

REEDUCATION DES TROUBLES APHASIQUES

Introduction
Historique
Principes Généraux

La réhabilitation du langage : un désir ancien, une pratique récente

- Aphasie comme « réversion de l'évolution » (Jackson 1915)
- Ferré (1895) : traiter la perte des images articulatoires
- Thomas & Roux (1895), Gutzmann (1896) , Mills : Approche pédagogique de la mémoire des sons
- Charcot (1912) : Machine à rééduquer la lecture
- Froment (1913) : Rééducation des aphasiques « en réveillant la mémoire des sons et les images auditives ... »

Naissance de l'approche moderne (après 1945)

- Incorporation de progrès théoriques :
 - Neurolinguistique (Alajouanine, Ombredane, Jakobson, 1941) : modèles d'analyse
 - Sémiologie (Goldstein 1948, Head 1963, Luria 1973) : modèles syndromiques de l'aphasie
 - Naissance de thérapies plus systématiques
 - GB : tâches systématisées : Butfield et Zangwill (1946) . Première série de patients
 - USA : Stimulation Schuell (1955), Wepman (1951)

Evolution de la neurolinguistique

- Approche psycholinguistique comme outil de description du pathologique
- Meilleure sémiologie : analyse des types d'erreurs , différenciation des niveaux (syntaxe)
- Pionniers : Hecaen & Dubois 1967; Goodglass et Kaplan 1972, Lhermitte et Roch-Lecours 1979.
- France : Intégration de cette approche dans la rééducation , travaux de Ducarne

Généralités sur la prise en charge

- Contexte de grand bouleversement psycho-cognitif
- Répercussions sur le plan affectif +++, touche le patient mais aussi l'entourage => majoration des désordres de la communication

on

:

nt

nt (fatigabilité excessive)

e)

on

de groupe à envisager plus souvent dans un objectif de
de communication plus général

- Rythme des séances : variable suivant le stade d'intervention et selon le milieu :
 - Au stade initial : rythme quotidien, plusieurs fois par jour lors de l'hospitalisation
 - Avec évolution : rythme variable , fréquence moindre voire alternance avec périodes d'arrêt.
 - Durée : parfois plusieurs années . Dépend des objectifs.
Durée des séances : ne pas faire n'importe quoi ! 15 minutes à 45 mn à 1h .
- Rôle d'information au patient et à l'entourage : conditionne sa participation
- Nécessité de fonctionner en réseaux
- Domicile vs cabinet : sortie hors du milieu familial, retour à une autonomie, accès au matériel, participation du patient .

- Objectifs d'une prise en charge :
 - Restitution des capacités de communication (pas seulement verbale) antérieures du patient, en s'adaptant à son niveau et à ses centres d'intérêt
 - Optimalisation des échanges linguistiques
 - Développement de modes de communication palliatifs

Les différentes approches

- Différents courants nés des progrès théoriques
- Aujourd'hui : cohabitation des ces courants dans la prise en charge contemporaine :
 - Approche empirique
 - Approche behavioriste
 - Approche pragmatique
 - Approche cognitive

Approche empirique

- Approche la plus ancienne ou approche « classique »
- Stratégie de stimulation
- Ecoles « classiques » :
 - USA : Schuell (50/60)
 - France : Ducarne
 - Soviétique : Luria
 - Italienne : Basso (60/70)

- Hypothèse : aphasie non pas comme conséquence d'une perte des compétences linguistiques mais comme une perturbation de l'accès à ces compétences
- Aphasie : trouble unitaire (conséquence d'un désordre unique)
- Absence de fondements théoriques : repose essentiellement sur des faits sémiologiques
- Thérapie informelle et intuitive

- Techniques de stimulation ou de réapprentissage :
 - Schuell : stimulations auditives. Importance du trouble de compréhension
 - Luria : Stimulations plus spécifiques
 - Ducarne : principes de réapprentissage de type didactique reposant sur une analyse sémiologique

