

Dans cet article, nous nous référons à notre expérience de pratique orthophonique auprès d'enfants polyhandicapés d'âge préscolaire.

Nous entendons par polyhandicapé : tout enfant ayant plusieurs barrières lui empêchant l'accès à la communication et à la représentation.

L'étiologie et l'anamnèse de ces enfants, malgré leurs différences, mettent en évidence une réalité commune : l'histoire de leur vécu n'est pas simple et leur développement est dysharmonieux dès le début de leur vie ou depuis les premiers mois.

Nous nous rapportons aux apports théoriques des chercheurs sur la communication du bébé et notamment aux travaux de Bruner (1983). Nous avons pris conscience de l'importance des scénarios d'échange entre la mère et son enfant. A travers les scénarios, c'est-à-dire des situations à caractère affectif et social, l'enfant apprend à utiliser des comportements communicatifs.

Le regard joue un rôle primordial dans le développement des interactions mère-enfant. Très tôt l'enfant a la capacité de suivre le regard de sa mère. Dès 4 mois, cette conduite débute et s'affirme à 8 mois. Or, les jeunes enfants polyhandicapés, dont nous assurons la prise en charge en orthophonie, ont difficilement cette possibilité de contact.

Dans ce qui suit, nous aborderons deux aspects de stimulations initiales dans la thérapie orthophonique de ces enfants :

- l'utilisation de la «stimulation basale» comme moyen permettant des échanges,*
- la libération des vocalisations variées en facilitant les praxies linguo-labio-jugales.*



Agnès
TOSCANELLI - ROUAULT
Orthophoniste
Spécialisée Bobath
Rue de Lausanne 64
1700 FRIBOURG (Suisse)

L'ÉMERGENCE DE LA COMMUNICATION CHEZ DES ENFANTS POLYHANDICAPÉS SANS LANGAGE

Par Agnès TOSCANELLI

1 - Un enfant polyhandicapé est centré sur son corps, sur son vécu kinesthésique. Il recherche des sensations dans son corps avec, souvent, des fermetures au monde extérieur.

Pour initier à la communication, nous pratiquons ce que Fröhlich (1983) appelle : «La stimulation basale». Selon Fröhlich, toute personne aussi handicapée soit-elle est sensible aux stimulations des perceptions somatiques, vestibulaires et vibratoires.

La stimulation somatique peut se faire par des massages, des caresses, etc. Nous constatons que l'enfant se calme, mais qu'il ne perçoit pas la source de ce bienfait. Il semble apprécier intérieurement, mais ne recherche pas, au début des stimulations, leur provenance. Plus tard son regard s'oriente vers nous.

La perception vestibulaire a trait à l'équilibre, aux positions statiques et aux mouve-

ments. Avec les jeunes enfants, nous sollicitons cette perception en contact direct avec notre corps par des bercements, des balancements, des rotations sur nous-mêmes. Dans cette attitude, l'enfant manifeste assez vite son désir de poursuite de l'activité et ressent que nous provoquons la satisfaction de son besoin. Nous facilitons également des expériences motrices de l'enfant d'après son niveau de développement psychomoteur, à l'aide de la méthode Bobath (in Finnie, 1979). Dans ces situations, nous essayons de capter le plus souvent le regard de l'enfant.

La perception vibratoire est un intermédiaire entre les perceptions somatique et acoustique, c'est-à-dire une possibilité de percevoir globalement des ondes sonores captées par le corps tout entier. Plusieurs moyens peuvent être mis en place. Pour les jeunes enfants, nous utilisons des instruments de musique, des jouets sonores en contact avec leur corps. Nous prenons aussi l'enfant contre nous. Dans cette situation, il peut sentir les battements de son cœur, du nôtre, son rythme respiratoire, le nôtre, les vibrations de notre voix et de la sienne. Il recherche la production des vibrations, et progressivement il l'associe à sa propre production de vocalisations. Lentement des productions rythmées apparaissent dans lesquelles nous nous ajustons ; l'enfant capte notre regard, puis des proto-conversations ou pseudo-dialogues débutent.

Lors de ces stimulations, il faut veiller à ce que l'enfant polyhandicapé ne s'installe pas dans une relation de type symbiotique. Elle peut être contrôlée par une généralisation de ce type d'échange puisque l'un des parents est associé à la séance de thérapie et reprend ces stimulations. Par ailleurs, les autres perceptions sont sollicitées dans la thérapie pour une ouverture vers des informations plus extérieures à l'enfant : orale, auditive, tactile, olfactive, visuelle, gustative. Nous introduisons progressivement des objets et des explorations variées pour que l'ébauche de communication globale et visuelle aboutisse à ce que Bruner (1983) appelle : «l'attention conjointe» et «l'action conjointe».

Nous ne développerons pas ici cette suite vers une communication non verbale plus structurée dans laquelle la représentation sera associée à nos objectifs.

2. Dans la même période initiale, nous facilitons les praxies linguo-labio-jugales. Nous nous référons à la pratique de la méthode Bobath.

