

La prise en charge orthophonique des enfants atteints de Paralyse Cérébrale : Etat des lieux.

Ibtissem El Hassani

Université d'Oum El Bouaghi

Ibtissem.alhassani@gmail.com

Date de réception: 2021-05-07 Date de révision: 07/06/2021 Date d'acceptation: 2021-07-04

Résumé

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants atteints de paralysie cérébrale (PC).

Pour se faire, une enquête par questionnaire a été menée auprès de 30 orthophonistes. Nous souhaitons interroger ces orthophonistes sur leurs expériences ainsi que sur les difficultés et obstacles rencontrés lors de ces prises en charge.

L'analyse des résultats a été faite qualitativement.

Les données recueillies ont permis de mettre en évidence de nombreuses réserves émises par les orthophonistes concernant la prise en charge des enfants atteints d'PC, causées principalement par :

- Le manque de formations spécifiques pour orthophoniste.
- Le manque de moyens techniques ainsi que le manque de temps.
- Ce genre de prise en charge orthophonique demande beaucoup de temps et d'effort de la part de l'enfant et de l'orthophoniste.

Mots-clés : Prise en charge orthophonique – Paralyse Cérébrale - Etat des lieux

ملخص

هدفت هذه الدراسة الى عرض حال التكفل الأرتفوني بالأطفال المصابين بشلل دماغي.

من أجل ذلك قمنا بإعداد استبيان ومررناه على 30 مختص أرتفوني. أردنا من خلال هذا الاستبيان معرفة مختلف التجارب التي مر بها المختص بالإضافة الى تحديد الصعوبات والعقبات التي واجهوها أثناء تكفلهم بهذه الفئة من الأطفال. وقد تم تحليل النتائج كفيًا.

سمحت النتائج المتوصل اليها بتسليط الضوء على العديد من التحفظات التي أعرب عنها المختصون الأرتفونيون والمتعلقة بالتكفل بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، والتي كانت أهمها:

- نقص التكوين التوعي للمختصين الأرتفونيين.
- نقص كبير في الوسائل وكذا نقص الوقت.
- يحتاج هذا النوع من التكفل الى وقت طويل وجهد كبير من قبل الطفل وكذا المختص.

الكلمات المفتاحية: التكفل الأرتفوني، الشلل الدماغي.

Introduction :

Les premières études sur les séquelles motrices des lésions cérébrales survenant dans les premiers instants de vie suite à un traumatisme obstétrical (accouchement difficile) et dont la principale conséquence est l'interruption de l'approvisionnement du cerveau en oxygène, apparaissent au milieu du 19^e siècle lorsque John Little, chirurgien orthopédiste anglais, décrit ce qu'on a appelé plus tard le syndrome de Little. Il s'agit d'une diplégie spastique, forme fréquente de paralysie des membres inférieurs touchants particulièrement les nouveaux nés (Dunn, 1995).

A la fin du 19^e siècle, les travaux de William Osler viennent compléter et enrichir ceux de Little, il publie alors son livre « Cerebral Palsies of Children » et introduit pour la première fois le terme de paralysie cérébrale pour décrire la diplégie spastique (Panteliadis, Panteliadis & Vassilyadi, 2013).

Le but de cette étude est de mettre en évidence l'état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants avec paralysie cérébrale en Algérie et plus particulièrement à Alger. Au travers d'un questionnaire adressé aux orthophonistes, nous avons cherché à savoir si ces derniers prenaient en charge les enfants avec paralysie cérébrale. Nous avons voulu cerner les principales raisons d'une éventuelle réticence face à ce type de prise en charge.

1/ Définition et prévalence :

La Paralysie Cérébrale (PC) est un terme parapluie qui englobe 3 sous catégories : L'infirmité motrice cérébrale (IMC), l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) et le polyhandicap. Sa prévalence est d'environ 2,11 enfants sur 1000 et touche plus les garçons que les filles (Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jetté & Pringsheim, 2013).

