Limites du corrélat anatomo-clinique dans l'explication des syndromes neuropsychologiques

Nacira ZELLAL

I- ÉTAT DE L'ART

Le cerveau est reconnu comme étant le siège de la pensée, depuis l'Egypte ancienne et même avant. Puis, au 18° siècle, les anatomistes neurologues comme François Joseph Gall (1758) ont commencé à chercher la localisation cérébrale de chaque fonction cognitive.
Le Corrélat anatomo-clinique a été développé jusque vers le début du 20° siècle, lorsque le neurologue Pierre Marie (1901), puis son confrère anglais John Hughlings Jackson (1915) provoquèrent un tollé lorsqu'ils unifièrent les déficits. Pour ce faire, ils introduisirent le critère psycho-cognitif. Ils furent suivis par Kurt (1948) et David Cohen (1965).
Mais, parallèlement, le critère anatomo-physiologique a continué d'intéresser neurologues (A. R. Lecours et F. Lhermitte, 1979) ; linguistes (R. Jakobson, 1971… ; J. Gagnepain et Sabouraud, 1980…) ; psychologues (Head, 1950 ; B. Ducarne, 1968…).

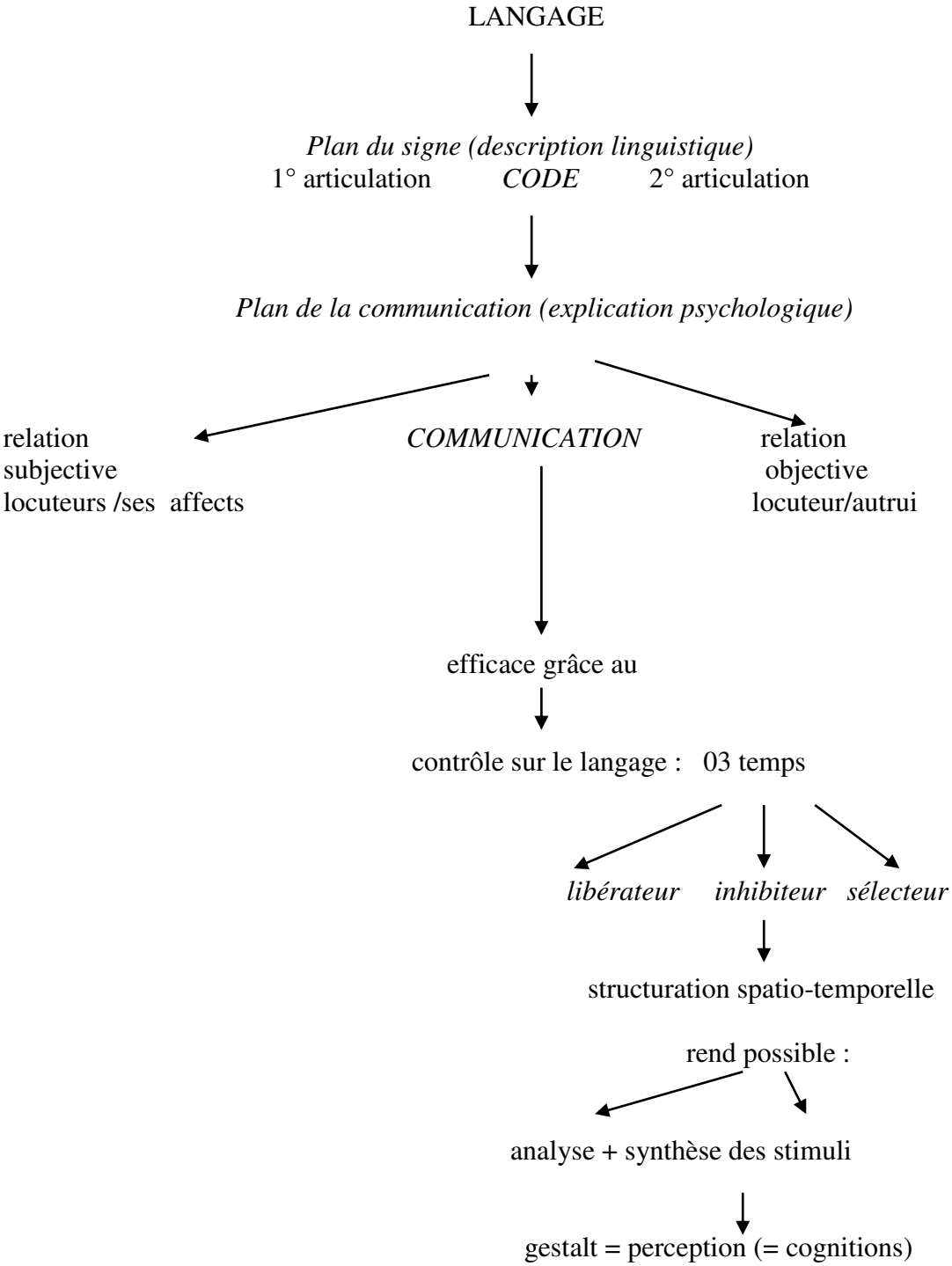
Dès que le souci, comme le nôtre depuis le début des années 80, devient d'ordre thérapeutique, l'on se pose alors la question suivante : « de quoi le signe (la structure verbale pathologique) est-il le symptôme ? ».
Comme il faut s'attaquer à l'étiologie d'une maladie en médecine, en orthophonie et en neuropsychologie, l'on s'attaque à l'explication théorique qu'on en retient. Faute de quoi, des récidives auront lieu.

