

Le terme de neuropsychologie n'existait pas en 1948. C'était l'Aphasie qui, à cette époque, tenait le devant de la scène. Elle avait été l'apanage de très célèbres neurologues de la Salpêtrière ; elle le restait grâce à Th. Alajouanine, professeur de la non moins célèbre clinique Charcot, élève convaincu de Pierre Marie, clinicien incomparable de l'après-guerre.

En dépit de circonstances difficiles incombant aux conséquences de ces années malheureuses, Th. Alajouanine tenait, à tout prix, à la création d'un centre d'étude de l'aphasie... mais également de rééducation des patients qui en étaient victimes. A coup sûr, il était pour l'époque, le seul (ou presque), à croire déjà à la nécessité de cette forme de thérapie, et moi, la seule à oser me lancer si précocément dans la réalisation de ce projet, très vite aux prises avec un climat d'incrédulité. Je n'avais, en effet, aucun précurseur en la matière et, par conséquent, aucune référence : il s'agissait, en effet, de rééduquer des adultes subissant des troubles acquis du langage, non point des enfants présentant des troubles du développement.

Blanche DUCARNE
de RIBAUCCOURT
- Neuropsychologue -

QUARANTE TROIS ANS DE NEUROPSYCHOLOGIE

par Blanche DUCARNE de RIBAUCCOURT*

* entretien dirigé par Marie-Pierre
POULAT

Mots-Clés : Aphasie - Neuropsychologie - Neurolinguistique - Psychologie cognitive - Sémiologie - Modèles.

En tout état de cause, en 1948, les apports des disciplines autres que celles de l'aphasiologie neurologique étaient très restreints : sur le plan médical, le premier appareil d'E.E.G. à quatre plumes faisait son apparition cependant que l'on tentait les premières artériographies.

En phonétique expérimentale, le cylindre de Rousselot sévissait encore à l'Institut de phonétique alors qu'en linguistique, on s'initiait à la grammaire structurale. Et puis, on théorisait, en neurophysiologie, sur les mécanismes cérébraux en termes de cybernétique, très en vogue. Quant à la psychologie, elle restait influencée par les gestaltistes (Goldstein-Vigotsky), prônant en cas d'aphasie l'atteinte de l'attitude catégorielle cependant que quelques travaux d'approche psychométrique étaient destinés à objectiver la détérioration des capacités intellectuelles de malades porteurs de lésions cérébrales (Mc Bride - Weisenburg).

Dans ce contexte, c'est la voie d'abord sémiologique qui s'avérait alors la seule à exploiter. Elle avait, par surcroît, ses solides fondements à la Salpêtrière où elle retrouva un second souffle.

Tirant parti, au demeurant, des moyens de bord adjacents cités (à leur juste mesure), il s'agissait alors :

- 1) de perfectionner les modes d'approche clinique non systématisés, de préciser l'analyse des signes,
- 2) de procéder à des corrélations anatomo-cliniques par le recours à des confrontations anatomo-pathologiques et la récente lecture d'images artériographiques.
- 3) de tenter, à un stade encore empirique, les modes thérapeutiques qui paraissaient avoir un effet positif.

C'est alors que le suivi des patients pris en charge pour leur rééducation, a donné lieu aux premières études longitudinales de cas, à la description des étapes évolutives

d'aphasie de Broca ou de Wernicke observées dès leur phase initiale. En 1953 fut alors inauguré le premier centre du langage de cet hôpital auquel toute notre vie durant, nous fûmes très attachés. Il devait s'y pratiquer, vingt ans après 10349 actes de rééducation ainsi que 1830 bilans d'évaluation (au cours de l'année 1972 donnée à titre d'exemple). A noter qu'en 1958, l'enseignement d'aphasiologie figurait dans le cadre de la création officielle de l'enseignement d'orthophonie.

