

Les troubles du langage en SEP

Antonella NOTA
Orthophoniste au Centre National de la SEP à Melsbrock

Le dossier qui vous a été remis est un résumé du livre de Lethlean et Murdoch et de quelques articles publiés sur le sujet. Traditionnellement, il était admis que les troubles moteurs et sensitifs prédominaient en sclérose en plaques tandis que les troubles cognitifs étaient considérés comme rares ou apparaissaient tard dans la maladie. Cependant, des études récentes ont établi que la prévalence des troubles cognitifs étaient sous-estimée.

Traditionnellement, il était admis que les fonctions cognitives étaient une fonction du cortex cérébral. Cependant, il devient de plus en plus évident que le rôle joué par les voies de la substance blanche et les structures sous-corticales dans les fonctions cognitives ont été sous-estimées.

Dans la littérature, les avis des auteurs sur la question relative à l'existence de problèmes de langage sont partagés. Certains auteurs ont révélé la présence de troubles de langage survenant précocement dans le cours de la maladie, tandis que d'autres ont suggéré que les troubles du langage sont rares en SEP.

Leathlean et Murdoch ont démontré que lorsque des tests de langage suffisamment sensibles ont été utilisés, les patients de SEP peuvent révéler des problèmes de langage, particulièrement dans l'accomplissement des tâches qui requièrent la résolution de problèmes, la prise de décision et le raisonnement abstrait.

Les sous-tests de langage inclus dans des batteries de tests neuropsychologiques sont conçus pour évaluer les capacités de langage de base et fonctionnelles, mais échouent dans l'identification des performances linguistiques complexes chez des personnes atteintes de SEP.

I. Modèle de participation de la substance blanche dans le langage

Ces dernières années, une plus grande attention a été accordée aux modèles sous-corticaux du traitement du langage. Un certain nombre de chercheurs ont mis en évidence l'importance des voies de la substance blanche sous-corticale dans le traitement linguistique.

Plusieurs modèles neuro-anatomiques du traitement linguistique ont montré l'importance des voies de la substance blanche connectant les structures sous-corticales, telles que les ganglions de la base et de la thalamus aux aires corticales du langage lors du traitement du langage.

Les sites supposés des lésions sous-corticales associées aux problèmes de langage sont la région striato-capsulaire, le thalamus et les ganglions de la base. Ces modèles suggèrent que le langage est desservi par une boucle incluant les structures corticales et sous-corticales et que ces structures travaillent de manière organisée et coordonnée, afin de produire ou comprendre le langage.

Une atrophie du corps calleux a également été significativement reliée au trouble cognitif en SEP.

Les plaques de SEP sont souvent trouvées dans la substance blanche du lobe frontal et périventriculaire latéral, qui pourraient déconnecter les structures sous-corticales du cortex cérébral.

Selon White, vu que la SEP peut considérablement impliquer la substance blanche sous-corticale et corticale, de ce fait interrompant les connexions vers le cortex, il devient raisonnable de penser que les patients de SEP présenteront des symptômes de troubles de langage, aussi bien que des troubles cognitifs.

II. Les troubles du langage en SEP

Les tests d'aphasie ne détectent pas les troubles des fonctions supérieures du langage plus subtils, appelés en anglais *high-level language deficits*. C'est pourquoi il devient absolument nécessaire de concevoir des tests permettant une évaluation plus spécifique des fonctions supérieures du langage.

Leathlean et Murdoch définissent les fonctions supérieures du langage comme la capacité à utiliser de multiples aires de traitement cognitif et linguistique complexe. La détection des troubles des fonctions supérieures du langage a connu une attention croissante durant la dernière décennie. Dans leur étude, Leathlean et Murdoch administrent une batterie de tests de fonctions du langage et comparent les résultats au modèle de traitement du langage sous-cortical.

Les troubles du langage en SEP peuvent varier d'un déficit linguistique sévère à des compétences dans la limite de la normale. Les chercheurs ont souligné le caractère hétérogène de la population SEP, en termes de symptômes physiques, de cours de la maladie, de déficits neuropsychologiques ou au regard de l'histoire des lésions.

