« STRUCTURATION SPATIO-TEMPORELLE, CONTROLE VERBAL ET GESTE DANS LA REEDUCATION DU LANGAGE APHASIQUE »

« Structuration spatio-temporelle, Contrôle verbal et geste dans la Rééducation du langage aphasique [1] »

Nacéra ZELLAL
Responsable d'équipe de recherche

Le clinicien chercheur qui rééduque la pathologie de la communication d'une façon générale et des syndrômes aphasiques en particulier, intègre son protocole thérapeutique dans un corps conceptuel, par souci de rigueur scientifique. Dit différemment, il s'agit de comprendre les phénomènes aphasiques, pour tenter de les rééduquer valablement.

La thérapie des désordres aphasiques par le geste est, d'abord vue, dans l'économie de cette contribution, sous l'angle de la psycholinguistique.

La problématique contenue dans cette réflexion a été suggérée par le terrain et, dans le même temps, des données d'ordre épistémologique.

I – ETAT DE LA QUESTION

Aussi bien au cours de stages hospitaliers à Paris, qu'à celui des observations en C.H.U. à Alger, il m'a été difficile d'écarter l'idée de l'existence de traits communs à tous les aphasiques, qu'ils soient diffluents ou réduits, et quelle que soit la (ou les) langue (s) pratiquée (s).

Or, les tests neuropsychologiques et les méthodes quantitatives auxquelles ils aboutissent (aphasiogrammes) appréhendent le fait aphasique en tant que pluralité : aphasies motrices/aphasies sensorielles, avec les typologies internes que nous connaissons. Cependant deux remarques suffisent à elles seules à relativiser ce concept d'aphasiogramme :

a) passé à des circonstances et à des moments différents, un même aphasiogramme aboutit au tracé de courbes différentes ;

b) point n'est besoin de recourir à la passation, fastidieuse par ailleurs, de séries de subtests pour constater le caractère fluent vs non fluent du tableau, binarité reconnue comme opposant les groupes nosologiques classiques quel que soit le courant théorique considéré.

Par conséquent cette notion de binarité paraît devoir être révisée.

Des facteurs d'ordre pratique sont venus renforcer cette thèse des analogies : lorsqu'on se situe par rapport à un pays comme l'Algérie où la neuropsychologie, science inconnue, ne bénéficie d'aucun moyen matériel d'une part, et, de l'autre, face à l'impératif de prendre en charge une population essentiellement jeune, il fallait unifier les syndrômes, ne fût-ce que par mesure d'économie.

Adopter un groupe de techniques pour chaque patient comme l'enseignent l'empirisme et toutes les écoles influencées par la neurologie et donc, le corrélat anatomo-clinique demande bien des investissements !

II – CORPS CONCEPTUEL

Vingt années de réflexion à l'intérieur de la fonction langagière en ont permis la construction d'une définition voulue exhaustive.

Soit le tableau 1 page ci-après, lequel synthétise les travaux d'André MARTINET, Emile BENVENISTE, Kurt GOLDSTEIN et les nôtres.

III – METHODOLOGIE

Les comportements aphasiques sont intégrés dans ce modèle théorique à travers deux étapes successives :

1) Observation du comportement formel, le code signifiant.

Il est analysé du point de vue de sa structure. Les inadéquations sont rangées en tant que "fautives" (substitutions) et "neutres" (omissions).

Une hiérarchie des "symptômes linguistiques" peut être isolée : troubles de la première articulation, de la deuxième articulation et troubles mixtes. (Voir la taxonomie proposée in « Primary vs Secondary impairments in aphasia », Bouhouth, Univ. d'Alger n° 1, 1993).

Classer les symptômes ne suffit pas. Il faut tenter d'en comprendre les mécanismes internes.

2) Rétablissement des invariants ainsi hiérarchisés, dans l'instance de la communication. Ici nous quittons le plan de la linguistique pour accéder à celui de la psychologie, arrière plan de la façade des troubles.

Chaque production aphasique est, cette fois, observée à travers la relation subjective et objective contenue dans le langage.

