

RÉSUMÉ:

Dans le domaine de l'aphasie de l'adulte, les 30 dernières années ont été marquées par des avancées très importantes : les modèles théoriques et les classifications cliniques ont été reconsidérés, l'imagerie cérébrale a fait des progrès fantastiques, les techniques de rééducation se sont à la fois diversifiées et consolidées sur le plan théorique, et les indications thérapeutiques ont atteint une grande maturité. Sur un plan théorique, les modèles sériels de la neuropsychologie cognitive, les modèles parallèles et distribués inspirés du néo-connexionisme et les modèles en cascade offrent des perspectives nouvelles sur l'organisation des systèmes du langage. Les classifications traditionnelles en formes cliniques ou anatomo-cliniques de l'aphasie sont progressivement abandonnées. La neuro-imagerie fonctionnelle contribue à une meilleure connaissance des réseaux du langage, à une meilleure compréhension de la récupération post-lésionnelle et de l'influence de la rééducation sur la neuro-plasticité cérébrale, et participera bientôt à la prédiction du pronostic. En ce qui concerne la rééducation, on a assisté à un rapprochement entre partisans d'une approche empirique, partisans d'une approche théorique basée sur la neuropsychologie cognitive, et partisans d'une approche pragmatique et psycho-sociale. Une conférence de consensus a précisé les conditions de prescription, de rythme, de durée et d'arrêt de la rééducation. En fonction de la sévérité et de l'évolution des troubles, les techniques sont intégrées dans des projets thérapeutiques personnalisés en fonction des dimensions humaine, relationnelle et sociale propres à chaque personne aphasique.

MOTS CLÉS:

Aphasie - Modèles - Rééducation - Pragmatique - Imagerie fonctionnelle.

J.M. MAZAUX
Service MP Réadaptation
CHU de Bordeaux, et EA 4136
Handicap et système nerveux,
Université Victor Segalen
Bordeaux 2
33076 Bordeaux cedex.

L'APHASIE DE L'ADULTE : ÉVOLUTION DES CONCEPTS ET DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

par Jean-Michel MAZAUX

SUMMARY: *Advances in concepts and therapy in aphasia*

New concepts and new perspectives for aphasia therapy took place during the past 30 last years. Research from cognitive neuropsychology and neo-connexionism provided new theoretical models, and the classical, clinical classifications of aphasia became less and less useful. Functional neuro-imagery helps to understand how language is organized in the brain, and how speech therapy is improving brain recovery. Brain imagery provided also evidence of the efficacy of speech therapy. Probably in a short future it will also participate in the prognosis prediction. As far as aphasia therapy is concerned, clinicians who claimed for whether an empirical approach, a cognitive theory-based one, or a pragmatic and psychosocial therapy fell in agreement. A consensus conference provided precise informations and recommendations about the practical features of speech therapy in aphasia. A major advance is the integration of data from evidence-based medicine with the waits and needs of the aphasic person in a personalised therapeutic approach.

KEY WORDS :

Aphasia - Models - Speech therapy - Pragmatic - Functional imagery.

L'aphasie est à la fois un problème majeur de santé publique, du fait de sa fréquence (un tiers des cas d'accident vasculaire cérébral), et un terrible drame psychologique et socio-familial, qui altère gravement la communication du patient avec ses semblables, entraîne isolement, repli sur soi, frustration et dépression. Cependant, la fin du XX^{ème} et le début du XXI^{ème} siècle ont vu des avancées très importantes et encourageantes dans le domaine de la compréhension théorique et clinique, de l'évaluation, de l'imagerie et du traitement de l'aphasie de l'adulte.

