

Les troubles sévères de la communication dans la paralysie cérébrale (IMC)

BOUAKKAZE-ZAZOUN SOUHILA

Université d'Alger 2

Résumé

Ces journées sont pour nous l'occasion de parler des sujets atteints de paralysie cérébrale (IMC). Il s'agit de mettre l'accent sur l'ensemble des difficultés qui entravent la communication orale, à savoir : les déficits neuro-moteurs, les troubles phonétiques et phonologiques affectant les sons et les mots observés dans la parole (la dysarthrie sévère), et enfin les troubles cognitifs spécifiques. Ces derniers, stabilisent l'enfant paralysé cérébral/IMC sur le plan relationnel (langage oral) et plus tard sur les apprentissages scolaires (langage écrit). Ainsi, nous évoquerons les troubles perceptifs et du regard (la dyspraxie visuo-spatiale), les troubles de l'attention et de la concentration ainsi que les troubles de la mémoire.

Mots-clés: IMC-langage oral- troubles neuro cognitifs

Introduction :

Ces journées sont pour nous l'occasion de parler des sujets paralysés cérébraux (IMC) avec troubles sévères de la communication.

Il s'agit de mettre l'accent sur l'ensemble des difficultés qui entravent la communication orale, à savoir :

- les déficits neuro-moteurs ;
- les troubles phonétiques et phonologiques affectant les sons et les mots observés dans la parole (la dysarthrie sévère) ;

-et enfin, les troubles cognitifs spécifiques.

Objectifs

-Evoquer les retards de langage sévères enregistrés chez les enfants paralysés cérébraux (IMC).

-Mettre l'accent sur les facteurs responsables des troubles de l'évolution et même de l'apprentissage du langage oral.

-Préciser les difficultés de l'expression orale des enfants paralysés cérébraux au niveau lexical et morphosyntaxique.

Matériel et méthode :

Pour analyser le langage oral chez l'enfant paralysé cérébral, deux principaux niveaux sont évalués grâce à l'**ETL (Education Thérapeutique du Langage)**, test de langage adapté pour enfants paralysés cérébraux/IMC, version algérienne (2007). Il s'agit du niveau de compréhension orale et le versant expressif.

Résultats :

La compréhension au niveau lexical et syntaxique :

La compréhension lexicale, c'est-à-dire comprendre le mot isolé ou le même mot dans des structures phrastiques, s'est avérée déficitaire chez une bonne partie des IMC que nous avons approchée.

La compréhension syntaxique est également déficitaire : les enfants éprouvent plus de difficultés à saisir les multiples significations quand il s'agit de phrases richement élaborées.

L'examen de la compréhension :

-Epreuves de désignation d'objets (mots).

-Epreuves de désignation d'images (phrases).

Résultat :

Désignation difficile, voire impossible.

Les raisons :**-Le problème moteur :**

Difficultés d'exécution du geste d'un point de vue moteur élémentaire.

Les IMC tétraplégiques très atteints sur le plan moteur au niveau des mains, désigneront par les yeux ou par une vocalisation. Ces stratégies sont difficilement évaluables lorsque l'on ne connaît pas assez l'enfant.

-Le problème perceptif :

Les IMC mutiques ne savent pas différencier les multiples stimuli sonores qu'ils entendent. Cela entrave plus ou moins sévèrement la compréhension du lexique.

Marchand (1998) parle de difficulté à segmenter la chaîne parlée, donc à repérer l'enveloppe d'une unité sonore signifiante.

-En fait, **l'activité peceptive** est constamment parasitée à cause de lésions cérébrales précoces. Donc, **atteinte du 1^{er} niveau de traitement de la compréhension.**

-Il arrive que l'IMC arrive à décoder les caractéristiques primaires des stimuli, mais les informations qu'elles véhiculent ne sont pas reconnues.

Reconnaissance = représentation mentale du mot = fonction gnosique

Cette activité de **reconnaissance** faisant défaut chez l'IMC rentre dans le cadre des **troubles gnosiques (objet du 2^{ème} niveau de traitement des voies de la compréhension)**.

Rappelons que l'étape gnosique implique des processus attentionnels, des capacités de traitement d'évènements séquentiels et des capacités mnésiques. Parfois on parle d'agnosies sévères où l'on retrouve :

- une compréhension limitée à quelques mots isolés ;
- audition normale ;
- reconnaissance des bruits fluctuante : parfois possible, parfois non.

Au total :

Dans l'IMC, lorsqu'on parle de troubles sémantiques ou troubles de compréhension orale, en fait, il est question de trouble perceptif et/ou gnosique.