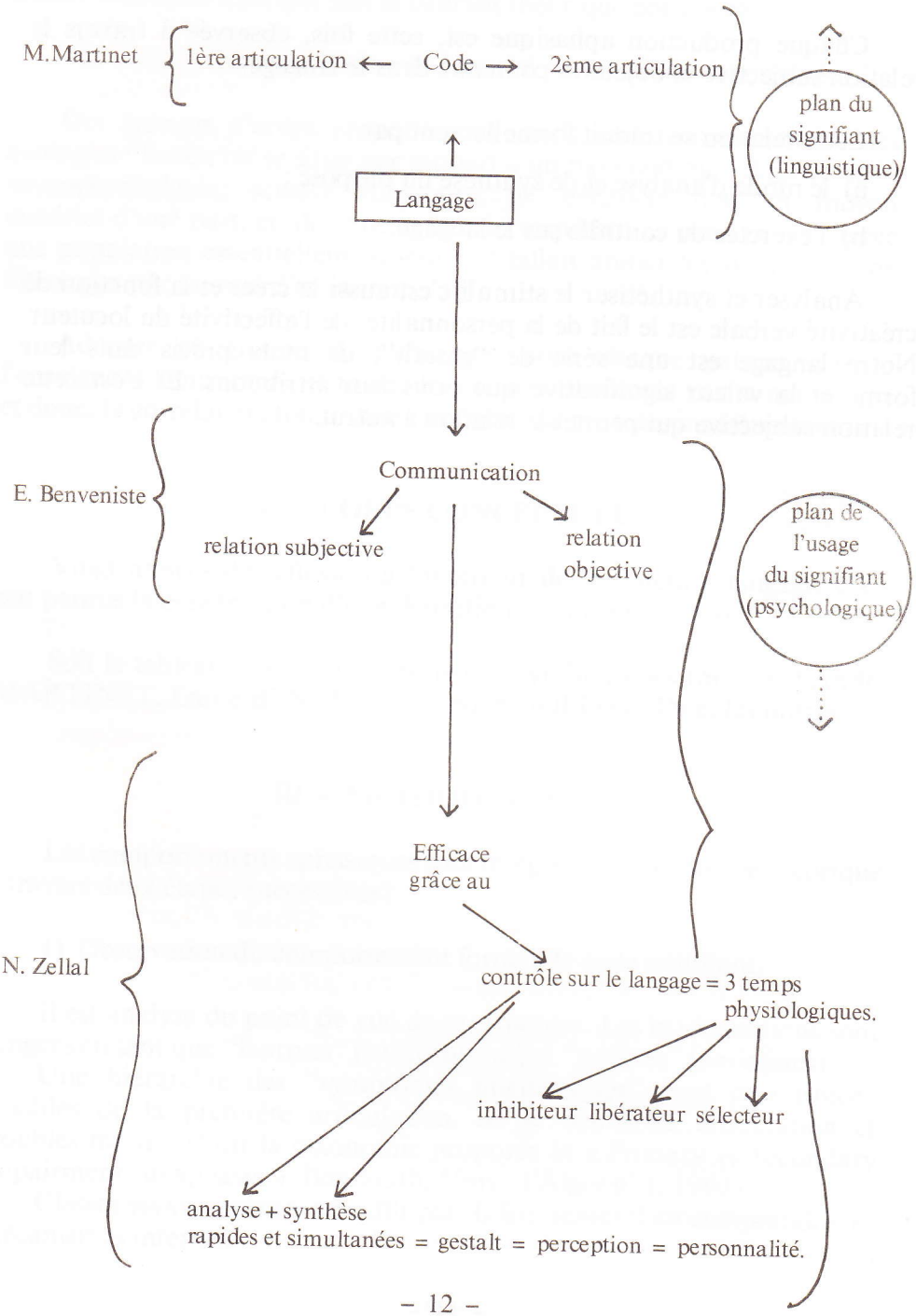
Cette relation se traduit formellement par :

a) le mode d'analyse et de synthèse du proposé ;

b) l'exercice du contrôle sur le langage.

Analyser et synthétiser le stimuli c'est aussi le créer et la fonction de créativité verbale est le fait de la personnalité, de l'affectivité du locuteur. Notre langage est une série de "gestalt", de mots précis dans leur forme et la valeur significative que nous leur attribuons. Et c'est cette relation subjective qui permet la relation à autrui.

TABLEAU 1


M.Martinet
1ère articulation ← Code → 2ème articulation
plan du signifiant (linguistique)
Langage
E. Benveniste
Communication
relation subjective
relation objective
plan de l'usage du signifiant (psychologique)
Efficace grâce au
N. Zellal
contrôle sur le langage = 3 temps physiologiques.
inhibiteur libérateur sélecteur
analyse + synthèse rapides et simultanées = gestalt = perception = personnalité.

IV – RESULTATS

1) Tous sles aphasiques analysent le langage quelles que soient sa modalité et la langue considérée, mais n'accèdent pas à sa synthèse, sa "gestalt".

Exemples : tableau 2 (p. ci-après).