LA RECONSIDÉRATION DES MODÈLES THÉORIQUES ET DES CLASSIFICATIONS CLINIQUES

En l'espace de 15 à 30 ans, les modèles théoriques du langage ont beaucoup évolué. Les chercheurs en sciences cognitives continuent à avancer, et à confronter de nouveaux modèles à la réalité clinique, et aux données de l'imagerie. Les modèles de la neuropsychologie cognitive classique, tels que ceux proposés par Caramazza et Hillis ou Levelt, qui reposent sur des notions de modularité et d'architectures cognitives séquentielles et indépendantes, restent appliqués : on postule que l'information-langage passe, en fonction de la tâche à effectuer, par plusieurs niveaux successifs de traitement. Mais ces modèles sériels, qui nous étaient chers parce qu'ils avaient permis à la rééducation orthophonique de l'aphasie de sortir de l'empirisme, perdent du terrain du fait de leur faible plausibilité biologique : un fonctionnement purement séquentiel prendrait trop de temps de traitement, et le réseau serait immédiatement saturé. Les modèles néo-connexionnistes, plus récents, développés et validés par des simulations informatiques, insistent sur la simultanéité et l'inter-action des activations : l'engagement d'une tâche de langage active simultanément et réciproquement les représentations lexico-sémantiques et phonologiques de l'item cible et celles de ses « voisins », l'information se propage presque instantanément dans des réseaux parallèles, complexes et interconnectés. Les phénomènes d'inhibition, d'allocation des ressources attentionnelles, de modification des poids synaptiques, tiennent une place prépondérante. Les constatations de neuro-imagerie fonctionnelle donnent l'avantage à ces théories connexionnistes, probablement plus proches de la réalité de l'organisation des réseaux cérébraux que les modèles sériels classiques. Cependant, les modèles simultanés n'expliquent pas tous les faits observés, ce qui a conduit certains chercheurs à proposer des modèles intermédiaires, à la fois sériels et parallèles, les modèles en cascade*.

Cette évolution des modèles s'est accompagnée d'une évolution des descriptions et des classifications cliniques. Tout le monde admet que l'aphasie est la conséquence clinique d'une atteinte des systèmes de représentation psycho-linguistique du langage, et/ou des processus cognitifs qui en assurent le traitement. Sur le plan neurobiologique, une représentation correspond à un état d'activation particulier, une configuration temporaire des réseaux ou d'une partie des réseaux du langage. Les processus (par exemple : encodage, décodage, mémoire de travail, conversion graphème-phonème) traitent, activent, inhibent, modifient ces représentations. Très souvent dans l'aphasie, l'atteinte est globale, les systèmes et les processus sont tous atteints en même temps, en proportion variable. Toutefois, dans quelques cas privilégiés, ou au cours de la récupération, on peut observer une atteinte isolée, ou prédominante, de l'une ou l'autre de ces composantes.

La sémiologie cognitive moderne s'attache ainsi à repérer les systèmes de représentation et les processus qui sont atteints, et ceux qui sont préservés, et donc exploitables pour la rééducation, et dans quelles proportions. Les perturbations peuvent être observées et décrites au niveau des processus d'entrée (décodage, compréhension) et des processus de sortie (encodage, expression, production), à l'oral et à l'écrit. Il s'y ajoute

*Sauzéon, 2007

d'autres perturbations, distinctes des précédentes et spécifiques de la fonction de communication du langage, les troubles pragmatiques. Pour décrire ou analyser l'aphasie d'un patient, on est donc amené à rechercher et étudier l'importance respective :

a) au niveau de la compréhension et/ou de l'expression du langage oral :

- de troubles sémantiques ou lexico-sémantiques,
- de troubles phonologiques, ou lexico-phonologiques,
- de troubles phonétiques,
- et de troubles morpho-syntaxiques et discursifs.

b) au niveau de la compréhension (lecture) et de l'expression (écriture) du langage écrit :

- de troubles de l'analyseur visuel et de l'effecteur graphique,
- de dysfonctionnements de la voie d'assemblage, ou voie phonologique,
- et de dysfonctionnements de la voie d'adressage, ou voie lexicale.

c) enfin, on précisera l'importance de l'atteinte des compétences pragmatiques de communication*.

*Mazaux et coll., 2007

Certains aspects cliniques rares ont été identifiés, par exemple les aphasies progressives, qui font la transition entre l'aphasie par lésion focale et les affections neurodégénératives et démentielle. Cependant, dans la conception actuelle qui s'attache plus à l'analyse des perturbations des systèmes qu'au regroupement sémiologique ou anatomo-clinique des symptômes aphasiques, les formes cliniques traditionnelles ont perdu leur intérêt. A l'exception de quelques syndromes particuliers, il n'existe pas en effet dans l'aphasie de relation univoque entre un symptôme (manifestation de surface) et l'atteinte des systèmes qui lui ont donné naissance (structure profonde) : un même symptôme peut provenir de causes différentes, et réciproquement. Les formes cliniques traditionnelles correspondent dans la majorité des cas au regroupement, par les hasards de la topographie de la lésion cérébrale, de plusieurs troubles psycholinguistiques, perturbant des processus différents à des niveaux de traitement différents. Ces descriptions n'ont donc pas de pertinence théorique ; elles n'ont pas davantage de pertinence thérapeutique, car les rééducations s'adressent aux symptômes et à leur causalité, et il n'existe pas de programme de rééducation qui serait spécifique d'une forme clinique.

