

INTERVENTION PRECOCE DE 0 A 6 ANS: LES DIFFERENTES APPROCHES DE L'ACQUISITION DU LANGAGE CHEZ UN SUJET SOURD**EARLY INTERVENTION FROM ZERO TO 6 YEARS: DIFFERENT APPROACHES TO LANGUAGE ACQUISITION BY A DEAF SUBJECT****Karima SIAM¹**

1Maître de conférences (A), **Laboratoire** : Enseignement, Formation et Didactique (EFDIDAC), Ecole Normale Supérieure de Bouzaréah, Alger, siam.karima@ensb.dz, ksiam_56@yahoo.fr

Date de réception: 13/3/2022 Date d'acceptation : 28/4/2022 Date de publication : 9/6/2022

Résumé:

La surdité est un handicap sensoriel très répandu dans notre société. Elle touche fréquemment la petite enfance avant l'âge de la scolarité ; c'est-à-dire pendant la période critique de l'acquisition du langage. L'enfant sourd est souvent muet ou bien il développe un langage gestuel (L.C) pour communiquer avec son entourage familial. Les parents et les orthophonistes se trouvent placés dans une situation inédite pour trouver le meilleur moyen d'aider l'enfant à communiquer par la langue et à se faire comprendre par ses proches dans le but de lui permettre de communiquer et de partager le patrimoine culturel de la société dans laquelle il vit. En effet, aider l'enfant sourd à acquérir une langue, c'est le prépare pour une meilleure intégration scolaire et sociale.

Dans cette perspective, nous aborderons les différentes approches qui permettent à l'enfant sourd d'acquérir la langue dans le cadre de l'intervention précoce grâce à sa prise en charge par le spécialiste des troubles du langage et par l'entourage familial. Notre problématique traitera donc de l'intervention précoce et des différentes approches possibles pour faciliter l'acquisition de la langue par l'enfant sourd âgé de 0 à 6 ans.

Mots clés : surdité ; période critique de l'acquisition ; plasticité cérébrale ; intervention précoce ; approche audiophonatoire ; approche visuogestuelle.

Abstract:

Deafness is a widespread sensory handicap in our society. Consequently, it affects early infancy most frequently before schooling age. The child is generally deaf mute or develops a body language to communicate with his surrounding environment. However, parents and speech therapists find themselves in a novel situation in which they have to find out the best way to help the child to better communicate linguistically and to make himself understood by his family ; thus, enabling him to share the cultural heritage of the society. In fact, to help him acquire a language in this way prepares the child for a better social integration.

In this perspective, we will tackle the different approaches, which allow the deaf child to acquire the language in a frame of an early intervention and

in taking in charge the latter by both the therapists and the family. Our problematic addresses the concept of early intervention and the possible approaches for the acquisition of language for the deaf child between the age of zero and six.

Key Words: deafness; critical period for the acquisition; brain plasticity; early intervention; audiophonic approach; visio-gestual approach.

INTRODUCTION

La surdité est un handicap sensoriel et auditif lourd qui entrave le développement du langage chez l'homme ; il constitue ainsi un obstacle réel dans une situation de communication où les échanges verbaux interpersonnels deviennent difficiles, voire impossibles. Ce handicap est source de multiples difficultés telles que des retards dans développement psychomoteur, l'acquisition du langage oral et l'insertion sociale et scolaire.

La surdité précoce est un phénomène très répandu dans la petite enfance de zéro à six ans. Cette lésion, qu'elle soit profonde ou légère, congénitale ou acquise après la naissance, suite à des infections bactériennes ou virales répétées de la sphère ORL ou du cerveau (méningite ou encéphalite), prive l'enfant de la communication orale et retarde son développement cognitif et socio-émotionnel. En effet, pour s'adapter au milieu socio-culturel, l'enfant sourd s'investit davantage dans la langue des signes et la perfectionne au détriment de la langue verbale. D'ailleurs, l'acquisition de la langue verbale par l'enfant sourd représente un véritable souci pour les parents, les éducateurs et les spécialistes des troubles du langage quand il s'agit de choisir des approches d'acquisition du langage pendant la période critique d'acquisition.

En effet, permettre à l'enfant sourd d'accéder à la langue verbale, c'est lui ouvrir des horizons vers le monde sonore et lui offrir une occasion de partager avec l'autre le patrimoine culturel propre à sa langue et de mieux s'adapter au milieu social et scolaire.

L'oreille est l'organe sensoriel de l'audition ; elle est sensible aux signaux sonores. C'est un organe qui perçoit les vibrations sonores émanant du contexte et les transmet à l'aire auditive au niveau du cerveau. Cette fonction lui permet de favoriser les échanges entre l'individu et son milieu (interaction entre inputs et outputs) et d'assurer l'équilibre psychoaffectif de l'enfant. Ainsi, l'audition est-elle une fonction indispensable au développement psychophysiologique de l'enfant. D'ailleurs, Jean-Claude LAFAON, quand il affirme qu'« *il faut faire entendre les sourds* » (BOUTALEB, 2011 : 102), souligne le rôle important que joue le stimulus sensoriel auditif dans le développement de l'activité fonctionnelle du cerveau.