Guy Tardieu, neurologue français, est le premier à avoir défini l'infirmité motrice cérébrale en 1954. Selon lui, il s'agit d'un ensemble de troubles moteurs prédominants et non évolutifs, consécutifs à une lésion cérébrale survenue accidentellement sur un cerveau en cours de maturation, c'est-à-dire durant la période prénatale, périnatale ou poste natale précoce (de la conception à 2 ans). Tel que nous pouvons le constater, cette définition se focalise sur une atteinte purement motrice et néglige donc tout aspect cognitif ou intellectuel. C'est ce qu'on appelle une IMC pure, mais ce n'est pas toujours le cas. En effet, l'IMC peut ne pas être pure mais accompagnée d'une atteinte des fonctions supérieures, des déficiences sensorielles et cognitives ainsi que des troubles comportementaux et un retard intellectuel. Tardieu et Trélat (1953) donnèrent à cette forme d'IMC le nom de « Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) ».

Lorsque le degré de l'atteinte motrice et de la déficience intellectuelle est encore plus sévère et profond, on parle alors de polyhandicap, terme introduit par Elisabeth Zucman en 1980 (HAS, 2014).

2/ Etiologies possibles :

De multiples facteurs peuvent être la cause d'une paralysie cérébrale et peuvent avoir lieu :

1/ Durant la grossesse (causes prénatales) : les grossesses multiples, un retard de croissance intra-utérin, la consanguinité, incompatibilité du rhésus, des maladies maternelles (infections/inflammations pendant la grossesse) (Wu, Escobar, Grether, Croen, Greene & Newman, 2003).

2/ Au moment même de l'accouchement (causes périnatales) : une naissance prématurée, une encéphalopathie anoxo-ischémique (qui peut se produire pendant la vie fœtale ou au cours de l'accouchement).

3/ Après l'accouchement et jusqu'à la petite enfance (environs 2 ans), il s'agit-là de causes post-natales : un ictère ou une méningite grave, un accident vasculaire cérébral avant l'âge de deux ans...etc. (Blair & Watson, 2006).

Néanmoins, il est important de souligner que dans certains cas de PC les causes restent indécélables.

Dans tous les cas, il existe une lésion sur le cerveau en cours de maturation. Cette lésion diffère d'un cas à l'autre, elle peut être sous différentes formes et à des degrés divers. Ce sont sa location et son étendue qui définissent la sévérité de l'atteinte (Colver, Fairhurst et Pharoah, 2014).

3/ Classification de la paralysie cérébrale :

3.1/ En fonction de l'atteinte topologique :

Même s'ils peuvent s'accompagner de complications neuro-orthopédiques, les principaux troubles de l'infirmité motrice cérébrale sont d'abord d'ordre moteur. Ils sont permanents mais les séquelles évoluent selon de nombreux facteurs tel que la croissance, les déformations musculosquelettiques et ostéoarticulaires, le contrôle postural...etc.

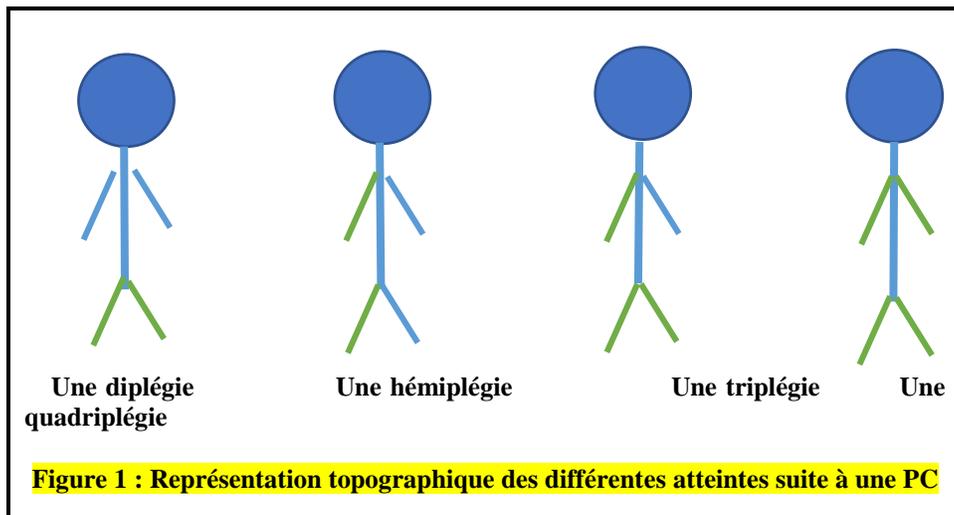
Cliniquement, ce sont les troubles moteurs qui s'installent en premier. Ils sont classés selon l'atteinte topographique du tonus et de la motricité volontaire et des attitudes posturales (la posture du tronc et le contrôle de la tête). On distingue donc :

- Diplégie : appelée aussi paraplégie, est l'atteinte ou la paralysie des deux membres inférieurs.