2) L'éclatement de la gestalt verbale est dû au prolongement anormal du temps d'analyse des stimuli, l'aphasie est un trouble TEMPOREL.

3) Il se traduit par les anachronismes : anticipations, persévérations, paraphasies ; le dosage des trois temps physiologiques du contrôle sur le langage est perturbé :

— temps libérateur exagéré : productions fautives, loghorrée par "complaisance", relâchement du contrôle. Le langage "fuit" au patient ;

— temps inhibiteur exagéré : productions neutres, réduction par "despotisme" du contrôle. Les formes devant apparaître sont inhibées.

Dans ces deux cas de figures, l'aphasique est impuissant par rapport à l'exercice de la force du contrôle, ce qui engendre un trouble au niveau de la sélection des mots.

4) Incapable de "gestaliser" son code, c'est-à-dire de le percevoir pour le produire de façon précise et claire (telle la "bonne forme"), l'aphasique ne pourra pas référer à autrui ce langage amoindri. La relation subjective-objective est donc compromise.

V – REEDUCATION DE L'APHASIE A TRAVERS LE GESTE

1) Il existe plusieurs techniques mais un seul principe : tous les exercices sont soustendus par la nécessité de rétablir la "gestalt" verbale. Le geste a alors ici toute sa valeur.

2) On fait appel à la technique du "geste rassembleur d'un tout" à partir de ses éléments constitutifs, en une synthèse, une gestalt, une bonne forme : reflet de la personnalité du patient. Camionnette, chaise, objets quelconques, maisonnette, boîte... sont à reconstituer à partir de jouets décomposés ou de légos. L'analyse des parties et leur synthèse en une notion douée de signification permettent l'accès à la gestalt telle que créée par le patient. La personnalité est particulièrement impliquée dans cet exercice (cubes, légos) car il n'appelle pas une signification préconçue.

TABLEAU 2

(Exemples de performances)

A.D. 26 ans A.V.C. commerçant

fourchette : pour qu'il mange
dinār : ḍḍrāḥam
: (argent)

buffet : mḥoṭṭo
(ou pose)

B.A. 32 ans T.C. dentiste

ɛ ăgzēn : la ɛ ğ ə z
(paresseux) : (la paresse)
j ə lb ə s : geste > o
(s'habiller)
šbēb : š... š... šb...
(beau)
sxāna: piquante chaleur

Logatomes

O.M.M. 40 ans A.V.C.

sbi : a – i	kra : ka – ra
ti : č – i	qo : go – qo
s ko : ħ ko	ra : la
za : sa	x o : o

Dans toutes ces performances, persiste un trait du proposé (usage, paradigme morphologique, phonologique) ; conservation du pattern vocalique ; du trait constrictif... L'ensemble des traits ne sont pas "rendus" rapidement et simultanément en une synthèse, une "gestalt" d'où lenteur du procès d'analyse.

3) L'accès à la gestalt se généralise alors à toutes les modalités de la communication : gnosies, praxies, dessin et plus tard mots et phrases écrits, motricité globale, sériation, classification, raisonnement sur historiettes...

4) Gestuels donc d'abord, les exercices portent nécessairement sur la structuration temporo-spatiale, vecteur de notre réaction "efficace" aux stimuli qui nous entourent. Une structuration temporo-spatiale normale est elle-même le vecteur de notre assurance et notre contrôle sur les événements.

Le transfert des acquis à toutes les modalités comportementales se traduit par l'orientation correcte des graphèmes, lorsque le patient distingue par exemple : droite de gauche en plaçant convenablement les bras d'une poupée. La créativité au niveau de différentes "gestalt" développera la force d'improvisation du langage pour l'autre (relation objective).

En milieu plurilingue algérien, l'on varie les exercices de sorte que les systèmes arabe, français et berbère soient impliqués.

5) Sans se lancer dans le tracé minutieux d'aphasiogrammes lesquels – a-t-il été souligné – ne sont jamais définitifs puisqu'ils ne donnent qu'un cliché à un moment T de l'évolution du syndrôme, il est toutefois utile de procéder à un "balayage" des possibilités de communication résiduelles. A ce titre, le M.T. 86 est un test moderne, permettant de réunir rapidement les données essentielles : types récurrents d'éclatements de la gestalt (ébauches d'analyse lexicale, répétition de l'item, assimilations phonétiques, paragrammatisme...), types de transposition plus ou moins conservés (lecture, copie, dessin...).