En aphasiologie-neuropsychologie précisément, l'on se pose, précisément, la question suivante : dans une optique pragmatique-psycholinguistique, ou encore une optique qui consiste à chercher ce que la structure linguistique compromise, du phonème au texte, en passant par le mot et la phrase, a de psychologique.

Ma perspective est donc d'ordre cognitivo-comportementaliste.

II- PROCÉDURE

II-1 DÉFINITION DU LANGAGE


LANGAGE
Plan du signe (description linguistique)
1° articulation *CODE* 2° articulation
Plan de la communication (explication psychologique)
relation subjective locuteurs /ses affects
COMMUNICATION
relation objective locuteur/autrui
efficace grâce au
contrôle sur le langage : 03 temps
libérateur *inhibiteur* *sélecteur*
structuration spatio-temporelle
rend possible :
analyse + synthèse des stimuli
gestalt = perception (= cognitions)

II-2 DESCRIPTION DU CODE APHASIQUE : LINGUISTIQUE STRUCTURALE (A. MARTINET)

L'on a fait passer à une vingtaine de sujets aphasiques, tous tableaux cliniques et toutes étiologies neurologiques confondus, les 33 épreuves gnosiques, linguistiques et praxiques du bilan du « MT Algérien 2002 » (U. Alger, 2002). Voir exemples de planches en Annexes.
Les concepts de la linguistique fonctionnelle nous ont permis de décrire et de classer les symptômes. L'on a abouti au rangement de plusieurs déficits : troubles de la *première articulation* ; troubles de la *deuxième articulation* et troubles *mixtes* (N. Z., 1991).

II-3 EXPLICATION PSYCHO-COGNITIVE DES DÉFICITS : COGNITIVISME (PIAGET ; VIGOSTZY ; D. COHEN)

Si j'intègre ensuite, les performances aphasiques ainsi décrites et rangées, dans ce modèle du plan de la communication, j'observerais le mode d'analyse et de synthèse des stimuli perçus. Analyse et synthèse sont des opérations cognitives simultanées à la base de la fonction de créativité du langage et de son sens. Tout mot utilisé est création.
Si l'approche linguistique aboutit à **une classification plurielle** des troubles, la psychologie cognitive permet de **les expliquer en tant que phénomène unique**. En effet, en exploitant les concepts de la psychologie du développement de Piaget et de la théorie de la perception de Goldstein, nous avons abouti à l'unification des troubles (N. Z., 2001).

III- DISCUSSION DES RÉSULTATS

Tous les aphasiques analysent le langage, mais ont des difficultés d'accéder à sa synthèse, à sa gestalt. Notre langage et notre communication sont faits de gestalts, de mots précis, dans leur forme et la valeur significative que nous leur attribuons. Créer du sens est une activité consciente et volontaire. L'aphasique perd le contrôle sur les mots. Temps libérateur exagéré (ou diffluence) ; despotisme du contrôle inhibiteur (réduction), dans les deux cas, le patient est impuissant par rapport à l'usage de son code pour communiquer, d'où difficultés au niveau du temps sélecteur des mots (paraphasies et jargon). L'éclatement de la gestalt et la faiblesse du contrôle verbaux témoignent d'une faiblesse de la structuration temporo-spatiale. Il est dû à un temps d'analyse anormalement prolongé ; l'aphasique souffre d'un trouble **temporel** et il n'est pas anosognosique.
Ce trouble du contrôle sur les événements ou de l'espace-temps, se manifeste à travers une constante capacité de reconnaître le stimuli (analyse partielle) laquelle est contemporaine d'une difficulté de sécréter du sens, des notions synthétisées.