- Hémiplégie : paralysie unilatérale qui touche l'hémicorps (un seul côté du corps).

- Triplégie : atteinte de trois membres : un des membres supérieurs et les deux membres inférieurs.

- Quadriplégie : paralysie des quatre membres, on peut la retrouver aussi sous le nom de tétraplégie. Le tronc ne prend pas la posture adéquate, le contrôle de la tête est aussi faible.



En plus des troubles moteurs, on retrouve fréquemment chez les enfants avec PC une épilepsie. La majorité de ces enfants présentent aussi des troubles sensoriels (surdité de perception, troubles oculomoteurs...), perceptifs, gnosiques et praxiques (dyspraxie idéatoire, dyspraxie visuo-spatiale, dyspraxie bucco-linguale). La mémoire, l'attention, le langage et la parole sont aussi touchés (Delacy et Reid, 2016).

Tous ces troubles précédemment cités, auront un impact très significatif sur l'alimentation (trouble de la déglutition) de l'enfant et sur ses capacités d'apprentissage en tout genre, ce qui aura forcément des répercussions sur la qualité de vie de l'enfant et de ses proches,

3.2/ En fonction de la typologie (tableau neurologique) :

En se basant sur le tableau neurologique et donc sur la localisation de la lésion du système nerveux central, Garel souligne trois principaux types cliniques de la paralysie cérébrale (Garel, 1996, p13) :

La paralysie cérébrale spastique : Elle peut être unilatérale ou bilatérale. C'est la forme la plus répandue de la PC. Elle touche environ 70% des cas et fait suite à l'atteinte des voies pyramidales ou des zones motrices corticales. Le muscle se contracte de façon excessive et exagérée (hypertonie musculaire) perturbant ainsi les postures et les mouvements. Il y a absence de coordination volontaire des mouvements. Les membres inférieurs prennent la forme de ciseau. On remarque souvent la présence de troubles buccaux et linguaux qui se répercutent sur la parole et la déglutition de l'enfant provoquant une dysarthrie et une dysphagie.

La paralysie cérébrale dyskinétique ou athétosique : Représente 20% des cas. Elle est liée à une atteinte des noyaux gris centraux (système extrapyramidal). Les personnes atteintes de cette forme de PC présentent des mouvements involontaires et anormaux très souvent déclenchés par des mouvements volontaires et par l'émotion.

Le tonus musculaire varie fréquemment et de façon incontrôlée, les personnes atteintes ont du mal à surveiller les mouvements de leurs bras et de leurs pieds. Les mouvements sont soit lents et donnent l'impression que l'enfant se tortille (Mouvements de torsion de la tête et du cou) ou bien ils sont rapides et saccadés. Dans les deux cas, ce non contrôle des mouvements gêne considérablement la capacité de l'enfant à s'asseoir et à marcher correctement.

La paralysie cérébrale ataxique : Observée chez < 5% des cas. Résultat de l'atteinte des voies cérébelleuses. Le tonus musculaire est généralement faible, cette forme est associée à une hypotonie. L'équilibre du corps et la coordination des mouvements sont affectés.

Dans certain cas, il est difficile de classer la PC dans l'une des trois formes précédemment décrites (spasticité, athétose et ataxie), et ce en raison de la coexistence des signes appartenant aux trois formes précédentes en même temps. Il s'agit-là de la paralysie cérébrale mixte.

3.3/ En fonction de la sévérité clinique fonctionnelle :

Le Système de Classification de la Fonction Motrice Globale de son nom d'origine Gross Motor Function Classification System (GMFCS) dont la dernière version est le GMFCS – E & R (Expanded and Revided), est l'outil de référence pour la classification des atteintes de la paralysie cérébrale selon leurs degrés de sévérité.

Cette classification se fait sur la base des capacités fonctionnelles globales de l'enfant (Ses mouvements volontaires ainsi que sa mobilité globale) plutôt que sur les restrictions fonctionnelles.

Le GMFCS distingue 5 niveaux (Palisano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2007, p2) :

Niveau I : L'enfant peut marcher sans limitation de mouvements.

Niveau II : L'enfant peut marcher mais avec limitation de mouvements (difficulté).

Niveau III : L'enfant peut marcher mais a besoin d'une aide technique (ex : cannes, béquilles, déambulateurs).

