

**Nadia SAM<sup>1</sup>**

## La prise en charge psycho-orthophonique de l'enfant IMC

### *Résumé*

*L'infirmité motrice cérébrale (IMC) occupe une place prépondérante dans notre consultation de psycho-orthophonie au sein de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé d'Azur-Plage. C'est pourquoi il est question, dans cet article, de rapporter notre expérience en ce qui concerne la prise en charge de cette catégorie d'enfants après avoir défini ce syndrome, son étiologie, ses différents types et formes cliniques et les différents troubles du langage et de la parole qui lui sont associés.*

### *1. Introduction*

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) occupe une place prépondérante dans notre consultation de psycho-orthophonie au sein de l'EHS d'Azur-Plage (Staouéli). Les troubles

---

<sup>1</sup>Psychologue-orthophoniste. Ph.D de psychologie clinique et psychopathologie, Chargée de cours à l'université Saad Dahlab (Blida) et ancienne praticienne EHS d'Azur-Plage (Staouéli-Alger).

moteurs, consécutifs à des lésions cérébrales précoces et non évolutives, sont à l'origine des difficultés articulatoires du langage parlé.

Dans la littérature française, le terme IMC renvoie à un état pathologique lié à une anomalie non évolutive et non curable des tissus cérébraux. Il résulte de lésions cérébrales précoces (de la conception à deux ans, selon Tardieu, 1954) et sont responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Cet état s'installe durant les périodes pré, péri- ou post-natales et se caractérise par des troubles moteurs. Selon Tardieu (1968) et un grand nombre d'auteurs, ce concept se réfère exclusivement aux individus d'intelligence normale, ce qui implique que cette définition exclut les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale (IMOC).

L'IMC est incluse dans la paralysie cérébrale ou '*Cerebral Palsy*', qui a été définie à Berlin (1966) et rapportée par Senez (2002), comme étant un désordre permanent et non immuable de la posture et du mouvement, dû à un dysfonctionnement du cerveau avant que sa croissance et son développement ne soient complets. Selon Truscelli (1999), la tendance actuelle de cette ancienne définition est de souligner qu'elle est essentiellement clinique et que ce vocable regroupe des handicaps cérébraux protéiformes ; de nombreuses maladies dont la cause est, aujourd'hui, bien connue, métabolique et génétique.

## 2. Prévalence

Selon Truscelli (1999), la prévalence du handicap grave sur les naissances vivantes est de 1,8 pour 1000 avec une plus grande fréquence pour le sexe masculin ; un tiers de ces handicaps correspond à la définition des IMC. Dans un autre article, Truscelli et al. (2006) rapportent que la prévalence est encore de deux pour 1000 enfants nés vivants, environ.

Malheureusement, en Algérie, nous ne disposons pas de statistiques indiquant la prévalence de ce syndrome. Toutefois, nous pouvons affirmer que l'IMC constitue la pathologie la plus fréquente dans notre consultation, depuis pré de 16 ans de pratique au sein de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé d'Azur-Plage (novembre 1989 – avril 2004). Sur 350 patients ayant consulté en psycho-orthophonie (en raison de deux fois par semaine en moyenne), nous avons reçu 200 enfants IMC. Autrement dit, ils représentent 57,41% des consultants tel que l'indique le tableau suivant :

Tableau n°1. Répartition des patients ayant consulté en psycho-orthophonie  
novembre 1989-avril 2004 selon la pathologie :

Pathologies	IMC	Aphasie de l'enfant	Aphasie de l'adulte	Autres	Total
Nombre	200	82	43	25	350
Pourcentage	57,41	23,42	12,28	7,11	100

### 3. *Etiologie*

L'IMC n'est pas une maladie génétique. Cependant, il existe des risques de récurrence lors de grossesses ultérieures si la cause de l'accident périnatal est liée à une pathologie maternelle non contrôlable. Plusieurs causes peuvent être à l'origine de l'IMC:

