Ziglôbitha,
Revue des **A**rts, **L**inguistique,
Littérature & **C**ivilisations
Université Peleforo Gon Coulibaly - Côte d'Ivoire

L'impact de l'agnosie post-traumatique dans les sphères du langage oral et écrit chez le sujet adulte

Lawa Privat GNAGBEU
Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
gnagbeulawaprivat@gmail.com
&
Zakaria YAGO
Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
avrahamyago4747@gmail.com

Résumé : De multiples traumatismes psychologiques ou physiques affectent les circuits neuronaux du cerveau et perturbent le bon fonctionnement des facultés cognitives. Au nombre de ces troubles figurent les *agnosies*, une pathologie qui altère les connexions cérébrales et dépersonnalise le sujet concerné au point où ce dernier est incapable de reconnaitre un objet, une personne etc. Ce trouble se caractérise par la perte d'informations qui permettent d'interpréter certains types de sensations reçues. En Côte d'Ivoire, ce trouble est peu connu du grand public. De ce fait, les sujets atteints ne se dirigent pas, très souvent, vers les centres de rééducation langagière. Les cas que nous avons observés présentent de multiples déficiences et les sujets atteints peuvent ne pas être conscients de certaines d'entre elles.
Mots-clés : traumatisme, agnosie, communication, rééducation, langage.

Abstract: Multiple psychological or physical traumas affect the neural circuits of the brain and disrupt the proper functioning of cognitive faculties. Among these disorders are agnosias, a pathology that alters brain connections and depersonalizes the subject concerned to the point where the latter is unable to recognize an object, a person, etc. This disorder is characterized by the loss of information that makes it possible to interpret certain types of sensations received. In Côte d'Ivoire, this disorder is little known to the general public. As a result, affected subjects do not very often go to language rehabilitation centers. The cases we have observed have multiple impairments and those affected may not be aware of some of them.
Keywords : trauma, agnosia, communication, rehabilitation, language.

Introduction

Il existe différents types d'agnosies selon la modalité sensorielle ou le type de perception qui est affecté. L'agnosie, chez le sujet post-traumatique se reconnaît par une altération ou une perturbation des fonctions cognitives supérieures dont le langage, les capacités visuo-spatiales et auditives, etc. On retrouve très souvent un trouble du langage oral ou écrit chez le sujet présentant une agnosie. Les fréquences d'apparition de ce trouble sont variables, selon la modalité sensorielle de l'organe qui est atteint. En Côte d'Ivoire, la plupart des troubles du langage, des sentiments et du comportement, dont l'agnosie sont très peu connus. Aussi, les patients peinent à trouver les spécialistes indiqués ou les centres de rééducation langagière appropriés pour les soins. Ils trainent jusqu'à

ce que le trouble affecte profondément les facultés du langage oral ou écrit avant de prendre cette initiative. Or une prise en charge précoce peut restreindre l'étendu des dommages linguistiques ou même psychomoteurs et éviter un trouble plus grave. Cet article ouvre des pistes de réflexions sur la question à partir de cas cliniques observés.

1. Préliminaires théoriques

Pour MAZAUX JM et al. (1990), l'agnosie est « *une incapacité à reconnaitre des informations visuelles antérieurement connues du patient, en l'absence de troubles sensoriels élémentaires, de troubles du langage, de la mémoire ou de l'intellect* ». Cette impossibilité qui émane de l'altération des sens se répercute sur la représentation visuelle, et la reconnaissance immédiatement par le canal sensoriel. Les origines des premières recherches liées à l'agnosie ont été découvertes dans les études neuro-anatomiques du langage et de l'imagerie fonctionnelle cérébrale, menées par GUERIN (2007).

Les causes des agnosies proviennent dans la grande majorité des cas de lésions cérébrales (AVC), de nombreuses séquelles, de tumeurs et de certaines infections aiguës. Dans ce contexte, les traumatismes favorisent les troubles de langage et exposent le sujet aux difficultés de compréhension et d'expression au niveau des échanges communicationnels. Toutefois, l'agnosie se traduit par un déficit de la reconnaissance. URICHER (2013), souligne qu'un sujet atteint de perturbations gnosiques ne reconnaît pas les objets ou bien même, que son cerveau est incapable de les nommer. En somme, DENISE (2008), soutient qu'en fonction des manifestations l'on découvre plusieurs familles d'agnosie en rapport avec le langage.

Ainsi, l'on peut citer *l'agnosie visuelle*. Elle empêche le patient de reconnaitre des objets familiers mais aussi des lettres, des mots ou des phrases au niveau de l'orthographe. DEJERINE (1892), explique que le dysfonctionnement crée l'impossibilité chez le patient d'accéder aux caractéristiques du langage écrit. Avec *l'agnosie spatiale*, l'individu perd la capacité de diriger son regard vers un stimulus visuel placé à la périphérie de son champ visuel et par conséquent la faculté du langage écrit. Ce trouble du champ visuel va d'une simple perturbation à une plus grande anomalie : l'hémianopsie[1] ou la quadranopsie[2]. L'*agnosie auditive* quant à elle crée un défaut

[1] Hémianopsie : Trois graphies sont admises : hémianopie, hémianopsie ou hémiopie. « Perte d'une moitié du champ visuel normal, tantôt en haut ou en bas seulement (hémianopie horizontale), tantôt à droite ou à gauche seulement (hémiopie verticale).

