

Aux Etats-Unis la réhabilitation ou rééducation des personnes souffrant de troubles du langage a une tradition relativement longue en comparaison avec celle des autres pays. Il est vrai que les Français ont fait œuvre de pionnier dans le domaine de la neurophysiologie du langage. Les œuvres d'un Paul Broca, d'un Pitres et d'un Pierre Marie, pour ne nommer que quelques-uns, ont apporté une contribution fondamentale au développement de la neuropsychologie et de l'aphasiologie. Pourtant, en ce qui concerne les questions plutôt pratiques de la rééducation, on a toujours senti un je ne sais quoi d'insatisfaisant, non seulement en France, mais aussi dans d'autres pays. Ainsi en 1969, Durieu a trouvé nécessaire d'attirer l'attention sur cette lacune, tout en soulignant l'exemple donné par l'Amérique :

A notre connaissance, il n'existe pas en langue française d'ouvrage traitant dans son ensemble le problème de la rééducation des aphasiques... Nous n'avons pas l'équivalent du livre de Wepman, publié en Amérique sous le titre : "Recovery from aphasia" consacré en majeure partie à la thérapeutique dans son ensemble, exposant en détail les principes, les conditions et les résultats d'une vaste expérience de rééducation.

(Durieu, 1969, p. 7)

*Les Américains ont hardiment suivi les traces de Wepman, et aujourd'hui on trouve un nombre considérable d'approches différentes qui, chacune, propose des traitements efficaces pour les divers troubles du langage. Les pages qui suivent essaient d'offrir une vue d'ensemble des approches les plus fréquemment utilisées dans les cliniques américaines et ont pour but d'intensifier l'échange d'informations sur un plan international pour améliorer le sort de ceux qui dépendent de la compétence de leurs cliniciens et rééducateurs pour retrouver leur dignité humaine en tant que **homo loquens**.*

D'une manière générale on peut distinguer deux courants, à savoir les approches de stimulation ("stimulation approaches") et les autres. Cette distinction a été faite par Chapey (1981) qui a expliqué que les approches de stimulation mettent l'accent sur la "réorganisation" du langage et non sur son enseignement, c'est-à-dire elles entraînent le malade à résoudre des problèmes plutôt qu'à donner des réponses spécifiques à des stimuli particuliers. ("...problem solving rather than the teaching of specific responses to particular stimuli" Chapey, 1981, p. IX). Plus tôt, Darley (1972, p. 12) a suggéré une classification qui distingue "approches de stimulation non-spécifique", "approche de stimulation" et "instruction programmée" (programmed instruction approaches).

Une autre classification a été suggérée par DiSimoni (1981, pp. 331-333) qui distingue les "thérapies traditionnelles", les "thérapies moins traditionnelles", et les "systèmes alternatifs de communication". Parmi les thérapies traditionnelles il énumère les suivantes : 1. La méthode naturelle (le malade est traité comme s'il était dans le milieu familial). 2. L'approche de Schuell (le rééducateur n'enseigne pas mais "stimule"). 3. La thérapie qui se concentre sur la pensée "thought centered therapy" : le malade doit réapprendre à organiser ses pensées). 4. La thérapie automatisée et programmée (le malade doit apprendre à produire la réponse appropriée à un stimulus précis). Parmi les

approches "moins traditionnelles" DiSimoni compte les approches pharmacologiques, la thérapie de musique et d'art, la chirurgie, le contrôle de diète (curatif et prophylactique) et la réintégration sociale ("stroke clubs"). Finalement, les "systèmes alternatifs de communication" sont, selon DiSimoni les suivants : la communication nonverbale, les tableaux de communication, les symboles Bliss, le programme d'initiation nonverbale, les instruments mécaniques de communication, la langue des gestes, la pantomime et le "biofeedback".

Comme on peut le voir, il y a plusieurs possibilités de classer les méthodes diverses utilisées par les rééducateurs américains. Etant donné la difficulté de trouver un critère de classification, notre but principal dans cette étude n'est pas d'ordre taxionomique mais d'ordre descriptif. La description suivante met en relief des méthodes qui illustrent d'une façon exemplaire la pléthore de techniques qui se trouvent actuellement à la portée du clinicien américain.

