

Langue des signes et Autisme

Utilisation de la langue des signes avec des enfants autistes

Benoît Virole

2007 - 2021

Résumé

De par ses caractéristiques sémiotiques particulières, en particulier son iconicité référentielle, la langue des signes des sourds se révèle être un vecteur de communication remarquable avec les enfants autistes. Nous décrivons les grandes lignes de son utilisation en Hôpital de jour et présentons des échelles d'évaluation.

Mots-clefs

TSA LSF Autisme Langue des signes

Introduction

Parmi l'ensemble de leurs troubles, les enfants présentant des syndromes autistiques souffrent d'un déficit de communication linguistique majeur, souvent multiforme, marqué par un trouble à la fois quantitatif de l'expression et de la compréhension et qualitatif au travers de l'utilisation de formes anormales de production verbale (stéréotypies, cris, etc.). L'idée d'utiliser avec ces enfants des systèmes dits « alternatifs » ou « palliatifs » destinés à favoriser l'émergence de la communication est déjà ancienne dans les prises en charge d'enfants autistes¹ mais elle est devenue maintenant courante avec l'utilisation des systèmes tels que le *Makaton*². Nous décrivons ici une approche centrée sur l'utilisation directe de signes gestuels de la langue des signes des sourds dans un hôpital de jour séquentiel recevant des enfants autistes. Ces enfants ne souffrent pas de

troubles organiques de l'audition- ni périphérique, ni centrale - mais présentent des troubles de la communication de type autistique avec, soit une absence de développement du langage verbal, soit un langage déviant fait de mots ou de phrases sans contenu représentatif ni visée pragmatique et émis de façon stéréotypée.

Pourquoi la langue des signes ?

La langue des signes des sourds, dont la structure linguistique est maintenant connue³, utilise le canal visuel-gestuel alors que pour beaucoup d'enfants autistes, les fonctions empruntant canal auditif sont altérées par des troubles neuropsychologiques ou par des expériences psychopathologiques négatives centrées sur la réception de signaux sonores (voix, bruits, etc.). Les enfants autistes sont ainsi connus pour être très souvent « phonophobes », parfois à tous les bruits, parfois à certains bruits particuliers (pour un de nos patients, c'est exclusivement le bruit du moulin à café électrique de ses parents). Ce fait a été attesté par les nombreuses recherches en électrophysiologie qui ont montré l'existence d'ano-

1. Cf. Bonvilian J.D., Nelson K.E. « Sign Language Acquisition in a Mute Autistic Boy », *Journal of Speech and Hearing Disorders*, August, vol 41. 3., 1976.

2. Ce système associe des gestes lexicaux standardisés issus de la langue de signes anglaise avec des pictogrammes (Cf. Carlson F. A format for selecting vocabulary for the non-speaking child. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 12, 240-245, 1981, et le site www.makaton.org.

3. Cf. Cuxac C. *La langue des signes française (LSF), les voies de l'iconicité*, Faits de langue, Ophrys, 2000.

malies fréquentes dans la transmission des afférences neuronales le long des voies auditives centrales. Une des théories neurophysiologiques les plus puissantes de l'autisme avance la notion d'une réjection des influx sensoriels auditifs qui ne peuvent parvenir au cortex primaire auditif⁴. Les recherches sur les potentiels évoqués dans l'autisme (Garreau, 1988) ont montré aussi que des potentiels évoqués auditifs (PEA) de faible amplitude se voient chez l'autiste insensible aux stimulations et d'un calme pétrifié et des PEA forts sont mesurés par contre chez les autistes très agités. Ces éléments ne se retrouvent pas de façon systématique, mais cliniquement beaucoup d'enfants autistes paraissent effectivement ne pas entendre, et en tous cas ne pas comprendre, le sens des signifiants verbaux. L'idée d'utiliser une langue ne présentant pas une substance sonore mais visuelle s'impose ainsi naturellement. De nombreuses expériences d'utilisation de la langue des signes, soit sous une forme directe, soit sous une forme dérivée et associée avec des pictogrammes comme dans le système Makaton, ont été réalisées avec des résultats généralement positifs. Cela se comprend bien lorsqu'on connaît la structure linguistique très originale des signes gestuels de sourds.

