

20 ans après les Etats-Unis, la France découvre que les troubles du langage relevant de l'orthophonie n'ont pas seulement une origine psychologique et socio-culturelle. En fait, ces facteurs y sont le plus souvent associés !

Nous ne devons en aucun cas perdre de vue que tout ce qui est reçu, traité et émis passe forcément par le cerveau. Il est impensable de négliger ce fait alors que d'importantes découvertes tendent à prouver l'existence d'une origine neurologique de la dyslexie.

Qui n'a pas été frappé par les similitudes des erreurs caractéristiques en lecture des enfants dyslexiques et celles de certains aphasiques ? (confusions, inversions, omissions...).

Devant ces constatations, il nous a paru intéressant de rechercher les antécédents pathologiques les plus fréquents chez les enfants dyslexiques suivis en rééducation. Quoi de plus naturel que d'utiliser le questionnaire anamnestique pour mener à bien cette étude ?

L'ANAMNESE

par **Françoise BON**

Isabelle CASTAGNE

et **Pascale LAUGA**

Françoise BON
Orthophoniste
17, avenue Frédéric Estébe
F-31200 TOULOUSE

Isabelle CASTAGNE
Orthophoniste
170, rue Périole
F-31500 TOULOUSE

PASCALE LAUGA
Orthophoniste
15, allée du Périgord
F-31770 COLOMIERS

L'anamnèse est l'histoire d'un patient reconstituée par ses souvenirs.

Elle révèle parfois certains comportements de l'enfant et permet ainsi à l'orthophoniste d'ajuster son attitude en connaissance de cause tout au long de la rééducation. Elle met en évidence certaines difficultés dont l'analyse pourra être plus approfondie par la passation de certaines épreuves du bilan et par des examens complémentaires. Enfin, elle pourra servir de support à la recherche des étiologies des troubles.

C'est en posant des questions simples et précises à la famille, que l'orthophoniste va pouvoir se renseigner sur le comportement, le caractère et la personnalité de l'enfant qui lui est adressé.

TABLEAU 1

L'anamnèse révèle certains comportements de l'enfant et permet à l'orthophoniste d'ajuster au mieux son attitude :

- | | | | |
|--|-----------|------------------|--------------------------|
| - activités : | - repas | - personnalité : | - caractère |
| | - sommeil | | - sociabilité |
| | - loisirs | | - difficultés psychiques |
| - adaptation scolaire | | | |
| (cursus, éventuels problèmes d'apprentissage...) | | | |

- On se renseignera sur ses **activités**, ses **loisirs**, on cherchera à savoir comment se déroulent ses repas, ses nuits.
- On essaiera de cerner sa **personnalité** au travers de son caractère, de ses facilités d'adaptation et de ses difficultés psychiques.
- On essaiera de connaître les **relations inter-familiales** et enfin, on se renseignera sur sa **scolarité**.

La **dyslexie** ne se limite pas au seul trouble linguistique. Bien qu'elle soit constituée d'un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture, il existe également de nombreuses **petites défaillances** touchant d'autres domaines que celui du langage.

TABLEAU 2

- Etude du déroulement des stades du développement sensori-moteur :
 - * marche, * propreté, * parole.
- Affections de la sphère ORL.
- Eventuels problèmes visuels.
- Problèmes de latéralisation et de structuration spatiale.
- Existence de symptômes neurologiques associés :
 - * instabilité psychomotrice, * retard de maturation psychomotrice,
 - * petits signes neurologiques

- Il faudra donc porter un intérêt tout particulier à l'**étude du développement sensori-moteur** : marche, propreté, **PAROLE**.

Si l'on note à ce niveau une apparition tardive ou un déroulement anormal, on pourra déjà suspecter des séquelles langagières et psychomotrices.

- On fera également attention aux **affections de la sphère O.R.L.** :

on pourra faire passer un test d'intelligibilité, dont les résultats, s'ils sont suspects, conduiront vers un examen O.R.L.