Niveau IV : La mobilité autonome limitée mais l'enfant peut utiliser une aide motorisée (ex : un fauteuil roulant électrique ou tout autre type d'équipement motorisé ou l'enfant peut actionner lui-même le bouton de démarrage)

Niveau V : La mobilité de l'enfant est très réduite. Sa dépendance est casi complète. Ses déplacements se font en fauteuil roulant manuel, poussé par un adulte.

4/ Les troubles du langage, de la parole et de l'articulation chez l'enfant avec PC :

Dans la majorité des cas, le langage, la parole et l'articulation sont fortement altérés chez l'enfant atteint de PC. Selon Chevré-Muller et Narbona, les troubles

moteurs en l'occurrence le déficit de contrôle de la motricité observés chez ces enfants sont à l'origine de leurs difficultés articulatoires et du langage parlé (Chervie-Muller et Narbona, 2007, p.35). L'incidence de ces troubles varie entre 20 et 75% selon le type la paralysie et l'âge de l'enfant.

Pour parler, nous devons utiliser à la fois, notre appareil phonatoire, composé principalement du larynx et des plis vocaux et l'appareil articulatoire, qui lui est composé de la cavité buccale (les organes de l'articulation), de la cavité nasale et du pharynx (cavités de résonance). Ces deux appareils doivent, avec l'aide de l'appareil respiratoire, être fonctionnels et opérationnels pour assurer l'émission de la parole.

Mais pour que nous puissions comprendre et nous faire comprendre, il ne suffit pas de parler et d'émettre une série de sons, il faut aussi bien les articuler, c'est ce qui rend notre parole intelligible.

L'intelligibilité est définie selon le dictionnaire d'orthophonie par le « caractère de ce qui peut être facilement compris dans le sens à la fois de la forme (parler à haute et intelligible voix) et du contenu (discours intelligible, que l'on peut comprendre).

Tardieu & Hansen ont mis une échelle d'évaluation de l'intelligibilité comportant cinq stades allant de 0 à 4 :

Stade 0 : Absence totale de trouble de l'intelligibilité. La parole est parfaitement comprise même s'il y a altération légère de l'articulation.

Stade 1 : Les épreuves orthophoniques démontrent la présence de troubles imperceptibles par l'entourage.

Stade 2 : L'intelligibilité reste correcte malgré la présence de troubles.

Stade 3 : Le sujet est compris uniquement par ses proches.

Stade 4 : La parole est totalement inintelligible (Alexandre, 2004, p.68).

L'exécution du geste articulatoire est commandée par le système nerveux central. C'est ce système-là qui va permettre de programmer et d'exécuter les gestes articulatoires. Le système cérébelleux quant à lui va contrôler le mouvement.

Chez l'enfant avec paralysie cérébrale, le cerveau est touché : le système nerveux centrale et le système cérébelleux sont lésés. La réalisation motrice de la parole c'est-à-dire l'articulation sera donc affectée, c'est la dysarthrie.

La dysarthrie est, selon le dictionnaire d'orthophonie, l'ensemble des troubles de l'articulation résultant d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique ou d'une ataxie des muscles des organes de la phonation [...] La respiration, l'articulation, la phonation, le débit et/ou la prosodie peuvent être affectés. Elle peut être paralytique (d'origine bulbaire ou pseudobulbaire), cérébelleuse (erreurs de coordination des mouvements articulatoires, ton monotone et réduction de l'intensité), parkinsonienne (due à une lésion des noyaux gris centraux : parole sans prosodie, scandée, d'intensité et d'intelligibilité réduites) ou encore mixte où l'on retrouve les

troubles paralytiques et cérébelleux. Compte tenu de la lésion, les dysarthries sont donc très fréquentes chez les enfants avec PC, on retrouve le plus souvent les dysarthries de type mixtes.

Si les troubles moteurs font apparaître une dysarthrie, les troubles dysarthriques quant à eux altèrent l'acquisition des habilités métaphonologiques de l'enfant. Le langage est impacté dans son versant lexical, morphosyntaxique, sémantique et pragmatique (Revol, 1998, p.79).

Les troubles dysarthriques de l'enfant peuvent très bien cacher une dysphasie.