Kennedy et De Ruyter affirment que, bien que les troubles de langage ne résultent pas nécessairement de troubles cognitifs, chaque aspect du langage requiert un traitement cognitif et une relation interdépendante existe entre les deux. Les fonctions cognitives sont vraisemblablement influencées par les troubles de langage. La compréhension d'un mot influence d'une certaine façon l'encodage d'items dans la mémoire verbale.

L'on peut donc s'attendre à ce que les troubles de la mémoire et de l'attention affectent les processus linguistiques de base, alors que les troubles de résolution de problèmes peuvent affecter les traitements des fonctions supérieures de langage. L'émetteur doit être capable de retenir des événements en mémoire, intégrer les nouvelles données aux données pré-existantes et retrouver ces données.

III. Nature des troubles du langage en SEP

1. Troubles de la dénomination

Les troubles de la dénomination sont plus fréquents au cours d'évolution de type progressive (*Chronic-Progressive (CP)*), qu'au cours d'une évolution de type poussée rémittente (*Relapsing-Remitting (RR)*). Dans l'étude de Leathlean et Murdoch, les troubles de la dénomination identifiés en SEP peuvent résulter d'une interruption de communication sous-corticale et cortico-corticale requise pour une fonction normale de dénomination. Cette interruption empêcherait d'accéder efficacement au lexique. Pozzili et Al ont rapporté une réduction significative de la fonction des lobes frontaux et du lobe temporal gauche chez les patients SEP, au cours de l'accomplissement des tâches cognitives.

Les troubles de la dénomination en SEP résultent de schèmes inefficaces de recherche en mémoire sémantique, eu égard aux troubles d'accessibilité à la mémoire sémantique. L'on constate également un ralentissement de la vitesse d'accessibilité lexicale.

2. Troubles de la narration

Le but de l'analyse de la narration employée dans l'étude d'Arnott, Jordan, Murdoch et Leathlean est de savoir si les patients SEP ont des troubles au plus haut niveau de production narrative, c'est-à-dire la formulation du message conceptuel. Dans cette étude, le schéma de l'histoire n'est pas affecté par la maladie. Les deux formes de discours étudiées sont la conversation et la narration.

En ce qui concerne la conversation, il est nécessaire d'organiser clairement le contenu informatif, les repères et une perspective partagée.

En ce qui concerne la narration, il est nécessaire que toutes les phrases progressent logiquement et soient reliées à un thème central. Il n'y a pas de *feedback* immédiat ni de support, comme dans la conversation. En ce sens, la narration est plus difficile.

Il apparaît dans cette étude que les patients CP ont obtenu des résultats significativement plus pauvres que le groupe contrôle : leurs performances ne diffèrent pas significativement des patients RR. Les résultats de cette étude montrent que les narrations produites par les patients SEP sont significativement différentes des narrations du groupe contrôle lorsque l'on compare les résultats des propositions considérées comme invariant, essentielles au bon transfert de l'information.

Bien que les patients SEP utilisent approximativement le même nombre de mots et d'idées, ainsi que le même schéma d'histoire que le groupe de contrôle, les patients SEP donnent moins d'informations essentielles à la compréhension de l'histoire et ont tendance à donner davantage d'informations redondantes.

Les patients SEP présentent une incapacité à gérer adéquatement leur propre performance, en ce sens qu'ils ne sélectionnent pas l'information pertinente de l'histoire. Il est intéressant de constater que le groupe contrôle va plus loin dans la macrostructure en ajoutant fréquemment des informations abstraites.

L'examen approfondi des réponses montre que les différences par rapport aux résultats obtenus par rapport aux propositions essentielles seraient en partie dues à un manque d'informations inférées dans les narrations. Les patients SEP montrent une incapacité à inférer des informations. L'information inférée est liée à la fonction supérieure qu'est le raisonnement abstrait, permettant l'analyse et l'utilisation d'informations telles que les expressions verbales, la distance physique ou la posture.

D'une manière générale, les aptitudes de planification, avec les aptitudes pragmatiques, permettent à l'individu de déterminer les besoins de communication de la situation et de rencontrer ces exigences.

C'est pourquoi, au niveau du traitement du discours, un jeu complexe de traitement cognitif et pragmatique a pour résultat la formation de la signification appropriée à un message.

La pragmatique concerne la communication dans le contexte. Les chercheurs retiennent les compétences pragmatiques comme impératives, afin d'utiliser avec succès les habiletés linguistiques.