Il importe de les détecter et de les prendre en charge. Autrement, ils peuvent affecter l'accès au langage et être la cause de mutisme.

L'expression au niveau lexical et au niveau syntaxique :

L'on note principalement :

- Réduction importante du langage spontané.
- Agrammatisme.
- Trouble d'évocation allant vers l'impossibilité d'évocation.

Très souvent, nous nous trouvons en présence d'enfants dont le niveau d'expression est très faible. On parle de trouble « aphasique », car à l'opposé c'est le trouble « dysarthrique » qui domine le tableau des déficits langagiers.

Le développement lexical et morphosyntaxique est retardé chez l'enfant IMC par rapport à l'enfant sans paralysie cérébrale.

Les enfants athétosiques montrent une meilleure élaboration linguistique par rapport aux enfants spastiques.

Les enfants athétosiques :

Parfois, il ya retard jusqu'à l'âge de 3 ans, puis grâce à une éducation adaptée, les enfants arrivent à acquérir un lexique et une syntaxe assez satisfaisante.

Les enfants spastiques enregistrent clairement :

- un retard syntaxique de sévérité variable ;
- une maladresse syntaxique : dyssyntaxie, agrammatisme ;
- « oubli » des « petits mots » fonctionnels (articles, pronoms, l'absence des verbes et la perturbation de l'ordre des mots).
- cela subsisterait jusqu'à l'âge de 06 ans (et même au – delà), âge auquel certains enfants ont des capacités lexicales, mais aucune production grammaticale.
- Le lexique, mal structuré et pauvre, peut être relativement préservé, ce qui permet aux sujets d'être informatifs. En revanche, quand il est question d'organiser les mots entre eux (syntaxe), l'IMC détourne son attention, laquelle est portée vers un autre contexte.

Au total :

Il est question de dyssyntaxie chez les uns et d'absence totale chez d'autres. Cela s'explique par 03 éléments de réponses :

-Les troubles neuropsychomoteurs :

Les gestes nécessaires à l'articulation dans la parole sont difficiles, trop fatigants pour l'enfant ou impossibles. Ici, les enfants sont mutiques ou

sévèrement réduits. Ainsi, ce ne sont plus les niveaux phonétiques et phonologiques qui sont visés, mais celui de l'évocation du mot (anomie). L'anomie est interprétée comme un déficit de la disponibilité lexicale, sans que les mots ne soient oubliés.

-La dysarthrie et l'anarthrie sévère :

L'enfant présente des troubles articulatoires importants, cela réduit beaucoup l'intelligibilité de son discours (dysarthrie sévère). Ainsi, la substitution se manifeste par les remplacements de phrases verbales par un seul mot (un mot ou un verbe). L'omission touche les prépositions et les verbes, les conjonctions de coordination et les articles, voire tout le discours. Tout le langage oral peut être supprimé c'est-à-dire absent. Les enfants peuvent atteindre des anarthries sévères.

-Autres troubles cognitifs spécifiques :

-Difficultés spatiales.

-Troubles du regard (la dyspraxie visuo-spatiale).

-Troubles oculomoteurs (nystagmus).

-Agnosies visuelles.

-Trouble de l'attention, de la concentration, et de la mémoire.

Ces derniers, déstabilisent l'enfant paralysé cérébral/IMC sur le plan relationnel (langage oral) et plus tard sur les apprentissages scolaires (langage écrit).

Conclusion :

Il est vrai que, souvent, l'on focalise notre attention sur les difficultés motrices, ces premiers signes visibles, susceptibles d'expliquer l'absence plus ou moins importante du langage oral. Néanmoins, la dysarthrie ou l'anarthrie ainsi que les troubles cognitifs spécifiques s'inscrivent comme

autres facteurs responsables des troubles de l'évolution et même de l'apprentissage du langage oral chez l'IMC.

Références

BOUAKKAZE S., Recherche en rééducation fonctionnelle infantile : examen et rééducation neuro-psycholinguistique et cognitive des troubles orthophoniques des enfants paralysés cérébraux, Thèse de Doctorat en orthophonie, Université d'Alger 2, 2007, 714p.

CHEVRIE - MULLER C., Exploration du langage oral, Le langage de l'enfant - Aspect normaux et pathologiques-, MASSON, Paris, 2000, 422p.

MAZEAU M., Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies, Rééducation Orthophonique, no 193, 1998, FNO, Paris, France, pp. 37-49.

MARCHAND M. H., Bilan de langage et diagnostic chez les enfants IMC, Rééducation Orthophonique, N° 193, Paris, 1998.