La parole est véhiculée par la voix, qui n'est autre qu'un souffle sonorisé par le larynx. Cela signifie que sans souffle, il n'y a pas de voix. Chez l'enfant avec PC, la respiration est altérée : l'inspiration est affaiblie, l'expiration est insuffisante. Les contractions musculaires involontaires, l'asynchronie entre les mouvements respiratoires et laryngés, la mauvaise posture du tronc et de la tête les rendent saccadés, anarchiques et irréguliers.

La voix est altérée dans tous ses paramètres. Une raucité est perçue en raison des spasmes du muscle laryngé, les variations de la hauteur sont causées par l'incoordination pneumo-phonique (dans les formes dyskinétiques), l'intensité est faible à cause de l'hypotonie. Le débit, le rythme, la prosodie et la mélodie sont ainsi touchés, il devient donc difficile de traduire l'état émotionnel de l'enfant, (Lambert et Seron, 1982, p. 364).

Pour qualifier les troubles du langage des enfants avec PC, Mazeau (1997) introduit le terme de « dysphasie lésionnelle ». Selon elle, la dysphasie désigne les désordres langagiers en lien avec un dysfonctionnement des structures cérébrales.

Trois formes de dysphasies peuvent être soulignées : la dysphasie réceptive, qui touche exclusivement la compréhension verbale, l'enfant ne comprend pas tous les mots d'une phrase mais arrive aisément à décoder les éléments extralinguistiques tel que les gestes.

La 2^e forme de dysphasie est la dysphasie phonologique, contrairement à la dysphasie réceptive, l'enfant comprend, il parle mais on a du mal à identifier ce qu'il dit car les mots prononcés sont déformés.

La dernière forme de dysphasie est la dysphasie phonologico-syntaxique : les compétences phonologiques et morphosyntaxiques de l'enfant sont altérées (compréhension et expression). L'enfant ne communique pas.

Mazeau affirme que ces dysphasies sont très fréquentes chez les enfants avec PC et qu'elles sont la cause de leurs troubles langagiers.

5. Principaux aspects de la prise en charge orthophonique des PC :

L'objectif principal de la prise en charge orthophonique de l'enfant avec paralysie cérébrale, est de remédier aux différents problèmes de communication (articulation,

parole et langage) qu'il rencontre. Le travail se fera en fonction de ses déficits mais aussi et surtout en s'appuyant sur ses points forts et ses potentialités.

La prise en charge orthophonique comprend plusieurs axes :

- Une prise en charge précoce aidera le professionnel à repérer les dysfonctionnements dont souffre l'enfant dès le plus jeune âge, et ce afin de mesurer l'étendue du trouble et donc ses conséquences. Ceci contribuera par la suite l'élaboration de stratégie thérapeutique à court, moyen et long terme.

Les organes utilisés lors de l'articulation étant eux-mêmes ceux utilisés pour l'alimentation, un problème d'incontinence salivaire (bavage), un réflexe nauséux encore trop proche ou un problème de mastication ou de déglutition auront très certainement un impact sur l'articulation, d'où l'importance des stimulations oro-faciales afin de diminuer le bavage, de reculer le réflexe nauséux, de solliciter l'action de la langue et de la mandibule. Il est important de remédier à tous ces problèmes dès le jeune âge.

- Une rééducation intensive, c'est-à-dire augmenter la fréquence des séances, qui peuvent aller jusqu'à plusieurs heures par semaine, est aussi indispensable que bénéfique pour l'enfant. Plus nous travaillons avec l'enfant, plus nous nous approcherons de notre but : l'optimisation de la spasticité cérébrale.

- La guidance parentale ou l'accompagnement parental est primordial, l'environnement doit être pris en compte dans la conduite rééducative. Il s'agit-là d'une rééducation orthophonique indirecte.

Dans les cas les plus complexe ou la communication verbale ne peut être instaurée, des moyens palliatifs peuvent être proposés tel un carnet de communication, des logiciels adaptés (sur téléphone ou tablette), le système PECS (Picture Exchange System) ...etc. (Kriger, 2006, p.95).

6/ Rappel du but de l'étude :

Rappelons que but de la présente étude est de faire un état des lieux sur la prise en charge orthophonique des enfants avec paralysie cérébrale. Nous avons voulu mettre le point sur l'intérêt que portent les orthophonistes interrogés à cette pathologie et savoir combien d'entre eux prenaient en charge ces enfants.

Nous avons aussi tenté de mettre en évidence les raisons pour lesquelles certains orthophonistes ne prenaient pas en charge ces enfants-là.

