

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE
ECOLE D'ORTHOPHONIE

**Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité
d'orthophonie**

De la communication au quotidien chez l'aphasique fluent et non fluent

Mémoire présenté par : Marlène BALLANDRAS

Directrice : **M. LEGROS, Orthophoniste**
Co-directrice : **C.BELET, Orthophoniste**

JUIN 2010

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Melle LEGROS, directrice de ce mémoire, et Mme BELET, co-directrice pour leur disponibilité, leurs conseils avisés et leur soutien.

Je remercie également Melle MAILLAN pour ses connaissances et son aide en matière de linguistique.

J'exprime mon entière reconnaissance à toutes les orthophonistes qui ont contribué à ce travail en m'apportant une aide précieuse dans ma recherche de patients.

Un grand merci aux personnes aphasiques qui ont accepté de participer à notre mémoire ; leur rencontre m'a beaucoup enrichie.

Enfin, j'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, apporté leur contribution à l'avancée de ce mémoire et qui m'ont soutenu.

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 : APHASIES FLUENTES VERSUS APHASIES NON-FLUENTES	5
I) Définition de l'aphasie :	5
II) Etiologies :	6
III) Tableaux cliniques :	7
A) Les aphasies non-fluents :	7
B) Les aphasies fluentes :	12
C) Les aphasies sous-corticales :	20
CHAPITRE 2 : ETRE APHASIQUE.....	22
I) Le handicap aphasique :	22
A) La Classification Internationale des handicaps (CIH) :	22
B) La C.I.F. :	25
II) Le retentissement sur la personnalité de l'aphasique :	26
A) Corrélations anatomo-cliniques :	26
B) Les réactions les plus fréquemment observées :	28
III) Les conséquences familiales :	30
A) Sur le couple :	32
B) Sur les relations avec les enfants :	33
IV) Les conséquences sociales :	33
A) Le retrait social :	34
B) Dans le monde du travail :	35
CHAPITRE 3 : APHASIE ET COMMUNICATION.....	36
I) La communication : aspects théoriques.....	36
A) Définition générale :	36
B) Les théories de la communication :	37
C) Communication verbale :	41
D) Communication non-verbale :	44
II) Les approches fonctionnelles de la communication :	47
A) La compétence communicative :	47
B) La pragmatique :	47

III)	L'aphasique en situation de communication :	60
A)	Les compétences communicatives de l'aphasique : « l'aphasique communique mieux qu'il ne parle » HOLLAND :	60
B)	Les troubles de la communication chez l'aphasique :	67
IV)	Objectifs de notre étude :	75

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	76
I) La population :	76
A) Les critères de sélection :	76
B) Caractéristiques :	77
II) Protocole :	78
A) Présentation de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux :	78
B) Modalités des entretiens :	81
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ANALYTIQUE DES RESULTATS.....	82
I) Interprétation et analyse des résultats :	82
A) Analyse quantitative :	82
B) Analyse qualitative :	83
II) Discussion.....	114
A) Les résultats :	114
B) Utilisation de l'ECVB : intérêts et limites :	119
CONCLUSION	121

ANNEXES

INTRODUCTION

Le langage est l'instrument de communication privilégié de l'être humain. Il est « *le moyen de communication par excellence de toute société connue.* »¹ SAPIR E., cité par JAKOBSON.

L'aphasie étant un trouble du langage acquis, les personnes touchées se trouvent limitées dans leur communication.

Mais cette dernière ne se réduit pas au langage verbal : elle passe par différents canaux et implique les notions d'interaction et de contexte. De plus, d'après Watzlawick, « *on ne peut pas ne pas communiquer.* »²

Dans cette optique, plusieurs auteurs issus du courant pragmatique, ont cherché à resituer les troubles linguistiques au sein de la communication et ont étudié les habiletés communicatives des personnes aphasiques.

Ainsi, HOLLAND a déclaré « *l'aphasique communique mieux qu'il ne parle* »³. NESPOULOUS lui, s'est intéressé à ce que la personne aphasique « *parvient à faire en dépit de son handicap, de son déficit et de sa lésion cérébrale* »⁴

La prise en charge orthophonique de l'aphasie vise la réhabilitation fonctionnelle du langage et de la communication induisant par ailleurs la question du transfert des acquis en dehors des séances de rééducation.

Suite à ces réflexions, il nous est paru intéressant de nous interroger sur les capacités et incapacités de communication de l'aphasique .

¹[20] JAKOBSON R. (1973). Essais de linguistique générale, Tome II Paris, édition de Minuit, p.90

² [38] WATZLAWICK et coll.(1972)Une logique de la communication, Paris, édition Paris Seuil,p.48

³ [17] HOLLAND A. (1987) *Approche pragmatique du traitement de l'aphasie*, L'orthophonie ici, ailleurs, autrement : actes scientifiques du congrès international d'orthophonie, Isbergues, l'ortho-édition, p.191

⁴ [58] NESPOULOUS J.-L (1996) .Les stratégies palliatives de l'aphasie, *Rééducation orthophonique*, , décembre, n°188, p. 423

Dans quelles situations de la vie quotidienne rencontre-t-il le plus de difficultés ? A l'inverse, dans quels cas sa communication reste-t-elle efficace ? Met-il en place des stratégies pour dépasser ses troubles langagiers et maintenir la communication ? Est-ce que d'autres facteurs jouent un rôle dans l'efficacité de communication de celui-ci ?

Pour répondre à ces questions nous avons cherché un outil d'évaluation qui soit écologique, c'est-à-dire qui intègre le fonctionnement de la personne dans son milieu, et qui nous permette de voir comment les aphasiques perçoivent leurs difficultés au quotidien. Notre choix s'est porté sur l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) qui s'intéresse à des situations de communication quotidiennes comme les conversations ou l'utilisation du téléphone par exemple.

Selon DAVIET et al.(2007) dans Aphasies et aphasiques [26], les troubles langagiers ne perturbent pas la communication de la même façon. Or, en aphasiologie, plusieurs formes d'aphasies sont définies en fonction de leurs troubles linguistiques spécifiques. Deux grands types sont communément distingués : les aphasies fluentes et les aphasies non-fluentes.

Les premières se caractérisent par un débit de parole normal voire abondant s'accompagnant de troubles de la réception alors qu'à l'opposé les secondes présentent un débit locutoire lent mais pas ou peu de troubles de la compréhension.

Ainsi, de quelle façon les troubles aphasiques perturbent-ils la communication au quotidien ? Quelles disparités peut-on observer en fonction du type d'aphasie ? Nous allons tenter de répondre à ces interrogations en étudiant l'impact des troubles aphasiques sur la communication au quotidien des aphasiques fluents et non fluents, à l'aide de l'ECVB.

Dans un premier temps, nous décrirons les tableaux sémiologiques des aphasies fluentes et non fluentes.

Ensuite, nous chercherons à mettre en exergue les différentes dimensions de l'aphasie à travers la notion de handicap et les conséquences de celle-ci sur la personne touchée et son entourage. Dans un troisième temps, après quelques rappels théoriques, nous nous intéresserons à la communication de la personne aphasique.

Enfin, nous nous attacherons à présenter notre étude auprès de dix patients fluents et dix non-fluents puis nous analyserons et discuterons des résultats obtenus.

CHAPITRE 1 : APHASIES FLUENTES VERSUS APHASIES NON-FLUENTES

I) Définition de l'aphasie :

ROCH LECOURS A. et LHERMITTE F. (1979) [30] définissent l'aphasie comme « l'ensemble des désorganisations du langage provoquées par une lésion cérébrale acquise touchant tout ou une partie des aires du langage »⁵. Cette lésion touche l'hémisphère gauche dans la majorité des cas.

D'autres signes cliniques peuvent être associés à l'aphasie en fonction du territoire vasculaire atteint. Par conséquent, ils sont variables d'un type d'aphasie à l'autre. Ils vont compléter un tableau et, de ce fait, aggraver le handicap causé par l'aphasie. Comme troubles associés nous citerons :

- L'hémiplégie : elle correspond à la paralysie complète ou incomplète d'un hémicorps. Elle concerne l'hémiface et/ou le membre supérieur ainsi que le membre inférieur.
- L'anosognosie : ce terme est utilisé lorsque le patient n'a pas conscience de ses troubles.
- Les apraxies : elles sont définies comme un trouble acquis du geste en tant que mouvement volontaire et intentionnel. Il existe plusieurs types d'apraxie :
 - Les apraxies gestuelles :

Elles sont au nombre de trois :

- L'apraxie motrice : elle s'exprime par un trouble de la dextérité.
- L'apraxie idéomotrice : elle touche les gestes simples, isolés et certains éléments d'une séquence gestuelle réalisée sur imitation ou sur ordre.
- L'apraxie idéatoire : elle altère la réalisation de gestes complexes et séquentiels. Elle se caractérise par des difficultés lors de la manipulation d'objets.

⁵ [30] ROCH LECOURS A., LHERMITTE F., (1979), L'aphasie, Paris, Flammarion médecine-sciences, p.14

- Les autres formes d'apraxie :
 - L'apraxie constructive : elle est définie comme un trouble isolé de l'exécution de dessins, libres ou copiés, ainsi que de tâches constructives bi- et tri- dimensionnelles.
 - L'apraxie de l'habillage : elle s'exprime par des difficultés à s'habiller, à disposer et à enfiler des vêtements.
 - L'apraxie bucco-faciale : elle se caractérise, dans les gestes bucco-faciaux, par une dissociation entre l'impossibilité d'effectuer des activités volontaires et la conservation des activités automatiques et réflexes
- L'hémianopsie latérale homonyme : elle entraîne l'amputation de la même moitié du champ visuel, la droite ou la gauche pour les deux yeux c'est-à-dire le côté temporal d'un œil et nasal de l'autre.
- L'héminégligence : elle affecte la perception et le traitement des informations présentées dans l'espace controlatéral à la lésion cérébrale.
- Les agnosies : il s'agit d'anomalies spécifiques affectant la reconnaissance des informations sensorielles sans déficits des organes sensoriels. Il existe plusieurs types d'agnosie en fonction de l'organe concerné : l'agnosie auditive, l'agnosie visuelle, l'agnosie digitale, l'agnosie tacti le...
- Les troubles cognitifs : il s'agit des troubles exécutifs, des troubles de la mémoire et des troubles de l'attention.
- Une désorientation temporo-spatiale peut également être observée.

II) Etiologies :

Cette atteinte cérébrale peut être d'origine :

- vasculaire : infarctus cérébral, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral
- tumorale
- infectieuse et inflammatoire
- traumatique

Elle peut également se retrouver dans les pathologies dégénératives et s'observer dans l'épilepsie.

III) Tableaux cliniques :

En fonction de la localisation de la lésion et de la sémiologie, plusieurs formes cliniques d'aphasies ont été définies et diverses classifications furent proposées.

Selon GIL R. (2006), « la multiplicité des classifications des aphasies incite à maintenir comme centre de gravité la dichotomie classique entre aphasies de Broca et aphasies de Wernicke »⁶.

Le débit élocutoire étant réduit dans les aphasies de Broca et fluide dans les aphasies de Wernicke, nous nous sommes appuyée sur cette distinction dans le cadre de ce mémoire.

Notons que cette différenciation est parfois difficile : certains tableaux sont mixtes et tous évoluent avec le temps. Nous évoquerons également le cas particulier du Wernicke réduit.

A) Les aphasies non-fluents :

1) L'aphasie de Broca :

La lésion touche :

- l'aire de Broca (le pied et le cap de la 3^{ème} circonvolution frontale)
- l'opercule rolandique
- la zone insulaire

Il s'agit d'une aphasie d'expression avec une réduction à la fois quantitative et qualitative du langage. Le sujet présente des troubles arthriques ; son élocution lente et laborieuse peut s'accompagner d'une altération de la prosodie. La compréhension du langage oral reste globalement conservée. Les troubles de la lecture, de l'écriture et du calcul sont sévères.

D'autres signes cliniques sont généralement observés : le patient aphasique souffre d'une hémiparésie droite et d'une paralysie faciale homolatérale. Une apraxie idéo-motrice peut également être présente.

⁶ [16] GIL R., Neuropsychologie 4^{ème} édition, (2006), Issy-les-Moulineaux, Masson, p.39

Sur le plan du comportement, le sujet est amimique, figé et non communicatif. Il a conscience de ses troubles ce qui peut entraîner une réaction dépressive et des conduites d'échec.

A l'oral :

D'emblée, le tableau clinique est généralement sévère avec une réduction importante du flux de parole qui peut aller jusqu'à l'aphémie. Cette phase de mutisme est plus ou moins longue mais rarement définitive. Dans certains cas, le langage est réduit à des stéréotypies qui peuvent s'installer définitivement alors que dans d'autres il se limitera à quelques mots et locutions d'usage fréquent dans des domaines souvent très concrets avec beaucoup de persévérations.

La progression peut s'arrêter là, l'évolution des troubles est variable après la phase de mutisme. Chez certains patients l'inventaire de mots s'enrichit progressivement et le langage devient de plus en plus propositionnel.

Chez d'autres, l'évolution se dirige davantage vers l'agrammatisme. Le langage est alors de style énumératif et télégraphique avec la suppression des formules combinatoires de la langue ainsi que la réduction voire l'absence de morphèmes grammaticaux. Ainsi, l'aphasique de Broca utilise généralement les verbes à l'infinitif et omet les différents éléments grammaticaux comme les articles, les prépositions... Même si l'agrammatisme ne récupère que rarement une véritable fluidité conversationnelle, sa communication peut malgré tout rester efficace.

Les troubles arthriques se situent également au premier plan dans l'aphasie de Broca. Ils sont très marqués en parole spontanée mais sont moins apparents dans les transpositions (répétition, lecture à haute voix). Ils disparaissent dans le discours automatique, ce qui illustre la dissociation automatico-volontaire. Une apraxie bucco-linguo-faciale s'associe le plus souvent à cette désintégration phonétique.

Cette anarthrie se traduit par des anomalies de la force, du tonus et de la coordination des mouvements des muscles de la sphère buccophonatoire. Il se manifeste par une anomalie ou une perte de la réalisation de certains traits phonétiques constitutifs des phonèmes qui sont non différenciés ou non reconnaissables.

Les transformations phonétiques peuvent être difficiles à mettre en évidence et d'autres variétés de transformations aphasiques s'observent parfois. En effet, des paraphasies phonémiques peuvent apparaître après une période d'évolution favorable ainsi que quelques paraphasies verbales et plus rarement des néologismes.

Le manque du mot peut aller du trouble relativement modéré au trouble le plus sévère. Il s'amoindrit en général avec l'évolution et la rééducation.

Il est marqué en conversation, dans la narration et l'évocation. Il se manifeste par des absences de production et des délais importants. Notons que l'expression est facilitée par l'ébauche orale.

La compréhension n'est que très peu touchée sur les énoncés oraux relativement simples. Mais du fait de l'agrammatisme, la compréhension des mots grammaticaux est imparfaite : les phrases plus complexes sont plus difficilement décodées. De même, lorsqu'il s'agit de la compréhension d'ensembles linguistiques (comme les textes entendus...) le sujet aphasique peut avoir des difficultés à dégager une signification générale.

A l'écrit :

Les troubles du graphisme qui constituent la dysgraphie sont très importants et le langage écrit peut être supprimé. Il est néanmoins difficile de les évaluer car les patients doivent écrire de la main gauche en raison de leur hémiplégie droite souvent persistante.

La réduction quantitative est marquée et des signes d'agrammatisme sont observés. On retrouve aussi des transformations paragraphiques de type dysorthographique. Après évolution, une production linguistique écrite peut apparaître : elle sera en général peu abondante, difficile et s'apparentera à une jargonographie.

La compréhension peut être bonne dans le cadre d'une aphasie dont les troubles sont essentiellement arthriques. Dans les autres cas, l'alexie littérale est présente avec des paralexies très inconstantes allant de paire avec l'alexie syllabaire qui touche particulièrement les syllabes inversées, les groupes consonantiques complexes...

L'alexie lexicale se manifeste surtout dans la lecture à haute voix puisqu'en épreuve de correspondance mot/image la réussite s'élève à 70%⁷. Il semble donc que l'aphasique de Broca dispose d'une lecture globale et accède directement à la lexicalisation du mot. Ce mode de traitement de l'information est imprécis bannissant toute analyse phonologique et rappelant les caractéristiques d'une dyslexie profonde.

Les éléments de l'agrammatisme se retrouvent également dans la lecture. Les substantifs sont plus facilement compris que les verbes et les morphèmes grammaticaux.

Par conséquent, les phrases riches en lexèmes seront mieux décodées que celles étant saturées en éléments grammaticaux qui seront partiellement comprises.

⁷ [14] DUCARNE DE RIBAU COURT B., Rééducation sémiologique de l'aphasie, Paris, Masson, 1988

Enfin, notons que le degré de fréquence et d'abstraction des mots influe beaucoup sur le niveau de compréhension écrite. Les mots concrets et d'usage fréquent seront plus facilement reconnus que les mots abstraits.

Les transpositions :

La répétition est perturbée du fait des troubles arthriques.

En lecture, les troubles articulatoires se retrouvent dans la lecture à haute voix avec la présence de nombreuses mutations phonétiques.

L'écriture copiée est défectueuse mais pas servile, c'est-à-dire que le patient ne reproduit pas les lettres une à une en se rapportant constamment au modèle comme s'il copiait une succession de formes mais il les identifie pour ensuite les tracer.

L'écriture dictée est dysorthographique.

2) L'anarthrie pure de Pierre Marie :

La lésion touche la partie postérieure de l'aire de Broca.

A l'oral :

L'anarthrie pure est rare. Elle est généralement une composante de l'aphasie de Broca ou peut en être la seule séquelle. Elle s'accompagne parfois d'une hémiplegie droite. Elle se caractérise par l'abolition totale de l'expression orale et par l'intégrité du langage écrit. Par conséquent, les patients utilisent généralement l'écrit pour communiquer.

Il n'existe aucun trouble de la compréhension orale et écrite : ce syndrome touche uniquement le versant moteur de l'expression. Il est le résultat de l'altération des mécanismes sensori-moteurs du langage liée à l'apraxie bucco-linguo-faciale.

A la phase initiale et dans les formes les plus sévères, le patient fait des tentatives de parole n'aboutissant généralement à aucune production ou uniquement un son rauque et indifférencié. Dans les formes moins sévères ou lorsque le trouble évolue vers le syndrome de désintégration phonétique, l'initiation des mouvements articulatoires est laborieuse, se traduisant par une mimique faciale exagérée qui accompagne la parole.

De nombreuses approches phonétiques et maladroites motrices sont observées. L'émission est alors saccadée et explosive, ce qui a pour conséquence de ralentir considérablement le débit. Des pauses intersegmentaires brusques et non uniformes affectent également la parole.

La dysprosodie s'ajoute habituellement aux troubles arthriques. Ainsi, l'élocution est lente, syllabique et monotone.

Avec l'évolution, la fréquence de certaines formes de transformations phonétiques va déterminer l'apparition d'un pseudo-accent britannique, si le trouble arthrique est à prédominance parétique ; ou un pseudo-accent germanique, si le trouble arthrique est à prédominance dystonique. Ces transformations prosodiques vont constituer l'une des séquelles définitives chez certains aphasiques.

A l'écrit :

Le langage écrit est globalement conservé que ce soit sur le versant de l'expression ou celui de la compréhension. Dans certains cas, un trouble léger de l'expression écrite se traduisant par des troubles du graphisme et la présence de transformations dysorthographiques peut être observé.

Les transpositions :

En fonction de la sévérité du trouble, la répétition est très perturbée voire impossible, de même en ce qui concerne la lecture à haute voix.

L'écriture copiée est normale.

L'écriture dictée est préservée.

3) L'aphasie transcorticale motrice ou aphasie dynamique de Luria :

La lésion peut toucher la zone en avant et au-dessus de l'aire de Broca et l'aire motrice supplémentaire (face interne de l'hémisphère gauche).

La forme pure de ce type d'aphasie est très rare. Dans certains cas, elle se surajoute à une aphasie de Broca ou peut être le résultat de son évolution notamment chez les personnes âgées. Elle se caractérise par un adynamisme et une aspontanéité verbale. Généralement, on la trouve dans le contexte d'un frontal inhibé où le patient devra être constamment stimulé pour produire une phrase. Le trouble touche la programmation et l'organisation de l'action alors même que l'idée initiale existe.

A l'oral :

Les épreuves de dénomination sont globalement réussies ou peuvent donner lieu à quelques absences et délais de réponse. L'aspontanéité verbale se manifeste considérablement dans la conversation. Le patient ne réagit que rarement et tardivement aux sollicitations de ses interlocuteurs. Une certaine rupture entre l'aphasique et le monde extérieur se crée et les échanges s'appauvrissent.

Notons que des persévérations ou des phénomènes d'écholalie peuvent être observés dans le discours du sujet.

La compréhension est préservée.

A l'écrit :

Le manque d'incitation est encore plus marqué qu'à l'oral mais la compréhension est conservée.

Les transpositions :

La répétition est normale.

La lecture à haute voix est correcte.

L'écriture copiée et l'écriture dictée ne sont pas altérées.

4) L'aphasie totale de Déjerine ou grande aphasie de Broca :

La lésion touche l'ensemble de la zone du langage dans ses composantes pré- et post-rolandiques.

Le tableau est massif avec une suspension du langage oral et du langage écrit auquel s'ajoutent des troubles très importants de la compréhension.

B) Les aphasies fluentes :

1) Les aphasies de Wernicke :

La lésion touche :

- l'aire de Wernicke traditionnelle
- la partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale
- le gyrus supramarginalis
- le gyrus angulaire

En fonction de la localisation des lésions, les différents tableaux cliniques peuvent se constituer d'emblée ou se former après une période d'évolution. Les tableaux mixtes sont également fréquents.

Les aphasies de Wernicke, dans leur forme commune, se caractérisent par :

- un débit d'élocution fluide ou logorrhéique.
- une expression déviante sans trouble arthrique.
- une perte de la compréhension orale et écrite.

Les patients sont généralement anosognosiques. Une hémianopsie latérale homonyme, une hémiparésie droite, une apraxie idéomotrice ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale peuvent exister mais de façon transitoire.

Trois types d'aphasie de Wernicke ont été décrites par ROCH LECOURS A. et LHERMITTE F. (1979) [30]:

- l'aphasie de Wernicke proprement dite,
- l'aphasie de Wernicke avec préservation de la répétition
- l'aphasie avec prédominance de l'atteinte de la langue écrite.

Rappelons que même si elles sont définies séparément pour des besoins de clarté, les signes sémiologiques peuvent se combiner différemment et évoluer.

a) L'aphasie de Wernicke proprement dite :

A l'oral :

En phase initiale, le début peut être brutal. Le patient est agité, excité, incanalizable. Il a un discours logorrhéique, incompréhensible et intarissable. Il est anosognosique, ne comprenant pas ce qui se passe.

Son expression est extrêmement déviante avec de nombreuses transformations aphasiques de tous ordres qui aboutissent à un jargon. Ce trouble se retrouve dans la répétition avec une production abondante de paraphrasies phonémiques.

Même si le débit est fluide, le manque du mot est manifeste, comme en témoignent les paraphrasies, les néologismes et les circonlocutions pour lesquelles le lien avec le mot cible n'est pas toujours évident.

Quand le début est plus progressif ou suite à une évolution, la logorrhée s'estompe ce qui va permettre d'identifier dans le jargon toutes les paraphrasies, les néologismes, les mots de prédilection et la dyssyntaxie.

Différents jargons sont définis en fonction du type de transformations aphasiques prédominantes dans le discours.

Le jargon phonémique se caractérise par la prédominance des transformations phonémiques, comme des télescopages ou des erreurs de sériation au niveau des phonèmes, des persévérations phonémiques, des néologismes. L'incompréhension ne concerne que les sons du langage.

Dans le jargon sémantique, les troubles de la compréhension touchent le sens des mots. Ils concernent davantage les substantifs que les actions. De nombreuses paraphasies verbales formelles et sémantiques ainsi que des néologismes sont observés.

Lorsque les troubles sémantiques portent sur les termes grammaticaux, le jargon devient dyssyntaxique. Les erreurs se situent à trois niveaux :

- syntaxique : difficultés de sélection dans les classes grammaticales, erreurs dans la sélection de l'auxiliaire, difficultés dans le choix des prépositions...

- morphologique : erreurs de fléchissement des verbes, difficultés au niveau des accords en genre et en nombre, problèmes de dérivation...

- sériel : l'ordre des unités linguistiques n'est pas toujours respecté, difficultés avec les phrases passives et les inversions sujet / compléments...

Le tableau se modifie particulièrement avec l'évolution. Si celle-ci est favorable, la disparition de l'anosognosie permet au patient de contrôler davantage son débit qui va ainsi ralentir. Les thèmes de prédilection ainsi que les néologismes se raréfient. Les paraphasies verbales sont plus facilement identifiées, du fait que l'on retrouve un lien plus évident entre ce que le patient veut dire et ce qu'il produit. Le sujet aphasique met en place des conduites d'approches pour accéder aux mots. De plus, il a recours à la syllabation pour émettre un mot qui lui est difficile d'évoquer. Enfin, il prend en compte les interventions de ses interlocuteurs.

Dans le cadre d'une évolution défavorable, la disparition de l'anosognosie peut s'accompagner d'une réduction quantitative du langage et d'une altération de l'humeur. Ce tableau est qualifié de Wernicke réduit. Si nous poursuivons notre logique de classification, nous pouvons considérer cette forme d'aphasie comme faisant partie des aphasies non-fluents.

La compréhension orale est toujours altérée en phase initiale. De nombreux patients ne comprennent pas les énoncés les plus simples. Les troubles de la compréhension vont généralement régresser en parallèle avec la logorrhée et la production de néologismes, mais ils pourront rester sévères chez d'autres patients.

Dans certains cas, les troubles gnosiques de surdité verbale sont prédominants dans l'aphasie de Wernicke. Le sujet aphasique a alors tendance à faire répéter son interlocuteur et à tendre l'oreille. La compréhension orale des phrases est plus difficile que les mots isolés même si le sujet peut comprendre une phrase à travers le contexte et le paralangage. Le langage oral est désorganisé, comprenant de nombreuses paraphasies, élisions et répétitions de mots.

A l'écrit :

Dans le cadre d'une aphasie de Wernicke avec prédominance de la surdité verbale, le langage écrit est relativement préservé.

Le graphisme et les automatismes d'écriture sont conservés dans l'aphasie de Wernicke proprement dite. De nombreuses transformations paragraphiques ainsi que des néologismes sont observés. Avec l'évolution, les troubles peuvent s'amoinrir et le langage écrit peut devenir plus efficace, mais les énoncés resteront souvent dyssyntaxiques.

Pour certains patients, l'écriture sera d'emblée réduite et pourra l'être définitivement.

Les troubles de la compréhension écrite sont fréquents et leur intensité varie en fonction des patients. Ils peuvent être proportionnels aux difficultés de compréhension du langage oral ou être moins importants lorsqu'ils sont liés à la surdité verbale.

Les transpositions :

La répétition est sévèrement touchée. On note la présence de nombreuses paraphasies et néologismes.

La lecture à haute voix est perturbée par la présence de paraphasies phonémiques.

L'écriture copiée est très altérée.

L'écriture dictée est considérablement touchée. En effet, on observe la présence de nombreuses transformations paragraphiques et de néologismes.

b) L'aphasie de Wernicke type II : aphasie transcorticale sensorielle :

La lésion touche le gyrus angularis.

Ce type d'aphasie se retrouve rarement dans le cadre d'un AVC mais plutôt dans celui d'une maladie dégénérative. En effet, elle est souvent observée dans la maladie d'Alzheimer.

Trois éléments sémiologiques principaux caractérisent ce type d'aphasie :

- le jargon est massif, de type sémantique avec de nombreuses paraphasies verbales sémantiques, monémiques et syntagmiques.
- la compréhension à l'oral et à l'écrit est altérée.
- la répétition est à peu près normale même si l'on observe parfois quelques écholalies.

Les signes associés qui peuvent exister sont : des troubles praxiques et le syndrome de Gerstmann se traduisant par une alexie, une agraphie, une acalculie, une indistinction droite/gauche, une autotopagnosie et une agnosie digitale.

Comme dans l'aphasie de Wernicke proprement dite, le patient est anosognosique.

A l'oral :

Le débit est normal, il n'y a pas de troubles arthriques ni de transformations phonémiques. La prosodie est également préservée.

En revanche, le manque du mot est important : il se manifeste à travers de nombreuses phrases avortées et circonlocutions rendant le discours incohérent.

Dans la majorité des cas, ce tableau évolue défavorablement dans le sens d'une réduction à la fois qualitative et quantitative. L'inventaire lexical se réduit et le patient aphasique produit un très grand nombre de syntagmes figés.

Les troubles de la compréhension du langage oral sont d'emblée sévères ou le deviennent dans le cadre d'une maladie dégénérative. Les difficultés concernent davantage les mots isolés que les phrases simples qui sont généralement mieux comprises.

Au niveau de l'écrit :

Le graphisme et les automatismes d'écriture sont habituellement conservés.

L'expression spontanée est quantitativement réduite mais également riche en paraphrasies de tous ordres et en transformations dysorthographiques.

La compréhension écrite est altérée même si le patient peut lire à haute voix.

Les transpositions :

La répétition est normale ou presque avec parfois la présence de phénomènes d'écholalie.

La lecture à haute voix est le plus souvent correcte même si quelques paralexies sont parfois observées.

L'écriture copiée est généralement servile.

L'écriture dictée est dysorthographique.

c) L'aphasie de Wernicke type III :

La lésion se situe en arrière du gyrus angularis.

Cette aphasie se caractérise par une double dissociation au niveau du langage oral et écrit :

- les troubles du langage oral se limitent à un manque du mot alors que l'expression écrite est jargonagraphe.

- la compréhension orale est normale ou presque, en opposition avec la compréhension écrite qui est très déficitaire.

Dans les rares cas où l'expression orale et la compréhension du langage parlé sont totalement préservées nous parlons d'alexie-agraphie.

Les signes associés sont identiques à ceux cités dans l'aphasie de Wernicke de type II avec parfois la présence d'une hémianopsie latérale homonyme droite.

A l'oral :

Dans cette aphasie, le débit est à peu près normal de même que la prosodie. Les paraphasies ou les néologismes sont rares voire inexistantes.

En revanche, le manque du mot est franc et massif. Il se traduit par des absences de réponse, des hésitations, des pauses, des circonlocutions et des synonymes approximatifs. Le patient a conscience de ses difficultés d'expression orale et l'ébauche orale peut être un moyen de facilitation efficace pour lui.

La compréhension orale est quasiment préservée et la répétition est normale.

A l'écrit :

L'expression écrite peut être supprimée ou sa production peut se limiter à quelques mots. Les troubles du graphisme sont très importants et s'accompagnent de persévérations ce qui rend parfois impossible la reconnaissance des lettres.

Dans d'autres cas, le graphisme est moins touché. Des éléments de jargonographie sont alors observés : paraphrasies verbales, néologismes, transformations dysorthographiques.

Le langage écrit est également dyssyntaxique. Mais en général, le système graphémique de la langue est conservé. En dénomination écrite, un manque du mot peut également être observé mais aucune facilitation écrite n'est efficace.

Contrairement à l'oral, le patient n'a habituellement pas conscience de son trouble à l'écrit.

La compréhension du langage écrit est altérée plus ou moins profondément et peut s'améliorer suivant l'évolution. Les énoncés les plus simples sont davantage reconnus que les messages plus complexes. Selon Déjerine, ce trouble peut être lié à la cécité verbale. Le patient considère alors que ses troubles sont uniquement oculaires et il agit comme tel : il demande de changer de lunettes ou éloigne et rapproche le texte de ses yeux.

Les transpositions :

La répétition est normale.

La lecture à haute voix est extrêmement perturbée.

L'écriture copiée est servile.

L'écriture dictée est totalement dysorthographique.

2) L'aphasie de conduction :

La lésion atteint le gyrus supra-marginalis cortico sous-cortical.

Cette aphasie peut constituer une modalité d'évolution d'une aphasie de Wernicke.

Elle est caractérisée par trois signes sémiologiques principaux :

- le débit est normal mais de nombreuses approches et transformations phonémiques sont observées.
- le trouble de la répétition est très marqué.
- la compréhension du langage est préservée.

Le patient n'est pas anosognosique. Les signes associés sont généralement des apraxies (bucco-linguo-faciale, idéo-motrice), des troubles de la sensibilité et du champ visuel.

A l'oral :

Le débit de parole est presque normal mais il manque de fluidité. Il est entrecoupé d'hésitations, de pauses et de corrections liées à la présence d'un manque du mot et de transformations phonémiques (paraphasies phonémiques, paraphasies verbales de type morphologiques). Elles peuvent être si nombreuses que l'on parlera de jargon phonémique. En général, le patient a conscience de son trouble c'est pourquoi il met en place des conduites d'approches phonémiques pour tenter de corriger son expression. Dans certains cas, il peut ainsi réussir dans d'autres, il peut abandonner le mot sur lequel il accroche pour en produire un autre au sens proche sans hésiter ou utiliser une périphrase.

La personne aphasique va volontairement ralentir son débit pour contrôler son expression phonémique. L'énonciation syllabique remplace alors peu à peu les erreurs et les approches phonémiques mis à part les mots plus longs ou d'usages moins fréquents.

Le manque du mot est plus marqué dans la conversation qu'en dénomination. Il touche principalement les substantifs, les chiffres et les nombres.

La compréhension du langage oral est rarement perturbée ou de façon modérée.

A l'écrit :

Le graphisme est conservé mais les productions écrites contiennent beaucoup de paraphasies. Notons que dans certains cas, d'emblée ou après une évolution, l'écriture est normale ou moins touchée que la production orale.

Les difficultés concernant le langage écrit se manifestent surtout dans l'écriture libre et l'écriture dictée. La production écrite est dysorthographique avec la présence de paraphasies littérales et de paraphasies verbales de type morphologique.

Le patient a conscience de ses troubles de l'expression écrite et cherche alors à les corriger.. Lorsqu'il s'agit d'une évolution d'une aphasie de Wernicke, une dyssyntaxie et des paraphasies verbales sémantiques peuvent être observées.

La compréhension écrite est généralement préservée.

