

**Master 2 Pathologie du langage et de la communication.**

**Module : Rééducation neuropsychologique du langage.**

**Cours 1 : notion générale sur la rééducation.**

**Introduction :**

La notion de rééducation s'associe généralement à la notion de handicap, dans ce module nous aborderont les différentes méthodes de rééducation suite à un ou plusieurs dysfonctionnements du mécanisme cognitif et l'incapacité ou la réduction de la capacité à accomplir une activité ou une tâche spécifique liés aux mécanismes cognitifs; La rééducation neuropsychologique débute avec l'expansion des lésions cérébrales lors de la seconde guerre mondiale, en raison de l'effectif important de soldats victimes d'un traumatisme crânien au retour de cette guerre. Les programmes de rééducation ont commencé dans le domaine du langage et étaient tout d'abord construits pour pallier à ces difficultés cognitives. Les neurologues étaient les pionniers dans la rééducation neuropsychologie. Ils ont mis en avant la notion de plasticité cérébrale et expliqué que le cerveau, à force d'expérience, peut aboutir à des modifications structurales et fonctionnelles. La rééducation est alors apparue comme une solution à la restauration des troubles cognitifs résiduels.

Durant les deux premiers tiers du 20ème siècle, le langage fut la seule fonction cognitive concernée par la rééducation. Puis, progressivement, l'intérêt s'est porté sur les troubles mnésiques, exécutifs ou attentionnels. En trente ans, des progrès considérables ont été réalisés en rééducation, ces avancées seraient étroitement liées étroitement aux progrès des modèles théoriques avec l'approche cognitive, écologique ou comportementaliste. Les méthodologies se sont alors développées pour pouvoir s'adapter à chacune des populations étudiées. Ainsi, un certain nombre d'approches rééducatives ont vu le jour, répondant toutes à des objectifs bien différents.

**1- La variabilité de la terminologie:**

La rééducation cognitive est un domaine vaste et en pleine expansion, mais elle regorge de variabilité dans la terminologie utilisée. Ainsi, on peut voir apparaître les notions de réadaptation, remédiation, revalidation, réhabilitation, training, entraînement, thérapie ou même encore traitement.

Les **termes d'entraînement cognitif** : s'adresse à toute personne sans lésion cérébrale (par exemple les personnes âgées), désireuse d'améliorer leur fonctionnement cognitif.

**Rééducation cognitive** : vise l'amélioration des performances suite à une lésion cérébrale chez des patients avec pathologie (telle qu'une pathologie neuro-dégénérative). Lors de la rééducation on parlera d'évaluation pré-traitement et post-traitement pour se référer aux mesures prises avant et après la rééducation.

**Le training cognitif** : se définit comme l'entraînement par des exercices répétés, organisé en un système d'éducation et/ou d'instruction. Elle concerne simultanément la rééducation cognitive et l'entraînement.

**La thérapie ou le traitement** : termes utilisés surtout dans le domaine médical et concernent les suivis cognitifs avec ou sans médicament.

**La réhabilitation et la réadaptation** impliquent le lien social, dans ce cas, l'objectif de la prise en charge est la réinsertion sociale et/ou professionnelle ; La réadaptation implique un collectif social. Ainsi, il s'agirait de l'étape qui suivrait la phase d'intervention neuropsychologique.

**Le terme de remédiation cognitive** : terme plus générale, implique l'idée de médiation. Ainsi, la remédiation cognitive réfère à la stimulation des fonctions cognitives par le biais d'un support (informatisé ou autre).

Seron & Van der Linden (2000) choisissent le terme **revalidation** car il présente selon eux des connotations pédagogiques et correctives. Afin d'améliorer le fonctionnement cognitif d'un patient devenu déficitaire suite à une atteinte cérébrale, afin d'améliorer ses conditions générales de vie. A l'instar de la réhabilitation, la revalidation englobe les conséquences du déficit dans la vie quotidienne d'une personne mais aussi l'intervention neuropsychologique.