[2] Quadranopsie : La quadranopsie est une perte d'un quadrant : l'un des 4. Il s'agit d'une atteinte des voix optiques qui conduisent au cortex occipital ou d'une lésion plus antérieure.

de perception de la parole native. BODAMER (1947), la décrit comme un ensemble de sons inconnus, rendant le décodage impossible au cours des échanges verbaux au niveau de la communication. Ces anomalies dit-il impactent le langage oral et créent la sensation du quiproquo. Quand l'agnosie affecte l'image corporelle, son porteur perd la faculté de reconnaissance d'une ou de la totalité des parties de son corps ; on parle *d'agnosie corporelle.* Selon les cas, il est possible de distinguer : l'***autotopoagnosie*** qui se manifeste par une incapacité du sujet pathologique à reconnaître les différentes parties de son corps. On range aussi l'**agnosie digitale**, qui concerne uniquement la perte de l'usage des doigts dans ce tableau.

Dans d'autres cas, *le trouble agnosique* obnubile la conscience, empêche ou interdit au patient de reconnaître des choses de son entourage et de son environnement immédiat. Ces perceptions visuelles se limitent selon RICHER (2013), aux objets familiers comme la maison, le jardin, le parc, un garage ou même des effets personnels allant de la simple montre, aux parures, à la ceinture voire les vêtements. L'*agnosie visuelle* comme l'indique son nom est capable de créer la *cécité visuelle* quand elle s'aggrave. MÜNCK (1876-1878) fait partie des premiers auteurs à avoir effectuées des recherches de cette pathologie chez des chiens.

Les troubles de la perception et de la reconnaissance des signes verbaux et non verbaux consécutifs aux facteurs neurologiques s'inscrivent dans un ensemble général de désorganisation des fonctions gnosiques, dans lequel le langage intervient comme médiateur.

2. Méthodologie de la recherche

Le recueil des données pour la constitution de l'échantillon s'est effectué, d'une part dans des familles ayant présenté des cas d'agnosies et d'autres part dans certains services de santé publics spécialisés dans les soins de patients ayant été confrontés à des complications du système nerveux. Il s'agit en occurrence des services de neurologies des centres hospitaliers universitaires (CHU) des communes de Cocody et de Yopougon.

Les centres de rééducation orthophonique et fonctionnelle, de Dabou, et du centre Don ORIONE de Bonoua, localités situées dans la banlieue d'Abidjan, nous ont permis d'étendre les enquêtes. La durée de la constitution de l'échantillon s'est étendue de Juin 2014 à Août 2016 ; soit environ 24 mois.

3. Analyse des données

Sur une centaine de sujets agnosiques recensés, 79 patients ont véritablement présenté l'agnosie ; soit environ 80.58 % de sujets atteints et 21 personnes seulement des signes superficiels, soit 16.59 % n'ayant pas été pris en compte. Les critères de sélection sont relatifs aux informations recueillies à partir des dossiers médicaux des malades et des antécédents socio-familiaux. Les patients retenus ont présenté (e) de façon clinique les symptômes de l'agnosie ; un dossier médical qui a confirmé la baisse de l'acuité sensorielle des organes de sens et un bilan neurologique. Les organes de sens concernés sont l'œil, l'oreille, le nez, la peau et la langue. Ces organes prennent une grande part d'activités dans le processus du langage et les échanges au niveau de la communication. Outre les antécédents médicaux et familiaux sus-évoqués, les résultats des tests du protocole d'examen linguistique ont servi de références. Il a été prévu que le patient sache lire, écrire et comprenne au moins le français. L'âge minimum des enquêtés est compris entre 30 ans et plus.

L'obtention des résultats des tests linguistiques a été possible grâce au Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), beaucoup aménagé pour la sélection d'un plus grand nombre de patients, pour la constitution de l'échantillon. C'est test prend en compte des multilingues, les 4 modalités de la langue, l'état psychologique et linguistique des patients.

4. Résultats

Au regard du comportement des enquêtés, une partie des individus de notre échantillon estimé à 18 patients ont eu l'agnosie suite à un Accident Vasculaire Cérébral ischémique aigu. Selon le rapport médical la lésion responsable du trouble agnosique se situerait dans la zone temporo-pariéto-occipital gauche. Ces individus dont l'âge est compris entre 55 et 59 ans sont aussi diabétiques et encore en fonction. Après le test dont les épreuves ont consisté en la *dénomination* et en la *complétion* de phrases encodées, il a été constaté dans l'ensemble, que les réponses sont fausses du fait du caractère illogique qu'elles contiennent. Presque toutes les réponses produites à l'oral comme à l'écrit sont erronées. Ce fait laisse penser à un désordre dans le processus de compréhension et d'expression dans les des deux versants du langage. L'exemple de l'une des patientes de ce groupe illustre parfaitement l'incapacité des sujets à dénommer des images. Voir les exemples ci-dessous du support (n°1).

Dans ces exemples de dénomination, la patiente prend :

Un élément pour désigner le tout :

1- [*animal* pour *cheval*]
2- [*champ* pour *houe, daba*]

3- [*yeux* pour *lunettes*]
4- [*braise pour* feu]

Parfois la confusion porte sur un élément pour exprimer toute une action :

1- [*s'asseoir* pour *chaise*]
2- [*dormir* pour *lit*]
3- [*courir* pour *ballon*]
4- [*haut* pour *oiseau (vole haut)*]

La perturbation vire à une confusion de formes

1- [*télé* pour *chevalet*]
2- [*mouchoir* pour *journal*]
3- [*poule* pour *coq*]

Support (n°1) exercice de dénomination d'images par une patiente ayant eu l'agnosie suite à un diabète

Dans la suite des exemples, une autre patiente standardiste de 40 ans soumise à l'exercice écrite de complétion a pu écrire en commettant les erreurs ci-dessus dans le support (n° 2).