Les transpositions :

Le trouble de la répétition est majeur. Le sujet peut être incapable de répéter ou bien il peut produire de nombreuses approches et paraphasies phonémiques. La fréquence de ces transformations phonémiques varie en fonction de : la longueur du mot, c'est à dire que plus il sera long, plus le patient achoppera ; et de la complexité de la structure du mot. Dans le même sens, les phrases de longueur moyenne et dont la structure syntaxique est simple, seront mieux répétées que des phrases longues et complexes syntaxiquement.

La lecture à haute voix est altérée mais de façon moins sévère et moins durable que la répétition. Elle peut d'ailleurs devenir un moyen de facilitation pour le patient.

L'écriture copiée est la transposition la mieux conservée.

L'écriture dictée est marquée par la présence de transformations dysorthographiques telles que des paraphasies littérales et verbales de type morphologique.

3) L'aphasie amnésique :

La lésion touche le lobe temporal gauche au niveau de la circonvolution temporale inférieure. Dans le cas d'une lésion du gyrus angulaire, un déficit sémantique peut s'ajouter au tableau classique.

Cette aphasie se caractérise par un manque du mot plus ou moins important, qui résiste aux moyens de facilitation.

Le patient a conscience de ses troubles de l'évocation. Dans les cas les plus spécifiques, la compréhension des mots que le patient a du mal à évoquer, peut-être défectueuse à l'oral comme à l'écrit.

Cette sémiologie peut se complexifier et devenir plus sévère dans le cadre de maladies dégénératives ou de pathologies tumorales. Le manque du mot peut être une séquelle d'une aphasie de Wernicke de type I ou de type III lorsque l'étiologie est vasculaire.

A l'oral :

Le débit est globalement préservé. De même, la prosodie et la réalisation articulaire sont conservées.

Le manque du mot, de sévérité variable en fonction des patients, se manifeste dans la conversation par la présence de périphrases, par des choix de mots inadéquats, par des phrases inachevées. Dans les épreuves de dénomination, le manque du mot se traduit par des délais ou des absences de réponse et par des circonlocutions. Comme dans la plupart des aphasies, ce trouble est plus marqué pour les mots complexes et moins fréquents. Notons que les réponses paraphasiques sont rares.

Les épreuves simples de compréhension sont généralement réussies mais dans les épreuves plus élaborées, le sens de certains mots n'est pas toujours appréhendé. A un niveau très sévère, le patient peut ne pas reconnaître un mot comme faisant partie de la langue.

A l'écrit :

Le graphisme, les automatismes d'écriture et le débit sont conservés.

La compréhension écrite est globalement préservée mais les mêmes difficultés qu'à l'oral peuvent être observées dans les épreuves plus complexes.

Les transpositions :

La répétition est normale de même que la lecture à haute voix même si celle-ci peut être un peu plus lente.

L'écriture copiée est normale.

L'écriture dictée peut révéler la présence d'une dysorthographe.

Notons que d'autres types d'aphasies s'ajoutent à ces formes qualifiées de « classiques ». Il s'agit notamment des aphasies sous corticales.

C) Les aphasies sous-corticales :

« L'expression d'aphasies sous-corticales se réfère à une entité anatomique et non fonctionnelle puisqu'elle englobe des syndromes aphasiques variables liés à une lésion des structures sous-corticales. » (BACHKINE (2000))⁸

⁸ [7] cité par CHOMEL-GUILLAUME S. et coll. (2010) , Les aphasies : Evaluation et rééducation, p.93

Les lésions responsables impliquent :

- le thalamus
- le noyau caudé
- le putamen et le pallidum
- la substance blanche périventriculaire et sous-corticale
- les noyaux gris centraux

Les tableaux syndromiques s'apparentent aux formes traditionnelles d'aphasie avec des éléments atypiques, d'où le terme d'aphasie « dissidente » utilisé par PUEL (1984) (cité par CHOMEL-GUILLAUME (2010) [7]).

Même si elles offrent une sémiologie variée, un certains nombres de caractéristiques se retrouvent dans les aphasies sous-corticales :

- Le langage spontané est fluent ou logopénique (débit fréquemment ralenti par des hésitations et des interruptions du fait du manque du mot mais avec possibilité de produire des phrases de longueur normale.)
- Le volume vocal est réduit.
- La répétition est globalement préservée.

La lésion des structures sous-corticales implique également l'association fréquente d'autres troubles cognitifs tels que des troubles mnésiques notamment de la mémoire verbale, une perte de motivation et un trouble de l'attention.

L'étude et la description des troubles langagiers est indispensable pour connaître l'aphasie et pour en guider la rééducation, mais cette pathologie ne se limite pas à des tableaux syndromiques. En effet, les difficultés linguistiques liées à l'aphasie et les signes associés qui l'accompagnent, entraînent un véritable handicap pour la personne aphasique dans sa réalisation personnelle, familiale et socioprofessionnelle.

CHAPITRE 2 : ETRE APHASIQUE

I) Le handicap aphasique :

A) La Classification Internationale des handicaps (CIH) :

Elle fut élaborée par l'OMS en 1980, suite aux travaux de WOOD, cité par LACROIX J., JOANNETTE Y. (1994) [50], sur la définition du handicap. Cette classification distingue trois niveaux d'atteinte : la déficience, l'incapacité et le handicap.

o La déficience :

Elle correspond à la perte de substance ou à l'altération d'une fonction ou d'une structure. Elle est donc la conséquence physiologique de la lésion sur une fonction (motrice, sensitive, linguistique, mnésique ou thymique). Il s'agit de l'aspect lésionnel du handicap.

o L'incapacité :

Il s'agit de la réduction (résultant de la déficience) partielle ou totale de la capacité à réaliser une activité, dans les limites considérées comme faisant partie de la normalité.

Trois niveaux d'incapacité ont été définis.

Le premier concerne les difficultés pour les activités élémentaires de la vie quotidienne comme les repas, l'habillage, la toilette...

Le deuxième niveau correspond aux activités plus élaborées comme la gestion du budget, les sorties...

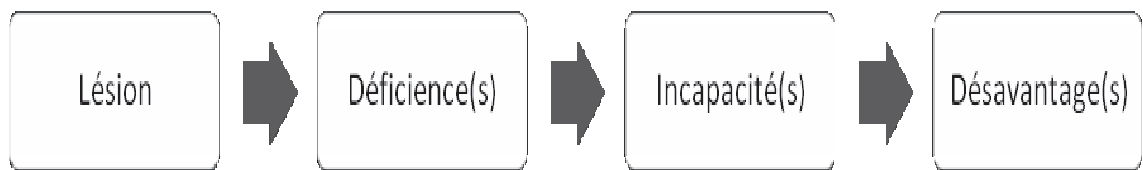
Enfin, le troisième intéresse les activités socioprofessionnelles. L'incapacité correspond donc à une limitation d'activité. C'est l'aspect fonctionnel du handicap.

o Le handicap :

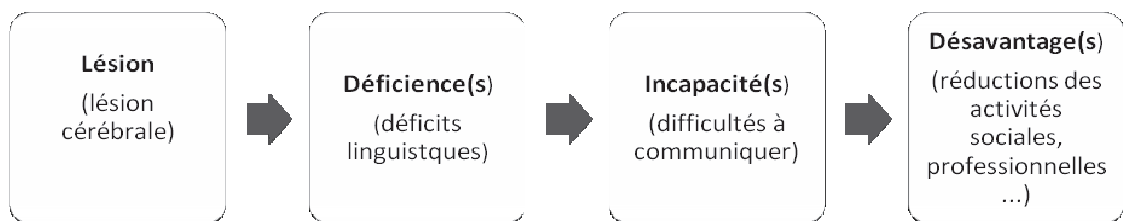
Il est relatif au désavantage social résultant de la déficience ou de l'incapacité d'un individu.

Il limite voire interdit l'accomplissement d'un rôle social attendu chez un individu compte tenu de son âge, de son sexe et des éléments socio-culturels le caractérisant. Il s'agit de l'aspect situationnel.

L'interaction entre ces différents niveaux peut se représenter à travers le schéma suivant :

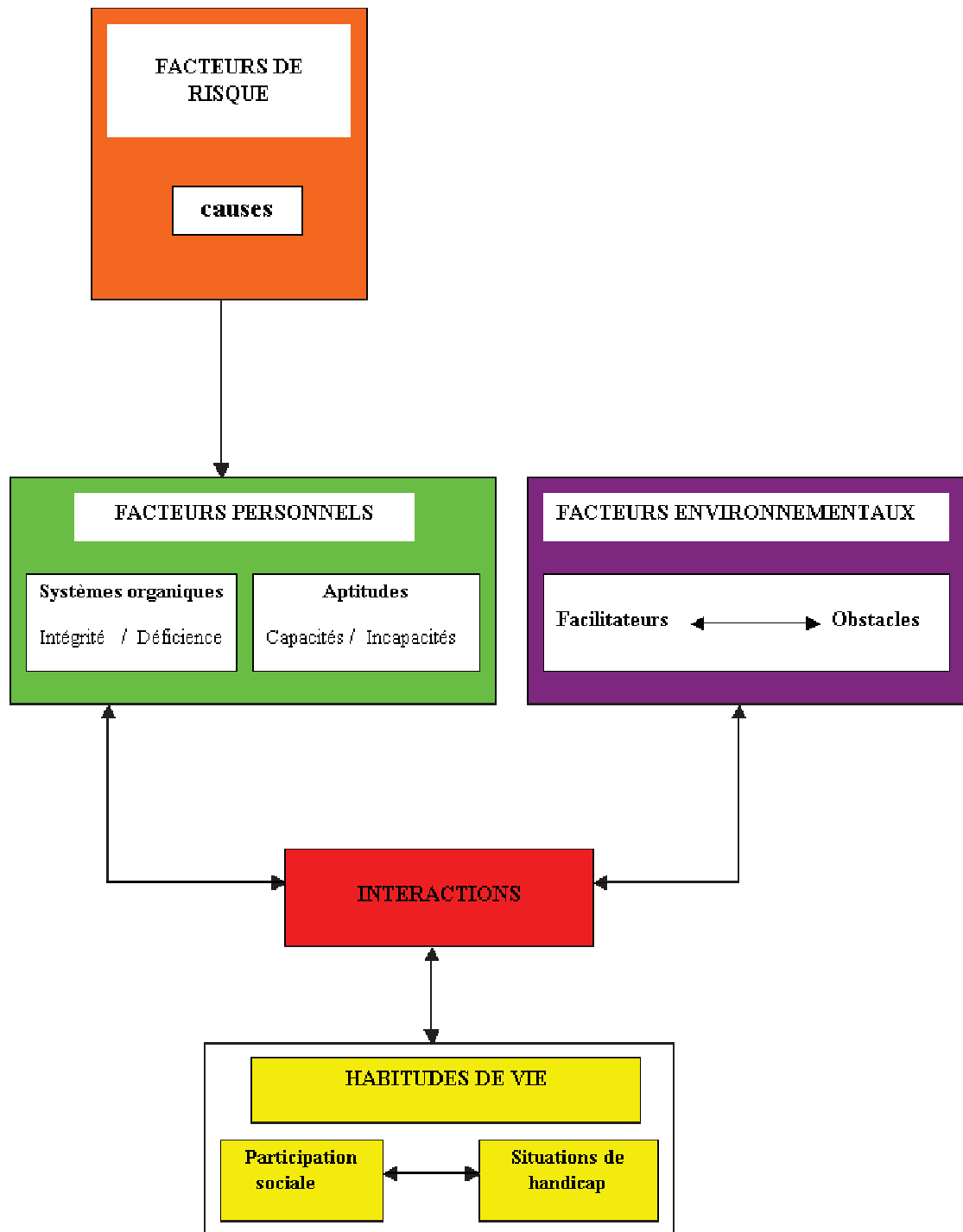


Appliquée à l'aphasie, cette définition permet de considérer la pathologie dans sa globalité et non pas uniquement au niveau des déficits linguistiques. Ainsi, le handicap aphasique se forme de la façon suivante :



Précisons qu'il n'existe pas toujours une corrélation systématique entre déficience, incapacité et handicap. Parfois, la déficience n'entraîne pas d'incapacité ou une incapacité peut ne pas s'accompagner d'un handicap dans une situation précise. Le handicap peut donc être variable d'un individu à l'autre, d'une situation à une autre pour un même niveau d'incapacité.

Pour MICHALLET B., LE DORZE G. et TETREAULT S. (1999) [53], les situations de handicap correspondent à la réduction des habitudes de vie qui résulte de la combinaison de facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et de facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles). Ils modélisent cette conception dans un schéma illustrant le processus de production du handicap.



MICHALLET B., LE DORZE G. et TETREAULT S. (1999), Aphasie sévère et situation de handicap : implication en réadaptation, *Annales Réad. Méd. Phys.*, n°42, p.555

Ainsi, la C.I.H présente des limites, puisqu'elle ne prend en compte que les aspects médicaux et personnels de l'individu et ne considère pas le rôle de l'environnement dans la constitution du handicap.

Suite à ces réflexions, une révision de cette classification a été proposée et adoptée en 2001 par l'OMS : la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F)

B)La C.I.F. :

D'après ce nouveau modèle : « l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé (maladies, troubles, lésions, traumatismes) et les facteurs contextuels qui comprennent à la fois des facteurs personnels et environnementaux. »⁹

Cette classification a donc à la fois une dimension individuelle et une dimension sociale comprenant les facteurs environnementaux induisant les notions de contexte et de situation. Cette conception du handicap permet d'expliquer le fait que deux individus qui ont des troubles comparables, peuvent subir une limitation sociale différente.

Ce modèle souligne le fait que la participation de l'individu, c'est-à-dire la manière dont il conduit une activité, ou son implication dans des situations de la vie quotidienne, peut être touchée par deux phénomènes : l'atteinte des fonctions et des structures et/ou un environnement non adapté qui ne favorisera pas une participation de qualité.



La C.I.F définit les termes d'activité et de participation.

L'activité représente « l'exécution d'une tâche », elle renvoie à la notion d'incapacité décrite dans la CIH.

La participation correspond à « l'implication dans une situation de vie réelle », elle correspond au concept de désavantage de la CIH.

⁹ [43] CREVIER-BUCHMAN L., (2005), La prise en charge du handicap en rééducation orthophonique, Rééducation orthophonique, décembre, n°224, p. 4

Ces deux notions sont abordées dans un même chapitre introduisant les concepts de communication verbale et non verbale, sur le versant réceptif et expressif ainsi que l'utilisation d'aides techniques de communication. Cette classification prend donc en considération les différents aspects de la communication et permet, d'après DAVIET (2007) [26], d'observer la communication selon deux axes complémentaires :

- un axe qualitatif qui correspond à l'étude des déficiences.
- un axe fonctionnel qui appréhende les activités de communication.

Ils soulignent que ces deux aspects peuvent être responsables d'une réduction de la participation sociale et de changements dans les comportements ainsi que dans les rôles sociaux.

L'aphasie survient brutalement, c'est un véritable séisme qui entraîne des bouleversements au niveau affectif et intellectuel pour le patient mais également pour son entourage. C'est ce que nous allons maintenant aborder dans cette partie.

II) Le retentissement sur la personnalité de l'aphasique :

Il est parfois difficile de faire la distinction entre d'une part, les changements des traits de personnalité de l'aphasique qui sont liés à la lésion et d'autre part, les réactions du patient face ses troubles.

A)Corrélations anatomo-cliniques :

En phase initiale, on peut observer des comportements communs à ceux qui ont des troubles similaires laissant penser que « c'est la symptomatologie sous tendue par le site lésionnel qui est responsable pour une bonne part de ces troubles du comportement. »¹⁰

Dans les aphasies de type Broca (lésion antérieure), la personne subit une double amputation : à la fois motrice et linguistique. Elle est sidérée par ce qui lui arrive et un fort sentiment d'abattement voire de dépression s'installe d'emblée. Face à ses difficultés d'expression, elle restreint sa communication à l'expression de ses besoins.

¹⁰ [14] DUCARNE DE RIBAU COURT B. (1988), Rééducation sémiologique de l'aphasie , Paris, Masson, p.156

De plus, si elle ne parvient pas à se faire comprendre et à trouver ses mots, elle peut avoir tendance à abandonner et à se retirer de la conversation.

De surcroît, l'aphasique ressent une grande frustration à ne pas pouvoir exprimer sa pensée. Il se sent démuni et impuissant. GOLDSTEIN K., cité par LETOURNEAU P-Y (1991) dans L'aphasique [29], utilisait à propos de ces patients le terme de « réaction catastrophique » pour décrire leur comportement face à l'aphasie. La colère peut aussi être un moyen de défense pour eux.

Lorsque les lésions sont plus postérieures, notamment dans les aphasies de Wernicke, les patients qui ont des troubles de la compréhension ne se rendent pas toujours compte de leur déficit. Dans les cas de jargon, la personne est irritée du fait de ne pas être comprise. Elle s'agite en cherchant à tout prix à se faire comprendre : elle hausse la voix et gesticule continuellement. Elle décharge parfois son agressivité sur l'entourage ou le personnel soignant. Mais cette période d'excitation générale est transitoire, elle évolue généralement vers une phase de dépression ou d'isolement du fait que le patient prend conscience de ses troubles.

Concernant l'aphasie de conduction, les réactions sont habituellement adaptées au déficit. Il n'y a pas de transformation des éléments de la personnalité antérieure mais il s'agit plutôt d'un mode réactionnel.

La personne aphasique, n'ayant pas de troubles réceptifs, est capable de communiquer par des approches successives. De plus, elle n'a pas d'hémiplégie importante ce qui facilite une meilleure récupération. Ces aphasiques cherchent souvent à défendre leur autonomie. C'est pourquoi ils peuvent être très revendicateurs et avoir des réactions d'impatience avec leur entourage.

Dans les aphasies sensorielles, les patients ont des troubles cognitifs et du comportement importants. En effet, du fait de leurs difficultés de compréhension ils se sentent isolés et se mettent en retrait. Ils vivent mal leur déficit au quotidien, par exemple pour regarder la télévision, et ressentent souvent un sentiment d'ennui. Ces personnes sont également très dépendantes des membres de leur entourage qui vont jouer le rôle de traducteur en adaptant leur parole pour qu'elles comprennent. Mais cela confère un caractère artificiel à la communication qui sera moins spontanée et qui rendra le patient plus passif et introverti.

B) Les réactions les plus fréquemment observées :

D'après P.-Y LETOURNEAU [29], différents facteurs peuvent influencer les modifications de la personnalité et du comportement de la personne aphasique :

- la sévérité et la durée des séquelles.
- la rapidité et qualité de la prise en charge.
- les éléments personnels de l'aphasique comme son âge, son niveau socio-culturel.
- la personnalité antérieure joue aussi un rôle primordial : la personne est dans la maladie comme dans la vie c'est à dire qu'elle va s'adapter en utilisant ses ressources personnelles.
- la façon dont le patient perçoit ses limites et la signification qu'il leur donne déterminent le mode réactionnel. Dans les cas très sévères où l'anosognosie est totale la perception peut être inexistante. Mais lorsque la personne aphasique prend conscience de ses difficultés, les réactions psychologiques apparaissent.
- la présence d'un conjoint, d'une famille et la qualité de son soutien.
- la place du langage dans la vie de la personne est également importante : par exemple, une institutrice ou un maître de conférences seront d'autant plus frustrés de ne plus pouvoir utiliser cet instrument qu'ils privilégiaient.
- les perspectives d'avenir.

Face au bouleversement provoqué par l'aphasie, le patient est plongé dans l'inconnu, dans l'incertitude, il ne comprend pas toujours ce qu'il lui arrive, ce qui provoque chez lui une profonde angoisse. Il craint la possibilité d'une récurrence et l'avenir lui semble incertain. Il a également peur de ne plus être comme avant, de ne pas retrouver son travail et de perdre les personnes de son entourage. Ce **sentiment de perte** est toujours présent chez les personnes aphasiques.

Dans son article sur les conséquences psychologiques de l'aphasie, LETOURNEAU P-Y [29] évoque la notion d'adaptation à la perte, c'est-à-dire le processus que la personne aphasique suit pour faire face à la perte de certaines fonctions. Aux difficultés de langage s'ajoutent la diminution de l'autonomie, la baisse de l'estime de soi, la perte des rôles familiaux et sociaux notamment au niveau de l'activité professionnelle et des activités culturelles, sportives. De plus, les perspectives d'avenir sont extrêmement restreintes. Les personnes aphasiques réagissent de façon différente face à ce qu'elles ont perdu mais elles traversent toutes des phases leur permettant de s'adapter à cette nouvelle situation.

Ces principales étapes sont :

- le choc initial avec un début de prise de conscience.
- une phase de fuite ou de réactions vives face à ce choc.
- une prise de conscience objective des troubles.
- la recherche d'adaptation et d'intégration des incapacités dans la vie quotidienne.

Ces comportements varient en fonction de différents facteurs sémiologiques, personnels et environnementaux.

Le sentiment de perte entraîne des réactions de tristesse, de déception et dans certains cas de **dépression**. D'après LETOURNEAU P-Y [29], on parle de dépression quand les réactions et les signes émotionnels sont supérieurs à l'importance des fonctions perdues. La personne aphasique est alors apathique, elle n'a quasiment plus d'intérêt pour rien et dans certains cas elle peut avoir des idées suicidaires. Habituellement, les dépressions les plus fréquentes et les plus graves sont observées chez les patients non fluents et chez des personnes ayant des antécédents psychiatriques.

La dépression s'observe davantage chez les aphasiques très dépendants dans les activités de la vie quotidienne et souffrant de troubles moteurs importants.

Généralement la dépression diminue peu à peu avec l'évolution des troubles mais peut ressurgir lorsque la personne aphasique se trouve confrontée à de nouvelles limites. De plus, l'aphasique est très sensible aux succès et aux échecs. Il pourra être encouragé aussi vite que découragé.

La réalité est parfois trop difficile pour s'y confronter et la personne aphasique peut avoir tendance à **nier** ses troubles. C'est un mode de défense, à différencier de l'anosognosie, qui lui permet de s'adapter progressivement à cette situation.

Dans d'autre cas, le patient peut avoir des **comportements d'adaptation régressifs** parfois majorés par des troubles cognitifs.

Accablé par ce qui lui arrive, l'aphasique se laisse parfois faire et s'abandonne aux soins des autres. Il peut rechercher de l'affection et des bénéfices secondaires afin de surmonter le sentiment de perte.

Dans certains cas, les déficits (linguistiques, moteurs) sont tellement importants que la personne aphasique se retrouve dépendante des autres, ce qui provoque parfois chez elle des **sentiments de honte**, de **culpabilité** et de découragement.

La personne aphasique qui ne peut plus tenir son rôle au sein de la famille et de la société **perd l'estime d'elle-même**. Elle se sent dépossédé de ce qui constituait sa personnalité, c'est à dire son travail, sa place dans le cercle familial et ses relations sociales. Elle peut se considérer comme « un moins que rien » d'autant plus qu'elle culpabilisera de faire subir cette charge à ses proches.

Ce sentiment de dévalorisation de soi qui s'ajoute aux difficultés d'expression la pousse à se mettre en retrait par crainte d'être rejeté par ses proches. Un cercle vicieux se forme alors entre isolement, tristesse et dépression réduisant les situations permettant l'amélioration du langage ou la mise en place de nouveaux moyens de communication.

Nous pouvons également observer que certains aphasiques ne perçoivent pas toujours une situation dans sa globalité et peuvent être très exigeants envers leurs proches concernant la satisfaction de leur besoins. L'entourage de la personne aphasique se plaint parfois de son agressivité. Ne tolérant pas beaucoup la frustration et ne gérant pas forcément ses émotions, l'aphasique est parfois très irritable. Cette agressivité peut être un moyen pour lui de se faire entendre, d'avoir une emprise sur son environnement.

La lésion cérébrale peut entraîner une réduction des processus d'inhibition et de contrôle des émotions. Cette **labilité émotionnelle** se traduit par des pleurs parfois immotivés, par le passage intempestif d'une émotion à une autre. C'est une chose souvent difficile à vivre pour la famille.

Dans certains cas, nous pouvons observer chez la personne aphasique un comportement qualifié de « **belle indifférence** » tel que l'a décrit CHARCOT à propos de l'hystérie, où le patient semble insouciant et satisfait de sa situation.

L'étude de DUCARNE B. (1988) [14] résume ce que nous venons de développer dans ce chapitre en montrant que 95% des aphasiques avouent ne plus être comme avant, se trouvant soit plus sensible, soit plus anxieux...

III) Les conséquences familiales :

Lorsque l'aphasie survient, l'urgence médicale est au premier plan pour la famille. Les proches assistent à ce bouleversement et sont sous le choc. Peu à peu, ils prennent des distances par rapport aux inquiétudes vitales notamment quand le patient sort de l'hôpital ou du centre de réadaptation pour retourner chez lui. C'est à ce moment que les membres de la famille prennent conscience qu'il faut qu'ils endossent le rôle parfois contraignant de l'aidant. Ils ont parfois un sentiment d'injustice face à ce qui leur arrive. Pendant un temps, la famille garde malgré tout un certain espoir mais petit à petit elle va s'interroger sur l'avenir et pourra devenir rejetante ou moins motivante.

De plus, du fait de son changement de comportement, les proches ne reconnaissent parfois plus la personne aphasique. Comme le soulignent LABOUREL D. et MARTIN M-M (1991) [29] « *A l'absence de celui qui était à l'hôpital, succède la présence d'un étranger.* »¹¹

L'aphasie crée un profond remaniement des liens au sein de la famille : à la fois sur le couple et sur les relations avec les enfants. BUCK, cité par D.LABOUREL et M-M MARTIN [29] qualifie l'aphasie de « maladie de la famille ».

Si l'on considère la famille comme un système stable, cet équilibre est remis en cause par la survenue de l'aphasie qui entraîne de nouveaux comportements chez les proches influant eux-mêmes sur les attitudes de la personne aphasique. Par exemple, la famille joue un rôle dans l'actualisation des progrès de l'aphasique en rééducation dans la vie quotidienne. En effet, elle peut encourager l'utilisation du langage fonctionnel et faciliter la réintégration sociale à travers des sorties, des visites chez des amis... A l'inverse, si elle est trop protectrice, la famille peut entraîner le retrait social et l'isolement de la personne aphasique.

Cette recherche d'un nouvel équilibre pour la famille suit les mêmes étapes que l'évolution de l'aphasique. Plusieurs facteurs influenceront ces changements au sein de l'entourage comme la sévérité et la durée du déficit entre autres. DUCARNE B. [14] nous présente différents cas de figure.

Lorsque la récupération physique est bonne de même que celle du langage, la moitié des personnes aphasiques considère que les relations familiales n'ont pas changé. L'autre partie souffre de difficultés familiales. Leur plainte se situe principalement au niveau de la perte de leur rôle au sein de la famille et du fait que le conjoint, après avoir tout pris en charge, a parfois du mal à « re déléguer » à la personne aphasique.

Dans le cas où le patient a moyennement récupéré, celui-ci s'intéresse à ce qui se passe dans la famille mais il ne prend pas de décision ni d'initiative.

Enfin, la dégradation des relations familiales est souvent majeure quand la récupération est mauvaise. La famille peut parfois demander des hospitalisations de répit et dans les cas les plus complexes, la rupture est inévitable.

¹¹ [29] LABOUREL D., MARTIN M-M, (1991), *L'aphasique et sa famille*, L'aphasique, p.144

A) Sur le couple :

Différentes réactions peuvent être observées chez les conjoints. Certains éprouvent de la culpabilité s'accusant de ne pas avoir prévu l'accident ou de ne pas l'avoir empêché. Ils cherchent alors à tout faire pour soulager la personne aphasique et peuvent avoir des comportements hyperprotecteurs voire maternants. Afin d'éviter toute situation angoissante pour l'aphasique, ils prennent tout en charge, malgré certaines capacités du patient, et cherchent à tout contrôler au niveau de ses déplacements, de ses sorties. Ils s'interdisent parfois de le laisser seul chez lui. Cette attitude entraîne une plus grande dépendance de la personne aphasique qui peut devenir plus exigeante envers eux.

Le conjoint se trouve parfois confronté à l'exigence et à la possessivité de la personne aphasique supportant difficilement cette nouvelle place au sein du couple. En effet, les modifications dans les rôles familiaux et l'adaptation à ces nouveaux statuts constituent souvent un problème central. Le conjoint doit gérer le quotidien, assumer de nouvelles responsabilités et de nouvelles fonctions. C'est sur lui que reposent les choix pour l'avenir et le couple. Certains se sentent dépassés par tout ce qui leur incombe désormais alors que d'autres trouvent cette nouvelle place gratifiante. Dans ce cas là, il n'est pas rare de constater qu'ils ont du mal à repartager les rôles par la suite.

A tout cela s'ajoutent les difficultés quotidiennes que le couple rencontre pour communiquer et qui sont sources de frustrations et d'insatisfactions. Les tensions qui en découlent peuvent être très lourdes à supporter et provoquer la séparation du couple. En général, l'impact de l'aphasie sur l'union dépend de la qualité de la relation avant sa survenue.

Concernant la récupération, certains conjoints ont des attentes non réalistes et sont persuadés que leur époux ou épouse va récupérer totalement. Ils sont généralement très revendicateurs par rapport à la rééducation. D'autres sont encourageants et stimulants pour la personne aphasique. Ses progrès seront d'autant plus facilités par cette attitude. En effet, le conjoint en adaptant son débit de parole, en mettant en pratique des moyens compensatoires suggérés par l'orthophoniste, va favoriser l'émergence d'un langage fonctionnel et par là même va permettre la consolidation des acquis obtenus lors de la rééducation. Pour résumer, il favorise le processus de généralisation et le transfert des acquis dans la vie quotidienne.

B) Sur les relations avec les enfants :

Du fait des difficultés qu'elle éprouve pour s'exprimer, la personne aphasique perd son autorité auprès de ses enfants. Elle se sent impuissante et se met peu à peu en retrait des discussions et des décisions.

Par conséquent, les rôles se transforment au sein de la famille : le conjoint prend désormais en charge l'éducation des enfants dans sa globalité.

Ceux-ci souffrent également des difficultés qu'ils rencontrent à communiquer avec leur parent aphasique. Pour eux, celui-ci n'est plus le même, il est diminué et il faut parfois s'en occuper.

Leur réaction et leur capacité d'adaptation à l'aphasie varie en fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'AVC mais également en fonction du climat familial. Généralement l'impact est majeur sur les adolescents.

IV) Les conséquences sociales :

Selon LEMAY M-A (1991) [29], l'impact de l'aphasie sur la vie sociale est différent pour chacun et dépend, entre autres facteurs, de la récupération. Les personnes ayant bien récupéré garderont malgré tout quelques difficultés dans des situations comme les conversations rapides à plusieurs ou dans le bruit. Elles chercheront alors à contourner les difficultés et sélectionneront les situations de communication.

Les conséquences sur les relations sociales seront généralement plus importantes pour les aphasiques dont la récupération est limitée. En effet, ceux qui ont conscience de leurs difficultés auront tendance à se replier sur eux-mêmes et à éviter le contact avec les autres. Leur journée sera souvent rythmée par l'intervention des différents thérapeutes qui seront parfois considérés comme de véritables membres de l'entourage.

L'autonomie et les contacts de la personne aphasique en dehors de la maison sont également fortement liés à la personnalité du sujet ainsi qu'à la réaction de l'entourage qui va encourager ou au contraire freiner ce processus.

Certains aphasiques se sentent plus libres en dehors de leur milieu familial et d'autres au contraire sont angoissés à l'idée de s'adapter aux différents actes de la vie quotidienne.

Dans le premier cas de figure, la personne a besoin de retrouver son autonomie et de sortir de la maison. Quand son intégrité physique le lui permet, elle peut faire des courses seule même si elle a quelques difficultés avec l'argent liquide.

La reprise de la conduite est souvent pour elle un élément essentiel puisque cela lui permettra d'être plus indépendante. Elle pourra également avoir des activités de loisir à l'extérieur du domicile.

Dans le second cas, l'aphasique se sent incapable d'être confronté au regard d'autrui. Il n'a pas confiance en lui et s'attend à échouer, c'est pourquoi il évite certaines situations en se mettant en retrait. Par exemple, il se contentera d'écouter une conversation sans oser y participer, par peur de se tromper et d'être mal à l'aise.

De plus, l'interlocuteur n'est pas toujours patient et ne prend pas forcément le temps de comprendre ce que dit l'aphasique. Ainsi, aux encouragements du début succède un malaise croissant qui conduit à l'évitement de l'interlocuteur. Par conséquent, les aphasiques n'ont généralement plus les mêmes relations sociales qu'auparavant.

A)Le retrait social :

Les personnes aphasiques et leur conjoint évoquent souvent l'éloignement des amis. Cette prise de distance vient en partie du fait que l'aphasique ne veut pas se trouver en position d'infériorité et en difficulté face à eux. Elle naît également des sentiments de culpabilité, de peur face à ce changement que ressentent les amis ou anciens collègues de travail de la personne aphasique. Ainsi, les contacts remplis de malaise se font de plus en plus rares à l'exception de certains amis très proches.

Les couples se plaignent du repli social qu'entraîne l'aphasie. Ils ont moins d'activités et de loisirs notamment en groupe. Le conjoint étant surchargé par ses tâches quotidiennes n'a plus le temps pour ses loisirs et ses contacts relationnels extérieurs diminuent. Les visites chez des amis ou les réceptions se font rares ainsi que les sorties au restaurant...

Finalement, seule la famille et quelques amis proches restent en contact. D'après DUCARNE B. [14], 95% des aphasiques ne retrouvent plus les personnes de leur entourage présentes avant l'aphasie.

Notons que la rencontre de nouvelles personnes est rare pour l'aphasique qui se méfie des autres et qui a le sentiment d'être incompris.

B) Dans le monde du travail :

Différents auteurs comme DUCARNE B. [14] puis J. ROLLAND et C.BELIN (1991) [29] se sont intéressés à la réinsertion professionnelle des aphasiques. Ils s'accordent sur le fait qu'il est compliqué pour ces personnes de reprendre leur activité professionnelle. Environ 35% sont réinsérés dans des milieux pseudo-professionnels, en bénéficiant d'un mi-temps thérapeutique par exemple.

La reprise d'activité dépend de différents facteurs. La nature du travail définira les possibilités de réinsertion car si l'aphasique a une hémiplégie massive il lui sera difficile de reprendre un travail manuel. De même, si la personne avait une profession plutôt intellectuelle, elle aura du mal à reprendre cette activité dans le sens où l'aphasie entraîne parfois des difficultés au niveau du raisonnement, du calcul et une fatigabilité accrue.

