

**MINISTERE D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOHAMED LARBI BEN M'HIDI
OUM EL BOUAGHI**

Faculté des sciences sociales et humaines

Département des sciences sociales

Spécialité d'orthophonie

Polycopie des cours

Rééducation neuropsychologique du langage

Master 1 pathologie du langage et communication

Présenter par :

Dr. HASSANI .I

2020/2021

La **neuropsychologie du langage** est l'étude du langage en lien avec l'étude et le fonctionnement du cerveau. Il y a donc un premier aspect qui consiste à essayer de comprendre le langage à l'aide de la structure cérébrale. Les neuropsychologues du langage proposent des modèles du fonctionnement normal. Un deuxième pan concerne les troubles liés à la fonction du langage lorsque le patient a subi une lésion cérébrale. Cette partie comprend le diagnostic et les prises en charge des pathologies du langage.

Les approches de réhabilitation neuropsychologique:

Les stratégies de traitement en rééducation neuropsychologique sont très variées et comprennent: des **stratégies environnementales** (telles que détaillées pour la gestion du comportement au stade aigu de la rééducation); **restitution, substitution ou compensation techniques**; l'utilisation de techniques d'apprentissage telles que **l'apprentissage sans erreur** et **l'apprentissage procédural**; **gérer les réactions émotionnelles**; et **interventions psychologiques**

Mateer (2005) a décrit plusieurs principes de pratique générale pour la réadaptation cognitive :

1. Les interventions cognitives doivent être adaptées à l'individu.
2. Les interventions cognitives sont le plus efficacement considérées comme une collaboration entre le client, sa famille ou ses soignants et le thérapeute.
3. L'intervention cognitive doit être centrée sur un ensemble mutuel et fonctionnel objectifs pertinents.
4. L'évaluation de l'efficacité et des résultats doit intégrer et saisir les changements des capacités fonctionnelles.
5. Les interventions cognitives les plus réussies sont éclectiques et impliquent de multiples approches.
6. Les interventions doivent aborder les composantes affectives et émotionnelles perte ou inefficacité cognitive.
7. Les interventions devraient être auto-évaluatives.

Différentes stratégies reçoivent une importance différente selon l'approche rééducation neuropsychologique. Nous allons donner un aperçu des quatre principaux approches: **méthodes cognitives; méthodes comportementales; la méthode holistique; et méthodes neuropsychologiques cognitives** plus récentes.

Les méthodes de rééducation cognitive et comportementale s'appuient sur une gamme de modèles cognitifs, comportementaux et neurosciences pour optimiser le niveau d'un individu de fonction

Robertson (1999) se concentre sur les processus cognitifs et a décrit la réadaptation comme «**l'utilisation systématique de l'instruction et de l'expérience structurée pour manipuler le fonctionnement des systèmes cognitifs. . . pour améliorer la qualité ou quantité de traitement cognitif dans un domaine particulier. . . un spécialisé composante d'une neuroréhabilitation plus générale, dont le but est maximisation de l'indépendance fonctionnelle et ajustement du soutien-gorge endommagé individuel**». La thérapie se concentrera sur **l'amélioration de l'attention, de la perception capacités, organisation de la pensée et tâches de traitement cognitif de haut niveau telles que résolution de problème**. Une application est la remédiation cognitive, par ex. informatisé programmes pour restaurer une fonction cognitive. Cela implique de compléter une série de exercices de façon répétitive

La rééducation comportementale se concentre sur un large éventail de méthodes, la plupart en particulier les modèles comportementaux (Wilson et al, 2003). Wilson soutient que des approches comportementales sont nécessaires dans un contexte de rééducation après une lésion cérébrale car une structure est prévue pour le changement de comportement permettant une évaluation, traitement et évaluation des méthodes. Pour améliorer l'attention, les distractions l'environnement doit être minimisé. Un autre exemple de méthode pour améliorer l'attention serait la suivante: si un patient ignore un côté de son bouche, une sucette pourrait être utilisée pour l'encourager à déplacer sa langue vers le zone ignorée. Il est important d'intégrer des éléments familiers et personnellement significatifs dans les tâches de thérapie, en particulier lors des séances initiales