- Il est important de s'assurer de la **bonne acuité visuelle**, de **problèmes de fatigue** et d'**accommodation** de l'enfant qui aborde le langage écrit.

- On se penchera aussi sur les **problèmes de latéralisation** et de **structuration spatiale** :

Un enfant mal latéralisé ou présentant une latéralité ambivalente aura d'autant plus de difficultés à se représenter les graphèmes de la langue écrite, que ceci est souvent entretenu par un trouble perceptif visuel. Même dans les cas où les formes sont bien perçues, leur orientation est souvent instable et par là même leur sens. Nous devons donc envisager un bilan psychomoteur afin d'aider l'enfant dans les délais les plus rapides.

- Enfin, on sera attentif à l'**existence de symptômes neurologiques parfois associés** :

* comme l'**instabilité psychomotrice** (ce syndrome hyperkinétique apparaît au travers de problèmes d'attention, de concentration et de labilité).

* le **retard de maturation psychomotrice** (il s'agit de lenteur, de maladresse dans les gestes fins et rapides, de problèmes de coordination).

* des **petits signes neurologiques** (ce sont des mouvements involontaires et des dyskinésies).

Quand l'un ou plusieurs de ces symptômes apparaissent nettement, il est souhaitable d'adresser l'enfant à un psychomotricien, un neuropsychiatre ou un neurologue.

Cette collaboration interdisciplinaire permettra une aide plus efficace à l'enfant.

Outre le fait qu'elle permet de mieux comprendre les difficultés d'un enfant, l'**anamnèse** est le seul moyen dont chacun d'entre nous dispose pour tenter de cerner les étiologies des troubles sur lesquels nous pouvons avoir une action.

C'est par le biais de notre recherche que nous avons pu regrouper en fonction de leur fréquence d'apparition, certains facteurs pouvant prendre une plus ou moins large part à la **genèse de la dyslexie**.

TABLEAU 3
Recherche des étiologies

- Incidents péri- ou néo-nataux :
 - * problèmes de grossesse, * naissances difficiles
- Traumatismes et commotions
- Maladies : * affection de la sphère ORL
 - * convulsions et retard de maturation neurologique
- Traitements médicamenteux
- Antécédents pathologiques familiaux.

- Par **origines périnatales**, nous entendons les **problèmes de grossesse** (hypertension artérielle, incidents pré-éclamptiques, problèmes de largeur du bassin, traitements médicamenteux, chutes...) et les **accidents de naissance** (naissance par le siège, utilisation de forceps, accouchements particulièrement longs...). Dans ces derniers cas, des pressions anormalement fortes peuvent s'exercer sur le crâne de l'enfant, entraînant ainsi une souffrance cérébro-méningée qui peut favoriser l'installation de séquelles psychomotrices et langagières. Si ces difficultés persistent ou ne régressent que tardivement, les pré-requis nécessaires à l'acquisition de la lecture peuvent ne pas être bien installés et favoriser une dyslexie.

- Les **traumatismes** et les **commotions** ont une incidence non négligeable sur les troubles langagiers. Ces accidents sont caractérisés par l'association d'un retentissement neurovasculaire fonctionnel, d'altérations microscopiques diffuses des neurones et de la substance blanche, et souvent aussi par un œdème.

Les accidents de la route, les accidents domestiques, les sévices, les jeux et les chutes d'une hauteur sont les principales causes qui permettent dans l'anamnèse d'éveiller les soupçons sur une éventuelle commotion.

Enfin, les conséquences d'un traumatisme sont d'autant plus graves qu'il survient chez un sujet jeune.

La lésion semble affecter de façon générale :

- * la compréhension,
- * l'abstraction,
- * l'acquisition du vocabulaire
- * l'attention
- * et la mémoire

qui sont autant de composantes du langage.