## **2- Les objectifs de la rééducation cognitive :**

L'amélioration du fonctionnement cognitif suite à une lésion cérébrale reste l'objectif premier de la rééducation, ce qui sous-entend l'amélioration des conditions générales d'existence du patient. Le thérapeute travaillera la régénération des déficits qui ont suivis l'accident. Une rééducation peut avoir plusieurs objectifs : la restauration de la fonction, la réorganisation de la fonction (on parle d'approche restauratrice) et l'aménagement de l'environnement (appelé aussi l'approche compensatrice).

LA rééducation directe du processus déficitaire à comme principe la restauration de la fonction déficitaire telle qu'elle était auparavant. Le but à la fin est que le patient soit en mesure de retrouver intégralement sa fonction cognitive. Ainsi, la restauration fonctionnelle permettrait aussi d'entraîner des processus sous-jacents, qui, à leur tour, pourraient améliorer d'autres fonctions cognitives d'un plus haut niveau.

Par contre, le postulat de la rééducation par réorganisation est que : un entraînement d'habiletés spécifiques permettra une réorganisation de la fonction grâce à la migration de cette fonction dans une aire cérébrale non endommagée. Au final, le patient utilisera la même tâche qu'un sujet sain mais en utilisant des processus distincts, il développerait une habileté spécifique reliée à des aires cérébrales préservées. La restauration et la réorganisation de la fonction sont donc basées sur les principes des mécanismes de récupération cérébrale.

Enfin, lorsque les deux premières approches rééducatives ne sont pas envisageables, ou n'ont pas fonctionné, l'objectif s'oriente vers l'aménagement ou la modification de l'environnement, grâce à la mise en place de stratégies palliatives ou supports. C'est la rééducation de dernier recours, utilisée lorsqu'on estime que le fonctionnement déficitaire ne peut être ni rétabli ni réorganisé. Il s'agit de mettre en place des moyens palliatifs ou d'aménager les conditions d'exercice de la fonction. Le principe de cette rééducation est de compenser le trouble avec des aides externes (prothèses mentales) ou en structurant l'environnement du patient. Elle est beaucoup utilisée pour rééduquer les troubles mnésiques (tels que les aide-mémoires (carnets, agenda)).

L'efficacité du moyen compensatoire dépendra de sa capacité à s'accommoder avec les difficultés du patient, il faut qu'il soit « taillé sur mesure » à partir des déficits spécifiques de chaque patient et sa maîtrise par les patients exigera le plus souvent la mise en place d'un programme d'apprentissage.

L'aménagement de l'environnement ne représente pas un entraînement cognitif au sens strict du terme, il s'agit plutôt d'un allègement des difficultés rencontrées suite aux déficits.

La différence essentielle entre l'approche orientée vers les processus (restauration) et celle centrée sur les habiletés (réorganisation) tient au fait que la première vise non seulement à améliorer une habileté mais également à restaurer le (ou les) processus cognitif(s) défectueux. Ainsi pour le rétablissement du processus, le transfert à d'autres situations est envisageable, alors que pour l'entraînement d'une habileté, les buts attendus se limitent à cette habileté.

Exemple :

**Dans l'approche restauratrice :** La rééducation directe des déficits attentionnels : le participant s'entraîne à effectuer des tâches variées mettant en jeu les processus attentionnels, (telle que l'activité de conduite automobile).

**Dans l'approche compensatrice :** Des stratégies et supports sont proposés : il s'agit de minimiser l'effet d'un déficit attentionnel grâce à une modification de l'environnement. Telles que enlevé les sources de distraction durant des tâches attentionnelles ou l'utilisation de lunettes à prisme (Un prisme est un verre dont les deux surfaces sont inclinées, l'une par rapport à l'autre.) pour la rééducation de la négligence spatiale unilatérale.

La différence neurologique entre les deux méthodes réside dans le fait que pour l'une on fait appel aux circuits neuronaux utilisés avant l'accident alors que

pour l'autre on utilise des nouveaux réseaux qui n'étaient pas dédiés à cette fonction au départ mais qui le deviennent avec l'entraînement.