Cependant, et pour rester dans cette optique de la recherche des possibilités restantes, ce même test gagnerait à ajouter des épreuves praxiques, gnosiques, spatio-temporelles. Voir travaux d'étalonnage du MT 86 en milieu plurilingue algérien, effectués sous notre direction par H. BEY, in n° 1 Revue "Orthophonia", SAOR, OPU, 1994. La matérialisation et impression des items sont en cours de réalisation pour publication (travaux de la Convention U. Alger / U. Toulouse le Mirail 91 MDU 177).

En effet, comme le soulignent des neurologues comme J. M. MAZAUX (1987), des praxies intactes agissent comme compensatrices des fonctions perturbées. P. VAN EECKHOUT (1992, Alger) a bien rapporté

l'exemple de cette patiente chez laquelle le lobe pariétal s'allumait au Peep Scan au moment de l'élocution, alors qu'elle présentait une aphasie motrice.

Il faut donc démarrer l'entreprise rééducative à partir de l'ensemble des possibilités recensées : à chaque patient selon ses moyens.

6) Il ne faut donc pas se soucier du signifiant compromis, tout au moins au cours des huit ou dix premières séances (25 à 45 minutes quotidiennes) et ne rester que sur ces "portes d'entrée" en communication par le geste avec l'aphasique. Pourquoi donc remuer le couteau dans la plaie ? Vulnérable, le signifiant n'interviendra qu'au moment du "DECLIC" (voir paragraphe 8).

7) On travaille la perception du temps : montre – calendrier, fêtes de l'année, séquences rythmées, actions dans le temps, conjugaisons verbales, mais sur "l'axe du temps" et par le geste d'abord.

Passé	Présent	Futur
----------→		
J'ai mangé	Je mange	Je mangerais
Hier	Aujourd'hui	Demain

"Jouer" avec le temps à travers le geste de placer des cartons qui représentent des actions, des verbes conjugés sans oublier les nuances temporelles. Travailler dans le même esprit l'espace. Faire agir les positions spatiales...

8) Une fois les "coordonnées" spatio-temporelles réhabilitées et l'assurance réacquise, faire intervenir les exercices oraux en commençant toujours par les facultés préservées. Pour cela il faut attendre le "DECLIC", lequel a lieu spontanément au bout d'une vingtaine de séances, parfois moins.

Tous les aphasiques rééduqués de la sorte, ont, à un moment donné, ENVIE de parler plutôt que d'agir et de réfléchir de façon exclusive.

Cette spontanéité de l'expression est capitale dans la phase d'introduction des exercices signifiants.

9) Les méthodes classiques de B. DUCARNE sont ici d'importance. Nous les utilisons toutefois dans certaines limites : – donner au patient

des phrases courtes puis longues à transposer après leur "gestaltisation" à partir d'un "tas de mots" : copie immédiate, copie différée, répétition... – varier les stimuli : nombres, gestes effectués par le clinicien lentement puis rapidement : le patient les restitue par écrit puis oralement.

10) Soustendant tous les exercices, le temps ainsi exercé réduit les anachronismes et met en phase le couple contrôle/signifiant. Ce processus de régulation est fortement amélioré par la Melodic Intonation Therapy employée par P. VAN EECKHOUT. A ce stade elle est applicable à tous les aphasiques.

11) Par la Melodic Intonation Therapy, la verbalisation rythmée sur historiettes préalablement classées, d'actions et d'événements divers, induit le dialogue libre, stade ultime de la rééducation.

Comme on le constate il n'existe pas une hiérarchie rigide dans la mise en œuvre des épreuves, pour autant que le temps soit préalablement rétabli et que le geste précède la parole.

REMARQUE : Si pour l'approche interprétative des phénomènes aphasiques, l'on a démarré l'entreprise à partir de l'observation du signifiant pour ensuite accéder à son usage, pour la rééducation l'on a poursuivi le cheminement inverse. En santé l'on part bien de l'étiologie pour accéder au symptôme.

VI – CONCLUSION

Expérimenté à Alger, depuis 12 ans, dans des conditions peu favorables, ce protocole fournit des résultats qui semblent prometteurs. Son utilisation de façon plus organisée, plus régulière et plus intensive que celle d'un clinicien peu disponible fût-il passionné et engagé par/dans l'aphasiologie, par les praticiens permanents serait souhaitable, afin d'en systématiser les apports potentiels réels. Actuellement un patient sensoriel est pris en charge à travers ce modèle rééducatif (Formation continue S.A.OR 93/94, CHU Béni-Messous). Nous publierons ses résultats dans un prochain numiéro des Annales ou Bouhouth).

En tout état de cause, et en l'état actuel de notre démarche, il est possible de signaler aujourd'hui que par la dichotomie Broca/Wernicke, si elle est inconstablement vérifiée sur le plan neurologique, elle ne paraît plus l'être sur le plan psycholinguistique, sour la forme fluence/réduction.