D'autres facteurs sont déterminants :

- l'âge : 75% des réinsertions pourront se faire avant 25ans.
- le sexe : 65% des femmes peuvent se réinsérer contre 40% des hommes.
- la durée de rééducation et de récupération : souvent la rééducation est longue, l'aphasique doit donc combiner ses horaires de travail et de rééducation.

Nous retrouvons, chez ceux qui reprennent le travail, les mêmes plaintes concernant la fatigabilité, les troubles de l'attention et de la mémoire, la lenteur dans les actes quotidiens ainsi que les difficultés de communication perturbant les conversations professionnelles et téléphoniques.

La réinsertion professionnelle reste donc difficile même pour des aphasiques ayant bien récupéré.

Comme nous l'avons vu précédemment la sémiologie de l'aphasie entraîne de nombreuses conséquences sur la personne aphasique et son entourage mais qu'en est-il au niveau de la communication proprement dite ? Après avoir rappelé quelques concepts théoriques, nous tenterons de décrire les comportements de communication de l'aphasique.

CHAPITRE 3 : APHASIE ET COMMUNICATION

I) La communication : aspects théoriques

A) Définition générale :

Le dictionnaire d'orthophonie définit la communication comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu »¹². Le langage est le principal instrument de communication de l'Homme.

ABRIC (1996) [1] définit la communication comme un « *acte social* ». Il peut être délibéré ou involontaire, conscient ou inconscient.

Selon WATZLAWICK (1972) : « *on ne peut pas ne pas communiquer, parce que l'être vivant est, par constitution, un système de communication.* »¹³ Par conséquent, tout comportement serait un acte de communication et celle-ci ne serait pas uniquement verbale.

Le concept de communication est difficile à définir tant il a fait l'objet de nombreuses modélisations de la part des auteurs. Les premiers modèles envisageaient la communication comme un transfert d'informations verbales sans tenir compte de l'interlocuteur. Par la suite, ils se sont enrichis et ont pris en considération les interactions et le contexte. Nous allons présenter succinctement ces principaux modèles.

¹² [5] BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., Dictionnaire d'orthophonie, p.54

¹³ [38] WATZLAWICK et coll.,(1972), Une logique de la communication, p.46

B) Les théories de la communication :

1) Modèle de SHANNON et WEAVER : un modèle technique

SHANNON C. et WEAVER W. (1949), cités par MARC E. et PICARD D. (1996) [25], fondent une « théorie mathématique de la communication » présentant celle-ci comme une transmission linéaire d'informations. L'émetteur transmet un message au récepteur en utilisant un signal par le biais d'un canal.

Le récepteur qui devient à son tour émetteur, répond au message en suivant le même principe. La perception de l'information peut être perturbée par un bruit s'il déforme le signal.

Ainsi, ce modèle se limite à la transmission physique du message et confère au récepteur un rôle passif. De plus, il ne rend pas compte de la nature spécifique du langage verbal c'est pourquoi des modèles linguistiques ont été élaborés comme celui de JAKOBSON.

2) Schéma de la communication de JAKOBSON :

JAKOBSON R. (1963), définit six facteurs qui constituent « *tout acte de communication verbale* »¹⁴. Il les inscrit dans son schéma de la communication.



Le **destinateur** envoie un message au **destinataire**. Pour que le **message** soit opérant, il doit être inscrit dans un **contexte** saisissable par le destinataire et qui est, soit verbalisable, soit susceptible d'être verbalisé. Le message nécessite un **code** commun, du moins en partie, à l'encodeur et au décodeur.

¹⁴ [19] JAKOBSON R. (1963),Essais de linguistique générale, Tome I Paris, édition de Minuit, p.213

Il requiert également un **contact** entre les interlocuteurs qui leur permet d'installer et de maintenir la communication. Ce **contact** s'établit à travers un canal physique et une connexion psychologique.

Enfin, une fois qu'il a reçu le message, le destinataire peut à son tour en transmettre un et prendre le rôle de destinataire.

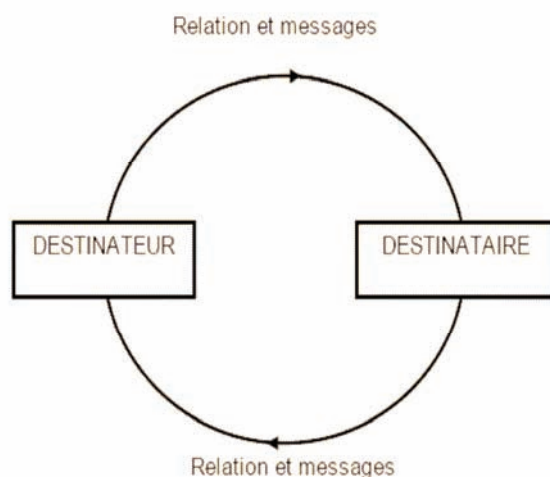
Chaque facteur correspond à une fonction linguistique particulière que nous évoquerons par la suite.

Le modèle de JAKOBSON a été le point de départ de nombreux travaux sur la communication verbale. Nous assistons alors à un élargissement des perspectives et de nouveaux concepts vont apparaître.

3) Les modèles complémentaires :

WIENER N., cité par BENECHÉ M. et CORTIANA M. (2007) [61], à travers la cybernétique, ajoute le principe de **rétroaction** ou de **feed-back** à la notion de communication. Il s'agit de la réaction du destinataire face au message reçu, qui renseigne le locuteur sur la façon dont l'information a été perçue et lui permet d'ajuster son émission afin de maintenir la communication. Ainsi, ces feed-back verbaux, paraverbaux et non-verbaux permettent aux participants de montrer leur présence dans l'échange et amènent le locuteur à moduler son discours en fonction de ces signaux. Une relation de circularité se construit alors entre les acteurs de la communication.

Cette notion sera modélisée par l'école de Palo Alto à travers les boucles de rétroaction.



Cette approche prend donc en considération les deux dimensions fondamentales et indissociables de la communication qui sont la transaction et l'interaction.

La **transaction** correspond au transfert de l'information, c'est-à-dire au rapport entre langage et pensée.

L'**interaction** renvoie à la relation entre les participants correspondant au rapport entre langage et relation sociale.

Dans la continuité des modèles précédents, KERBRAT-ORECCHIONI (1980) [22] propose un nouveau schéma de la communication qui met l'accent sur l'interaction entre les participants. Chaque interlocuteur est constamment influencé par l'autre et chacun change de rôle au cours de l'échange.

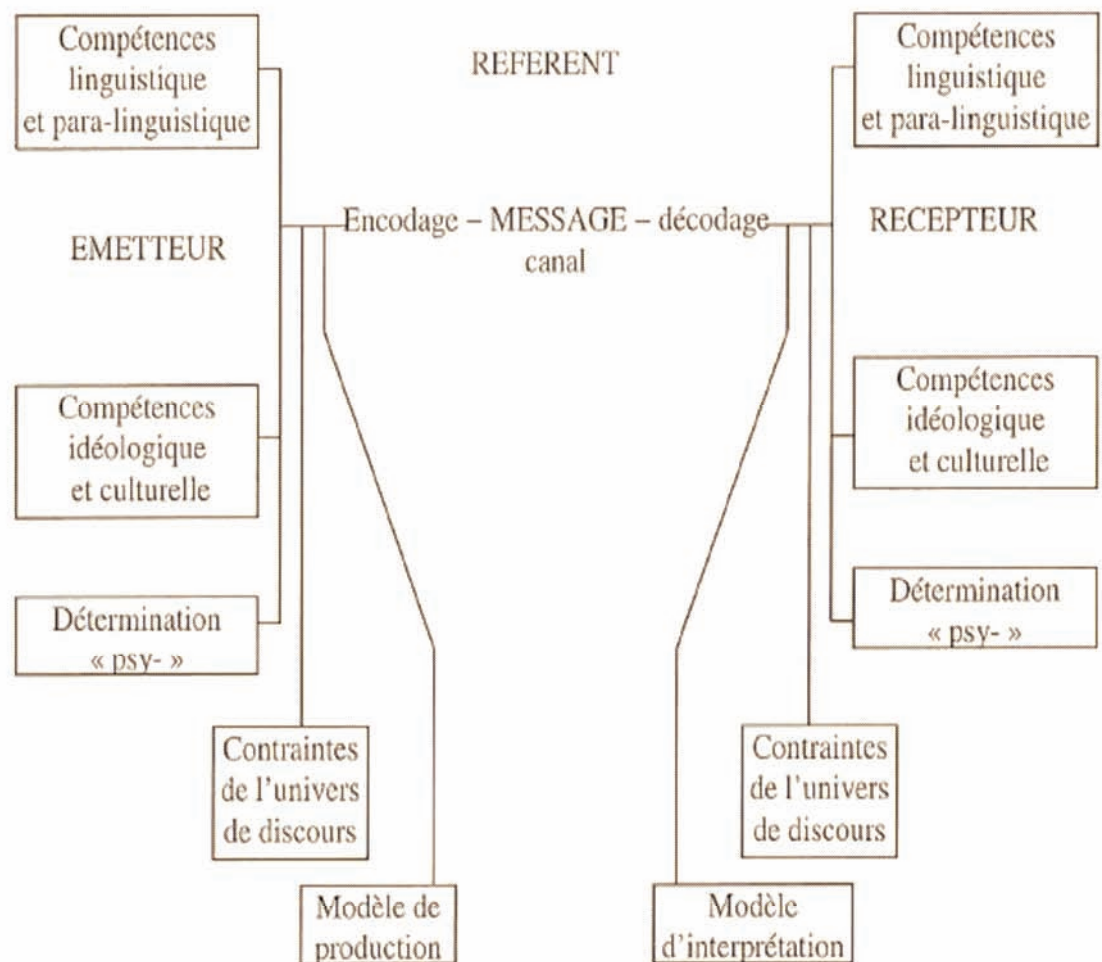


Schéma 4 : Modèle de la communication, Kerbrat-Orecchioni (1980)

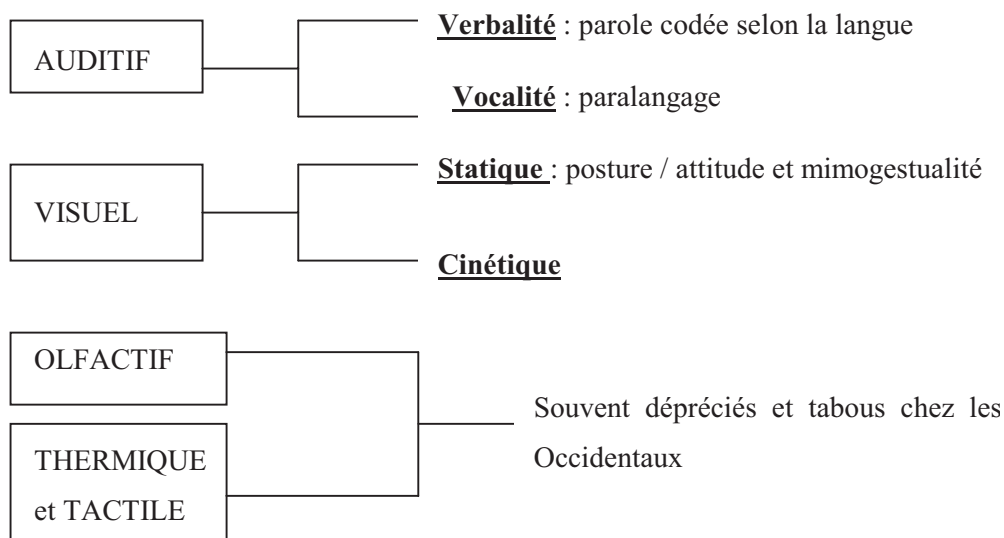
Ce schéma prend en compte différents éléments concourant à l'élaboration et à la compréhension du message comme les compétences idéologiques, culturelles... Il considère également les facteurs socio-affectifs (détermination « psy ») propre à chacun des participants, qui influenceront l'interaction. Il illustre également la multicanalité de la communication à travers le terme de compétence linguistique et para-linguistique.

ANZIEU et MARTIN (1990), cités par MARC et coll.(1996) [25], ont proposé un modèle psychosociologique permettant de rendre compte des incompréhensions, des interprétations erronées et des contre-sens.

Ils proposent un schéma qui met en exergue les éléments successifs qui s'interposent entre l'intention du locuteur et la réception de l'interlocuteur.

Ce modèle souligne également le fait que la communication n'est pas uniquement verbale puisque les réponses au message peuvent être verbales ou gestuelles.

La communication humaine utilise conjointement des éléments verbaux et non-verbaux passant par différents canaux. COSNIER J. (1977) [74] a illustré cette multicanalité à travers ce schéma :



Deux principaux canaux sont utilisés : le canal auditif renvoyant à la communication verbale, et le canal visuel correspondant à la communication non-verbale. Ils participent tous deux à la construction du sens de l'énoncé.

Même s'il n'est pas toujours aisé de faire une séparation stricte entre communication verbale et non-verbale, nous allons tenter de décrire ces notions.

C)Communication verbale :

1) Définitions :

Sur le plan verbo-acoustique, COSNIER (1982) [73] distingue deux sous-systèmes appartenant à la communication verbale :

-la **verbalité** en tant que telle, qui permet la réalisation d'énoncés conformes au code linguistique.

-la **vocalité** qui constitue une partie du paralangage défini par TRAGER (1958) comme l'ensemble des éléments accompagnant le discours (cité par COSNIER [73]).

La communication verbale s'appuie donc à la fois sur le langage oral, sur le langage écrit et sur la vocalité.

Le langage :

« Le langage est la capacité spécifique à l'espèce humaine de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux (ou langue) mettant en jeu une technique corporelle complexe et supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres nerveux génétiquement spécialisés. Ce système de signes vocaux utilisé par une communauté linguistique déterminée constitue une langue particulière. »¹⁵

Selon SAUSSURE [31] , le langage présente deux composantes : la langue et la parole.

La langue, parole et conversation :

SAUSSURE (1973) définit la **langue** comme un système de signes dont le fonctionnement est régi par un certain nombre de règles et de contraintes.

La langue est donc un code commun à l'ensemble des membres d'une même communauté linguistique. Elle permet d'établir une communication entre des locuteurs. SAUSSURE [31] la considère comme la partie sociale du langage. Il établit plusieurs oppositions entre langue et parole.

Ainsi, contrairement à la langue, la **parole** est considérée comme la composante individuelle du langage.

¹⁵ [13] Dictionnaire de linguistique p.274

Il s'agit d'un acte « *de volonté et d'intelligence* »¹⁶ dans lequel SAUSSURE [31] distingue l'utilisation du code par le locuteur dans le but d'exprimer sa pensée et les mécanismes psycho-physiques qui lui permettent d'émettre son message.

Une autre opposition est aussi établie entre langue et parole. SAUSSURE [31] considère la langue comme un élément que l'individu enregistre passivement, qu'il ne peut modifier alors que la parole est un acte libre et de création.

A propos de l'utilisation de la langue, CHOMSKY (1971) [8] définit les concepts de compétence et de performance. La **compétence** désigne la connaissance implicite qu'un individu possède de sa langue c'est à dire la faculté qu'il a de comprendre et de produire à partir d'un nombre fini de règles, une infinité d'énoncés. Il définit la **performance** comme la mise en œuvre effective de la compétence linguistique c'est à dire la manière dont le locuteur utilise ses règles.

Chez l'Homme, l'activité de communication repose surtout sur la conversation. D'après KERBRAT-ORECCHIONI (1996) « la conversation est la forme la plus commune et représentative du fonctionnement général des interactions verbales »¹⁷ TROGNON (1998) considère que tout échange verbal, quelle qu'en soit la nature ou la forme peut être considéré comme une conversation. « *Il s'agit d'un processus qui s'effectue entre un être et un autre en temps seulement qu'ils sont en relation.* »¹⁸

D'après KERBRAT-ORECCHIONI : « *parler c'est échanger et c'est changer en échangeant* »¹⁹ donc un échange est le résultat d'une co-construction entre les interactants. Ceux-ci ont un rôle actif dans l'échange et comme le souligne TRAVERSO (2005) [37], ils seront sans cesse et simultanément émetteur et récepteur du message, de toute nature que ce soit, de façon intentionnelle ou non.

La conversation est également régie par un certain nombre de règles que les interlocuteurs doivent respecter. Elles sont diverses et relèvent de différents niveaux de fonctionnement. Elles régissent l'alternance des tours de parole, l'organisation des interactions, la gestion des thèmes et la construction de la relation entre les interactants. Nous les décrirons plus précisément par la suite.

Ainsi, nous venons de décrire la partie verbale de la communication telle que l'énonce COSNIER.

¹⁶ [31] SAUSSURE F., Cours de linguistique générale, Paris, Edition Payot, 1973, p.30

¹⁷ [23] KERBRAT-ORECCHIONI C.(1996), La conversation, Paris, Edition Seuil, p.18

¹⁸ [11]TROGNON, (1998),*Comment présenter l'interaction*, dans Echanges sur la conversation, Paris, Edition du C.N.R.S, p.28

¹⁹ [23] KERBRAT-ORECCHIONI C. (1996) La conversation, Paris, Edition Seuil, p.17

Quant à la vocalité, elle comprend ce qui définit la prosodie c'est-à-dire l'ensemble des faits qui sont liés à l'organisation de la chaîne parlée tel que le rythme, la mélodie, l'accent et l'intensité.

2) Les fonctions de la communication verbale :

JAKOBSON (1963) [19] décrit six fonctions de la communication verbale en lien avec les éléments présents dans son schéma de communication.

- La fonction expressive ou émotive : elle est centrée sur l'émetteur qui transmet son ressenti, ses sentiments à travers le message. Elle s'observe notamment à travers la prosodie.
- La fonction conative : elle vise le récepteur. Le locuteur, à travers son message, cherche à faire réagir l'interlocuteur qui va s'efforcer de répondre. Elle est très marquée dans l'utilisation de l'impératif par exemple.
- La fonction référentielle ou dénotative s'oriente sur le référent. Elle le détermine en précisant le contexte particulier de l'énoncé. Elle est indispensable à la compréhension du sens du message.
- La fonction phatique permet d'instaurer, de maintenir ou d'interrompre le contact entre les interlocuteurs. L'émetteur utilise alors de brèves formules pour entrer en contact (exp : Allô ?) ou pour s'assurer de l'attention du récepteur (exp : Vous m'entendez?)
- La fonction poétique est orientée sur le message lui-même. Elle met l'accent sur la forme de l'énoncé que l'émetteur aura choisi d'utiliser.
- La fonction métalinguistique permet de demander ou de donner des informations sur certains éléments du code. Elle est essentielle dans les échanges au quotidien puisqu'elle est utilisée dès que le destinataire et/ou le destinataire veulent vérifier qu'ils partagent bien le même code.

Les fonctions langagières définies par SEARLE (1962) [32] :

Il décrit deux fonctions :

- la fonction descriptive du langage permet de décrire le monde environnant
- la fonction actionnelle permet d'agir sur l'environnement.

Mais le langage n'a pas pour seul but de transmettre une information, il a également une valeur sociale : « *en plus de véhiculer de l'information, le langage accomplit une fonction plus large qui consiste à entretenir le réseau social où il est essentiel de construire et de maintenir rôles et relations.* »²⁰

Comme nous l'avons vu précédemment, les auteurs faisant partie de la pragmatique interactionniste, comme KERBRAT-ORECHIONI rejoignent également cette conception en définissant deux fonctions de la conversation : la transaction qui concerne la transmission des informations et l'interaction qui met en jeu les liens sociaux.

D)Communication non-verbale :

1) Définition :

D'après SCHIFFRIN : « *On applique le terme de communication non-verbale à des gestes, des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est transmise.* »²¹

2) Les différents éléments composant la communication non-verbale :

Les comportements non-verbaux, inconsciemment ou consciemment produits, s'expriment à travers plusieurs canaux. Ainsi, comme nous l'avons évoqué précédemment, COSNIER (1977) [74] les a regroupés en plusieurs catégories.

- Les éléments visuels :
 - Ils se partagent en trois classes :
 - Les statiques : ils concernent l'apparence physique.
 - Les cinétiques lents : ils correspondent aux attitudes et aux postures adoptées par les interlocuteurs.

La proxémique, c'est-à-dire la position mutuelle entre les interactants et la distance qui les sépare, est incluse dans cette classe.

²⁰ [3] PERKINS L (2001). *Analyse conversationnelle et aphasie*, dans Actualités en pathologie du langage et de la communication, Marseille, Solal, p.215

²¹ [9]CORRAZE J. (1980), Les communications non-verbale, p.12-13

- Les cinétiques rapides : ce sont les gestes et les mimiques faciales des interlocuteurs. Ils se divisent en deux catégories: les signaux communicatifs et les extra-communicatifs. Nous retrouvons dans les éléments communicatifs les gestes quasi-linguistiques (chut ! silence !), les gestes co-verbaux (illustratifs, expressifs) ainsi que les gestes synchronisateurs de l'interaction que ce soit des signes phatiques, comme le regard, ou régulateurs comme le hochement de tête. Les éléments extra-communicatifs concernent les gestes auto-centrés, les gestes ludiques ou de confort. (TRAVERSO [37])

- Les éléments olfactifs, tactiles et thermiques :

Ce sont les informations transmises par les odeurs et le contact cutané. Ce sont des vecteurs peu étudiés dans nos sociétés où le sujet reste tabou.

3) Les fonctions de la communication non-verbale :

Selon COSNIER et BROSSARD (1984) [10], la mimogestualité joue un rôle à trois niveaux :

- Au niveau de l'énoncé : les gestes et les mimiques peuvent illustrer le discours en étant redondants avec celui-ci. La mimogestualité peut également connoter le message c'est-à-dire assurer une fonction métalinguistique. Elle est également le siège de l'implicite et du non-dit.
- Au niveau de la pragmatique interactionnelle : les gestes et les mimiques tiennent un rôle important dans l'organisation dynamique de l'échange. Ils permettent de gérer les tours de parole et de maintenir l'interaction (à travers le regard par exemple). CODON et OGSTON ²² définissent deux phénomènes :

L'autosynchronie qui est la correspondance entre l'activité motrice du locuteur et son débit d'émission.

L'intersynchronie correspond au fait que le destinataire adapte ses mouvements en fonction de ceux du destinataire.

- Au niveau du processus énonciatif: l'émission verbale et la mimo-gestualité fonctionnent en étroite collaboration. COSNIER et BROSSARD [10] ont observé qu'un sujet à qui l'on demande d'élaborer un discours utilise beaucoup plus de gestes que lorsqu'il récite un texte. Par conséquent, le geste permet de faciliter la production linguistique.

²² [10] cités par COSNIER et BROSSARD (1984) La communication non-verbale, Neufchâtel, Delachaux et Niestlé, p.16

De plus, la mimo-gestualité assure la régulation homéostatique intra et inter-individuelle en permettant les décharges motrices, l'interlocuteur maîtrisera plus ses émotions.

LABOUREL D. (1982), dans Rééduquer le cerveau [34], propose également une classification fonctionnelle des gestes. Cet auteur distingue quatre catégories :

- Les gestes à fonction référentielle. Ils accompagnent ou se substituent au discours.

Ils sont de trois types :

- les gestes mimétiques : le sujet mime une action ou un objet.
- les gestes déictiques : l'émetteur désigne quelque chose ou une personne.
- les gestes symboliques : l'individu utilise des gestes arbitraires qui font appel à un code commun.

- Les gestes à fonction communicationnelle :

Ils peuvent avoir trois fonctions :

- une fonction expressive : ce sont les gestes et les mimiques qui traduisent les sentiments du locuteur par rapport à la situation
 - une fonction connotative : il s'agit des gestes et des attitudes qui sont utilisés dans le but de produire un effet sur le destinataire.
 - une fonction phatique : elle concerne les gestes qui permettent de maintenir ou d'interrompre le contact avec l'interlocuteur, par exemple le regard.
- Les gestes à fonction métalinguistique : ils permettent aux locuteurs de se situer par rapport à leur discours. Par exemple, osciller de la main pour dire pas tout à fait.
 - Les gestes à fonction homéostatique : ce sont des gestes qui ne sont pas directement communicatifs : il s'agit de gestes de confort, autocentrés, de changement de posture...

L'ensemble des éléments que nous venons de décrire définissent les paramètres de la communication. Afin d'être optimale, celle-ci repose également sur des règles issues des approches fonctionnelles de la communication et principalement de la pragmatique. Pour être efficaces, les locuteurs doivent donc non seulement posséder des compétences linguistiques mais également des compétences communicatives.

Après avoir défini la notion de compétence communicative, nous évoquerons les principaux concepts et comportements de communication étudiés par la pragmatique, puis nous aborderons la communication sous un angle écologique pour enfin évoquer les différents outils d'évaluation fonctionnelle.

II) Les approches fonctionnelles de la communication :

A) La compétence communicative :

HYMES (1984) [18] définit la compétence communicative comme la capacité qu'un individu possède pour interpréter les différents éléments (verbaux et non verbaux), qui constituent une situation de communication, afin d'y répondre de façon adéquate.

Pour cela, selon KERBRAT-ORECCHIONI (1996) [23], il faut maîtriser le matériel verbal et non-verbal, les règles conversationnelles et d'autres principes comme celui de la politesse par exemple.

Ainsi : « Si savoir communiquer c'est bien savoir manipuler la langue, système formel avec ses unités et ses règles, c'est aussi savoir maîtriser un bon nombre d'autres procédures ou stratégies qui, elles aussi, ont dû faire l'objet d'un long et délicat apprentissage [...] »²³

Par conséquent, pour communiquer pleinement, les individus doivent respecter un certain nombre de principes issus des études de la pragmatique. Nous allons présenter ce courant ainsi que les règles plus ou moins implicites qui régissent le bon déroulement de l'échange.

B) La pragmatique :

1) **Définition :**

« La pragmatique est cette partie de la sémiotique qui traite du rapport entre les signes et les usagers des signes »²⁴.

Elle est définie par DAVIS et WILCOX (1978), (cité par ELGOYEN HARITCHET [67]), comme l'étude des rapports entre les conduites langagières et les contextes dans lesquels elles sont produites.

²³ [56] NESPOULOUS J-L (1986), Les domaines de la pragmatique, *Rééducation orthophonique*, p.129

²⁴ [2] MORRIS cité par ARMENGAUD F. (1990), La pragmatique, Collection « Que sais-je ? », Paris, Presses Universitaires de France, p.5

Elle propose une approche fonctionnelle du langage. En effet, alors que la linguistique a pour objet d'étude la langue dans son aspect formel, la pragmatique s'intéresse à ce que SAUSSURE nomme la parole ou plus généralement, le langage en contexte.

Ainsi, elle étudie l'utilisation des structures pour un individu donné, dans une situation particulière, et considère surtout les situations d'échange et d'interaction.

D'après ARMENGAUD (1990) [2], trois concepts sont prédominants dans la pragmatique :

- Le concept d'acte : le langage ne sert pas uniquement à décrire le monde, il permet aussi d'accomplir des actions.
- Le concept de contexte : il s'agit de la situation concrète dans laquelle le langage est utilisé. C'est une notion primordiale qu'il faut prendre en considération dans l'interprétation des actes de communication.
- Le concept de performance : il concerne la réalisation de l'acte en contexte. Il fait appel aux compétences linguistiques et communicationnelles du locuteur.

2) Les comportements pragmatiques :

La pragmatique décrit les différents éléments jouant un rôle primordial dans la communication et dans le bon déroulement des interactions. NESPOULOUS (1986) [56] en expose un certain nombre que nous allons voir ci-après :

o Les actes de parole :

Un message ne se limite pas à une structure organisée permettant de transmettre une information : il a une dimension beaucoup plus vaste. D'après AUSTIN, cité par NESPOULOUS [56], « dire quelque chose » c'est aussi « faire quelque chose ». Dans cette optique, AUSTIN et SEARLE (1979) [32], dans leur théorie des Actes de Parole, ont mis l'accent sur l'intentionnalité accompagnant toute production linguistique. Le récepteur doit saisir cette intentionnalité pour comprendre le message au-delà de ses propriétés littérales.

o Le dit, le présupposé et l'inféré :

BRUNER, cité par NESPOULOUS [56], souligne que dans une conversation, le récepteur doit décoder l'information au-delà de ce qui est dit dans le message, c'est-à-dire qu'il doit lui donner un « sens véritable ».

Pour cela, il doit faire appel de façon adaptée au « dit », à « l'inféré » et au « présupposé » ce qui suppose, d'après NESPOULOUS [56] :

- une certaine connivence entre les interlocuteurs qui se connaissent ou qui partagent des références culturelles communes car l'échange d'informations implique la prise en considération du savoir commun partagé afin d'adapter son discours et de communiquer plus efficacement.
- de récupérer le message contenu dans les ellipses.
- de connaître les références des pronoms.
- de saisir les inférences, ce qui signifie que le destinataire doit décoder un message qui n'est pas explicitement exprimé, en déduisant celui-ci à l'aide d'un deuxième niveau d'interprétation par combinaison des informations contenues dans les phrases.

Le discours et les situations discursives :

Dans une situation de communication, le locuteur adapte son discours en fonction de son interlocuteur, de l'objectif qu'il veut atteindre et de la situation de communication. La pragmatique s'intéresse donc à la fois au discours et à sa structure interne, mais également à la situation dans laquelle il est produit ainsi qu'à la fonction qu'il joue. S'il s'agit d'un discours narratif, elle s'attachera à décrire la structure du récit. S'il s'agit d'un dialogue ou d'une conversation, la pragmatique étudiera l'organisation dynamique de l'échange.

Toute conversation repose sur des règles plus ou moins implicites. SACKS et SCHEGLOFF, cités par TRAVERSO [37], ont étudié la séquentialisation, c'est-à-dire l'ordre mis en place par les participants à un échange pour accomplir leurs actes de parole. Dans une conversation, ils distinguent :

- Les règles d'allocation des tours de parole : en cours d'élocution, l'émetteur sélectionne le locuteur suivant à l'aide de signaux verbaux et non verbaux (le regard, la prosodie...)
- La composition des tours de parole : un tour de parole est constitué de différentes unités. Le passage d'un tour à un autre se fait à la fin de l'une des unités que l'on nomme le point de transition. Habituellement, l'ensemble de l'interaction permet d'anticiper le point de transition et de passer le tour de parole.

- La régulation des tours de parole : il existe deux types de tours : les tours pleins et les régulateurs. Ces derniers sont des émissions vocales ou verbales produites par l'interlocuteur pendant que le locuteur parle.

Ils renseignent sur le niveau d'écoute, d'attention et d'engagement des participants dans l'interaction. Cette action de régulation est indispensable au bon déroulement de l'échange.

- La gestion des thèmes de l'échange : la progression et la cohérence de la transmission de l'information dépendent du maintien du thème et de l'apport de données nouvelles par rapport à ce thème. La progression thématique suit trois phases :

- L'initiation du thème qui peut être explicite ou implicite.
- Le maintien du thème : il repose sur les informations apportées pour enrichir le sujet en cours.

Mais avant cette étape, il doit être accepté par les interlocuteurs : c'est ce que l'on nomme la ratification.

- La clôture et le changement de thème : l'interruption d'un thème peut être le résultat d'une rupture (lié ou non au contexte) ou d'une clôture. Celle-ci peut être explicite ou implicite.
- Savoir passer d'un thème à l'autre est une capacité importante puisqu'elle permet de s'adapter et d'évoluer dans la conversation afin de permettre la progression de l'échange.

La dynamique de l'échange repose également sur les boucles de rétroaction (ou feedback). Ces mécanismes d'ajustement tiennent un rôle primordial dans les échanges. En effet, ils définissent la synchronisation des interactions puisqu'ils interviennent dans le fonctionnement des tours de parole, l'ajustement verbal et non verbal... Ils relèvent du principe de coopération de GRICE et assurent la régulation de l'échange. Ils permettent donc :

- de maintenir le contact entre les interlocuteurs
- d'assurer la collaboration des partenaires
- de favoriser l'ajustement entre chacun des intervenants
- d'initier et de mener efficacement le processus de réparation des incidents de communication
- d'améliorer l'efficacité de la communication en modifiant la qualité de l'information

- d'identifier la position de l'interlocuteur par rapport au contenu du message
- de réguler l'allocation des temps de parole

Chaque interlocuteur doit donc être attentif à certains indices verbaux et non verbaux afin de s'ajuster au mieux par rapport à eux.

o Les règles de GRICE (1975)²⁵ :

GRICE définit le principe de coopération selon lequel chaque interlocuteur tente de collaborer à la conversation afin de faciliter la compréhension des énoncés. D'après lui, quand plusieurs individus s'engagent dans une conversation, ils doivent respecter ce principe et répondre à un certain nombre d'attentes sur lesquels repose tout échange, que GRICE a nommé maximes conversationnelles.

- La maxime de quantité (ou d'informativité) : le locuteur doit doser l'information qu'il transmet : il doit être suffisamment informatif pour être compris mais il ne doit pas être trop redondant
- La maxime de qualité (ou de sincérité) : l'émetteur doit dire la vérité ou ce qu'il suppose comme telle. S'il ne la connaît pas, il peut le stipuler avec des modalisateurs comme « je suppose... », « il me semble.... »
- La maxime de relation (ou de pertinence) : chaque interlocuteur doit émettre un message en relation avec les énoncés précédents. Les propos tenus doivent également être adaptés au contexte et intéresser l'interlocuteur : on parle de pertinence de l'adresse et du contenu. Enfin, le locuteur doit transmettre un message permettant de modifier le niveau d'information du récepteur.
- La maxime de manière (ou d'intelligibilité) : le locuteur doit s'exprimer de façon claire et de manière à être compris facilement. Mais dans certains cas il peut consciemment chercher à faire preuve d'ambiguïté.

Comme nous venons de le voir, la transgression peut être un moyen d'exploiter une maxime. En effet, notons que ce sont des principes d'interprétation des énoncés plutôt que des règles normatives. Par conséquent, les interactants peuvent les transgresser sans pour autant mettre en péril l'échange.

²⁵ [2] ARMENGAUD F. (1990), La pragmatique, Collection « Que sais-je ? », Paris, Presses Universitaires de France

o La multicanalité :

Le langage est constitué de trois modalités : verbale, para-verbale et non verbale. Les éléments para-verbaux et non-verbaux modulent l'énoncé verbal. Par conséquent, il est indispensable que les interlocuteurs les prennent en compte dans leur ensemble pour comprendre le message.

Les locuteurs doivent utiliser ces différentes modalités de manière appropriée, dans le but de soutenir une même information et non pas la contredire. Dans ce cas précis, cette inadéquation peut aboutir à une incompréhension entre les interactants.