La langue des signes présente une composante iconique qui la situe à un niveau différent de la parole dans les processus cognitifs. Les signes gestuels présentent en effet une image des choses de la réalité. Cette image n'est pas semblable à une photographie. Elle est constituée d'un trait distinctif de l'objet qu'elle érige en signifiant. Par exemple, un papillon est désigné gestuellement par le contour des ailes et leur mouvement. Les signes gestuels sont donc des *icônes* qui sont *référées* à la réalité perceptive. Les rapports entre les choses présentent dans la réalité physique sont aussi représentés de façon analogique. Ainsi par exemple, pour dire « loin », on étendra les deux mains au maximum l'une de l'autre, pour dire « près », les deux mains seront rapprochées l'une de l'autre. Cette *iconicité référentielle* est directement liée aux schémas cognitifs profonds issus de la per-

ception visuelle⁵. La langue des signes permet ainsi un accès facilité aux processus intermédiaires entre la perception et les conceptualisations linguistiques. Enfin, la langue des signes utilise beaucoup d'indices mimiques fortement accentués par rapport à la mimique accompagnant l'émission vocale. Les expressions du visage, de la tristesse, de la joie et des différentes émotions de base sont considérablement amplifiées et élargies permettant ainsi un décodage plus aisé pour des enfants ayant un trouble de la reconnaissance des affects. Tous ces aspects originaux de la langue des signes en font un vecteur remarquable de travail avec les enfants autistes. Par rapport au Makaton, l'utilisation de la langue des signes présente l'intérêt de présenter une langue vivante utilisant à plein les ressources des modifications légères (flexions) portant sur les gestes lexicaux offrant ainsi une iconicité référentielle considérablement élargie. Par exemple, pour dire un « homme », on montrera deux doigts dirigés vers le bas et pour dire « marcher », ces mêmes deux doigts imiteront le mouvement de la marche. Par contre, la langue des signes ne permet pas, contrairement au Makaton, la fixation des représentations sur un support imagé de type pictogramme. C'est pourquoi une bonne synthèse consiste à utiliser la langue des signes avec en complément des représentations pictogrammatiques.

La langue des signes en hôpital de jour

L'existence, depuis vingt ans, au sein du premier secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris de structures de soins spécialisées pour enfants sourds a entraîné de façon naturelle une connaissance par de nombreux soignants du secteur de notions en langue des signes. Des professionnels éducateurs et moniteurs éducateurs sourds de l'équipe surdité ont également été intégrés dans d'autres équipes de soins du secteur en particulier dans l'hôpital de jour et ont ainsi été amenés à travailler avec les enfants autistes en utilisant la langue des signes. La mise en contact des enfants autistes avec la langue des signes se réalisait de deux façons différentes. Comme les soignants sourds communiquent avec leurs collègues en-

4. Ornitz E.M. « Neurophysiology of Infantile Autism » *J. am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 1985, pp. 251-262.

5. Cf. Virole B., *Psychologie de la surdité*, Deboeck Université, Deuxième édition 2000. troisième édition en cours

tendants en langue des signes accompagnée de paroles et de lecture labiale, les enfants autistes perçoivent les échanges signés entre adulte de même que les messages qui leur sont directement adressés. Le second mode de contact est celui d'ateliers de communication non verbale où les soignants, sourds et entendants, travaillent spécifiquement les aspects liés à la communication par le corps et le geste.

Le principe de ces ateliers est de proposer un environnement sémiotique enrichi par la langue des signes des sourds évitant les discontinuités dans les processus de représentation. Entre l'objet réel perçu dans le monde physique et sa représentation mentale, il existe des processus de codage interne qui peuvent être spécifiquement le lieu d'altération du trouble autistique. La nature de ces altérations décrites par les neurophysiologistes et cognitivistes comme réjection des influx ou par les psychanalystes comme atteinte des enveloppes perceptives (en rapport à des réactions « protectrices » face au danger désorganisant d'un débordement émotionnel), du pare excitation, de la fonction symbolique, (etc.), n'a pas à être considérée ici sur un plan théorique. Seule l'acceptation de l'existence de ces discontinuités et la nécessité d'y pallier sont pour nous ici les postulats de base. Il s'agit donc de proposer à l'enfant une forme de continuum sémiotique limitant au maximum les sauts entre les niveaux de représentation. Entre la participation à une interaction physique réelle, par exemple aller dans la cuisine pour préparer un gâteau, et la construction d'une représentation mentale chez l'enfant associée à l'écoute de la phrase « on va aller ensemble dans la cuisine pour faire un gâteau », nous proposons à l'enfant des représentations médiatrices. Celles-ci comportent la photo de la cuisine réelle où se tient l'atelier, un énoncé gestuel inspiré de la langue des signes disant [ON VA] [ENSEMBLE] [CUISINE] [GATEAU]⁶, et éventuellement un pictogramme représentant l'action en cours. Au fil du temps, cet enrichissement sémiotique permet aux enfants autistes de développer plus aisément une communication avec l'entourage soignant entraînant ainsi une boucle développementale positive.