C'est aux alentours des années 1960, que le terme de neuropsychologie fut, semble-t-il, lancé en France par Henri Hecaen qui tenait à signifier par ce vocable que cette nouvelle discipline devait englober l'étude des mécanismes de dysfonctionnement (mais aussi de fonctionnement) de toutes les «fonctions» dites «supérieures». Parallèlement à la Salpêtrière, où fut créée la première chaire de neuropsychologie (1962) attribuée au Professeur F. Lhermitte, la neurovision, la neuro-audition, les troubles comportementaux divers post-traumatiques, les premières enquêtes sociologiques à long terme firent l'objet de recherches nouvelles et, comme la tradition l'exigeait déjà, de tentatives thérapeutiques naissantes. Au cours de ces années, l'aphasiologie s'enrichit alors d'apports extérieurs à la neurologie, de façon incontestable il s'agit :

1) de la neurolinguistique dont les protocoles d'étude (faisant l'objet de quantité de mémoires dans le service), les modes d'interprétation, la terminologie ont contribué à l'évolution et au perfectionnement des procédures de rééducation.

2) de la psychologie cognitive (notamment la psycholinguistique) plus récemment. Centrée sur l'étude des processus internes de traitement de l'information, de l'in-put à l'out-put, elle propose, sous la forme de modèles dynamiques et fonctionnels, des comportements hiérarchisés. Il s'avère alors que certains modules de traitement qui en découlent justifient présentement des programmes de traitement non négligeables lors du réapprentissage de la lecture et de l'écriture.

Quant aux domaines des neurosciences, elles ont un intérêt et une très grande part dans toutes les branches de la neuropsychologie, y compris la perception et la mémoire. Il s'agit de l'enregistrement des potentiels évoqués, mais surtout des techniques d'imagerie cérébrale, en cas d'activation cérébrale qui ont pour objectif de déterminer les relations entre les processus cognitifs et leur substratum cérébral (PETSCAN). Il s'ensuit alors des corrélations anatomo-physiologiques ainsi que la découverte de réseaux fonctionnels complexes qui ont modifié les conceptions anatomo-cliniques d'antan, mais également celles qui régissaient la notion de fonction cognitive. Citons, entre autre, la mise en valeur de systèmes de représentation polysensorielle, sensori-motrice, «multimapping» des images mentales et de leurs processus d'activation qui rendent alors très difficile la détection ainsi que la mise en valeur de tous les facteurs potentiellement responsables d'un dysfonctionnement. Un ensemble à l'appui de cette assertion :

Le classique «manque du mot» serait-il dû, lors des épreuves classiques de dénomination :

- à l'oubli d'indices cooccurrents perceptifs (tout à la fois visuels, acoustiques, proprioceptifs, gustatifs) ainsi que situationnels ;
- à la disparition de la trace formelle du mot ;
- à un manque d'activation endogène pallié par certaines formes d'activation exogènes ;
- à un dysfonctionnement du traitement sensoriel (visuel) du signal d'entrée ;
- à l'interruption de certains modes de transfert ou transcodage intermodaux ; enfin à un déficit affectant le traitement phonologique de sortie, voire la réalisation de l'articulation.

En termes syndromiques, on parlerait alors d'amnésie sémantique, d'amnésie verbale, d'aphasie de Broca (ou dynamique), d'agnosie aperceptive, d'aphasie de conduction, d'aphasie afférente, de dyspraxie verbale (syndrome de désintégration phonétique).

Face à ces diverses éventualités, comment parvenir à sélectionner, parmi d'autres :

1) le bon diagnostic... si ce n'est par l'opposition des signes cliniques requis dans les protocoles ou bilans d'évaluation rigoureux, permettant de se référer à l'ensemble des paramètres nécessaires.

2) la procédure du traitement adéquat : si ce n'est par la sélection d'exercices programmés (bien que toujours remaniés en cours de traitement), en fonction des

processus de restauration à rétablir. De ce fait, certains programmes de traitement hyperstandardisés, applicables à l'aphasie, en général, et ne requérant que la connaissance de leur mode d'emploi, risquent d'être inadaptés à l'aphasique traité pour tel déficit, et en raison de telle cause.