La pragmatique vise donc une approche fonctionnelle du langage et cherche à considérer la communication en situation d'échange. Le courant écologique reste dans la continuité de la démarche pragmatique tout en mettant davantage l'accent sur la communication au quotidien et en tenant compte de la réalité des situations de la vie de tous les jours.

3) La démarche écologique :

D'après LACROIX J. et JOANNETTE Y. (1994) [50], le terme écologique est employé pour définir une approche de recherche qui intègre le fonctionnement de la personne dans son milieu et tente de créer des mesures qui reflètent ses activités quotidiennes. Ils s'inscrivent dans l'esprit de la Classification Internationale des Incapacités, Déficiences et Handicaps (C.I.D.I.H.), que nous avons évoquée précédemment, qu'ils utilisent comme cadre théorique.

Ce courant considère également l'individu en co-évolution avec son environnement, comme un élément indissociable d'un écosystème avec lequel il fonctionne dans une relation dynamique. Un équilibre fonctionnel s'établit alors dans ce système.

KRAETSCHMER (1990) [49] définit l'environnement comme l'ensemble des influences qu'une personne subit au cours de son existence. Il évoque deux types d'environnement :

- l'environnement interne constitué des caractéristiques physiques et psychiques des individus
- l'environnement externe composé d'un contexte physique, dont les caractéristiques sont définies à l'aide des cinq sens, et d'un contexte socioculturel dont les propriétés sont représentées à travers les habitudes de communication du groupe social d'appartenance.

L'approche écologique est ainsi fondée sur une vision élargie de la pathologie puisqu'elle intègre les effets de celle-ci sur le sujet porteur de la lésion ainsi que sur l'environnement externe. Pour résumer, elle cherche à étudier l'impact de l'aphasie dans la vie quotidienne du patient et de son entourage.

De ces études fondées sur l'aspect fonctionnel du langage ont découlé des approches thérapeutiques qui tentent d'appréhender l'aphasie de façon globale en resituant le déficit linguistique dans le cadre plus large de la communication. Ainsi, en prenant comme cadre théorique les classifications de l'OMS, la prise en charge cherche à intervenir à la fois au niveau des déficiences et des incapacités afin de réduire les désavantages. Dans cette optique, il s'agira donc au préalable de faire une évaluation au niveau langagier, à l'aide des bilans classiques d'aphasiologie, mais également au niveau de la communication.

4) Evaluation fonctionnelle du langage et de la communication :

Notre étude portant sur la communication de l'aphasique au quotidien, nous nous sommes intéressés aux différents outils d'évaluation fonctionnelle existants.

D'après MAZAUX J-M, STUIT A. (2007) [26] qui se réfèrent à la classification de la CIF, l'évaluation de la communication comprend la mesure des déficiences (perturbation de la fonction cognitive et linguistique), de l'activité (capacités et limites dans les tâches de communication) et les restrictions de la participation (situation de communication effective dans la vie réelle qui inclut le rôle des interlocuteurs).

Les outils fonctionnels existants sont de deux types : ceux relevant des approches fonctionnelles empiriques et ceux qui sont tirés des approches interactives.

a) Protocoles fondés sur les approches fonctionnelles empiriques :

Ces tests cherchent à évaluer l'efficacité communicationnelle globale du patient aphasique dans des situations de la vie quotidienne (réelles ou simulées). Ils permettent d'avoir des informations sur les capacités communicatives résiduelles du sujet ainsi que sur les stratégies compensatoires qu'il utilise.

Différents types d'évaluation existent : elles peuvent prendre la forme de test, de mises en situation, de jeux de rôle ou de questionnaire.

➤ Les situations de tests :

▪ Le profil de communication fonctionnelle (PCF) de SARNO (1965) :

Cet outil vise à mesurer le degré d'efficacité fonctionnelle de la communication du patient. Le profil est composé de quarante-cinq comportements représentant des conduites langagières sensées être représentatives de situations de la vie quotidienne. Chaque item est évalué sur une échelle au cours d'une interview non-dirigée.

Même si le PCF est proche des contextes naturels de communication, il reflète par certains aspects davantage les capacités langagières que communicationnelles. (DE PARTZ dans Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques [15])

De plus, le protocole ne fournit pas d'informations concernant le contenu de l'entretien permettant d'établir le profil fonctionnel. Le fait que l'interview ne soit pas standardisée rend impossible la passation d'un test-retest fiable qui permettrait d'évaluer de façon objective l'évolution des capacités communicatives du patient.

▪ Le « Porch Index of Communicative Ability » (PICA) de PORCH (1973):

Il vise à étudier les capacités de communication verbale, non verbale et gestuelle du sujet aphasique. Dans ce but, dix-huit épreuves sont proposées (verbales, gestuelles et graphiques) avec des objets usuels. Ces tâches reposent sur des activités simples de la vie quotidienne.

L'observateur attribue une note pour chaque item afin d'établir un profil de comportement communicatif. L'intérêt de ce test est qu'il porte une attention toute particulière à la communication non verbale notamment à travers le geste. Cependant, la rigidité du cadre empêche l'authenticité de la situation de communication et ne permet donc pas d'avoir une image de ce que ferait le patient en condition réelle. D'autre part, les épreuves testant les conduites gestuelles mettent en jeu d'autres capacités cognitives comme la compréhension orale ou la lecture, pouvant ainsi biaiser les résultats obtenus. Enfin, il nécessite 40h d'entraînement pour être utilisé de façon optimale ce qui le rend difficilement exploitable dans la pratique clinique.

Le Protocole Pragmatique (PP) de PRUTING C. et KIRSCHNER D. (1982) :

Il a pour objectif d'évaluer d'un point de vue pragmatique, la capacité du sujet à réaliser des actes de langage variés à l'aide d'une grille d'analyse.

Selon DE PARTZ et CARLOMAGNO (2001) dans Traité de neuropsychologie clinique [36], cet outil ne permet pas de mesurer de façon objective l'évolution des performances communicationnelles du patient.

De plus, sa manipulation en pratique clinique est complexe puisqu'elle nécessite l'entraînement de son utilisateur. De surcroît, le protocole manque de fiabilité puisqu'il ne précise pas dans quel contexte le recueil des données est effectué.

➤ Les mises en situation :

- Le test des habiletés communicatives de la vie quotidienne (CADL) de HOLLAND (1980):

Il mesure l'efficacité communicationnelle en contexte du patient, à travers des mises en situation de la vie quotidienne.

Cinq situations sont proposées dans lesquelles le thérapeute et le patient doivent jouer un rôle prédéfini. L'interaction cherche à reproduire une conversation naturelle. Dans cette optique, le cadre de chaque situation est créé à l'aide d'accessoires.

L'évaluation s'effectue à partir de questions ciblées. L'observateur attribue une note en fonction de la proximité du comportement de communication du patient avec la réponse attendue. Ainsi, ce test laisse peu de latitude de réponse au patient, même si celle-ci est cohérente avec la situation (MORIN et al. (1986) [55]). De plus, le cadre d'évaluation, bien qu'il se veuille naturel, reste artificiel. En effet, d'après MORIN et al. [55], les objets qui jouent un rôle de support ne permettent pas de contextualiser la scène. Par conséquent, le CADL semble davantage évaluer la capacité du patient à jouer un rôle plutôt que ses véritables possibilités communicationnelles au quotidien (PRICHARD (1986)[69]). Enfin, ce matériel nécessite une lourde procédure puisque l'évaluation de l'efficacité communicationnelle du patient se fonde sur l'analyse d'un enregistrement vidéo d'une durée de deux heures.

- Le « Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test » (ANELT) de BLOMERT et al. (1994) (adaptation française de DELACHAUX 1996) :

Ce protocole a pour objectif d'évaluer de façon objective l'efficacité globale de la communication à travers de courts jeux de rôle représentant quinze situations de la vie courante. Si nécessaire, des objets peuvent être utilisés. Le patient est explicitement encouragé à utiliser tous les canaux.

Dans sa version la plus récente, deux modules sont proposés afin d'évaluer l'évolution des capacités communicationnelles du patient.

L'évaluation des comportements repose sur deux échelles :

L'échelle A mesure la capacité à se faire comprendre et l'échelle B appréhende la perception de l'énoncé par l'interlocuteur, c'est-à-dire l'intelligibilité indépendamment du contenu du message.

Ce test standardisé a également une forte validité écologique. En revanche, pour DEPARTZ et CARLOMAGNO [36], les situations proposées dans ce test restent artificielles et limitent l'évaluation des performances communicatives du sujet à la production d'une information contextualisée, définie par le clinicien.

➤ Les questionnaires :

- Le « Communicative Effectiveness Index » (CEI) de LOMAS et al. (1989) :

Il s'agit d'un questionnaire qui vise l'appréciation subjective des capacités de communication fonctionnelles du patient. Il est présenté conjointement au patient et à un de ses proches.

- L'échelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB) (2001)[12]:

Le principal objectif de cet outil est d'apprécier, à travers différentes questions, les difficultés de communication que rencontre la personne aphasique dans des situations de la vie quotidienne. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser l'ECVB, c'est pourquoi nous le décrirons plus en détail dans la présentation de notre protocole.

L'ensemble de ces outils évalue les performances du patient en tant que transmetteur d'une information dans un contexte défini par le clinicien. En revanche, l'interaction entre les participants à une situation de communication n'est pas prise en compte.

b) Protocoles fondés sur des approches interactives :

Les instruments d'évaluation existants permettent d'étudier la communication à deux niveaux distincts :

-au niveau transactionnel ,ce qui permet de déterminer l'efficacité informative du sujet dans les tâches de communication référentielle

-au niveau interactionnel , ce qui induit l'analyse de l'organisation dynamique du discours.

➤ L'échange transactionnel :

Les outils évaluent le « succès collaboratif de l'échange d'informations nouvelles entre le patient aphasique et son interlocuteur. »²⁶

Dans cette optique certains auteurs ont utilisé la tâche référentielle proposée dans la Promoting Aphasic Communicative Effectiveness (PACE : DAVIS et WILCOX 1985) pour constituer une grille d'évaluation des capacités communicatives référentielles.

Une épreuve de communication référentielle peut être utilisée pour évaluer les capacités des sujets aphasiques à :

- sélectionner une information pertinente pour faire deviner à l'interlocuteur les référents qu'il a sous les yeux, en utilisant tous les canaux de communication à disposition
- transmettre correctement cette information
- reprendre les erreurs d'interprétation de l'interlocuteur
- de trouver un accord commun sur la façon la plus efficace de découvrir le référent-cible

(CLARK et WILKES-GIBBS (1986), cité par DE PARTZ et CARLOMAGNO [36]).

L'objectif de cette évaluation est d'appréhender à travers une notation unique, les caractéristiques du comportement de communication du patient, en tant que transmetteur d'informations, et de mesurer l'effet de ce comportement sur l'interlocuteur à travers les feed-back produits.

Cette tâche possède plusieurs avantages pour la pratique clinique :

- elle permet d'observer en situation d'évaluation, les différents éléments d'une conversation naturelle comme l'échange d'informations nouvelles, les tours de parole, l'émission de feed-back, l'utilisation de plusieurs canaux de communication ainsi que l'effort collaboratif entre les partenaires pour transmettre le référent.
- elle rend compte des habiletés communicatives d'un patient pour transmettre une information (à travers le nombre de tours de parole et de feed-back d'incompréhension)
- il est également possible de gérer la quantité d'informations utiles à l'identification des référents.

²⁶ [15] DE PARTZ M.-P.(2006), Evaluation fonctionnelle du langage et de la communication des patients aphasiques, *Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques*, p.214

- les compétences résiduelles du patient peuvent aussi être appréciées ainsi que l'efficacité des moyens de compensation qu'il utilise.
- elle permet de décrire la résolution d'échecs de communication.

Dans cette optique, la grille d'évaluation proposée par CLERBAULT et al. (1984) a pour principal objectif d'apprécier l'évolution des capacités communicatives des patients aphasiques dans une situation d'échange d'informations nouvelles (DE PARTZ (2006) [15]).

L'étude de CARLOMAGNO et al. (1996) cité par DE PARTZ et CARLOMAGNO [36] montre que l'évaluation des habiletés communicatives dans une tâche référentielle présente un bon degré de validité. En revanche, cet outil manque de standardisation et le caractère naturel de la communication est parfois discuté (Davis (2005), cité par DE PARTZ [36]).

RAMSBERGER et RENDE, cités par DE PARTZ [36], ont décrit un autre procédé valide et fiable pour évaluer l'interaction transactionnelle dans une conversation, à travers une épreuve de restitution d'histoires. La performance du patient est évaluée à travers deux critères : la quantité d'informations essentielles transmises à l'interlocuteur et le score de compréhension global du récit entendu.

➤ Analyse de la dynamique conversationnelle :

Le CAPPA (profil d'analyse conversationnelle pour patients aphasiques) WITHWORTH, PERKINS, LESSER (1997) dans *Actualités en pathologie du langage et de la communication* [3] :

Son objectif est d'étudier l'impact direct de l'aphasie sur l'échange conversationnel entre un sujet aphasique et son interlocuteur mais également d'identifier les stratégies mises en place par les participants pour gérer les difficultés de communication. Il s'agit donc d'un outil d'observation qualitative. Il se compose d'un questionnaire, proposé au patient et à son partenaire, ainsi que d'une grille d'analyse conversationnelle. La grille vise à appréhender, à partir d'un échantillon de conversation, l'impact des troubles linguistiques de l'aphasique sur le déroulement de l'échange en notant les incidents de communication et les stratégies compensatoires utilisées ainsi que leur efficacité. Le questionnaire permet de mesurer le degré de gêne ressenti par la personne aphasique et son entourage. Cet instrument est reconnu pour son niveau de validité, par contre, il est contesté au niveau de sa fiabilité du fait des nombreuses variations enregistrées en fonction des contextes situationnels, des partenaires de l'échange et du thème de la conversation.

c) Les protocoles mixtes :

- Le TLC (Test Lillois de Communication) ROUSSEAU M. (2000):

Cet outil évalue les conduites verbales et non verbales du patient aphasique en situation naturelle d'échange et apprécie sa motivation à communiquer. Il permet également d'observer les troubles perturbant la communication, les moyens de compensation utilisés, ainsi que les compétences préservées.

Ainsi, le TLC cerne les caractéristiques de la communication de l'aphasique en situation d'échange avec le clinicien, permettant à celui-ci d'apprécier l'impact des difficultés observées sur la qualité des interactions.

Cet outil comprend trois épreuves : une interview, une discussion sur un thème imposé entraînant un discours argumentatif, et une épreuve de type PACE.

En fonction des observations qu'il aura faites au cours de ces épreuves, le thérapeute va remplir trois grilles :

- une grille d'attention et de motivation à la communication évaluant la capacité du sujet à entrer en interaction avec autrui et à s'adapter au cours de l'échange
- une grille de communication verbale
- une grille de communication non-verbale

Les résultats peuvent être reportés sur un profil de communication permettant de visualiser plus facilement les éléments déficitaires et ceux qui sont préservés.

Cette analyse est complétée par un questionnaire proposé à la famille du patient afin de connaître son appréciation des troubles de la personne aphasique.

Le TLC est un matériel construit de façon à s'adapter à la sémiologie du patient. De plus, il est très maniable, ce qui est appréciable dans la pratique clinique. Enfin, il a de bonnes qualités psychométriques. Cependant, ce test se focalise uniquement sur la communication de la personne aphasique sans tenir compte de l'influence que l'environnement peut avoir sur ses performances.

- La grille d'Observation Pragmatique des Comportements de Communication (GOPCC) de L. MORIN, Y. JOANNETTE, J-L NESPOULOUS (1986) [55] :

Comme son nom l'indique, il s'agit d'un outil d'observation et non d'un moyen d'évaluation formel. Les informations recueillies ont donc une validité dans l'instant et dans cette situation précise, elles ne sont donc pas généralisables.

Le thérapeute remplit une grille en fonction de ce qu'il observe. Elle comporte huit rubriques : motivation globale à interagir, intelligibilité globale, compréhension globale, ajustement harmonieux, aspects non-verbaux, actes de langage, échange d'informations et aspects socio-linguistiques (gestion des tours de parole...).

L'entretien est un échange duel qui se déroule en trois temps :

- une interview dirigée
- un échange d'informations de type PACE
- un échange informel

L'entretien dure environ 20 minutes et il est enregistré. L'analyse de l'enregistrement permettra de construire un profil de communication du patient.

Selon MAZAUX J-M et al. (2000) [27], cette grille permet bien une analyse précise et riche de certains comportements de communication mais le contexte d'observation reste éloigné d'une évaluation fonctionnelle de la communication en situation réelle. Par ailleurs, elle demande énormément de temps du fait du nombre important de comportements à observer.

Ces différents outils vont ainsi permettre au thérapeute d'évaluer de façon quantitative ou qualitative les capacités et les difficultés communicatives du patient. Nous allons désormais décrire les comportements de communication observés chez la personne aphasique.

III) L'aphasique en situation de communication :

A) Les compétences communicatives de l'aphasique : « l'aphasique communique mieux qu'il ne parle » HOLLAND :

La notion de compétence communicative ne repose pas uniquement sur les capacités linguistiques de la personne mais renvoie à un autre niveau de compétence qui est celui de la communication.

Pour NESPOULOUS J-L (1996), le déficit linguistique lié à l'aphasie provoque « *un handicap communicationnel dans la vie quotidienne* »²⁷.

Cependant, ce déficit ne touche que très rarement la totalité des capacités linguistiques du patient. Par conséquent, celui-ci peut communiquer dans certaines situations.

Selon NESPOULOUS [58], en fonction de ses capacités et incapacités, l'aphasique va mettre en place, consciemment ou non, des stratégies palliatives afin de contourner son déficit pour pouvoir communiquer. Il semble important de prendre en considération ces stratégies pour appréhender les capacités de communication du patient dans la vie quotidienne.

Des outils de communication augmentative et alternative pourront également être proposés par l'orthophoniste.

Ils visent à favoriser la réadaptation du patient dans son environnement et à limiter l'impact des troubles aphasiques dans la vie quotidienne du patient. En effet, il s'agit de contourner les difficultés langagières en mettant en place des stratégies de communication fondées sur les capacités résiduelles de la personne aphasique. Ces moyens de communication peuvent être mis en place de façon provisoire, le temps que le patient retrouve certaines capacités d'expression ou de façon définitive dans les cas les plus sévères.

Mais certains patients refusent d'utiliser ces techniques car la blessure narcissique qu'entraîne l'abandon du langage oral est trop importante.

1) Stratégies palliatives les plus fréquemment observées :

L'utilisation des adverbes de temps pour pallier les difficultés d'utilisation des flexions verbales (DUCARNE de RIBAUCOURT [14]) :

Cette stratégie est généralement observée chez les personnes aphasiques agrammatiques qui, de cette manière, marquent temporellement leur discours. Ainsi, elles s'expriment à l'aide d'énoncés de type : « hier, parler », comprenant un adverbe de temps et un verbe à l'infinitif.

L'utilisation de périphrases pour contourner le manque du mot :

Dans ce cas, l'aphasique donne une définition ou fait une description du mot qu'il n'arrive pas à émettre.

²⁷ [58] NESPOULOUS J-L(1996), Les stratégies palliatives de l'aphasie, *Rééducation orthophonique*, p. 425

Le recours à cette stratégie peut échouer notamment dans le cas d'aphasies anomiques où le manque du mot sera tel que les patients ne pourront pas produire de périphrases. (LAMBERT et NESPOULOUS cités par NESPOULOUS [58])

Le recours à la multicanalité :

Face à son langage oral défaillant, l'aphasique peut chercher d'autres canaux de communication pour transmettre son information. Ainsi, il peut accentuer les éléments para-verbaux comme la mimique, l'expression faciale ou la prosodie (à travers l'intonation, le débit...) afin de préciser le contenu de son énoncé ou pour gagner en intelligibilité. Par exemple, il peut faire appel à la syllabation pour pallier ses troubles arthriques. Cependant, la prosodie est parfois touchée ce qui rend impossible, pour la personne aphasique, le recours à ces éléments para-verbaux.

Bien que l'utilisation des gestes ait été peu étudiée en situation réelle et qu'aucun consensus ne soit trouvé entre les auteurs, il semblerait que pour les aphasiques n'ayant pas de troubles moteurs ou praxiques associés, cette modalité de communication soit un moyen intéressant de transmettre une information surtout dans des situations de communication liées à des activités concrètes de la vie quotidienne NESPOULOUS (1979) cité par NESPOULOUS [58].

Le support écrit peut également être utilisé, que ce soit à travers le dessin ou le langage écrit, pour contourner les difficultés de langage oral. Le recours à ce moyen de communication nécessite l'intégrité des capacités visuo-constructives et praxiques, ainsi que la préservation de l'écriture chez l'aphasique.

Il faut préciser que le recours aux stratégies décrites ci-dessus, n'est pas systématique et que la variabilité interindividuelle est très importante.

Les carnets de communication :

Ils regroupent tout un inventaire de pictogrammes ou d'items photographiés que la personne aphasique désigne pour communiquer. Cet outil est personnalisé et adapté en fonction de ses besoins et de ceux de ses proches. L'utilisation de ces cahiers repose sur les capacités de désignation, de reconnaissance des images et de compréhension des concepts de l'aphasique, ce qui suppose que celui-ci ne doit pas avoir de troubles praxiques et gnosiques trop importants. De plus, l'entourage doit apprendre à manier ce support.

Les codes ou les tableaux de communication :

La personne aphasique s'exprime grâce à un système de symboles ou d'images. Cet outil est souvent proposé en cas d'échec de la rééducation traditionnelle, c'est-à-dire dans des cas très lourds et complexes. En outre, ce moyen de communication nécessite d'apprendre un nouveau système symbolique, ce qui implique un apprentissage pour toutes les personnes confrontées à ce code.

Les synthèses vocales :

Elles constituent parfois un support transitoire chez certains aphasiques sévères mais leur utilisation reste ponctuelle. En effet, elles ne sont que très peu utilisées en aphasiologie alors qu'elles sont généralement indiquées pour les dysarthries très sévères secondaires à une affection neurologique évolutive telle que la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la sclérose en plaque (SEP) par exemple.

Nous allons maintenant nous intéresser aux productions linguistiques de l'aphasique d'un point de vue de l'efficacité communicationnelle puis nous étudierons ses habiletés communicatives au niveau non-verbal.

2) Communication verbale :

D'une manière générale, l'étude de HERRMAN et al. (1989) confirme l'affirmation de HOLLAND et constate qu'un trouble linguistique important n'entraîne pas forcément des difficultés communicationnelles aussi sévères (BENECHÉ M. et CORTIANA M (2007) [61]).

MEUSE et MARQUARDT (1985) ont montré que la communication est globalement efficace malgré les troubles linguistiques, dans les aphasies de type Broca peu sévères (cités par BENECHÉ M. et CORTIANA M [61]).

Les travaux de FEYEREISEN et SERON (1983) [35] concernant la prosodie, montrent que les aspects temporels de celle-ci peuvent être altérés alors que généralement la composante émotionnelle est peu touchée.

Quelques études ont étudié les différents éléments pragmatiques de la communication chez les aphasiques.

o Les actes de parole :

Il s'agit de l'intentionnalité sous-jacente à un énoncé. Il existe différents actes de langage tels que les ordres, les demandes... Ils peuvent être exprimés implicitement : ce sont les actes indirects ou explicitement, il s'agit alors d'actes directs.

Plusieurs études se sont intéressées à ce paramètre de la communication chez les personnes aphasiques.

GREEN et BOLLER (1974), cités par NESPOULOUS J.L et JOANNETTE Y. (1986) [55], ont étudié la capacité des aphasiques à produire et reconnaître divers actes de parole. Les résultats de cette étude montrent qu'en général ils reconnaissent le type d'acte et savent y répondre de façon adaptée.

JOANNETTE et NESPOULOUS (1986) [55] citent une autre étude menée par PRINZ en 1980 : il s'est intéressé à la capacité du sujet aphasique à produire une demande. Les résultats mettent en évidence que tous les aphasiques, quelle que soit la sévérité de leur trouble, ont réussi à émettre un acte de demande verbalement ou aidé par les gestes.

NESPOULOUS (1979, 1980) [56] a étudié les actes de langage en distinguant deux composants du discours : les comportements verbaux référentiels, qui reposent sur la combinaison de plusieurs éléments verbaux exprimant un contenu propositionnel ; et les comportements verbaux modalisateurs traduisant la position du locuteur par rapport à l'énoncé. Il montre que chez les aphasiques de Wernicke les comportements modalisateurs sont globalement préservés alors que les référentiels sont généralement réduits.

BLOMERT, dans son test du langage quotidien (1987), cité par DARRIGRAND (2000) [44], différencie également deux types d'éléments constituant un comportement verbal : ceux qui sont indispensables à l'efficacité de la communication et ceux qui relèvent davantage de conventions, qui sont non essentiels au sens. A travers son étude, il montre que les personnes aphasiques réussissent à transmettre les informations nécessaires mais en utilisant moins les éléments conventionnels.

Dans ce sens, l'étude de SOLLAUD (1993) [70] concernant les modifications qualitatives et quantitatives dans le discours de l'aphasique au niveau des actes du langage, montre que celui-ci a davantage recours aux actes phatiques, pour pallier l'instabilité de son discours, et qu'il est capable de transmettre ses intentions communicatives en dépit de ses déficits linguistiques.

O Le discours et les situations discursives :

Deux types de discours sont décrits en pragmatique : le discours narratif et le discours conversationnel. Ce dernier étant le plus représentatif d'une situation de communication, nous allons évoquer les études s'attachant à montrer le comportement des patients aphasiques en conversation.

Concernant les tours de parole, à priori nous pourrions supposer que l'aphasique de Broca laisse ses tours de parole et se limite à un rôle de récepteur alors qu'à l'inverse le Wernicke monopolise trop souvent la parole. Mais différentes études ont tempéré cette hypothèse.

Citons celle de HOLLAND et SHIENBERG (1980) (NESPOULOUS J.-L., JOANNETTE Y. [57]), qui observe l'organisation des prises de parole entre deux personnes aphasiques de type Wernicke. Les auteurs constatent un équilibre dans l'alternance des rôles. Ainsi, cette étude semble démontrer que l'aphasique de Wernicke ne présenterait pas de troubles conséquents dans la prise des tours de parole.

D'après DAVIET et al. [26], les patients aphasiques conservent la distinction entre des informations nouvelles et des informations anciennes, à l'aide de la redondance et de la sensibilité aux nuances du contexte, qui leur permettent de traiter le cadre général de l'objet de la discussion, même s'ils ne comprennent pas tous les éléments linguistiques.

De plus, il semblerait que les aphasiques conservent la capacité à repérer l'intentionnalité de son interlocuteur ainsi que son état émotionnel.

3) La communication non-verbale :

Différentes études se sont intéressées à la communication non-verbale et plus spécifiquement à l'utilisation du geste chez la personne aphasique.

Notons que les auteurs ne s'accordent pas sur le lien entre les troubles linguistiques et les perturbations gestuelles.

DAVIET et al. [26] évoquent le principe de « parallèle dissolution » c'est-à-dire que pour certains auteurs, il existerait une atteinte parallèle du geste et de la production verbale.

Les études de KIMURA et FOUNDAS ont par la suite nuancé cette vision en montrant que cette corrélation entre les troubles gestuels et verbaux n'est pas toujours observable (DAVIET et al.[26]). L'étude de PARENT (1999) [59], semble également mettre en évidence que les personnes aphasiques sévères peuvent exprimer leurs besoins et leur désirs à l'aide du canal non-verbal qui est relativement préservé.

Il n'existe pas non plus de consensus entre les travaux concernant l'utilisation et l'efficacité du geste comme moyen de compensation chez l'aphasique. Deux études contradictoires peuvent être présentées pour illustrer ces propos.

NESPOULOUS J-L (1979) [58] décrit le cas d'une personne aphasique utilisant de nombreux gestes lui permettant de compenser en partie ses troubles importants de l'expression orale.

LABOUREL (1982) [34] a montré que dans certain cas, le geste permet effectivement de compenser les déficits langagiers mais que cette stratégie de suppléance n'est pas systématique chez tous les aphasiques.

Enfin, selon NESPOULOUS et JOANNETTE [57], dans l'ensemble, le type d'aphasie ne permettrait pas de juger de l'utilisation des gestes comme moyen de compensation.

Dans les cas où les gestes sont présents, les plus fréquemment observés sont ceux qui ont une fonction émotive, conative (avoir un effet sur l'interlocuteur) et phatique. D'après LABOUREL [34], ils sont globalement bien conservés. LAFFAIRE et al. (2001) [51] vont dans le même sens que LABOUREL. En se référant à la classification de JAKOBSON (1963) [19], ils montrent que les gestes à fonction phatique et expressive sont globalement conservés. La fonction conative est plus ou moins préservée selon les individus.

Différents facteurs comme la nature du déficit, la sévérité du trouble, la présence d'une hémiplégie ainsi que la personnalité de la personne aphasique vont influencer l'utilisation faite du geste.

FEYEREISEN et SERON (1983) [35] puis SMITH L. (1987), cité par BENECHÉ M. et CORTIANA M. [61], ont mis en évidence que les mimiques et le regard n'étaient pas touchés et qu'ils ont souvent une fonction conative visant à attirer l'attention de l'interlocuteur et à maintenir l'échange.

Ainsi ces travaux tendent à montrer que malgré la présence de troubles langagiers, la communication n'est pas abolie pour autant car l'aphasique peut conserver certaines capacités de communication et mettre en place des stratégies de compensation, que ce soit spontanément ou à l'aide du thérapeute.

Mais la préservation des compétences communicationnelles n'est pas constante et varie d'un sujet à l'autre.

En outre, il faut souligner que certaines études ont été réalisées sur un faible nombre de patients donc toute généralisation serait abusive (DAVIET et al. [26]).

Enfin, même si les patients aphasiques conservent certaines capacités communicatives au niveau pragmatique malgré des troubles d'expression et de la compréhension, pour DE PARTZ (2006) [15], il apparaît que cette préservation des compétences pragmatiques ne s'étend pas à toutes les habiletés conversationnelles puisque l'on observe des échecs dans les interactions, qui résultent directement des difficultés verbales de l'aphasique (expressive et/ou réceptive) et des limitations de la mémoire de travail (LESSER et MILROY (1993), cité par DE PARTZ (2006) [15]).

B) Les troubles de la communication chez l'aphasique :

1) Communication verbale :

a) Vers une unipolarité du langage et de la communication: JAKOBSON

D'après JAKOBSON [21], l'aphasie est un trouble linguistique qui touche le fonctionnement interne du langage, soit au niveau de l'encodage soit au niveau du décodage.

Il observe que les deux groupes d'aphasie décrits par les neurologues sont en lien avec ce qu'il nomme « le double caractère du langage ».

D'après lui, « parler implique la sélection de certaines entités linguistiques et leur combinaison en unités linguistiques d'un plus haut degré de complexité. »²⁸

Lorsque le destinataire encode un message il sélectionne d'abord des unités sur l'axe paradigmatique pour ensuite les combiner sur l'axe syntagmatique. A l'inverse, le destinataire du message perçoit en premier lieu une combinaison, un enchaînement d'unités qu'il va ensuite sélectionner afin de décoder le message.

JAKOBSON distingue alors les **troubles du décodage** liés à une **altération de la sélection** sur l'axe paradigmatique et les **troubles de l'encodage** résultant d'un **dysfonctionnement de la combinaison** sur l'axe syntagmatique. Ces derniers vont se traduire par des difficultés à réaliser la chaîne signifiante.

Les **troubles de la sélection** perturbent le fonctionnement de la similarité, c'est à dire l'identification des ressemblances et des différences, qui régit le fonctionnement de l'axe paradigmatique. Ils **vont affecter la compréhension du message**.

Les **difficultés de combinaison** touchent la contiguïté, c'est-à-dire la proximité immédiate des éléments linguistiques, qui régit l'organisation de l'axe syntagmatique. Ils **perturbent l'émission du message**.

²⁸ [21] JAKOBSON R. (1963). Essais de linguistique générale, Tome I, Paris, édition de Minuit, p. 45-46

Cette première dichotomie décrite par JAKOBSON [21], fait référence aux deux axes du langage mais également à ce qui caractérise le signe linguistique, c'est à dire le signifiant (partie perceptible du signe) et le signifié (partie intelligible).

En effet, les troubles de la combinaison qui affectent la contiguïté se traduisent par le dysfonctionnement du signifiant entraînant des difficultés d'encodage.

Les troubles de la sélection qui touchent la similarité perturbent le signifié et par conséquent le décodage.

Ainsi, l'aphasie entraîne un dysfonctionnement d'un des deux pôles de la communication (encodage ou décodage) et crée un déséquilibre de la bipolarité qui tend vers l'unipolarité. Une redistribution des fonctions linguistiques est observée chez les personnes aphasiques qui mettent en place des compensations, en s'appuyant davantage sur le pôle qui fonctionne afin de contourner leur déficit.

A partir de l'analyse des messages, JAKOBSON [21] identifie deux types d'aphasies : l'aphasie expressive qui affecte la combinaison donc l'encodage du message et l'aphasie sensorielle qui perturbe la sélection, c'est-à-dire le décodage.

Dans l'aphasie émettrice (ou expressive), les mots outils qui organisent la phrase disparaissent : c'est ce que JAKOBSON [21] nomme l'agrammatisme.

L'aphasie sensorielle se caractérise surtout par un trouble lexical, c'est-à-dire par la perte de la capacité de différencier une unité par rapport à une autre et à les sélectionner. Le sujet aura également des difficultés à répéter.

Dans les deux cas, nous retrouvons donc un pôle défaillant chez ces sujets.

Ce dysfonctionnement peut être total dans ce que JAKOBSON [21] nomme la désintégration mais il peut être limité et on parle alors de limitation.

Le degré d'atteinte du sujet correspond à la deuxième dichotomie décrite par JAKOBSON [21]. A partir de cette constatation, il distingue une forme atténuée de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle.

L'aphasie dynamique de Luria correspond à une atteinte limitée de l'aphasie motrice. Les troubles n'affectent pas la phrase mais la fonction régulatrice du discours qui fait le lien entre les différentes phrases de l'énoncé.

JAKOBSON [21] définit l'aphasie sémantique comme la limitation de la désintégration présente dans l'aphasie sensorielle. Elle se traduit par des difficultés pour comprendre les relations entre les différents éléments d'une phrase, comme par exemple distinguer la classe de la fonction. Le sens du message est touché alors que celui des unités du message non.