Les troubles de la pragmatique sont :

a. les troubles de l'expression

Ils incluent le problème de désorganisation sémantique du message, la sélection erronée du message, les propositions ambiguës en raison d'une utilisation abusive de termes indéfinis (tout, quelque chose), l'absence d'éléments pertinents et la présence d'informations excessive, redondante.

b. les troubles des règles de la conversation

Cette étude montre que les patients SEP éprouvent des difficultés à se mettre à la place du récepteur, c'est à dire envisager le point de vue du récepteur.

c. les aspects non verbaux

Les patients SEP présentent une incapacité à gérer les indices paralinguistiques (intonations, mimiques, postures).

d. la compétence communicative

Elle désigne la capacité à comprendre pleinement les exigences communicatives de la situation.

3. Les troubles de la compréhension de phrases

Les déficits apparaissent lorsque les patients SEP essaient de comprendre des phrases subordonnées ou à la voie passive. Ces structures syntaxiques sont plus lourdes, plus difficiles à appréhender et demandent davantage de temps pour leur compréhension.

Le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information peut aussi expliquer les troubles de compréhension de certaines personnes atteintes de SEP.

4. Les troubles de la lecture

Des troubles de la lecture ont déjà été relevés par Jambor en 1969. Dans la littérature, les avis des auteurs sont partagés. Gathercole et Baddeley ont mis en évidence des troubles de la lecture lorsque les patients SEP présentent un déficit au niveau de la mémoire de travail. Lire un texte demande le maintien de l'information en mémoire et une réflexion sur cette information.

5. Les troubles de la fluence verbale

La fluence verbale a été rapportée comme un trouble neuropsychologique courant en SEP et fortement liée aux troubles cognitifs. Selon Margolin et Al, l'interprétation d'une performance d'un sujet au cours d'une tâche de dénomination et de fluence verbale est liée à l'examen des processus cognitifs requis pour les exécuter. La performance des tâches de recherche sémantique est corrélée à d'autres tâches impliquant l'attention, le langage et la mémoire.

Les troubles de la mémoire de travail et les difficultés de concentration sont des facteurs extralinguistiques qui peuvent interférer dans la vitesse et l'efficacité requises au cours d'une tâche de fluence verbale.

Il a été suggéré que les troubles de la fluence verbale des patients SEP peuvent être attribués à leur incapacité à traiter l'information rapidement.

L'atrophie du corps calleux identifié par des IRM est considérée comme un utile prédicteur de la vitesse de traitement mental et de la capacité à résoudre rapidement un problème, lesquelles dépendent de la vitesse de communication interhémisphérique. Guy GATY a évoqué la fonction du corps calleux. En fonction des IRM, il est possible de dire si les sujets auront des difficultés au niveau cognitif.

6. Les troubles des fonctions supérieures du langage

Le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information est bien connu en SEP. Lorsque la vitesse de présentation augmente, les performances diminuent. Litvan et al ont suggéré que, si l'information est présentée à vitesse rapide, la mémoire de travail des patients SEP n'est pas capable de conserver toute l'information disponible nécessaire.

Via la boucle phonologique, qui permet la subvocalisation de l'information, une partie de l'information est dégradée ou perdue. Les troubles de l'attention peuvent aussi être responsables de l'échec du traitement correct des informations.

Dennis et Barnes ont suggéré que, si un individu présente une faible mémoire de travail, tel que cela peut arriver en SEP, spécialement dans l'accessibilité de l'information en mémoire, la compréhension de texte et de la situation sera régulièrement surchargée du fait que des situations déjà présentées doivent constamment être à nouveau traitées. En clair, la personne n'est pas capable de garder en

mémoire le produit de ses recherches antérieures et doit constamment revenir sur des informations déjà vues auparavant, d'où une surcharge d'activité pour la mémoire de travail.

7. Troubles du raisonnement conceptuel verbal

Ces troubles sont mis en évidence par « *The Word Test* ».

8. Troubles de la flexibilité mentale

Il s'agit par exemple, de la difficulté éprouvée par les patients lorsqu'il s'agit de se décentrer d'une tâche et de passer à une autre.

9. Troubles de l'initiative et de la spontanéité

Selon Wig et Secord, les faibles scores obtenus au TLC (*Test of Language Competence*) montrent les difficultés de production du langage, les troubles de la planification et la résolution de problème, ainsi que le manque de flexibilité cognitive et linguistique.