7/ Notre démarche :

7.1/ Matériel et méthode :

Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi le questionnaire « court » comme outil d'expérimentation. Un questionnaire long nuit considérablement à la qualité du matériau recueilli (Albarelo, 1999, p. 105).

Notre questionnaire a été élaboré sous forme de :

- 8 questions fermées avec des réponses de type oui/non,
- 2 questions à choix multiples.

Avec pour les deux types de questions la possibilité de justifier les réponses (Expliquer, ou ajouter une information) par un texte libre.

Les questions portaient sur la prise en charge ou non des paralysies cérébrales et cherchaient à connaître les raisons de la décision de ne pas accepter ce genre de PEC.

Nous nous sommes aussi intéressés au cursus universitaire et à la formation dont ont bénéficié les orthophonistes et de leurs expériences.

Pour finir, nous avons souhaité nous pencher sur les difficultés relevées par les orthophonistes prenant en charge les cas avec PC.

Nous avons opté pour une analyse qualitative des résultats qui nous aura éclairé sur l'état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants avec paralysie cérébrale à Alger en soulignant les problèmes majeurs que rencontrent les orthophonistes et qui ont fait en sorte que cette prise en charge ne puisse pas se faire comme il le faudrait.

7.2/ Echantillon et passation du questionnaire :

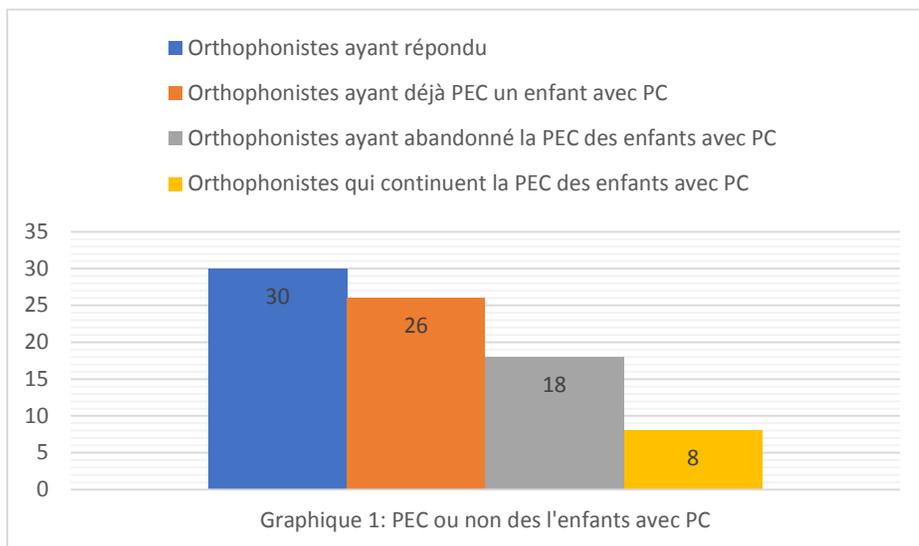
Le questionnaire a été transmis aux orthophonistes de la wilaya d'Alger, en main propre ou par voie électronique. Seulement 30 orthophonistes sur 47 nous l'ont retourné.

Tous les orthophonistes interrogés ont entre 5 et 10 ans d'exercice.

8/ Présentation et discussion des résultats :

8.1/ Concernant la prise en charge orthophonique des enfants avec PC :

Sur les 30 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, 26 d'entre eux disent avoir pris en charge des enfants avec PC. 8 d'entre eux continuent à les prendre en charge, le reste a décidé de ne plus les accepter.



Nous remarquons ici que la majorité des orthophonistes ne prennent pas ou ne prennent plus en charge les enfants avec PC. Nous nous sommes donc penchés sur les raisons qui ont fait qu'ils ne souhaitent plus travailler avec cette population d'enfants.

8.2/ Concernant les raisons pour lesquelles les orthophonistes ne prennent pas (plus !) en charge les enfants avec PC :

La principale raison invoquée par les orthophonistes était presque unanime : la réponse qui revenait tout le temps faisait allusion à la formation.

La paralysie cérébrale étant un handicap assez complexe et parfois très lourd, les orthophonistes jugent leur formation insuffisante et leur expérience non satisfaisante. Nous avons également relevé une remarque très pertinente : le stage pratique effectué lors de la formation universitaire est insuffisant, sa durée ne dépassant pas les quelques semaines, les stagiaires n'ont ni le temps ni les moyens de toucher à toutes les pathologies. Ceci les empêche d'avoir de l'expérience et d'être à l'aise face au patient et à ses troubles.