## Folies singulières

1. Causes anténatales (accidents vasculaires cérébraux, malformation cérébrale, incompatibilité sanguine, infection ou foetopathie: toxoplasmose...).
2. Causes néonatales (prématurité, ictère nucléaire, souffrance néonatale, anoxie...).
3. Causes postnatales (une infection, une hyperthermie, convulsions, traumatisme, une maladie métabolique...).
4. principaux types de l'IMC :

Les nombreuses manifestations peuvent être regroupées en trois grands types:

- 4.1. Spasticité : Dans ce cas, le cortex moteur cérébral est partiellement endommagé. On observe environ 70% des personnes atteintes présentant cette forme dans laquelle les muscles sont raidis.
- 4.2. Athétose : Elle représente environ 20% des personnes atteintes présentant cette forme, dans laquelle le tonus des muscles varie de façon incontrôlée en raison de l'atteinte des ganglions de la base. Elle se manifeste par des mouvements involontaires des extrémités accompagnés de mouvements de torsion de la tête et du cou.
- 4.3.. Ataxie : 10% environ des personnes atteintes présentent cette forme dans laquelle généralement le tonus musculaire est faible. L'équilibre et la coordination des mouvements sont affectés et ce, en raison d'une lésion du cervelet. Les personnes présentant cette forme tombent souvent et ont des difficultés à accomplir des activités précises comme écrire et coudre.

## 5. *Tableaux cliniques de l'IMC*

Ces tableaux sont décrits en fonction de la topographie des déficiences motrices :

### 5.1 La diplégie ou maladie de Little :

Little est le chirurgien qui a décrit ce syndrome au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il est caractérisé par l'atteinte de tout le corps particulièrement les membres inférieurs. Les déficits des membres supérieurs sont limités et se manifestent par des tremblements et une maladresse. D'autres troubles peuvent s'y associer tels un strabisme, des troubles praxiques, visuo-perceptifs ou visuo-constructifs, une épilepsie. Le langage est souvent normal.

### 5.2 La paraplégie :

Ce syndrome est rare chez l'IMC. L'atteinte touche exclusivement les membres inférieurs.

### 5.3 La triplégie :

Elle touche tout le corps et prédomine aux deux membres inférieurs et un membre supérieur.

### 5.4 La tétraplégie (ou quadriplégie) :

L'atteinte touche tout le corps. Le trouble est donc massif et associe une insuffisance posturale de tronc, un contrôle de la tête souvent faible, une raideur des membres. Ce syndrome peut s'associer à des convulsions, des déficits du langage et de la parole, de la coordination oculaire.

### 5.5 La monoplégie :

Elle touche un membre le plus souvent le bras.

### 5.6. L'hémiplégie cérébrale infantile :

Il s'agit d'une atteinte qui touche un hémicorps mais prédomine souvent au membre supérieur. Parfois, on observe une lésion controlatérale minime à la suite d'une lésion qui n'est pas strictement limitée à un seul hémisphère. Les déficits associés sont une hémianopsie (perte de la vision d'une moitié du champ visuel), un strabisme, une astéréognosie (non reconnaissance par le toucher des formes, des volumes), troubles spécifiques du langage, troubles visuo-spatiaux, épilepsie. Le handicap est repérable dès 4-5 mois.

## 6 *La pathologie centrale de l'oropharynx*

On ne peut parler des troubles du langage et de la parole chez l'enfant IMC sans aborder, au préalable, les déficits de l'oropharynx engendrés par la lésion cérébrale.