En effet, la technique de l'imagerie cérébrale montre que mettre l'enfant sourd en situation de communication verbale l'aide à déceler les nuances phonémiques existant dans la chaîne parlée et qui ne sont pas détectées par l'audition. Par ailleurs, les résultats des recherches en neurosciences ont montré la complémentarité de l'information visuelle et de l'information auditive pour la reconnaissance de certains phonèmes et de leur combinaison dans la production de la parole (LEYBART & al, 2006 : 28).

Dans cette contribution, nous essayons d'aborder l'importance de l'intervention précoce pour l'acquisition de la langue verbale par l'enfant sourd de 0 à 6 ans ; nous aborderons aussi les différentes approches possibles pour aider l'enfant sourd   accéder au monde sonore. Notre problématique s'inscrit dans le domaine de l'intervention précoce pour la prise en charge de

l'enfant sourd. Nous essayons donc d'apporter des réponses aux questionnements suivants : Quelles sont les différentes approches d'intervention précoce pour l'acquisition du langage par l'enfant sourd ? Et à quel moment faut-il intervenir ?

Pour y répondre nous avançons les hypothèses suivantes :

- La prise en charge de l'enfant sourd est efficace pour l'acquisition de la langue si elle est effectuée très tôt, c'est-à-dire de 0 à 6 ans (période critique de l'acquisition).
- Les deux approches appliquées par les spécialistes des troubles du langage (approche **audiophonatoire** et approche **visuogestuelle**, qui seront définies plus bas) sont toutes les deux indispensables pour l'acquisition de la langue par l'enfant sourd.
- En effet, dans une situation de communication verbale, on ne peut en aucun cas dissocier l'une de l'autre car, pour une meilleure perception de la chaîne parlée, l'enfant sourd a besoin à la fois de l'information auditive et de l'information visuelle.

Les objectifs de notre étude visent à :

- 1- souligner l'importance de l'intervention précoce au cours de la période critique dans le cas de la surdité de l'enfant ;
- 2- situer la période propice pour l'appareillage de l'enfant sourd pour développer l'acquisition de la langue orale et la compétence cognitive ;
- 3- dégager la relation en entre la plasticité cérébrale et l'acquisition du langage ;
- 4- déterminer les différentes approches de l'intervention précoce pour l'acquisition du langage par le l'enfant sourd ;
- 5- souligner l'importance de la participation des parents à l'éducation de leurs enfants sourds et le rôle des interactions sociales avec les pairs à l'école dans la stimulation de l'acquisition verbale de la langue maternelle ;
- 6- faciliter l'intégration sociale de l'enfant sourd à l'école par l'acquisition de la langue orale et développer la compétence communicationnelle grâce aux échanges interpersonnels entre sourds et entendants à l'école.

I. CADRE THEORIQUE D'ETUDE ET METHODE :

Dans cette étude, nous abordons l'âge critique d'acquisition de la langue, les résultats des recherches en neurosciences en rapport avec la surdité et les différentes approches de prise en charge précoce. Nous nous sommes basée sur des études précédentes menées dans les domaines des neurosciences et de la neuropsychologie en rapport avec le déficit auditif chez l'enfant sourd. En ce qui concerne l'analyse scientifique, nous nous sommes limitées à la méthode descriptive et à l'analyse des données issues des différentes études effectuées dans le cadre de la surdité.

1. PERIODE CRITIQUE D'ACQUISITION ET MATURATION CEREBRALE

Plusieurs études affirment l'existence d'une période diachronique d'acquisition de la langue. Par conséquent, l'apprentissage de la langue en

dehors de cette période ne sera pas aussi facile. Ainsi, des travaux sur des adultes et des enfants atteints de lésions cérébrales touchant l'hémisphère gauche du cerveau ont permis de noter chez l'enfant de dix ans les mêmes séquelles que celles remarquées chez l'adulte pour la récupération du langage (ZORMAN, 2000 : 92).

Nous entendons par « **période critique** » et « **maturation cérébrale** » la période opportune pour l'acquisition du langage. Elle correspond généralement à deux tranches d'âge en dehors desquelles une langue ne peut être acquise totalement. D'ailleurs, les théories innéistes considèrent que ces deux âges correspondent à la « **maturation cérébrale** » qui se caractérise par l'apparition de certaines représentations mentales. De plus, ces théories ne minimisent pas le rôle de la plasticité du cerveau. En effet, les enfants ont beaucoup plus de possibilités pour récupérer rapidement, lors d'une lésion ou d'une maladie, car la maturation n'a pas encore figé l'organisation cérébrale.

De même, LENNEBERG (1967) précise que la période critique s'étend de l'âge de deux ans jusqu'à la puberté. Ainsi, la diminution de la plasticité du cerveau peut être causée par une faible stimulation et le rapport entre la période critique et l'acquisition du langage s'explique par l'existence de ressources cérébrales pour que l'apprentissage de la langue intervienne devienne plus tôt. PINKER (2005), quant à lui, définit la période critique par une fenêtre temporelle qui permet à l'enfant d'acquérir parfaitement la langue sous ses formes phonologique et morphosyntaxique. En conséquence, l'apprentissage en dehors de cette période reste difficile (FORTIS, 2007 : 189-190). KRASHEN (1975) considère cette période critique comme un lieu d'interférences entre les capacités cognitives matures et les capacités de production langagière (FORTIS, 2007 : 192).