JAKOBSON détermine une troisième dichotomie séquence/co-présence qui croise « la division fondamentale des détériorations aphasiques en trouble de l'encodage (combinaison) et du décodage (sélection) »²⁹

Il décrit deux types de combinaison dans le langage : la co-présence et la séquence temporelle.

L'aphasie afférente touche la co-présence, c'est à dire la combinaison des traits distinctifs qui coexistent dans un phonème qui se disloque.

L'aphasie amnestique affecte le décodage de la sélection séquentielle. C'est un trouble de la similarité qui touche la séquence grammaticale.

Pour conclure, les troubles de la combinaison (contiguïté) sont présents dans les trois types d'aphasie d'encodage et les difficultés de sélection (similarité) se retrouvent dans les trois types d'aphasie de décodage.

Les troubles de la similarité entraînent l'utilisation préférentielle de l'axe syntagmatique alors que les troubles de la contiguïté favorisent l'utilisation de l'axe paradigmatique.

Par conséquent, le fonctionnement du langage de l'aphasique tend vers l'unipolarité et la communication s'en trouve perturbée puisque l'émetteur ou le récepteur n'est plus efficace à cause de ses troubles langagiers.

b) La communication fonctionnelle :

DAVIET et al.(2007), définissent la communication verbale comme « la capacité à adopter des comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celle des partenaires de l'échange »³⁰

Du fait de ses déficits langagiers, la personne aphasique se trouve limitée dans cette capacité d'adaptation et ne peut communiquer normalement. En accord avec DAVIET et al (2007), nous pouvons supposer que les troubles aphasiques ne perturbent pas la communication de la même manière.

²⁹ [21] JAKOBSON R. (1969). Langage enfantin et aphasie, Paris, édition de Minuit, page 146

³⁰ [26] DAVIET J.C, MULLER F., STUIT A., DARRIGRAND B., MAZAUX J.M (2007), Communication et aphasie, Aphasies et aphasiques, Montpellier, Masson, p. 76

✓ Au niveau de la compréhension :

A première vue, les troubles de la compréhension semblent être un obstacle important dans les échanges verbaux. En effet, lorsqu'ils sont importants, ils entraînent des abandons du sujet de la conversation, malgré les efforts d'ajustement et de reformulation de l'interlocuteur.

Même lorsque le déficit est plus discret, il engendre malgré tout des malentendus et des ruptures dans la communication (DAVIET et al. [26]).

De plus, les personnes aphasiques ont souvent des difficultés à comprendre les finesses du langage comme l'humour, les jeux de mots... ce qui peut les exclure de certains échanges.

✓ Au niveau de l'expression :

DAVIET et al. [26] ont noté que les troubles sémantiques, syntaxiques et la présence de jargons perturbent davantage la conversation que les troubles phonétiques et phonémiques. En effet, ceux-ci ne perturbent pas la cohérence de l'énoncé et demandent donc moins d'effort de restitution de la part des interlocuteurs alors que les productions jargonées rendent difficile la compréhension du message pour le partenaire.

PRUTTING et KIRCHNER (1987) et par la suite CARLOMAGNO (1999), cités par DAVIET et al. [26], ont également étudié les perturbations du débit chez les personnes aphasiques. Ils ont observé la présence de nombreuses hésitations, de pauses anormalement longues ou au contraire leur absence. Ces troubles du débit retentissent sur la fluidité de la conversation et peuvent provoquer chez l'interlocuteur des comportements d'impatience, de gêne... (DAVIET et al. [26]) Ces réactions diverses retentiront sur l'investissement de la personne aphasique dans les échanges.

Il pourra avoir tendance à réduire sa participation aux conversations ou à utiliser peu de matériel verbal en produisant des tours de parole minimaux « oui », « humm ».

✓ Au niveau des éléments pragmatiques :

o Les actes de parole :

Selon les travaux PRUTTING et KIRCHNER repris par CARLOMAGNO (cités par DAVIET et al. [26]), la variété et la qualité des actes de langage sont fréquemment réduites chez les personnes aphasiques.

DE PARTZ et CARLOMAGNO ont mis en évidence des difficultés pour les personnes aphasiques à communiquer dans des situations de requête ou de négociation où chaque interlocuteur doit faire des propositions, accepter, refuser, argumenter... (DAVIET et al. [26])

Concernant la gestion de l'implicite, les difficultés sont plus marquées pour gérer et comprendre les actes de parole indirects que les directs (GREEN et BOLER (1974), LEVEY et GOLDFARB (2003), cités par (DAVIET et al. [26]). En effet, ils ont du mal à demander des informations nécessaires à la compréhension des énoncés ambigus ou elliptiques.

o Les règles de coopération de Grice :

Peu de travaux ont été réalisés à ce sujet. A priori, les maximes de Grice seraient transgressées, notamment celle de relation dans l'aphasie de Wernicke (JOANNETTE Y. et NESPOULOUS J-L [57]) mais il est complexe de mesurer ce phénomène au vue des troubles linguistiques présents qui rendent l'étude de ces règles très difficile.

o Le savoir commun partagé :

Le rôle du savoir commun partagé est important dans l'établissement d'un échange avec la personne aphasique puisqu'il permet à l'interlocuteur d'utiliser plus aisément la suppléance mentale qui l'aidera à interpréter et à compléter plus facilement le message de l'aphasique. Il faut donc tenir compte de ce paramètre lorsqu'on observe la capacité du patient à se faire comprendre (NESPOULOUS J-L (1986) [56]).

DUTHEIL S. (1999) [66] a souligné le fait que les compétences conversationnelles sont fortement liées au caractère familier ou non de l'interlocuteur et au thème de l'échange. Ainsi, l'aphasique éprouvera plus de difficultés lorsque le thème abordé sera complexe et/ou face à un interlocuteur peu familier.

o Les tours de parole :

HOLLAND et SHIENBERG (1980), cités par HOLLAND (1987) [17], ont montré que les aphasiques de type Wernicke produisent généralement des tours de parole anormalement longs.

A travers l'analyse de conversations de personnes aphasiques, LESSER et PERKINS (1998), cités par PERKINS dans Actualités en pathologie du langage et de la communication [3], et DE PARTZ et CARLOMAGNO (2001) ont étudié la dynamique de l'interaction en particulier à travers l'organisation des tours de parole.

Ces travaux tendent à montrer que la dynamique de l'interaction est parfois perturbée lors d'une conversation avec une personne aphasique. En effet, celle-ci a tendance à laisser son interlocuteur gérer l'interaction, notamment concernant le choix et l'introduction des thèmes. Par conséquent, les tours de parole ne sont plus répartis de façon équilibrée.

Ce phénomène est d'autant plus marqué lors des conversations de groupe où chacun tente de prendre la parole.

Face à sa difficulté d'initier la parole, l'aphasique se maintient souvent dans un rôle passif durant l'échange et il a tendance à participer uniquement sur les sollicitations de son interlocuteur.

o Les procédures de réparation :

Dans un échange normal, elles permettent de clarifier les dires du locuteur lorsque l'énoncé est ambigu. Elles sont fréquemment initiées par l'émetteur du message et, plus rarement, à la demande du récepteur.

Les troubles langagiers engendrés par l'aphasie perturbent l'utilisation des réparations et peuvent conduire à la transmission de messages erronés par exemple. De plus, du fait des difficultés pour l'aphasique, à repérer les sources des incidents de conversation, les séquences de réparation seront plus longues alors que généralement la réparation dure un tour de parole.

De surcroît, l'interlocuteur doit fournir plus d'efforts car l'aphasique aura du mal à réparer lui-même et de façon rapide les accidents conversationnels. FERGUSON (1994), cité par ELGOYEN-HARITCHET C.(2003) [67] , a d'ailleurs montré que les interlocuteurs utilisent davantage de réparations quand ils parlent avec un aphasique.

o La gestion des thèmes :

Il est difficile, pour certains aphasiques qui ont des troubles de la compréhension ou qui produisent des paraphrasies sémantiques, de gérer le thème d'une conversation et de rester dans le sujet sans faire de digression et sans passer du coq à l'âne. (DAVIET et al. [26]).

Pour d'autres, leur déficit langagier les empêche d'initier, de changer de thème ou d'apporter des informations nouvelles. Tout ceci concourt à perturber l'interaction.

2) Communication non-verbale :

Globalement, la communication non-verbale serait adaptée et efficace chez les aphasiques souffrant d'un trouble de l'expression. A l'inverse elle serait plus imprécise et confuse chez les aphasiques qui sont anosognosiques ou qui ont des troubles de la compréhension orale. Mais la variation entre les sujets et d'une situation à l'autre ne permet pas de généralisation.

✓ Au niveau de la compréhension :

D'après SAYGIN et al.(DAVIET et al. [26]), la compréhension des pantomimes serait touchée chez certains aphasiques.

✓ Au niveau de l'expression :

D'après son étude sur les gestes, LABOUREL (1982) [34] montre que les personnes aphasiques utilisent peu les gestes déictiques, symboliques et mimétiques, c'est-à-dire les gestes à fonction référentielle.

LAFFAIRE et al. (2001) [51] confirment les affirmations de LABOUREL en soulignant que les fonctions poétique, métalinguistique et référentielle, liées directement à la communication verbale, sont altérées dans l'ensemble.

Concernant les postures, FEYEREISEN et SERON (1983) [35] puis SMITH L. (1987), cité par BENECHÉ M. et CORTIANA M. [61], ont observé que les postures semblaient parfois exagérées ou diminuées chez les sujets aphasiques.

Ces troubles formels de la communication ont des répercussions sur les situations de communication de la vie quotidienne de la personne aphasique. Sans être exhaustifs, nous allons essayer de présenter les principales difficultés rencontrées par l'aphasique dans ses échanges au quotidien.

3) Dans la vie quotidienne :

Les comportements de communication observés chez les personnes aphasiques semblent partagés entre isolement et participation.

En effet, selon une étude de LE DORZE et BRASSARD (1995) (DAVIET et al. [26]), les aphasiques ont tendance à repousser leur conversation, à arrêter de parler voire à s'isoler. Mais dans certains cas, ils peuvent chercher à communiquer, à s'exprimer en utilisant différents moyens à leur disposition pour contourner leurs déficits linguistiques.

Cependant, même lorsqu'ils ont une certaine appétence à la communication ou lorsque la personne a bien récupéré, plusieurs situations restent difficiles pour les aphasiques. La conversation est souvent plus complexe avec des personnes inconnues et dans ce cas, le sujet aphasique initie peu la conversation. Le thème de l'échange semble également influencer les capacités communicationnelles de l'aphasique (DAVIET et al. [26]).

Ils sont généralement gênés pour suivre une conversation rapide ou plusieurs conversations en même temps. Ils ont aussi parfois des difficultés à capter l'information quand des bruits interfèrent avec la voix de l'interlocuteur ou dans une conversation avec plus de deux personnes.

L'étude de LAFFAIRE et al. [51] montre une réduction générale des activités de conversation chez les aphasiques sévères en comparaison avec les sujets contrôles.

Toujours d'après cette étude, l'expression des actes élémentaires de la vie quotidienne serait globalement conservée chez sept aphasiques sévères sur dix.

Concernant l'utilisation du téléphone, LE DORZE et BRASSARD soulignent le fait que les aphasiques demandent souvent à l'entourage de téléphoner à leur place. D'après l'étude de DARRIGRAND et al. (2000) [64], plus de la moitié des aphasiques interrogés prétendent avoir des difficultés pour appeler des personnes non familières. Concernant le fait de décrocher, la majorité le font lorsqu'ils sont seuls chez eux, en revanche, s'il y a quelqu'un avec eux, ils ont tendance à laisser répondre l'autre personne.

Au niveau des achats, les difficultés semblent modérées, de même pour solliciter un vendeur. La manipulation de l'argent peut parfois poser problème, mais c'est surtout au niveau du remplissage des chèques que les difficultés sont le plus fréquemment rencontrées. (DAVIET et al. [26]).

Toujours selon ces auteurs, il est également observé chez les personnes aphasiques, une réduction au niveau des activités de langage écrit. Par exemple, les activités de lecture se limitent souvent à la lecture rapide des journaux et du courrier affectif.

Les réactions de l'entourage jouent également un rôle dans le comportement de communication du patient. Si par exemple, l'interlocuteur est impatient et veut une réponse rapide de la part de l'aphasique, la tension qui découlera de cette réaction pourra entraîner une augmentation des erreurs linguistiques chez la personne aphasique (PERKINS dans Actualités en pathologie du langage et de la communication [3]).

D'autre part, LESSER et PERKINS , cités par PERKINS [3], ont montré que lorsque le partenaire ne prend pas en charge la réparation alors que la personne aphasique ne peut surmonter sa difficulté, celle-ci aura tendance à réduire sa participation aux échanges puisqu'on fait davantage attention à la forme de son message qu'à ses intentions communicationnelles proprement dites. Enfin, BOOTH et PERKINS, cités par PERKINS [3], ont mis en évidence que si l'interlocuteur attache trop d'importance aux incidents de parole alors qu'il a compris le message, cela peut conduire à une rupture du thème de l'échange ou devenir le thème central de la conversation.

La perturbation de la communication verbale résulte donc des troubles langagiers mais l'aphasique n'est pas pour autant exclu de toute communication puisqu'il semblerait qu'il conserve certaines habiletés communicatives notamment au niveau non-verbal.

Cependant, comme le soulignent DAVIET et al. [26] l'extrême diversité et variabilité dans le temps et d'un sujet à l'autre des comportements de communication empêchent toute généralisation.

En effet, ce que nous pouvons retenir c'est l'importance des variations individuelles : variabilité intra-sujet en fonction de la situation et variabilité intra-situation en fonction des individus. De ce fait, « *certaines aphasiques communiquent plus qu'ils ne parlent dans certains contextes, avec certains partenaires et d'autres non.* »³¹

IV) Objectifs de notre étude :

A travers cette première partie théorique nous avons vu qu'en aphasiologie, différents tableaux sémiologiques étaient généralement présentés en opposition avec d'un côté les aphasies non fluentes et de l'autre les aphasies fluentes.

Toutefois, cette dichotomie semble au niveau langagier beaucoup moins évidente lorsque les déficits sont considérés dans le cadre plus vaste de la communication.

Nous avons également constaté que même si l'essor du courant pragmatique a permis d'inscrire les troubles aphasiques au sein de la communication, leur étude concerne davantage l'aspect formel de la communication et rarement l'impact que peuvent avoir ces difficultés langagières sur la vie quotidienne des patients.

Ainsi, à partir de ces réflexions et en posant l'hypothèse que les personnes aphasiques fluentes et non fluentes ne rencontrent pas les mêmes difficultés face aux situations d'interaction du quotidien, nous avons cherché à étudier la communication fonctionnelle chez ces deux types de patients.

Nous allons désormais présenter notre étude.

³¹ [26] DAVIET J.C, MULLER F., STUIT A., DARRIGRAND B., MAZAUX J.M (2007) , Communication et aphasie, Aphasies et aphasiques, Montpellier, Masson, p. 85

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

I) La population :

Nous avons mené cette étude auprès de dix patients fluents et dix non fluents. Nous les avons sélectionnés en fonction de différents critères.

A) Les critères de sélection :

Les critères d'inclusion retenus ont été les suivants :

- l'étiologie de l'aphasie : elle doit être d'origine vasculaire : accident vasculaire cérébral (AVC). En effet, les troubles cognitifs présents lors d'un traumatisme crânien ou d'une démence vasculaire peuvent rendre l'interprétation des résultats plus difficile sachant qu'ils interfèrent généralement avec l'aphasie.
- le délais post AVC doit être inférieur à 5 ans.
- le patient doit vivre à domicile.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- une anosognosie importante.
- un trouble de la compréhension massif à la fois à l'oral et à l'écrit.

Tous ces critères ont été évalués à partir des informations recueillies dans les dossiers médicaux et dans les bilans orthophoniques des patients.

Les personnes aphasiques ont été recrutées au sein du service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital l'Archet de Nice et auprès d'orthophonistes libérales.

B)Caractéristiques :

➤ Population des non-fluents (voir tableau annexe 1) :

Nous avons interrogé dix personnes dont sept hommes et trois femmes.

- Au niveau de l'âge :
 - deux d'entre elles sont âgées de moins de 50 ans.
 - quatre ont entre 60 et 70 ans.
 - quatre ont plus de 70 ans.
- Le niveau d'éducation est très hétérogène :
 - niveau certificat d'étude : deux personnes
 - niveau CAP, BEP : deux personnes
 - niveau BAC+ : six personnes

Parmi cette population, une personne vit seule (veuf) et neuf sont en couple.
Concernant la situation familiale, neuf ont des enfants et un non.

➤ Population des fluents (voir tableau annexe 1) :

La population est composée de huit hommes et deux femmes.

- Au niveau de l'âge :
 - cinq d'entre elles ont moins de 60 ans.
 - deux ont entre 60 et 70 ans.
 - trois sont âgés de plus de 70 ans.
- Concernant le niveau d'éducation nous avons recensé :
 - niveau certificat d'étude : une personne
 - niveau CAP, BEP : cinq personnes
 - niveau BAC+ : quatre personnes

Parmi cette population, cinq personnes vivent seules (divorcés, veufs, célibataires) et cinq sont en couple. Au niveau de la situation familiale, toutes ont des enfants.

II) Protocole :

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons nous intéresser à l'impact de l'aphasie sur les situations de communication du quotidien, chez des aphasiques fluents et non fluents afin d'observer ou non une différence entre les deux groupes de patients.

Dans ce but, et après avoir étudié les évaluations existantes (cf : partie théorique), nous avons choisi d'utiliser l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux.(ECVB). En effet, cette échelle permet aux personnes aphasiques de faire part de leurs difficultés dans des situations concrètes du quotidien.

A)Présentation de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (annexe 2):

1) Présentation générale :

Cette échelle est un entretien semi-dirigé qui dure entre 20 et 30 minutes selon les patients.

Il comporte trente-quatre questions qui font l'objet d'une cotation quantitative et qui permettent le calcul du score final. Ce score final représente l'efficacité globale de la communication de l'aphasique dans les situations explorées.

Les trente-quatre questions sont regroupées sous différentes rubriques :

- expression des besoins et des intentions
- conversation
- utilisation du téléphone
- achats
- communication dans les relations sociales
- lecture
- écriture

A ces questions principales s'ajoutent neuf questions complémentaires qui n'entrent pas dans le calcul final. Elles abordent l'aspect qualitatif de la communication et apportent des informations supplémentaires au rééducateur.

L'ECVB s'intéresse à deux niveaux de communication : familial et non familial. Ainsi, elle permet de considérer les situations où le savoir commun entre les interlocuteurs va constituer une aide à la communication pour la personne aphasique et à l'inverse les situations où aucune habitude de communication ne peut pallier aux difficultés langagières.

Pour chaque question quatre réponses sont proposées (généralement des adverbes de temps : toujours, souvent, quelquefois, jamais) qui révèlent soit la fréquence des difficultés rencontrées , soit la fréquence d'un comportement de communication précis comme par exemple : « Quand vous allez chez un commerçant est-ce que c'est vous qui expliquez ce que vous désirez ? » (question n°26).

Les résultats sont reportés sur un profil qui permet une appréciation visuelle et rapide des points forts et des points faibles de la communication du sujet.

Ensuite, le score final est calculé en fonction de la fréquence des comportements observés. Un nombre de points entre 0 et 3 est attribué à chaque question : 0 représente le degré de difficulté maximum et 3 l'efficacité optimale de communication.

L'addition des différentes valeurs aboutit à un score sur 102 qui représente l'efficacité globale de la communication de l'aphasique dans les situations explorées.

A la fin de l'entretien, l'examineur demande au patient d'évaluer lui-même ses capacités de communication en indiquant un degré de satisfaction sur une échelle visuelle analogique. Soulignons que dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas exploré cette échelle de satisfaction.

Comme il est précisé dans le livret d'utilisation de l'ECVB qu'une reformulation est parfois nécessaire pour être sûr que le patient ait bien compris la question et les réponses proposées, nous avons apporté d'autres modifications.

Concernant les propositions de réponses, les personnes doivent choisir entre quatre réponses qui sont parfois formulées différemment dans l'ECVB. Par exemple, à la place de l'adverbe « quelquefois » peut être utilisé « rarement ». Afin de faciliter la compréhension des patients, nous avons décidé de proposer à chaque fois comme choix de réponses : jamais, quelquefois, souvent, toujours. Dans ce même but, des modifications dans la formulation des questions ont aussi été effectuées. En effet, nous avons supprimé l'inversion sujet-verbe des différentes questions.

Nous avons également constaté que le mot « difficulté » était parfois trop redondant dans le questionnaire et que cela pouvait être éprouvant pour la personne aphasique de se trouver confrontée à ses limites de cette façon. C'est pourquoi nous avons reformulé plusieurs questions afin de réduire ce phénomène (annexe 3).

Au cours des premiers entretiens, plusieurs personnes interrogées nous ont spontanément donné des informations complémentaires par rapport à certaines questions. Il nous a alors semblé intéressant d'ajouter ces précisions au questionnaire.

Ainsi, pour chaque item qui interroge le patient sur le fait de réaliser lui-même une activité quotidienne, nous demandons « qui le fait ? » si la réponse est négative (cf : questions n°13,16,26,33). De la même manière, certains aphasiques nous précisaient qu'ils utilisaient le geste ou la mimique pour exprimer leurs sentiments, il nous est paru intéressant de connaître les moyens de compensation qu'ils ont instinctivement mis en place pour faire transmettre leur message. C'est pourquoi nous avons ajouté « vous utilisez le geste, la mimique ? » à la question n°7.

Enfin, pour interpréter certaines réponses, il nous était nécessaire de connaître les habitudes antérieures du patient afin de ne pas attribuer à l'aphasie un trait de personnalité ou un comportement déjà existant. Dans le livret d'utilisation de l'ECVB, il est indiqué que ces questions concernant la période antérieure à l'AVC peuvent être utiles pour le rééducateur même si elles ne sont pas inscrites dans le livret. Par soucis de clarté, elles apparaissent dans notre questionnaire. Ainsi, une fois que la personne a répondu nous lui demandons, si besoin, « et avant ? » (annexe 3)

2) Population concernée :

L'ECVB a été conçu et étalonné pour des sujets âgés de plus de quinze ans présentant une aphasie par accident vasculaire cérébral. Elle s'adresse à des personnes qui ont déjà été confrontées aux situations de la vie quotidienne et qui ont retrouvé de façon plus ou moins temporaire un milieu de vie habituel.

3) Le profil :

On élabore le profil en reportant les réponses obtenues sur la dernière page du livret de passation.

L'échelle est construite de sorte que les réponses recueillies permettent une appréciation visuelle des compétences communicatives du patient en fonction des situations envisagées. Les réponses les plus à gauche du questionnaire signent une communication très déficitaire alors que les réponses les plus à droite reflètent une communication efficace. Les degrés intermédiaires permettent d'affiner les analyses.

4) Le score :

Il se calcule en additionnant les points obtenus après avoir reporté les réponses sur le profil. Le score maximal est 102.

Ce score peut paraître réducteur mais il est utile pour comparer différents patients ou pour étudier une éventuelle évolution.

5) La passation :

L'examineur propose pour chaque question les quatre réponses formulées et demande au patient de choisir celle qui correspond le mieux à sa situation.

La forme de la présentation des questions et des réponses n'est pas précisé dans le livret ce qui laisse à l'examineur la liberté de s'adapter au patient.

Ainsi, nous avons dû proposer les questions et les réponses sous forme d'étiquettes pour certains patients présentant un trouble massif de la compréhension et pour lesquels l'écrit était facilitateur.

B) Modalités des entretiens :

Certains entretiens ont été réalisés aux domiciles des patient, d'autres dans les cabinets libéraux et au sein du service de rééducation fonctionnelle de neurologie de l'hôpital l'Archet de Nice.

Dans la plupart des cas, la passation s'est faite en relation duelle mais parfois l'orthophoniste ou un conjoint était également présent. Ceci nous a occasionnellement permis de demander certaines précisions même si la réponse de l'aphasique fût la seule que nous ayons prise en considération.

Lors de ces entretiens, notre objectif était d'instaurer un climat de confiance et un rapport égalitaire entre le testeur et la personne interrogée afin que cette dernière ne se sente pas en situation d'interrogatoire mais plutôt dans une discussion au cours de laquelle elle peut s'exprimer et faire part de ses difficultés.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ANALYTIQUE DES RESULTATS

I) Interprétation et analyse des résultats :

A) Analyse quantitative :

A travers cette étude, nous cherchons à savoir si les personnes aphasiques non-fluents et fluents rencontrent les mêmes difficultés dans les situations de communication du quotidien.

Pour cela, nous avons comparé les résultats obtenus par chaque groupe afin de voir si les différences observées étaient significatives.

1) Scores totaux obtenus (tableaux annexe n°4) :

La moyenne des scores totaux des aphasiques non-fluents est de 50/102. Celle des fluents est de 60/102.

Les scores obtenus dans chaque groupe sont très hétérogènes c'est pourquoi nous ne pouvons conclure que les fluents ont une communication fonctionnelle plus efficace que les non-fluents sans avoir préalablement comparé les moyennes des deux groupes.

Dans ce but, nous avons calculé pour chacune d'elle leur intervalle de confiance. Par soucis de lisibilité, nous avons intégré nos calculs en annexes.

- l'intervalle de confiance de la moyenne des scores totaux des non-fluents est compris entre 7 et 93 au coefficient de sécurité 95% (annexe n°4)
- l'intervalle de confiance de la moyenne des scores totaux des fluents est compris entre 22 et 98 au même coefficient de sécurité. (annexe n°4)

Ces deux intervalles se chevauchent largement : nous pouvons conclure que l'ECVB ne nous permet pas de déterminer de différences significatives d'efficacité de communication entre les patients fluents et non-fluents.

S'agissant de la moyenne des scores totaux, nous avons cherché à savoir si nous retrouvions des différences significatives entre les deux groupes dans les différentes situations de vie quotidienne étudiées par l'ECVB,

2) Scores obtenus pour chaque rubrique :

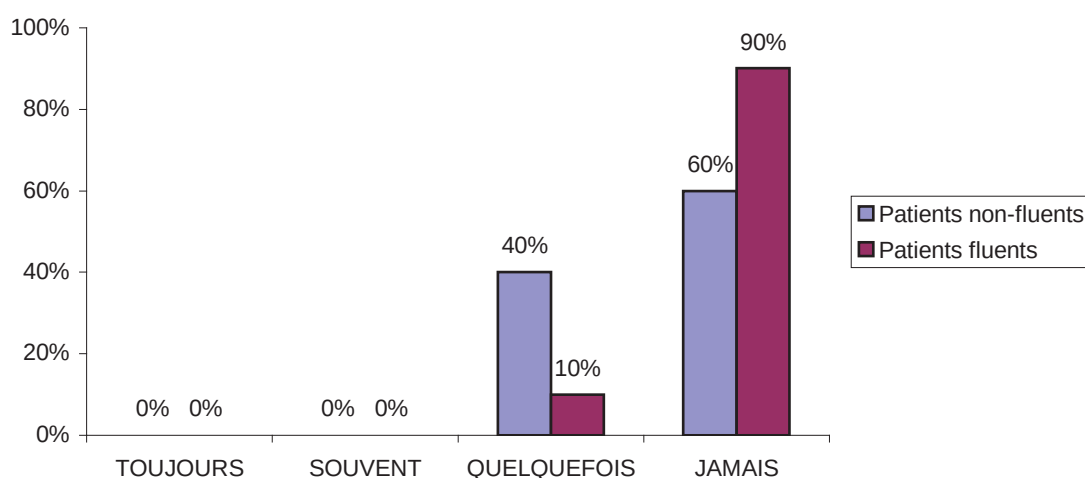
Nous avons procédé de la même façon en comparant les moyennes obtenues par les dix personnes fluentes et les dix non-fluents pour chaque domaine.(annexe 4)

Ces calculs ont abouti à la même conclusion que précédemment, c'est-à-dire que nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence d'efficacité de communication entre les fluents et les non-fluents dans les situations de vie quotidienne. Rappelons que cette étude a été menée auprès d'un nombre restreint de personnes. Nous ne pouvons donc en aucun cas tirer de conclusion à grande échelle. Une analyse qualitative des réponses peut toutefois nous permettre d'observer des éléments, de noter des orientations concernant la communication fonctionnelle des patients fluents et non-fluents.

B)Analyse qualitative :

1) Expression des intentions :

Question n°1 : Vous êtes gêné pour dire des choses très simples ? des besoins comme : boire, manger, aller vous reposer... ?

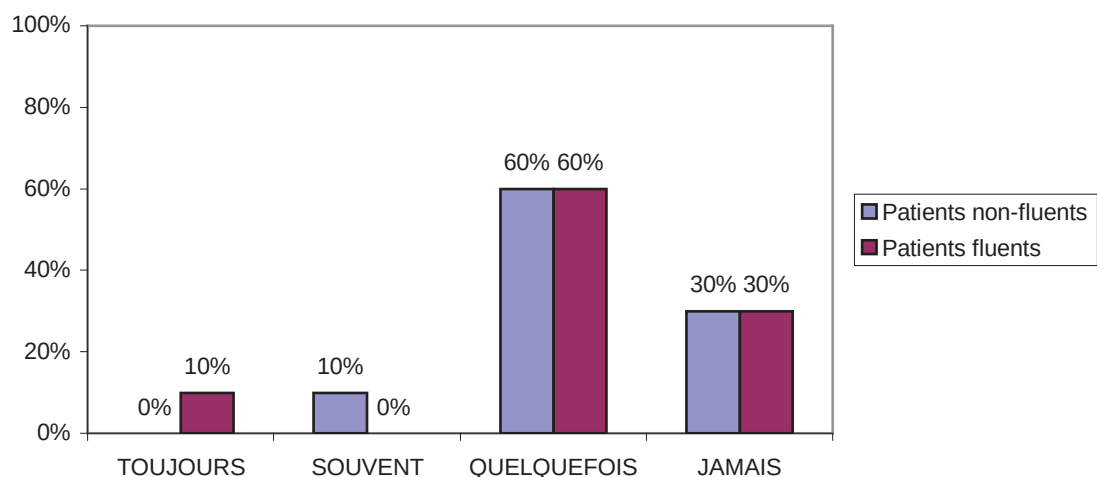


Au regard de ces réponses, les aphasiques semblent ne pas avoir, ou pratiquement pas, de difficultés pour exprimer leurs besoins.

Les aphasiques fluents semblent d'ailleurs être plus efficaces que les non-fluents. Les résultats concernant cette population, à ce moment précis, c'est pourquoi toute généralisation serait abusive.

Parmi les personnes qui ont quelquefois des difficultés à ce niveau, certaines souffrent de troubles langagiers sévères sur le versant expressif réduisant leur production verbale à quelques mots isolés qui sont parfois insuffisants pour exprimer une nécessité. Elles précisent qu'elles arrivent généralement à se faire comprendre par la mimique ou les gestes. D'autres expliquent qu'avec la fatigue le manque du mot s'intensifie ce qui rend parfois la parole difficile.

Question n°2 : Vous avez des difficultés pour dire ce que vous avez envie de faire ? par exemple : aller chez le coiffeur, aller vous promener

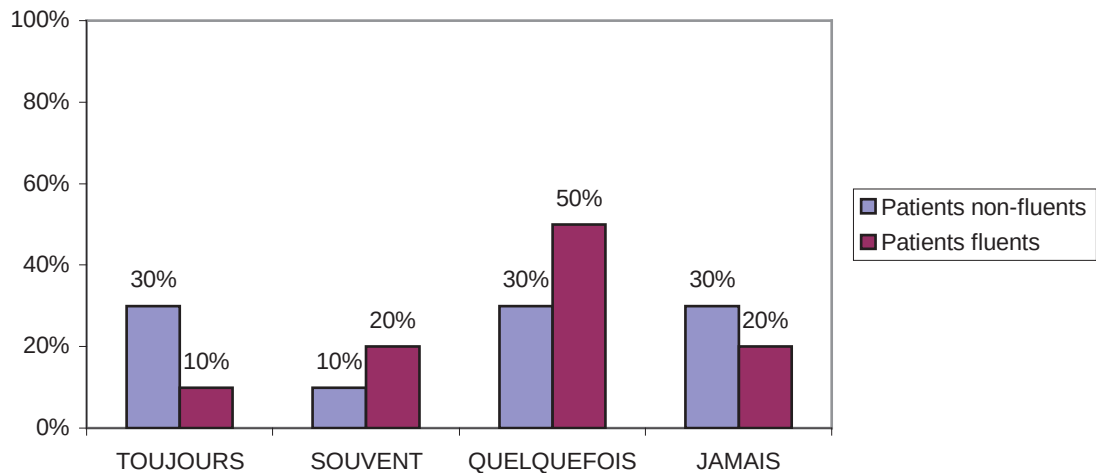


Globalement, les aphasiques fluents et non-fluents éprouvent peu ou pas du tout de difficultés pour exprimer leurs intentions.

Mais, si nous comparons les résultats de cette question avec ceux de la question n°1, nous observons qu'une plus grande part des aphasiques répond avoir quelquefois des difficultés. Ainsi, même s'ils font preuve d'une certaine efficacité pour faire part de leur intention, cela semble être légèrement plus compliqué que d'exprimer ses besoins.

Les mêmes remarques qu'à la question n°1 peuvent être faites concernant les difficultés d'expression dues à la fatigabilité et aux troubles langagiers sévères.

Question n°3 : Quand vous sortez seul, vous êtes gêné pour demander votre chemin ? ou par exemple pour expliquer votre destination à un chauffeur de taxi ?



La majorité des aphasiques non-fluents et fluents (respectivement 60% et 70%) demandent leur chemin sans trop de problème. Notons que par rapport aux deux premières questions, la proportion de personnes qui est souvent voire toujours gênée est plus importante pour cette question dans les deux groupes. Ainsi, il semblerait que les aphasiques aient davantage de difficultés pour s'adresser à un inconnu.

Plusieurs explications ont été avancées par les patients eux-mêmes. Certains expliquent qu'ils évitent de s'adresser à des inconnus pour demander quelque chose et qu'ils chercheront avant tout à se débrouiller par eux-mêmes. D'autres fuient les interactions hors de leur entourage car ils ont peur qu'on les prenne pour des déficients mentaux. Nous avons ainsi constaté que la peur du regard de l'autre peut parfois davantage freiner la communication que les troubles langagiers en eux-mêmes. Il sera intéressant de relier cette question aux autres qui mettent le patient en dehors du cercle familial comme solliciter un vendeur, demander un renseignement, passer une commande au restaurant...

