistique) et la pratique de l'orthophonie ; il souligne les difficultés méthodologiques de la recherche et la réserve avec laquelle il faut pourtant en recevoir les conclusions ; il insiste sur le besoin de suivre une démarche essentiellement globale et interactive, sans pour autant oublier certaines caractéristiques "déviantes" de la dysphasie et les conséquences en ce qui concerne l'introduction de stratégies spécifiques de compensation.*

## MOTS-CLÉS :

Dysphasie - Logopédie - Recherche - Rééducation - Enfant et adolescent.

Marc MONFORT

Logopède.  
Directeur du centre  
Entender y Hablar.  
Chargé de cours à l'école de logopédie de l'université de Madrid.

Pez Austral, 15. Bjc.  
"Entender y Hablar"  
28007 MADRID  
ESPAGNE

*\*Document de base du séminaire sur la dysphasie développementale organisé par l'UNADRID. Paris, Novembre 1995.*

# DONNÉES DE LA RECHERCHE ET INTERVENTION LANGAGIÈRE CHEZ LES ENFANTS DYSPHASIQUES\*

par Marc MONFORT

**SUMMARY :** *Research data and linguistic intervention with dysphasic children.*

*Answering the main questions usually asked by speech and language therapists about identifying and treating severe disorders of language acquisition, the author summarises the content of a seminar on developmental dysphasia. He tries to establish relationships between recent research data (mainly from psycholinguistics) and speech and language therapy practice. He underlines methodological obstacles for research and the care to be used in reviewing its conclusions ; he insists on the necessity to follow essentially a global and interactive method, without neglecting some "deviant" characteristics of dysphasia and the consequences on the introduction of specific compensation strategies.*

## KEY WORDS :

Dysphasia - Logopedics - Research - Therapy - Child and Adolescent.

La profusion des recherches théoriques portant sur des enfants qui présentent des Troubles Spécifiques du Langage (groupe dont les cas les plus graves sont connus en Europe sous le nom de dysphasie développementale) n'est que fort peu accompagnée de publications ayant trait à l'intervention pédagogique ou thérapeutique.

Nous disposons actuellement d'un corpus assez important à propos de certaines caractéristiques cognitives (surtout en ce qui concerne la mémoire\*), perceptives (principalement au sujet de la discrimination, séquentiation et mise en mémoire de stimuli auditifs\*), neurologiques (dont les résultats semblent signaler la présence de dysfonctionnements au niveau des aires associatives\*), communicatives (l'intérêt pour l'analyse des interactions spontanées a généré toute une série de travaux sur l'interaction de ces enfants avec leurs parents\* et avec les autres enfants de leur âge\*\*, montrant ainsi toute l'importance de ces troubles graves du langage sur le développement social et affectif) et linguistiques (dont la plupart suivent actuellement le paradigme de comparer le langage des enfants dysphasiques à celui d'enfants plus jeunes présentant un niveau semblable aux épreuves de langage, paradigme qui n'est cependant pas exempt de problèmes méthodologiques).

Par contre, nous, les cliniciens, avons bien du mal à trouver dans les publications spécialisées les conséquences pratiques de ces données accumulées : faute de contact direct avec l'intervention langagière, la plupart des chercheurs, quand ils s'y réfèrent, se limitent souvent à des considérations très générales ou à des conseils bien intentionnés, nous signalant l'importance de tenir compte des faits qu'ils ont mis en lumière mais sans pour autant nous indiquer ni quand ni comment.

Ce n'est sans doute pas leur rôle d'ailleurs : c'est à nous de faire l'effort de revoir nos connaissances et notre savoir en fonction des nouvelles perspectives que peuvent parfois ouvrir certaines lignes de recherche, en étant tout à fait conscients de la différence fondamentale de notre démarche.

Le théoricien peut se contenter d'une réponse incomplète s'il juge insuffisantes les données recueillies, laissant à plus tard ou à d'autres la tâche de la parfaire : le praticien doit intervenir tout de suite, de la meilleure manière possible, avec chacun des cas, sans pouvoir attendre que le progrès de la science lui accorde de nouvelles possibilités. Il lui est donc permis d'avancer des hypothèses plus risquées, de procéder à certaines généralisations osées, de tenter l'application de techniques basées parfois sur des données encore incertaines.