LA NEURO-IMAGERIE DU LANGAGE ET DE L'APHASIE A FAIT DES PROGRÈS FANTASTIQUES

Enregistrement du débit sanguin cérébral par caméra à émission de positons, imagerie en résonance magnétique fonctionnelle (f-IRM), magnéto-encéphalographie (MEG), ces techniques ont représenté une véritable révolution culturelle et ont complètement renouvelé les conceptions anatomo-cliniques et les connaissances sur la récupération post-lésionnelle de l'aphasie, en permettant d'étudier directement le fonctionnement cérébral pendant des tâches de langage, chez le sujet aphasique et chez le sujet sain. Elles ont leurs propres avantages, et leurs propres limites : l'une apporte une meilleure résolution spatiale, l'autre une meilleure analyse temporelle des phénomènes étudiés, ou un coût d'examen plus avantageux, ou un accès plus facile, etc... de sorte qu'elles sont complémentaires, et que leurs résultats sont difficilement comparables entre eux. On fait appel à des paradigmes de soustraction cognitive, c'est-à-dire qu'on soustrait l'activation cérébrale de repos et/ou d'une tâche non spécifique de l'activation constatée au cours de la tâche qu'on se propose d'étudier. Récemment, les spectaculaires techniques d'examen du langage au cours de la chirurgie cérébrale de sujets éveillés ont confirmé et précisé les données de l'imagerie fonctionnelle*. Ces recherches ont un double objectif : documenter les réseaux du langage chez les sujets sains, et étudier la récupération post-lésionnelle de l'aphasie.

Chez le sujet sain, elles ont confirmé la prédominance du cortex hémisphérique gauche dans les activités de langage, mais ont aussi mis en lumière le rôle des structures profondes (noyaux gris), et de l'hémisphère droit. Elles ont surtout conduit à abandonner

*Le Bihan et coll., 2003

les modèles anatomo-cliniques anciens, en aires, ou en régions spécialisées dans une activité linguistique particulière, pour des modèles distribués en réseaux : les populations neuronales concernées sont les mêmes, mais leur activation et leurs connexions changent en fonction de l'activité en cours : par exemple, la production phonétique simple (mots isolés, langage automatique) s'accompagne d'activations au niveau de l'insula, des aires 4 et 6 de l'hémisphère gauche, et du noyau caudé. Mais l'aire de Broca, ou aire 44, n'intervient pas. En revanche, lorsque la production concerne du langage élaboré, chargé de sens, on observe toujours des activations de l'insula, de 4 et de 6, mais aussi de l'aire 44, des aires frontales 47 et 45, et de l'aire 40 (Gyrus angulaire). L'aire de Broca et l'aire de Wernicke sont toutes deux impliquées dans le réseau supportant les représentations phonologiques, d'entrée et de sortie, et non l'une dans la production articulée, l'autre dans la compréhension auditive.

Les réseaux sont à la fois très précis, très distribués, et variables d'un sujet à l'autre :

- très précis : on a pu par exemple identifier dans l'aire 44 au moins 3 sous-aires anatomiquement distinctes, participant à des activités différentes,
- très distribués : les représentations phonologiques seraient plutôt assurées par la partie dorsale du réseau (aires frontales 44, 6, aire temporale 22, aire pariétale 40, faisceau arqué), et les représentations sémantiques par les parties plus ventrales (aires frontales 49, 45, aire pariétale 39, faisceau unciné, parties antérieures et inféro-basales du lobe temporal : lobe lingual et lobe fusiforme). Mais les études revues par Vigneau et collaborateurs ne retiennent pas moins de 11 sites corticaux gauches, principalement impliqués dans les activités phonologiques, 11 sites impliqués dans les activités sémantiques, et 7 dans les activités syntaxiques, plusieurs d'entre eux étant communs aux 3 types d'activité et jouant donc peut-être un rôle d'interface entre ces représentations*,
- enfin, l'organisation des réseaux du langage varie d'un sujet à l'autre : même si certains sites se montrent systématiquement activés au cours d'une activité linguistique donnée, Fernandez et collaborateurs ont observé qu'une même tâche activait chez 10 sujets sains des réseaux corticaux différents*. Cette variabilité pourrait être en rapport avec les variations individuelles dans les modes et niveaux d'éducation, de culture, les modes d'acquisition et d'usage du langage, les styles de communication, et pourrait expliquer la variabilité des symptômes aphasiques, et pourquoi les mêmes lésions anatomiques peuvent donner des tableaux cliniques différents.