EXEMPLES DE CORPUS

Définition de mots en arabe

fourchette : [bèš yèkul] *pour qu'il mange*

buffet : [nseddfu] *on range*

farine : [bé:ḍạ] *blanche*

Lecture à voix haute de mots en français

Catégorie : [cata…]

Figure de REY : *deux cercles ou un triangle*

Restitution de logatomes

sbi : *a…i*
kra : *ki… ka…ri*
ti : *či*
xo : *o*
sko : *hko*
na : *la*
za : *sa*
Dans tous ces exemples et les exemples que nous avons recueillis et quel que soit le profil linguistique du patient, l'aphasique arrive à analyser la consigne, il en restitue un ou quelques traits, mais il ne peut pas donner l'ensemble des traits de façon simultanée, en une synthèse clairement dégagée d'un fond.
C'est donc au moment où le sujet veut créer du sens et donc **communiquer** par le code linguistique qu'il devient impuissant. Il perd son contrôle sur le langage c'est-à-dire son espace-temps. C'est l'usage pragmatique du langage qui est perdu dans l'aphasie.

IV- RÉÉDUCATION DE L'APHASIE

La théorie de la rééducation qui découle de cette explication de ce modèle d'explication des déficits est d'ordre pragmatique en tant qu'elle consiste à redonner au patient la force de créer du sens.
Les techniques sont basées sur l'objectif de réhabiliter la gestalt verbale à travers la thérapie de l'espace-temps. Redonner l'assurance, le contrôle sur le langage s'assortit de techniques non verbales lors des premières séances. Puis, la verbalisation vient d'un auto-contrôle (N. Z., 1994 ; 2001).

V- IMPLICATIONS THÉORIQUES

- Les méthodes quantitatives, basées sur une classification plurielle des symptômes, ne doivent servir que comme une base organisée, à partir de laquelle il faut approcher la **QUALITÉ** des performances.

- Unifier les déficits est synonyme d'unifier la thérapie, quelle que soit la langue considérée. Est mise en œuvre une thérapie de type cognitivo-comportementaliste, basée sur la réhabilitation de la structuration temporo-spatiale, par le principe de la motivation à recréer le langage. Elle s'avère efficace (N. Z., 2007, 2009).

- Puis, la verbalisation vient d'un auto-contrôle.

- La faiblesse des démonstrations neurologiques est due à l'absence de la mise en facteur d'une définition de la notion de langage.

- Le concept d'anosognosie devient, aujourd'hui, à relativiser.