Il se peut d'ailleurs que ces tentatives servent à confirmer ou à démentir certains points de vue théoriques.

La seule condition est alors de maintenir une position critique par rapport à notre propre travail afin d'ajuster de la manière la plus efficace possible nos tentatives de modifier le cours naturel des choses ; un contrôle suffisamment rigoureux nous permettra aussi de rendre opératifs les résultats de notre expérience et de les diffuser.

L'équipe de notre centre a essayé tout au long de ces dernières années d'effectuer ce travail d'analyse de notre pratique en fonction des informations récentes de la recherche, ce qui nous a permis de préciser notre modèle d'intervention et de disposer ainsi d'instruments d'analyse plus performants de notre méthodologie\*.

Il n'en reste pas moins que les interrogations continuent à être majoritaires : c'est pourquoi j'ai choisi de présenter ce résumé sous la forme d'une liste de questions.

## CONVIENT-IL D'ISOLER LA DYSPHASIE PAR RAPPORT À D'AUTRES TROUBLES DÉVELOPPEMENTAUX ?

Nous savons que les auteurs anglo-saxons ont presque tous abandonné l'utilisation du terme dysphasie et se réfèrent exclusivement à un seul ensemble d'enfants présentant un Specific Language Impairment (SLI) défini de manière purement quantitative (par la différence existant entre le niveau de développement verbal et non-verbal) quoique le terme "retard" ("Delay") continue à apparaître dans des études sans que celles-ci n'indiquent habituellement en quoi consiste la différence avec le SLI.

Le problème de la frontière entre ce que nous appelons en Europe le Retard de Langage et la Dysphasie n'est effectivement pas résolu mais ce n'est pas en mettant tout dans le même sac qu'on va y répondre mieux, y compris en ce qui concerne la recherche.

\*Gathercole et Baddeley, 1990, Tallal et al. 1991 ou Lasserre et al. 1994

\*Montgomery et al. 1990

\*Tallal et al. 1991

\*Davis et al. 1988 ou Moseley, 1990

\*\*Rice et al. 1991 ou Rice, 1995

\*Monfort et Juárez, 1996

\*1990

\*1990

Pour ne citer qu'un seul exemple, l'étude de Montgomery et col.\* a choisi comme critère de sélection de sa population une différence égale ou supérieure à deux fois l'écart-type entre l'âge chronologique et le niveau de langage alors que l'étude de Fujiki et col.\*, à la même date et en utilisant les mêmes épreuves, se contente d'un seul écart-type. Peut-on alors comparer leurs résultats si leurs populations sont aussi différentes ?

Même si nous sommes prêts à accepter une conception "continuiste" (quant à l'origine du trouble et par opposition à la conception considérant une rupture entre le Retard de Langage et la Dysphasie) de la nature de l'ensemble des troubles développementaux, d'un point de vue pratique, le concept de "dysphasie" présente l'avantage de distinguer un groupe particulier d'enfants dont les troubles sont suffisamment graves et dont le pronostic est suffisamment préoccupant pour prendre des mesures pédagogiques et thérapeutiques essentiellement différentes de ce que nous faisons habituellement chez un deuxième groupe d'enfants pour lesquels la normalisation du développement langagier est un objectif raisonnable à court ou moyen terme.

### LA DYSPHASIE EST-ELLE COMPATIBLE AVEC LA PRÉSENCE D'AUTRES SYNDROMES ?

Tout le monde s'entend actuellement pour accorder une origine endogène aux troubles graves de l'acquisition du langage, même si celle-ci est encore mal connue ; la définition par exclusion que nous utilisons tous est une reconnaissance implicite que cet ensemble d'enfants, assez hétérogène d'ailleurs, possède en commun un certain type de dysfonctionnement cérébral.