### 6.1 Troubles de l'alimentation et de la déglutition :

Lorsque la pathologie cérébrale se manifeste chez le nouveau-né, ce sont les mécanismes réglant l'alimentation et la déglutition qui sont souvent touchés et ce, de façon évidente. Truscelli (1999) souligne que cela peut dominer la clinique pendant les premières semaines et obliger au gavage de durée variable. Des mois plus tard, les repas sont difficiles ce qui épuise les parents ainsi que les enfants. Selon cet auteur, certains troubles sont liés à la perte totale ou partielle des mécanismes innés permettant normalement la réalisation élémentaire de la succion (qui est parfaite dès la naissance) aux mouvements de malaxage réalisés grâce au péristaltisme lingual ; performances facilitées par des programmes moteurs innés dont certains se perfectionnent sous l'effet de l'expérience (Le Metayer, 1993). D'autres troubles peuvent résulter d'un retard praxique expliqué, au moins en partie, par les difficultés motrices, ou parfois, au contraire, d'une réelle dyspraxie bucco-faciale alors que l'équipement de base est présent.

## 6.2. Les fausses routes :

Il est évident que pour s'alimenter, il faut fermer la bouche. Lespargot (1989) rapporte que les divers déficits gênant l'absorption des aliments liquides puis solides, difficilement mâchés, vont compromettre les mouvements d'avant en arrière nécessaires à l'activité réflexe de l'arrière-gorge ; ils seront à l'origine de *fausses routes trachéales*, redoutées qui peuvent créer un état bronchiques plus ou moins chroniques retentissant sur l'état général.

## 6.3. Bavage :

Le terme de "bavage" a été consacré par l'usage, il peut apparaître selon les auteurs sous la dénomination d' "incontinence salivaire" ou de "sialorrhée". Truscelli (1999) souligne que les risques de bavage sont souvent causés par les raideurs des muscles du plancher de la bouche et leur corollaire, par l'insuffisance de la contraction au bon moment de ces mêmes muscles et par la faiblesse de l'occlusion des lèvres.

En accord avec plusieurs auteurs tels que Blasco et Allaire (1992) et Lespargot (1994), Truscelli (1999) signale qu'il n'existe pas de production excessive de salive mais on retrouve plutôt une mauvaise évacuation des volumes salivaires, au-delà des âges habituels de tolérance. Les symptômes sont variés depuis les lèvres constamment mouillées, la "goûte" au niveau du menton jusqu'au sévère bavage qui trempe les vêtements et les objets à l'entour. Le bavage peut se produire par trouble de l'aspiration intrabuccale ou bien, après une aspiration correcte, par manque d'efficacité des mouvements linguaux, lorsqu'il s'agit de vider le réservoir salivaire central. Enfin, peut exister une incontinence salivaire postérieure qui, a tout moment, déclenche des essais de toux par encombrement pharyngé, la plupart du temps insuffisants pour éviter la fausse route.

#### 6.4 La respiration :

Elle est souvent touchée chez les enfants IMC. L'inspiration est peu profonde et même quand elle est suffisante, l'expiration se fait de façon saccadée car le diaphragme ne se décontracte pas progressivement. On retrouve ici l'intérêt de l'étude de la stabilité du moignon de l'épaule. Dans les cas graves, la seule stabilité possible du diaphragme n'est obtenue qu'en fin d'expiration : une situation paradoxale autorise une émission vocale aigue de courte durée. Il existe une grande différence entre les possibilités de régulation du système au repos et lors des synchronisations nécessaires à la parole (Truscelli, 1999).

### *7. Les troubles de la parole et du langage*

La variété des déficits de la parole et du langage présentés par l'enfant IMC est le reflet de la diversité existante au niveau de la symptomatologie organique.

#### 7.1. Les troubles de la parole :

La parole comporte plusieurs niveaux mettant en action des structures anatomiques et des mécanismes physiologiques distincts : la soufflerie, la phonation et l'articulation. Toute atteinte de l'une de ces composantes anatomo-physiologiques entraîne la présence de troubles.

##### 7.1.1. Troubles de la soufflerie :

L'incidence des troubles respiratoires sur la parole des IMC est multiple :

- Troubles de la phonation. On note que nombreux sont les enfants IMC spastiques parlent sur le temps inspiratoire;
- réduction du nombre de syllabes par expiration.