- Dans les **maladies**, nous retrouvons :

* **les affections de la sphère O.R.L.** qui sont à rechercher dans la mesure où elles nous permettent de poser un diagnostic différentiel entre hypoacousie et trouble perceptif auditif ;

* **les retards de maturation neurologique** et les dysfonctionnements cérébraux dont les origines peuvent être convulsives et semblent avoir une incidence sur le développement du langage oral et écrit ;

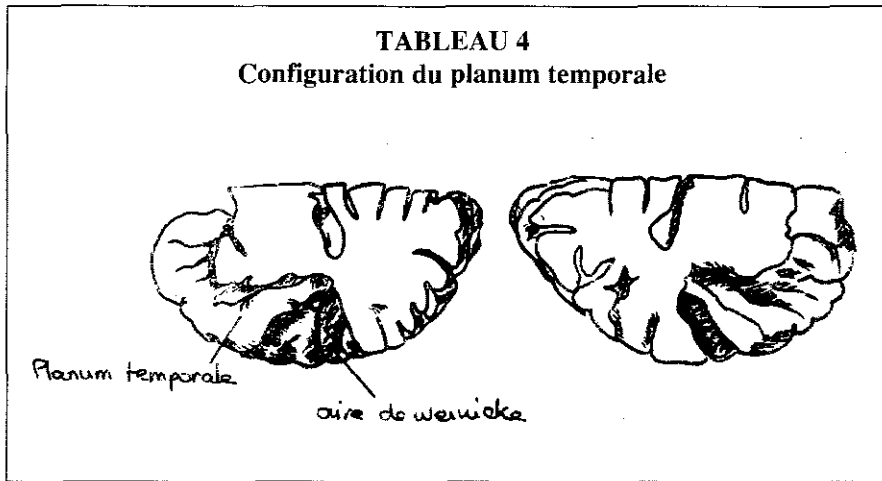
* **certains traitements médicamenteux longs** tels que les neuroleptiques et certains calmants semblent pouvoir retarder des acquisitions. Cependant n'ayant pu relever suffisamment d'informations à ce sujet, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses.

- Il en fut de même quant à des **origines génétiques**, puisque les renseignements portant sur la fréquence des antécédents pathologiques familiaux des enfants dyslexiques ne figurait que très rarement dans les dossiers auxquels nous avons accédé, lors de notre recherche.

Cependant, il est important de souligner que l'idée d'une composante génétique de la dyslexie a été affirmée dans les années 50 par HALLGREN qui a trouvé près de 90 % d'antécédents familiaux parmi une population de 160 dyslexiques. Il semble donc nécessaire de se renseigner sur ces éléments, même s'il ne s'agit que d'une prédisposition.

anomalies dans le développement cérébral puissent intervenir dans la genèse de la dyslexie

Depuis 1968, l'équipe des professeurs GESCHWIND et GALABURDA fait des recherches sur ce trouble. Ils ont rapidement mis en évidence des anomalies anatomiques en autopsiant des **cerveaux de dyslexiques**.

