

Principes de la prise en charge orthophonique des troubles du langage d'origine dégénérative



Danièle Perrier-Palisson
Orthophoniste
CMRR-Centre Tours



CIFGG - Nice, le 20 octobre 2010

Introduction

- ▶ Troubles du langage = fréquents chez le sujet âgé
- ▶ Aphasies vasculaires = bien répertoriées
 - ▶ intérêt d'une rééducation précoce & intensive
- ▶ Prise en charge des pathologies du langage d'origine neurodégénérative = récente
- ▶ Peu de travaux publiés confortent l'intérêt d'une prise en charge



Introduction

- ▶ Cette prise en charge concerne :
 - ▶ la maladie d'Alzheimer (MA)
 - ▶ l'Aphasie Primaire Progressive (APP)
 - ▶ la Démence Sémantique (DS)

- ▶ Elle est toutefois limitée par :
 - ▶ les troubles cognitifs associés aux tr. du langage (mémoire, fonctions exécutives...)

 - ▶ *troubles sensoriels (vue ou audition)*
 - ▶ *fatigabilité & motivation du patient.*



Tr. dégénératifs du langage & Aphasie

- ▶ La sémiologie des aphasies vasculaires permet difficilement de rendre compte des troubles
 - ▶ APP non fluente ≠ A de Broca
 - ▶ APP fluente ≠ A de Wernicke
- ▶ Le concept de rééducation est « inadapté »
 - ▶ habiletés linguistiques instables
 - ▶ ne peut avoir pour projet la récupération des troubles



Langage = communication

- ▶ Permet de ne pas réduire le langage à ses seules composantes (phonologie, lexique, syntaxe...).
- ▶ Implique de s'intéresser aux capacités discursives & pragmatiques
- ▶ Oriente la prise en charge vers l'adaptation
 - ▶ des comportements de communication
 - ▶ des habiletés discursives



Les troubles du langage dans la MA

- ▶ Description princeps d'Alzheimer (1907) :
 - ▶ la patiente (AD) utilisait des phrases « étonnantes » et produisait des « paraphrasies » (in Joanette et al, 2006).
- ▶ Tr. du langage parfois précoces & contemporains des tr. de mémoire ou du comportement.



Les troubles du langage dans la MA

- ▶ Aux stades légers à modérés -> tr. hétérogènes (≠ des aphasies) concernant :
 - ▶ plus l'expression que la compréhension
 - ▶ le niveau lexico-sémantique (*manque du mot*)
 - ▶ le niveau pragmatique (l'intention du discours par rapport au contexte)
- ▶ *Dégradation plus tardive de la phonologie & de la morpho-syntaxe*



Diversité des approches

- ▶ Groupes de parole



- ▶ Thérapie de réminiscence (Spector et al., 2002)
- ▶ Thérapie de validation (Neal & Briggs, 2002)
- ▶ *Stimulation cognitive (de Retrou, 2003)*



Prise en charge orthophonique dans la MA

- ▶ Évaluer précisément le profil langagier
 - ▶ cerner les difficultés & les capacités résiduelles
- ▶ Optimiser les capacités résiduelles => ajuster les stratégies à la dégradation du langage (ré-évaluations)
(de la définition de mot.....au cahier de communication)
- ▶ But = ajuster le comportement de communication
 - ▶ réguler les tours de parole & changements de thèmes
 - ▶ pour améliorer les échanges conversationnels



Prise en charge orthophonique dans la MA

- ▶ Thérapie écosystémique (Rousseau, 2002)
 - ▶ Analyse pragmatique (qualitative /quantitative) des actes verbaux & non-verbaux
- ▶ grâce à une grille d'analyse à visée thérapeutique pour
 - ▶ déterminer les actes de langage adéquats/inadéquats
 - ▶ repérer les thèmes & les situations à l'origine d'échanges corrects & incorrects
- ▶ Intervention auprès:
 - ▶ du patient (stimulation des capacités résiduelles)
 - ▶ de l'entourage (adaptation aux difficultés en modifiant leur comportement)



Principes de bases de la prise en charge

- ▶ Agir en fonction de la réalité du patient MA
 - ▶ en personnalisant la prise en charge
- ▶ Limiter les sources de frustration
 - ▶ en expliquant au patient ses difficultés
 - ▶ en aidant les proches à comprendre pour mieux s'adapter & supporter (famille, personnel soignant)
- ▶ **Avec pour objectifs :**
 - ▶ le maintien d'une meilleure autonomie
 - ▶ la diminution des tr. du comportement liés à l'incapacité de communiquer



Prise en charge orthophonique dans l'APP

- ▶ Aphasie Progressive Primaire (Mesulam, 1982)
 - ▶ *Fluente, Non-fluente & Logopénique*
 - ▶ **conscience aigüe de tr. du langage + motivation**
=> prise en charge incontournable (pas de traitement médicamenteux)
 - ▶ préservation de l'autonomie & de la mémoire => permet une thérapie centrée sur une composante spécifique.
- ▶ Prise en charge en fonction du moment du diagnostic:
 - ▶ **précoce** = entraînement ciblé des capacités déficitaires
 - ▶ **tardif** = mise en place de stratégies s'adaptant à l'évolution des tr. du langage.



Entraînements ciblés dans l'APP

- ▶ Thérapies concernant le manque du mot
 - ▶ Alternance d'une thérapie sémantique & phonologique
1 patient APPF (Lambert, 1999).
 - ▶ Sémantique : Quel est l'objet qui sert à mettre du ciment ?
Choix parmi 4 images : Truelle/bêche/sécateur/râteau ?
Mot correspondant prononcé par l'examineur
Représentations imagées de l'item dans ≠ contextes
Comparaison truelle/pelle (similitudes & différences)
 - ▶ Phonologique : LHV mot écrit + image
Répétition du mot (sans image) : 5 fois consécutives
puis différée (20 sec.)
Dénomination après une tâche interférente (30 sec.)