Tantôt les réponses aux stimuli de cette patiente s'appuient sur l'orthographe de la racine du mot à compléter, l'exemple des phrases :

- [n°2 = *parvenir* pour partir]
- [n°3 = *rattrapage* pour *rattraper*]
- [n°9 = *conjugale* pour *conjugaison*]

- [n°12 = *riviera* pour *rivière*]
- [n°15 = *côtes* pour *côté*]

Tantôt par la production de la patiente fait penser à un individu dont la pensée serait erronée, les exemples des phrases ci-dessus du corpus n°2 :

- [n°1 = *de l'ot* pour *de l'eau*]
- [n°7 = *erre* pour *erreur*]
- [n°10 = *bob* pour *BAC/BEPC*]
- [n°15 = *tente* pour *temps*]

Les altérations portent à la fois sur la compréhension et sur l'expression étant donné que les exercices ont été lus à haute voix une ou deux fois.

COMPLETION

1- Il a vraiment soif, il a déjà bu 3 litres d'ea... de l'eau

2- Ton père voulait forcément te voir avant de par... parvenir

3- Si tu cours vite, tu vas le rattra... rattrapage

4- Cette femme n'arrive jamais tôt au travail, elle est toujours en ret... relation

5- Il lui a dit : sort de chez-moi, il était vraiment fâc... fâché

6- Kwao n'a pas une grande notion du temps, mais il connait parfaitement sa date de mais... maison

7- Elle demande franchement pardon, elle a commis une err... erre

8- Cet enfant ne reconnaît, ni un sujet, ni un verbe dans une phrase, il a des lacunes en gran. grand

9- Il n'a pas mis "S" à je bois, c'est une faute de conju... conjugale

10- Il m'a accueilli avec la nouvelle de son admission au B.. bol

11- Si tu n'as pas peur, tu gagneras cette compétiti. compétition

12- La légende raconte que la reine pokou a jeté son fils unique dans la Riv. rivière

13- Tu parles beaucoup, mais tu n'a pas commis de péché comme est Jésus Chris. Christ

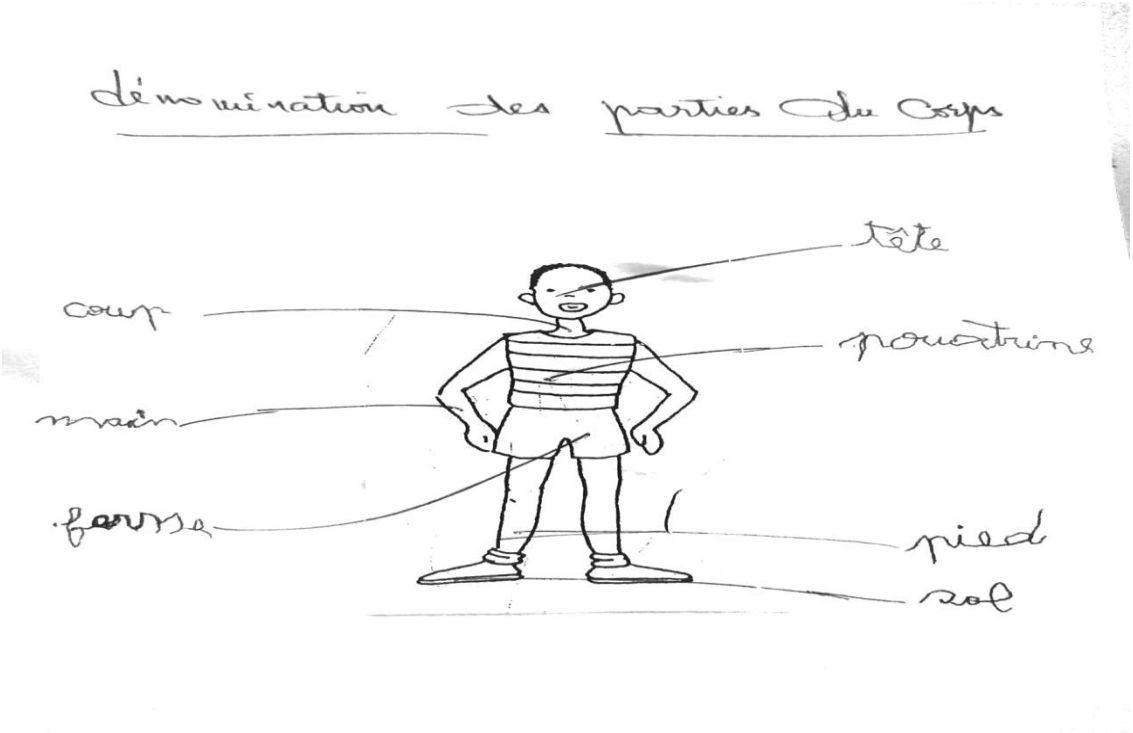
14- Tous ceux qui me critiquent à longueur de journée perdent leur te. tête

15- Cet homme ne change pas, il prend toujours la vie du bon côt.. côtés

Support (n°2) : réaction d'une patiente standardiste de 40 ans, à l'épreuve de complétion : décodage de phrases encodées à l'écrit.