Seulement 10% de ces orthophonistes déclarent avoir pu voir et suivre pour une courte durée un sujet avec PC lors de leur stage pratique de fin d'étude.

Sur un total de 30 orthophonistes interrogés, dont 26 ayant décidé de ne plus prendre en charge les cas de PC, 28 donc plus de 93% ont répondu qu'ils manquaient de formation et d'expérience, 25 (83.33%) d'entre eux ont couplé cette réponse au fait qu'ils ne se sentaient pas à l'aise face à cette pathologie.

46.66% soit 14 orthophonistes ont déclaré ne pas être motivé pour prendre en charge ces enfants car ces derniers nécessitent un suivi de longue durée et une rééducation intensive avec plusieurs séances par semaine et un temps de plus en plus long à chaque séance.

6% des orthophonistes c'ad 2 sujets disent avoir peur de ne pas répondre aux attentes des parents et considèrent cela comme un échec.

Sur les 4 orthophonistes n'ayant jamais pris en charge des cas de PC, un seul dit n'avoir jamais eu de demande pour ce genre de PEC. Les 3 autres ont refusé systématiquement ce genre de demande. Une des raisons évoquées serait que ce type de prise en charge est long et éprouvant et qu'ils ont un intérêt plus fort pour des troubles plus « simple ».

66% en l'occurrence 20 orthophonistes évoquent le manque de moyens et des matériaux comme raison de ne pas prendre en charge les PC.

Pour ce qui est des 4 orthophonistes prenant en charge les enfants avec PC, 75 % d'entre eux (3 orthophonistes) disent s'être lancé dans ce type de rééducation car un membre de la famille en était atteint. Ceci les a motivés à vouloir approfondir leurs connaissances et à s'auto former.

Grace à ce questionnaire, notre objectif est atteint, nous avons par la présente étude, mis en évidence l'état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants avec un paralysie cérébrale. Les résultats obtenus démontrent que peu d'orthophonistes s'intéressent à ce type de prise en charge. Ce manque d'intérêt vient principalement du manque de formation technique qui engendrent un manque de confiance en soi et une forte réticence face à cette pathologie.

En effet, si nous nous comparons aux différentes universités étrangères, notre formation universitaire est relativement pauvre surtout du côté de la pratique. Nous devons souligner ici l'importance des stages pratiques dans le développement des compétences des étudiants.

Dans le cadre du cursus universitaire algérien, les stages de fin d'étude, comme leur nom l'indique, ne sont prévus qu'en fin de cycle (3^e année licence ou 2^e année Master), au cours du second semestre et à raison de quelques heures par mois. L'étudiant n'a donc pas le temps de rencontrer beaucoup de cas ni même d'approcher les différentes pathologies qui peuvent nécessiter un suivi orthophonique.

En revanche, si l'on prend exemple sur les formations en orthophonie dans les écoles françaises, l'étudiant doit impérativement valider plusieurs stages sur les 4 ans d'étude (8 semestres). Il a donc largement le temps d'acquérir le savoir et les compétences nécessaires pour la prise en charge de différentes pathologies/troubles. Ceci est très important pour qu'il puisse faire face à des troubles parfois assez compliqués et qui nécessitent beaucoup de travail et de compétence.

D'autre part, pour qu'elle soit bénéfique, la prise en charge des paralysies cérébrales doit être pluridisciplinaire particulièrement quand il s'agit d'une atteinte assez lourde. Le médecin, le rééducateur, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste... doivent tous travailler en équipe pour atteindre leur but. Ceci sera non seulement bénéfique pour l'enfant mais aussi pour le praticien lui-même car les tâches seront partagées chacun selon sa spécialité, les résultats n'en seront que meilleurs. Travailler en équipe peut être une solution pour ne plus considérer la paralysie cérébrale comme une pathologie lourde nécessitant beaucoup de temps et d'effort de la part de l'enfant et de l'orthophoniste.

Conclusion :

La paralysie cérébrale est une atteinte de la fonction motrice qui altère les mouvements volontaires de l'enfant. Le handicap qui en résulte est relativement lourd. Il n'existe pas de traitement pour les causes de la PC mais pour ses symptômes.