La rééducation de l'aphasie :

L'aphasie est un trouble du langage dû à des lésions cérébrales qui entraînent une altération de la compréhension et / ou la formulation du langage et peuvent affecter les modalités orales et écrites. La principale cause de l'aphasie est un accident vasculaire cérébral dû à une hémorragie ou à un blocage du flux sanguin vers le cerveau. Les accidents vasculaires cérébraux sont également appelés accidents cérébrovasculaires (AVC). Les autres étiologies comprennent les tumeurs, les traumatismes crâniens et certains processus pathologiques, tels que l'encéphalite. Les données de prévalence actuelles indiquent que 24% à 50% des victimes d'AVC aux États-Unis présentent une aphasie (médiane = 34%). Extrapolée, l'aphasie affecte maintenant 2 à 2,5 personnes; près de 800 000 personnes aux États-Unis ont un accident vasculaire cérébral chaque année.

Classification des syndromes d'aphasie:

Historiquement, énormes efforts ont été consacrés à la classification des types et syndromes d'aphasies. Ces travaux ont abouti au développement de plusieurs approches différentes de classification, y compris les taxonomies des lésions (e.g., Goodglass, Kaplan, & Barresi, 2001; Kertesz, 1979), paradigmes de structure linguistique (Jakobson, 1964) et systèmes orientés modalité qui symptomatiques comportementaux de troubles du langage (par exemple, Schuell, Jenkins et Jimenez-Pabon, 1964).

Du point de vue du traitement, nous trouvons cliniquement utile d'adopter l'approche de classification du groupe de Boston (Goodglass et al., 2001; Ramer & Rothi, 2017), qui comprend deux catégories principales d'aphasie: non fluente et fluente

Le profil des aphasies non fluentes est celui d'un rendement médiocre avec une compréhension relativement épargnée. Il se caractérise généralement par un vocabulaire réduit; agrammatisme; et troubles de l'articulation, taux et prosodie (rythme, stress et intonation), résultant en une production laborieuse et production avec effort .

Les aphasies fluentes consistent en une altération de la compréhension du langage avec maintien de contour de la parole mélodique normale. Les

principales caractéristiques sont les difficultés de recherche de mots, les paraphasies (phonémique et sémantique), néologismes, persévérance et maintien d'un discours mélodique normal contour

Les terminologie utilisés dans la description d'aphasies sont cités dans le tableau suivant :

Terme	Définition
Agrammatisme	Déficit syntaxique caractérisé par l'omission de mots fonctionnels et inflexions grammaticales. Les aspects sémantiques du langage restent intacts. L'out put de parole se compose principalement de mots de contenu. Exemple: à la question pour décrire une photo d'un pique-nique avec quelqu'un qui dort dans un hamac, le client répond: «La nourriture. . . lit d'homme. . . il dort.»
Problèmes de récupération de mots	Difficulté à accéder à un mot dans le lexique mental. La difficulté sévère dénomination est appelée anomie. Exemple: lorsqu'on lui a demandé de nommer un hamac une photo, le client répond: «C'est pour dormir. . . sous les arbres. . . tu sais, avec une corde.
Paraphasie	Erreurs dans la production de parole caractérisées par la production de sons, syllabes ou mots involontaires. Les deux types principaux sont phonémiques et sémantiques. Les paraphasies phonémiques (également appelées paraphasies littérales) consistent en sons et syllabes étrangers ou transposés ou substitution correcte de l'un d'eux phonème articulé pour un autre. Exemple: lorsqu'on vous demande de nommer un hamac dans une image, le client peut répondre avec l'une des réponses suivantes: «Hammerock», «hackamm», «pammock», respectivement. Paraphasies sémantiques impliquent une substitution involontaire d'un mot par un autre, généralement dans le même catégorie sémantique. Exemple: Lorsqu'on lui a demandé de nommer un hamac, le le client répond: «C'est un lit».
Neologisme	Mot inventé qui n'a pas de véritable sens mais adhère à les règles phonologie d'une langue donnée. Ces erreurs ont tendance à se produire principalement avec les noms et des verbes plutôt que des mots de fonction. Exemple: lorsqu'on vous demande de nommer un hamac sur une photo, le client répond: "C'est un coup."
La persévérance	Poursuite inappropriée d'une réponse après la présentation d'un nouveau stimulus. Exemple: après avoir nommé avec succès un

