

# Atteinte neurovisuelle et perturbations de l'acquisition du langage oral chez l'enfant paralysé cérébral : à propos d'un cas rééduqué

Dr. BOUAKKAZE-ZAZOUN SOUHILA  
Université Abou el Kacem Saâdallah - Alger 2 / Algérie  
bouakkazesouhila@yahoo.fr

Date de soumission: 21/04/2020      Date d'acceptation: 11/06/2020

## Résumé:

Nous voulons poser la problématique du trouble du regard de l'enfant paralysé cérébral (IMC) à travers ce que nous appelons en orthophonie : les troubles des fonctions perceptuelles. Il s'agit d'aborder leur impact sur la compréhension et l'expression orale. Ainsi, il est question de mettre l'accent sur le retard du développement lexical, morpho-syntaxique et sémantique qui caractérise l'enfant IMC.

Nous illustrons cela par une étude de cas très intéressante. Il s'agit d'un enfant IMC avec un trouble visuel particulier, à savoir le nystagmus. Nous l'avons rééduqué de l'âge de deux ans et demi jusqu'à l'âge de cinq ans. Nous verrons que son évolution est positive : la prise en charge orthophonique a permis des progrès notables en insistant sur la stimulation de la vision, le travail gnosique ainsi que la rééducation de la dyspraxie visuo-spatiale.

**Mots clés:** Paralysie cérébrale - IMC - fonctions perceptuelles - nystagmus - retard lexical - retard syntaxique.

**الملخص:**

نريد طرح اشكالية اضطراب البصر عند الطفل المصاب بالشلل الدماغى (الإعاقة الحركية العصبية) من خلال ما نسميه فى الأرتوفونيا اضطراب الوظائف الإدراكية. يتعلق الأمر بدراسة تأثيرها على الفهم و التعبير الشفوي. بصفة ادق نركز على تأخر النمو اللغوي على المستوى اللفظي و النحوي و الدلالي الذي يميز الطفل المعاق حركيا عصبيا مع وجود اضطراب بصري خاص يسمى اضطراب الرؤية. نجسد هذه المعطيات من خلال تقديم حالة طفل. قمنا بالتكفل به من سنتين و نصف الى 5 سنوات. سنرى أن تطوره جد ايجابي اذ سمح التكفل الأرتوفوني بالحصول على نتائج ملحوظة وهذا من خلال تربية الرؤيا والعمل المغربي وايضا اعادة تربية التأزر الحركي البصري- المكاني.

**الكلمات المفاتيح:** الشلل الدماغى - الوظائف الإدراكية - الرؤية - تأخر المفردات - بناء الجملة.

**Abstract**

We want to pose the problem of the gaze disorder of the cerebral palsy child through what we call in speech therapy: disorders of perceptual functions. . This is about addressing their impact on listening comprehension and speaking. Thus, it is a question of emphasizing the delay of the lexical, morpho-syntactic and semantic development which characterize the child cerebral palsy with a particular visual disturbance, namely the nystagmus.

We illustrate this with a very interesting case. We re-educated him from the age of two to the age of five. We will see that its evolution is positive: speech therapy has enabled notable progress by insisting on stimulation of vision, gnosis work as well as the rehabilitation of visuospatial dyspraxia.

**Key-words:** perceptual functions - cerebral palsy - nystagmus - lexical delay - syntactic delay.

## 1- Introduction

A travers cet article, nous voulons témoigner de notre expérience clinique auprès d'enfants paralysés cérébraux. Elle est forgée par une pratique dans un service de médecine physique et réadaptation, une pratique libérale, le tout enrichi de la réflexion d'un enseignement au département d'orthophonie de l'université d'Alger<sup>2</sup>.

Les enfants paralysés cérébraux peuvent être IMC (infirmités motrices cérébrales) ou polyhandicapés (IMC avec d'autres handicaps surajoutés).

Ainsi, nous sommes constamment confrontés à ces deux catégories d'enfants en notre consultation d'orthophonie. Rappelons que la paralysie cérébrale est la conséquence d'une atteinte cérébrale précoce et non évolutive, avant la naissance, pendant la naissance, ou dans les deux premières années suivant la naissance.

Rosenbaum (2006) évoque un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson.

Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par les problèmes musculo-squelettiques secondaires.

Les causes de la paralysie cérébrale sont multiples : infection pendant la grossesse, AVC fœtal, souffrance néonatale, grande prématurité, ictère grave, méningite grave, traumatisme crânien avant 2 ans.