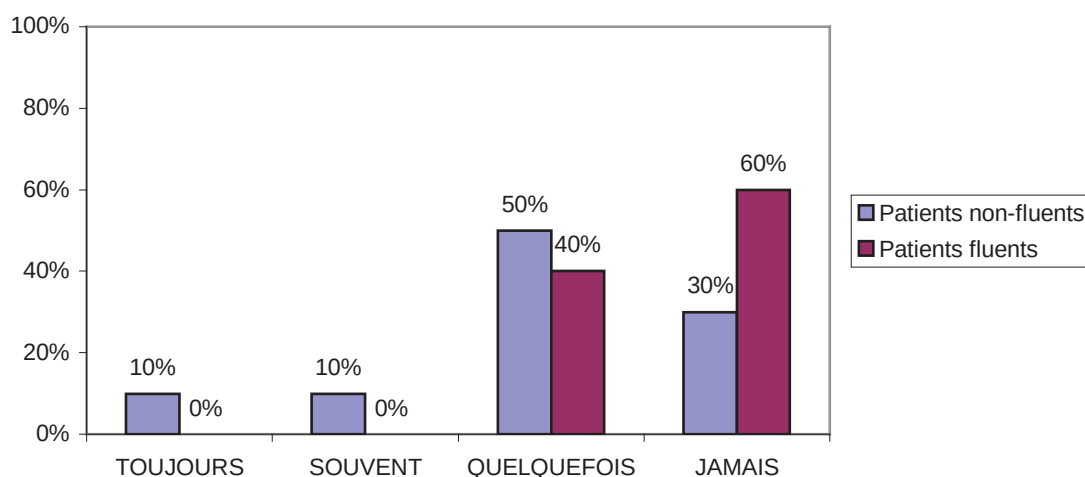
Mais tous n'évitent pas d'entrer en communication avec des inconnus même s'il est parfois difficile pour eux de se faire comprendre. Certains préfèrent prévenir leur interlocuteur de leurs troubles lorsqu'ils s'adressent à quelqu'un.

Pour résumer, les aphasiques sont globalement efficaces pour exprimer leurs besoins et leurs intentions ce qui leur permet d'avoir une certaine autonomie dans leur vie quotidienne mais ils semblent avoir davantage de difficultés pour s'adresser à un inconnu.

2) Conversation :

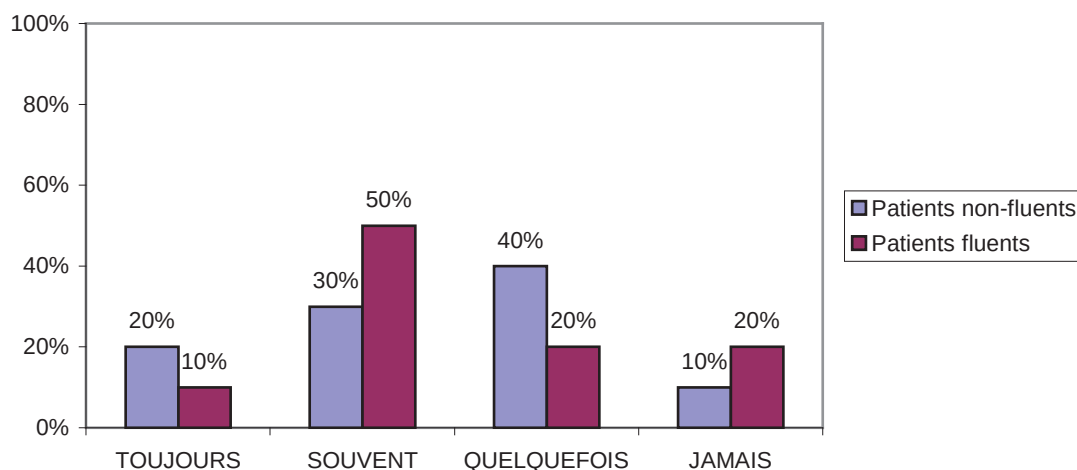
➤ Avec des proches :

Question n°4 : Vous avez des difficultés pour avoir une conversation avec votre famille ou vos amis sur des sujets simples, de la vie quotidienne ? (le temps qu'il fait, ce que vous avez mangé à midi...)



Globalement, la majorité des aphasiques peuvent avoir une conversation avec des proches sans difficulté ou presque. Il semblerait que les patients fluents soient plus efficaces que les non-fluents dans ce domaine.

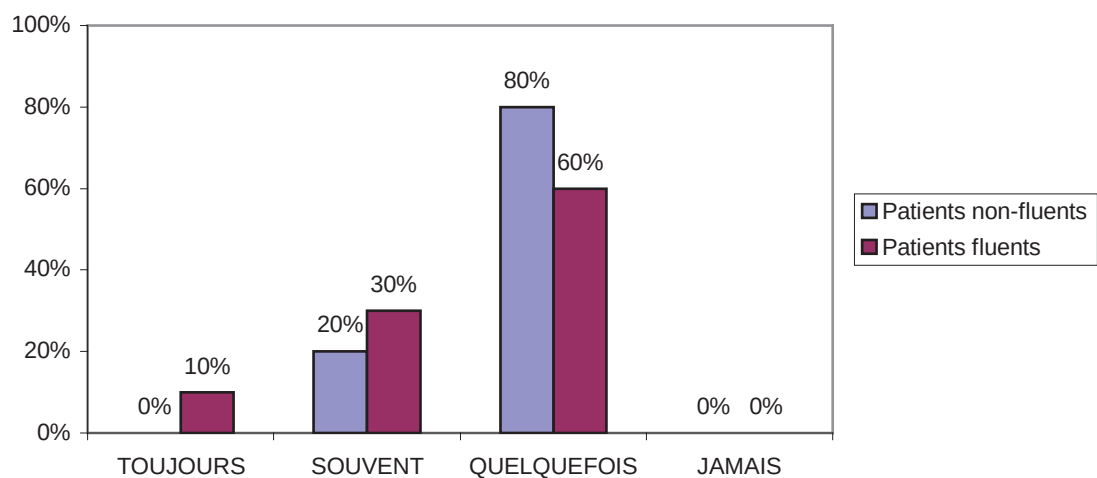
Question n°5 : Sur des sujets plus compliqués, par exemple l'actualité, ça vous pose problème?



En observant les réponses obtenues à la question concernant les conversations complexes et celle à propos des conversations simples avec les proches, nous constatons que 60% des non-fluents et 70% des fluents ont davantage de difficultés quand le sujet de conversation est complexe.

Ainsi, il semblerait que le thème de la discussion influe sur l'efficacité de communication de la personne aphasique. Nous verrons si nous retrouvons cette différence en conversation avec des inconnus.

Question n°6 : En famille ou avec des amis c'est vous qui entamez la conversation ?

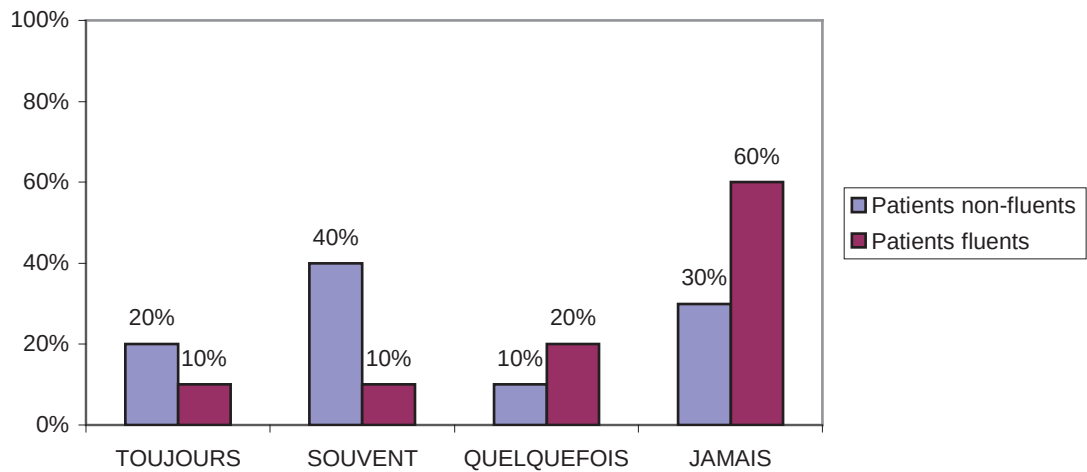


Au vu des résultats, nous constatons que les aphasiques n'entament que rarement par eux-même une conversation.

Ils auraient donc tendance à adopter une attitude plutôt passive même si la majorité a une certaine appétence à la communication (cf : question désir de communiquer). Notons que les patients fluents semblent davantage initier la conversation que les non-fluents.

De plus, il ne faut pas oublier de prendre en considération la personnalité antérieure des patients. En effet, parmi eux, 10% expliquent qu'ils n'étaient pas très bavards avant leur AVC donc leur réponse ne peut pas être totalement imputée à l'aphasie.

Question n° 7: Vous avez des difficultés pour exprimer vos sentiments par la parole ?



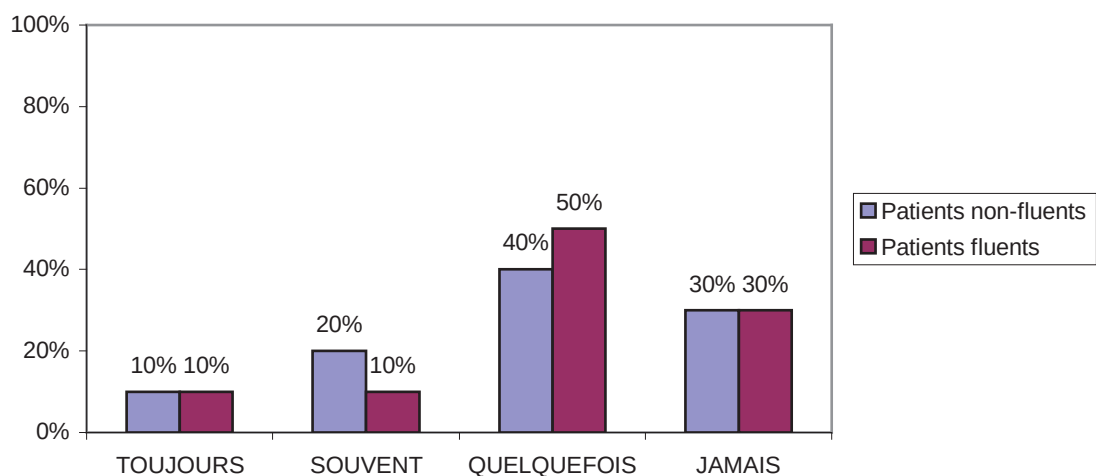
Il semblerait que les personnes fluentes soient plus efficaces que les personnes non-fluents pour exprimer leurs sentiments par la parole.

La plupart des personnes non-fluents qui ont du mal à exprimer leurs sentiments à travers le langage précisent qu'elles utilisent la mimique ou les gestes pour compenser leur manque du mot.

Certains précisent qu'avec l'émotion les mots se bloquent.

➤ Avec des inconnus :

Question n°8 : Vous êtes gêné pour avoir une conversation sur des sujets simples avec une personne que vous ne connaissez pas beaucoup? Par exemple le facteur, le chauffeur de taxi...



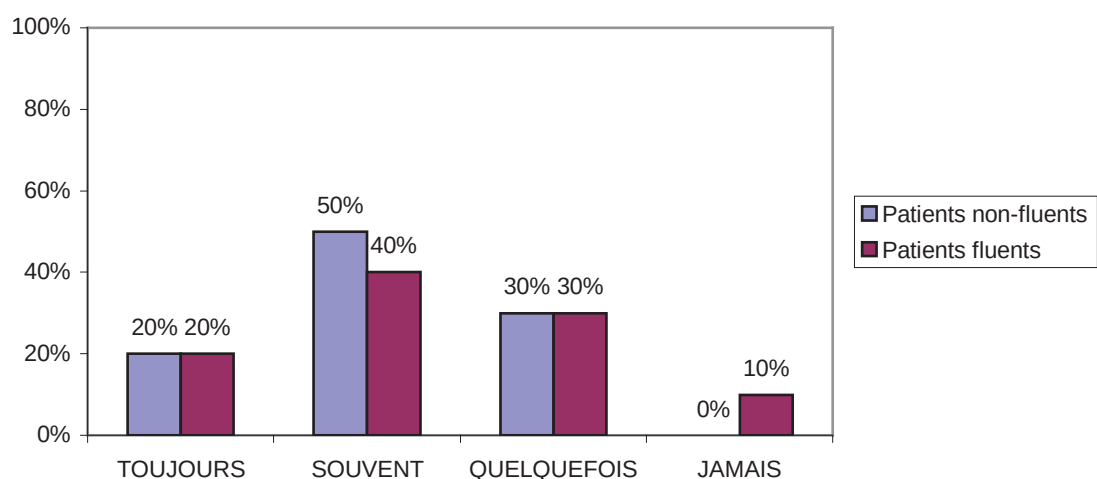
La plupart des aphasiques interrogés ne semblent pas parvenir à avoir des conversations simples avec des inconnus.

Les personnes qui éprouvent beaucoup de difficultés dans ce domaine, souffrent de troubles langagiers importants rendant toute conversation difficile ou bien évitent les situations de communication avec des inconnus .

Après avoir comparé les scores de chaque patient aux deux questions concernant les conversations simples avec des proches et avec des inconnus nous avons noté que pour 90% des non-fluents et 60% des fluents, il n'existe pas de majoration des difficultés en fonction de l'interlocuteur. De plus, dans les cas où elle est observée cette majoration est faible.

Ainsi, il semblerait que sur des sujets simples la majorité des personnes fluentes et non-fluents éprouvent les mêmes difficultés quel que soit l'interlocuteur.

Question n°9 : Sur des sujets plus compliqués, comme l'actualité ça vous pose problème ?



Les conversations complexes posent souvent voire toujours problème à la majorité des aphasiques.

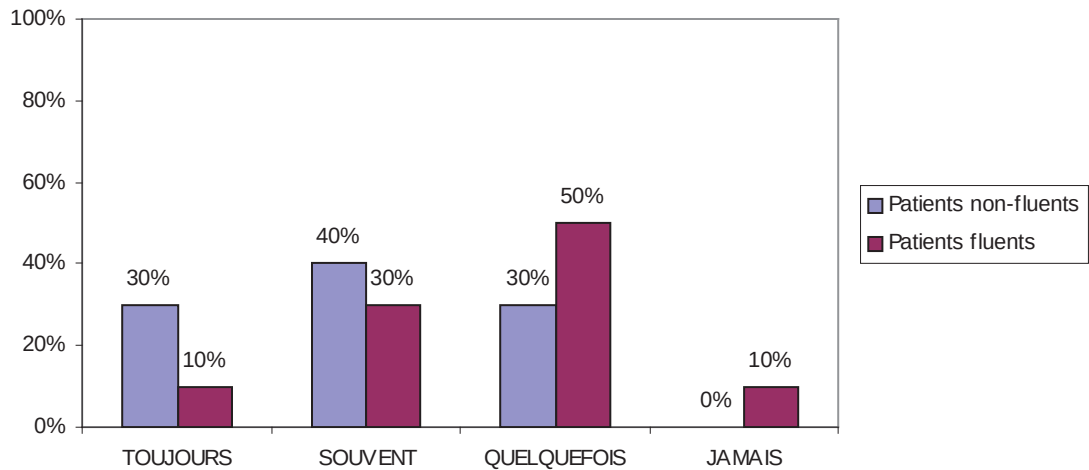
Si nous comparons les scores de chaque patient à cette question avec ceux de la question précédente nous remarquons que : 60% des fluents et 70% des non-fluents ont davantage de difficultés pour avoir une conversation complexe plutôt qu'une conversation simple avec un inconnu.

Ainsi, comme nous l'avons observé précédemment, les personnes aphasiques semblent rencontrer plus de difficultés lorsque le sujet de conversation se complexifie quel que soit l'interlocuteur.

En revanche, dans chaque groupe, pour 80% des personnes interrogées il n'est pas plus compliqué d'avoir une conversation complexe avec des proches ou des inconnus.

L'interlocuteur ne semble donc pas toujours influencer l'efficacité de communication des aphasiques.

Question n°10 : Vous avez des difficultés pour prendre la parole avec des gens que vous connaissez peu ? pendant un dîner, une sortie, une soirée....



Les patients fluents semblent avoir moins de difficultés que les non-fluents pour prendre la parole avec des inconnus.

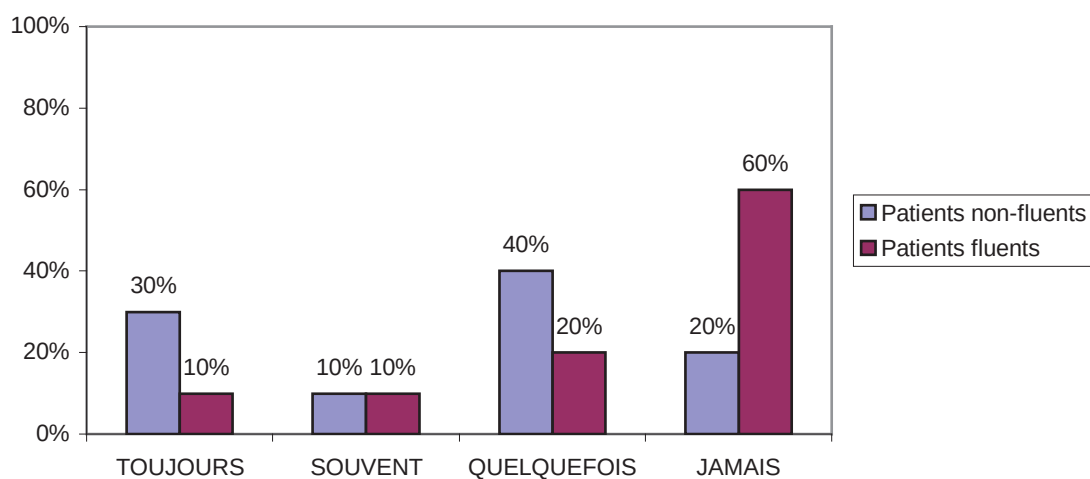
Les résultats peuvent paraître paradoxaux car les aphasiques fluents semblent avoir plus de difficultés pour initier conversation avec leur proche que pour prendre la parole avec des inconnus.

La formulation de la question peut expliquer ce décalage. En effet, nous pouvons supposer que pour cette question la prise de parole peut être faite après sollicitation de l'interlocuteur. Alors que dans l'autre question, il est clairement précisé qu'il s'agit d'initier la conversation ce que ces personnes font peut être moins fréquemment.

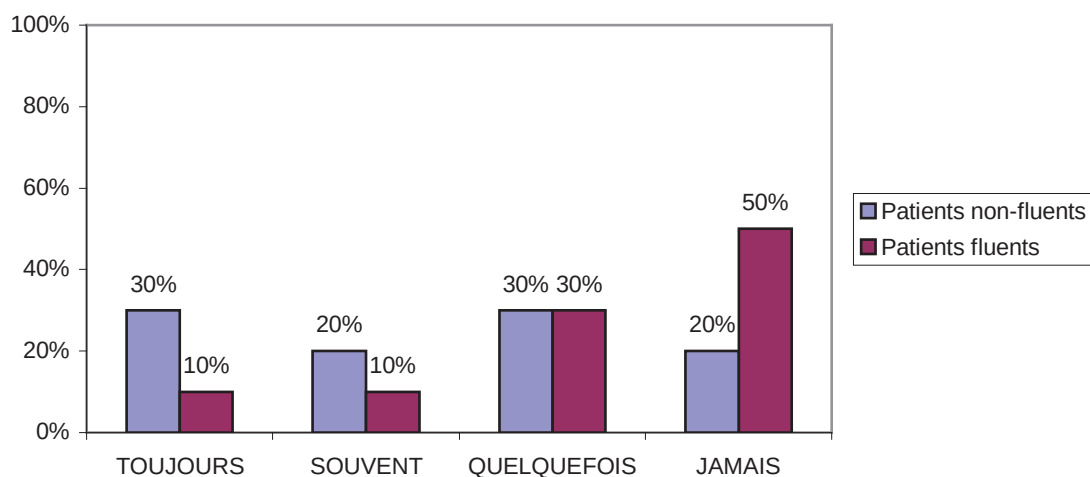
3) Téléphone :

➤ Appeler :

Question n°11 : Vous avez des difficultés pour téléphoner à votre famille ?



Question n°12 : Et à vos amis ?

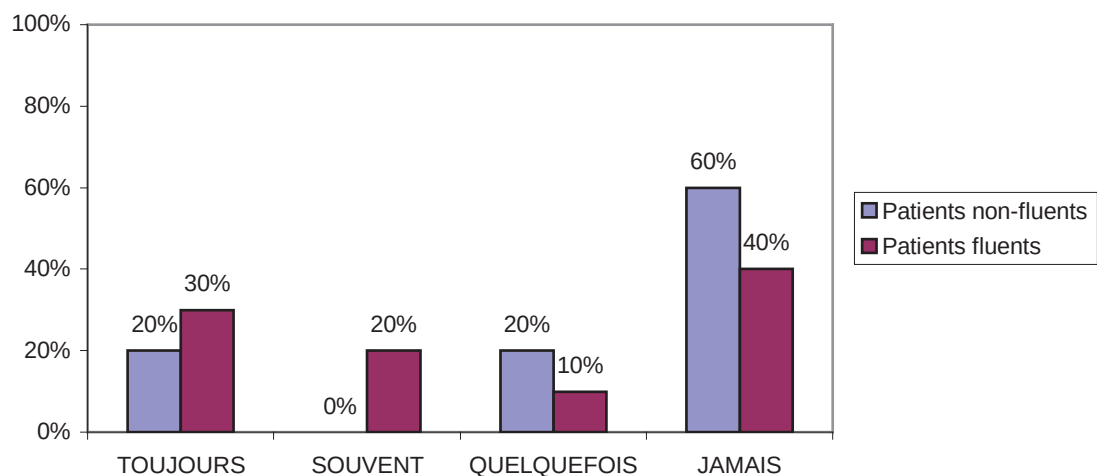


Globalement, les aphasiques n'éprouvent pas trop de difficultés pour appeler leurs proches. Les patients fluent semblent être plus efficaces pour appeler des proches que les autres aphasiques mais ces résultats sont à pondérer car parmi les non-fluents, plusieurs nous ont précisé qu'ils n'utilisaient déjà que très peu le téléphone avant leur AVC.

Concernant les personnes rencontrant des difficultés pour appeler, nous retrouvons les personnes qui souffrent d'une aphasie sévère et qui ont obtenu des scores faibles en conversation. Pour d'autres, le fait même de composer le numéro pose problème mais si quelqu'un leur compose ils peuvent avoir une conversation au téléphone.

Avec le téléphone portable, les messages écrits sont parfois plus simples à utiliser pour ceux qui ont des troubles de la compréhension. En effet, plusieurs personnes nous ont expliqué qu'il était plus facile pour eux de lire un sms plutôt que de comprendre ce qui était dit oralement. De plus, le fait de garder la trace écrite leur permet de s'y référer s'ils ne sont plus sûrs de ce qu'ils ont convenu avec leur interlocuteur.

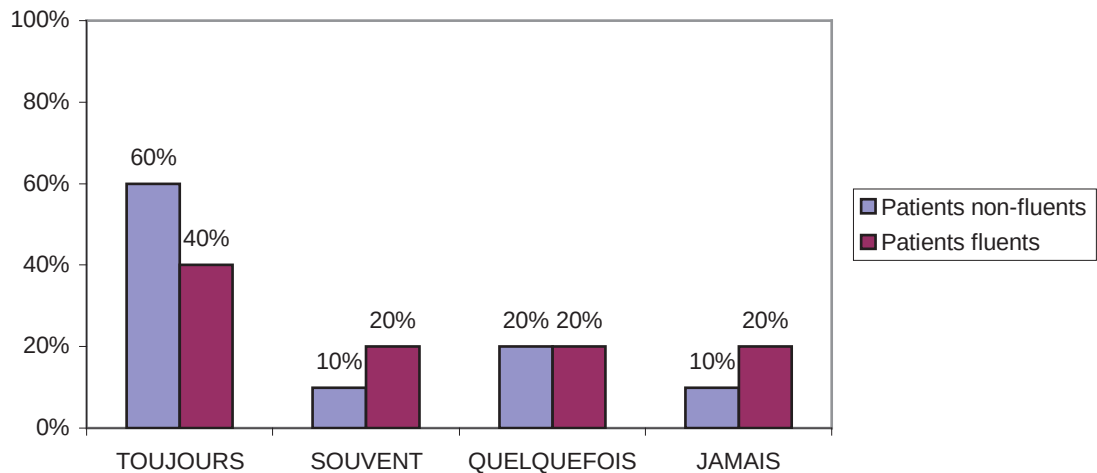
Question n°13 : Pour prendre un rendez-vous avec quelqu'un, par exemple avec votre médecin, c'est vous qui téléphonez ?



Il semblerait que les personnes fluentes soient plus autonomes à ce niveau que les non-fluents. Notons que la majorité de ces personnes vivent seules et revendiquent leur autonomie ce qui pourrait peut-être expliquer en partie ces résultats.

En effet, lorsqu'ils sont en couple, c'est le conjoint ou un proche qui appelle à la place de l'aphasique dans la plupart des cas.

Question n°14 : Vous avez des difficultés pour appeler une personne inconnue ? par exemple : un électricien, un taxi.....



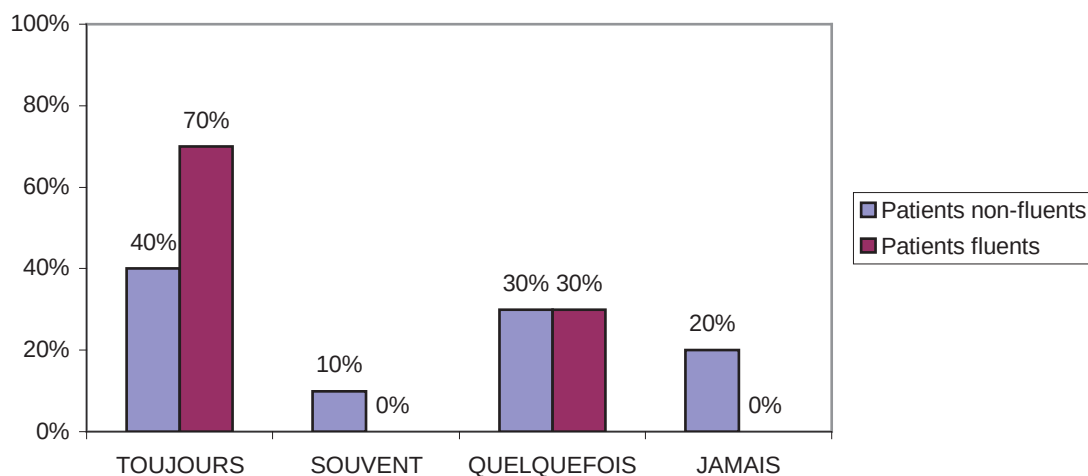
La majorité des aphasiques se trouve en difficulté pour appeler un inconnu. Il est donc plus facile pour eux d'appeler un membre de la famille.

En mettant cette question en relation avec celle concernant le fait de demander son chemin ou d'avoir une conversation simple avec un inconnu, nous observons que le fait d'appeler un inconnu leur pose plus de difficultés que d'être face à face avec la personne.

Dans ce cas, les modalités de communication ne sont pas les mêmes. En effet, le contact visuel étant inexistant, la personne aphasique ne peut pas vérifier si elle est comprise par son interlocuteur et du point de vue réceptif elle a moins d'indices para-verbaux pour pallier ses difficultés de compréhension.

➤ Répondre

Question n°15 : Quand le téléphone sonne et que vous êtes seul, vous répondez ?



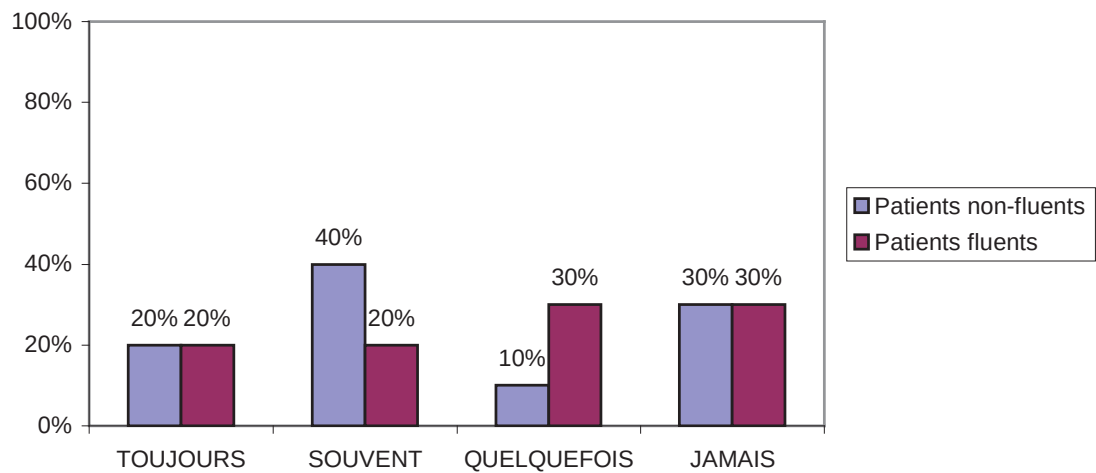
La majorité des fluents (70%) et la moitié des non-fluents répondent au téléphone lorsqu'il n'y a personne chez eux.

Les personnes qui ne décrochent pas ou rarement sont les mêmes que celles qui ont des difficultés pour appeler.

De plus, la personne aphasique ne peut pas choisir son interlocuteur lorsqu'elle reçoit un coup de téléphone. En effet, elle ne sait pas forcément qui l'appelle. Ainsi, dans le cas où le numéro du correspondant s'affiche, certains aphasiques précisent qu'ils décrochent uniquement s'ils reconnaissent le numéro.

Enfin, les personnes qui sont en fauteuil roulant n'ont pas toujours la possibilité de répondre à temps.

Question n° 16: Et s'il y a quelqu'un chez vous (mari, conjoint, enfant...), vous répondez au téléphone ?



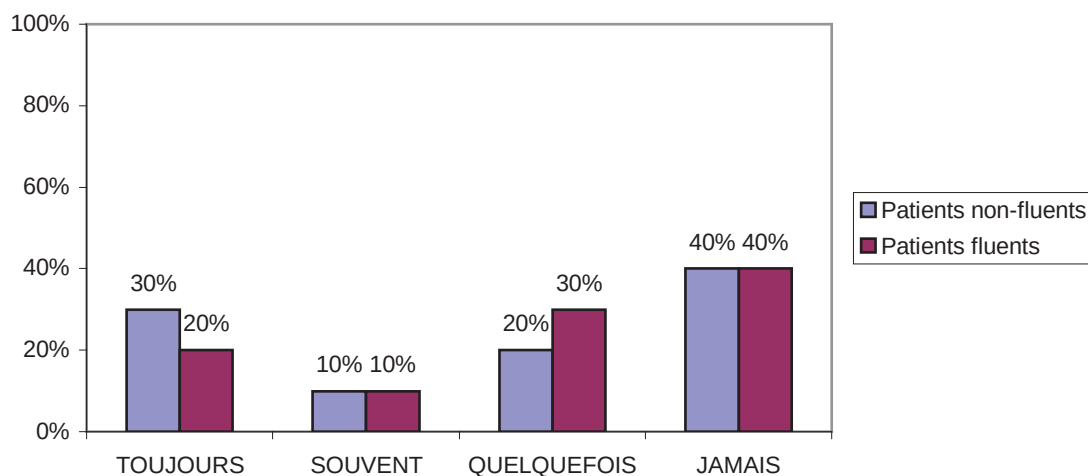
Le pourcentage d'aphasiques qui répondent lorsqu'il y a quelqu'un avec eux est plus faible que lorsqu'ils sont seuls.

Parmi ceux qui laissent répondre un des membres de leur entourage quand le téléphone sonne, certains ne répondaient déjà pas lorsqu'ils étaient seuls et pour les autres, on peut supposer que le fait qu'il y ait quelqu'un avec eux leur évite de faire l'effort de décrocher et de se faire comprendre. Il y aurait donc dans cette situation un évitement de l'acte de parole chez ces personnes.

Mais pour certains, le fait qu'il y ait quelqu'un avec eux leur permet de donner le combiné s'ils ne comprennent pas ou s'ils ne sont pas compris donc ils décrochent plus facilement le téléphone.

➤ Transmettre un message :

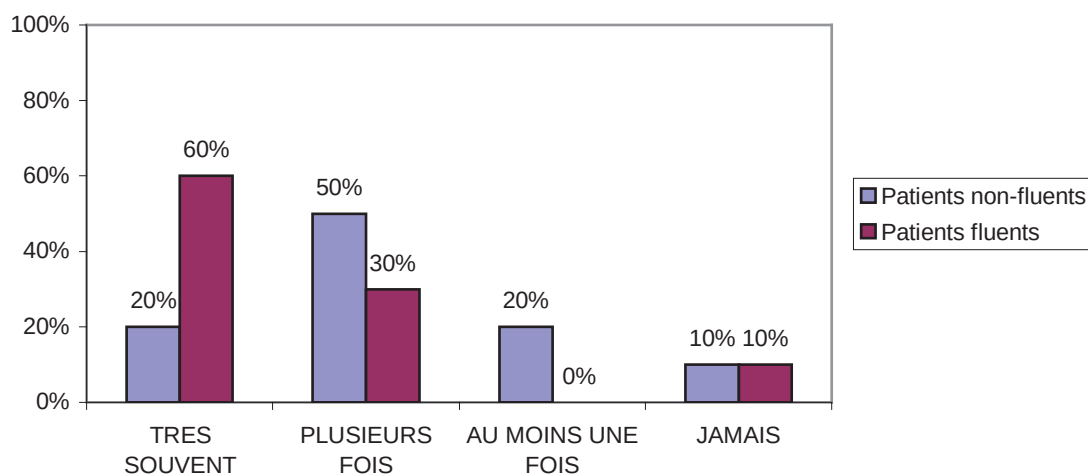
Question n° 17: Si le message est pour un proche, vous êtes gêné pour lui donner ?