Il n'y a aucune raison pour supposer que la présence de ce dysfonctionnement ne puisse coïncider avec la présence d'un syndrome plus général, existant pour une raison différente et même parfois acquis après la naissance.

De même que tout le monde admet qu'un enfant aveugle puisse être dysphasique, il est tout à fait possible que le soit un enfant présentant une déficience mentale, une déficience auditive, une déficience motrice.

Il y a, pour le prouver, suffisamment de cas, dans les établissements d'enseignement spécial, dont les troubles langagiers sont de loin supérieurs à ce que l'on peut attendre du syndrome majeur existant.

L'identification de troubles dysphasiques chez ces enfants est évidemment beaucoup plus complexe : elle pose le même problème que l'évaluation du langage chez des enfants pluri-handicapés.

On peut se demander aussi s'il est utile de procéder à cette distinction, comme l'avancent certains : même si l'on ignore le faux procès que l'on nous fait parfois (beaucoup d'éducateurs auraient soit-disant la tendance à justifier par cette "étiquette" leur manque de réussite), il me semble que nous nous trouvons face au même problème décrit plus haut à propos du SLI : si certains enfants ont un pronostic évolutif plus incertain, il est urgent d'en faire prendre conscience à la famille et de mettre en place les mesures de compensation nécessaires.

Du point de vue de l'intervention, le choix d'orientations éducatives différentes justifie l'application de classifications distinctes tout autant que l'existence de critères étiologiques, surtout si ceux-ci brillent par leur absence.

### LES CLASSIFICATIONS ONT-ELLES UNE UTILITÉ PRATIQUE ?

Les classifications en sous groupes des enfants dysphasiques les plus utilisées actuellement sont celles de Rapin et Allen\* et celle de Le Heuzay et al.\*\*.

Quoiqu'il existe certaines propositions thérapeutiques liées directement à chacun des sous-groupes\*, il faut bien reconnaître que la plupart des cas ne peuvent être classifiées aisément dans ces catégories : la plupart du temps, les enfants présentent des symptômes pouvant appartenir à différents sous-groupes et, au cours de leur développement, ils peuvent présenter des changements importants qui nous font reviser notre "diagnostic" initial.

Si d'autre part, la démarche d'associer une thérapeutique précise à une description symptomatologique est assez logique dans le cas de troubles acquis, elle me semble l'être beaucoup moins dans le cas de troubles développementaux dont la relation entre l'origine du trouble et la formation des symptômes n'est jamais directe. Il s'agit en effet de l'aboutissement d'une histoire interactive entre les difficultés initiales et le reste des

\*1983

\*\*1990

\*Allen et al. 1988 et Touzin, 1992

capacités de l'organisme d'une part et les interactions avec l'entourage d'autre part (l'enfant et l'entourage "construisent" ensemble le langage dysphasique comme ils construisent ensemble le langage normal\*).

En résumé, ces classifications nous sont utiles à titre de référence générale ; elles nous permettent aussi de verbaliser certaines entités complexes mais elles n'en sont pas pour autant à même de nous fournir réellement l'orientation à suivre pour chacun des cas. Nous devons comprendre que ce n'est d'ailleurs pas leur fonction puisque, de toute façon, elles se basent sur des descriptions de symptômes (même si on les interprète ensuite, comme le fait Gérard\*, en fonction d'un modèle neuropsychologique).

### LA DYSPHASIE EST-ELLE VRAIMENT UN TROUBLE SPÉCIFIQUE ?

C'est la question que se posait déjà Ajuriaguerra ; il est bien connu que les enfants dysphasiques, d'une manière très inégale, il est vrai, obtiennent souvent des résultats anormaux dans une grande série de tâches, y compris dans certaines qui ne semblent pas avoir de relation directe avec le langage (voir Powell et Bishop\* et l'exemple de leurs résultats dans une tâche de discrimination visuelle).