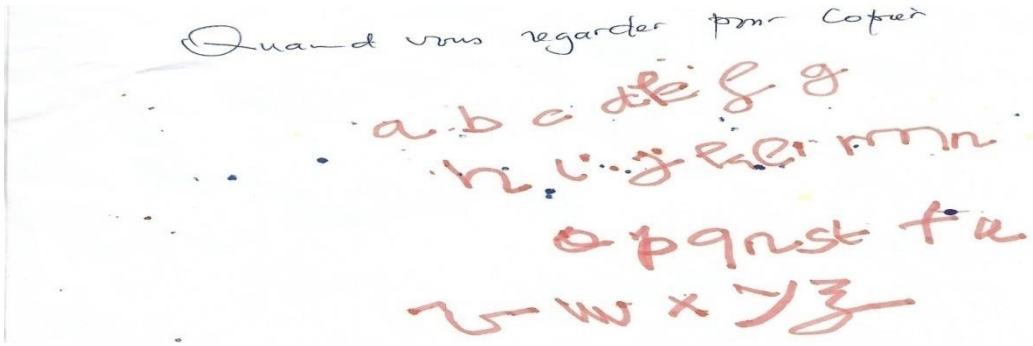
MARSHALL (1973), stipule qu'une lésion située dans la zone temporo-pariéto-occipital gauche du cerveau pourrait être source d'une surdité verbale pure associée à une agnosie visuelle. Probablement, un déficit au niveau des deux modes d'arrangement des unités linguistiques, et aussi d'une apraxie bucco-faciale s'ajoutent généralement au tableau des troubles chez ces patients. Selon JAKOBSON (1963), les manifestations se caractérisent par un désordre dans la sélection ou le choix des phonèmes au niveau de l'articulation des mots et de la combinaison ou enchainement des phonèmes. Les conséquences du trouble sont également perceptibles dans les agencements que les mots ont les uns par rapport aux autres dans la phrase. Dans d'autres situations, et c'est le cas de quelques patients ayant connu l'AVC une ou deux fois et à la retraite, le trouble a occasionné tantôt une *agnosie corporelle* pour certains, tantôt une *hémianopsie* pour d'autres.

Des patients au nombre de 12 ont permis de confirmer l'existence de ce trouble. Au cours des épreuves, d'autres agnosiques ont éprouvé d'énormes difficultés à dénommer avec exactitude les parties de leur corps et même celui d'un autre personnage présenté sous la forme de dessin. Dans le cas qui est rapporté, un agnosique de 71 ans enregistré à domicile à Angré et archiviste a fait d'énormes confusions dans l'exercice d'identification de quelques parties du corps, à l'écrit sur le support qui lui a été présenté. Le [*nez* a été pris pour la *tête*] ; la [*main* pour les *bras*] et les [*jambes* pour les *pieds*]. L'exemple du support (n°3) ci-dessous en est une illustration.



Support (n°3) Épreuve écrite de dénomination des parties du corps par un agnosique archiviste de 71 ans.

Toujours au niveau de l'écrit, d'autres formes d'agnosies portant sur des *hémianopsies* ont été découvertes. Six sur 14 des retraités enquêtés ont manifesté *l'hémiopie verticale*, une dérivée des hémianopsies. Dans *l'hémiopie verticale*, le sujet n'écrit seulement qu'à partir de l'axe centrale de la feuille, de gauche à adroite. Prenons le cas d'un patient parmi les enquêtés, découvert au CHU de Yopougon.

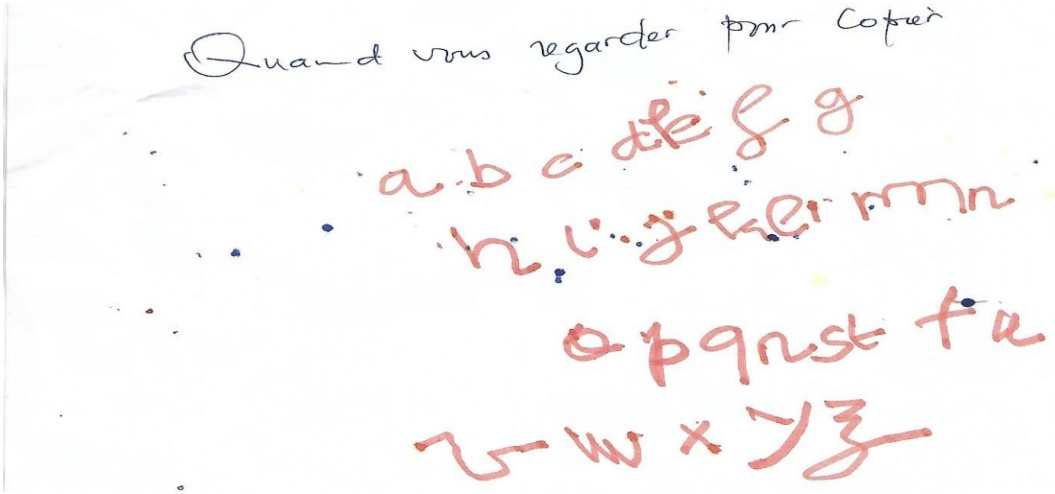


Support (n°3) support justifiant le fait de *l'hémiopie verticale, patient du CHU de Yopougon.*

Ingénieur de formation et âgé de 53 ans, ce patient est trilingue (baoulé, français et anglais). Il a développé une agnosie post-AVC, accompagnée d'une

aphasie de Broca, quand il avait encore 49 ans dans ses fonctions de Directeur Général Adjoint dans une entreprise de production d'électricité.

Au cours de l'épreuve écrite qui consistait à rapporter les lettres de l'alphabet français, il n'y a seulement qu'à droite de la feuille que le patient écrivait malgré toutes les tentatives pour l'emmener à l'occupation totale de la feuille. Ce comportement qui confirme la thèse de *l'hémiopie verticale* s'est traduit par un désordre dans l'agencement des idées du patient à l'écrit. Ce désordre perçu dans l'écrit du patient est non seulement facteur de l'agnosie mais aussi source de *l'apraxie digitale*. Dans la chaine écrite, le sujet perd le fil de l'agencement des phonèmes, à telle enseigne que le /f/ précède le /e/ ; la silhouette graphique de /k/ attenant à un /e/ ont la même taille. Ce qui est faux dans le récit des lettres de l'alphabet français, en ce sens qu'à l'écrit les silhouettes des consonnes dominent celles des voyelles en hauteur. On note également dans cette écriture spontanée que les phonèmes /f/ et /t/ se répètent ; toujours dans le support (n°3). Exemple :