C'est le handicap moteur qui s'installe en premier lieu. Les atteintes motrices portent sur les 4 membres mais aussi sur le tronc et la face. Plus précisément, l'on observe une mauvaise tenue du tronc, un contrôle de la tête souvent faible, des difficultés à prendre les objets (mains trop spastiques), un retard de la marche pour la plupart des IMC. En parallèle, des troubles cognitifs et/ou sensoriels sont observés.

En effet, la lésion cérébrale diffuse est également responsable de déficits plus ou moins importants des fonctions supérieures et sensorielles entravant souvent le développement cognitif et sensoriel.

Ainsi, la plupart de ces enfants portent des troubles oculomoteurs, des dyspraxies visuo-spatiales, des troubles perceptifs (agnosie visuelle), ..., bref, les troubles du regard (Mazeau, 1998). Les zones de l'oculomotricité se situent dans les aires frontales (attention

visuelle), pariéto-occipitales (décodage) et au niveau du tronc cérébral (traitement de l'information). Cette complexité explique l'importance des troubles oculomoteurs en cas de lésions cérébrales (Mazeau, 1996).

En orthophonie, on rééduque les enfants paralysés cérébraux (infirmes moteurs cérébraux) pour améliorer leur parole, leur langage, leur communication (orale et écrite). Notre but, ici, est d'attirer l'attention sur des déficits cognitifs et sensoriels particuliers, car souvent, ils constituent une entrave à cette rééducation et donc aux apprentissages.

En fait, une atteinte neurovisuelle peut induire chez eux des problèmes de concentration, une mauvaise organisation dans la stratégie du regard, des erreurs visuo-spatiales et visuo-attentionnelles, une lenteur dans la réalisation de certaines tâches (remettre le rond dans son trou sur la planchette, chercher la cuillère tombée, attirer l'anneau vers eux en se servant de la ficelle...) (Items du Brunet-Lézine Révisé, Echelle du développement psychomoteur de la première enfance). Au final, l'on assiste à une perturbation de l'acquisition du langage oral, pouvant aller à une absence totale de la parole.

Il faut souligner que les troubles des fonctions perceptuelles des sujets IMC en notre milieu clinique algérien n'ont fait l'objet que d'un nombre restreint d'études, particulièrement lorsqu'il s'agit du nystagmus. Car à côté des strabismes (défaut de parallélisme des axes visuels qui sont convergents ou divergents) également très fréquents chez de nombreux IMC, ce trouble oculomoteur peut être présent dès la naissance. En fait, le nystagmus est un mouvement involontaire des deux yeux, rythmique, rapide, en saccades et qui change alternativement de sens. Dans la paralysie cérébrale, il est dû à une pathologie anténatale, périnatale ou post-natale grave du système nerveux central avec de lourdes séquelles visuelles et neurologiques (nystagmus neurosensoriel) (Vighetto, 2014). L'auteur parle, à juste titre, de déficit de la stabilisation du regard qui entrave considérablement la fixation de l'objet. Les conséquences motrices du nystagmus peuvent entraîner une baisse d'acuité visuelle, une sensibilité à la lumière, étourdissements, et même une tendance à maintenir la tête dans une position tournée ou inclinée.

Il faut surtout signaler la difficulté de l'enfant à profiter de tous les bénéfices de la prise en charge orthophonique des fonctions langagières ne pouvant pas utiliser ses yeux à bon escient. Dès lors, l'orthophoniste lui-même réalise progressivement la gravité de la situation : les stimulations ne passent pas par les « yeux », meilleur canal pour faire évoluer les capacités langagières orales et écrites.

Ainsi, nous voulons poser la problématique de ce que nous appelons en orthophonie : les troubles des fonctions perceptuelles chez l'enfant paralysé cérébral (IMC). Quel est leur impact sur la compréhension et l'expression orale. Plus précisément, comment se manifeste le retard du développement lexical, morpho - syntaxique et sémantique qui caractérise l'enfant IMC. Et enfin, comment y remédier ?

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, et enfin, 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, répondra à nos questionnements.

## **2-Méthodologie et recueil des données**

### **2-1-Description de l'outil d'investigation :**

Pour analyser le langage oral chez l'enfant paralysé cérébral, notre outil de travail est l'ETL (Education Thérapeutique du Langage), test de langage de Tardieu et de Chevrie-Muller (1979), adapté pour enfants paralysés cérébraux/IMC, version algérienne (2007). L'ETL (version en arabe dialectal) est le premier outil clinique algérien, à l'attention des enfants IMC, présenté dans la recherche doctorale que nous avons soutenue en 2007. Il renferme l'investigation de quatre fonctions, à savoir : la respiration, l'articulation, la parole et le langage oral. Ici, deux principaux niveaux sont évalués. Il s'agit du niveau de compréhension orale et le versant expressif.