MÉTHODES CONTEMPORAINES DE RÉÉDUCATION DES APHASIQUES AUX ÉTATS-UNIS

par Kurt KRAETSCHMER

Prof. Dr.
K. KRAETSCHMER
ASH 307
University of
Nebraska at Omaha
Department of Foreign
Language
Omaha, Nebraska
68182-0192
USA

I. L'approche de stimulation selon Schuell

Parmi les suppositions fondamentales sur lesquelles cette approche— nommée d'après une des autorités prééminentes de l'aphasiologie américaine, Hildred Schuell—est basée, sont les suivantes :

1. La langue du malade n'est ni détruite ni perdue dans le cas d'une aphasie. Par conséquent, la rééducation n'essaie pas "d'enseigner" ou de "ré-enseigner" le langage au malade.
2. Les processus auditifs comptent parmi les systèmes les plus essentiels pour l'acquisition, le "processing" et le contrôle du langage. C'est pourquoi la rééducation doit se servir de ces processus pour rendre la thérapie aussi efficace que possible.

L'utilisation des processus auditifs est en effet le trait le plus caractéristique de cette approche. On y utilise des stimuli auditifs qui sont forts, contrôlés et intenses pour porter au maximum l'efficacité de la réhabilitation.

Parmi les principes qui gouvernent cette approche de stimulation, les suivants paraissent particulièrement importants :

1. La stimulation auditive doit être intensive. Etant donné que la modalité auditive est centrale dans les processus langagiers et que c'est justement cette modalité qui est atteinte chez la plupart des malades, la thérapie doit essayer de l'activer autant que possible. Bien sûr, l'utilisation de la stimulation auditive n'est pas exclusive ; chaque modalité peut être utilisée pour renforcer une autre, et surtout la combinaison des stimuli auditifs et visuels peut être très efficace.

2. Les stimuli doivent être adéquats, c'est-à-dire ni trop faciles, ni trop difficiles. Le malade doit être capable de trouver à peu près la bonne réponse sans complètement réussir ou échouer à la tâche qu'on lui a assignée.

3. La stimulation doit être répétée. Il se peut qu'un stimulus ne provoque une réponse qu'après plusieurs répétitions.

Ainsi il peut être nécessaire que le stimulus soit présenté plusieurs fois, même s'il n'y a pas de réponse de la part du malade.

4. Fournir un "feedback" concernant la justesse des réponses. Le malade doit savoir immédiatement s'il a ou non trouvé la bonne réponse ; autrement, des formes erronées peuvent s'établir dans son système linguistique et empêcher le progrès.

5. Abondance et variété des matériels utilisés. Pour élargir le champ de la compétence du malade et aussi pour éviter des frustrations éventuelles, il paraît sage d'utiliser des matériels divers. S'il s'agit de matériels nouveaux, ceux-ci doivent être une extension des matériels avec lesquels le malade s'est déjà familiarisé.

En ce qui concerne l'entraînement à des performances sur le plan pratique, l'approche de stimulation utilise les tâches suivantes :

1. Tâches qui mettent l'accent sur les capacités auditives

1.1. Tâches de désignation en utilisant la main

Dans ces tâches, le malade doit identifier un mot qu'il a entendu en désignant par la main un objet ou une image ou un mot écrit.

Etant donnée la possibilité d'utiliser le système moteur (le mouvement de la main), le malade n'est pas obligé de se préoccuper de la production orale ou écrite et peut se concentrer sur la réception du stimulus auditif aussi bien que sur son "processing" et sur sa rétention. A un niveau plus élevé on peut demander au malade de répondre oralement. Voici quelques exemples de ces tâches :

1. Montrez le livre (on peut utiliser des objets ou des images).
2. Montrez ce qu'on utilise pour boire (verre).
3. Montrez un objet pour compléter la phrase "*Passez-moi le sel et le -----*" (poivre)
4. Montrez des objets en réponse à la question : "*Qu'est-ce qu'on trouve dans une cuisine ?*"

1.2. Exécution sur commande orale

1. Commande d'un seul verbe : "*Ouvrez le livre !*" "*Fermez la porte !*"
2. Commande qui se réfère à deux objets : "*Mettez le stylo dans une boîte*".
3. Commande contenant deux verbes et une séquence temporelle : "*Avant de prendre le stylo, tournez la page*".