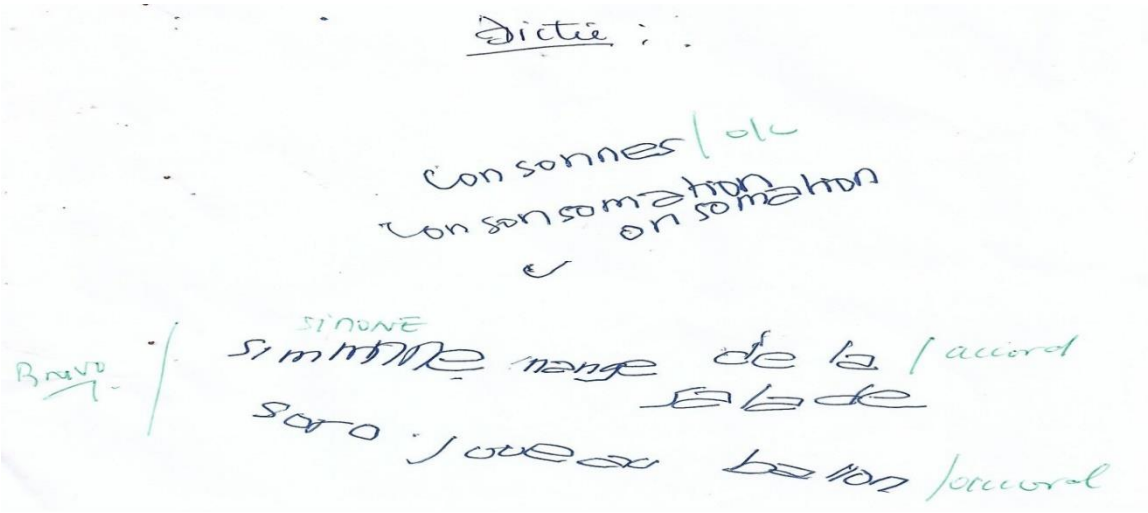


Support (n°3) : épreuve de copie des lettres de l'alphabet par le patient (ingénieur).

Les erreurs relevées à partir du support (n°3), insinuent que les capacités visuo-graphiques du patient sont conservées, mais ses écrits sont plus concentrés du côté droit du support graphique. Ces incohérences notées dans l'expression écrite démontrent de l'existence d'un désordre de l'orientation spatiale. Les capacités graphiques supposant l'implication des mouvements oculomoteurs et de l'ensemble du corps connaissent des insuffisances de rendement au niveau de la motricité. Les antécédents médicaux et les résultats des épreuves écrites et orales confirment selon les manifestations de la présence d'une *agnosie spatiale* de

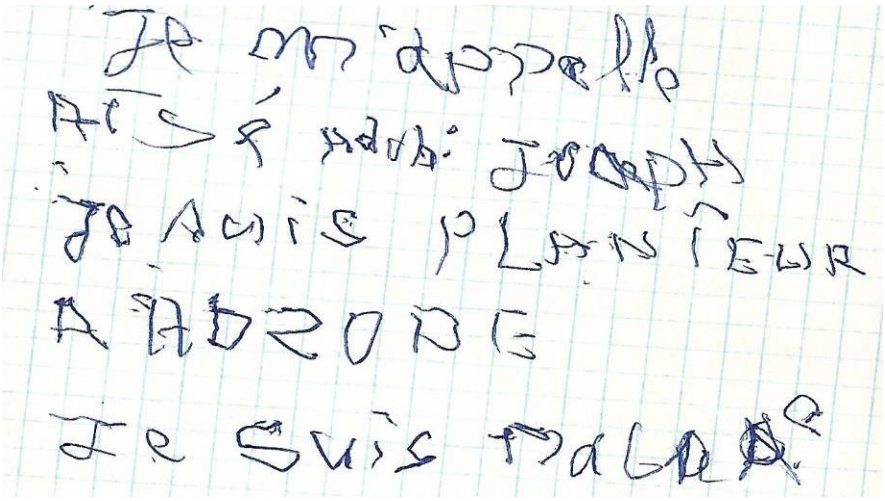
l'héminégligence controlatérale gauche. Avec une vision désaxée, le regard du sujet ne se limite que sur une moitié du support graphique. Cela confirme la perte du champ visuel normal. Voir l'exemple ci-dessus.

Ci-dessous, le support (n°4) est celui d'un instituteur à la retraite. Sa production écrite au cours des exercices nous a permis de découvrir l'hémianopie horizontale.



Support (n°4) : épreuve de dictée du patient (instituteur à la retraite), justifiant aussi la présence de l'hémianopie horizontale

La perte de la moitié du champ visuel normal a été aussi constatée chez un autre patient ; un instituteur de 69 ans à la retraite, ci-dessus dans le support (n°4). Ici, le trouble l'a contraint à n'écrire seulement qu'au bas de la feuille. Cette forme d'agnosie prend le nom d' *hémianopie horizontale.* Quelques semaines plus tard, ledit patient a développé une *agnosie palpébrale.* On aurait dit que le patient a perdu le réflexe de la fermeture et de l'ouverture des yeux. Les paupières pouvaient restées ouvertes plusieurs minutes et vice versa.



Support (n°5), rapporte le cas d'un planteur âgé de 76 ans ayant contracté l'agnosie suite à une HTA non traité.