Dans le domaine de la récupération de l'aphasie vasculaire et de sa rééducation, de nombreuses recherches ont été consacrées à l'évaluation du rôle respectif de l'hémisphère gauche et de l'hémisphère droit. Après quelques années de controverses liées aux divergences de méthodologie, il semble désormais bien établi que c'est la réapparition secondaire d'activations hémisphériques gauches, et principalement dans la région dite zone de Wernicke, qui englobe l'aire de Wernicke et les aires temporo-pariétales adjacentes, qui s'avère de pronostic favorable*. L'existence d'activations hémisphériques droites ne semble pas corrélée à une bonne récupération. Ces activations, qui sont souvent plus précoces que les activations gauches, sont interprétées par certains auteurs comme des signes d'activités paralinguistiques de l'hémisphère droit, peut-être libéré du contrôle inhibiteur habituellement exercé par l'hémisphère gauche, et par d'autres comme une suppléance temporaire aux activités linguistiques de l'hémisphère gauche pendant que celles-ci se réorganisent*. Dans l'avenir, l'imagerie fonctionnelle devrait jouer un rôle important dans l'aide à la prédiction du pronostic. Identifier des paramètres précoces significativement associés à une bonne récupération ultérieure devrait permettre d'affiner le pronostic et les indications thérapeutiques, pour mieux informer les personnes aphasiques et leurs familles de ce qui peut raisonnablement, dans leur cas en particulier, être attendu de la rééducation. Dans cette démarche prédictive, la variabilité inter-individuelle que nous avons mentionnée restera néanmoins une limite importante, et pour l'instant les résultats des recherches d'imagerie n'ont qu'une valeur d'indication générale, et ne peuvent être étendus à la prédiction du devenir d'un patient en particulier.

En ce qui concerne l'impact de la rééducation orthophonique, Belin, Van Eeckhout et collaborateurs avaient montré dès 1995 que la Thérapie Mélodique et Rythmée s'accom-

*Vigneau et coll., 2006

*Fernandez et coll., 2004

*Joseph et coll., 2007

*Saur et coll., 2006

*Belin et coll., 1996

*Musso et coll., 1999

*Leger et coll., 2002 ; Peck et coll., 2004

*Barat et coll., 2000

pagnait d'une réapparition d'activations hémisphériques gauches périlésionnelles, et non d'une activité compensatoire de l'hémisphère droit*. Mais c'est en 1999 que Musso et collaborateurs ont montré chez 4 patients que les séances de rééducation orthophonique s'accompagnaient pratiquement en même temps d'une amélioration significative des scores au Token Test et de l'apparition de nouvelles activations temporales supérieures droites et du precuneus gauche, ce qui confirme que celles-ci étaient bien la conséquence immédiate des stimulations de la rééducation*. D'autres études récentes ont précisé les modifications d'activations corticales induites par la rééducation*. De plus, la plupart concernaient des patients en phase vraiment chronique, au-delà d'une année d'évolution, ce qui confirme que la rééducation peut entraîner de nouvelles activations corticales longtemps après la fin de la période de récupération spontanée, et que des reprises tardives de rééducation sont parfaitement légitimes et efficaces lorsqu'on utilise des programmes appropriés*.

LA RÉÉDUCATION DE L'APHASIE A ATTEINT UNE GRANDE MATURITÉ

Probablement jamais dans l'histoire de l'aphasiologie les rééducateurs n'ont disposé d'autant d'outils thérapeutiques efficaces, et jamais ceux-ci n'ont été intégrés dans des approches aussi cohérentes et complémentaires.