6. Conventionnellement, les signes de la langue des signes sont présentés entre crochets.

Quelques résultats

Les résultats de plusieurs années d'usage des signes gestuels au sein de l'hôpital de jour est globalement très positif. Bien sûr, certains enfants enfermés dans un autisme profond ont été totalement insensibles autant aux signes gestuels qu'aux mots du langage oral. D'autres ont révélé une appétence extraordinaire aux signes gestuels et les ont massivement utilisés tant en réception qu'en expression. Pour ces enfants, l'utilisation des signes gestuels a permis un véritable démarrage de la communication verbale. Il n'y a donc jamais eu réalisation du risque parfois redouté par les parents que les enfants développent uniquement le langage gestuel et laissent de côté le langage oral. Enfin, pour la majorité des enfants de l'hôpital de jour mis au contact de la langue des signes, l'apport a été surtout pragmatique par une meilleure compréhension des situations, grâce à la fonction référentielle de la langue des signes, et une meilleure attention au locuteur. Une évaluation chiffrée est en cours à l'aide des deux échelles de développement de la communication non verbale et de la langue des signes présentées en annexe. Mais d'ores et déjà, nous pouvons systématiser l'apport de l'usage de la langue des signes en fonction des différents profils cliniques des enfants de l'hôpital de jour.

Pour les enfants présentant un retard de développement du langage oral dans un contexte de désorientation culturelle, linguistique et psychologique (enfants de migrants) ayant entraîné un retrait autistique secondaire, l'utilisation conjointe de signes lexicaux de la langue des signes et du français oral (français signé) aide considérablement à l'établissement de significations partagées dans un contexte de communication pragmatique.

Pour les enfants présentant des troubles de l'expression d'origine neuropsychologique (dysphasie d'expression) associée à des carences développementales et des retraits relationnels sont également aidés par les signes gestuels pour le maintien d'une qualité de contact et de communication grâce à un abaissement de la frustration. C'est donc par l'aspect expressif que ces enfants peuvent être aidés. Par exemple, faire le signe [EAU] ou [GATEAU], mais aussi [BONJOUR], [BONSOIR], [MERC], (etc.). Tous ces signes faciles

DEGRE	ELEMENTS SEMIOLOGIQUES OBSERVABLES
0	Pas de communication gestuelle décelable. Le comportement moteur tient place de communication. On n'observe aucun mouvement orienté ayant valeur d'appel.
1	Il existe des mouvements orientés (en particulier par le regard) vers des objets inaccessibles que l'enfant veut obtenir et qu'il cherche ainsi à désigner. Cependant il n'y a pas de gestes de pointage.
2	Les mouvements orientés vers l'objet s'accompagnent clairement d'un geste de la main, même si l'index n'est pas tendu. L'enfant se sert de ce geste pour désigner.
3	Les gestes de monstration et de désignation sont clairs. Ils sont utilisés à but de communication immédiate avec l'entourage, avant même que l'enfant ait tenté de prendre l'objet. Cependant l'index n'est pas encore pointé et le geste reste encore un peu imprécis.
4	Les gestes de désignation se font index tendu. Ils sont précis et rapides, ne s'accompagnent plus de trépidations. L'enfant peut désigner successivement plusieurs objets.
5	L'enfant commence à utiliser des gestes imitatifs en reproduisant les contours des objets et en imitant l'action réalisée ou couplée avec l'objet. Cependant ces tentatives de gestes figuratifs sont encore embryonnaires et non systématisées.
6	L'enfant utilise des gestes figuratifs et accommodatifs pour désigner les choses et les actes (manger, dormir,) etc. L'ensemble de ces gestes comprend une demi douzaine de gestes différents à peu près. Ces gestes ont pour la plupart été donnés ou trouvés par l'entourage, mais l'enfant en a trouvé de lui même quelques uns.
7	L'enfant utilise plus d'une dizaine de gestes figuratifs différents. Il en invente lui même et commence à associer plusieurs gestes entre eux. Il généralise des gestes trouvés pour certains objets à d'autres objets. Pantomime.
8	L'enfant a construit avec sa famille un code de gestes figuratifs commençant à s'organiser en système. L'enfant crée des signes nouveaux pour les nouvelles situations.