1.3. Question Oui-Non

1. Questions concernant des informations générales : "*Pompidou était-il président en 1983 ?*".
2. Questions qui exigent la mémoire de courte durée : "*Est-ce que les chevaux, les arbres, et les vaches sont des animaux ?*".
3. Questions qui exigent un discernement sémantique : "*Est-ce avec un pneu que vous mettez en marche votre voiture ?*".
4. Questions sur des matériels pictoriels : "*Est-ce que le garçon court ?*"

2. Tâches qui stimulent les capacités auditives et verbales

2.1. Répétition

Ces tâches exigent la réception et la rétention des informations auditives aussi bien que la capacité de répéter oralement ces informations.

1. Répéter des paroles prononcées par le thérapeute : salle, livre, chambre.
2. Répéter des parties de phrases : "*dans la chambre*", "*à la plage*", "*chemise et cravate*".

Répéter des phrases stéréotypées ou fonctionnelles : "Où allez-vous ?"
"Quelle heure est-il ?" "Comment allez-vous ?"

4. Répéter des phrases avec (et ensuite sans) stimulation par une image correspondante.

2.2. Complètement de phrases

1. Complétez les phrases avec un substantif :

"Lisez ce -----" (livre). "Regarder la -----" (télévision).
"Ecouter la -----" (radio). "Passez-moi le sel et le -----"
(poivre). "Prenez-vous du café au ----- ?" (lait).

2. Compléter les phrases avec des verbes.

"On utilise un crayon pour -----" (écrire).
"On utilise un peigne pour -----" (se peigner).

2.3. Associations verbales

Ces tâches exigent surtout une compréhension et non pas tellement une rétention.

1. Association libre : le thérapeute prononce un mot, le malade répond par autant de mots que possible : "Cuisine—table, chaises, verres, assiettes".

2. Antonymes : Thérapeute : "Chaud" - Malade : "Froid". (jour—nuit, tôt—tard, riche—pauvre).

3. Synonymes : "Quel mot signifie la même chose que "voiture" ?" — Auto. ("Soulier" - Chaussure).

4. Rimer : le malade trouve un mot qui rime avec celui prononcé par le thérapeute (porte—sorte, pour—cour).

3. Tâches qui exigent la maîtrise de la lecture et de l'écriture

3.1. Lecture

Il est évident que presque toutes les tâches décrites plus haut peuvent être utilisées pour travailler la lecture et l'écriture. En plus, les tâches suivantes peuvent s'avérer appropriées.

1. Combiner des images avec des mots écrits, des propositions écrites ou phrases écrites.

2. Identifier les lettres prononcées par le thérapeute en choisissant parmi plusieurs lettres écrites.

3. Nommer les lettres écrites par le thérapeute.

4. Lire à l'unisson avec le thérapeute.

5. Lire en silence un paragraphe, ensuite répondre à des questions concernant le passage lu.

6. Lire à haute voix un paragraphe ou une histoire, ensuite redire le passage lu.

7. Compléter des phrases en choisissant parmi plusieurs mots écrits : "Ils sont allés au cinéma -----" (hier, demain, théâtre, soir).

3.2. Ecriture

La plupart des exercices décrits plus haut peuvent être utilisés en demandant au malade de fournir une réponse écrite. En plus, les exercices suivants peuvent être utilisés.

1. Copier des lettres et des mots.

2. Ecrire d'après une dictée.

3. Trouver les lettres omises : "Il lit un journa-". "Elle achè-e u-e nou-elle voi-ure".

4. Ecrire ce que le malade a mémorisé : l'alphabet, des chansons, des prières, des poèmes.

L'efficacité de l'approche de stimulation

En ce qui concerne l'efficacité de cette approche, il est difficile de prouver par des statistiques combien elle peut aider le malade à regagner ses capacités

linguistiques prémorbides. Très souvent, ce ne sont que des impressions subjectives sur lesquelles on doit fonder son jugement. Il reste donc à espérer que dans le futur les rééducateurs et les cliniciens essaieront de tenir compte de leurs expériences avec cette approche en rassemblant des informations détaillées sur les techniques utilisées, les circonstances dans lesquelles la rééducation s'est déroulée, sur la personnalité du malade et sur ses progrès.