Entraînements ciblés dans l'APP

- ▶ Thérapies concernant le manque du mot
 - ▶ programme informatisé
« clef orthographique »

2 patients APPNF
(Jokel et al., 2006).



P_____



Entraînements ciblés dans l'APP

- ▶ Thérapies concernant d'autres domaines
 - ▶ Production de temps verbaux (passé / présent / futur) grâce à une aide gestuelle
1 patiente APPNF (Schneider et al., 1995)
 - ▶ Amélioration de la production orale (répétition, lecture ou fluence) après entraînement de la conscience phonologique
3 patients APPNF (Louis et al., 2000)
- ▶ *Thérapies proposées qd les tr. du langage sont isolés*
- ▶ *Améliorations temporaires*



Valorisation des capacités résiduelles verbales & non verbales dans l'APP

- ▶ **PACE** (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness, Davis & Wilcox, 1978) :
 - ▶ communication verbale
 - + mimiques, gestes, dessin, chant.

- ▶ **Cahier de communication** :
 - ▶ outil de suppléance indispensable
 - ▶ à introduire le plus tôt possible



Principe de base de la prise en charge de l'APP

- ▶ Prise en charge se démarque de l'A. vasculaire
- ▶ Principe d'un entraînement proactif :
 - ▶ objectifs en décalage avec le temps réel
 - ▶ anticiper le déclin pour favoriser l'appropriation des stratégies
 - ▶ afin d'optimiser les possibilités de communication à chaque stade de l'évolution
- ▶ Avec pour conséquences
 - ▶ La nécessité d'accompagner le patient dans sa confrontation anticipée au déclin de ses capacités



Prise en charge orthophonique dans la DS

- ▶ Relative préservation de la « mémoire au jour le jour » au début de la maladie permet :
 - ▶ d'envisager le ré-apprentissage de concepts perdus malgré la dégradation des connaissances sémantiques (de Partz, 2003; Jokel et al., 2006)
 - ▶ stratégies ayant pour objectif de freiner la détérioration lexico-sémantique
- ▶ Facteurs favorisant le ré-apprentissage des items travaillés (Bier et al., 2009)
 - ▶ la persistance de connaissances résiduelles
 - ▶ la présence de souvenirs épisodiques



Prise en charge orthophonique dans la DS

- ▶ Les tâches en rééducation sont proches de celles utilisées pour l'évaluation :
 - ▶ Désignation d'images à partir d'un mot entendu ou écrit.
 - ▶ Classement de mots ou d'images :
 - ▶ par catégories
 - ▶ en fonction de leurs propriétés conceptuelles

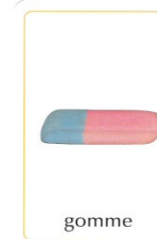


Prise en charge orthophonique dans la DS

- ▶ Appariement d'une définition orale/écrite avec une image
[montrez l'objet qui sert à effacer]



pinceau



gomme

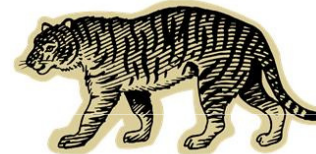
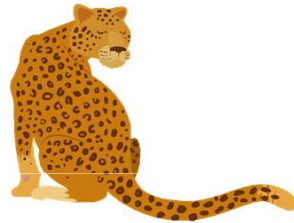


stylo plume



Quelques critères à respecter (Samson, 2001)

- ▶ Feed-back du rééducateur pour :
guider le patient / prévenir ou corriger les erreurs
- ▶ Proximité sémantique des distracteurs utilisés



- ▶ Choix des attributs travaillés en fonction des items :

- ▶ attributs visuels pour les catégories biologiques



- ▶ attributs fonctionnels pour les catégories manufacturées.



Quelques critères à respecter (Samson, 2001)

- ▶ **Items travaillés :**
 - ▶ nombre restreint
 - ▶ en lien avec le quotidien (égocentrisme cognitif)
- ▶ **Intensivité thérapie & répétitivité des tâches pour renforcer les liens entre**
 - ▶ l'item travaillé & ses propriétés conceptuelles.
- ▶ *Contre indications :*
 - ▶ *déficit de reconnaissance visuelle*
 - ▶ *troubles mnésiques*
 - ▶ *manque de motivation du patient*



Résultats attendus

- ▶ Effets bénéfique d'une thérapie :
 - ▶ % de réponses correctes
 - ▶ autres indicateurs de réussite = type d'erreur produit
[Canard = bête (pré-thérapie) puis oiseau (en post-thérapie)]
- ▶ Durée du bénéfice de la thérapie = variable & limitée
- ▶ Une thérapie sémantique a pour objectif 1^{er}
 - ▶ accessibilité + production d'un stock restreint de mots
 - ▶ en fonction des centres d'intérêt & des difficultés au quotidien.
 - ▶ *Transfert des acquis aux items non travaillés est rare*



Conclusion

- ▶ Le principe d'une rééducation du langage
 - ▶ ne peut être remis en cause du fait de l'étiologie
- ▶ Les techniques se démarquent de l'A vasculaires.
- ▶ Quelle que soit la sémiologie des troubles
 - ▶ déficit linguistique progressif -> ré-évaluation régulière -> pour adapter la prise en charge au déclin
- ▶ La durée de la prise en charge soumise
 - ▶ au contrat thérapeutique initial (patient / aidant principal)
 - ▶ pour pouvoir interrompre les séances quand elles ne sont plus bénéfiques.