Toutefois, les techniques à même de développer certaines «habiletés» communicatives non linguistiques en cas d'aphasie globale, ainsi que les synthétiseurs de parole en cas de dysarthries massives, ont procuré, ces dernières années, des recours utiles.

Quant à l'informatique, on ne peut nier l'intérêt qu'elle suscite en orthophonie neuropsychologique. Elle permet au malade :

1) d'accéder à des systèmes d'auto-correction et d'autonomie dans la réalisation d'une épreuve d'allure ludique.

2) de parvenir à un rythme de travail imposé. Toutefois, faut-il éviter un apprentissage trop ponctuel à même de nuire au transfert des acquis. En cas d'aphasie, on veillera à ne pas privilégier uniquement l'abord des procédures qui ne favorisent que l'input écrit. Cet outil de travail nous a paru très complémentaire de certaines techniques classiques lorsqu'il faut traiter les syndromes de Balint, d'acalculie, de surdité centrale.

M.P. POULAT : - Etes-vous partisane, à l'instar des «speech pathologists» américains, de prendre les patients aphasiques en rééducation intensive dans les cliniques de langage ?

B. DUCARNE : - Je pense, qu'à la phase initiale d'une aphasie grave, la rééducation même modérée en milieu hospitalier est souhaitable, pour les raisons suivantes :

- Le patient, à demeure, peut bénéficier de plusieurs interventions orthophoniques de courte durée, lors des périodes «sensibles» de la journée. Il est possible, de la sorte, d'éviter les effets de saturation ou d'épuisement induits par les efforts de trop longue durée (imposés par la seule séance prévue).

- L'orthophoniste est en mesure de parvenir le plus précocement possible à la stabilisation des acquis, en répétant certaines formes d'entraînement à quelques heures d'intervalle.

- Le milieu familial s'initie au «savoir faire» en assistant aux séances de rééducation. On évite ainsi certaines maladresses ou erreurs techniques si fréquentes lors des premières tentatives de communication avec les parents des aphasiques.

Toutefois, le prolongement excessif de ce traitement en milieu hospitalier (ou autre institution) risquerait de produire des effets secondaires non négligeables à savoir que :

- l'inventaire des épisodes stéréotypés de l'emploi du temps quotidien prévu à l'hôpital est à même de priver le patient de la diversité des occasions de parole «in vivo» que procure le milieu familial au cours d'échanges motivants, dans lesquels il se sent impliqué.

- une prise en charge de trop longue durée par des équipes multiples entraîne inéluctablement à long terme l'impression, pour le malade d'avoir perdu tout pouvoir de décision le concernant ; ces propos à l'appui de cette assertion : «je n'ai plus droit au chapitre... je ne sais plus très bien qui je suis... je suis obligé de demander à... si... croyez-vous que je sois encore capable de... Après tout qui je suis maintenant ?»

L'éloignement du milieu familial durant plusieurs mois, a pour conséquences non moins inévitables, de rendre encore plus problématique le réaménagement des modes relationnels entre l'aphasique et les membres de sa famille... au risque de provoquer un vécu d'exclusion (rapidement ressenti au cours des premiers week-ends autorisés chez eux). «On ne me demande plus mon avis... je ne suis plus dans le coup... c'est dur de devenir étranger». S'installe alors, progressivement, une angoisse latente consécutive à la perspective d'avoir à renouer définitivement avec un mode de vie qui, à long terme leur semble inaccessible.

On ne saurait jamais trop insister sur la gravité du problème psychologique réactionnel à l'aphasie : il s'agit de celui que pose une référence personnelle irréfutable : celle de l'image antérieure du patient, dans son contexte d'antan - Réhabiliter un aphasique, c'est, entre autre, procéder à la revalidation de son image narcissique, c'est revaloriser l'image de son moi actuel et assurer la pérennité de sa personnalité, grâce à une thérapie psychologique bien menée.

M.P. POULAT : - Peut-il exister des revers à la «sur-stimulation» chez l'aphasique

adulte ou enfant ?