10. Problèmes de création de phrases

Les patients SEP utilisent des stratégies inefficaces, reflétant peut-être les déficits cognitifs (troubles de la mémoire à court terme, trouble de la résolution de problème et / ou difficulté dans l'accessibilité, l'intégration et la gestion des informations linguistiques). Ils sont incapables de justifier leurs réponses, à la lumière des exigences de la tâche. Ils ne font pas les liens entre les informations. Ils pensent à plusieurs choses en même temps, mais sans liens entre elles, ou seulement de manière temporaire.

11. Difficulté de compréhension de phrases ambiguës et difficulté de trouver deux significations possibles pour chaque phrase

Je pense que ce point est vraiment l'expression d'une difficulté. Il est difficile pour ces patients de modifier leurs angles de vue. Anzola et autres ont également rapporté des performances inférieures à des tâches de raisonnement abstrait, de conceptualisation et de conceptualisation de la mémoire verbale.

12. Générer des inférences

Les patients SEP ne sont plus capables de générer des hypothèses, d'inférer des informations qui n'ont pas été formulées.

IV. Implications cliniques

Les orthophonistes ont besoin de tests de langage spécifiques afin de détecter précocement les troubles potentiels. Ces troubles peuvent avoir un impact négatif sur la vie quotidienne d'une personne au travail, dans ses relations interpersonnelles et autres aspects de la vie sociale, en plus des limitations physiques dues à la maladie. Une meilleure connaissance de la nature des troubles du langage en SEP et leurs relations probables avec les troubles de la mémoire de travail augmentera la conscience des possibles déficits et pourra jeter les bases d'une réadaptation plus efficace car plus précoce.

V. Gestion des groupes

J'en viens désormais aux groupes de thérapie que j'organise à la clinique de sclérose en plaques. Ce sont des groupes de simulation cognitive axés sur le langage. Après un bref rappel du cadre théorique, j'aborderai l'application pratique.

1. Cadre théorique

La thérapie de groupe permet :

- **le support**
Le fait d'être en groupe et de pouvoir aider les autres permet de surmonter ses déceptions et aussi d'accroître la confiance et l'estime de soi.
- **la modélisation**
Le thérapeute peut démontrer les types de comportements cibles qu'il souhaite encourager auprès des participants. Le renforcement d'un comportement auprès d'un membre du groupe peut renforcer l'apparition de ce comportement chez un autre.
- **la généralisation et la transposition**
La thérapie de groupe peut fournir un contexte effectif pour la transposition d'aptitudes exercées en groupe vers les situations de vie quotidienne.
- **la perception de soi**
Le groupe permet aux participants de préciser leurs possibilités et leurs lacunes.
- **la rentabilisation du temps et des moyens**
Le groupe permet une économie du temps et des moyens puisqu'un thérapeute prend en charge plusieurs personnes.

2. Techniques spécifiques

Plusieurs techniques spécifiques permettent au thérapeute de fournir un feedback approprié.

- **le support**
Informar les personnes des comportements intéressants et efficaces à l'accomplissement de la tâche et créer une atmosphère de confiance où les personnes viennent tranquillement partager et exposer leurs idées.
- **la confrontation**
Il s'agit d'encourager le patient à envisager une réflexion sous un autre angle.
- **les avis et suggestions**
Les avis doivent être donnés sous forme de recommandations.
- **résumer et clarifier**
A certains moments, il sera nécessaire de résumer et clarifier.
- **sonder et questionner**
Le thérapeute posera des questions au patient pour l'amener à poursuivre son développement ou pour remettre en mémoire de travail les informations essentielles.
- **la répétition et la mise en emphase**
Elles permettent d'organiser, conduire la pensée, clarifier le raisonnement, éviter les erreurs de communication, souligner les points clés, souligner ce qui est correct.
- **réflexion**
Le thérapeute doit comprendre les sentiments ressentis par le groupe ou par l'un de ses membres.

- **interprétation et analyse**

Le thérapeute peut découvrir des niveaux de traitement ou de significations.

- **écoute du thérapeute**

Le thérapeute fait savoir que ce que les participants ont à dire est important. Cela les encourage à partager leurs idées et à respecter la séquence interactive. Le thérapeute donne le bon exemple.