Il a été demandé au patient de se présenter par écrit dans cette épreuve. On constate que ce sujet expose plusieurs lacunes dont, des paraphasies d'ordre phonémiques [*adub :* pour *adoubi*, non propre] ; [*m'apppelle* pour *m'appelle*], des néologismes [Jodph pour Joseph] et [malaD pour malade]. Il ressort de l'analyse de cette production que la compréhension orale est moins altérée, alors que l'expression écrite est compromise. L'aspect de l'ensemble des écrits de ce patient s'apparente à des griffons. BARBIZET & DUIZABO (1977), attribuent ces maladresses à des signes de fatigabilité. Il a été également demandé au patient de lire à haute voix le récit de son histoire. Il s'est avéré qu'il y a une grande différence entre ce qui était écrit et ce que le patient disait. L'articulation des mots a été émaillée de balbutiements et la lecture s'est terminée par des chuchotements. A l'oral les mots ci-après ont été réalisés comme suite :
Exemples-

1-[*je* pour ʒə], signe de substitution de la palato-alvéolaire, fricative /ʒ/ par /j/ et de la voyelle centrale orale /ə/ par /e/, voyelle étirée antérieure.
2-[*adybi* pour adubi=*nom propre*], signe de substitution de la voyelle postérieure arrondie fermée /u/ par /y/, voyelle antérieure fermée orale.
3-[map pɛ p pɛ =*m'ap-pê-p-pê* pour [mapɛl = *m'appelle*] , signes de balbutiements sur la syllabe /pɛl/ et chute de la latérale /l/.
4-[mala = *mala*] pour [malad = *malade*] signes de balbutiements sur l'articulation de l'item [malade] et chute de la dentale occlusive sonore orale /d/.
5-[ʒøf = *Joff*] pour [ʒozɛf = Joseph, *prénom*], signe de chuchotement entrainant l'élision de la syllabe /zɛ/ en médiane du prénom [Joseph] et de la substitution

de la voyelle postérieure arrondie mi-fermée /o/ par /ø/antérieure arrondie mi-fermée.
6-[adope = *adope*] pour [*adzopé* = adzope = nom de ville], signe d'élision de la fricative alvéolaire /z/ en médiane dans l'item [adzopé].
Ces difficultés d'articulation qui se résument dans les substitutions : de /ʒ/ par /j/ et /ə/ par /e/, dans le segment (n°1) ; de /u/ par /y/ dans le segment (n°2) et enfin de /o/ par /ø/ dans le segment (n°5) en sont des illustrations. On constate également des cas élisions qui portent sur : la syllabe /zɛ/ dans le segment (n°5) et de la fricative alvéolaire /z/ dans le segment (6). Il faut ajouter à ces troubles sus-cités les chutes de la latérale /l/, segment (n° 3) et de la dentale occlusive /d/ dans le segment (n° 4). Ces multiples difficultés d'ordre organique qui entrainent des incapacités de réalisation de phonèmes démontrent dans l'ensemble que le contact de l'*apex* avec le *voile du palais* et des *alvéoles des dents* ne se fait pas convenablement pour produire les alvéolaires que sont : [ʒ, z, l, d].

Ce tableau dépeint aussi celui des maladresses perçues au niveau du mode d'articulation de certaines voyelles. En effet, toutes les voyelles postérieures [o, u] et la centrale neutre [ə] sont respectivement réalisées antérieures [ø, y] et [œ]. Ceci confirme que les voyelles ne sont plus réalisées dans le *palais mou* mais plutôt dans la *région du palais dur*. L'incapacité du patient à réaliser des frictions et à changer le mode d'articulation des voyelles serait d'abord la conséquence de la présence d'une *insuffisance du souffle trachéal* mais aussi de l'existence d'une *dysarthrie*. Au-delà de la paresse vocale, le trouble a également entrainé une dégradation des signes de l'expression orale chez le sujet. Les structures en charge de la gestion du langage articulé et de la reconnaissance de certains phonèmes ont été endommagées. DENISE & VIADER (2008), pensent que les lésions responsables de telles anomalies s'étendent dans les zones de l'aire de BROCA et le gyrus fusiforme. Dans cette portion du territoire, la topographie lésionnelle est volumineuse et le processus de dégradation occupe visiblement la zone fronto-temporale gauche.

Le trouble *prosopagnosique* a été perçu chez une seizaine de patients aphasiques ayant développé une aphasie sensorielle. Ces sujets dont l'âge varie entre 65 et 74 ans ont été découverts dans les villes d'Abidjan et Bouaké. Les patients manifestaient dans l'ensemble une incapacité à reconnaître certains des parents qui les assistaient. Pire certains ont attribué des noms d'autres personnes à des amis qu'ils ne reconnaissaient plus véritablement. Chez d'autres par contre, les confusions portaient beaucoup plus sur les classes d'animaux. Des moutons ont été comparés à des chiens et autres animaux quadrupèdes de cette classe.
HABIB (1998), souligne que ces agnosies post-aphasiques dont les lésions sont situées dans les aires capsulo-lenticulaire et temporo-occipitale gauche du

cerveau vont de pair avec l'apraxie idéomotrice et une surdité verbale associée à une aphasie de Wernicke. Il est donc important de noter que les confusions de formes, de silhouettes et des confusions au niveau de l'audition pour les enquêtés sont le fait d'un déficit du traitement sémantique causé par la lésion d'un « centre des concepts ». Il aurait eu une déconnexion entre ce centre des concepts et le lobe temporal.

Outre les confusions d'animaux et d'hommes rapportées ci-dessus, des confusions concernant l'emploi des mots et des écrits ont été décelées chez des sujets. Il s'avère que six des patients enregistrés dans les localités de Bonoua et Dabou ont eu un débit rapide. On aurait dit, en les écoutant qu'ils s'expriment vite pour éviter que leur souffle trachéal ne s'estompe. Quelques-uns des mots écorchés du patient enregistré à Dabou dans la banlieue d'Abidjan se présentent comme suite :

1- [ɛlv = élves] pour [elɛv = élèves] ;
2- [ptiʀ = Ptir] pour [paʀtiʀ = partir] ;
3- [vwa = voi] pour [vwaʀ = voir] ;
4- [C-rir = k ʀiʀ] pour [kuʀiʀ = courir];
5- [p tlɔ̃ = P-tlon] pour [pɑ̃talɔ̃ = pantalon].