B. DUCARNE : - Certes, on sait que les processus psycho-physiologiques cérébraux régissant les modes de restructuration d'une fonction cérébrale sont à même de s'épuiser rapidement en cas de lésion cérébrale récente. De ce fait, si l'on procède à des stimulations qui, en nombre ou en durée, excèdent le seuil du patient, on provoque alors des phénomènes de blocage ou de persévération qui rendent non seulement inutiles mais négatifs les effets d'activation endogène ou exogène. Toutefois, après un certain délai d'évolution entraînant des niveaux de restauration fonctionnelle divers, il s'avère alors que l'intensification des programmes de rééducation optimise la progression des niveaux de performance. On ne peut envisager cette phase de stimulation intense sans la participation du patient qui, à cette phase, est en mesure d'assumer des formes variées d'auto-entraînement prescrits de façon précise, par l'orthophoniste. L'accès à plusieurs heures de travail quotidien s'effectue très progressivement, de façon très savamment dosée, compte-tenu :

- 1) de la demande et de la résistance à l'effort du malade,
- 2) de l'intervention d'un proche jouant le rôle d'interlocuteur privilégié et de répétiteur.

Quand à l'enfant, il se prête plus précocement à la pratique de techniques très pragmatiques, très actualisées (parfois sous forme de dialogue et de jeux), à même d'être répétées sans occasionner de lassitude (si ce n'est pour le langage écrit).

M.P. POULAT : - Anna Basso déclarait en 1989, à Limeil Brevannes, qu'une étude avait montré que les aphasiques suivis en orthophonie évoluaient exactement de la même façon que ceux non pris en charge. Qu'en pensez-vous ?

B. DUCARNE : - Une assertion de ce type ne peut-être crédible qu'à la condition que les aphasiques comprenant le groupe témoin et le «groupe expérimental» répondent alors aux conditions d'expérimentation suivantes, à savoir qu'ils aient :

- 1) le même profil des troubles linguistiques acquis (dans la mesure où certains justifient une rééducation en raison du pronostic posé à la phase initiale de l'aphasie),
- 2) la même étiologie,
- 3) la même lésion,
- 4) le même niveau socio-culturel ou, plus exactement les mêmes capacités opératoires antérieures,
- 5) des structures de personnalité antérieures à l'accident neurologique et par conséquent des modes réactionnels au handicap acquis, non moins semblables,
- 6) un environnement familial présentant des caractéristiques comportementales communes,
- 7) un thérapeute qui, sur le plan de la prise en charge orthophonique et psychologique soit habilité à user de méthodes et procédures adaptées au cas traité (et non pas d'aides ou bonnes volontés diverses non qualifiées !)

- Comment contester l'efficacité d'une rééducation alors qu'elle ne fut observée qu'à partir du moment où elle fut appliquée ou bien réaménagée (des semaines ou bien des mois après l'installation des troubles parfois).

M.P. POULAT : - Imaginez le service de rééducation fonctionnelle du langage idéal (personnel - équipe - structure - matériel - organisation).

B. DUCARNE : - Je n'oserais proposer quelque modèle que ce soit. J'ai observé des services, diversement structurés qui me paraissaient bien fonctionner. Je préfère donc faire allusion aux méfaits encourus par : un manque de formation pratique pour les orthophonistes appelés à exercer la neuropsychologie, sans expériences durables au cours de stages spécialisés,

- le manque de d'informations consacrées à la bibliographie ainsi qu'à l'initiation aux problèmes d'actualité d'ordre technique et autre.

- l'insuffisance de certaines formes de concertation entre membres d'une équipe privilégiant telle spécialité au détriment de telle autre et ce, à des moments cruciaux de la réhabilitation du patient : changements d'orientation de tous ordres, interruption de la thérapie, réinsertion socio-familiale ou professionnelle...

- l'excès du nombre de rendez-vous pour le temps imparti à la consultation de l'orthophoniste, dans l'incapacité de consacrer à certains patients le temps qui leur serait