Dans les années 60 et 70, ce fait a généré toute une série d'approches qui se sont centrées sur la stimulation de facteurs non-verbaux, surtout au niveau psycho-moteur et perceptif, en espérant que l'amélioration du niveau des enfants aurait des conséquences directes sur le développement de leur langage : on en est un peu revenu depuis lors et il est possible que ces démarches aient trop vite interprété une relation de coïncidence comme une relation de cause à effet.

On aurait plutôt tendance actuellement à supposer l'existence d'un dysfonctionnement plus général dont les manifestations pourraient être verbales et non verbales.

Il serait donc sans doute plus réaliste de proposer une stimulation individualisée de chacun des aspects déficitaires, en espérant que leur plus grande homogénéité ait des répercussions positives sur l'ensemble des performances de l'enfant.

En d'autres mots, la présence de troubles langagiers requiert une intervention langagière, même si celle-ci n'exclut pas d'autres interventions complémentaires coordonnées avec elle.

### RETARD OU DIFFÉRENCE ?

Alors que certains auteurs insistent sur le caractère différentiel des symptômes dysphasiques par rapport au développement normal\*, d'autres ont plutôt tendance à affirmer le contraire\*\*.

Chez les praticiens qui côtoient tous les jours des enfants dysphasiques, cette sois-disant normalité choque souvent parce qu'elle ne répond pas du tout à l'impression que ces enfants donnent.

Un adulte qui apprend une langue étrangère passe-t-il par les mêmes étapes qu'un enfant qui l'apprend comme langue maternelle ?

Évidemment pas et cela est dû à l'énorme différence existant entre sa compétence cognitive et son expérience vitale d'une part et ses possibilités linguistiques d'autre part (alors que chez le petit enfant, celles-ci se développent d'une façon parallèle).

Le langage d'un enfant de 10 ans que l'on compare à celui d'un enfant de 3 ans (généralement apparié en fonction de la LME\*) peut-il être réellement identique, si l'on tient compte de tous ces éléments à la fois ?

Quand on analyse les critères des études qui utilisent ce paradigme, on se rend compte qu'elles partent d'une division fond-forme qui peut être nécessaire aux besoins de l'étude mais déforme la nature complète d'un acte langagier.

Même si l'on accepte qu'il est difficile d'imaginer l'existence d'une "grammaire différente innée" et que l'on admet l'identité radicale des processus interactifs de l'apprentissage du langage, il n'en reste pas moins que c'est tout l'organisme qui participe de cette construction.

Ce qui caractérise l'enfant dysphasique (et souvent aussi d'ailleurs l'enfant sourd ou l'adulte en situation d'apprentissage d'une langue étrangère\*) c'est l'hétérogénéité des différentes capacités qui interviennent dans l'acquisition du langage. Si l'on reprend la distinction que faisait Chomsky entre les aspects computationnels (peu sensibles au

\*Badaf, 1992

\*1991

\*Clahsen, 1989, Grimm et Weiner, 1990

\*\*Leonard et al. 1987

\*Longueur Moyenne des Énoncés

\*L2

contrôle conscient et très dépendants de la maturité biologique - la "période critique" - comme la phonétique ou la morpho-syntaxe) et les aspects conceptuels (plus sensibles au contraire au contrôle conscient, à l'étude volontaire et plus dépendants des habiletés cognitives qui se développent avec le temps), la plupart des dysphasiques montrent une très grande dissociation entre ces aspects en plus d'un énorme décalage chronologique.

Cela suffit à comprendre la "différence" de leur langage, conséquence du "retard" développemental de certains aspects par rapport à d'autres.

C'est un phénomène décrit assez souvent aussi chez l'enfant présentant une déficience mentale\* chez qui se pose fréquemment la question de la différence et du retard.

\*Franco et Wishart 1995

## QUELLES IMPLICATIONS DOIT-ON ATTENDRE D'UN TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL ?

L'acquisition du langage est le résultat d'un apprentissage social qui se base sur l'interaction communicative : le moteur principal de cette interaction est la propre activité de l'enfant\* : si celle-ci est insuffisante ou inadéquate, la réponse parentale souffre à son tour de certaines modifications dont la plupart sont considérées comme négatives : excès de dirigisme, manque d'ajustement, diminution du nombre d'ajustements...\*

L'importance des troubles ne dépendra donc pas seulement des propres difficultés de l'enfant mais aussi de la réponse parentale.

