

Quelle prise en charge orthophonique pour un enfant polyhandicapé ?

Exemple de l'IMC privé de parole

Souhila BOUAKKAZE
Laboratoire SLANCOM, Université d'Alger

I. Introduction

Peu connue, et pourtant très répandue, l'IMC (Infirmité Motrice Cérébrale) est la conséquence de lésions cérébrales survenues autour de la naissance.

Les enfants concernés sont particulièrement ceux qui relèvent d'un accouchement difficile, puis d'une souffrance néonatale.

L'IMC correspond à un ensemble de troubles moteurs auxquels peuvent s'ajouter d'autres troubles, en particulier, l'handicap mental.

Dans ce cas, il s'agit de sujets polyhandicapés.

II. Objectifs de la recherche

Notre premier souci avec ces enfants privés de parole est de les amener à :

- Développer leur potentiel cognitif ;
- Communiquer.

Face au polyhandicap, notre tâche devient plus complexe. En fait, notre action se situe à la fois :

- Dans le domaine de la motricité bucco-faciale ;
- Dans la prise en charge des fonctions supérieures ;
- Dans la pathologie scolaire.

III. Matériel et méthode

Il s'agit d'enfants polyhandicapés âgés de 02ans à 06ans, pris en charge dans le service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'hôpital de Ben Aknoun.

En tenant compte des multiples évaluations (neuro-motrices, neuro-sensorielles et cognitives), l'on pratique un examen clinique qui permet d'isoler principalement 03 tableaux cliniques :

- Le tableau moteur ;
- Le tableau cognitif ;
- Les troubles associés.

III.1 Les troubles moteurs

On relève :

- Une insuffisance du maintien du tronc et de la tête ;
- Une station debout et une marche limitées ou impossibles ;
- Des membres supérieurs (les mains) trop spastiques (raideurs musculaires), empêchant l'enfant de saisir et de manipuler les objets, d'écrire... ;
- Des mouvements athétosiques (mouvements spontanés, involontaires, incontrôlés) prédominant au niveau des mains, du visage (grimace involontaire), de la langue...

III. 2 Les troubles cognitifs

Il peut s'agir d'une atteinte des fonctions cognitives spécifiques (chez la plupart des IMC) ou d'une déficience intellectuelle globale (chez la plupart des polyhandicapés). L'on retient :

- Une atteinte des fonctions exécutives, attentionnelles et de mémoire ; elles comprennent :
 - une capacité à planifier une tâche ;
 - une faculté de concentration ;
 - une faculté de mémorisation.
- Des troubles des fonctions perceptuelles ; ils comprennent :
 - les troubles visuels (strabisme, nystagmus) ;
 - les troubles auditifs (hypoacousie à la surdité profonde).
- Des troubles praxiques correspondant aux difficultés de se représenter ses propres gestes et de se repérer dans l'espace et le temps.
- Des troubles gnosiques se traduisent par des difficultés à reconnaître ses sens.
- Des troubles du langage. Ici, les deux modes (expressif et réceptif) peuvent être perturbés dans la représentation cognitive du langage.
Aussi, les troubles moteurs qui atteignent les muscles de la gorge et de la bouche, rendent l'articulation et la parole difficiles.
- Des troubles du comportement (hyperémotivité).

III. 3 Les troubles associés

Ils nécessitent une véritable prise en charge thérapeutique, car ils affectent fortement la vie quotidienne de l'enfant. L'on retient :

- L'épilepsie, rencontrée fréquemment dès la naissance ou plus tard. Elle entrave considérablement la scolarité.
- Les problèmes digestifs ; ils comprennent :
 - Les difficultés de mastiquer ;
 - La dysphagie et les fausses routes ;
 - Les vomissements (le reflux gastro-oesophagien) en relation avec le réflexe nauséux resté très excitable dans la bouche ;
 - Déshydratation, dénutrition ;
 - La constipation constitue aussi un symptôme courant ;
 - Les troubles respiratoires, relativement fréquents, ils atteignent surtout les petits (encombrement bronchiques) ;
 - L'incontinence salivaire est liée à une mauvaise aspiration de la salive et une bouche entrouverte. Quand elle est permanente, elle augmente considérablement les difficultés pour communiquer ;
 - L'état bucco-dentaire défectueux.

III.4 Indications thérapeutiques

a) Une prise en charge globale, mais des soins spécifiques

- Il n'existe pas un protocole thérapeutique « type » commun à tous les IMC.
- Il faut apporter à chaque enfant une réponse personnalisée et un suivi spécifique.
- Chaque spécialiste (médecin rééducateur, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...) situe les différentes capacités et déficiences, **et** les réponses possibles à apporter à chaque situation.

b) En orthophonie, les actions sont multiples

Il faut d'abord appliquer ces techniques :

- Recul du réflexe nauséux (massage intra-buccal) ;
- Prise en charge de la dysphagie (déglutition des liquides et des solides) ;
- Prise en charge de l'hypersiallorrhée par la cryothérapie (thérapie par la glace) ;
- Travail de la mastication ;
- Soins bucco-dentaires.

c) Rééducation des troubles de la motricité bucco-faciale

Puis il faut :

- Tenter la démutisation ou chercher à établir les premières conduites de communication ;
- Développer les diverses perceptions et établir leur correspondance avec la compréhension du langage.

Notre action est double et consiste à :

- Amener l'enfant à préciser ses diverses perceptions (tact, goût, odorat...) ;
- Amener l'enfant à utiliser au maximum son potentiel visuel et auditif (stimulation de la vision, travail du regard et de la fixation, solliciter le canal auditivo-verbal...) ;
- Travailler la capacité à planifier les tâches ;
- Travailler la concentration et de la mémoire ;
- Procéder à une éducation cognitive ; stimulation basale.

IV. Résultats

- Les enfants polyhandicapés traités par une équipe pluridisciplinaire peuvent progresser sur le **plan moteur**, lorsque la prise en charge est précoce et adaptée.
- Néanmoins, l'on ne peut surpasser aisément et rapidement la sévérité de la **déficience intellectuelle**, dont l'impact sur les apprentissages scolaires est considérable.
- La communication avec ces enfants reste au **stade non-verbal**. Parfois, l'émission de la parole n'est pas complètement impossible, mais elle demeure très altérée, compréhensible pour les habitués, qui ont appris à la décoder à leur façon.

Cela nous amène à :

- Exploiter les mimiques, les moues chargées de signification.
- Amener l'enfant à communiquer par la relation affective, par l'adaptation de l'interlocuteur, et par l'évolution des besoins.
- Pratiquer la guidance parentale. Ce sont les parents qui entrent en jeu en mettant en place des situations à caractère social et affectif.

Ils initient l'interaction, puis ils attendent une réaction de l'enfant et l'interprètent.

Conclusion

Les IMC polyhandicapés privés de parole ont la capacité de montrer leur plaisir relationnel, s'ils y sont initiés.

L'action doit être précoce. Dès la naissance, la famille et l'enfant doivent être entourés par une équipe pluridisciplinaire, capable de les informer et de les guider.

Enfin, une évolution vers une autonomie toujours plus affinée est possible.

Bibliographie

ACOU-BOUAZIZ Katerin, *Une prise en charge globale mais des soins spécifiques*, Faire Face, Paris, pp. 10-12, février 2006.

BOUAKKAZE Souhila, *Rééducation fonctionnelle de l'enfant infirme moteur cérébral par l'orthophoniste : prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*, mémoire pour le magister en orthophonie, s/d N. ZELLAL, Université d'Alger, 2000.