	hamac dans une image, le le client continue de répondre «hamac» lorsqu'il lui montre les trois images suivantes d'une chaise, d'une clé et d'un gant
--	--

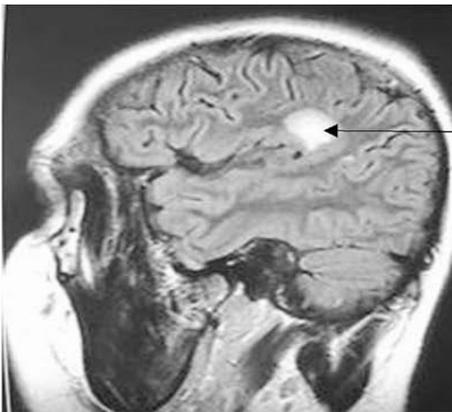
Tableau des types d'aphasies et leurs caractéristiques :

Syndrome type	Caractéristiques
APHASIES NON FLUENTES	
Broca	Agrammatisme; articulation avec effort d'énoncés de longueur de phrase; altération de la prosodie et de l'intonation; apraxie concomitante de la parole; bonne compréhension; lésion dans le lobe frontal postérieur inférieur, ainsi que central et inférieur régions pariétales
Transcorticale motrice	Peu ou pas d'initiation à la parole spontanée; output similaire à celle de Broca mais excellente imitation (même de longs énoncés); compréhension relativement intacte; lésion du cortex médio-frontal, impliquant la zone motrice supplémentaire
Globale	graves déficits dans tous les domaines de la compréhension et de la production du langage; production peut être limité à des énoncés stéréotypés ; lésion englobe à la fois pré- et zones de parole postrolandiques
APHASIES FLUENTES	
Wernicke	Discours courant mais souvent dénué de sens (jargon); troubles de la compréhension; l'articulation est bien , intonation et prosodie sont préservées ; lésion dans la partie postérieure du premier gyrus temporal de l'hémisphère gauche
Conduction	Discours relativement fluide; paraphasies phonémiques fréquentes; difficulté marquée avec imitation; bonne compréhension de la langue; lésion du fasciculus arqué, gyrus supramarginal profond ou gyrus temporal supérieur
Anomique	Difficultés importantes à trouver des mots en présence de discours grammatical; bonne compréhension; lésion dans la région du gyrus angulaire

L'imagerie cérébrale permet de déterminer la localisation de lésion cérébrale, les images ci-dessous sont des exemplaires de l'imagerie neuro-imagerie cérébrale :



Scanner cérébral sans injection : Lésion hypodense dans le territoire sylvien superficiel gauche Cliniquement : aphasie de type Broca



IRM coupe sagittale, séquence FLAIR : Hyperintensité dans la région de Broca évoquant une plaque de démyélinisation dans une SEP Cliniquement : aphasie de Broca

(a)



IRM coupe transverse, séquence FLAIR
Même lésion dans la région frontale

(b)

Examen du langage et de la communication : le bilan orthophonique en aphasiologie

L'examen du langage standardisé s'organise désormais autour de trois axes fondamentaux qui correspondent à trois types d'outils différents ciblant des objectifs complémentaires :

- une investigation préliminaire au moyen de tests généraux (batteries d'examens standardisés) pour identifier les capacités résiduelles et pour dépister les troubles et établir un profil aphasiologique
- une analyse complémentaire du ou des mécanismes des symptômes en référence aux modèles de la neuropsychologie cognitive
- une prise en compte de la dimension fonctionnelle du langage par des évaluations à caractère écologique et des échelles de la qualité de vie mesurant les capacités de communication des patients