L'évaluation pré-thérapeutique, qui conditionne à la fois les objectifs de la rééducation et le choix des techniques à utiliser, a progressé en précision et en pertinence. Les procédures sont à la fois plus systématiques et standardisées, et plus complètes, en intégrant l'évaluation des déficiences du langage, de la communication et des troubles cognitifs associés, c'est-à-dire le bilan de l'aphasie, et l'évaluation des incapacités de communication, du statut psychologique, du handicap et de la qualité de la vie, c'est-à-dire le bilan de la personne aphasique.

Parmi les tests d'aphasie, les tests généraux, ou batteries d'aphasie, qui visent à recueillir des échantillons des performances des malades dans tous les domaines de la fonction langage, se sont peut-être moins développés que les tests spécifiques, qui explorent en détail un aspect sémiologique particulier, ou un processus de traitement cognitif du langage. Outre l'examen clinique standardisé conçu par B. Ducarne, le protocole Montréal-Toulouse MT 86 et la version française du Boston Diagnostic Aphasia Examination restent les batteries de référence*. Mais on dispose aussi maintenant de nombreux tests validés explorant la dénomination et les capacités lexicales, la lecture, les structures syntaxiques. Surtout, la publication de deux tests complémentaires, le Test Lillois de Communication* et l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux** a permis de compléter systématiquement l'évaluation du langage par celle de la communication, et d'apprécier avec objectivité les résultats des rééducations pragmatiques.

En ce qui concerne les techniques orthophoniques elles-mêmes, on a vu s'estomper les divergences entre partisans d'une approche empirique, partisans d'une rééducation dérivée de la neuropsychologie cognitive, et partisans d'une approche écologique et pragmatique. Les techniques éprouvées des rééducations sémiologiques sont désormais intégrées aux programmes fondés sur des hypothèses théoriques développés par les auteurs cognitivistes. La construction du projet thérapeutique passe par le repérage des niveaux de représentation et de traitement perturbés en comparant les productions du patient aux productions prédites par le modèle théorique chez le sujet sain. L'analyse des conditions dans lesquelles tel type d'erreur se produit renseigne sur l'état du système, et conduit à formuler une hypothèse sur le mécanisme du trouble. On utilise ensuite le modèle pour imaginer des voies de contournement, de suppléance aux composantes altérées. On utilise pour la rééducation des tâches identiques, ou assez voisines de celles qui avaient été développées par les partisans de l'approche empirique, mais on les sélectionne et on choisit les items pour solliciter de façon aussi spécifique que possible la composante cognitive que l'on souhaite travailler. On tient grand compte de la complexité sémantique (typicité), de la complexité syntaxique, et des dissociations établies par la littérature : sub-

*Mazaux et coll., 2007

*Rousseaux et coll., 2000

**Darrigrand, Mazaux, 2000

stantifs/verbes, animés/manufacturés, trouble d'accès/trouble des stocks, etc. La Thérapie Mélodique et Rythmée pour les troubles de production, la rééducation du manque du mot, la rééducation des troubles de décodage auditif sont des exemples démonstratifs et d'efficacité prouvée de ces techniques*.

L'approche pragmatique (ou écologique) et l'approche psycho-sociale connaissent un grand développement. L'objectif n'est plus ici de réduire directement la symptomatologie aphasique (approche centrée sur les déficiences), mais de rompre l'isolement de la personne aphasique, de l'aider à mieux communiquer avec ses semblables, et à retrouver sa place dans la famille et dans la société (approche centrée sur les limitations d'activités, et les restrictions de la participation). La PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness), qui a été la première technique validée dans cette approche, poursuit sa carrière exemplaire*. En fonction du contexte et du stade évolutif, les orthophonistes utilisent aussi des techniques de jeu de rôle (le commerçant et le client), de mises en situation concrète, du travail de groupe, des conversations à plusieurs. L'introduction des techniques d'Analyse de Conversation (AC) a représenté une innovation thérapeutique importante. L'AC, qui s'effectue sur des corpus de communication enregistrés en vidéo au domicile des patients, se propose d'évaluer l'impact de l'aphasie sur les inter-actions naturelles entre la personne aphasique et ses interlocuteurs habituels, et comment ces partenaires collaborent à la réussite de la conversation. L'AC analyse notamment le nombre et la durée des tours de parole, la gestion des thèmes abordés et le type des réparations, c'est-à-dire les corrections ou compléments que chaque partenaire apporte pour clarifier l'échange, et faciliter sa compréhension*. L'orthophoniste utilisera ces informations en rééducation pour faire comprendre aux proches les difficultés que rencontre la personne aphasique, pour les aider à mieux participer au succès de la conversation, puis les entraînera à mettre en pratique spontanément ces conseils. On a pu montrer que les techniques d'AC amélioreraient significativement l'efficacité de la communication, alors même que les performances linguistiques de la personne aphasique restaient inchangées*.