Dans les troubles de la phonation, l'étiologie est double :

- Persistance du réflexe laryngé primitif entraînant des déficits phonatoires associés à une activité anarchique de la glotte;
- syndrome paralytique pouvant revêtir une double forme : flasque ou spastique.

De ce fait, la voix peut être athétosique ou spastique.

-La voix athétosique : est souvent grave, d'intensité faible ou forcée, le volume est irrégulier, la réalisation se fait souvent durant l'inspiration.

-La voix spastique : haute et forcée, hyper-nasalisation, volume sonore irrégulier comme chez les athétosiques.

#### 7.1.2. Troubles de l'articulation :

Les déficits liés à l'IMC touchent également la mise en action des cavités de reconnaissance supra-laryngée qui sont le pharynx, le nez, la bouche, les lèvres lors de la labialisation. A ce niveau, c'est principalement la paralysie des complexes musculaires de ces cavités qui entraîne la persistance de troubles articulatoires.

#### 7.1.3. Troubles du rythme de la parole :

Les troubles de la parole se manifestent par :

- un bégaiement tonique ou clonique;
- un arrêt de la parole;
- des vocalisations saccadées souvent durant l'inspiration.

#### 7.1.4. Troubles de l'audition :

Des troubles auditifs ont été retrouvés chez l'IMC. Bien que la perception auditive ait reçu l'attention des disciplines comme l'audiologie, les relations entre les déficits auditifs non massifs et les troubles de la parole ne sont pas clairement décrites.

## 7.2. Les troubles du langage :

Les conduites langagières des sujets IMC n'ont fait l'objet que d'un nombre restreint d'études. Il est généralement admis, en effet, que les enfants IMC ne présentent pas de troubles spécifiques du langage, hormis un retard plus ou moins dans son acquisition ou dans son développement ; retards causés par les déficits moteurs en général et les troubles de la parole, en particulier.

Dans le cas de retard de l'acquisition et du développement du langage, nous devons tenir compte de l'existence de troubles cognitifs qui sont :

- Des troubles du regard qui induisent certaines anomalies de structuration spatiale en particulier, sur le plan scolaire de dysorthographe et d'une grave dyscalculie.

- Une agnosie visuelle qui constitue en une difficulté spécifique à décoder, à interpréter, à donner un sens, à reconnaître certains stimuli visuels malgré -l'absence de troubles ophtalmologiques et intellectuels, ou méconnaissance des stimuli.

- Un désintérêt durable pour la télévision.

- Un intérêt anormalement tardif ou bizarrement sélectif pour les images.

- Des dyspraxies constructives qui concernent les gestes demandant des compétences d'assemblages entre éléments de bases (cubes...).

- Une dysgraphie dyspraxique qui consiste en un symptôme scolaire précoce. Elle se caractérise par :

- a. Une pauvreté des dessins.

- b. Une réalisation des figures retardée ou complètement absente.

-Ecriture manuelle malhabile, malformée, souvent difficilement interprétable.

-Lecture : Il ne s'agit pas d'un retard dans l'accès conceptuel au langage écrit mais à un trouble instrumental de la réalisation graphique de l'enchaînement des lettres

### *8. Prise en charge psycho-orthophonique de l'enfant IMC*

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'infirmité motrice cérébrale entraîne des troubles de la parole et du langage qu'on reconnaît fréquemment, mais auxquels on n'accorde pas toute l'importance méritée du fait qu'on revient toujours sur les problèmes moteurs. C'est pourquoi nombreux sont les enfants IMC qui consultent en psychologie orthophonique à un âge avancé.