Approche behavioriste

- Structuration méthodologique
- Théories de Skinner (1957) sur le conditionnement opérant (60/70)
- Modification d'un comportement « déviant » par ajustement de l'environnement (techniques d'apprentissage)

- Instruction programmée :

- - planification de la conduite thérapeutique
- Critères de succès
- Hiérarchie des tâches

Méthodologie très stricte et lourde

Techniques peu adaptées à la diversité sémiologique et sans justification théorique du point de vue de l'aphasie: les perturbations sous-jacentes n'étant pas indentifiées

Ex : MIT : Melodic Intonation Therapy

Approche pragmatique

- Ou approche écologique
- Pragmatique : relation entre les comportements langagiers et les contextes dans lesquels ils sont utilisés
- Centrée sur la communication
- Objectif : pas la production de structures linguistiques normales, correctes, mais l'utilisation optimale de toutes les capacités résiduelles de communication (mimiques, gestes , dessins etc...)
- Ex : PACE : Promoting aphasic's communicative efficiency (Davis et Wilcox 1981); Rééducation de groupe

Approche cognitive

- Proposer des programmes thérapeutiques en fonction de la nature des troubles sous-jacents.
- Basée sur les modèles de traitement de l'information chez le sujet normal: architecture fonctionnelle du système lexical
- Approche didactique

● Démarche :

- 1- Analyser les perturbations et déterminer la nature et la localisation du déficit dans un modèle
- 2- Fixer les objectifs de la thérapie : centrer sur une fonction linguistique
- 3- Choisir la stratégie thérapeutique en fonction des hypothèses relatives à la nature du déficit
- 4- Décider d'un certain nombre de tâches pouvant servir cette stratégie
- 5- En établir une hiérarchie suivant le niveau de difficulté
- 6- Etablir une méthode d'évaluation de l'efficacité de la rééducation

- **Diagnostic** : point d'ancrage de la rééducation
- Echelles d'évaluation *formelles* insuffisantes
- Tests complémentaires (Examen à tiroirs)
nécessaires : hypothèses posées et testées pour identifier les fonctions préservées et perturbées
- Tests spécifiques évaluant :
 - Performances dans les différentes modalités d'entrée et de sortie
 - Suivant des critères psycholinguistiques de fréquence , classe, lexicalité, concrétude , de catégorie sémantique, régularité orthographique, complexité morphologique ...

- Diagnostic cognitif = localisation du (des) déficit(s) au sein du système lexical.
- Diagnostic cognitif au niveau de la nature des troubles
- ≠ diagnostic « classiques » = syndrome

- *Evaluation* des performances avant et après thérapie
- Traitement au cas par cas , pas d'études de groupe possible
- Profil cognitif rarement identique
- Traitement coûteux en temps : analyse des troubles est très longue donc rarement applicable à la phase initiale ou pour aphasie globale
- Application au langage écrit et aux troubles de la dénomination
- Rigueur des principes d'utilisation de ces techniques et la volonté de mesurer l'efficacité thérapeutique représentent une contribution fondamentale à la rééducation neuropsychologique.

Stratégies de rééducation

- 4 types de stratégies :
 - Restauration : stimulation, ré-apprentissage
 - Réorganisation : utilisation des capacités résiduelles
 - Facilitation : Quand défaut d'accès
 - Palliatives : Prothèse mentale

- * **Restauration** : vise le rétablissement d'une fonction cognitive dans son mode de fonctionnement antérieur
- Elle concerne les représentations ou des procédures
- S'appuie sur des techniques de stimulations répétées ou de « ré-apprentissage »
- Ex : MP de PARTZ : restauration des représentations orthographiques

- * **Réorganisation** : d'une fonction vise l'exploitation des capacités résiduelles pour parvenir à un résultat fonctionnel équivalent
- Ex : rééducation de l'alexie pure : défaut d'identification visuelle des lettres est contourné par l'utilisation de l'afférence visuelle (tracé de la lettre avec le doigt).