La faiblesse des démonstrations neurologiques vient de l'absence de la mise en facteur d'une définition du fait langagier impliquant et la linguistique et la psychologie. Il semble bien que les psychologues, lesquels se sont intéressés après les neurologues et avant les linguistes à l'aphasie, au lieu de se servir de leur psychologie, n'ont fait que reprendre les concepts neurologiques, ceux liés à la notion de "dissociation automatico-volontaire" de JACKSON. Pour ce chercheur, il semble que ce sont les activités réflexes, c'est-à-dire innées dans les automatismes qui sont conservées (exemple : déglutir). Or, dans le langage, activité acquise, les automatismes sont d'abord des apprentissages volontaires et soumis donc au développement du contrôle verbal.

L'erreur, dans la littérature, paraît résider dans ce que les automatismes verbaux ont été confondus par les psychologues avec la notion d'acte réflexe inné.

VII – PERSPECTIVES

1) Partant des travaux en matière d'aphasiologie comparée, comme ceux qui s'inscrivent dans l'exemple des approches translinguistiques effectués au U.S.A. par des membres de l'Academy of Aphasia (voir Projet C.L.A.S.), il est possible, semble-t-il aujourd'hui, partant de cette expérience en milieu plurilingue, de dégager des protocoles basés sur ce qui unit toutes les langues du monde : élaboration de programmes de rééducation applicables aux aphasiques quelles que soient leurs langues.

2) Pour apporter des éléments de solution au problème de la validité de la notion d'aphasiogramme, des courbes de "seuils de stabilité" des scores de performance peuvent être tracées. En faisant passer à un même patient le même bilan à plusieurs moments et dans plusieurs circonstances, tel le principe de la tomographie en radiologie, l'on aurait une courbe des réactions "globales" du patient au test. Et cela est d'autant important qu'il est impératif de démarrer la thérapie à partir des possibilités de communication résiduelles, avons-nous souligné. Ces possibilité doivent alors être isolées avec un maximum de rigueur, c'est-à-dire ce que l'on pourrait appeler désormais une "courbe des seuils" et non un aphasiogramme.

REFERENCES

1) MAZAUX J.M., "Pratiques rééducatives dans l'aphasie", SDORMP, Toulouse, 6, 7, 8, 9 juin 1992.

2) VAN EECKHOUT Ph., "La TMR, rééducation des aphasies sévères", IXe Colloque Scientifique d'Orthophonie, Palais de la Culture, Alger, 16-17/12/1982, Actes in n° 1 de la Revue Orthophonia de la S.A.OR, OPU, Alger, 1994.

3) ZELLAL N., "Redéfinition de la métacognition à travers une approche psycho-clinique des troubles aphasiques", Congrès FNO, Guadeloupe, 22-26 octobre 1991.

4) ZELLAL N., "Sémantique dans l'aphasie", CILL, Louvain, Belgique, vol. 17-4, 1991, pp. 17-25.

5) ZELLAL N., "Unification des déficits aphasiques à travers une interprétation psychologique du signifiant", SDORMP, Toulouse, 6-9 juin 1992.

6) ZELLAL N., "Rééducation de l'aphasie à travers la théorie de la « gestalt »", L'Orthophoniste, F.N.O., n° 122, décembre 1992, pp. 21-23.

7) ZELLAL N., "Analyse lexicale de corpus aphasiques", Actes du XVIIe Colloque de la S.I.L.F., Univ. de Léon, Espagne, 1992, pp. 53-65.

8) ZELLAL N., "Geste et rééducation des syndrômes aphasiques", Société Algérienne de Neurologie et Neurophysiologie, Service Dermatologique, CHU Mustapha, Alger, 7 janvier 1993.

9) ZELLAL N., "Rôle du geste dans la thérapie aphasiologique", GRAAL, Service Neurologique du Centre Hospitalier E. ROUX, Limmeil Brévannes, 19 nov. 1993.

10) ZELLAL N., "Techniques psychologiques dans la rééducation de patients cérébro-lésés", Société Algérienne de Neurologie et Neurophysiologie, Service ORL, CHU Mustapha, Alger, 2/12/1993.

11) Ce rapport d'activité fait état de résultats partiels du Projet de recherche T. 1601/13/87, IPSE, Unix. d'Alger ayant pour thème : "Mise au point d'épreuves cliniques orthophoniques adaptées au contexte culturel algérien".

12) Voir n° 1 de la Revue Ortophonia – S.A.OR, OPU, Alger, 1994.