D'autre part, les résultats d'une étude comparative de performances sur une tâche grammaticale entre des sujets à TSDL (personnes présentant un trouble spécifique du développement du langage) et des enfants souffrant de perte auditives d'origine neurosensorielle menée par NORBURY et al., 2001-2002), ont montré que les performances des sujets TSDL étaient différentes de celles d'enfants souffrant de perte auditive (FORTIS, 2007 : 195). Les résultats de l'étude de SAVARY (2010 : 93) ont montré quant à eux que le seul moyen clinique pour remédier au déficit auditif d'origine neurosensoriel est l'implant cochléaire. Cette implantation permet d'ailleurs, chez les personnes sourdes, d'obtenir de bons résultats en stimulation sonore des neurones auditifs dans un milieu impassible mais, malgré cela, elles souffrent toujours d'isolement lorsqu'elles se trouvent dans milieu assourdissant.

Les données scientifiques en neurosciences ont montré l'importance de la séquence développementale de la synaptogenèse comme facteur essentiel pour le développement précoce du langage ; elle peut être décrite en cinq étapes. Dans les premières étapes prénatales, les synapses se présentent au niveau de la plaque neurale composée des premiers neurones corticaux générés au niveau de la plaque elle-même. Au cours de la troisième étape, de la

naissance à un an, la synaptogenèse correspond à une explosion alors que la quatrième étape, de deux ans jusqu'à douze, se caractérise par une stabilisation de haut niveau. La cinquième étape, qui se déclenche à la puberté et s'étale jusqu'à la maturité, se caractérise par une densité en nombre absolu de synapses ; cette surproduction marque généralement le développement du cerveau. Enfin, la plasticité cérébrale constitue un capital indispensable des systèmes neuronal et cognitif pour l'acquisition de la langue (BASSANO, 2007 :13-46).

1.1. Cognition et surdité

Nous essayons ici de souligner l'importance du rôle des interactions verbales interpersonnelles issues de l'entourage de l'enfant et leur rapport avec le développement cognitif. L'apprentissage et la compréhension de certaines notions enseignées en classe concernant la théorie de l'esprit sont appréhendées différemment par l'enfant sourd en comparaison avec l'enfant entendant.

En effet, des résultats d'études récentes menés sur vingt-cinq élèves australiens sourds « signeurs tardifs » âgés de cinq à treize ans et pratiquant la langue des signes ont montré qu'il y a une différence significative entre les enfants entendants et les enfants sourds issus de familles d'entendants à propos de l'acquisition du savoir sur la théorie de l'esprit et les fonctions biologiques du cerveau. Ces observations ont confirmé que les enfants sourds « signeurs tardifs » peuvent obtenir des connaissances sur la biologie humaine et les fonctions métacognitives de l'esprit et du cerveau avant même de développer une compréhension psychologique intuitive de la théorie de l'esprit. Cela leur a permis de réussir les épreuves standards de fausses croyances que la majorité des enfants entendants réussissent à l'âge préscolaire (CANDIDA, 2007 : 289).

Aussi, les résultats l'étude de COURTIN (1999), ont montré que la capacité de compréhension des perspectives visuelles pourrait mener vers la compréhension des perspectives conceptuelles. Cette étude comparative centrée sur l'évaluation des épreuves d'attribution de fausses croyances menée en France, sur 24 enfants entendants et 19 enfants sourds de parents sourds « **signeurs** », âgés de 5 à 6 ans. En effet, les résultats de cette étude ont souligné l'importance de la langue des signes qui pourrait faciliter l'acquisition de théories de l'esprit en augmentant la fréquence de confrontation à des épreuves visuelles multiples, ainsi, l'importance de l'environnement linguistique pourrait être un facteur stimulant pour le développement cognitif de l'enfant sourd selon COURTIN (1999).

Les résultats de cette expérience ont aussi montré que les performances des enfants sourds restent faibles à l'épreuve standard de fausses croyances. De plus, la conception socio-conversationnelle du développement de la théorie de l'esprit (PETERSON, 2004 ; PETERSON & SIEGA, 1999-2000) montre nettement une dissociation entre la compréhension tardive des fausses croyances par les enfants sourds signeurs tardifs (ce sont les personnes

sourdes qui ont acquis la langue des signes tardivement) et les connaissances correctes acquises sur les fonctions de l'esprit et du cerveau.

De même, les conversations spontanées relatives aux idées et aux émotions permettent aux jeunes enfants entendants d'être souvent confrontés à plusieurs pensées appropriées concernant la théorie de l'esprit. Ainsi, l'imagination, les interactions et les conflits avec les pairs et les parents aident les enfants à comprendre mieux qu'il existe des dissimilitudes de pensées chez les personnes. Par contre, pour les enfants sourds profonds d'âge préscolaire issus de familles entendants et n'ayant pas développé une langue des signes ou une langue verbale sont exclus de la conversation relative aux thèmes de l'esprit et des fonctions du cerveau, ce qui a mis en évidence l'apparition tardive de la compréhension des fausses croyances concernant la théorie de l'esprit chez les enfants sourds.

Alors que les enfants entendants parviennent à acquérir de nombreuses informations concernant la biologie humaine du cerveau et de l'esprit grâce au savoir acquis de l'enseignement primaire, les enfants sourds maîtrisent tardivement ce savoir, et seulement dans des classes où s'effectue la pratique de la langue des signes (CANDIDA, 2007 : 289-290).