Il faut savoir que la prise en charge est longue et exige des parents et du thérapeute un travail régulier. Le nombre de séances par semaine diffère d'un cas à un autre et ce, en fonction de la disponibilité des parents et de leurs moyens. D'après notre expérience, la prise en charge de l'enfant IMC suit les étapes suivantes :

#### 8.1 L'anamnèse :

Dans l'anamnèse, nous recueillons toutes les informations concernant les antécédents familiaux et pathologiques de l'enfant, son développement psychomoteur et linguistique, ses habitudes alimentaires, son comportement dans sa famille, avec les personnes étrangères. Par ailleurs, il est important de savoir si les parents ont été orientés par un médecin ou s'ils sont venus de leurs propres grés.

## 8.2 L'évaluation :

En accord avec Marchand (1998), l'évaluation d'un enfant IMC est particulièrement difficile car le handicap moteur entrave plus ou moins sévèrement les efférences et qu'il faut trouver au moins un mode de production de réponse, même si ce n'est que la capacité de faire comprendre oui/non dans une situation en choix multiple. Dans certains cas, l'évaluation reste partielle et le diagnostic ne peut être posé qu'à l'observation de l'évolution de l'enfant, dans d'autres cas, la multiplicité des atteintes rend le bilan difficilement interprétable.

Tout d'abord, vues les différents déficits de l'alimentation, de la déglutition et de bavage présents chez certains enfants IMC, l'examen de la sphère bucco-phonatoire s'avère nécessaire. Il comporte systématiquement un temps d'observation de la cavité bucco-pharyngée et du plancher de la bouche au repos et dans l'action.

Puis, nous entamons l'examen du langage. Il faut savoir qu'il est important, lors de l'évaluation d'un enfant cérébrolésé, de s'inscrire dans une perspective neuropsychologique modulaire même si la question de modularité se pose chez l'enfant. Il est donc indispensable de mener un examen multidimensionnel afin, de comprendre, d'une part, les différents processus impliqués dans la réalisation d'une fonction donnée d'où, de déceler les composantes altérées et d'autre part, de dissocier entre les fonctions perturbées et les fonctions qui suivent plus ou moins une acquisition "normale" (Marchand, 1998 ; Mazeau, 2003 ; Sam, 2004, 2008). De ce fait, il est nécessaire d'évaluer le langage oral et/ou écrit dans ses différentes modalités (afférentes et efférentes) et les autres fonctions cognitives telles que la mémoire de travail (souvent altérée), l'organisation temporo-spatiale, le raisonnement, la logique, les praxies, les

gnosies (stéréognosies, somatognosies, subitizing c'est-à-dire : perception immédiate des petites quantités....).

Bien entendu, les réponses de l'enfant ne peuvent qu'être observées. Leurs variations sont notées soigneusement pour être comparées au sein d'une même épreuve, d'une épreuve à l'autre. Cependant, nous sommes confrontée à un véritable problème méthodologique : la comparaison de ces résultats à une norme est une tâche assez délicate car nous ne disposons d'aucun matériel d'investigation étalonné nous permettant d'aboutir à des conclusions objectives et rigoureuses. Ceci nous a contraint à improviser des méthodes d'évaluation et/ou à utiliser des subtests conçus à l'étranger et non adaptés aux enfants algériens afin de tenter d'évaluer approximativement les différentes fonctions sollicitées (cubes de Kohs, le test de Bender, quelques subtests du WISC-R). Toutefois, les résultats restent relatifs. C'est pourquoi il est difficile de poser un diagnostic précis et rigoureux. Néanmoins, ils nous ont tout de même permis de déterminer le ou les degrés d'atteinte, d'où d'établir un pronostic et de 'définir' les grandes étapes de la prise en charge.

### 8.3. La Guidance parentale :

Face au traumatisme de l'annonce d'avoir mis au monde un enfant handicapé, les parents sont désespérés, effondrés et se sentent coupables d'avoir été incapables de donner vie à un enfant normal. Ils s'inquiètent pour son avenir : que deviendra-t-il ? Pourra-t-il acquérir une certaine autonomie un jour ? Qui s'occupera de lui après notre disparition ? C'est pourquoi la guidance parentale est d'une importance primordiale car elle nous permet d'être en contact permanent avec les parents et à leur écoute. Pour cette raison, notre travail est centré sur :

L'aide que nous pouvons apporter aux parents afin de faire le deuil de l'enfant imaginaire (ceci avec la collaboration du

psychologue clinicien chez qui est suivi cet enfant), de l'accepter tel qu'il est.