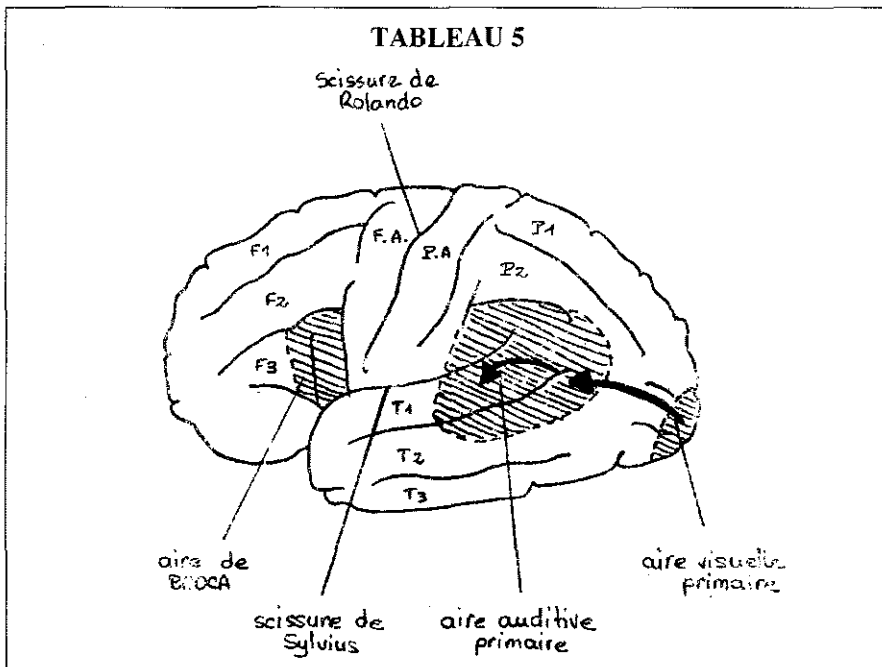
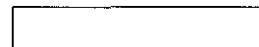


Alors que la plupart des cerveaux montrent des **asymétries**, c'est-à-dire un développement plus grand des aires du langage dans l'hémisphère gauche que des aires correspondantes dans l'hémisphère droit, les cerveaux des dyslexiques présentent, eux, une **symétrie** des deux hémisphères.

Chez les dyslexiques, un secteur particulier, appelé Planum Temporale de l'hémisphère droit est plus développé, on ne décèle pas de différence notable dans la configuration de la scissure de Sylvius. On note également des anomalies dans le développement des structures corticales et sous-corticales. D'autre part, on observe la présence de cellules nerveuses dans des zones inattendues (ce phénomène est appelé ectopie).

Ainsi, selon l'hypothèse de l'équipe américaine, la **dyslexie serait le résultat d'une lésion** survenue lors de la migration des cellules nerveuses vers le cortex entre la 16e et la 24e semaine de vie foetale.

Que se passe-t-il quand un mot écrit est lu ?



La sensation est tout d'abord enregistrée au niveau du cortex visuel primaire.

Elle est ensuite acheminée vers le gyrus angulaire qui associe la forme visuelle du mot à sa forme auditive correspondante dans l'aire de WERNICKE (zone privilégiée du décodage du langage).

Si l'un de ces mécanismes est déficient, il semble raisonnable et logique de penser que la perturbation se situe au niveau du cerveau.

En conclusion

L'anamnèse trouve son fondement dans le bilan orthophonique :

Pas plus que l'examen clinico-fonctionnel, elle ne se suffit à elle seule. C'est leur conjugaison qui conduit à une approche complète du trouble.

On ne devra en aucun cas la négliger, puisqu'elle trouve son utilité :

- dans le choix des épreuves et l'orientation vers des examens complémentaires,
- dans la façon de mener la rééducation
- et dans la recherche des étiologies du trouble du langage.

Cette recherche n'est possible que si nous utilisons tous un questionnaire anamnestique complet. Seule cette condition permettra une étude statistique sur l'origine des troubles du langage. C'est sur la base de résultats fiables qui en découleront, que nous pourrons envisager d'établir le répertoire des étiologies possibles.

Nous vous soumettons donc une grille non figée (c'est-à-dire que l'on peut remanier ce questionnaire suivant les informations que vous voudrez bien nous apporter).

TABLEAU 6

Histoire du sujet	Conditions familiales
a - grossesse	Composition (fratrie...)
- naissance	- marche
- premières acquisitions	- propreté
	- parole
b - Etat de santé	Histoire scolaire
maladies	Cursus scolaire
hospitalisations	Adaptation
interventions chirurgicales	Eventuels problèmes d'apprentissage
vision	
audition	
traitements - traumatismes...	
c - Activités :	Histoire du trouble
repas	Motif de la consultation
sommeil	Description et évolution de l'état actuel
loisirs	
d - Personnalité :	
caractère - sociabilité	

Tous les renseignements relatifs à l'histoire du sujet et de son trouble ne sont pas forcément recueillis au cours du premier entretien ; ce sont des situations moins formelles dans un climat de confiance qui, souvent, favorisent un complément d'information sur l'histoire du sujet et de son trouble.