Les objectifs de l'évaluation aphasiologique peuvent être multiples :

- aide au diagnostic par dépistage des syndromes aphasiques pour en définir la sémiologie et le type clinique ;
- définition du programme thérapeutique en mettant en évidence les mécanismes perturbés et les capacités résiduelles susceptibles d'être exploitées pour orienter la rééducation ;
- suivi des patients : permet d'apprécier le niveau de performance et la gravité des troubles au stade initial et en cours d'évolution ;
- mesurer l'efficacité d'un traitement (programme ou technique de rééducation) ; expertise légale ;
- outil de mesure en recherche clinique
- outil de mesure en recherche clinique ;
- aide pour l'orientation et l'indication thérapeutique : permet de décider de la nécessité de mettre en place une rééducation ;
- information au patient, à la famille et au personnel soignant à domicile

Anamnèse:

Quelque soit le contexte et le moment de l'intervention, un certain nombre de données concernant le patient doivent être préalablement connues afin d'en contrôler les effets sur les performances linguistiques proprement dites et de mener à une interprétation plus fiable des données. Ces facteurs influencent la sévérité et le pronostic de l'aphasie. L'anamnèse contient les informations suivants :

Données générales :

- *L'âge de survenue des troubles*
- *Le sexe : selon Cappa et Vignolo (1998) une meilleure évolution enregistrée chez les femmes s'expliquerait par une représentation du langage plus bilatérale*

- *La latéralisation manuelle*
- *niveau de scolarisation*

Pathologie en cause

Avant l'évaluation du tableau aphasiologique clinique, le thérapeute devra disposer des données concernant la nature de l'étiologie (vasculaire, traumatique, infectieuse, tumorale et/ou dégénérative) et connaître précisément les caractéristiques de la ou des lésions (taille, localisation).

Troubles associés

Les troubles associés à l'aphasie englobent d'une part les déficits moteurs, cognitifs et sensoriels liés à l'accident actuel et d'autre part les atteintes antérieures à l'accident (**acuité visuelle et auditive par exemple**) susceptibles d'interférer avec l'examen demandé, aussi le degré de vigilance, la fatigabilité, la coopération sont aussi contrôlés et compensés dans la mesure du possible, au cours de l'évaluation.

Facteurs psychoaffectifs

L'existence d'un terrain dépressif ou anxieux, ou l'existence de réactions dépressives post-traumatiques, influencent le pronostic de récupération et interfèrent avec les performances évaluées et les orientations rééducatives

Traitements médicamenteux

Au même titre que les traitements psychotropes il faut être renseigné sur la prise d'antiépileptique ou de tout autre traitement chronique susceptibles d'influencer les performances en évaluation et en rééducation.

Examen clinique dit de « première intention »

Cet examen est réalisé au stade initial de la maladie durant **l'hospitalisation**, le plus souvent au chevet du patient encore alité. • ce stade, le tableau clinique est soit **sévère**, soit en cours **d'évolution rapide** ce qui dans les deux cas ne permet pas l'administration de tests formels. L'évaluation d'une communication fonctionnelle est son principal objectif ainsi que **l'appréciation des forces et des faiblesses** du patient. Il permet d'établir **les premiers éléments diagnostics**, de **recueillir les informations qui guideront la sélection de futurs protocoles de tests**

L'examen clinique de première intention permet de récolter des informations fondamentales pour mener la première étape de réflexion

portant sur le diagnostic, le pronostic et la planification d'une démarche thérapeutique.

Matériel

Montre, clés, stylo, papier, pièces de monnaie, carte (identifiant hôpital), vêtements.

Epreuves principales

Analyse du discours

Prise de contact, questions autobiographiques

Se présenter

« Comment allez-vous ? »

« Que vous est-il arrivé ? » « Comment cela s'est-il passé ? »...