1.2 Ecole et acquisition de la langue par l'enfant sourd

L'école représente pour les parents d'enfants sourds le seul lieu où leurs enfants peuvent apprendre à utiliser une langue pour communiquer avec les autres en toute sécurité. BOUTALEB (2008) avait affirmé que l'école représente pour les parents d'enfants sourds le seul moyen permettant à leurs enfants de pouvoir parler et entendre. Il s'est avéré aussi que la scolarité de l'enfant sourd favorise de manière particulière les échanges communicatifs au quotidien avec ses camarades de classe. Ces échanges stimulent l'apprentissage de la langue gestuelle par l'enfant sourd au détriment de la langue orale et écrite.

Les parents ont également observé que leurs enfants sont plus épanouis sur le plan psychosocial, affectif et émotionnel car la langue des signes a bien leurs difficultés relatives à la fatigue et à l'effort fourni lors de l'articulation des sons et la lecture labiale pour comprendre et interagir dans le cercle de la conversation et les échanges verbaux avec les autres personnes.

Les études scientifiques démontrent que l'enfant sourd profond présentant une surdité congénitale serait incapable d'acquérir la langue verbale ou une langue équivalente aux mêmes conditions de précocité et de pratique qu'un enfant entendant ; ainsi que sur le plan cognitif, ils ne présentent qu'une faible différence. De plus, ces observations concernant l'enfant sourd dépendent souvent de conditions complexes et de plusieurs facteurs relatifs aux dispositions naturelles qui affectent négativement le déroulement du développement langagier chez l'enfant sourd (OLERON, 1981).

COLIN (1997) souligne l'importance des répercussions psychologiques sur les enfants présentant une surdité profonde, congénitale ou précoce. En effet, la perte de l'audition constitue un réel facteur inhibant le développement d'un

ensemble de capacités et de compétences en relation avec l'acquisition et la pratique de la langue parlée.

Cela empêche l'enfant sourd de s'épanouir, de développer une personnalité équilibrée et d'avoir un développement psychologique harmonieux. La surdité entraîne des difficultés au niveau relationnel touchant à la fois l'enfant et son entourage familial et social.

1.3 Age critique d'acquisition de la langue et surdité

Les résultats de l'étude de BERLAND (2016 : 254-255) sur vingt-neuf enfants âgés de six à dix ans, implantés unilatéralement et sans trouble associé, suivis par l'unité pédiatrique d'implantation cochléaire de Toulouse (Hôpital Purpan, Toulouse, France), montrent l'effet de l'âge de l'implantation sur l'acquisition de la langue orale. Ces résultats montrent une corrélation significative entre l'âge de l'implantation et les capacités langagières chez l'enfant sourd. En effet, un retard lexical et syntaxique est observé chez les enfants implantés après l'âge de deux ans ; par contre les enfants implantés avant l'âge deux ans avaient de meilleurs résultats pour la perception monosyllabique et la compréhension syntaxique que leurs homologues implantés après l'âge deux ans.

BERLAND (2016 : 287) souligne l'importance des échanges entre les parents et les enfants sourds au cours de la prise en charge. D'ailleurs, dans le cadre de la prise en charge de l'enfant sourd, le positionnement des parents comme partenaire central et actif de l'interaction et de l'éducation dès le départ leur permet de retrouver facilement la confiance de pouvoir communiquer avec leur enfant après un diagnostic précoce avéré positif. En outre, des chercheurs dans ce domaine, considèrent l'implant cochléaire comme un outil complémentaire pour repousser les limites de la cochlée. Ils soulignent également, l'importance du rôle que peut jouer la participation des parents dans la réussite des aides auditives aux différentes étapes de la réhabilitation de la surdité (AZEMA, 2003 : 133-137).

BOULANGER-BALLEYGUIER & LAVALOU, 1977 :17) notent des difficultés importantes au niveau du développement psychosocial chez les enfants sourds comparés à leurs homologues entendants. De même, l'influence du degré de surdité peut avoir une incidence sur le développement de l'affectivité de l'enfant, étant donné que ces difficultés relationnelles sont en rapport avec l'attitude des enfants sourds et de leurs parents et qu'elles sont aussi liées à l'attitude de la société au retard des sourds quant à leur développement social.

1.4 Regards des neurosciences : âge critique, plasticité cérébrale et surdité

La technique de l'imagerie cérébrale a montré l'importance de l'information visuelle : « entendre grâce aux yeux » ; c'est-à-dire que le fait de voir la personne qui parle aide la personne sourde à déceler les nuances phoniques non perçues par l'oreille. D'autres études ont montré qu'il faut plusieurs

années pour qu'un enfant sourd implanté apprenne à interpréter ce qu'il entend à travers l'implant en associant l'information sonore reçue à la lecture labiale. De même, l'implantation avant deux ans aboutit à de meilleurs résultats concernant la perception de la parole et le développement du langage. D'ailleurs, la majorité des enfants sourds appareillés entre douze et quatorze mois devraient entrer à l'école à six ans avec des habilités langagières normales (PUJOL Rémy, 2016).

Les résultats de l'étude de GALLOIS Yohan (2017 : 196-197) montrent l'importance du délai d'appareillage pour l'acquisition du langage et la précocité de l'habilitation. Cela peut avoir un effet positif sur la plasticité cérébrale qui est au sommet de son efficacité à un âge précoce. L'âge critique pour les sourds bilatéraux se situe entre deux et cinq ans ; après cet âge, il devient difficile de restaurer complètement la plasticité cérébrale.