La majorité des fluents et des non-fluents n'éprouvent pas de difficultés pour transmettre un message téléphonique. Ils semblent donc être plutôt efficaces dans cette situation de la vie quotidienne. Généralement, ils nous précisent qu'ils transmettent juste le nom de la personne qui a appelé afin que leur proche rappelle.

4) Achats :

Question n° 18: Depuis votre accident, vous êtes allé faire des achats seul ? (au moins un : pain, journal, café...)



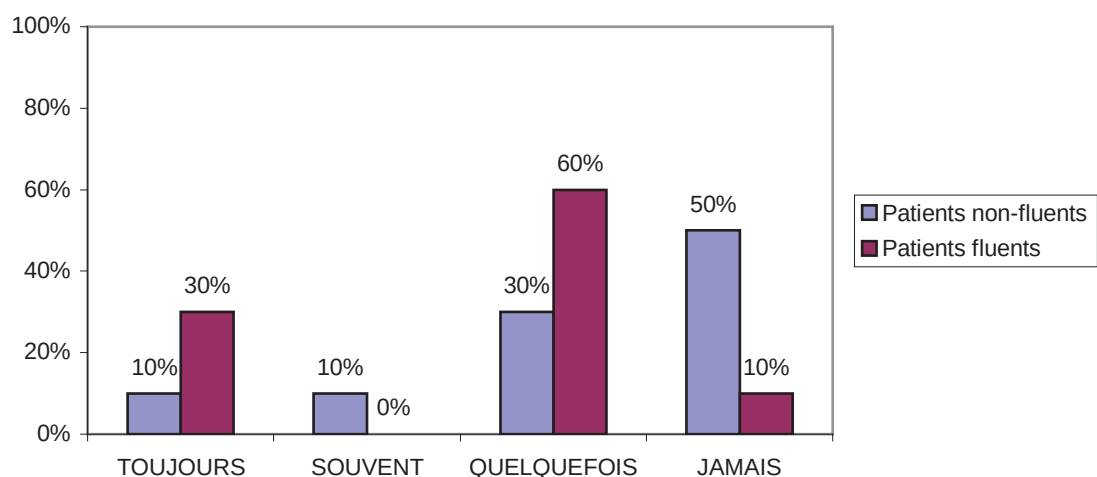
D'après les résultats, la majorité des aphasiques conserve une certaine autonomie au niveau des achats.

Il semblerait que les personnes fluentes fassent plus fréquemment leurs courses seules que les non-fluents.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que parmi les personnes qui ont répondu ne faire que rarement voire jamais d'achats seules, la plupart souffre d'une hémiplégie droite qui rend les déplacements difficiles et qui réduit leur autonomie surtout si elles sont en fauteuil roulant. Certains ont les possibilités physiques de se déplacer, mais leurs importants troubles langagiers et le fait de devoir parler à des inconnus les freinent, c'est pourquoi ils préfèrent être accompagnés ou rester chez eux.

Notons que parfois, c'est le conjoint qui décide de ne pas laisser la personne aphasique faire les courses seule ce peur qu'il ne lui arrive quelque chose.

Question n°19 : Dans un magasin, si vous ne trouvez pas ce que vous voulez, vous demandez au vendeur ?



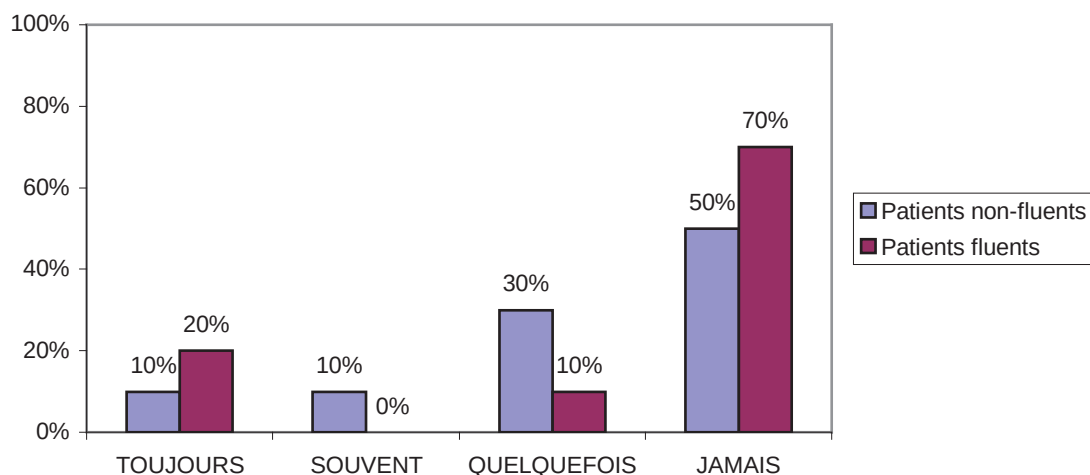
Les aphasiques fluents semblent solliciter le vendeur plus fréquemment que les non-fluents.

Malgré tout, nous constatons que peu d'aphasiques le font de façon quasi systématique.

Plusieurs explications ont été données par les personnes interrogées. Certaines ne veulent pas demander aux vendeurs car elles ont peur de ne pas être comprises par leur interlocuteur et elles craignent ainsi d'être pris pour des fous, des débiles. Par conséquent, elles vont éviter cette situation ou renoncer à acheter ce qu'elles désirent. Une telle situation nous a d'ailleurs été évoquée par une femme qui, s'étant rendu dans un magasins pour acheter des clous et ne les trouvant pas, a préféré s'en aller plutôt que de demander à quelqu'un.

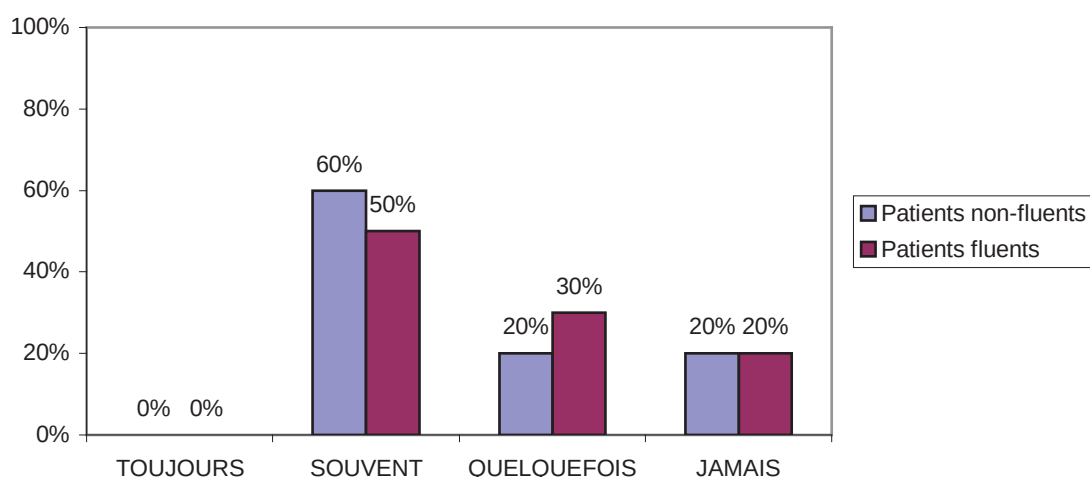
D'autres disent ne pas solliciter d'aide car l'interlocuteur parle souvent vite et ils ont du mal à comprendre.

Question n°20 : Quand vous payez, vous avez des difficultés pour utiliser de l'argent liquide ?



La majorité des patients fluents et non-fluents répondent ne pas avoir de difficultés à utiliser de l'argent liquide. Notons que généralement, ils précisent qu'ils donnent un billet et qu'on leur rend la monnaie. Pour eux, leur autonomie est donc préservée même s'ils ont parfois des difficultés de calcul.

Question n° 21: Pour payer, vous utilisez des chèques (ou carte bancaire)?



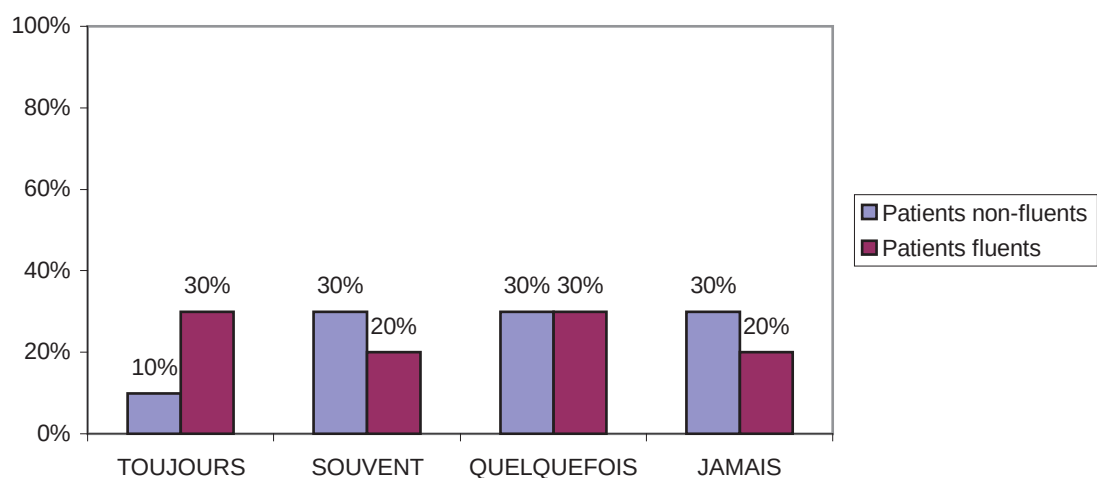
Lorsqu'elles n'utilisent pas d'argent liquide, la grande majorité des personnes aphasiques utilise la carte bancaire plutôt que le chèque.

En effet, certaines ne peuvent pas écrire ou expliquent qu'elles sont trop lentes c'est pourquoi elles préfèrent utiliser la carte bancaire.

Enfin, d'autres ne se servent que de l'argent liquide puisqu'ils ne font que de petits achats ou n'ont jamais eu l'habitude d'utiliser ces moyens de paiement.

5) Relations sociales :

Question n°22 : Pendant un repas de famille, quand plusieurs personnes parlent en même temps vous avez des difficultés à suivre la conversation ?



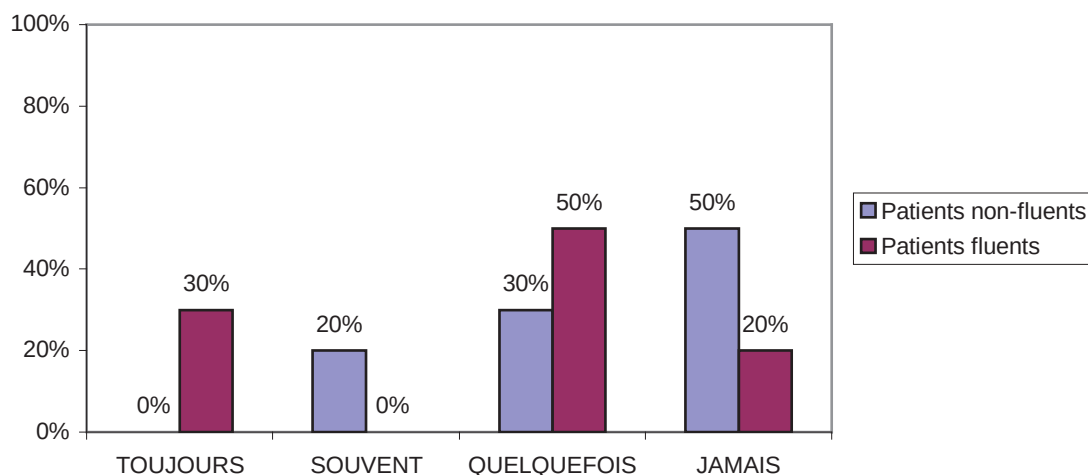
Globalement, nous observons que la majorité des aphasiques rencontrent des difficultés pour suivre une conversation à plusieurs mais à des degrés différents.

Il semble ainsi que les patients fluents aient fréquemment plus de problèmes que les non fluents dans ce domaine. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'ils ont en général davantage de troubles de la compréhension que les aphasiques non-fluents.

Ainsi, certains aphasiques ont évoqué le fait que comme souvent plusieurs personnes parlent en même temps, ils ont souvent du mal à comprendre.

Notons que dans les deux groupes plusieurs personnes ont fait part de la frustration qu'elles éprouvent lorsqu'elles n'ont pas le temps d'intervenir à cause de changements trop rapides de sujet de conversation.

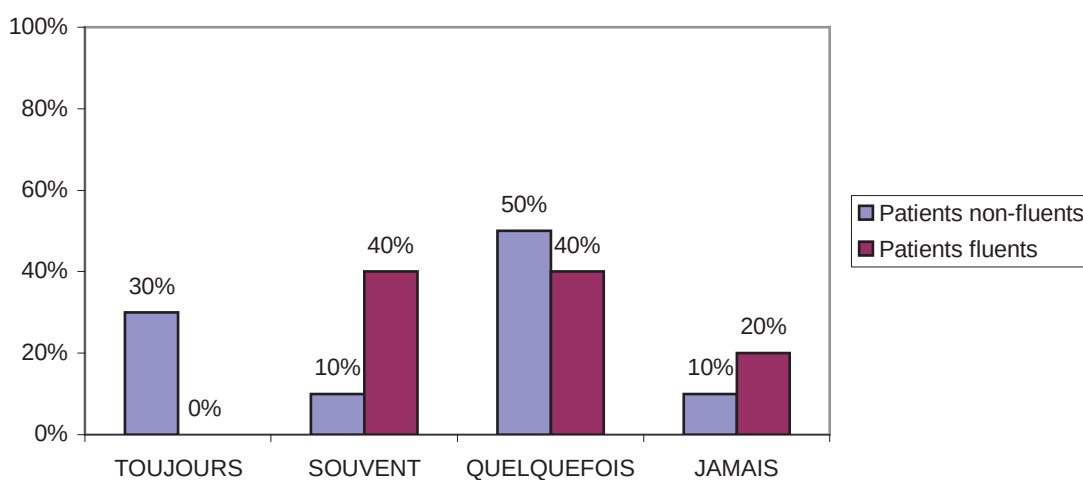
Question n°23 : Si vous avez besoin d'un renseignement (vous cherchez la poste, une rue...) vous demandez à une personne que vous ne connaissez pas ?



S'ils ont besoin d'un renseignement, les aphasiques fluents semblent demander plus fréquemment à un inconnu que les non-fluents.

Mais dans les deux groupes, la majorité ne va pas demander un renseignement à un inconnu. Ainsi, comme nous l'avions déjà observé dans la question n°19, la plupart des aphasiques évitent les situations de communication avec des inconnus. Parmi ceux qui osent demander, plusieurs nous ont précisé qu'ils préparaient « leur phrase dans leur tête » avant de s'adresser à la personne.

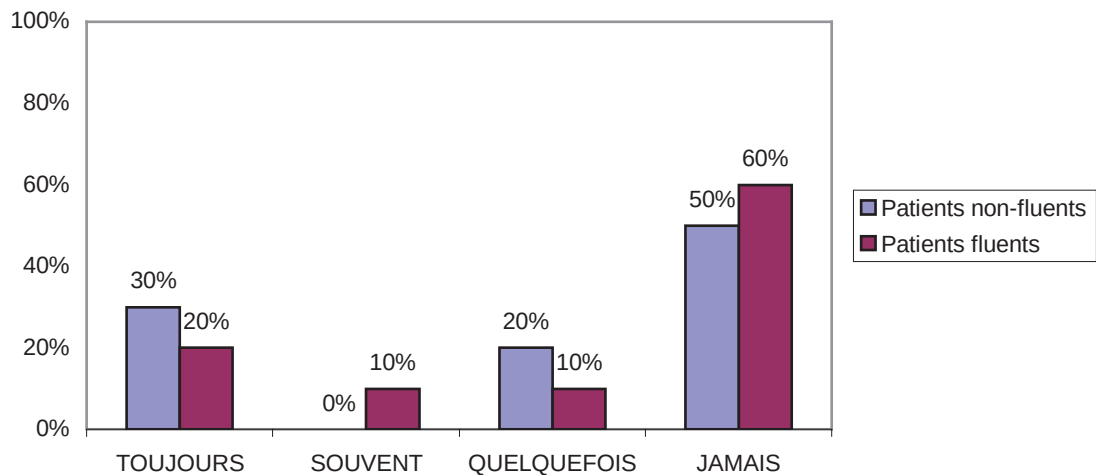
Question n° 24: Vous sortez ? au cinéma, au restaurant, chez des amis, au théâtre...



60% des fluents et des non-fluents ne sortent que rarement voir jamais.

Il faut bien sûr prendre en considération le fait que, pour certains d'entre eux, il en était de même avant l'AVC ; mais globalement ces réponses vont dans le sens de celles concernant la question sur les sorties et les visites reçues, c'est à dire que l'aphasie entraînerait une réduction des relations sociales.

Question n° 25: Au restaurant, (au café), vous avez des difficultés pour passer votre commande ?

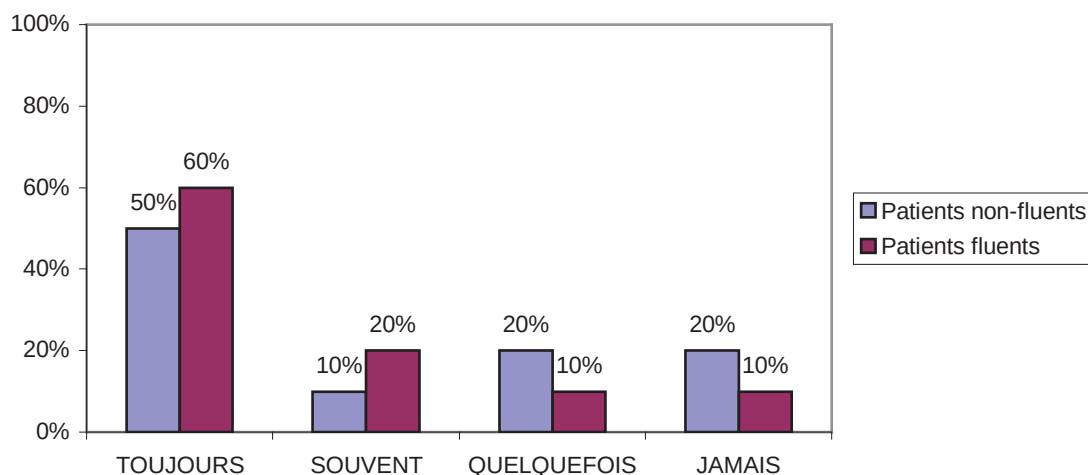


La majorité des aphasiques (70%) fluents et non-fluents n'ont pas ou peu de difficultés pour passer une commande dans un restaurant.

Certains sont des habitués d'un restaurant et d'un café particulier. Il est ainsi plus simple pour eux de passer commande sachant que le commerçant connaît leurs habitudes et leurs goûts.

D'autres précisent qu'ils passent commande en désignant le plat sur la carte afin d'être compris par le serveur. Sinon, c'est le conjoint ou un proche qui le fait.

Question n°26 : Chez un commerçant, par exemple chez l'épicier, le libraire..., c'est vous qui expliquez ce que vous voulez ?



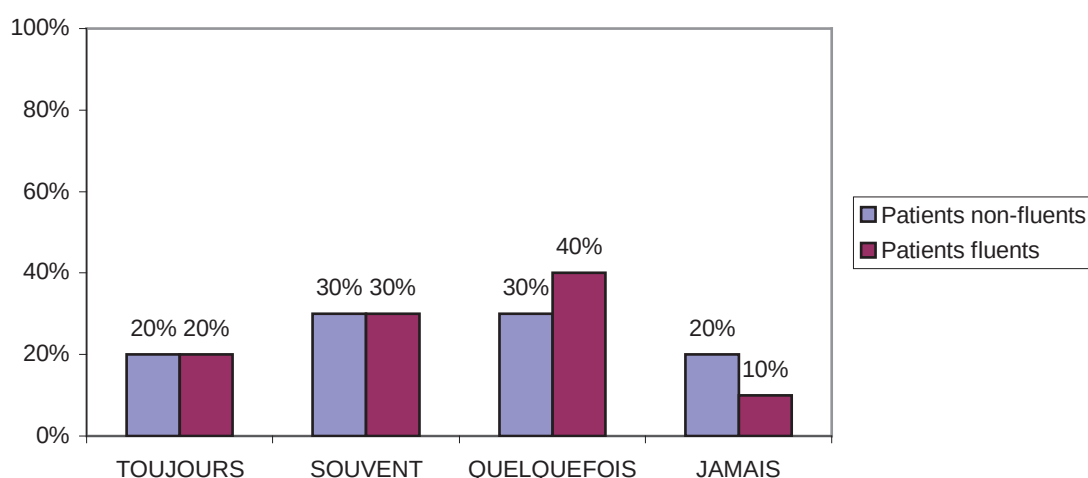
Nous retrouvons logiquement la même différence d'efficacité entre les fluents et les non-fluents que celle observée dans la questions concernant les achats seuls.

La plupart des aphasiques demandent par eux-mêmes ce qu'ils veulent quand ils vont chez un commerçant. Ils sont donc plutôt autonomes pour faire leurs achats.

Comme nous l'avons signalé dans la question précédente, ils se rendent généralement chez le même commerçant et demandent toujours la même chose. Certains confient qu'ils préparent leur phrase avant de demander ce qu'ils veulent à leur interlocuteur.

6) Lecture :

Question n°27 : Vous lisez des journaux, des magazines, (éventuellement : des livres) ?

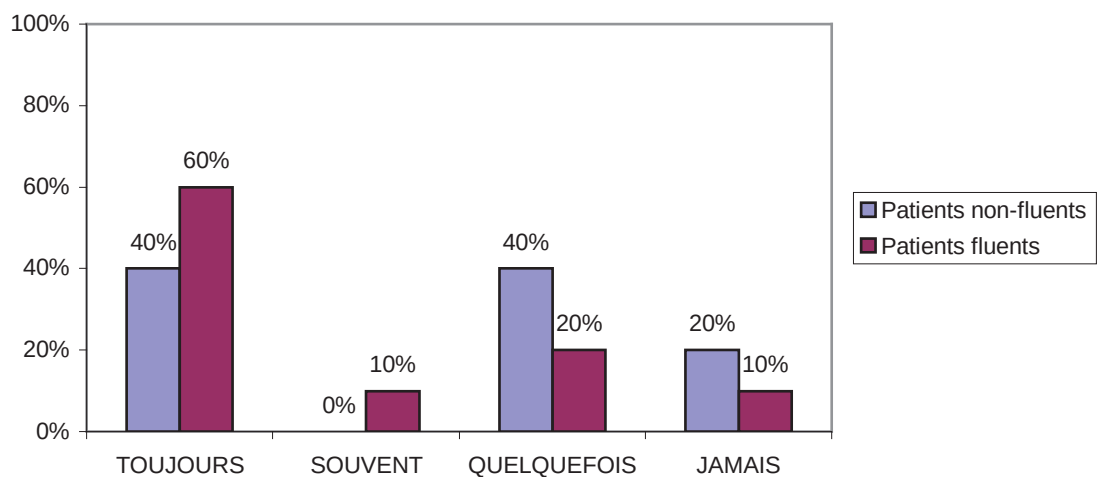


La moitié des patients fluents et non-fluents lisent souvent voir tous les jours des journaux ou des magazines.

Dans la majorité des cas, ils précisent qu'ils parcourent au moins les grands titres. La lecture de livres, par contre, n'a été que très rarement évoquée.

Enfin, notons qu'il ne faut pas oublier de prendre en compte les habitudes antérieures des patients pour ne pas attribuer à l'aphasie un comportement déjà présent avant l'AVC. Ainsi, 20% des personnes qui ont répondu ne lire que rarement n'étaient pas des lecteurs chevronnés avant leur AVC.

Question n°28 : Vous lisez le courrier de vos amis et de votre famille ? (carte de vœux, d'anniversaire)

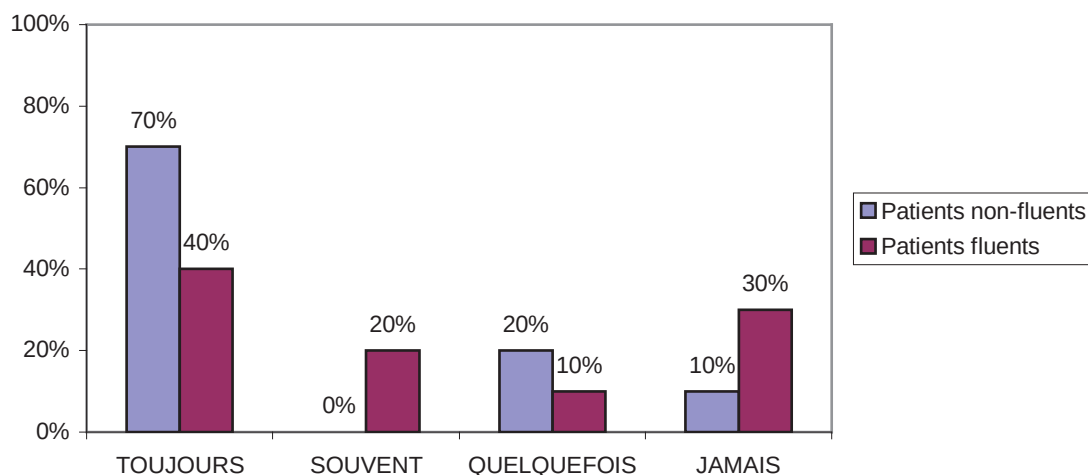


Il semblerait donc que les personnes fluentes soient plus efficaces que les non-fluentes car la majorité (70%) lit souvent voire toujours son courrier affectif alors que 40% des non-fluents le font.

Nous avons noté que les fluents qui lisent toujours ou souvent leur courrier affectif souffrent d'une aphasie de conduction ou d'une surdité verbale et n'ont pas de trouble de la compréhension sur des mots ou phrases simples. De plus, 90% d'entre eux vivent seuls.

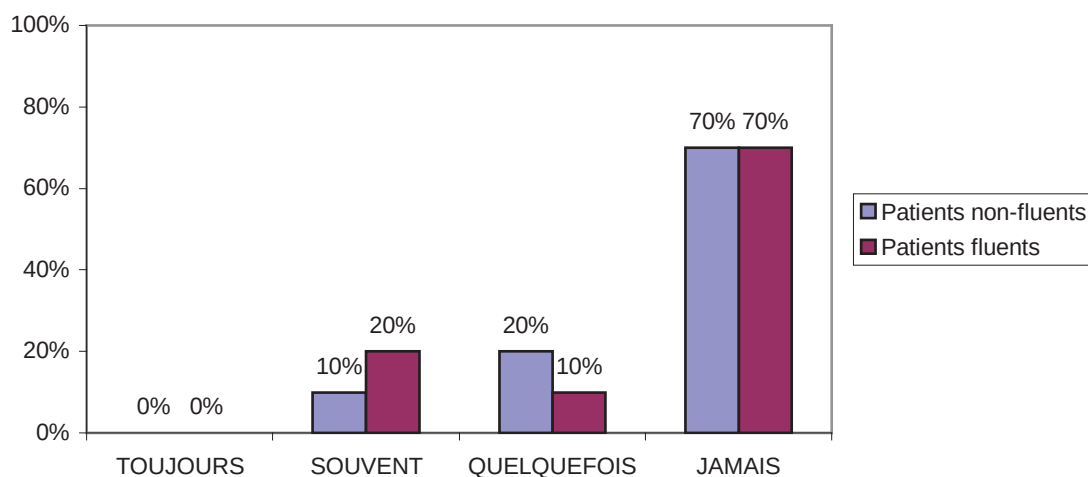
En revanche, alors que 80% des non-fluents ont une compréhension écrite en partie conservée sur des énoncés simples, seulement 40% lisent toujours leur courrier. De surcroît la plupart vivent en couple. Par conséquent, nous pouvons supposer que des éléments autres que langagiers interviennent dans les réponses données.

Question n°29 : Ca vous pose problème de lire des papiers administratifs ou une notice d'emploi ?



Pour la plupart des aphasiques, la lecture des papiers administratifs pose souvent problème. Leur autonomie est donc limitée dans ce domaine, c'est pourquoi ils ont généralement besoin de l'aide d'un tiers que ce soit le conjoint ou un membre de la famille.

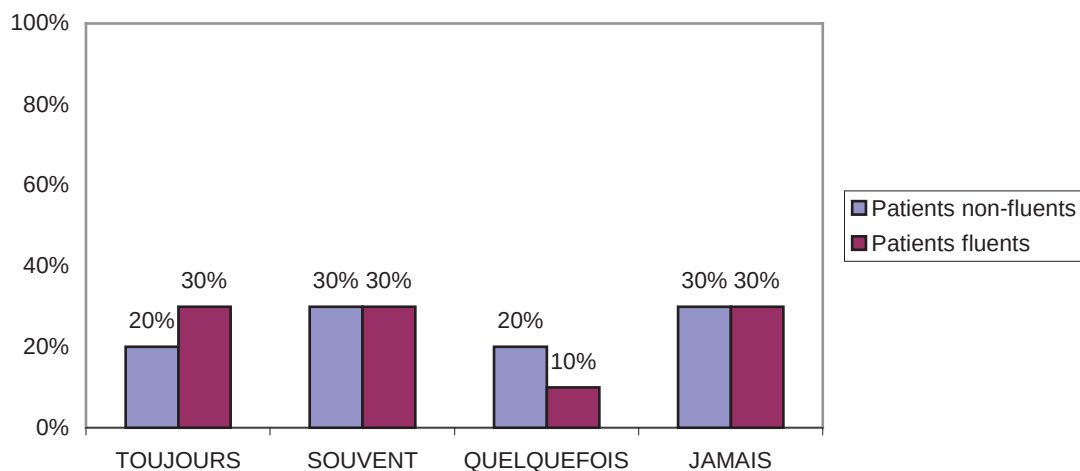
Question n°30 : Vous avez des difficultés pour lire l'heure ?



La majorité des aphasiques fluents et non-fluents n'ont pas de difficultés pour lire l'heure.

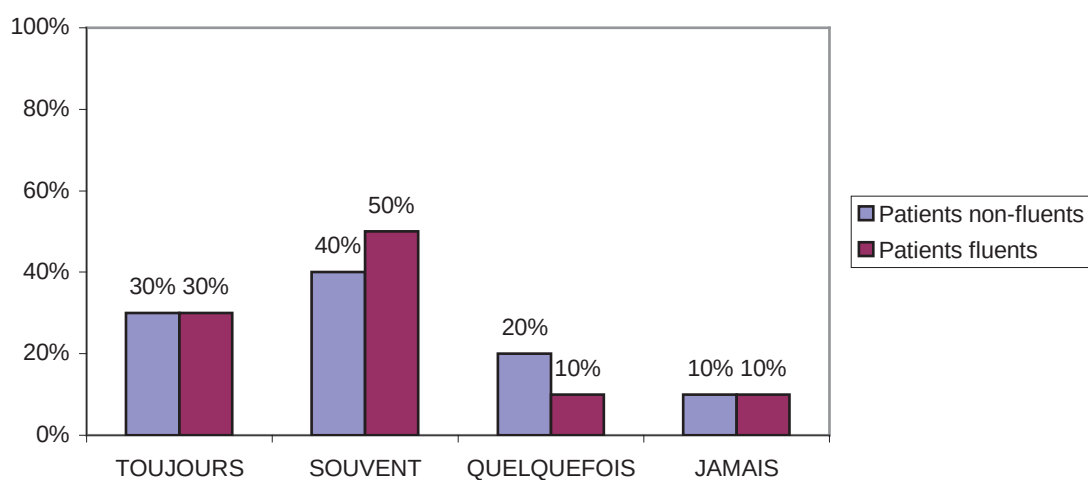
7) Ecriture :

Question n° 31: Vous êtes gêné pour écrire des mots isolés comme une liste de courses ?



L'écriture de mots isolés semble poser problème à environ la moitié des patients aphasiques.

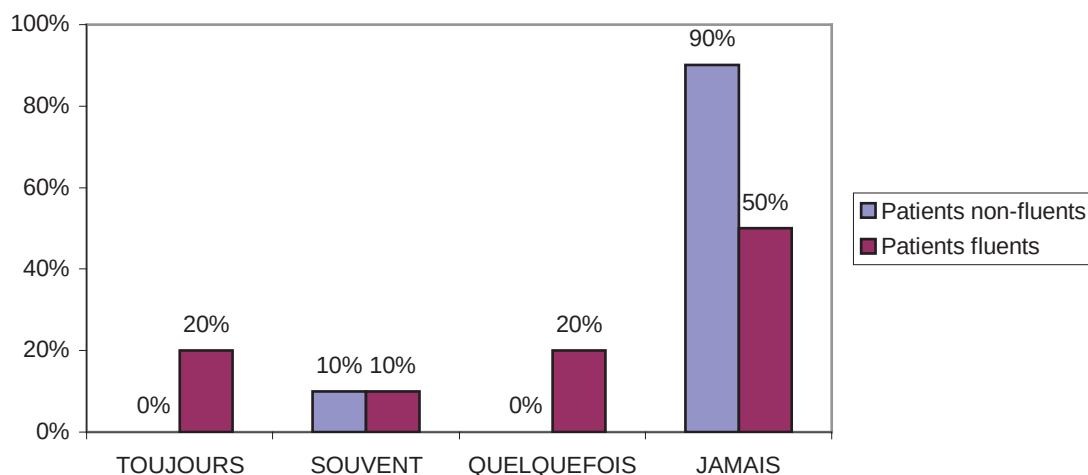
Question n°32 : Ca vous pose problème d'écrire des phrases ? par exemple : écrire une lettre ou des cartes



La majorité des personnes interrogées a des difficultés pour écrire des phrases.