Tout d'abord, pour maintenir le plaisir des vocalisations, de la voix, des rires, nous veillons à ajuster les positions corporelles de l'enfant notamment s'il a une infirmité motrice cérébrale associée aux autres dysharmonies. En effet, les réflexes d'extension ou de flexion bloquent la voix ou la limitent à de courtes productions, ne permettant pas à l'enfant de prendre conscience des vibrations émanant de son corps et inhibant la possibilité de re-production.

Dans les échanges de vocalisations, nous provoquons les praxies linguo-labio-jugales. Des schèmes moteurs se structurent et les productions de l'enfant se différencient.

Pour améliorer ces praxies, nous intervenons aussi au niveau de l'alimentation. Les coordinations et les dissociations des mouvements de l'alimentation préparent les nuances des mouvements de l'articulation. De plus, les moments des repas, s'ils sont améliorés, deviennent aussi des situations de communication par le plaisir d'un besoin satisfait.

D'autre part, nous sommes souvent confrontés à une hypersensibilité intrabuccale avec un réflexe de nausée très vif et un réflexe de mordre. Nous pratiquons des massages et des explorations dans la bouche pour diminuer progressivement cette sensibilité et permettre à l'enfant de développer sa perception orale, et de jouer avec sa langue dans ses explorations vocales.

En conclusion, nous précisons que le temps d'attente de l'émergence de la communication est variable d'un enfant à l'autre, mais qu'il faut parfois plusieurs mois pour en avoir une manifestation. Il faut constamment surveiller la qualité de ce qui s'ébauche pour contrôler les stéréotypies qui pourraient se structurer au détriment d'une continuité de l'ouverture au monde extérieur. De plus, nous sommes confrontés aux ruptures de l'attention de l'enfant polyhandicapé. Il est difficile de contrer ces ruptures ; il faut limiter les sources de distraction.

Par ailleurs, il faut éviter le processus d'habituation qui se manifeste par une réduction de l'éveil après plusieurs répétitions d'une stimulation sensorielle. Selon Fröhlich, ce processus est toujours présent chez les polyhandicapés n'ayant pas la possibilité de mouvements. Il s'agit d'une accoutumance à un stimulus et non une adaptation

sensorielle.

Notre option thérapeutique est motivée par les positions théoriques de plusieurs chercheurs, dont Bruner et Camaioni, qui envisagent une continuité entre les comportements communicatifs qu'un enfant manifeste pendant la période préverbale et ceux observables lors du développement de la communication verbale. Ces chercheurs n'ont pas étudié la problématique des enfants handicapés. Cependant, nous pensons qu'il faut élaborer avec l'enfant polyhandicapé des comportements communicatifs. Ce cheminement, bien qu'il soit plus complexe que chez l'enfant non handicapé, vaut la peine d'être tenté.

Pour terminer, nous relevons combien il est important, voire indispensable, qu'une collaboration étroite avec la famille de l'enfant polyhandicapé soit instaurée et entretenue.

Bibliographie

- AFFOLTER, F. (1980) : «Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior», Hans Huber Publishers, Bern.
- AUFAUVRE, M.R. (1980) : «Apprendre à jouer, apprendre à vivre», Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- BEAUDICHON, J. (1982) : «La communication sociale chez l'enfant», Presses Universitaires de France, Paris.
- BRUNER, J. (1983) : «Comment les enfants apprennent à parler», Retz, Paris.
- BRUNER, J.S. (1983) : «Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire», Presses Universitaires de France, Paris.
- FRÖHLICH, A. (1983) : «Probleme der Förderung von Schwerst- und Mehrfachbehinderten. In : HARTMANN, N. (Hrsg.) «Beiträge zur Pädagogik der Schwerstbehinderten», Schindele, Heidelberg.
- FRÖHLICH, A., HAUPT, U. (1983) : «Förderdiagnostik mit schwerst-behinderten Kinder», Hase und Koehler, Mainz.
- FRÖHLICH, A., HAUPT, U., BOUVARD, C.M. (1986) : «Echelle d'évaluation pour enfants polyhandicapés profonds», In Aspects N° 23, Secrétariat suisse de pédagogie curative, Lucerne.
- FINNIE, N.R. (1979) : «Education à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral», Masson, Paris.
- GERARD-NAEF, J. (1987) : «Savoir parler, savoir dire, savoir communiquer», Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- GREMAUD, G. (à paraître) : «Aspects de la communication référentielle chez les handicapés mentaux», Delval, Cousset.
- LESTAGE, A. (1990) : «Apprendre à parler, c'est apprendre à communiquer», In Education Enfantine, Nathan, Paris.
- MAINARDI, M., LAMBERT, J.L. (1984) : «Relation éducative et handicap mental», Secrétariat suisse de pédagogie curative, Lucerne.
- MOREAU, M.L., RICHELLE, M. (1981) : «L'acquisition du langage», Mardaga, P., Bruxelles.
- PLAGET, J. (1964) : «Six études de psychologie», Denoël, Paris.
- RONDAL, J.A., LAMBERT, J.L., CHIPMAN, H.H. (1981) : «Psycholinguistique et handicap mental», Mardaga, P., Bruxelles.
- SCHNEUWLY, B., BRONCKART, J.P. (sous la direction de), (1985) : «Vygotsky aujourd'hui», Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- WYATT, G. (1969) : «La relation mère-enfant et l'acquisition du langage», Dessart, C., Bruxelles.