Leur expliquer ce qu'est l'IMC, l'importance de la persévérance tout au long de l'éducation de leur enfant.

Il faut les rassurer que nous sommes là pour les écouter, les conseiller et les guider pendant toutes les années de la prise en charge de leur enfant.

Il est important qu'ils comprennent qu'il faut le considérer comme un être normal, le punir lorsqu'il est nécessaire, le récompenser lorsqu'il le mérite, de faire de lui quelqu'un d'autonome.

Impliquer les parents dans la prise en charge, de les aider à trouver des conduites, des gestes, des facilitations leur permettant des interactions spontanées avec leur enfant.

#### 8.4 L'éducation du langage et de la parole de l'enfant IMC :

Une fois le diagnostic des troubles du langage et de la parole posé, nous entamons l'éducation de cet enfant. L'objectif principal de celle-ci doit être clair dès le départ. Il consiste à permettre à l'enfant de communiquer avec son entourage. Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles moteurs sont à l'origine des déficits du langage et de la parole chez l'enfant IMC, ceci impliquerait que l'enfant possède un langage intérieur qu'il ne peut exprimer. De ce fait, il faut savoir qu'il va créer son propre code de communication avec les siens en utilisant des moyens de substitution à la parole tels que le regard, les gestes.

Au départ, pour gagner la confiance de l'enfant, il est important de recourir aux activités ludiques qui restent indispensables pour l'éveil psychologique, l'acquisition et le développement des autres fonctions cognitives : le schéma corporel, les formes, les dimensions, les couleurs, l'orientation spatio-temporelle, la latéralité, le rythme...Par ailleurs, nous procédons à l'éducation de la respiration, du souffle, de la phonation de la praxie bucco-linguo-faciale, de la prise des objets, de la coordination visuo-motrice car

l'acquisition ou le développement du langage ne peut se faire indépendamment des ces différentes fonctions.

Puisque notre objectif est de permettre à l'enfant de communiquer, il est important de bien choisir les techniques et de les utiliser en fonction des déficits mis en évidence, tout en tenant compte de l'âge et du niveau intellectuel de l'enfant. Par ailleurs, il convient de ne pas le laisser et surtout de ne pas lui donner le sentiment d'échec en insistant trop sur ses difficultés. Lorsque l'expression orale est possible, nous favorisons l'accès au système sémantique en établissant des relations signifié/signifiant à l'aide d'images et d'objets familiers, et nous installons l'articulation au fur et à mesure que le stock lexical s'enrichit. Le temps que cette étape prendra n'a, à notre avis, aucune importance car l'enfant

Après l'acquisition d'un certain nombre de mots, nous abordons le langage élaboré (grammaire, syntaxe, pragmatique) et ce, en se basant sur des images représentant des actions de la vie quotidienne. De ce fait, il est indispensable, durant chaque séance, de discuter avec l'enfant, de la mettre dans différentes situations dialogiques afin de lui permettre non seulement de développer son langage spontané, mais également et de renforcer la relation enfant/thérapeute. Par ailleurs, nous suggérons aux parents, lorsqu'il est possible, d'inscrire l'enfant dans des crèches et/ou des établissements pré-scolaires afin de favoriser la socialisation et de le préparer pour la scolarisation.

Lorsqu'il approche l'âge scolaire, il est nécessaire de s'intéresser au graphisme et au langage écrit ainsi qu'au calcul. Toutefois, il faut déterminer, lors de l'apprentissage du langage écrit, la voie d'accès privilégiée permettant une évolution favorable de l'enfant. Une fois l'enfant scolarisé, nous travaillons en étroite collaboration avec les enseignements.