Selon Duffy (1981, p. 135), l'efficacité de cette approche pour les aphasies diverses — sauf les aphasies sévères et irréversibles — a été jusqu'à présent rapportée non seulement par Schuell mais aussi par d'autres auteurs. Mais il reste à vérifier si c'est vraiment la stimulation qui est l'échafaudage ou "l'épine dorsale" de la rééducation comme l'affirment Schuell, Jenkins et Jiménez-Pabón (1964, p. 352) :

"Techniques for stimulating language are the backbone of aphasia therapy. They depend upon a barrage of controlled auditory stimulation and upon feedback processes from obtained responses...

It is always necessary to begin at the level where language breaks down for each patient, and to proceed systematically from easier to more difficult tasks".

II. L'approche d'intervention sémantique divergente ("divergent semantic intervention")

L'approche de la réflexion divergente est basée sur ce que la psychologie appelle "comportement divergent" ("divergent behavior" en anglais). Ce terme désigne un comportement qui n'oblige pas le malade aphasique à répondre d'une manière précise à un stimulus spécifique, mais qui lui donne la possibilité de choisir parmi plusieurs réponses qui sont toutes correctes.

Ce sont les recherches faites par des psychologues tels que Guilford (1967) et Akhurst (1970) qui ont montré combien le comportement divergent est essentiel pour comprendre, dans sa totalité, le comportement humain et pour développer un modèle adéquat des fonctions intellectuelles et de la pensée cognitive, modèle qui tient compte des facultés créatrices de l'homme. Selon les recherches de ces auteurs et d'autres, le comportement divergent exige la capacité de créer une pensée en réponse à un stimulus qui n'indique que la direction d'une pensée. Bien que les productions divergentes aient pour base l'expérience précédente du sujet, elles constituent aussi une extension de ce qu'il connaît déjà ou un élargissement des structures cognitives déjà existantes.

Dans les tests qu'on a développés pour enquêter sur le comportement divergent, on utilise des questions dites "open-ended" ("à fin ouverte"), cela veut dire des questions qui ne se terminent pas par une réponse précise. Ces questions ne cherchent pas une seule réponse correcte mais encouragent la production de plusieurs réponses.

Pour évaluer la performance d'un sujet dans ces tests, on utilise les critères suivants : facilité de l'expression, nombre des idées créées, flexibilité et variété des réponses données. Par exemple, si le sujet répond à la question "Qu'est-ce qui fait du bruit ?" en énumérant : "Les voitures, les vélomoteurs, les autobus, le métro, les tourne-disques", il reçoit cinq points en ce qui concerne la facilité de l'expression (il a produit cinq réponses), mais seulement deux points en ce qui concerne la flexibilité (car il n'a utilisé que deux catégories, à savoir véhicules et appareils). On évalue les réponses données aussi selon leur à-propos. Si le sujet avait répondu à la question ci-dessus par "Qu'est-ce qu'il fait beau aujourd'hui", il n'aurait reçu aucun point parce que sa réponse n'était pas appropriée.

Comme on peut le voir facilement, le comportement divergent diffère essentiellement de celui qu'on appelle "convergent". Ce dernier n'exige que la reconnaissance ou la reproduction exacte des matériels acquis antérieurement. Par exemple, en complétant la phrase "Le café est chaud, la glace est ———" le sujet doit se rappeler et reproduire un mot qu'il avait appris antérieurement. Autrement dit, la question s'adresse à des connaissances très précises, et la tâche du sujet consiste à recouvrer justement cette connaissance

et non pas une autre. On peut dire, donc, que les stimuli convergents définissent **à priori** la réponse à laquelle on s'attend, et ce n'est qu'une seule réponse qui sera considérée comme juste.