Ces dix techniques de *feedback* peuvent s'appliquer à toutes les thérapies de groupes. Il est difficile de sélectionner des groupes cognitifs homogènes. Parfois, je suis amenée à constituer des groupes hétérogènes, car il existe des techniques pour gérer les groupes hétérogènes. Par exemple, il est possible de constituer des binômes pour que l'un aide l'autre. Dès le départ, les personnes savent que celle qui a le plus de capacités devra amorcer la réflexion à un moment donné. Lorsqu'elle est bien expliquée, cette technique ne pose pas de problèmes de compétition entre les patients. Il est également possible de confier le rôle d'aide à un deuxième thérapeute.

Une dernière technique de gestion des groupes hétérogènes consiste à considérer que chaque participant cherche à améliorer un point particulier.

Pour gérer des comportements inattendus, il est important de définir et faire respecter dès le départ les règles de fonctionnement des groupes. Parfois, il est nécessaire de rappeler ces règles, notamment dans le cadre de la gestion du temps de parole.

Au niveau pratique, le thérapeute doit commencer par se présenter. Il est important qu'il ait une connaissance précise des troubles cognitifs des patients, mais également de son état émotionnel, afin d'anticiper pour comprendre ce qui se passe dans le groupe. A mon sens, c'est une condition impérative de bon fonctionnement du groupe. La coordination du groupe requiert du thérapeute la capacité de à réfléchir et évaluer rapidement le déroulement du groupe. Le recul est essentiel pour modifier et diriger adéquatement l'évolution de l'activité. En résumé, il doit avoir une conception précise de l'interaction en cours, comparer cette perception avec les objectifs du groupe, fournir une direction appropriée et faire en sorte que le feedback s'accomplisse par lui-même. Depuis de nombreuses années, nous confions les groupes à des étudiantes. Elles commencent à bien connaître les membres du groupe au bout d'un mois et demi environ.

Dans le cadre pratique, le thérapeute doit énoncer les règles du groupe et veiller au respect de celles-ci. Les règles sont : collaboration, coopération, absence de jugements interpersonnels, respect des temps de parole. Le thérapeute doit aider une personne en difficulté, mais pas de manière inopportune. Il peut faire appel à un autre patient pour apporter une mise en lumière nouvelle. Les groupes doivent respecter la parole de l'autre et proscrire les jugements interpersonnels. Le thérapeute doit créer un climat de détente permettant aux participants de passer un bon moment. Le groupe ne doit pas être une source de stress. Le thérapeute doit choisir le bon intervenant au bon moment. En fonction des capacités de chaque patient, il doit lui permettre de se valoriser vis-à-vis des autres et de lui-même. Le thérapeute doit renforcer le patient de manière judicieuse.

Le patient a également un rôle à jouer. Le patient doit oser s'exprimer, en particulier sur ses difficultés éventuelles. Il est invité à réfléchir en silence, par écrit. Sachant que les patients ont forcément des niveaux différents, chacun vient prendre sa part à sa rééducation, stimuler et exercer des fonctions affectées.

Les groupes sont organisés une à deux fois par semaine, pendant 45 minutes à une heure, dans un local calme. Je travaille avec trois ou quatre personnes. Au-delà, il est difficile de suivre ce qui se passe au niveau cognitif. De même, l'hétérogénéité est source d'ennui pour ceux qui ont des niveaux plus élevés (sur la base des scores à la batterie neuropsychologique de Rao). La batterie de Rao comprend quatre tests : mémoire verbale, fluence verbale, mémoire visio-spatiale et un test d'attention sélective.

Le matériel nécessaire à la conduite d'un groupe : un tableau, une craie. Les informations étant inscrites au tableau, il n'est plus nécessaire de faire un effort pour les retenir et il est donc possible de passer à autre chose.

a. La méthode

Nous pouvons soit travailler en deux temps (travail individuel puis confrontation, argumentation, confrontation), soit adopter une méthode progressive de groupe à partir des idées du premier intervenant.

b. Exercices

La consigne doit être claire et doit être bien exprimée. Il ne s'agit pas de surcharger la mémoire de travail des patients. Il est nécessaire d'éviter les structures syntaxiques lourdes et passer par l'exemple si nécessaire car la consigne, aussi claire soit-elle, ne suffit pas toujours.