Néanmoins, nous soulignons que ce ne sont pas tous les enfants IMC qui peuvent acquérir la parole. De ce fait, il est indispensable de trouver des moyens de compensation leur

permettant de communiquer. Mais, nous ne disposons pas d'outils adéquats (la méthode de Bliss, ordinateur, les prothèses de parole...). De ce fait, nous avons tenté d'y remédier en nous basant sur les approches dites "traditionnelles" qui suggèrent deux orientations : l'utilisation du langage écrit, lorsque celui-ci est possible, ou le recours, dans le cas contraire, à des techniques à base de photographies, d'images ou de dessins, qui, malgré leur caractère limitatif, permet à l'enfant de communiquer plus aisément avec autrui, en dépit de la lenteur de la transmission du message, qu'au travers des gestes personnalisés ou des expressions orales peu intelligibles. Le dernier point susceptible d'être évoqué concerne l'âge du début de la prise en charge psycho-orthophonique. Nous avons constaté, durant toutes ces années de pratique, qu'on accordait une plus grande importance au devenir de la motricité générale. Pour la plupart des parents et des médecins, le langage est en place dans la compréhension au quotidien. Ce n'est qu'à l'approche de l'âge scolaire que les premières inquiétudes commencent, c'est ce qui explique l'arrivée de l'enfant chez nous, à un âge tardif (au-delà de 3 ans). Or, nous savons que plus la prise en charge est précoce, plus les résultats sont meilleurs. Le tableau suivant montre la relation entre la précocité de la prise en charge et la qualité de l'évolution :



Age début de la prise en Charge \ Evolution	Avant 2 ans	2 ans-4 ans	4 ans – 5 ans	Au-delà de 5 ans	Total
Bonne (langage très élaboré)	20 11,50%	10 5,75%	10 5,75%	00 0%	40 22,98%
Moyenne (langage moins élaboré)	08 4,59%	25 14,37%	18 10,34%	01 0,57%	52 29,88%
Légère (langage assez réduit)	02 1,14%	08 4,59%	08 4,59%	05 2,87%	23 13,22%
Aucune (excepté les autres fonctions cognitives)	00 0%	05 2,87%	02 1,14%	05 2,87%	12 6,90%
Abandon	02 1,14%	10 5,75%	20 11,50%	15 8,62%	47 27,01%
Total	32 18,40%	58 33,33%	58 33,33%	26 14,94%	174 100%

Tableau n°2 – Relation entre la précocité de la prise en charge et la qualité de l'évolution

Au vu de ces résultats, il est clair que la prise en charge précoce permet une meilleure évolution puisque sur 32 cas (18,40%) ayant bénéficié de séances d'éducation avant l'âge de 2 ans, 20 enfants (11,50%) ont acquis un langage élaboré (acquisition de la phrase, absence quasi-totale de troubles d'articulation, de la phonation). Nous constatons également que plus l'enfant est âgé, plus l'acquisition et/ou le développement du langage sont lents et de qualité plus ou moins bonne (acquisition de quelques phrases avec des troubles de la phonation, d'articulation). Le tableau ci-dessus montre également que 12 enfants (6,90% de la population), âgés de 2 à 5 ans, voire plus sont des IMC sans langage parlé. Toutefois, la compréhension est normale Ils ont réussi à

acquérir plusieurs autres notions tels que le schéma corporel, les formes, le volume, les couleurs. L'absence de l'expression orale constatée chez enfants est liée à l'intensité des troubles moteurs notamment, à la spasticité importante des organes bucco-phonateurs. Une grande partie d'entre utilise le regard comme mode de communication.

Par ailleurs, nous notons que 47 enfants (27% de la population) ont abandonné la prise en charge pour des raisons telles que : l'éloignement de l'hôpital des villes voisines et absence de transports, le découragement des parents (particulièrement après une série de convulsions qui entraînent une régression totale des acquisitions).