Un deuxième âge critique intervient à sept ans pour les sourds congénitaux bilatéraux mais il n'a aucun effet sur la plasticité cérébrale. Néanmoins, le maintien d'une stimulation auditive unilatérale fait retarder les âges critiques mais la plasticité cérébrale reste tout de même non efficiente pendant toute la vie de la personne sourde. Il semblerait que l'âge critique de la plasticité cérébrale soit en rapport avec les capacités d'apprentissage ; c'est pourquoi de nombreux chercheurs préconisent un appareillage avant l'âge de deux ans.

PUJOL a montré que le développement et la plasticité du système auditif périphérique dépendent de l'importance du rôle des stimulateurs sur l'évolution du cerveau auditif ; en effet, selon BOUTALEB (2011 : 101), la privation sonore sévère et précoce rend plus difficile la réhabilitation

II. INTERVENTION PRECOCE ET APPROCHES

2.1 Définition de l'intervention précoce

L'intervention précoce désigne un ensemble d'actions et de mesures sociales, médicales, psychologiques et éducatives indispensables pour la prise en charge des enfants présentant un besoin spécifique ; elle concerne donc le premier âge qui se situe généralement entre zéro et trois ans. D'ailleurs, un accompagnement et un soutien sont assurés à l'enfant et sa famille jusqu'à l'âge de son intégration scolaire (HAS, 2009 : 42). En fait, les programmes de l'intervention précoce sont souvent élaborés et développés en fonction de trois dimensions théoriques relatives à la plasticité cérébrale, à l'interaction des capacités innées et des savoirs acquis et à la neuroprotection. Ces trois dimensions théoriques visent principalement l'importance du développement cognitif et cérébral des premières années de vie. La plasticité cérébrale est présente dès le début du développement de l'enfant, c'est-à-dire à la naissance. Les résultats des recherches en neuropsychologie renforcent ainsi l'idée qu'une stimulation précoce peut diminuer le degré des difficultés, voire affaiblir le déficit chez la personne atteinte.

Le terme d'« intervention précoce » renvoie selon la littérature scientifique vulgarisée aux différents programmes de stimulation précoce développés

dans plusieurs pays novateurs dans ce domaine pour atténuer les difficultés et accroître les compétences cognitives, émotionnelles et sociales des enfants en situation de handicap (MIGNOT et al, 2011: 272-274). Néanmoins, certains auteurs pensent que l'intervention précoce vise des méthodes éducatives et thérapeutiques destinées à atténuer le déficit du jeune enfant et à améliorer les échanges interactionnels parents-enfants pour les associer à l'éducation de leurs enfants (LAMBERT, 2002 :14).

Nous considérons avec REYNOLDS (2004) l'intervention précoce comme une approche multidisciplinaire du handicap durant les premières années de la vie de l'enfant mettant en œuvre une prise en charge médicale, éducative, familiale et sociale.

En somme, l'intervention précoce dans la prise en charge de l'enfant sourd est considérée par les professionnels et les parents comme une action nécessaire. En effet, la prise en charge précoce permet d'assurer à l'enfant sourd un développement psychique et cognitif normal ; elle lui permet aussi de développer des relations et des échanges intrafamiliaux et sociaux. Par conséquent, cela augmente les possibilités d'échanges verbaux entre l'enfant sourd et ses parents et l'aide à développer un langage oral. Par ailleurs, l'intervention précoce aide les parents à distinguer les compétences langagières de leur enfant et à les stimuler afin de développer chez lui la motivation interne et le plaisir de communiquer.

Ainsi, l'acquisition de la langue orale par l'enfant entendant, quel que soit son statut, se produit à travers les échanges verbaux avec les personnes de son entourage ; ces échanges l'aident à découvrir plus tôt les règles de la communication, à savoir l'attention conjointe, la coaction et l'alternance des rôles. Toutefois, l'enfant sourd entre dans la signification grâce à la communication et à la langue à partir des images visuelles et de son action sur le monde qui l'entoure.

Pour le sourd profond, les informations auditives s'avèrent insuffisantes pour lui permettre d'accéder à la langue orale. Ainsi, dans le cadre de la prise en charge précoce de la surdité, les professionnels favorisent l'écoute et l'émergence de la parole ; ils se focalisent davantage sur l'appareillage précoce pour développer une éducation auditive permettant à l'enfant sourd d'entrer en contact avec le monde sonore et d'avoir accès à langue orale en travaillant rigoureusement la voix, la mélodie, le rythme et l'articulation pour avoir une parole plus moins intelligible.