En ce qui concerne les méthodes traditionnelles de la rééducation, il apparaît qu'elles sont marquées par l'utilisation des stimuli convergents. Selon Chapey (1981, p. 157), les exercices qui ont été proposés par des auteurs tels que Schuell *et al.* (1964), Vignolo (1964), Sarno, Silverman et Sands (1970), Aurelia (1974) et Keenan (1975) — auteurs qui ont dominé la rééducation américaine — se concentrent sur la réflexion divergente. Par exemple, on avait suggéré des exercices dans lesquels le malade doit répéter des mots, nommer des objets et compléter des phrases telles que "une tasse de ———". Dans d'autres exercices, on a demandé au malade de décrire une action ou une image. Pourtant, même dans ces exercices, explique Chapey (1981, p. 157), les restrictions imposées aux réponses sont de nature convergente et les instructions qu'on donne au malade l'empêchent d'utiliser une stratégie divergente. En plus, le but de ces exercices est de déterminer si la réponse donnée est correcte et comment elle peut être améliorée.

On peut donc dire que les matériels utilisés dans les méthodes traditionnelles de la rééducation ne stimulent pas la production des solutions multiples pour un problème donné; d'ailleurs, ils n'encouragent pas le malade à créer une variété d'idées, à réfléchir d'une façon nouvelle en utilisant ses connaissances anciennes ou d'élargir le champ de sa compétence linguistique.

Etant données ces limitations des méthodes traditionnelles, Chapey (1981) a proposé des exercices qui mettent l'accent sur la réflexion divergente du malade. Ces exercices, bien sûr, ne veulent pas remplacer ceux qui s'adressent à la pensée convergente; elles les complètent plutôt pour offrir un entraînement équilibré à des performances multiples.

Aussi l'approche divergente ne rejette-t-elle pas les principes de la thérapie traditionnelle mais considère comme essentiels les points suivants :

1. Commencer par le palpable et avancer vers la représentation ou le symbole
2. Commencer par le simple et avancer vers l'abstrait.
3. Commencer par le simple et avancer vers le complexe.
4. Commencer par le réel et avancer vers le possible.
5. Commencer par des actions et avancer vers des verbalisations de ces actions.
6. Commencer par des classifications simples et avancer vers des classifications complexes.
7. Commencer par une stimulation sensorielle exagérée (e.g., parler à travers un microphone ou parler avec une intonation marquée) et diminuer graduellement l'exagération.
8. Commencer par des réponses brèves et avancer vers des réponses plus longues.
9. Commencer par un renforcement continu et avancer vers un renforcement intermittent.
10. Commencer par un renforcement donné par le rééducateur et avancer vers un auto-renforcement.

En ce qui concerne les tâches concrètes qui sont appropriées pour le travail pratique on peut utiliser celles qui ont été développées dans les tests pour les sujets normaux par des chercheurs tels que Guilford (1967), Torrance (1966) et d'autres. Ces tâches sont les suivantes :

- 1. Situations usuelles.** Le sujet doit énumérer des problèmes qui peuvent se poser dans une situation donnée. On demande, par exemple: "*Quels problèmes peut-on rencontrer quand on fait un voyage?*".
- 2. Utilisations.** Le sujet doit énumérer les façons différentes dont on peut utiliser un objet. On demande par exemple: "*Quelles possibilités y a-t-il d'utiliser une bouteille?*"
- 3. Amélioration d'un produit.** Le sujet doit suggérer comment on pourrait améliorer un certain produit. On demande, par exemple: "*Comment*

pourrait-on améliorer un ours en peluche pour que les enfants aiment davantage jouer avec lui ?"

4. Conséquences. Le sujet doit imaginer les effets d'un nouvel événement peu habituel. On demande, par exemple: *"Imaginez que les gens n'aient plus besoin de nourriture. Qu'est-ce qui se passerait ?"*

5. Dénomination des objets. Le sujet doit énumérer des objets qui font partie d'une large catégorie d'objets. On demande, par exemple: *"Pouvez-vous nommer tous les objets qui font du bruit ?"*

6. Différences. Le sujet doit indiquer ce qui constitue la différence entre deux objets. Par exemple on demande: *"Pouvez-vous énumérer les différences qui existent entre une voiture et un arbre ?"*

7. Similitudes. Le sujet doit indiquer en quoi deux objets se ressemblent. On demande, par exemple: *"En quoi est-ce qu'une voiture et un train se ressemblent ?"*