Questions de la salle

De la salle

Est-ce que les corps calleux ont un destin particulier dans la SEP ?

Guy GANTY

Chez certains patients, il n'y a pas de lien entre les informations de l'hémisphère droit et celles de l'hémisphère gauche. Le potentiel existe à gauche et à droite, mais, il n'y a pas de lien entre les deux. C'est l'autoroute de diffusion de l'information.

De la salle

En ce qui concerne la difficulté à trier l'information, ne peut-on pas faire appel à la synthèse ?

Antonella NOTA

Si la personne en est toujours capable, oui, mais ce n'est souvent plus le cas. Cela demande une capacité à raisonner dans l'abstrait. Nous venons de voir que les personnes SEP ne sont plus capables de distinguer l'information essentielle de l'information accessoire, il n'est donc plus possible de faire une bonne synthèse.

De la salle

Avez-vous déjà eu des groupes de travail atteints de SEP ? Avez-vous mis en place des ateliers pratiques ? Quel travail menez-vous avec ces personnes ?

Antonella NOTA

Oui, je travaille avec des patients triés en fonction de leurs résultats à une batterie de tests neuropsychologiques. Il s'agit de groupes de stimulation cognitive et langagiers. Mon exposé porte sur les problèmes constatés dans le cadre de ces groupes de stimulation. Nous identifions les problèmes rencontrés par chaque patient, et nous les amenons à travailler chaque aspect avec des exercices particuliers.

Guy PALLIER

Est-ce que la difficulté à gérer rapidement l'information explique que les SEP aiment bien être ensemble pour communiquer.

Antonella NOTA

Est-ce que ceci expliquerait cela ?

Guy GANTY

Non, nous sommes ici dans des échelles de temps très réduites. Ce que vous évoquez correspond davantage à un besoin émotionnel affectif. C'est tout à fait différent.

De la salle

Malgré vos affirmations, je pense que certaines personnes SEP parviennent à changer leur « angle de vue ».

Antonella NOTA

Effectivement, mais mon but était de décrire des comportements fréquemment observés.

De la salle

Le mot « incapable », que vous avez souvent employé, est très fort. Nous ne sommes pas « incapables de », mais « plus en état de le faire ».

De la salle

Est-ce que vos constats sont définitifs ou est-ce que les personnes SEP peuvent s'entraîner ?

Antonella NOTA

Cet exposé pose effectivement des constats tirés d'articles récents qui mettent en évidence des difficultés éprouvées par les personnes SEP. Les groupes que nous organisons permettent aux patients de s'entraîner de manière assidue. Les participants « prennent leur part de rééducation. » En ce qui concerne le remplacement de l'adjectif « incapable », par l'euphémisme « n'est plus capable de », je suis disposée à changer la formulation si elle ne vous convient pas. Je ne savais pas que des patients assisteraient à cette présentation.

De la salle

Nous sommes conscients de nos lacunes, mais il est difficile de s'entendre dire que nous sommes incapables.

Antonella NOTA

Le meilleur moyen d'évoluer est d'accepter ses difficultés, de les reconnaître et de chercher à les dépasser.

Guy GANTY

Il faut s'entraîner à dépasser le stade émotionnel pour progresser.

De la salle

Nous connaissons nos lacunes, mais nous n'avons pas envie d'en entendre parler.

De la salle

Le fait de vous entendre affirmer que nous sommes incapables de réaliser certaines tâches est choquant. Vos propos sont très définitifs. Je préférerais le terme « faiblesse ».

Antonella NOTA

Je comprends votre intervention.

De la salle

Pourrez-vous nous fournir la batterie de tests que vous avez évoquée en fin d'exposé ?

Antonela NOTA

Ces tests sont effectués par des neuropsychologues, qui nous transmettent les informations pour que nous soyons à même de constituer des groupes homogènes. A partir d'un score de 2, la personne présente une difficulté cognitive. Pour un thérapeute, cela n'a pas de sens de travailler avec une personne si je ne sais pas comment elle va procéder.

De la salle

Il faut donc faire appel à un spécialiste ?

Antonela NOTA

En Belgique, oui.

Guy PALLIER

Merci de ces informations pertinentes, qui montrent à la fois l'intérêt et la difficulté de l'exercice.