2.2 Approches de la surdité dans le cadre de l'intervention précoce

L'intervention précoce de la surdité a connu deux approches différentes d'acquisition du langage par l'enfant sourd à savoir :

2.2.1 L'approche audiophonatoire

L'approche audiophonatoire est une méthode d'intervention précoce dans la prise en charge de l'enfant sourd qui a pour objectif de stimuler de façon précoce la fonction auditive et de permettre ainsi à l'enfant sourd de

développer des compétences langagières et sociales. Cette approche vise essentiellement à rendre la compréhension et la production de la langue parlée accessibles à l'enfant sourd. Les progrès technologiques réalisés dans la mise en œuvre des procédés de cette activation permettent de mettre en pratique cette approche à partir de l'analyse des données du bilan auditif du patient quel que soit son âge. Elle fait donc appel aux aides auditives et à l'implant cochléaire pour activer la voie auditive de l'enfant sourd. Ainsi, l'environnement éducatif offre aux parents sourds deux types de procédés pour la mise en œuvre du programme d'intervention précoce :

- _ soit une approche audiophonatoire en langue orale (langue maternelle) avant trois ans qui vise la stimulation et le développement du langage à travers la langue maternelle de l'enfant ;
- _ soit une approche audiophonatoire en langue maternelle avec introduction de la langue des signes dans le but de développer une communication bilingue (langue des signes plus langue maternelle – ici l'arabe – ou toute autre première langue de l'enfant). Ce programme vise d'abord à développer le langage à travers la langue des signes (L.S) et la langue maternelle. Ces deux modalités d'intervention précoce ont pour but de promouvoir chez l'enfant sourd l'utilisation d'une langue parlée à côté de la langue des signes (communication simultanée).

2.2.2. L'approche visuogestuelle

Cette approche est tout à fait différente de la première car elle vise essentiellement la stimulation des fonctions sensorielles naturelles actives (les fonctions visuelles et les fonctions motrices). Ainsi, la fonction auditive n'est pas stimulée immédiatement. En effet, cette approche se centre sur l'activation du canal visuogestuel qui offre à l'enfant sourd la possibilité d'exploiter parfaitement ses compétences. De plus, cette approche se focalise sur l'apprentissage visuel d'une langue ; sa mise en pratique nécessite l'emploi de signes ou de gestes symboliques codifiés ayant le même sens pour tous ceux qui pratiquent cette langue. Donc, cette approche s'intéresse particulièrement au développement précoce du langage par l'usage de la langue des signes adaptée à la langue maternelle de l'enfant sourd.

Dans ce programme d'intervention, la langue des signes constitue la première langue de l'enfant sourd ; la langue écrite sera introduite progressivement pour offrir à l'enfant une communication «bilingue», la seconde langue étant alors uniquement écrite. Cette approche dite « bilingue» est issue d'un ensemble de méthodes pédagogiques faisant référence à l'identification de deux langues, la langue des signes et la langue majoritaire ; elle vise, selon DAIGLE & ARMAND (2008), le développement d'un bilinguisme de fait.

Nous considérons dans ce cadre la langue des signes arabe comme langue première pour les enfants sourds nés de parents sourds ou entendants. En effet, l'arabe est la première langue parlée de la majorité des Algériens et c'est elle qui permet la construction langagière chez eux. Cette langue majoritaire (l'arabe) prend donc le statut de langue seconde par rapport à la langue des

signes ; elle sera enseignée uniquement à l'écrit dans un premier temps. Par conséquent, l'enfant sourd est considéré comme bilingue s'il communique par la langue des signes et la langue majoritaire à l'écrit.

III. DISCUSSION :

L'analyse des données théoriques issues des travaux de recherche en neuropsychologie et en éducation de l'enfant sourd nous permet de conclure que les programmes d'intervention précoce de l'acquisition du langage destinés à l'enfant sourd ne deviennent efficaces et n'aboutissent à des résultats intéressants que s'ils sont élaborés en respectant les critères et les paramètres adéquats et qu'ils sont administrés en période critique d'acquisition, c'est-à-dire entre zéro et six ans. Cette conclusion est confirmée par les résultats de l'étude de PUJOL Rémy, 2016).

Par ailleurs, les travaux de DAIGLE & ARMAND (2008) montrent que le choix de l'approche ou de la méthode d'enseignement-apprentissage doit répondre aux besoins des parents, à la situation de déficit et à l'état des savoirs linguistiques de l'enfant sourd.

Nous pouvons également conclure que les deux approches (audiophonatoire et visugestuelle) sont indissociables pour une intervention précoce efficace. Car pour accéder au bilinguisme, il faut stimuler davantage la voie auditive de l'enfant sourd en pratiquant l'approche audiophonatoire par l'activation d'une stimulation par audioprothèse pour permettre à l'enfant sourd de communiquer à partir de la langue maternelle avec ses proches pour des enfants sourds nés de parents entendants, d'où la nécessité d'un appareillage précoce tel que cela a été confirmé par les résultats des travaux de GALLOIS Yohan, 2017 : 196-197).

L'approche visugestuelle, elle, sera donc préconisée dans le cas des enfants nés de parents sourds chez lesquels la langue des signes est privilégiée dans l'interaction et la communication entre le sourd et son environnement.

En effet, s'agissant de la surdité de l'enfant, les deux approches jouent un rôle primordial dans la réalisation des apprentissages linguistiques en période d'acquisition précoce. Elles ont toutes les deux des objectifs éducatifs communs, elles visent notamment à :

- développer des formes de communication avec l'entourage, surtout que la majorité des enfants sourds (soit 90%) sont nés de parents entendants ;
- promouvoir au moins l'utilisation d'une langue (l'arabe et/ou la langue des signes arabe) ;
- amener les enfants sourds à utiliser de manière progressive les modalités de la langue arabe écrite ;
- proposer des programmes d'intervention précoce différents qui répondent au mode principal de communication utilisé avec l'enfant avant trois ans ;
- mettre au point un programme d'approche audiophonatoire permettant l'utilisation d'une communication en arabe (langue arabe parlée associée à une langue des signes) ou bien d'une communication dans les deux langues

(alternance entre l'arabe parlé et langue des signes arabe). A noter que le programme de l'approche visuogestuelle vise la communication en pratiquant uniquement la langue des signes (arabe ou autre) ;
- recommander l'accompagnement des familles dans le cadre de la prévention des troubles psychiques et sociaux chez l'enfant sourd.