« Quelles difficultés avez-vous ? » « Qu'est-ce qui vous gêne le plus ? »

« êtes-vous marié ? », « Quelle est votre profession ? »...

Evaluation du langage automatique

Séries : comptage, jours de la semaine, mois de l'année...

Évaluation de la compréhension orale

« Redressez-vous »

« Fermez les yeux »

« Montrez-moi la porte »

« Montrez-moi le plafond »

« Montrez-moi la fenêtre et la porte »

Exécution de commandes avec les pièces de monnaie

« Où est la pièce de 50 centimes ? »

« Prenez un euro »

« Donnez-moi 6 euros »

Dénomination

Faire dénommer les objets réels et leurs parties :

Objet 1 « montre » : montre, aiguille, bracelet

Objet 2 « veste ou blouse de l'examineur » : veste ou blouse, poche, manche, col.

En fonction du degré de sévérité de l'atteinte : épreuve de fluence verbale.

Répétition

Les mots longs et complexes, de même que les phrases, ne seront administrés que si la répétition de mots courts est possible.

▪ Mots courts : « chaise », « café », « maison ».

▪ Phrases ou expressions complexes : « spectacle exceptionnel », « Je vais bien », « Mots longs et complexes : « bibliothèque », « réfrigérateur », « hippopotame ».

▪ Il tombe par terre ».

Si les troubles sont mineurs, ou si un avis est demandé pour mettre en évidence des troubles supposés totalement régressifs (AIT), on peut être amené à faire répéter des phrases encore plus complexes : « Certains fauteuils du conseil régional seront renouvelés lors des prochaines élections » (SAS).

Epreuves optionnelles

Évaluation rapide de la modalité écrite

Si la compréhension orale est très déficiente : appariement de mots écrits avec des objets réels.

Production écrite

Si sévère réduction de l'expression orale ou de la dénomination orale.

Praxies

Apraxie bucco-faciale : « Tirez la langue », « Soufflez », « Sifflez », etc.

Apraxie idéomotrice : les consignes sont dépendantes du niveau de compréhension orale et doivent donc souvent être réalisées sur imitation, par exemple : « Montrez-moi comment vous vous brossez les cheveux avec un peigne par exemple », ou « Comment on fait le geste pour faire de l'auto-stop ? »

Chant

« Je vais vous demander de chanter, c'est un peu particulier, mais je veux voir si c'est plus facile pour vous de parler en chantant. Je vais le faire moi aussi en même temps que vous. Vous êtes prêt ? » Chants possibles : *Au clair de la Lune, Joyeux anniversaire*. Si la mélodie facilite la production, l'aider à produire son prénom sur support mélodique afin que le patient réalise pleinement l'intérêt de l'utilisation du chant.

Compte rendu du bilan orthophonique

M./Mme/Mlle

Date du bilan

Anamnèse

Tableau clinique

étiologie, date de l'accident, lieu d'hospitalisation initial, site lésionnel.

Demande/indication

Médecin prescripteur, type d'indication (évaluation, prise en charge).

Résultats

TEXT MISSING

Modalité orale

Discours spontané : fluence, informativité, type et sévérité des déviations linguistiques, élaboration syntaxique. Caractéristiques des capacités expressives.

Compréhension : compréhension conversationnelle *versus* performances aux épreuves contraignantes.

Dénomination : manque du mot, déviations, etc.

Répétition : élément de diagnostic différentiel.

Fluence : capacités d'accès lexical.

Lecture à haute voix.

Langage élaboré : s'il a été possible de l'évaluer en fonction du degré de sévérité de l'atteinte.

Modalité écrite

Graphisme : atteinte mécanique et/ou atteinte des processus périphériques.

Copie.

Expression écrite.

Compréhension.

Dictée.

Dénomination.

Langage élaboré.

Épreuves complémentaires

évaluation cognitive.

Observations complémentaires

Si le comportement du patient au cours du test a influencé ses performances et est susceptible d'influencer la mise en place et le suivi de la rééducation.