- *La facilitation* : utilisée lorsque l'hypothèse d'un défaut d'accès plutôt que d'une perte ou d'une dégradation des représentations est posée.
- Ex : rééducation de la dénomination : fournir des indices concernant l'item cible
- Indices concernant la forme du mot, phonologique ou graphémique ou indices sémantiques.
- Patient dépendant du thérapeute donc estompage progressif nécessaire

- * **Stratégies palliatives** : appel à des procédures de substitution :
 - - aménagement de l'environnement
 - - développement de la communication non verbale
 - Développement des technologies modernes => prothèses mentales
 - A envisager comme soutien à la phase initiale ou conjointement aux autres formes de thérapies et non comme « dernier recours »

- A) Le Pré-TEST sert :

- - à observer et à analyser les capacités du patient
- à déduire ce qui FONCTIONNE et ce qui est DEFICITAIRE
- Faire apparaître une image fonctionnelle : déficit perceptif, expressif, central , voie lexicale ou voie phonologique etc...
- À préciser le BUT spécifique de la thérapie .
- À choisir comme MOYEN thérapeutique une capacité résiduelle (stratégie pour résoudre le problème)

B) Le Post – TEST sert :

- à contrôler les résultats quantitatifs/qualitatifs en les comparant à ceux du pré-test : validation de la thérapie, valorisation des efforts faits par le patient, et justificatif de la prise en charge auprès de la sécurité sociale.
- à observer les transferts (apprentissage implicite)
- à analyser l'échec éventuel : pourquoi? Et chercher une autre thérapie et non décider que le patient ne peut plus progresser.

Analyse du transfert des effets de la thérapie

- Les paradigmes d'évaluation ont aussi pour objectif de mesurer si les effets obtenus pour les items (ou fonctions) traité(e)s sont généralisables ou non aux items ou fonctions non travaillé(e)s.

Méthodes d'évaluation des effets de la rééducation

- 1ers modes d'évaluation de la rééducation : **études de groupe**
 - Comparaison des performances moyennes entre groupes de patients rééduqués et non rééduqués ou entre patients rééduqués par des professionnels et des non professionnels ou entre groupe de patients rééduqués avec des méthodes différentes
 - Problèmes méthodologiques : Impossibilité à apparier strictement 2 groupes

- ***Etudes de cas uniques**
- - adaptées à la rééducation neuropsychologique
- - liées au développement de l'approche cognitive
- - évaluer les performances avant et après la rééducation
- Bénéfices apportés par la rééducation vs amélioration spontanée et effet spécifique au traitement mis en oeuvre

- La ligne de base représente l'état des performances avant l'application de la thérapie.
- Elle sert de référence pour évaluer l'amélioration des performances après la thérapie.
- Etablie à partir de mesures répétées sur une période de quelques jours
- Entreprendre la thérapie lorsque la ligne de base est stable (fin de la récupération spontanée)

- Les lignes de base multiples : évaluation des performances soit dans diverses modalités (dénomination orale, écrite, lecture) soit pour différents items selon les objectifs et les stratégies adoptées alors que seule une modalité (ou une liste d'items) est travaillée.
- Paradigmes d'évaluation :
 - -Paradigme ABA : alternance simple d'évaluation et de thérapie

- - Paradigme « cross-over »: faire alterner dans un ordre prédéterminé des programmes de rééducation qui portent sur différents aspects du déficit.
- - Paradigme temporel successif : appliquer chez un même patient deux méthodes de rééducation différentes pour un même objectif.
- - Paradigme de traitements rapidement alternés : appliquer au cours d'une même séance des traitements différents à des items différents.

Conclusion

- Intervention aux stades précoces
- Action rapide sur les phénomènes ischémiques et de pénombre
- Possibilités d'adaptation à long terme
- Suivi avec imagerie fonctionnelle très souhaitable