8. Ordre des mots. Le sujet doit construire des phrases contenant des mots spécifiés. On demande par exemple: *"Faites des phrases contenant les mots 'chien', 'courir', et 'chats'."*

9. Facilité de l'expression orale. Le sujet doit prononcer un mot qui contient une lettre spécifiée. On demande par exemple: *"Quels mots contiennent la lettre /t/ ?"*

10. Possibilités. Le sujet doit nommer des objets qu'on peut utiliser pour accomplir une certaine tâche. On demande par exemple: *"Qu'est-ce qu'il faut pour écrire une missive ?"*

11. Réponse prompte. Le sujet doit prononcer le premier mot qui lui vient à l'esprit en réponse à un mot qu'on prononce pour lui à haute voix. On demande, par exemple: *"A quoi pensez-vous quand vous entendez le mot 'richesse' ?"*

12. Facilité de l'association. Le sujet doit prononcer des synonymes d'un mot donné. On demande par exemple: *"Quels mots ont la même signification que 'beau' ?"*

13. Opinions personnelles. Le sujet doit exprimer son opinion personnelle sur un sujet spécifique. On demande par exemple: *"Comment peut-on améliorer la vie familiale moderne ?"*

14. Faire des projets. Le sujet doit développer une stratégie pour réaliser un certain projet. On demande par exemple: *"Vous allez organiser une réunion de votre famille à l'occasion de l'anniversaire de votre femme. Qu'est-ce que vous allez préparer ?"*

15. Demander et deviner. Le sujet doit imaginer des questions qu'on pourrait poser sur une image et sur les conséquences possibles de l'action représentée par l'image. On présente, par exemple, un accident de voiture et demande au malade de jouer le rôle d'un agent de police qui fait une enquête sur cet accident.

16. Imaginer des critères. Le sujet doit indiquer les critères qu'on peut utiliser pour juger un événement ou un objet. On demande, par exemple: *"Quelles sont les raisons pour lesquelles on boit du vin ?"*

17. Questions. Le sujet doit poser des questions par rapport à un mot donné. On demande, par exemple: *"Quelles questions pouvez-vous poser par rapport au mot 'hôpital' ?"*

En plus de ces tâches on peut en utiliser d'autres, un peu plus difficiles à accomplir, qui peuvent s'avérer appropriées pour les malades souffrant de troubles du langage moins sévères. En voici quelques exemples :

a) Tâches d'imagination. Le sujet doit compléter une histoire inachevée ou inventer une histoire sur un sujet spécifique. Aussi peut-on demander au malade d'énumérer tous les mots auxquels il peut penser et qui ont un certain rapport à un sujet spécifié, par exemple *"Les dangers d'une guerre nucléaire"*.

b) Tâches d'identification. Le sujet doit identifier tous les traits caractéristiques d'un objet ; par exemple, ceux d'une chemise (manchettes, manches, col, boutons, etc.). Après avoir identifié les traits caractéristiques d'un objet, le

malade doit suggérer des modifications possibles de cet objet. On demande par exemple : "Comment pourrait-on changer les boutons?".

c) Tâches de présentation de points de vue multiples. Le sujet doit suggérer plusieurs points de vue sur des déclarations telles que "l'été est plus agréable que l'hiver", "La vie rurale a plus d'avantages que la vie urbaine", "l'eau minérale est préférable au vin".

d) Tâches d'élaboration. Le sujet doit décrire les pas divers qu'il faut faire pour réaliser un projet comme par exemple changer un pneu, mettre un film dans la caméra, utiliser le téléphone dans une cabine téléphonique.

De telles tâches peuvent être utilisées pour encourager la réflexion divergente du malade. Pourtant elles n'empêchent pas le rééducateur d'utiliser aussi des tâches convergentes. En effet, les tâches convergentes peuvent compléter d'une façon efficace celles qui stimulent la réflexion divergente. Par exemple, on peut commencer la séance par un exercice divergent et demander au malade d'énumérer toutes les choses qu'on trouve dans un bureau. Après avoir provoqué quelques réponses on utilise une stratégie convergente et demande d'une façon plus précise : "Et qu'est-ce qu'on utilise pour retenir plusieurs feuillets?" ("Trombone" ou "petite agrafe de fil de fer repliée en deux boucles"). Les stratégies convergentes qu'on peut employer à la suite ou en connexion avec des tâches divergentes sont multiples et peuvent inclure les suivantes : dénomination, désignation, épellation, lecture à haute voix, catégoriser des réponses selon leur similitude et selon leur différence, créer des phrases avec un mot donné, etc...