SYNTHÈSE

Diagnostic, sévérité de l'atteinte et propositions d'orientation thérapeutique.

Selon le contexte et le moment où est effectué le test, l'examineur joindra à ses conclusions le compte rendu du travail de rééducation qu'il a été amené à effectuer pendant une période. Celui-ci devra exposer les résultats quantitatifs (efficacité thérapeutique) et qualitatifs du patient.

Lignes directives pour la programmation et la mise en œuvre de la thérapie:

- L'intervention peut commencer au niveau non verbal en établissant des réponses de pointage.
- Les tâches d'un seul mot qui ciblent la récupération de mot peuvent ensuite être introduites sous la forme de dénomination ou de confrontation. Dans la dénomination réactive, le clinicien fournit une description verbale, phrase pour obtenir une étiquette cible (par exemple, "L'objet que nous utilisons pour balayer le sol s'appelle un _____"). Une tâche de dénomination de confrontation est plus difficile car elle oblige le client à nommer un stimulus visuel (par exemple, une image ou un objet) sans aucun support contextuel.
- Les réponses de longueur de phrase peuvent ensuite être ciblées par des activités de complétion de phrase qui demandent au client de

remplir un mot ou une phrase qui complète avec précision une racine de phrase.

- Enfin, une formulation au niveau de la phrase peut être nécessaire, dans laquelle un client peut être demandé pour décrire des images ou la fonction d'objets ou répondre aux questions directes posées par le clinicien.

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées par le thérapeute pour déclencher la production verbale d'un mot spécifique et comprennent les éléments suivants:

- Séquences automatiques (par exemple, jours de la semaine)
- Associés verbaux jumelés (par exemple, du pain et du _____ [beurre])
- Achèvement de la phrase (par exemple, nous utilisons un balai pour balayer le _____ [étage])
 - Expressions idiomatiques (par exemple, Regardez avant de vous _____ [saut])
 - Mots alternatifs (par exemple, synonymes et antonymes)
 - Rimes (par exemple, ça ressemble à une chute)
 - Indices phonémiques (par exemple, son initial / syllabe du mot cible)
 - Écrire la lettre initiale, la syllabe ou le mot entier
 - Indices de catégorie subordonnée (par exemple, la pizza et les hot dogs sont des types de _____ [nourriture])
 - Traçage aérien (c'est-à-dire écrire un mot en l'air avec un doigt)
 - Signes gestuels ou pantomimes (par exemple, faire semblant de boire dans une tasse)
 - Attributs d'objet ou d'action (par exemple, poser des questions telles que "Lequel est précis?" Et "Lequel l'un est lent? environ deux images ou plus)

Rééducation de l'agrammatisme

Definitions :

- ❖ Les productions sont **inconstantes** , le patient est **conscient** de son trouble, tente de **s'autocorriger autocorriger** afin d'aboutir au modèle conventionnel
- ❖ Utilisation de « **stratagèmes facilitateurs** » càd la « **concaténation agrammatique** » , la phrase complexe sera

remplacée par plusieurs phrases simples juxtaposées ou emploi du discours direct pour indirect

- ❖ Trouble qui s'exprime aussi bien à l'oral qu'à l'écrit
- ❖ au niveau expression **agrammatisme expressif** qu'en réception **agrammatisme impressif**.
- ❖ souvent associé à une réduction du vocabulaire

Il y'a deux types de l'agrammatisme :

1. à « **prédominance morphologique** » caractérisé par l'omission des morphèmes grammaticaux
2. À « **prédominance syntaxique** » caractérisé par des suites assyntaxiques de mots et des omissions , dont le verbe

Les axes de rééducation :

1. Rétablissement de l'accès lexical et de la morphologie verbale

- **Matériel** composé de 8 verbes transitifs combinés avec des noms différents
- **But ?:** former des événements différents pour chaque verbe
- **Résultat:** Production isolée des verbes travaillés est améliorée , aucun progrès concernant utilisation des verbes

-Procédure (Mitchum et Berndt 1994)