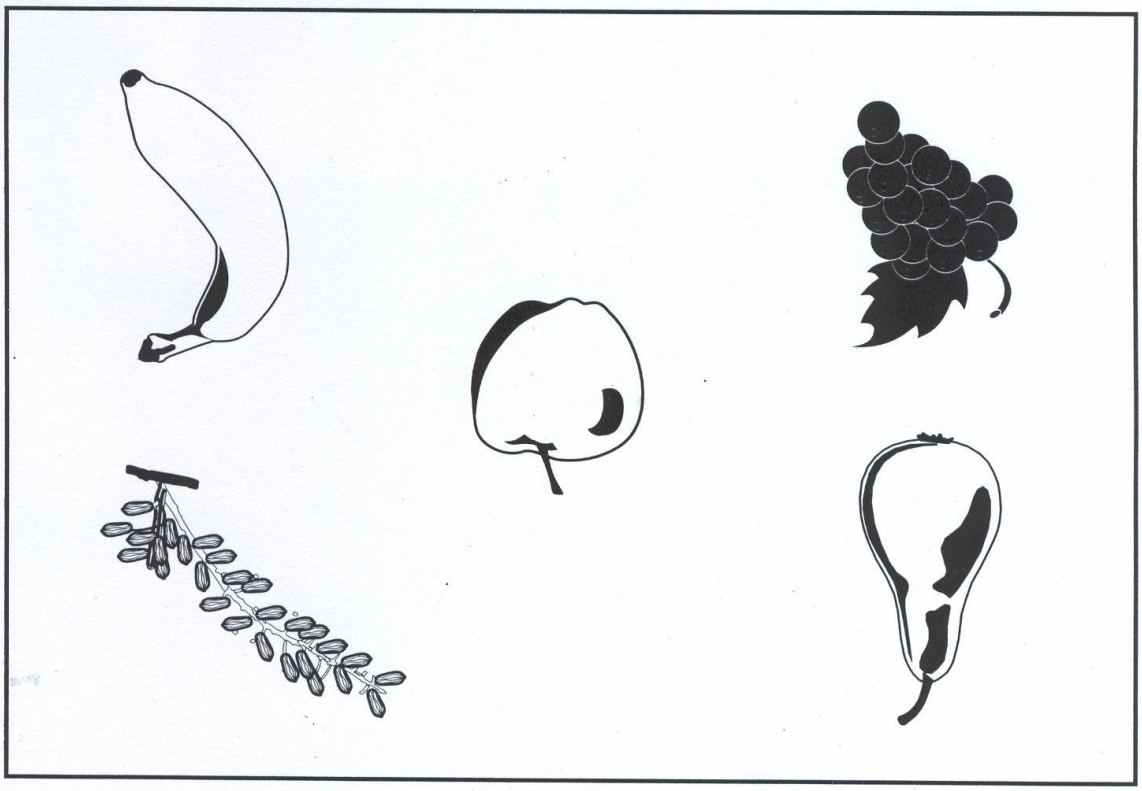
CONCLUSION

- La NEUROLOGIE ET LA LINGUISTIQIUE permettent de classer des déficits : sémiologie PLURIELLE: description.

- La psychologie cognitive les unifie : explication.

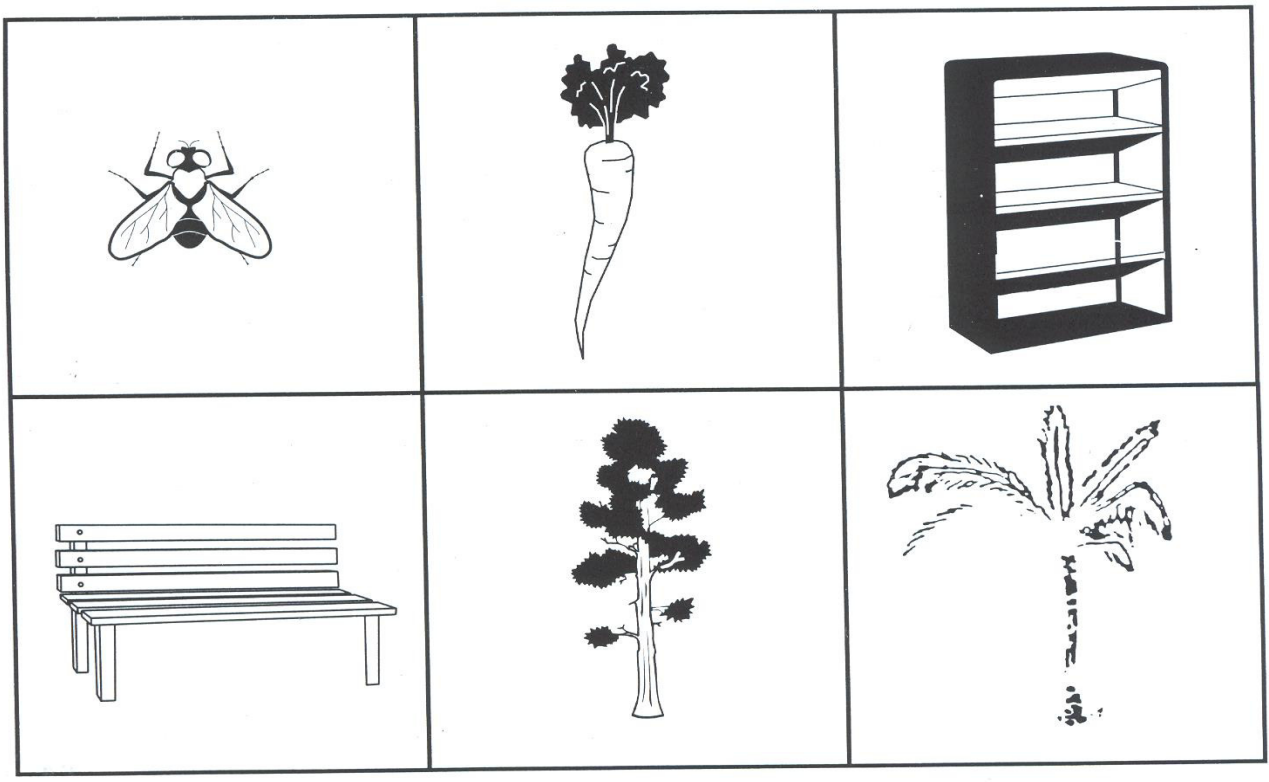
- les protocoles de rééducation neuropsychologiques de type empiriste épuisent plus le patient qu'ils ne l'aident. Des thérapies basées sur cette théorie unificatrice des troubles neuropsychologiques sont exploitées par nombre de praticiens des services neurologiques et elles sont efficaces ; des expériences en sont publiées. Elles sont donc prometteuses.