### **2-2-Présentation de l'enfant :**

L'enfant que nous allons étudier est suivi dans le service de médecine physique et réadaptation de l'EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) de Ben Aknoun à Alger. Il est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins physiques et réadaptation, kinésithérapeutes et ergothérapeutes, orthophonistes et psychologues cliniciens. En orthophonie, les enfants paralysés cérébraux sont adressés systématiquement quand le problème de la communication orale est posé.

Il s'agit de l'enfant D. R. Il se présente à notre consultation d'orthophonie à l'âge de deux ans et demi pour une absence totale de langage oral. L'on détecte également des troubles de la déglutition. Sur le plan moteur, les membres supérieurs ne sont pas atteints. Le médecin spécialisé en médecine physique et réadaptation indique 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 visuel, un nystagmus est relevé. D. R. bénéficie de nombreuses séances de prise en charge orthophonique. Entre l'âge de 2 ans et demi et 5 ans, les séances sont très fréquentes, de 2 à 3 séances par semaine, à raison de 45 mn à une heure de temps. A partir de 5 ans, et compte-tenu de l'évolution positive de l'enfant, la prise en charge se poursuit à raison d'une fois par semaine, puis une fois par mois. En fait, le reste du temps est consacré à la scolarité. D. R. est scolarisé dans une école primaire ordinaire.

### **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 (Mazeau, 1998). 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.

### **3-Résultats**

#### **3-1-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...). Les ophtalmologues doivent se pencher sérieusement sur cette pathologie quand elle touche la population des IMC. Car, ce n'est pas suffisamment le cas aujourd'hui.

### **3-2-Expression orale:**

Compte -tenu de l'âge de D. R. (2 ans et demi), nous ne lui avons passé, bien entendu, que les épreuves ne dépassant pas le stade de cet âge. Ainsi, nous explorons les épreuves suivantes:

#### **3-2-1-Le vocabulaire:**

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

#### **3-2-2- 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...

#### **3-2-3 -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 utilise le geste de la main. Enfin, la pauvreté du vocabulaire rend difficile la communication orale. D'ores et déjà nous pensons aux conséquences de ces troubles sur son avenir scolaire.

En conclusion, D.R. se situe au degré 4 lequel correspond au trouble maximum, c'est -à-dire l'absence de langage oral, à partir des feuilles de récapitulation de l'examen ETL, où chaque activité de l'enfant est cotée de 0 à 4. Cela nous a amené à élaborer un plan de rééducation spécifique.

## **4-Discussion**

Avant d'engager un travail rééducatif personnalisé de D.R et à la lumière de nos hypothèses et des données théoriques abordées précédemment, la passation de l'ETL nous a permis de mettre en évidence un certain nombre d'aspects sujets à discussion.

#### **4-1-La compréhension**

##### **4-1-1-La compréhension au niveau lexical et syntaxique**

**A- La compréhension lexicale**, c'est-à-dire comprendre le mot isolé ou le même mot dans des structures phrastiques, s'est avérée déficitaire. D'ailleurs cela se voit chez une bonne partie des enfants paralysés cérébraux que nous avons l'habitude d'approcher.

**B-La compréhension syntaxique** est également déficitaire : la majorité des enfants paralysés cérébraux éprouvent plus de difficultés à saisir les multiples significations quand il s'agit de phrases richement élaborées (Marchand, 1998).

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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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, une audition normale, et une reconnaissance des bruits fluctuante : parfois possible, parfois non (Marchand, 1998).

#### **Au total :**

Dans la paralysie cérébrale (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.

### **4-2-L'expression**

#### **4-2-1-L'expression au niveau lexical et au niveau syntaxique**

Certains dysfonctionnements langagiers peuvent très largement être assimilés aux pathologies développementales que sont les retards de développement de la parole et du langage décrits chez l'enfant sans lésion cérébrale, mais également évoquer des tableaux plus sévères de troubles spécifiques du langage, ou dysphasies (Aupiais, 2017).

L'on note principalement une réduction importante du langage spontané, un trouble d'évocation allant vers le mutisme, et l'agrammatisme. 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 (J. L. Lambert, X. Seron, 1982). Ainsi, le développement lexical et morphosyntaxique est retardé chez l'enfant IMC par rapport à l'enfant sans paralysie cérébrale.