CONCLUSION :

L'intervention précoce représente un programme de stimulation précoce développé dans plusieurs pays pour venir en aide aux enfants sourds ou aux enfants en situation de handicap. Le programme vise principalement à développer des compétences cognitives, linguistiques, émotionnelles et sociales pour atténuer les difficultés de ces enfants en situation de handicaps en les aidant à mieux s'intégrer au milieu scolaire et social.

Pour répondre à notre questionnement, nous avons essayé de valoriser l'intervention précoce pour l'acquisition de la langue verbale par l'enfant sourd au cours de la période de zéro à six ans.

Notre premier constat, établi à partir de la littérature et des travaux scientifiques élaborés dans ce domaine, montre l'intérêt de préconiser une intervention précoce de stimulation linguistique chez l'enfant sourd au cours de la période critique de zéro à six ans car elle permet d'obtenir de meilleurs résultats pour l'apprentissage soit d'une langue verbale maternelle soit d'une langue des signes comme une langue seconde. Par ailleurs, les réponses apportées à notre questionnement ont confirmé que la prise en charge précoce de l'enfant sourd est indispensable mais qu'elle n'est efficace pour l'acquisition d'une langue que si elle est effectuée entre l'âge de zéro et six ans.

Il existe deux approches d'intervention précoce destinées à l'enfant sourd, à savoir l'approche audiophonatoire et l'approche visuogestuelle qui sont indiquées dans des situations différentes. Il est important de souligner que la situation de communication verbale ne peut dissocier l'une de l'autre car, selon les données des neurosciences appliquées dans le cadre de la surdité, l'enfant sourd a besoin à la fois de l'information visuelle et de l'information auditive pour mieux percevoir les nuances de la chaîne parlée.

En effet, pour permettre à l'enfant sourd d'accéder au bilinguisme, il faut stimuler davantage la voie auditive de l'enfant sourd en appliquant l'approche audiophonatoire par la mise en œuvre d'une stimulation par audioprothèse pour communiquer dans la langue des parents ; surtout s'il s'agit d'enfants sourds nés de parents entendants. De même, l'approche visuogestuelle va permettre à l'enfant sourd né de parents sourds d'apprendre la langue des signes car c'est la langue privilégiée dans les échanges communicationnels entre l'enfant sourd et son environnement.

En guise de conclusion, nous dirons que les deux approches pratiquées en intervention précoce dans le cadre de la prise en charge de la surdité jouent un rôle fondamentale dans la stimulation des apprentissages linguistiques chez l'enfant sourd, qu'il soit né de parents entendant ou de parents sourds. Il

est important de souligner que les deux approches ont des objectifs éducatifs communs, elles visent notamment à :

- développer des formes de communication de l'enfant sourd avec son entourage ;
- promouvoir l'utilisation d'une langue quelle qu'elle soit (l'arabe et/ou la langue des signes arabe) ;
- amener les enfants sourds à utiliser de manière progressive les modalités de la langue écrite arabe ;
- proposer des programmes d'intervention précoce différents qui répondent au mode principal de communication utilisé avec l'enfant avant l'âge de trois ans ;
- mettre au point un programme d'approche audiophonatoire permettant l'utilisation d'une communication en arabe (langue arabe parlée associée à une langue des signes) ou bien une communication dans les deux langues (alternance entre l'arabe parlé et la langue des signes arabe).

A noter que le programme de l'approche visuogestuelle vise essentiellement la communication en pratiquant uniquement la langue des signes arabe et que les deux approches recommandent l'accompagnement des familles dans le cadre de la prévention des troubles psychiques et sociaux chez l'enfant sourd.

Enfin, le choix de l'approche ou de la méthode d'enseignement-apprentissage doit répondre aux besoins des parents, à la situation du déficit et à l'état des savoirs linguistiques de l'enfant sourd.

Bibliographie

AZEMA, B. (2003). « L'adaptation de l'aide auditive chez le tout petit (6 mois) ». In Avancés scientifiques et éducation de l'enfant sourd. Actes de colloque international. Revue Connaissances Surdités ACFOS IV, 8,9 et 10 novembre 2002, Paris. Hors-série n°1 septembre 2003. PP (133-137)

BERLAND, A. (2016).Le développement psychologique d'enfants sourds porteurs d'un implant cochléaire : études longitudinale et transversale, HAL.fr, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr>

BOUTALEB, DJ. (2011). « Neuropsychologie ». Actes du congrès international de Neurosciences, 20-21 juin 2009, Ouvrage collectif sous la direction de ZELLAL Naceran ° 6 juin 2011.pp101-102.

BOUTALEB, DJ. (2008). « L'enfant sourd et sa famille ». Revue d'anthropologie et sciences sociales n° 41, Insaniyate, P : 95-107.URL : <https://doi.org/10.4000/insaniyat.2485>.

BOUTALEB, DJ. (2011) Neurosciences : Langage et Surdité, quelques recherches pp99-106. URL :

INTERVENTION PRECOCE DE 0 A 6 ANS : LES DIFFERENTES
APPROCHES DE L'ACQUISITION DU LANGAGE CHEZ UN SUJET SOURD.