Lorsque le trouble reste massif, on se tourne vers des techniques de suppléance, pour rétablir rapidement la communication avec l'entourage. Dans ce domaine, les Classeurs de Communication, personnalisés en fonction des besoins de chaque patient en particulier et désormais disponibles sur support CD, confirment leur supériorité sur les outils informatiques de suppléance fonctionnelle, qui n'ont jamais vraiment connu un essor décisif*. Le Classeur est aussi un support précieux pour des séances de rééducation pragmatique.

Enfin, des approches complémentaires à l'orthophonie se développent. Parmi les médicaments, des études scientifiques ont montré que le piracetam, la bromocryptine et plus récemment le zolpidiem et le donépézil seraient susceptibles de favoriser la récupération cérébrale de l'aphasie, en synergie avec la rééducation orthophonique. Mais ces études sont de faible envergure, et nécessitent des confirmations ultérieures. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) précoce influencerait aussi la récupération, peut-être en inhibant l'inhibition transcallosale que l'hémisphère sain exercerait sur l'hémisphère lésé*. Quant aux techniques de Réalité Virtuelle, elles pourraient dans un proche avenir permettre à la personne aphasique de répéter à son domicile, via son ordinateur personnel et une connexion internet sécurisée, les tâches de langage choisies par l'orthophoniste en fonction de ses troubles et de sa progression (voir le site ...)

DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ÉVOLUTIVES ET TRÈS PERSONNALISÉES

L'objectif général de la rééducation reste d'optimiser la récupération des fonctions linguistiques altérées, de développer l'utilisation des capacités restantes, et de favoriser l'adaptation au handicap social. Mais la rééducation moderne est sortie de l'empirisme, et se soucie de respecter les recommandations de la Médecine fondée sur des preuves, et d'évaluer objectivement ses résultats. On sait que la rééducation doit être aussi intensive que possible*. Les conditions générales de prescription, de rythme, de

*Lambert, 1999 ; Tessier, Weill-Chounlamountry, 2007 ; Van Eeckhout, Chomel-Guillaume, 2007

*Lissandre et coll., 2007

*De Partz, 2001

*Booth, Perkins, 1999

*Charton-Gonzalez et coll., 2003

*De Boissezon et coll., 2006

*Boghal et coll., 2003

durée initiale et d'arrêt de la rééducation ont été précisées par la conférence de consensus organisée par la SOFMER à Limoges en 1996 (voir ci-dessous Annexe). Les thérapeutes ont bien compris que ces documents ne s'imposaient pas à eux comme un carcan rigide, à appliquer dans tous les cas, mais représentaient une aide, un cadre général à adapter à chaque cas particulier. A l'intérieur de ce cadre, les techniques sont donc intégrées dans des plans de soins personnalisés et adaptés aux besoins de communication propres à chaque personne aphasique.