Selon Chevie-Muller et Narbona (2000), les troubles du langage oral sont plus fréquents chez les enfants athétosiques par rapport aux enfants spastiques. Or nos observations révèlent que 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), omission 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 de langage oral 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 (Marchand, 1998).

##### **-La dysarthrie et l'anarthrie sévère :**

L'enfant présente des troubles articulatoires importants, cela réduit beaucoup l'intelligibilité de son discours (dysarthrie sévère). Plusieurs études ont observé une corrélation entre les troubles articulatoires d'enfants paralysés cérébraux et certaines faiblesses au cours de tâches linguistiques telles que le vocabulaire réceptif et la discrimination de phonèmes, émettant l'hypothèse d'une probable répercussion des uns sur les autres (Aupiais, 2017).

Ainsi, la substitution se manifeste par les remplacements de phrases verbales par un seul monème (un mot ou un verbe), nous l'avons vu avec l'enfant D.R. 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. A ce propos, Truscelli (2006) s'interroge sur les supports sur lesquels se fait le développement de la construction du langage intérieur, en l'absence totale ou presque de toute émission vocale, et cela lorsque l'on est confronté à une dysarthrie massive.

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.

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

#### **5-1-Education du langage oral de l'enfant D.R**

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. C'est l'objectif visé pour notre patient.

Ainsi, il s'agit d'appliquer les principes suivants :

-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. Par exemple :

[xɔʎlli lbɔnana te3 xok, haylik bɔnana ta3ek] « Laisse la banane de ton frère, voilà ta banane ».

La maman lui tend sa banane, en accentuant le mot [bɔnana].

[ħabbit lma ?] « Tu veux de l'eau ? »

Elle lui tend un verre, en répétant le même mot [lma].

Ainsi, le mot correspond à l'objet ou à la personne, et la phrase (simple, affirmative, négative ou interrogative) correspond à la situation.

- La technique du « ou bien, ou bien » pour inciter davantage l'enfant à parler. Au lieu de lui dire : [t ħab takul bŏnana ?] « Tu veux manger une banane ? ». La maman a compris qu'il vaille mieux lui dire : [t ħab takul bŏnan wella lxobz ?] « Tu veux manger la banane ou le pain ? ». S'il n'arrive pas à dire le mot choisi, il se « débrouillera » pour se faire comprendre. Il est important que la maman ne se presse pas pour lui tendre l'objet en question, faisant mine de ne pas comprendre.

- 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.

- Imiter les cris d'animaux tel que le petit cheval qui attire beaucoup D.R, dont on accompagne le galop, ou encore le bruit de l'avion...

- Pour les enfants plus grands, dans le même ordre d'idées, l'on indique l'intérêt des dessins animés à la télévision, mais à condition que cela soit en présence de la mère ou du père. Les parents repèrent un ou deux dessins animés (ou plus selon le goût et l'envie chez l'enfant de regarder la télévision) par lesquels l'enfant est attiré. En fait, l'attrait se fait par la musique, les personnages, les couleurs, le mouvement et l'action du dessin animé. Le fait de voir et de revoir quotidiennement les mêmes dessins animés, avec la même musique attirera l'enfant. Et c'est là où l'intervention des parents est obligatoire et primordiale : l'enfant sera amené avec l'aide de la mère ou du père à nommer les personnages, à chanter le générique, donc à parler. La maman de D.R suit avec son enfant toute la partie (10mn à 12 mn) du dessin animé, elle raconte sans hésiter tous les détails qui apparaissent sur le petit écran : les actions (les verbes), les objets (les noms)... L'enfant entend des mots, des phrases, des exclamations, du rire, les pleurs...la maman imite et explique tout cela à son enfant. Ce travail est réitéré, jour après jour sans se lasser.

- Enfin, utiliser des objets concrets pour inciter l'enfant à dire le nom. Il est bien entendu qu'avec D.R nous n'avions en vue que le développement du vocabulaire. L'enfant parlait très peu, donc l'on se gardait de corriger sa prononciation. Le plus important est dès qu'il y ait une tentative pour dire un mot, même inintelligible, il faut l'encourager à le redire, pour qu'il arrive à l'utiliser couramment.