Il est indispensable de noter tous ces éléments pour pouvoir s'y référer tout au long de la rééducation.

Mais surtout, cette trace écrite nous servirait à poursuivre l'étude que nous avons entreprise sur la recherche des **étiologies des troubles du langage**. Dans cette optique, nous souhaiterions vivement avoir la participation et la collaboration de tous, toutes disciplines confondues.

Bibliographie

Livres

- CRITCHLEY, La dyslexie vraie - Privat, collection rhadamanthe, 1974.
- DEBRAY-RITZEN P., MESSERSCHMITT P., GOLSE B., Neuropsychiatrie infantile - Masson, Abrégés, 1981.
- GALABURDA A.M., PANDYA D.N., Role of architectonics and connections in the study of primate brain evolution - dans : Primate brain evolution : methods and concepts - Este Armstrong and Dean Folk, 1982.
- GALABURDA A.M., Neuroanatomical aspects of language and dyslexia - dans : Dyslexia, neuronal, cognitive and linguistic aspects - Yngve Zotterman, Pergamon press, 1982.
- GESCHWIND N., GALABURDA A.M., Cerebral dominance - The biological foundations, 1984.
- PENFIELD W., ROBERTS L., Langage et mécanismes cérébraux - Presses Universitaires de France, 1963.
- RONDAL J.A., SERON X., Troubles du langage, diagnostic et rééducation - P. Mardaga, 1978.
- TREANTON A.M., FERRAND P., Le bilan orthophonique - L'orthophoniste, 1983.
- Communiquer demain, Toulouse 7, 8, 9, 10 octobre 1983 - Congrès international de la Fédération Nationale des Orthophonistes UNADRIO.
- La dyslexie en question, Centre de recherche de l'éducation spécialisée et de l'adaptation scolaire - A. Colin, 1972.
- Le cerveau, Bibliothèque pour la science - Diffusion Belin, 1982.

Revues

- COLLIGNON H., «Le neuropsychiatre ne doit plus se satisfaire du discours brillant invérifiable des spéculateurs de l'inconscient» estime le professeur J.P. CHANGEUX - Le quotidien du médecin, mardi 20 novembre 1984.
- DELTOUR J.J. et NICOLAS S., Difficultés spécifiques touchant notamment certains aspects du langage, suite à de simples commotions chez l'enfant - Neuropsychiatrie de l'enfance, 1984, n° 2-3.
- DE NEGRI M. et SACCOMANI L., Psychodynamique de la «dysfonction cérébrale a minima» - Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, octobre-novembre 1975, n° 2-3.
- EIDELBERG D. et GALABURDA A.M., Symmetry and asymetry in the human posterior thalamus - Archives of neurology, juin 1982, volume 39.
- GALABURDA A.M., Neuroanatomical basis of cerebral dominance - Allied health and behavioral, 1978, vol. 1, n° 3.
- GALABURDA A.M., La région de Broca : observations anatomiques faites un siècle après la mort de son découvreur - Revue neurologique, 1980, n° 136.
- GALABURDA A.M. et SANIDES F., Cytoarchitectonic organization of the human auditory cortex - The journal of comparative neurology, 1980, n° 28.
- JUNQUE I. et PLAJA C., Trastornos de la memoria en los traumatismos craneales : sindromes y rehabilitacion funcional -Revue Logop-Fonoaud, avril 1984, vol. 4, n° 44.

Mémoire

- BON F., CASTAGNE I., LAUGA P., L'anamnèse, comme support de recherche des étiologies de la dyslexie - Maître de mémoire L. GROS, U.E.R. Techniques de réadaptation, Toulouse, 1985.