Dés lors, même si la précocité de la prise en charge psycho-orthophonique favorise l'évolution de l'enfant IMC, il est important, à notre avis, de souligner le rôle d'autres facteurs tels que l'intensité des troubles moteurs, les troubles associés (l'épilepsie), le siège et l'étendue lésionnels...

### 9. *Conclusion*

Il est clair que la prise en charge de l'enfant IMC est longue particulièrement lorsque, d'une part, des déficits cognitifs sont associés aux troubles moteurs, et d'autre part, l'intervention du psychologue orthophoniste est tardive. C'est pourquoi il est primordial d'intervenir précocement voire, dès le diagnostic des troubles moteurs, tout d'abord, dans un but préventif afin d'éviter des problèmes majeurs et l'aggravation des troubles, car souvent l'enfant acquiert des modes de communication inadéquats. En conclusion, pour remédier aux troubles de la parole, il est important de savoir que l'éducation du langage est un tout et de l'intégrer dans un projet de vie. L'orthophonie est, parmi d'autres, un moyen de réhabilitation dont la donnée fondamentale est de sauvegarder la fonction appétitive du langage pour en faire un instrument de la pensée et un moyen de communication (Truscelli, 1999).

### *Références*

1. Aimard P. (1984), *L'enfant et son langage*, Paris, Simep.
2. Arp S. (2004), Subitizing et troubles oculomoteurs chez l'enfant IMC, *ANAE*, n° 78. Paris.
3. Crunelle D. (1998), Les troubles de la motricité bucco-faciale de l'enfant IMC, *Rééducation orthophonique*, Paris, n°193.
4. Le Métayer M. (1993), Education thérapeutique de la motricité buccale dans Le Métayer M., *Rééducation cérébromotrice du jeune enfant. Education thérapeutique*. Paris, Masson.
5. Lespargot A. (1989), Les fausses routes trachéales chez l'enfant IMC ou polyhandicapé. Motricité cérébrale. Réadaptation, *Neurologie du développement*, n°10.
6. Lespargot A. (1998), Les conditions neuromotrices de l'apprentissage de la parole chez l'IMOC, *Rééducation orthophonique*, Paris, n°193.
7. Marchand, M.H. (1998). Bilan de langage et diagnostics chez les enfants infirmes moteurs cérébraux in *Rééducation orthophonique*. Paris.
8. Marchand, M.H. (1998). Des moyens différents pour communiquer et développer le langage in *rééducation orthophonique*, n°193. Paris.
9. Mazeau M. (2003), *Conduites du bilan neuropsychologique chez l'enfant*, Paris, Masson.
10. Sam N (2004), Elaboration d'une batterie neuropsychologique pour enfants aphasiques algérois parlant arabe, âgés de 5 à 13 ans. *Thèse de doctorat de psychologie clinique et psychopathologie*. Université Paris 8.
11. Sam N. (2008), *L'aphasie de l'enfant*. Alger, OPU.
12. Senez C (1998), La rééducation des troubles de la déglutition des enfants et adolescents IMOC, *Rééducation orthophonique*, Paris, n°193.
13. Senez (2002), Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises, Marseille, Solal.
14. Sylvestre A. (2003), Infirmité motrice cérébrale et handicaps multiples. Rondal J et Seron X. *Troubles du langage : Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Bruxelles, Mardaga.

15. Tardeu G. (1954), Le dossier clinique de l'IMC. Centre de documentation sur l'Infirmité Motrice Cérébrale. Paris, CDI.
16. Toscanelli-Rouault A. (1998), L'évolution des conduites de communication chez un enfant polyhandicapé in Rééducation orthophonique, Paris, n°193.
17. Truscelli D., Le Metayer M., Leroy-Malherbe V. (2006), Infirmité motrice cérébrale. EMC. Traité de médecine Akos. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. Paris, Elsevier SAS.
18. Truscelli D. (1999), L'infirmité motrice cérébrale. Chevrier-Muller, C., Narbona, J. Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques. 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson.