

Faculté des Sciences Humaines et Sociales –El oued-
Colloque International Sur Les Enfants ayant des besoins spécifiques
13-14-novembre 2017

**Prise en charge des difficultés de la compréhension et de l'expression orale
de l'enfant paralysé cérébral (IMC) avec trouble visuel: le nystagmus**

BOUAKKAZE-ZAZOUN SOUHILA

Docteur en orthophonie - Maitre de Conférences A –
Département d'Orthophonie - Université d'Alger 2
Praticienne -orthophoniste

Introduction :

La plupart des enfants paralysés cérébraux portent des troubles oculomoteurs, des dyspraxies visuo-spatiales, des troubles perceptifs (agnosie visuelle)... , bref, les **troubles du regard**. Ainsi, nous voulons poser la problématique de ce que nous appelons en orthophonie : **les troubles des fonctions perceptuelles** chez l'enfant paralysé cérébral (IMC). Il s'agit d'aborder leur impact sur la compréhension et l'expression orale. Plus précisément, il est question de mettre l'accent sur **le retard du développement lexical, morpho - syntaxique et sémantique** qui caractérise l'enfant IMC avec un trouble visuel particulier, à savoir **le nystagmus**.

Le nystagmus est un mouvement involontaire des deux yeux, rythmique, rapide, en saccades et qui change alternativement de sens. Ce trouble oculomoteur peut être présent dès la naissance.

Objectifs :

- Préciser les difficultés de la compréhension et de l'expression orale des enfants paralysés cérébraux au niveau lexical et morphosyntaxique.
- Mettre l'accent sur les facteurs responsables des troubles de l'évolution et même de l'apprentissage du langage oral.
- Aborder la prise en charge des difficultés de la compréhension et de l'expression orale de l'enfant paralysé cérébral (IMC) avec trouble visuel: le nystagmus.

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 COMPREHENSION

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.

Nous rappelons que l'examen de la compréhension orale est réalisé à travers :

- Epreuves de désignations d'objets (mots).
- Epreuves de désignation d'images (phrases).

Il en résulte une désignation difficile, voire impossible.

Les raisons

Le problème moteur :

C'est le premier facteur entravant l'apprentissage du langage oral. On parle de 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 stimuli multiples sonores qu'ils entendent. Cela entrave plus ou moins sévèrement la compréhension du lexique. Marchand (1998) parle de difficultés à segmenter la chaîne parlée, donc à repérer l'enveloppe d'une unité sonore signifiante.

En fait, **l'activité perceptive** est constamment parasitée à cause de lésions cérébrales précoces. Donc, il y a **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 trouble sémantique ou trouble 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

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.

Ainsi, 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. Parfois, ils enregistrent un retard jusqu'à l'âge de 3 ans, puis grâce à une éducation adaptée, ils 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, absence des verbes et 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'enfant 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.

Les raisons

-Les troubles neuro-moteurs :

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 ceux 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 est supprimé. Tout le langage oral peut être supprimé c'est-à-dire absent. Les enfants peuvent atteindre des anarthries sévères.

Au total, 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 s'inscrivent comme autres facteurs responsables des troubles de l'évolution et même de l'apprentissage du langage oral chez l'IMC.

Prise en charge des difficultés de la compréhension et de l'expression orale de l'enfant paralysé cérébral (IMC) avec trouble visuel: le nystagmus.

Présentation de l'enfant D.R

Il s'agit de l'enfant D. R. Il s'est présenté à notre consultation d'orthophonie à l'âge de deux ans pour une absence totale de langage oral. L'on a détecté

également des troubles de la déglutition. D. R. est le 2ème enfant d'une fratrie de 03 garçons. Les parents sont ingénieurs en informatique. Ils sont très conscients et très sérieux quant au suivi et aux soins de leur enfant.

Sur le plan moteur, les membres supérieurs ne sont pas atteints. Le médecin rééducateur a indiqué la rééducation fonctionnelle uniquement pour les membres inférieurs à cause du retard de la marche. Aussi, une rééducation est mise en place face à une insuffisance posturale (position assise partiellement acquise).

Sur le plan perceptif, un nystagmus est relevé.

Remarques sur les problèmes visuels de D. R.

D. R. présente une négligence visuelle siégeant dans différentes parties de l'espace. Tantôt, il repère l'objet. Tantôt, il l'ignore. Il peut s'agir de déficit opto-moteur ou d'un problème de stratégie exploratoire. En tout cas, la fixation d'un objet ou sa poursuite dans l'espace sont clairement perturbées. Il va de soi que cela va avoir une incidence sur l'élaboration des gnosies visuelles et des repères spatiaux. Ainsi, malgré les nombreuses consultations entreprises par des ophtalmologues, diagnostiquant un nystagmus, jusqu'à présent l'on est encore dans l'impossibilité de savoir jusqu'à quel point D. R. peut percevoir l'objet: voit-il tout l'objet? Seulement les contours? Une portion...?

Tout le monde s'accorde que l'exploration des objets débute lorsque l'enfant a développé, entre autres, sa capacité de regarder.

Nous ne pensons pas que D. R. avait acquis cette aptitude, si bien qu'il portait immédiatement tout à sa bouche. Ainsi, à défaut de ses yeux, il opte pour un autre type de perception lui permettant d'explorer le monde extérieur.

LE LANGAGE ORAL

1- Le vocabulaire :

D. R. émet clairement [papa] et [mama], les autres mots sont incompréhensibles, exprimés comme des néologismes:

[qɔ̃ba], [tɔ̃ba]...

2- Possibilité de combiner les mots:

Épreuve impossible du fait de l'absence du vocabulaire. D.R utilisait des signes gestuels, des cris...pour se faire comprendre pour boire, pour manger...

3-Nommer des objets:

Ici, il faut surtout relever, que D. R a des difficultés à fixer tout l'objet. Le nystagmus dont souffre l'enfant, responsable de la pathologie du regard, interfère dans les différents apprentissages déjà difficiles en raison des troubles moteurs. Ainsi, D. R. ne peut, par exemple, jouer comme les autres enfants. Il y a des choses importantes qu'il ne peut pas apprendre (l'espace, les distances, certaines parties du corps...). La connaissance du monde autour de lui se fait avec beaucoup de difficultés. Pour se désigner, il utilisait le geste de la main. Enfin, la pauvreté du vocabulaire rend difficile la communication orale. D'ores et déjà nous pensions aux conséquences de ces troubles sur son avenir scolaire.

Compréhension du langage

Les points relevés et explorés chez notre patient :

-Non (exprimant le refus) : il le fait aisément. D. R. sait ce qu'il veut et ce qu'il ne veut pas. Il s'entête pour obtenir ce qu'il veut, utilise tous les moyens : pleurs, cris...

-Désigner quelques objets: n'y arrive pas. Désigner père, mère: il le fait aisément. Il désigne aussi son grand frère.

Parties du corps: entre la tête, la bouche, les oreilles et la main, il ne désigne que la bouche et la main.

Il apparaît que D. R. montre une compréhension du langage oral assez perturbée. En fait le déficit visuel l'empêche de répondre directement à nos attentes (désigner, ramener...).

En conclusion, D.R. se situe au degré 4 lequel correspond au trouble maximum, c'est –à-dire l'absence de langage oral. Cela nous a amené à élaborer un plan de rééducation spécifique.

Education du langage oral:

Les principales attitudes adoptées avec D.R. sont réalisées en étroite collaboration avec les parents. Autrement dit, tout geste, tout conseil est repris quotidiennement, du fait que l'enfant ne passait à notre consultation qu'une fois par semaine :

- Accepter au début n'importe quelle forme de langage: l'important est d'amener l'enfant à s'exprimer.
- Ne pas être angoissé devant les difficultés de l'enfant et ne pas chercher à lui extraire de force des paroles (un bon apprentissage se fait dans l'activité et dans la joie, émotion positive).
- L'enfant est constamment dans un BAIN DE LANGAGE qui lui permet d'établir la relation entre les significations acquises et la forme verbale correspondante. C'est ce que l'on appelle le code oral (qui peut rester inaccessible chez certains IMC, à cause de leur handicap physique excessif).
- La maman doit être plus "bavarde" lorsque son enfant est IMC. Elle lui parle précisément de ce qu'elle fait avec lui, ou de ce que lui est en train de faire, ou devrait faire, ou encore ne devrait pas faire. Ainsi, le mot correspond à l'objet ou à la personne, et la phrase (simple, affirmative, négative ou interrogative) correspond à la situation.
- Beaucoup lui parler en prenant appui sur toutes les sollicitations auditives, tactiles, gustatives et olfactives sans se soucier du silence de l'enfant.
- Manifester de l'enthousiasme lorsqu' un nouveau mot est enfin sorti.