Support (n°6) : corpus du patient recueilli dans la localité de dabou

Du point de vue linguistique, ces mots s'apparentes à productions orales d'enfants en cours d'acquisition du langage. Ils peuvent être classés dans le registre de néologismes.

A l'opposée, un autre patient du centre Don Orione de Bonoua, a eu un débit lent et un langage haché au niveau de l'articulation. Il hésitait et mettait aussi de longues pauses respiratoires à prononcer les syllabes contenues dans les mots ; comme dans les exemples ci-dessous support (n°7) :

1- [pə ti tə fi j = Pe-ti-te fi-ille] pour [pətitfij = petite fille] ;
2- [la maʀ ʃ dɛ kʀo kʀo di l] = La mar-che des cro-cro-di-les] pour [lamaʀʃ dɛ kʀokʀodil = la marche des crocodiles] ;
3- [ʒɛ mɑ̃ ʒe dɛ mɑ̃ da ʀi n tu ta lœ ʀ = J-ai-man-gé des man-da-ri-nes tout-à-l'heu-re] pour [ʒɛmɑ̃ʒe dɛ mɑ̃daʀin tutalœʀ = j'ai mangé des mandarines] ;
4- [su fʀi ʀ pu ʀ ga ɲe s sa vi = Souf-fri-r pou-r ga-gner s-sa vie] pour [sufʀiʀ puʀ gaɲe sa vi = souffrir pour gagner sa vie] ;
5- [tɛl pɛʀ tɛl fis = Tel-pè-re, tel-fi-s.] pour [tɛlpɛʀtɛlfis] = tel père tel fils ».

Support (n°7) : corpus du patient recueilli au centre Don Orione de Bonoua.

Au cours d'une épreuve de lecture et d'interprétation d'images, nous avons pu obtenir le corpus d'une patiente suivie à domicile dans la commune de Cocody. La dame a employé certains mots pour d'autres. Ces confusions de mots et de formes ont rendu par moment son discours incompréhensible au niveau des échanges verbaux. Ces signes qui se situent dans les exemples (3, 4, 5) sont l'expression de la *jargonaphasie* au niveau de la production orale. Quand ces signes apparaissent à l'écrit, ils prennent le nom de *jargonagraphie ;* le cas des exemples (1, 2) ; dans le support n°8. Ces interprétations erronées perçues dans la lecture et dans la dénomination d'images confirment de la présence d'une *aphasie sensorielle*. Le support n°8 se compose des items ci-après :

1- [fəmɛl = femelle] pour [fam = femme] ;
2- [pɛl = pelle] pour [kwjɛʀ = cuiller] ;
3- [volaʒ = volage] pour [vwjaʒ = voyage] ;
4- [salɔ̃ = salon] pour [saləte = saleté] ;
5- [kɔ̃pʀɑ̃dʀ = comprendre] pour ɑ̃tɑ̃dʀ = entendre].

Support (n°8) : corpus de la patiente suivie à domicile à Cocody.

L'aphasie sensorielle est une forme qui se caractérise beaucoup par un débit rapide, une déformation phonétique, et surtout l'emploi de certains mots pour d'autres. Cette aphasie se manifeste aussi chez le sujet par la création de mots, qui rendent le discours totalement incompréhensible. DACHER (2011), et LEBRUN (1982), mentionnent qu'au cours de ces troubles, les écrits des sujets pathologiques sont confus et dépourvus de sens. Dans ce contexte, il n'est pas rare de trouver des troubles périphériques comme *l'apraxie idéomotrice* où les sujets ne retiennent presque rien des situations de communication. Une des épreuves du test soumis aux enquêtés a mis en exergue ce trouble. Certains des patients ont été incapables de retenir les noms répétés de 5 ou 6 objets à la fois et placés sous leurs yeux dans un intervalle de deux à trois minutes. Ils donnaient l'impression que la mémoire ne fonctionnait plus. DAMASIO (1982) explique cette amnésie d'évocation par une perturbation de fonctionnement du sphincter cognotivo-mnémonique. Le sphincter mnémonique est responsable de l'acquisition et de la conservation des connaissances usuelles. Sa défaillance occasionne une incapacité chez le sujet de dire ce qu'il a déjà appris.

Le phénomène qui a aussi retenu notre attention est que des sujets touchés par la vieillesse ne se sont servis que d'une partie de leur corps pour accomplir des tâches. Les épreuves comportaient le lavage des mains, le nouage de chaussures à lacets et le port d'un survêtement. Ces patients, alcooliques pour certains et tabagiques pour d'autres, comme le mentionnent les antécédents socio-médicaux sont au nombre de 09 et leur âge compris entre 68 et 88 ans. Ils

ont été enregistrés pour la plupart dans les CHU et suivis à la maison. Ces personnes âgées n'ont utilisé qu'un membre de l'hémicorps, la main gauche ou droite pour accomplir les exercices. Les exercices ont été un échec pour les gauchers, tandis que pour les droitiers les exercices ont été très laborieux même si certains parmi eux y sont parvenus. Selon EUSTACHE (1990), ce type d'agnosie plus ou moins sévère prend le nom d'*hémiasomatognosie*. L'auteur rapporte qu'il est quasiment impossible au malade d'utiliser simultanément les membres des deux hémicorps. Le trouble dit-il s'associe dans la majorité des cas à une désorganisation de l'acuité visuelle et d'une négligence spatiale unilatérale gauche.