C'est donc l'ensemble enfant-parent qui constituera l'objet de notre intervention et non seulement l'enfant et son langage.

Cela suppose un élargissement de la perspective classique de la "rééducation orthophonique" et une redécouverte du rôle de la famille, ce qui a suscité un énorme intérêt pour les programmes centrés sur l'interaction familiale\* ou sociale à l'intérieur du cadre scolaire\*.

L'efficacité de ces programmes commence à recevoir la confirmation d'études expérimentales\*.

Wetherby et al. 1988

\*Moseley, 1990 ou Paul et Edwood, 1991

\*Manolson, 1985

\*Weitzman, 1992

\*Tannock et al. ou Hemmeter et Kaiser, 1994

## PEUT-ON SE FAIRE UNE IDÉE DE LA NATURE DE LA DIFFICULTÉ LANGAGIÈRE ?

Bishop\* a réalisé une excellente révision des différentes hypothèses qui ont été avancées pour rendre compte des particularités de l'acquisition du langage chez ces enfants. Selon elle, ce sont les hypothèses interprétant les difficultés des enfants dysphasiques comme la conséquence de déficits de l'"in-put" (c'est-à-dire du traitement de l'information auditive et verbale), qui permettent de mieux rendre compte de l'ensemble des symptômes observés, car les hypothèses envisageant la possibilité d'un déficit cognitif plus général ont généralement été démenties par les études empiriques\*.

Cependant, il n'est pas encore clairement établi que ces difficultés de traitement soient spécifiquement linguistiques, selon la version d'Eisenson ou de Leonard, ou s'il s'agit de la conséquence la plus grave de troubles plus généraux au niveau du traitement de n'importe quelle information séquentielle transmise au cerveau par la voie auditive, selon la version d'auteurs comme Montgomery.

En tout état de cause et en n'éliminant pas la possibilité de l'existence d'un trouble associé de l'"out-put" (comme dans le cas de la dyspraxie verbale), un programme d'intervention qui prenne en compte cette hypothèse va non seulement essayer de corriger l'expression de l'enfant, mais aussi et surtout étudier quelles modifications de l'"in-put" verbal sont susceptibles de faciliter le travail d'analyse de l'enfant et de lui permettre ainsi d'apprendre mieux, malgré la présence de son handicap.

C'est cette démarche qui soutient l'introduction précoce de systèmes augmentatifs et/ou alternatifs dans l'interaction langagière : ce qui a changé au cours de ces dernières années, c'est le fait que ces moyens, auparavant destinés à faciliter l'expression de ces enfants pendant les exercices de rééducation sont de plus en plus appliqués au langage des personnes qui parlent à l'enfant.

Il s'agit de compléter l'"in-put" auditif par un "in-put" supplémentaire, généralement visuel, de telle façon que les processus de discrimination, séquentiation, mise en mémoire et emmagasinement s'en trouvent facilités.

De nombreux moyens ont été ainsi développés, en France comme à l'étranger, tant pour le langage que pour la parole : signes, gestes d'appui à la prononciation, pictogrammes, idéogrammes, lecture et écriture, dactylographie, appui mélodique et rythmique... sont autant d'instruments qui peuvent permettre à l'enfant d'accéder aux éléments qui

\*1992

\*voir par exemple récemment Kamhi et al. 1995

composent le système linguistique et, dans certains cas, de faciliter directement leur production.

Ils font parfois partie d'une démarche méthodologique plus générale que l'on a parfois qualifiée de "méthode" même quand leurs auteurs ne leur accordaient pas vraiment ce statut et les considéraient plutôt comme des moyens disponibles et adaptables (la méthode Borel, la méthode Ledan...).