Pour évaluer le progrès du malade on enregistre le nombre et la variété de ses réponses. Ainsi sera-t-on à même d'observer si le malade est capable d'améliorer sa compétence en enrichissant son vocabulaire et en élargissant son champ d'imagination.

Pour le travail pratique dans lequel on essaie d'utiliser les tâches divergentes, en combinaison avec les tâches convergentes, le plan suivant peut s'avérer bénéfique :

But	Tâche	Avis	Evaluation
Général : stimuler la communication des idées.	Tâche divergente :	Après deux ou trois minutes résumer les réponses données et demander : "Quoi de plus?"	1. a. Enumérer les réponses : _____ _____ _____
Spécifique : stimuler l'expression orale par le sujet "vacances"	1. Les vacances approchent. A quoi pensez-vous quand vous entendez le mot "vacances" ?		Total de la facilité de l'expression : _____
	2. Comment pourriez-vous trouver un endroit où vous aimeriez passer vos vacances ?		1. b. Les catégories produites : _____ _____
	3. Qu'est-ce que vous voudriez faire pendant les vacances ?		Total de la flexibilité : _____
	4. Quels vêtements emporteriez-vous ?		
	Tâche convergente (pour stimuler le recouvrement des mots pas encore produits) :	Fournir la première lettre. Fournir des associations sémantiques.	2. Justesse de la réponse. Correcte _____ Incorrecte _____ Correcte _____ Incorrecte _____
	1. Dénomination sur confrontation.		
	2. Dénomination sur définition.		

Pour les tâches convergentes qu'on utilise à la suite des exercices divergents, plusieurs avis peuvent être donnés au malade pour faciliter la solution. Par exemple, dans la dénomination par confrontation on peut montrer l'image d'un nageur pour provoquer le mot "nager" ou l'expression "faire de la natation" (en réponse à la question "Qu'est-ce que vous voudriez faire pendant les vacances"?). Dans la dénomination par définition on peut demander "Comment s'appelle l'objet façonné sur lequel on appuie la main en marchant"? (canne).

Comme on le voit dans le plan ci-dessus, une évaluation est possible non seulement pour les tâches convergentes mais aussi pour les tâches divergentes. Dans celles-là on indique si les réponses sont correctes ou incorrectes, dans celles-ci on énumère les réponses et on les juge selon leur nombre (facilité de l'expression) et selon leur distribution par catégories (flexibilité). En évaluant les réponses de cette façon, on peut voir facilement si et dans quel domaine le malade fait des progrès et où il paraît être dans un état de stagnation ou de régression.