Tableau 1 – Échelle de développement de la gestualité signifiante

DEGRE	ELEMENTS OBSERVABLES
1	Compréhension lexicale d'un signe isolé de la LSF. Regard attentif aux signes.
2	Compréhension et expression d'un signe isolé de la LSF.
3	Compréhension et expression d'un signe lexical avec flexion sur ce signe
4	Utilisation en compréhension et expression de groupes de deux signes avec paramètres de formation. Utilisation du regard et de la mimique à des fins linguistiques.
5	Phrase signée complète. Utilisation des indices mimiques à but flexionnel. Ligne de temps et espace du signe correctement utilisés pour les catégorisations.
6	Langue des signes fluide : Paramètres des signes bien formés. Capacités de permutation sur des paires minimales. Kinématique complète acquise. Phrase négative, interrogative, conditionnelle (« Si » avec déplacement de l'axe du corps ou du regard), emphase etc.
7	Maîtrise complète de la LSF. Transferts narratifs utilisés et maîtrisés. Récit à plusieurs actants. Utilisation des différents registres narratifs. Contrôle de la compréhension de l'autre et réajustements.
8	Maîtrise complète de la LSF avec capacités métalinguistiques sur les transferts narratifs, création de néologismes. Connaissances lexicales étendues et diversifiées entre plusieurs dialectes locaux en LSF

Tableau 2 – Échelle d'utilisation de la langue des signes

à émettre gestuellement alors que l'enfant est incapable de les prononcer oralement permettent l'instauration d'un climat relationnel propice au travail thérapeutique.

Enfin, pour les enfants présentant des troubles autistiques importants, les signes gestuels permettent une amélioration de la communication pragmatique (compréhension des situations, anticipations des événements) et permettent de donner du sens à un certain nombre de stéréotypies gestuelles. En interprétant les stéréotypies gestuelles des enfants autistes par les structures sémiotiques de la langue des signes, il est possible d'en extraire une signification, certes partielle, mais utile dans l'abord thérapeutique. Nous avons montré par ailleurs qu'il était aussi possible de construire une typologie des stéréotypies gestuelles au travers des structures de la langue des signes (Virole, 1992, 1994). L'utilisation des signes permet ainsi aux soignants d'aller au-delà du mutisme des enfants dans une recherche de partage de sens et ainsi de leur éviter à eux aussi des frustrations de communication. Toutefois, il faut noter qu'en cas de trouble grave de l'intentionnalité de communication chez les enfants, la langue des signes ne permet qu'une aide facilitée à la communication pragmatique sans toucher vraiment le cœur du déficit linguistique lié à l'autisme.

Conclusion

L'usage de la langue des signes avec les enfants autistes n'est certes pas une technique miraculeuse. Sa systématisation absolue n'est peut-être pas non plus forcément souhaitable car elle peut entraîner des rigidités dans les échanges et s'apparenter à une technique de conditionnement. Bien que remarquable par ses qualités intrinsèques, la représentation gestuelle peut surtout être thérapeutique par l'intentionnalité soignante qui en forme son contenu. C'est pourquoi son introduction dans les soins doit se faire de façon souple et non dogmatique. Il reste que la participation de professionnels sourds éducateurs ou animateurs dans les hôpitaux de jour et dans les CMP au titre de spécialistes des communications alternatives pour les enfants présentant des troubles du langage s'est révélée d'une grande richesse. De même, la

formation du personnel soignant et éducatif de ces établissements à la langue des signes au titre de la formation permanente se révèle d'une grande utilité pratique. Enfin, concluons par une remarque sur l'aspect ludique de la langue des signes dont l'utilisation entre soignants contribue à l'instauration d'un climat de plaisir psychique partagé dont on sait qu'il est à la base de tout processus thérapeutique authentique.

Références

- Bonvilian J.D., Nelson K.E., « Sign Language Acquisition in a Mute Autistic Boy », *Journal of Speech and Hearing Disorders*, August, vol 41. 3., 1976.
- Carlson F., « A format for selecting vocabulary for the non-speaking child, *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 12, 240-245, 1981.
- Cuxac C., La langue des signes française (LSF), les voies de l'iconicité, Faits de langue, Ophrys, 2000.
- Garreau B., Bruneau N., Martineau J., « Autisme et psychoses de l'enfant. Signes neurologiques et examens complémentaires », *Soins psychiatriques*, 1987, 82-83, p.15-17.
- Ornitz E.M., « Neurophysiology of Infantile Autism », *J. am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 1985, pp. 251-262.
- Virole B., *Psychologie de la surdité*, DeBoeck  ditions, deuxième édition, 2000.
- Virole B., « Morphogénèse des st r eotypies motrices dans l'autisme infantile », *Sémiotiques*, 3, 1992. pp. 31-62.
- Virole B., « Typologie dynamique des st r eotypies motrices », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1994, 42, (4-5), 203-211.

Pour citer ce texte article :

<https://virole.pagesperso-orange.fr/Autism.pdf>