Les parents de D.R. ont bien saisi ces principes. Ils les mettent en œuvre volontiers.Par ailleurs, nous ne pouvons pas ignorer son trouble de la fonction

perceptive. Ainsi, nous avons élaboré un suivi spécifique, dont voici les principales étapes:

Développer diverses perceptions (non visuelles) et établir leur correspondance avec la compréhension du langage. Cet aspect de l'éducation rentre dans le cadre de l'éducation du vocabulaire et de la sémantique, les deux modes perturbés dans la représentation cognitive du langage chez D. R.

Notre action fût double:

-Amener l'enfant à préciser ses diverses perceptions (tact, goût, odorat, olfaction). Cela étant en connexion avec les perceptions auditives des signes que comporte le langage parlé. Autrement dit, le tout est verbalisé à l'enfant de façon simple et claire.

-Amener l'enfant à utiliser au maximum son potentiel visuel. C'est la stimulation de la vision, ou plus exactement, c'est le travail du regard.

Dans cet aspect de l'éducation, nous avons approché 03 paramètres perturbés chez D. R.:

1-La fixation: l'enfant apprend à "fixer"

2- La poursuite

3- L'exploration

Deux principes constituent notre tactique d'exploration:

1-L'organisation du matériel (objets) est toujours présentée de façon identique. La répétitivité et la stabilité du même stimulus facilitent beaucoup la tâche de l'enfant et l'amène à le repérer rapidement.

2-La verbalisation

Nous verbalisons au maximum pour décrire les relations topologiques, les raisonnements. Nous expliquons l'espace, et fournissons des informations **afin de contourner cette incapacité de s'approprier l'objet par le regard.**

Exemple: «tu mets le cheval près de toi...», D.R adore le cheval.

La rééducation de la coordination oculo – manuelle:

Ce sont des jeux divers pour apprendre à orienter son geste, à exercer sa préhension avec un contrôle visuel. Nous avons utilisé avec D. R. les jeux de pointage, de piquage, de saisir d'objets dans les différentes positions de l'espace...

La rééducation des troubles gnosiques

Ici, c'est carrément le canal auditivo - verbal qui est sollicité. On donne à l'enfant des tactiques d'exploration et de raisonnement pour signifier l'objet et éventuellement l'amener à le verbaliser.

Exemple: «tu vois cette pomme elle est ronde, rouge, touches - là. Tu veux goûter de cette pomme, elle est bonne... C'est une pomme n'est-ce pas ?... ».

Ainsi, le mot pomme est répété et bien accentué pour entraîner l'enfant par imitation à le dire. En même temps, l'on développe les gnosies laryngées en mettant la main de l'enfant sur notre larynx tandis que l'on prononce des consonnes sourdes, puis des consonnes sonores et lui faire éprouver tactilement la différence.

Evolution de D. R. :

D. R. progresse dans tous les domaines : il commence à marcher, il apprécie les contacts avec les autres enfants. Au début, les ruptures d'attention étaient fréquentes, mais après il commence à manifester un plaisir de nous retrouver, puis réclamer nos jeux. Il est joyeux. Il exprime son contentement, son désagrément, son opposition avec des nuances non-verbales significatives. Jusqu'à l'âge de 05 ans, il ne produisait que quelques mots : mama, papa, dada (son frère), ballon, chat... A partir de 05 ans, un déclic s'est produit : il a commencé à évoluer sur le plan oral, il commence à s'exprimer avec des petites phrases. Des troubles articulatoires sont notés.

Par rapport aux apprentissages, il a commencé à acquérir :

- les notions de couleurs, de formes ;

- l'apprentissage de la lecture des phonèmes écrits et des chiffres écrits se met en petit à petit en place.

Conclusion :

Pour espérer une évolution positive de la communication orale des enfants paralysés cérébraux souffrant d'un nystagmus, il est essentiel d'insister sur la stimulation de la vision, le travail gnosique, la rééducation de la dyspraxie visuo-spatiale ainsi que la stimulation des autres gnosies autres que visuelles. C'est cela qui pourrait garantir une réelle intégration scolaire. Autrement, l'enfant sera ballotté d'un centre à un autre à cause de la non reconnaissance et la non compréhension de ces troubles neuro-moteurs et cognitifs.

Références:

-BOUAKKAZE SOUHILA, 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.

- **LAPORTE MANY**, Champs d'application pratique de l'orthoptie dans le domaine de l'éducation thérapeutique des enfants IMC, Motricité Cérébrale, no2, 2004, Masson, Paris, France, pp. 74-85.

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