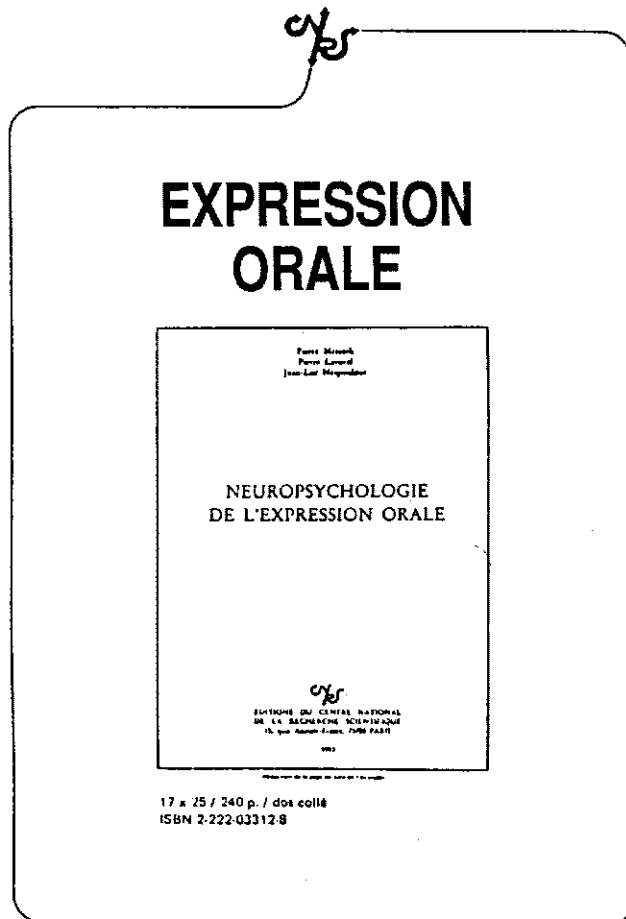
Conclusion

L'approche dite divergente stimule le développement d'une réflexion particulière, réflexion qui est indispensable surtout dans la communication spontanée de la vie quotidienne. C'est sur la capacité du malade de créer un certain nombre et une certaine diversité d'idées en réponse à un seul stimulus que se concentre le travail thérapeutique. Les tests auxquels on soumet le malade au cours de la rééducation n'exigent pas une seule réponse (qui sera jugée comme correcte ou incorrecte) mais lui permettent de fournir plusieurs réponses qui toutes peuvent être correctes. Ainsi, la thérapie divergente évite-t-elle, plus que la thérapie convergente, les échecs qui peuvent — comme chaque rééducateur le sait — avoir des conséquences désastreuses pour le malade. Ce sont donc des avantages non seulement sur le plan linguistique mais aussi sur le plan psychologique qu'on obtient par l'approche divergente. Encourager la créativité et l'imagination du malade, provoquer son intérêt à des questions diverses tout en lui ôtant la peur d'échouer, voici en un mot la devise de l'approche divergente.

Bibliographie

- AKHURST B. *Assessing Intellectual Abilities*. New-York. Barnes & Noble. 1970. Cité d'après Chapey R. (1981, p. 166).
- AURELIA J. *Aphasia Therapy Manual*. Danville, Ill., Interstate. 1974. Cité d'après Chapey R. (1981, p. 166).
- CHAPEY Roberta (ed.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1981.
- CHAPEY Roberta. Divergent semantic intervention. In Chapey R. (ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1981, pp. 155-167.
- DARLEY Frederic. Efficacy of language rehabilitation in aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 37, 3-21, 1972.
- DISIMONI Frank. Therapies which utilize alternative or augmentative communication systems. In Chapey R. (ed.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore. Williams & Wilkins, 1981, pp. 329-346.
- DUFFY Joseph. Schuell's stimulation approach to rehabilitation. In Chapey R. (ed.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore. Williams & Wilkins, 1981, pp. 105-139.
- DURIEU Colette. *La rééducation des aphasiques*. Bruxelles. Dessart. 1969.
- GUILFORD J.P. *The Nature of Human Intelligence*. New-York. McGraw-Hill. 1967.
- KEENAN J. *A Procedure Manual in Speech Pathology with Brain-Damaged Adults*. Danville Ill., Interstate. 1975. Cité d'après Chapey R. (1981, p. 166).

- SARNO Martha., SILVERMAN M., and SANDS E. Speech therapy and language recovery in severe aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*. 13, 607-623. 1970.
- SCHUELL Hildred ; JENKINS James and JIMENEZ-PABON Edward. *Aphasia in Adults*. New-York. Harper and Row. 1964.
- TORRANCE E.P. *Torrance Tests of Creative Thinking*. Princeton N.J., Personnel press, Inc. 1966. Cité d'après Chapey R. (1981, p. 167).
- VIGNOLO Luigi. Evolution of aphasia and language rehabilitation : A retrospective exploratory study. *Cortex*, 1, 344-367, 1964.
- WEPMAN Joseph. *Recovery from Aphasia*. New-York. Ronald Press Company. 1951.



En vente chez votre libraire habituel

Editions du CNRS 
 15, quai Anatole France - 75700 Paris - FRANCE
 publicité - ventes - librairie / 295 rue St-Jacques - 75005 Paris - Tel. 326.56.11