- séquences de 3 dessins représentant une activité sur le point de se réaliser , en train de ou qui vient de se réaliser.*utilisation des verbes
- Le patient doit ordonner la séquence puis décrire chacun des dessins avec une phrase
- Expression spontanée enrichit , généralisation à d'autres verbes

2. Revalidation des déficits morpho-syntaxiques

- But :développer les habiletés structurales des patients
- Rééducation touche les deux versants
- Ré-apprentissage de mots isolés (noms ,verbes), phrase simple puis élaborée
- Ces exercices reçoivent le support d'illustrations visuelles et recours aux techniques de facilitation comme ébauche orale

3. Revalidation d'un déficit de la transposition

-Procédure« Qui fait quoi à qui où pourquoi ? (Jones 86)

- Compréhension de phrases écrites et analyse explicite des rôles thématiques des constituants (qui fait quoi ?à qui ?) de ces phrases et des fonctions de ces derniers (sujet , verbe)
- 8 étapes
- Le patient commence par lire et segmenter une phrase en constituants .Il doit identifier chacun des rôles

Rééducation des paraphasies

1- Rééducation de paraphasie phonémique :

Method de Cubelli, Foresti et Consolini (1988)

Le traitement se veut basé sur la modalité visuelle pour venir supporter les déficits en modalités verbales et/ou auditives responsables des paraphasies phonémiques. Il s'agit d'apprendre aux patients à **contrôler, corriger et à prévenir leurs erreurs phonologiques** en orientant leur attention sur celles-ci. Les exercices comprenaient des épreuves de jugement métalinguistique sur la structure phonologique ou syntaxique de mots ou de phrases ainsi que l'utilisation de stimuli visuels (ceux-ci permettant un affichage spatial et temporel plus long).

Le traitement a eu lieu 4 fois par semaine durant 45 minutes :

- La première partie correspond au choix d'un mot écrit parmi 2 distracteurs (un logatome légal et un mot avec ou sans relation sémantique créés à partir de la substitution d'un phonème ou d'une permutation entre syllabes) par rapport à une image.

- Le patient doit faire correspondre une scène avec une phrase écrite (distracteurs créés à partir d'une substitution de préposition ou une transformation morphologique).

- 3 papiers correspondants aux 3 syllabes du mot doivent être remis dans le bon ordre. Puis lorsque le patient réussit, des distracteurs syllabiques sont ajoutés.

- Le patient doit décider si chaque lettre présentée fait partie ou non du mot cible puis, doit recomposer le mot.

- Tâche d'anagramme où le patient doit former une phrase représentée sur l'image à l'aide de mots mélangés.

Méthode de Franklin, Buerk et Howard (2002):

La rééducation s'est déroulée en 2 phases suivant une progression dans la difficulté :

Phase 1 : la première phase comprend un travail de **sensibilisation auditive avec entraînement des capacités de discrimination de phonèmes** .

Le patient amené, dans un premier temps, à **désigner les mots longs et les mots courts perçus auditivement puis**, à faire correspondre un graphème à un phonème prononcé par l'expérimentateur.

Un travail sur **la segmentation** est ensuite effectué, le patient devant **désigner le premier son du mot** entendu puis, effectuer **un jugement de rimes** en donnant une réponse binaire (oui/non) afin de ne pas influencer la réponse.

Phase 2 :

Travail de **l'auto-surveillance avec production orale**. Cette phase est divisée **en trois étapes** avec un accroissement dans la complexité. Le but poursuivi par les auteurs est **d'amener le patient à passer d'un contrôle externe de sa production orale à un contrôle interne pour qu'il puisse se réguler seul**

○ Le patient doit effectuer un jugement phonologique en rapport avec une image devant lui. Lorsque le sujet retrouve un mot incorrect par rapport à l'image, celui-ci doit identifier l'emplacement de l'erreur et essayer de produire le bon mot. Cette sous-étape implique un contrôle totalement externe puisque l'erreur doit être détectée directement sur la production d'une tierce personne.