Users/DELL/Downloads/Neurosciences%20_%20Langage%20et%20Surdité%20
%20quelques%20recherches%20(3).pdf.

BASSANO, D.(2007). « Emergence et développement du langage : enjeux et apports des nouvelles approches fonctionnalistes ». E. Demont & MN. Metz-Lutz. L'acquisition du langage et ses troubles, SOLAL Editeurs, pp.13-46, 2007, Collection Psychologie. fhal-00601129f. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00601129/document>

DAIGLE, D., ARMAND, F. (2013). L'approche bilingue et l'apprentissage de la lecture chez les sourds Université. De Montréal.URL : URL : <http://www.aclacaal.org/wp-content/uploads/2013/08/4-vol-7-no1-art-daigle-armand.pdf>

CANDIDA C. P. (2007). « Le développement métacognitif des enfants sourds » PUF/Enfancevol.59, p : 282-290. Article disponible en ligne. URL :<https://www.cairn.info/revue-enfance1-2007-3-page-282.htm>

BOULANGER-BALLEYGUIER, G. LAVALOU, M-O. (1977) « Le comportement social de l'enfant sourd ». Revue Enfance. Tome 30, N°1, p13-35.URL : https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1977_num_30_1_2632,

COURTIN, C. (1999).Le cas des théories de l'esprit chez les enfants sourds : impact de la langue des signes, revue **Enfance**, n°3 ,248-257.URL : https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1999_num_52_3_3148

COLIN, D. (1996).Psychologie de l'enfant sourd. .Elsevier Masson. Paris.

COLLETTE, B. (2002). Pour une entrée en communication de l'enfant sourd. Extrait de « Rééducation orthophonique » n° 202 – Juin 2000.

ESTEVE, I. (2014). Approche bilingue et multimodale de l'oralité chez l'enfant sourd : outils d'analyses, socialisation, développement. Linguistique. Université de Grenoble, 2011. Français. fftel-00988987. URL: https://tel.archivesouvertes.fr/file/index/docid/988987/filename/Estev_e_manuscrit.pdf

FORTIS, J-M. (2007). « Le langage est-il un instinct ? Sur le nativisme de Pinker. Histoire Epistémologie Langage », SHESL/EDP Sciences, 2007, 29 (2), pp.177-213. URL : fhalshs-00295107f <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00295107/document>

GALLOIS, YOHAN. (2017).Prise en charge de la surdité unilatérale de l'enfant : effet sur l'audition binaurale et la qualité de vie. Université de Toulouse, Thèse publiée en ligne.URL :<http://thesesante.ups-tlse.fr/2038/1/2017TOU31601.pdf>

OLERON, P. (1981). « Aspects récents de l'étude psychologique des enfants sourds ». Les enfants handicapés symposium de Barcelone1979. Association de psychologie scientifique de langue. PUF, p : 91-152.

INTERVENTION PRECOCE DE 0 A 6 ANS: LES DIFFERENTES
APPROCHES DE L'ACQUISITION DU LANGAGE CHEZ UN SUJET SOURD

PUJO, R. (1996). Développements et plasticité du système auditif périphérique neurosciences et surdité du premier âge. Paris, 8-10 novembre, pp11-18.

PUJO, R. (2016). Cerveau auditif <http://www.cochlea.eu/developpement-et-plasticite/cerveau-auditif>

PINKER, S. & JACKENDOFF, R. (2005). The faculty of language: what is special about it? , Cognition 95, 201-236.

PINKER, S. & PRINCE, A. (1988). «On language and connectionism: analysis of a parallel distributed processing of language acquisition, Cognition 28, 73-193.

LEYBAERT, J. & LIGNY, C. & SCHEPERS, F. & RENGLLET, T. & SIMON, P. (2004). Implant cochléaire, acquisition du langage et plasticité cérébrale. https://www.handroit.com/Colloques/textes/T10122004_Leybaert.pdf

Lambert J.-L. (2002), Les Déficiences intellectuelles. Actualités et défis, Fribourg, Éditions universitaires.

-MIGNOT, J., VANDE VONDER, L., HAELEWYCK, M-C. (2011). « Intervention précoce et approche cognitivo-comportementale ». Érés, revue « Contraste » 2011/1 N° 34-35, pp: 271 -296, ISSN 1254-7689. Article en ligne. URL : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-271.htm>

- MOREAU, DE M-L. & RICHELLE, M. (1997). L'acquisition du langage. Ed, PIERRE MARDAGA, France.

- SAVARY, E. (2010). Biologie des cellules souches cochléaires : Perspectives dans le traitement de la surdité sensorielle. Thèse de doctorat en neurosciences, Université Montpellier I, U.F.R Médecine.

- LEPOT-FROMENT, CH. (1996). L'enfant sourd communication et langage. Ed De Boeck, supérieure, pp225-274

- Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire. Haute Autorité de santé HAS. Argumentaire décembre 2009. URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_argumentaire.pdf

- REYNOLDS A.J. (2004), «Research on Early Childhood Interventions in the Confirmatory Mode», Children and Youth Services Review, 26, 15-38.

- ZORMAN, M...& JACQUIER-ROUX, M. (2000). L'acquisition du langage. URL : <https://www.editions-cigale.be/system/files/documents/acquisition-du-langage.pdf>