Le contenu de la rééducation est donc construit à partir des modèles de la neuropsychologie cognitive, et d'hypothèses sur le niveau de traitement cognitif perturbé. Cependant, cette approche cognitive a ses limites, elle s'avère difficile à appliquer dans les aphasies importantes, ou au stade initial, où tout est perturbé à la fois. Et la dimension pragmatique et psycho-sociale de la rééducation reste aussi au premier plan : les projets thérapeutiques sont très personnalisés, centrés sur le patient, ses attentes, ses besoins, son évolution psychologique et affective et sa qualité de vie*. De sorte que la question n'est pas : approche cognitive, ou approche pragmatique ? Mais plutôt : quand privilégier l'une, et quand privilégier l'autre ? Comment mener les deux de front ? Dans quelles proportions ? La sévérité de l'aphasie, son évolution et le comportement de la personne aphasique déterminent la stratégie à adopter : « plutôt pragmatique » dans les aphasies sévères, « plutôt cognitif » dans les formes modérées... ou dans les formes initialement sévères qui ont bien évolué. Dans les formes pures ou modérées, on peut d'emblée avoir l'ambition de réorganiser les processus du langage par une approche cognitive. Mais au stade initial des aphasies sévères, ou lorsqu'il existe d'autres troubles cognitifs associés à l'aphasie, l'urgent est probablement de rétablir une communication minimale, de rompre l'isolement qu'impose l'aphasie, et de permettre au patient d'exprimer ses intentions, ses besoins de base. On aurait tendance à privilégier l'approche pragmatique, le langage gestuel et les Classeurs de communication. Progressivement, lorsque la sémiologie aphasique se clarifie, la communication courante est rétablie, et on voit persister des troubles précis, des « noyaux durs », dont l'interprétation cognitive peut et doit être tentée à ce stade. De sorte que la « vraie » rééducation, celle qui va vraiment influencer les architectures cognitives et en créer de nouvelles, ne peut se mettre en place quelquefois qu'après plusieurs mois d'évolution. L'aphasie évolue, elle se modifie parfois pendant plusieurs années sous l'influence de la rééducation, et en retour celle-ci est réorientée en fonction de cette évolution. C'est un va-et-vient permanent entre l'évaluation et la modification des stratégies thérapeutiques. A ce stade, l'approche cognitive redonne confiance et espoir au patient, parce qu'il assiste à une réelle amélioration de ses compétences langagières, ce qui l'encourage à s'engager davantage dans les techniques pragmatiques, qui en retour potentialisent les progrès obtenus par l'approche cognitive, en les intégrant dans la vie quotidienne et sociale. Approche cognitive et approche pragmatique sont deux alliées indissociables.

BIBLIOGRAPHIE

- BARAT, M., MAZAUX, J.M., JOSEPH, P.A. (2000). Intérêt de la rééducation prolongée des aphasies au décours des accidents vasculaires cérébraux. *La Lettre du Neurologue*, 3 (4), 151-154.
- BELIN, P., VAN ECKHOUT, P., ZILBOVICIUS, M. et coll. (1996). Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy : a PET study. *Neurology*, 47, 1504-1511.
- BHOGAL, S., K., TEASELL, R., SPEECHLEY, M., ALBERT, M.L. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery : aphasia therapy works. *Stroke*, 34 (4), 987-993.
- BOOTH, S., PERKINS, L. (1999). Individualized advice and evaluating change in aphasia. *Aphasiology*, 13, 4/5, 283-303.
- CHARTON-GONZALEZ, I., MUNIER, N., BOLINCHES, C., GARNIER, J.Y. (2003). *Le logiciel C. COM*. Isbergues : Ortho Edition.
- DARRIGRAND, B., MAZAUX, J.M. (2000). *Echelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB)*. Isbergues : Ortho Edition.
- DE BOISSEZON, X., RABOYEAU, G., MARQUE, P., DEMONET, J.F., CARDEBAT, D. (2006). Imagerie cérébrale fonctionnelle et prise en charge thérapeutique de l'aphasie : orthophonie, pharmacothérapie et stimulation magnétique transcrânienne répétitive rTMS. In FROGIER, J., PÉLISSIER, J. (Eds), *Imagerie cérébrale fonctionnelle et rééducation*, 61-68. Paris : Masson.