ANNEXES



DENOMINATION ORALE DE MOTS ET D'ACTIONS
15: FRUITS
16: POMME
17: BANANE
18: DATTES
19: RAISINS
20: POIRE

41



COMPREHENSION ORALE DE MOTS - Arabe dialectal

3: Montrez-moi: [nnaxla] "le dattier"

Répétition

1: Syllabes

ba	ab	du	ud	fé	éf	ré	ér
bo	ob	ko	ok	fi	if	za	az
lé	él	ra	ar	chu	uch	Ra	aR
3a	a3	tcha	atch	qa	aq	xa	ax
ma	am	ja	aj	ha	ah	ha	ah

kro	fra	ské	hko	xli	ska	µlef	hfé
sbi	bli	sta	ba:n	hro	3fa	fha	tqa
dré	tru	kla	su:n	kwa	Rna	hna	hma
blo	flu	bro	té:n	tra	3ta	hfa	Rra
gro	hjé	fri	chlu	sla	Rsi	3qa	Rza

2 : Mots - Français

FEU - PARC - BIJOU - PORTRAIT - ECURIE - INSTRUCTEUR - DECOLORANT - PROXIMITE - LOCOMOTION - SURPEUPLEMENT

3 : Mots - Arabe dialectal

[tu:m] « ail »

[pa:rk] « parc »

[ta:qa] « fenêtre »

[popjé] « pompier »

[kuzi:na] « cuisine »

[madersa] « école »

[ta:bla de nwi] « table de nuit »

[sabu:n ri:ha] « savon parfumé »

[télévizjo] « télévision »

[taksi kotor] « taxi compteur »

Bibliographie

1. Nacira ZELLAL, L'aphasie n'est plus dichotomie, essai de démonstration sous l'angle de la psychologie cognitive, Glossa, U.N.A.D.R.I.O, n° 23, janvier 1991, pp.34-45.
2. ……, Rôle du geste dans la rééducation du langage aphasique, Revue Rééducation Orthophonique, ARPLOEV, Actes de la XII° Journée du G.R.A.A.L, Service

de Neurologie, s. d. Dr Jean METELLUS, Hôpital E. Roux, Paris, n° 178, vol 32, juin 1994, pp. 147-154.
3. ……., Psychologie clinique et linguistique dans l'approche aphasiologique, Revue Neurologique ORTHOMAGAZINE, Masson, Paris, n° 37, novembre 2001, pp. 37-39.
4. ……., Contribution des sciences humaines au dvt des neurosciences au Maghreb : une expérience de 30 ans, 2nd Mediterranean Colloque of Neurosciences, Université Caddi Ayyad, Marrakech, 13-15 décembre 2006.
5. ……., One type of disturbance and one type of aphasia, 7° World Congress of International Brain Research Organisation (IBRO), 12-17 Juillet 2007, Melbourne, Australia.
6. ……., Naissance de la neuropsychologie en Algérie : enseignement et recherches, Colloque NEF Neurosciences, Éducation et Francophonie 24-26 mars 2009, École Normale Supérieure de Lyon.