○ Le patient doit effectuer la **même épreuve** sur, cette fois-ci, ses **propres productions orales** . Il est ainsi amené à **dénommer l'image perçue et à juger si ce mot est correct ou non**. Dans ce dernier cas, la même progression est attendue (**trouver l'emplacement de l'erreur et tenter de la corriger**). Il s'agit ici d'une **surveillance indirecte** des productions puisque celle-ci ne s'effectue pas en temps réel

○ Dans un troisième temps, le patient est **amené à juger ses productions orales directement après les avoir produites**. Il s'agit

alors **d'une surveillance directe et interne**, suivant la même progression que dans les deux sous-étapes précédentes.

Rééducation de manque de mot

Les troubles de la dénomination d'images sont présents dans tous les tableaux d'aphasies, mais la typologie des erreurs diffère d'une aphasie à l'autre. Nous présenterons ici les troubles lexicaux et sémantiques en production orale selon le type d'aphasie.

Dans l'aphasie de Broca

Au départ, **l'expression se limite souvent à une stéréotypie**. **L'enrichissement** de l'expression orale se fait **progressivement**, avec **une récupération qui s'effectue en général d'abord sur les mots concrets ou d'usage fréquent**. On note par ailleurs des **troubles arthriques** constants, particulièrement marqués dans **l'expression spontanée propositionnelle**. Le **manque du mot** quant à lui est **constant et non spécifique**.

Au départ il est majeur et peut être pallié par l'ébauche orale. Il est plus ou moins important selon les épreuves proposées et se retrouve particulièrement dans les épreuves de dénomination d'images. On **retrouve alors de nombreuses paraphasies phonétiques et/ ou phonémiques**.

Le manque de mot dans l'aphasie de Wernicke

Les patients atteints d'une aphasie de Wernicke, appelée aussi aphasie fluente, présentent souvent un **jargon avec des thèmes de prédilection, des néologismes, des paraphasies verbales et une dyssyntaxie**.

Le manque du mot est particulier. Effectivement au départ il ne **transparaît souvent pas car le jargon le rend inexplorable**. Lorsqu'il devient explorable, on le retrouve particulièrement dans des épreuves de dénomination d'images. Il se manifeste par diverses transformations aphasiques aboutissant souvent à **des néologismes** ou des **circonlocutions**. **L'ébauche orale dans ce cas, n'est pas facilitatrice et**

favorise plutôt la production de néologismes. Enfin, le patient ne procède pas à la recherche du mot exact, et même lorsque le mot est erroné, il ne s'auto-corrige pas car il présente souvent une anosognosie.

Les stratégies de rééducation de manque de mot

Par ailleurs, selon Tran et Corbin (1998) , les aphasiques se servent des informations linguistiques préservées pour récupérer le mot cible. Tran et Corbin ont donc distingué trois types de stratégies dénominatives

- Les stratégies s'appuyant sur la forme phonologique et morphologique du mot cible
- Les stratégies s'appuyant sur le sens du mot cible et celles s'appuyant sur le contexte dans lequel apparaît le mot cible
- Les stratégies non verbales : onomatopées, mimiques, gestes, soupirs, etc.
- Enfin, si la stratégie dénominative échoue (si le mot cible est inatteignable), le patient recourt à la désignation.

Stratégie	Exemple
formelles phonologiques	> Les informations phonologiques ou graphémiques sont préservées « boire... un verre, non, c'est pas ça, ça commence par un b » pour bouteille « ça se termine par /taj/ » pour éventail
formelles morphologiques	> Structure de mot, flexions « un... un (soupir) » pour marteau « c'est deux mots » pour casse-noix « y a chambre dedans » pour robe de chambre
Stratégie sémantique	« alors heu pour le vélo, pour que ses mains se posent » pour guidon « un arrose fleurs quoi » pour arrosoir
contextuelle	« ah... alors ils s'en vont à la mer avec un, une... caravane » pour caravane « une amp, une amp, non faut pas mettre ses doigts dans une... pile » pour prise