- DE PARTZ, M.P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, 4-12.
- FERNANDEZ, B., CARDEBAT, D., DEMONET, J.F. et coll. (2004). Functional MRI follow-up study of language processes in healthy subjects and during recovery in a case of aphasia. *Stroke*, 35 (9), 2171-2176.
- JOSEPH, P.A., STUIT, A., MULLER, F., DAVIET, J.C., FERNANDEZ, B., BARAT, M., MAZAUX, J.M., ALLARD, M. (2007). Neuro-imagerie fonctionnelle et récupération de l'aphasie. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 121-125. Paris : Masson.
- LAMBERT, J. (1999). Thérapie du manque du mot. In AZOUVI, P., PERRIER, D., VAN DER LINDEN, M. (Eds), *La rééducation en neuropsychologie : études de cas*, 41-69. Marseille : Solal.
- LE BIHAN, R., CHRISTIN, C., LOPES, M., CAPELLE, L., DUFFAU, H., GATIGNOL, P. (2003). Evaluation orthophonique pré, per et post opératoire lors d'intervention en zone fonctionnelle du langage. *Glossa*, 85, 36-46.
- LÉGER, A., DEMONET, J.F., RUFF, S. et coll. (2002). Neural substrates of spoken language rehabilitation in an aphasic patient : an f MRI study. *Neuroimage*, 17 (1), 174-183.
- LISSANDRE, J.P., STUIT, A., DAVIET, J.C., PREUX, P.M., MUNOZ, M., VALLAT, J.M., DUDOGNON, P., SALLE, J.Y. (2007). Les thérapies pragmatiques et la PACE. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 233-242. Paris : Masson.
- MAZAUX, J.M., DEHAIL, P., DAVIET, J.C., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (2007). Tests et bilans d'aphasie. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 144-156. Paris : Masson.
- MAZAUX, J.M., NESPOULOUS, J.L., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (2007). Les troubles du langage oral : quelques rappels sémiologiques. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 54-65. Paris : Masson.
- MUSSO, M., WEILLER, C., KIEBEL, S., MÜLLER, P., BÜLAU, P., RIJNTJES, M. (1999). Training-induced brain plasticity in aphasia. *Brain*, 122, 1781-1790.
- PECK, K.K., MOORE, A.B., CROSSON, B.A., GAIFFSKY, M., GOPINATH, K.S., WHITE BRIGGS, R.W. (2004). Functional magnetic resonance imaging before and after aphasia therapy : shifts in hemodynamic time to peak during an over language task. *Stroke*, 35 (2), 554-559.
- PÉLISSIER, J., BÉNAÏM, C., ENJALBERT, M., BRUN, V., (2000). Qualité de vie et aphasie : enjeu d'une mesure. In MAZAUX, J.M., BRUN, V., PÉLISSIER, J. (Eds), *Aphasie 2000*, 211-218. Paris : Masson.
- ROUSSEAU, M., DELACOURT, A., WYRZYKOWSKI, N., LEFEVRE, M. (2000). *Test lillois de communication (TLC)*. Isbergues : Ortho Edition.
- SAUR, D., LANGE, R., BAUMGAERTNER, A. et coll. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, 129, 1371-1384.
- SAUZÉON, H. (2007). Modèles du langage et production de mot : apport des sciences cognitives. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 7-18. Paris : Masson.
- TESSIER, C., WEILL-CHOUNLAMOUNTRY, A.N. (2007). Rehabilitation of word-deafness due to auditory analysis disorder. *Brain Injury*, sous presse.
- VAN EECKHOUT, P., CHOMEL-GUILLAUME, S. (2007). Imagerie fonctionnelle cérébrale et utilisation d'un moyen détourné pour une nouvelle stratégie de rééducation : la thérapie mélodique et rythmée. In MAZAUX, J.M., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques*, 179-190. Paris : Masson.
- VIGNEAU, M., BEAUCOUSIN, V., HERVÉ, P.Y., DUFFAU, H., CRIVELLO, O., MAZOYER, B., TZOURIO-MAZOYER, N. (2006). Meta-analyzing left hemisphere language areas : phonology, semantics, and sentence processing. *Neuroimage*, 30, 1414-1432.

Conférence de consensus SOFMER, Rééducation de l'hémiplégie vasculaire. Recommandations du jury consacrées à l'aphasie.

“Tous les aphasiques peuvent bénéficier d’une rééducation orthophonique, quelle que soit la sévérité des troubles. Il n’existe pas d’argument scientifique justifiant une prise en charge orthophonique en urgence. Il existe un accord pour préconiser une rééducation orthophonique précoce dans les 3 premiers mois si l’état du patient le permet. Une rééducation d’au moins 6 heures par semaine est le plus constamment efficace. La durée des séances pratiquées est de trois-quarts d’heure à une heure. La prise en charge par les orthophonistes est plus efficace que celle de bénévoles ou d’autres professionnels de santé. Il n’existe pas une méthode univoque de rééducation orthophonique et les techniques de communication alternative et les thérapies informatisées n’ont pas fait la preuve de leur efficacité. Une durée de rééducation initiale de 3 mois est conseillée. Les évaluations successives déterminent la poursuite ou non de la rééducation et doivent intégrer une évaluation fonctionnelle de la communication. L’intérêt de la rééducation orthophonique durant la première année et au-delà est soutenu par des données scientifiques pour une proportion importante des aphasiques vasculaires”.