Discussion

Les agnosies post-traumatiques ont plusieurs formes, selon leurs origines et leurs manifestations. Nous avons constaté qu'elles peuvent provenir de certaines maladies comme le diabète, les HTA mais aussi de maladies dégénératives comme la vieillesse. Ces pathologies occasionnent parfois des accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques. De ce fait, les sujets peuvent être exposés à des troubles d'ordre organiques et aussi linguistiques. Il s'agit au plan organique des apraxies, des agnosies et des insuffisances sphinctériennes. BODAMER (1947), souligne que l'une des maladies à craindre est la *prosopagnosie*. Un trouble sévère qui provient des agnosies et se manifeste parfois chez l'individu par une incapacité à reconnaître les êtres animés, et en particulier les silhouettes humaines. Selon l'auteur, ces troubles organiques créent aussi des déficits qui occasionnent des insuffisances sphinctériennes et celui du souffle trachéal.

Au plan linguistique, les troubles se résument dans le syndrome de désintégration phonétique ou dysprosodie. Ils sont la conséquence d'un déficit de « décodage » du langage parlé qui relève soit, d'une altération du décodage phonémique, soit d'une altération à l'accès à la compréhension. BARBIZET & DUIZABO (1977), précisent que l'altération du décodage phonémique prédomine, alors que la compréhension du langage écrit, la lecture et la copie sont moins atteintes que la compréhension du langage parlé. Selon DENISE & VIADER (2008), ces difficultés sont perceptibles dans les épreuves de dictée et de répétition des mots.

Quand une prise en charge de l'agnosique post-traumatique n'est pas envisagée, le sujet est susceptible de développer des syndromes. Les syndromes auxquels nous faisons allusion sont nombreuses mais nous retiendrons que ceux de la désintégration phonétique ou dysprosodie et celui de l'Alzheimer ou

syndrome aphaso-apraxo-agnosique de la maladie d'Alzheimer ou encore la démence de type Alzheimer.

Conclusion

L'impact du trouble sur les deux versants du langage chez l'agnosique post-traumatique occasionne des troubles linguistiques et graphiques au point où le sujet pathologique perd l'usage de nombreuses facultés sensorielles, notamment l'orientation spatiale et les règles de combinaison de l'intelligence verbale. Les résultats ont montré, du fait de l'agression cérébrale que des patients ont perdu certaines notions et capacités à des degrés différents. Les manifestations agnosiques étaient plus axées sur la compréhension chez certains, que sur l'expression chez d'autres, et parfois sur les deux variables du langage pour un nombre particulier d'individus. La difficulté de décodage des sons verbaux se situe au niveau de la compréhension. LECHEVALIER et al. (1995) parlent dans ce cas d'agnosie auditive en devenir (surdité verbale pure). Ce type d'agnosie impacte l'expression du fait de l'incompréhension de la production verbale. Dans l'expression écrite, on détecte un désordre graphique causé par une hémianopsie.

Ces différences au niveau des manifestations dépendent de la lésion au niveau des différentes aires et confirment également la thèse selon laquelle l'agnosie impacte le langage sur le plan de l'oralité et de l'écrit. Cette réflexion oriente sur la perspective d'une prise en charge en rééducation du langage oral et écrit de l'agnosique.

Références bibliographiques

BARBIZET, J, DUIZABO, PH., (1977), *Abrégé de neuropsychologie*, Masson, Paris. New York, Barcelone, Milan, pp 28-127.

BODAMER (1947), *Rédaction sur la prosopagnosie*, Neuropsychologie cognitive, p 81-105

DACHER, H., (2011), *Anosognosie : Nature et impact sur la prise en charge logopédique du patient,* PONTT, p 6.

DAMASIO, (1982) Prosopagnosia: anatomic basis and behavioral mecanisms.

DEJERINE J. (1892), *Contribution à l'étude anato-pathologique et clinique des différentes variétés de cécités verbales.* 1892, Mémoires des Sociétés de Biologie, P 61-90.

DENISE P., LAMBERT J., MAUGUIERE F., PLATEL H. et VIADER (2008). *« Chapitre 28. Les agnosies »*, in Francis Eustache et al., Traité de neuropsychologie clinique, De Boeck Supérieur « Neurosciences & cognition », p. 713-761.

EUSTACHE F., LECHEVALIER B., VIADER F. et LAMBERT J. (1990), *Identification and discrimination disorders in auditory perception: A report on two cases.* Neuropsychologie. 28 : 257-270.

GUERIN, J. (2007), *Neuro-anatomie du langage et imagerie fonctionnelle cérébrale*. In J. M.

HABIB, M., (1998), *Bases neurologiques des comportements*. Paris : Masson.

JAKOBSON J.H. (1963), *Roy. London Ophth*. Hosp. Rep., 8, p 434.

LEBRUN, Y. (1982), L'aphasie *chez les polyglottes, presse universitaire française*, fascicule 1 volume 18, pp 129-143.

LECHEVALIER, B., Eustache, F., &Viader, F. (1995). *Perception et agnosies*, Bruxelles : De Boeck université.

MARSHALL J.C. et NEWCOMBE F., (1973), Patterns of paralexia: A psycholinguistic approach. Journal of psycholinguistic Research, 2(3), 175-199.

MAZAUX, JM. et FELDMAN, D. et (1990), *Dépistage de certains troubles de l'écoute dans la plainte mnésique du troisième âge*. In Alzheimer actualités 47, p6-7.

MAZAUX, P. PRADAT-DHIEL et V. BRUN., (1999), *Aphasies et Aphasiques* (pp.19-32), Paris : Masson.

RICHER F., (2013), *Neuropsychologie,* Université de Québec à Montréal, Montréal.