La prise en charge de la PC nécessite l'intervention de plusieurs spécialistes (Neuropédiatre, orthopédiste, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste...) afin de prendre en charge ses différents aspects. Elle doit se faire de façon régulière et continue afin de répondre aux besoins croissants dont souffrent les enfants atteints de PC.

En plus de cette PEC pluridisciplinaire, l'enfant a besoin de matériaux d'éducation et de réadaptation assez important et assez coûteux. La PEC devient donc un fardeau économique pour les familles les obligeant parfois à abandonner la rééducation.

Pour plusieurs raisons que nous avons citées plus haut, les orthophonistes seraient plutôt réticents face à l'idée de prendre en charge les enfants avec CP. Cette réticence ne vient nullement d'un manque d'intérêt envers ces enfants mais fait suite à un manque de connaissances sur la pathologie, la formation initiale étant insuffisante. Le second point mis en avant est une forte appréhension des orthophonistes de faire face à une telle PEC, qui est pour la plupart des cas assez longue et demande beaucoup de temps et de moyen.

A partir des constats et des réponses obtenus par les orthophonistes, nous pouvons suggérer deux perspectives : il est important, voire primordial, d'offrir aux orthophonistes la possibilité de mieux se former que ce soit durant le cursus universitaire ou après.

La nécessité de formations spécifiques qu'elles soient dans le cadre de la prise en charge des paralysies cérébrale ou bien pour d'autres troubles ou pathologie est un point non négligeable.

Références :

- Albarello, L. (1999). *Apprendre à chercher*. Paris : De Boeck Université.
- Alexandre A. (2004). Troubles de la motricité bucco-faciale et difficultés articulatoires et de parole chez l'enfant IMC : relation et intérêt d'une éducation commune et harmonieuse. *Motricité cérébrale*, 25, 66-70.
- Blair E, Watson L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal Neonatal Medecine*;11(2):117-125.
- Brin. F, Courrier. C., Lederlé E, Masy V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues: Ortho-Edition.
- Chevrie-Muller C. et Narbona J. (2007). *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques* (3e éd.). France: Elsevier Masson.
- Colver, A. Fairhurst, C. & Pharoah, P.O.D. (2014). Cerebral Palsy. *The Lancet*, 383: 1240-1249.
- Delacy. MJ., Reid. SM., (2016). Australian Cerebral Palsy Register Group. Profile of associated impairments at age 5 years in Australia by cerebral palsy subtype and Gross Motor Function Classification System level for birth years 1996 to 2005. *Dev Med Child Neurol*. 58 Suppl 2:50-56.
- Dunn, PM. (1995). Dr William Little (1810-1894) of London and cerebral palsy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. (Ed 72): F209-F210.
- Garel, JP. (1996). *Éducation physique et handicap moteur*. Paris : Edition Nathan.
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans : prévention et prise en charge*. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/12irp09_argumentaire_011214.pdf
- Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician*, 73(1), 91–100.
- Lambert, J.L. et Seron, X.(1982). Infirmité motrice cérébrale et atteinte cérébrale minimale. Dans J.A. Rondal (dir.). *Troubles du langage. Diagnostic et rééducation*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Mazeau, M. (1997). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal, chez l'enfant*. Paris : Masson.
- Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 55(6):509-519
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. (2007). Le système de classification de la fonction motrice globale, *Rapport GMFCS*

Panteliadis, C., Panteliadis, P. et Vassilyadi, F. (2013). Hallmarks in the history of cerebral palsy: From antiquity to mid-20th century. *Brain and Development*, 35(4), 285-292.

Revol, F. (1998). Infirmités motrices d'origine cérébrale – Généralités. *Rééducation orthophonique*, n°193. Paris : Fédération nationale des orthophonistes.

Tardieu G, Trélat J. (1953). L'avenir des nouveau-nés ranimés. *Rev Neurol*, 89(4):259-65

Van Naarden Braun K, Doernberg N, Schieve L, Christensen D, Goodman A, Yeargin-Allsopp M. (2016). Birth Prevalence of Cerebral Palsy: A Population-Based Study. *Pediatrics*. Jan;137(1).

Wu YW, Escobar GJ, Grether JK, Croen LA, Greene JD, Newman TB. (2003). Chorioamnionitis and Cerebral Palsy in Term and Near-Term Infants. *JAMA*. ;290(20):2677–2684.