## QUEL MODÈLE D'INTERVENTION APPLIQUER À L'ENSEMBLE DES ENFANTS DYSPHASIQUES ?

Si l'on réfléchit d'une part à l'extrême variété des symptômes et des circonstances évolutives de ces enfants et, d'autre part, aux limites de nos connaissances, il semble vain de penser que l'on puisse proposer une méthode unique valable pour l'ensemble de cette population hétérogène.

On peut bien sûr se mettre d'accord sur une série de principes de base (voir tableau 1) dont la plupart ne sont d'ailleurs pas spécifiques au traitement de la dysphasie mais en ce qui concerne le programme concret d'intervention, il faut sans doute prévoir plusieurs niveaux possibles d'intervention.

**TABLEAU 1 : Principes généraux de l'intervention (Monfort- Juárez 1996)**

1. Principe de l'intensité et de la longue durée des programmes d'intervention.
2. Principe de précocité.
3. Principe d'une approche "éthologique", centrée sur l'interaction naturelle dans la famille.
4. Principe de la priorité à la communication.
5. Principe de surdéveloppement des aptitudes générales.
6. Principe de multisensorialité.
7. Principe de la dynamique des systèmes facilitateurs.
8. Principe de la référence au développement normal.
9. Principe de révision continue.
10. Principe de l'ajustement temporel dans le rythme des échanges et le rythme de parole.

Le modèle que nous suivons actuellement est une adaptation du modèle général d'intervention langagière chez l'enfant\* et prévoit trois niveaux complémentaires d'intervention :

. *la stimulation renforcée* : consiste essentiellement à étayer l'acquisition naturelle du langage, en donnant à l'enfant l'occasion de vivre des situations communicatives plus claires, plus stables et mieux adaptées à ses propres possibilités et à son style d'apprentissage.

Il s'agit donc en un premier temps d'organiser les contingences de l'apprentissage : c'est le rôle des programmes familiaux mais aussi des sessions qui se basent sur l'interaction communicative vraie, ouverte (le jeu et la conversation) ou dont les contingences seront fortement contrôlées (activités fonctionnelles, individuelles ou collectives).

. *la re-structuration* : l'on introduit à l'intérieur des échanges spontanés et au cours d'exercices dirigés les systèmes augmentatifs et alternatifs jugés efficaces en fonction du trouble, de l'âge et des capacités de l'enfant.

Ces moyens mettent en œuvre l'intégration visuelle lors de la réception des modèles à comprendre et/ou à imiter mais aussi les sensations proprioceptives et kinesthésiques lors de la production de parole.

C'est à ce niveau que peuvent intervenir les signes, les gestes d'appui à la parole, les pictogrammes et idéogrammes et la langue écrite : à différents niveaux, ces procédés peuvent fournir à l'enfant un complément d'information susceptible de lui permettre de contourner certaines de ses difficultés, tant au niveau du traitement réceptif qu'au niveau de l'organisation des différentes stratégies qui sous-tendent l'expression.

Ce niveau prévoit également l'application de programmes parallèles de stimulation au niveau des troubles associés ainsi que l'application de stratégies formelles pour les

\* Juárez et Monfort, 1989 et Monfort 1994

enfants plus âgés, chez lesquels il peut se produire un blocage de certains aspects du développement (comme le contrôle de la parole ou l'incorporation des marqueurs morpho-syntaxiques) qui introduit alors un facteur de déséquilibre important par rapport à d'autres aspects qui progressent grâce au renforcement de la stimulation communicative.

. *la communication alternative* est une option prévue pour les cas les plus graves et que nous introduisons de plus en plus de façon précoce quand nous pensons que le risque de non-apprentissage du langage lors de la période critique est très élevé : il nous semble extrêmement dangereux de laisser un enfant se développer pendant ses cinq ou six premières années, si cruciales, sans disposer d'un moyen efficace d'interagir avec son entourage.

D'autre part, l'effet facilitateur de la communication alternative, introduite précocement, sur le développement du langage oral est actuellement suffisamment appuyé par l'évidence expérimentale\*.

\*Voir Bricker, 1972, von Tezchner 1984 et Monfrot et Juárez, 1994 et 1996

## QUEL AVENIR POUR L'ENFANT DYSPHASIQUE ?

Si l'on applique un critère assez restrictif à l'identification de la dysphasie chez l'enfant (la frontière avec le retard de langage est, nous le savons, imprécise, mais à notre avis devrait se placer à partir des cas les plus graves caractérisés précisément par le côté durable des troubles et leur résistance à l'appui thérapeutique), il nous faut bien reconnaître que la "normalisation" de leur langage, surtout sur le versant expressif, est un objectif rarement atteint et qui ne l'est que dans les cas les plus "purs", c'est-à-dire quand le reste des capacités de l'enfant se situe à un niveau normal ou même supérieur, ce qui lui permet de mettre en œuvre de nombreux systèmes de compensation.

Dans la plupart des cas, le langage de ces enfants continue à montrer d'importantes limites.

Par ailleurs, ces progrès, même limités, ne sont la plupart du temps possibles que grâce à un travail constant et de longue durée, de la part de la famille et des éducateurs, ce qui doit donc nous pousser à continuer dans une voie qui s'avère souvent efficace même si nous ne parvenons pas toujours à combler nos espoirs.

Ces limites linguistiques vont donc avoir de sérieuses conséquences sur les apprentissages scolaires : de plus en plus, les éducateurs et les associations de parents se montrent partisans du besoin d'une adaptation des structures scolaires afin d'éviter que ne s'ajoutent de nouveaux échecs aux difficultés existantes.

Il n'y a pas non plus de solution unique : une scolarité "spécialisée" semble indiquée pour les cas les plus graves mais n'est pas toujours exempte de problèmes (voir le rapport sur les "langage-units"\*); la mise en place de programmes adaptés et de structures d'accueil de l'école normale pose certainement d'importants problèmes d'organisation et met parfois sur la sellette le rôle respectif des différents professionnels de l'éducation.

\*Grande-Bretagne, Conti-Ramsden, 1992

Mais il semble assez clair que l'enfant dysphasique a besoin d'un programme intégré, très large, qui tienne compte des aspects sociaux de ses difficultés langagières et ne se limite pas à une intervention au seul niveau du code linguistique.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN D.A., MENDELSON L. ET RAPIN I. (1988). Syndrome-specific remediation in preschool developmental dysphasia. In J. FRENCH, S. HAREL ET P. CASAER : *Child neurology and developmental disabilities : selected topics*. Baltimore. Paul H. Brooks.
- BADAFF G. (1992). Resituer le développement du dysphasique : une réponse au problème langage/pensée. *Glossa*. 30, 36-39.
- BISHOP D.V.M. (1992). The underlying nature of SLI. *Journ. of Child Psychol. & Psych.* 33,1. 3-66.
- BRICKER D. (1972). Imitative sign training as a facilitator of word-object association with low-functioning children. *Americ. Journ. of Mental Deficiency*. 75, 599-605.
- CLAHSSEN H. (1989). The grammatical characterization of developmental dysphasia. *Linguistics* 27, 897-920.
- CONTI-RAMSDEN G., DONLAN CH. ET GROVE J. (1992). Children with SLI : Curricular Opportunities and School Performance. *Brit. Journ. of Spec. educat.* Vol 19,2. 75-79.
- DAVIS H., STROUD A. ET GREEN L. (1988). The maternal language environment of children with language delay. *Brit. Journ. of Dis. of Comm.* 23, 253-266.
- FRANCO F. ET WISHART J.F. (1995). Use of pointing and other gestures by young children with Down

- Syndrome. *Amer. Jour. of Mental Retard.* 100,2. 160-182.
- FUJIKI M., BRINTON B. et SONNENBERG E.A. (1990). Repair of overlapping speech in the conversation of SLI and normally developing children. *Applied Psych.* 11, 201-215.
- GATHERCOLE S.E. et BADDELEY A.D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children : Is there a causal connection ? *Journ. of memory and language.* 29, 336-360.
- GÉRARD C.L. (1991). *L'enfant dysphasique*. Paris : Editions Universitaires.
- GRIMM H. et WEINERT S. (1990). Is the syntax development of dysphasic children deviant and why ? New findings for an old question. *Journ. of Speech and Hear. Res.* 33, 220-228.
- HEMMETER M.L. et KAISER A.P. (1994). Enhanced milieu teaching : effects of parent-implemented language intervention. *Journ. of Early Interv.* 18,3. 269-289.
- LEONARD L.B., SABBADINI L., LEONARD J.S. et VOLTERRA V. (1987) : SLI in children : a cross-linguistic study. *Brain and Language.* 32, 233-252.
- JÚAREZ A. et MONFORT M. (1989) : *Estimulación del lenguaje oral*. Madrid : Santillana.
- KAMHI A.G., WARD M.F. et MILLS E.A. (1995). Hierarchical Planning Abilities in Children with SLI. *Journ. of Speech and Hear. Res.* 38, 1108-116.
- LASSERRE J.P., GELY A. et HÉRAL O. (1994). Approche neuropsychologique de la Dysphasie Développementale en pratique quotidienne : Problèmes diagnostiques. *Glossa*, 38, 4-15.
- MANOLSON A. (1985). *Parler, un jeu à deux*. Toronto : The Hanen Center.
- MONFORT M. (1994). L'intervention logopédique chez les enfants dysphasiques. *Actes du 2ème Congrès CPLOL*. Anvers 164-177.
- MONFORT M. et JÚAREZ A. (1994). La communication gestuelle dans les dysphasies développementales. *Rééducation Orthophonique.* 32, 178, 139-146.
- MONFORT M. et JÚAREZ A. (1996). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Isbergues. L'Ortho-édition.
- MONTGOMERY J.W., SCUDDER R.S. et MOORE C.A. (1990). Language-impaired children's real-time comprehension of spoken language. *Applied Psychol.* 11, 273-290.
- MONTGOMERY J.W. (1995). Sentence comprehension in children with SLI : The role of phonological working memory. *Journ. of Speech and Hear. Res.* 38, 187-199.
- MOSELEY M.J. (1990). Mother-child interaction with preschool language. *Journ. of Commu. Dis.* 23, 187-203.
- PAUL R. et ELWOOD T.J. (1991). Maternal linguistic in-put to toddlers with slow expressive language development. *Journ. of Speech and Hear. Res.* 34, 982-988.
- POWELL R. et BISHOP D. (1992). Clumsiness and perceptual problems in children with SLI. *Developmental Medicine and child neurol.* 34, 755-765.
- RICE M.L., SELL M., A. et HADLEY P.A. (1991). Social interactions of speech and language impaired children. *Journ. of Speech and Hear. Res.* 34, 1299-1307.
- RICE M.L. (1995). Educabilidad del lenguaje : lo que hemos aprendido sobre los niños con trastorno específico del lenguaje. In M. Monfort (ed). *Enseñar a Hablar*. Madrid CEPE, 81-99.
- TALLAL P. SAINBURG R.L. et JERNIGAN T. (1991). The neuropathology of developmental dysphasia : behavioral, morphological and physiological evidence for a pervasive temporal processing disorder. *Reading and writing : An Interdisc. Journ.* 3, 363-377.
- TANNOCK R., GIROLAMETTO L. et SIEGEL L. (1992). Language intervention with children who have developmental delays : effects of an interactive approach. *Amer. Journ. of Mental Retardation.* 97, 145-160.
- TOUZIN M. (1992). La rééducation des dysphasies. *Glossa.* 30, 40-43.
- VON TEZCHNER S. (1984). Facilitation of early speech development in a dysphasic child by use of signed norwegian. *Scand. Journ. of Psychol.* 25, 265-275.
- WEITZMAN E. (1992). *Apprendre à parler avec plaisir*. Toronto : The Hanen Center.
- WETHERBY A.M., CAIN D.H., YONCLAS D.G. et WALKER V.G. (1988). Analysis of intentional communication of normal children from prelinguistic to the multiword stage. *Journ. of Speech and Hear. Res.*, 31, 240-252.