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. Il s'agit de 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 également mais aussi 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). Nous avons utilisé divers moyens : le froid, le chaud... pour le tact. Le sucré, le salé... pour le goût. Le café, le vinaigre, l'alcool, le parfum de la maman... pour l'odorat. 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": dans cet apprentissage qui est poursuivi également à la maison avec les parents, nous avons utilisé divers moyens: torche lumineuse (qu'on allume et qu'on éteint plusieurs fois de suite), des petits objets de couleur vive ou très contrastés (noir et blanc). Nous avons aidé l'enfant à repérer un stimulus et à orienter son regard, en ajoutant à l'objet en question, un son, un bruit, dont l'enfant situe bien la source (exemple de la peluche rouge qui chante). Nous avons utilisé, également, des petites balles très colorées, que l'on faisait apparaître dans divers champs de l'espace

**2-La poursuite:** Après plusieurs séances de travail sur la fixation d'un objet, en tenant compte de sa taille, la distance de présentation, le champ visuel... on s'est préoccupé par la suite du suivi de l'objet. Cela se fait à petite vitesse et dans de petites amplitudes afin d'obtenir une poursuite souple. Avec D.R., on a utilisé des circuits de balles, des petites voitures...

**3-L'exploration:** C'est une rééducation plus fonctionnelle. Il faut faire prendre conscience à l'enfant des champs non explorés pour lui et stimuler la perception vers l'espace fréquemment oublié. Ce travail se fait dans des jeux diversifiés. Selon l'âge de D.R., nous avons utilisé: les jeux d'appariement (lego), les activités basées sur la découverte et la maîtrise des relations spatiales: remplir / vider, cacher / trouver, construire / détruire...

### 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'amènent 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: [ ħatt l3awd qeddamek ] «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 saisie 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: [rak tchouf had lbalun mdawwer ħmar messu]. [t ħab tel3ab belbalun ? hada balun ?].

«Tu vois ce ballon ? Il est rond, rouge, touches - le. Tu veux jouer avec ce ballon ? C'est un ballon n'est-ce pas ?... ».

Ainsi, le mot [balun] «ballon» 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.

### 5-2-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.

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 :**

Le regard joue un rôle essentiel dans la perception de l'environnement. Nous avons posé la problématique du trouble du regard de l'enfant IMC à travers ce que nous appelons en orthophonie : les troubles des fonctions perceptuelles. Très pénalisants, d'abord sur le plan des échanges et de la communication, puis ultérieurement sur le plan scolaire, ces anomalies neurovisuelles méritent d'être reconnues. La recherche de nouvelles pistes investigatrices et rééducatives des stratégies de regard valides doit être un objectif pour aider ces enfants à utiliser au mieux leur efficacité visuelle et prendre plaisir à voir et donc à apprendre.

Enfin, pour espérer une évolution positive de la communication orale des enfants paralysés cérébraux souffrant particulièrement 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.

### **Bibliographie**

- AUPIAIS B., Intervention de l'orthophoniste auprès des paralysés cérébraux, in Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés, Evaluations et traitements, D. Truscelli et coll., Elsevier Masson, 2017.

- 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.

- CHEVRIE-MULLER C., NARBONA J., Syndromes lésionnels précoces : infirmités motrices cérébrales. Pathologie de la parole et du langage, rapportés par D. Truscelli, in, Le langage de l'enfant —Aspects normaux et pathologiques—, Paris, 2000.

- CHEVRIE-MULLER C., TARDIEU G., L'éducation thérapeutique du langage, Paris, 1979.
- LAMBERT J. L., SERON X., Troubles du langage, diagnostic et rééducation, Pierre Mardaga, 1982.
- LAPORTE M., Champs d'application pratique de l'orthoptie dans le domaine de l'éducation thérapeutique des enfants IMC, Motricité Cérébrale, no2, Masson, Paris, France, 2004.
- MARCHAND M. H., Bilan de langage et diagnostic chez les enfants IMC, Rééducation Orthophonique, N° 193, Paris, 1998.
- MAZEAU M., Déficits visuo-spatiaux et dyspraxie de l'enfant, 2ème édition, 1995.
- MAZEAU M., Déficits visuo-spatiaux et dyspraxie de l'enfant, du trouble à la rééducation, MASSON, 1996.
- MAZEAU M., Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies, Rééducation Orthophonique, no 193, FNO, Paris, France, 1998.
- MAZEAU M., Neuropsychologie et troubles des apprentissages, Du symptôme à la rééducation, Masson, 2005.
- ROSENBAUM P., A report: the definition and classification of the cerebral palsy, 2006.
- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., Les feuillets de l'IMC, 1971.
- TRUSCELLI D., Syndromes lésionnels précoces : infirmités motrices cérébrales, in Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques, C. Chevie-Muller, J. Narbona, Masson, 2000.
- VIGHETTO A., Cours du DES de Neurologie, 2014.