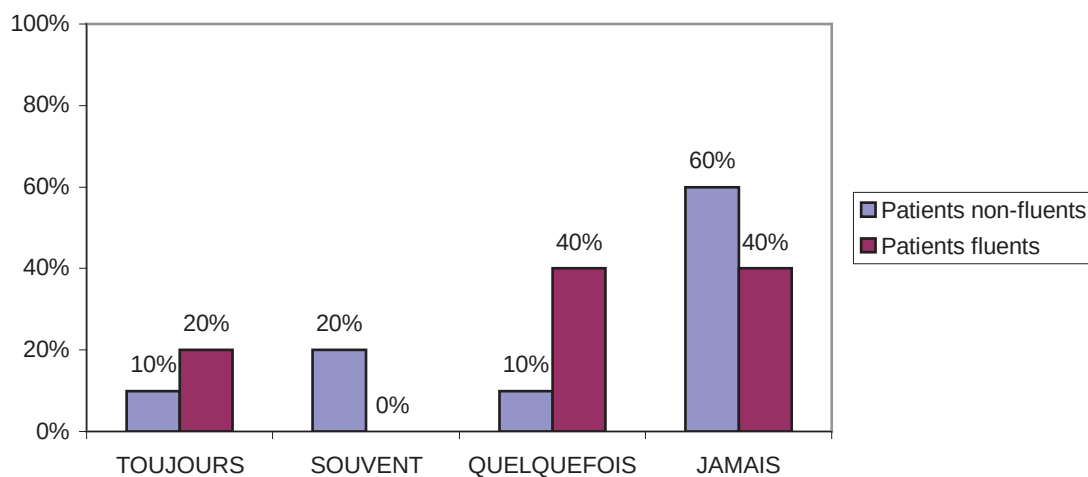
Il est logique que les pourcentages d'aphasiques en difficulté soient plus importants pour ce qui est d'écrire des phrases que d'écrire des mots car la tâche est plus complexe.

Question n°33 : Vous remplissez les feuilles de sécurité sociale, d'impôts ou d'autres papiers administratifs ?



Les difficultés concernant les papiers administratifs sont encore plus importantes lorsqu'il s'agit de les remplir. A ce niveau, l'autonomie des personnes aphasiques est donc limitée. En effet, ils ont besoin de quelqu'un pour les remplir à leur place ou vérifier ce qu'ils écrivent. Généralement ils ne complètent que les informations concernant leur état civil.

Question n° 34: Vous remplissez des chèques ? (chiffres et le libellé)



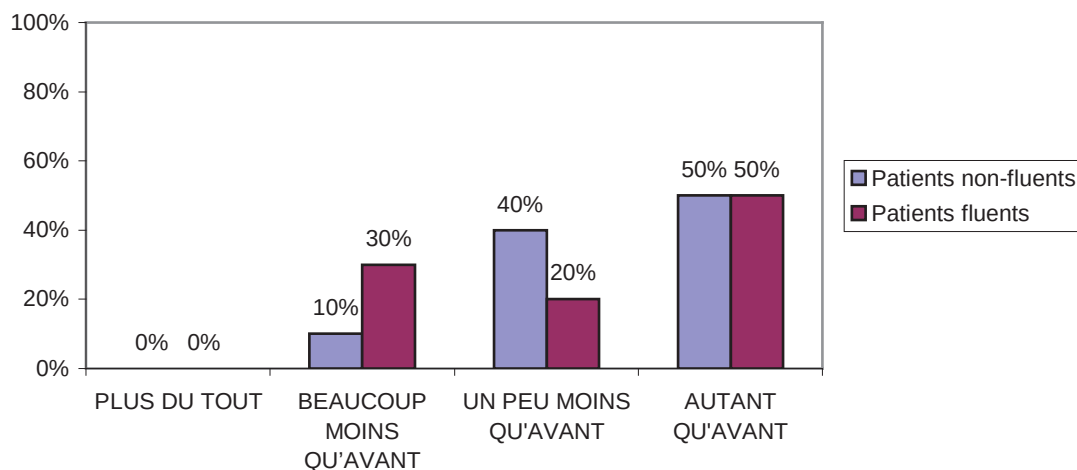
La majorité des fluents et des non-fluents ne peuvent remplir de chèques. Ces parts importantes soulignent les difficultés qu'ils rencontrent pour écrire les chiffres. De plus, certains précisent qu'ils sont lents pour les remplir et qu'ils préfèrent ne pas les utiliser quand d'autres personnes attendent pour payer.

Nous pouvons supposer que c'est une des raisons pour lesquelles ils utilisent préférentiellement leur carte bancaire comme nous l'avons déjà signalé.

8) Questions complémentaires :

➤ Désir de communiquer :

En général, vous avez envie de discuter (de parler) avec les autres :

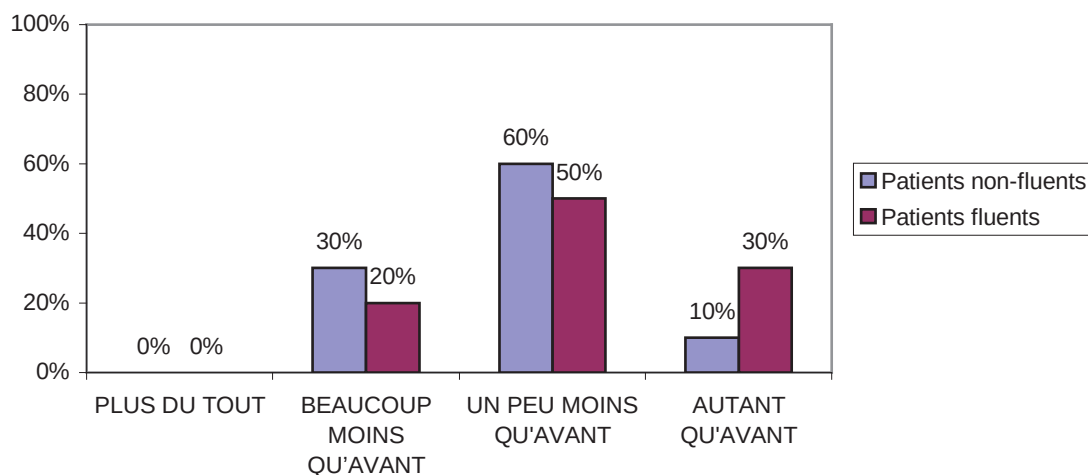


La moitié des patients non-fluents et fluents ont toujours la même envie de communiquer qu'auparavant. Malgré ce désir d'être en contact, certaines personnes interrogées ont admis avoir tendance à choisir leur interlocuteur, c'est à dire à s'adresser préférentiellement à des proches. D'autres ont précisé qu'il est parfois difficile d'avoir une conversation même si leur envie de communiquer est toujours intacte.

L'autre moitié des personnes a donc une appétence à la communication moins importante. La principale raison évoquée est qu'il est difficile pour eux, du fait de leurs troubles langagiers, d'avoir une conversation, de s'exprimer ou de comprendre, ce qui fait qu'ils perdent parfois leur appétence à la communication, qu'ils « laissent tomber ». D'autres vont réduire leur cercle de relation et communiquer uniquement avec des personnes très proches.

➤ Relations sociales : visites, sorties :

Vous recevez des visites, vous allez voir des gens ?



Nous pouvons constater que la majorité des aphasiques connaissent une réduction relative de leurs activités sociales à des degrés divers mais il semblerait qu'elle soit plus marquée chez les personnes non-fluents. Généralement, ils reçoivent des visites mais font moins de sorties.

Les troubles moteurs souvent présents dans les aphasies non-fluents rendent les déplacements plus compliqués voire impossibles et réduisent automatiquement les activités sociales des personnes.

Certains préfèrent recevoir des visites plutôt que de sortir et d'être confrontés au regard des autres, que ce soit par crainte d'être pris pour un fou ou par peur de susciter de la pitié.

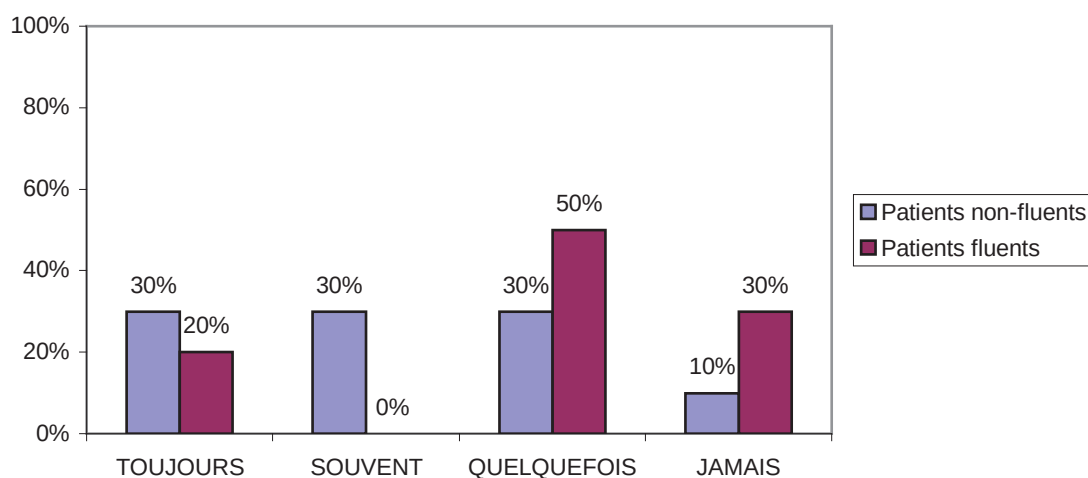
D'autres font part de l'éloignement de leurs amis qui peu à peu prennent leur distance avec eux.

Mais cette réduction des activités sociales n'est pas toujours due à l'aphasie. En effet, l'éloignement géographique des amis et de la famille ainsi que l'âge des personnes sont aussi des facteurs à prendre en considération.

L'ensemble de ces éléments pourraient expliquer le décalage observé entre le désir de communiquer resté intact chez certains aphasiques et leurs activités sociales qui sont malgré tout diminuées.

➤ Evitement de l'acte de parole :

Dans un magasin, vous montrez ou prenez directement ce que vous voulez ?(sans parler parce que vous avez peur de mal vous faire comprendre)

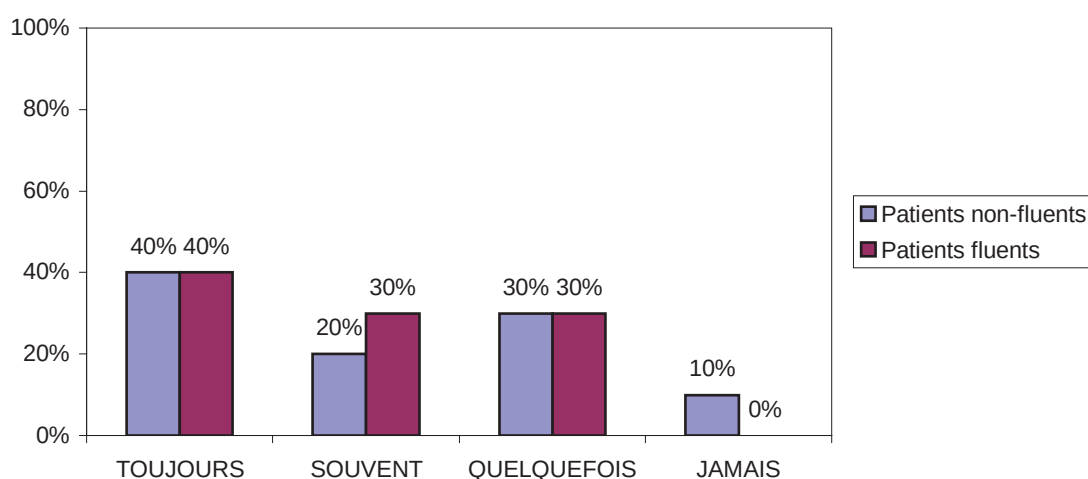


Il semblerait que les aphasiques non-fluents ont davantage tendance à éviter les actes de parole (60%) que les fluents (20%). Nous avons d'ailleurs observé la même tendance pour les questions n°19 et 23 mais de façon moins marquée.

La plupart des personnes affirment qu'elles craignent de ne pas être comprises et que les vendeurs ne leur laissent pas le temps de s'exprimer ou parlent trop vite.

➤ Faire répéter l'interlocuteur :

Quand vous ne comprenez pas, vous faites répéter ?

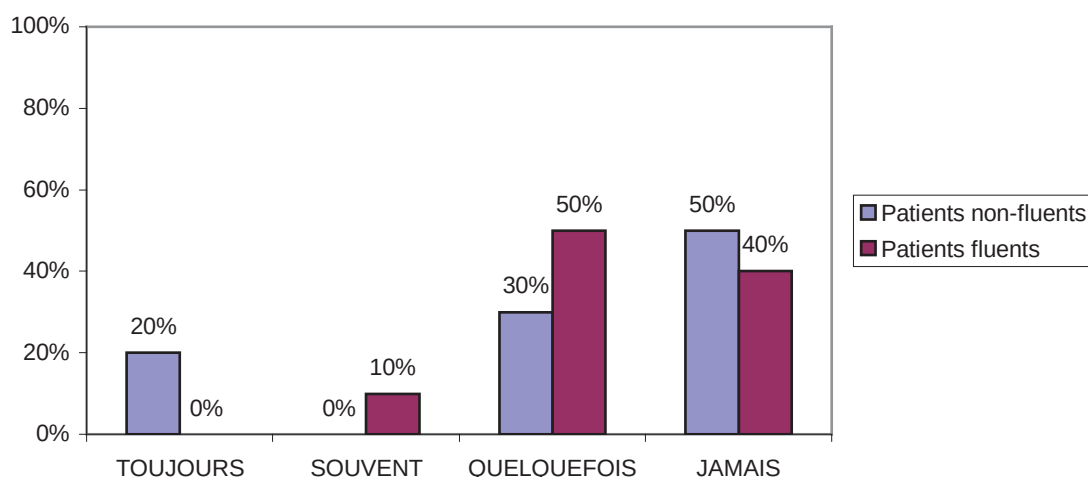


La majorité des fluents (70%) et des non-fluents (60%) font répéter leur interlocuteur lorsqu'ils ne comprennent pas.

Certains précisent spontanément qu'ils le font uniquement s'ils connaissent la personne. Les autres préfèrent faire comme s'ils avaient compris pour éviter de faire répéter leur interlocuteur. En effet, ils appréhendent la réaction de l'autre qui peut être agacé mais ils craignent également de ne pas comprendre malgré tout.

➤ Compréhension de l'humour :

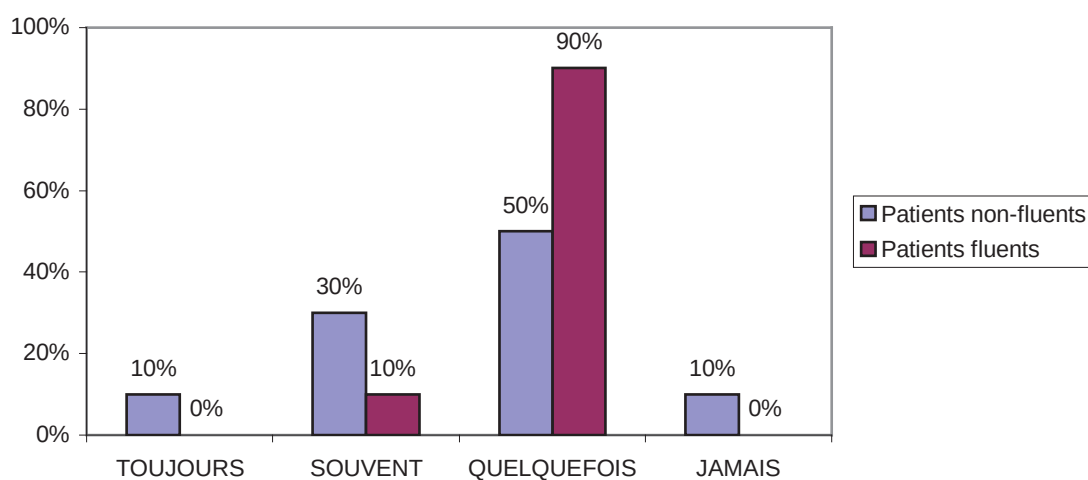
Ca vous pose problème de comprendre l'humour, les plaisanteries ?



Il semblerait que la plupart des aphasiques n'ait pas de difficultés pour comprendre l'humour.

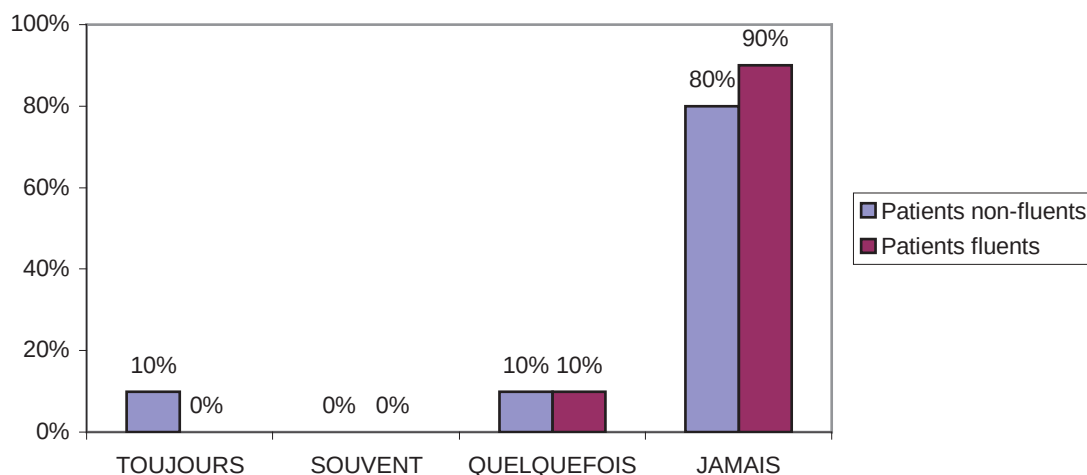
➤ Gestualité :

Vous utilisez les gestes pour vous faire comprendre ?



➤ Compensation par l'écriture :

Vous utilisez l'écriture si vous n'êtes pas compris par quelqu'un ?



Globalement, les moyens de compensation semblent être peu utilisés par les personnes aphasiques. Nous notons que le recours aux gestes est plus fréquent que l'écriture.

Les aphasiques non fluents utilisent d'ailleurs plus les gestes que le fluents. Mais il s'agit aussi de considérer le fait que la communication gestuelle accompagne naturellement le discours même sans troubles langagiers. Cela dépend donc aussi du tempérament du locuteur .

Les aphasiques qui ont confirmé qu'ils utilisaient souvent les gestes pour se faire comprendre, souffrent d'une aphasie sévère rendant difficile la parole spontanée. Il s'agit généralement de gestes de désignation pour montrer ce qu'ils veulent.

Les autres aphasiques utilisent les gestes de façon ponctuelle lorsqu'ils ont un manque du mot, quand ils ne sont pas compris ou pour montrer qu'ils ne comprennent pas.

L'écriture systématique est utilisée par une personne qui est pratiquement aphémique. Un travail avec l'orthophoniste au niveau de l'écrit lui a permis de communiquer avec sa femme même si cela se limite à l'expression de ses besoins.

➤ Budget :

A la question : Avant ce qui vous est arrivé, c'est vous qui teniez votre budget ?

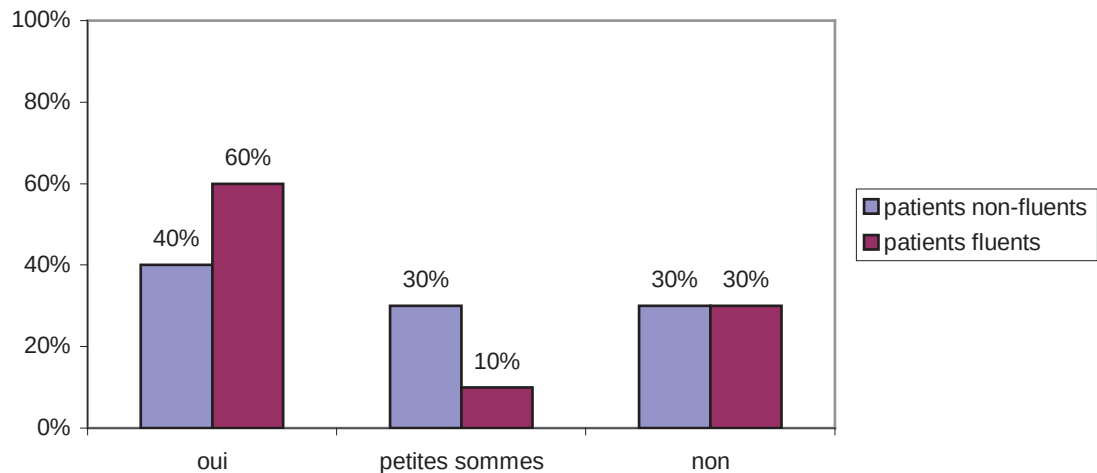
90% des non-fluents ont répondu OUI

70% des fluents ont répondu OUI

10% des non- fluents ont répondu NON

30% des fluents ont répondu NON

Et maintenant ça vous pose problème ?



Au vue des résultats, les aphasiques non fluents seraient plus autonomes pour gérer leur budget que les fluents.

En comparant les réponses aux questions concernant la gestion du budget avant puis après l'AVC, nous avons observé que la majorité des aphasiques ont perdu leur autonomie concernant la gestion du budget.

Divers cas de figure se présentent, certains ne gèrent que de petites sommes : la gestion du budget est donc assurée par leur conjoint ou un membre de la famille.

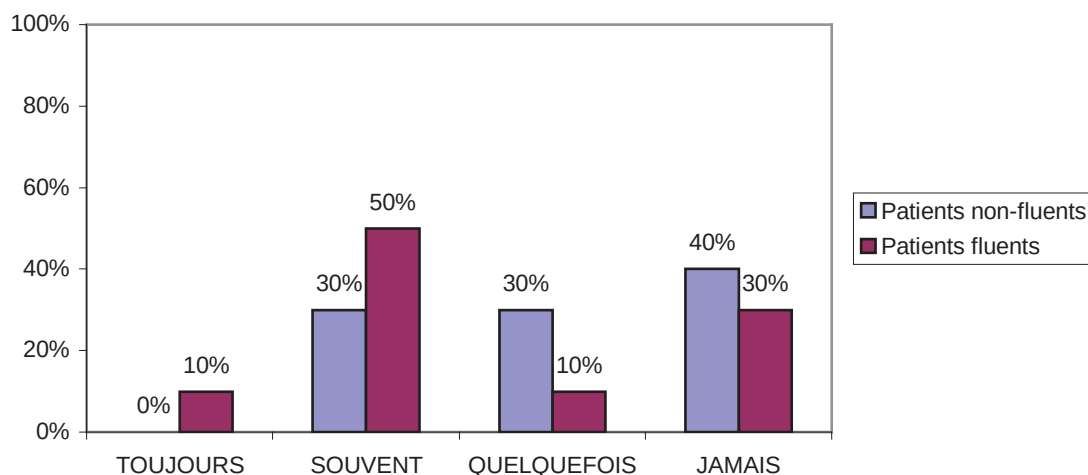
D'autres ont trop de difficultés pour gérer même les petites sommes c'est pourquoi ils peuvent être mis sous curatelle ou tutelle.

Enfin, il nous a été rapporté qu'il est parfois difficile pour le conjoint de déléguer à nouveau des responsabilités à la personne aphasique même si celle-ci s'en sent capable. Cette situation peut aboutir à des conflits au sein du couple.

L'impossibilité de gérer leur budget est liée à leurs difficultés avec les chiffres et les nombres. C'est pourquoi il est intéressant de relier cette question avec celle concernant le calcul.

➤ Calcul :

Vous êtes gênés pour faire des calculs simples de tête ?



Les personnes non-fluents semblent avoir moins de difficultés que les aphasiques fluents pour faire des calculs simples de tête.

Parmi ceux qui en sont capables, plusieurs précisent qu'ils sont malgré tout plus lents. Ainsi, nous retrouvons bien la différence d'efficacité entre les personnes fluentes et non-fluents constatée dans la question précédente.

La plupart de ceux qui n'y arrivent pas précisent qu'ils utilisent la calculatrice et qu'ils donnent, comme nous l'avons vu précédemment, un billet pour payer leurs petits achats plutôt que de donner la somme exacte.

II) Discussion

A) Les résultats :

Sur le plan quantitatif, l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux ne nous a pas permis de constater de différences significatives d'efficacité de communication entre les patients non-fluents et fluents. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces résultats.

Tout d'abord, cette étude porte sur un nombre limité de patients et comme nous l'avons déjà signalé, les réponses données par les aphasiques fluents et non-fluents sont très hétérogènes. Ce constat va dans le sens de la réflexion de DAVIET et al. [26] qui soulignaient que les comportements de communication étaient très divers d'un individu à l'autre et rendaient difficile toute généralisation.

Cette hétérogénéité dépend de multiples facteurs. Sans être exhaustifs, nous allons citer ceux que nous avons observés au cours de notre étude. Parmi eux, nous avons retenu les éléments personnels comme l'âge, la personnalité, la sévérité de l'aphasie, la présence d'une anosognosie, les troubles moteurs associés ainsi que les facteurs environnementaux comme la situation familiale.

Avant tout, rappelons que nous avons recueilli le ressenti de la personne par rapport à ces difficultés. Nous nous situons donc dans la **subjectivité**. C'est peut être l'une des raisons pour laquelle nous avons eu des réponses auxquelles nous ne nous attendions pas. Par exemple, à propos des questions concernant les conversations avec des inconnus, nous pensions que les aphasiques rencontraient davantage de difficultés avec des inconnus mais finalement la plupart se sentent aussi gênés avec des proches qu'avec des inconnus.

Ainsi, tout dépend de la façon dont la personne perçoit ses difficultés et de ce qu'elle considère comme problématique ou non.

L'**anosognosie** accompagnant parfois l'aphasie peut aussi expliquer certaines de ces réponses.

Nous avons aussi constaté que la **personnalité** de l'aphasique jouait un rôle important dans la façon de percevoir ses déficits. En effet, certains sont très sensibles à leurs troubles langagiers et s'attardent davantage sur la forme plutôt que sur l'efficacité effective de leur communication. Par conséquent, des aphasiques qui avaient un certain niveau de langage spontané ont répondu avoir plus de difficultés que d'autres qui, d'un point de vue objectif, semblaient avoir un déficit langagier beaucoup plus important.

Nous avons également remarqué qu'à troubles semblables, une personne d'un naturel actif faisait davantage preuve d'adaptation et mettait en place plus de stratégies palliatives afin de conserver une certaine autonomie qu'une autre plus passive qui aurait tendance à se reposer sur un proche ou à se renfermer sur elle-même. Ainsi, nous sommes dans la maladie comme nous sommes dans la vie.

Nous avons signalé à plusieurs reprises dans l'analyse qualitative que les **habitudes antérieures** étaient aussi à prendre en considération dans l'étude des réponses.

Un autre facteur personnel comme **l'âge** semblerait influencer certains comportements de communication. Par exemple, nous avons constaté que la majorité des personnes de plus de 70 ans, tout type d'aphasie confondu, a une appétence à la communication moins importante qu'avant leur AVC. En revanche, la réduction des activités sociales est plus marquée chez les patients qui ont moins de 70 ans. Nous pouvons supposer que cela vient du fait que ces derniers étaient, avant leur AVC, encore dans la vie active ou du moins pas très éloignés. C'est pourquoi nous présumons qu'ils avaient davantage de contacts relationnels qu'une personne déjà à la retraite. Ceci expliquerait en partie cette réduction plus importante des relations sociales chez les personnes de moins de 70 ans.

Notons que nous n'avons pas relevé de corrélation entre les réponses obtenues et le niveau socio-culturel. Or, pour la plupart des auteurs, le niveau socio-culturel joue un rôle important dans la récupération de l'aphasie et dans la façon d'accepter ses troubles. Nous pouvons supposer que l'ECVB n'est pas sensible à cette variable du fait qu'elle évalue les capacités de communication fonctionnelle du patients au quotidien et que les situations de handicap engendrées par l'aphasie sont variables d'une personne à l'autre, d'une situation à une autre pour un même niveau d'incapacité puisqu'elles résultent de l'interaction de facteurs personnels et environnementaux. (MICHALLET B., LE DORZE G., TETREAULT S. [53])

En revanche, la **sévérité** de l'aphasie est un facteur qui influe sur les comportements de communication de la personne. Ainsi, plus l'aphasie sera sévère moins la communication fonctionnelle sera efficace surtout pour des situations de communication plus élaborées que l'expression des besoins.

La présence de **troubles moteurs** associés joue aussi un rôle sur les réponses données. En effet, les personnes qui souffrent d'une hémiplégie, qui sont en fauteuil roulant ou qui marchent difficilement avec une béquille, ont une autonomie réduite dans leurs déplacements. Ils sont donc moins fréquemment confrontés à des situations de communication en dehors du contexte familial.

Enfin, nous avons observé que les réponses données pouvaient dépendre de la façon dont les personnes interprétaient les questions.

Par exemple, pour la question : «lors d'un repas en famille, ou entre amis, avez-vous des difficultés à suivre une conversation rapide ? » nous avons remarqué que certains aphasiques entendaient davantage le verbe suivre dans le sens de participer alors que d'autres le prenaient plutôt dans le sens d'écouter et de comprendre. Par conséquent, les réponses divergent aussi en fonction du **décodage** fait par le patient. Bien qu'il s'agisse d'une réponse en soi, cette item rend difficile une comparaison inter-individuelle.

Nous venons de décrire différents facteurs personnels qui pourraient expliquer cette hétérogénéité des réponses mais des **éléments environnementaux** sembleraient également jouer un rôle, comme le **contexte familial**. Ainsi, le fait que la personne aphasique vive seule ou en couple avec des enfants, influencerait sur les comportements de communication.

En effet, nous avons remarqué ,par exemple, au niveau du téléphone et des achats que certains aphasiques pouvaient avoir tendance à davantage se reposer sur l'autre lorsqu'ils vivaient en couple.

De plus, dans certains cas, le conjoint est parfois trop protecteur et empêche la personne aphasique de mettre en œuvre toutes ses capacités.

Enfin, l'éloignement géographique de la famille et des amis, par exemple, réduit automatiquement leurs relations et activités sociales.

De multiples facteurs personnels et environnementaux influent sur les comportements et sur les situations de communication. Qu'en est-il du type d'aphasie ?

L'analyse quantitative ne nous a pas permis de constater de différences significatives d'efficacité de communication fonctionnelle entre les fluents et les non-fluents.

En revanche, au niveau qualitatif, nous avons pu relever certains éléments qui iraient dans le sens de notre hypothèse.

Nous avons observé que les aphasiques fluents étaient davantage limités par leurs difficultés de compréhension pour suivre une conversation à plusieurs (question n°22) que les personnes non fluentes. **Ce sont les troubles de la réception présents dans ce type d'aphasie qui masquent la différenciation des phonèmes et qui perturbent la perception du message.**

De plus, nous avons remarqué que les fluents paraissent plus actifs dans la communication que les non-fluents.

En effet, ils semblent initier davantage les conversations et prendre plus fréquemment la parole que ce soit dans une discussion ou pour demander quelque chose. **Ainsi, un langage réduit freinerait davantage l'entrée dans la communication que les troubles de la compréhension.**

Concernant les moyens de compensation et notamment l'utilisation du geste, **il semblerait que les aphasiques non-fluents l'utilisent davantage que les fluents.** Mais il est difficile pour nous de faire une conclusion quant à cette constatation. En effet, très peu d'études ont été faites chez les aphasiques sur l'utilisation du geste dans la vie quotidienne et aucun consensus entre les auteurs n'a été trouvé. Or, la question du recours à la gestualité nous paraît importante d'un point de vue de la communication fonctionnelle. Elle permet de s'interroger sur la place que tient la réhabilitation du geste dans la rééducation orthophonique et la mise en œuvre de ces stratégies par le patient au quotidien.

Comme nous l'avons signalé dans l'analyse qualitative, **les aphasiques non fluents seraient plus efficaces pour faire des calculs simples de tête que les fluents.** A travers cette question, nous abordons l'anarithmétique qui est définie comme la « *perturbation intéressant la mise en œuvre des opérations arithmétiques* »³² et qu'il s'agit de différencier de l'acalculie aphasique qui concerne plutôt la compréhension et la production orale des nombres et de l'acalculie spatiale qui rend les calculs écrits difficiles. L'anarithmétique est liée à une lésion du lobe pariétal. La localisation de la lésion pourrait peut être expliquer cette différence d'efficacité entre les fluents et non fluents.

De plus, nous savons que le siège des apraxies se situe également au niveau du lobe pariétal et nous avons constaté que les patients fluents utilisaient moins fréquemment les gestes que les non-fluents. Par conséquent, même si pour plusieurs auteurs cités par D.PERENNOU et V.BRUN (1997) « *il n'existe pas de corrélation étroite entre la capacité de produire un geste sur commande et celle de se faire comprendre en utilisant les gestes* »³³, nous pourrions nous interroger sur le rôle que tiennent les différents types d'apraxies dans l'utilisation du geste au quotidien. Ainsi, nous pourrions observer l'influence des apraxies sur la fréquence du recours aux gestes ainsi que sur l'efficacité de cette communication gestuelle. Une étude comparative sur des patients fluents et non-fluents à propos du lien entre apraxie et gestualité serait également intéressante.

³² [16] GIL R. (2006). Neuropsychologie 4^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, p.95

³³ [6] BRUN V., PERENNOU D., BLARD J-M (1997). Les apraxies, Paris, Masson, p.72

Cette étude nous a permis de constater que différents comportements de communication se retrouvaient chez la plupart des personnes interrogées.

Ce que nous avons principalement retenu, c'est que les aphasiques sont globalement efficaces pour exprimer des choses simples de la vie quotidienne, comme leurs besoins, dans un contexte qui leur est familier. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de LAFFAIRE et al.(2001) [51] selon laquelle l'expression des actes élémentaires de la vie quotidienne serait globalement préservée chez la plupart des aphasiques sévères. Malgré tout, il s'agit de nuancer cette affirmation car nous notons que pour les personnes aphasiques souffrant de séquelles importantes l'efficacité de communication dépend également des adaptations mutuelles qui se sont naturellement mises en place depuis l'AVC entre l'aphasique et ses proches afin de faciliter l'échange.

En revanche, tout se complexifie dans des situations de communication moins familières qui supposent l'utilisation d'un langage plus élaboré ou de s'adresser à une personne qui ne fait pas partie de l'entourage. Par exemple, ils auront plus de difficultés pour avoir une conversation sur un sujet complexe ou abstrait comme la politique, quel que soit l'interlocuteur. Ils auront aussi tendance à éviter de s'adresser à des inconnus et souvent ils ne le feront que s'ils y sont contraints pour demander leur chemin par exemple. De plus, rappelons que la formulation d'interrogations est souvent difficile pour les aphasiques car elle implique des compétences morpho-syntaxiques et une capacité de décentration qui ne sont pas toujours effectives chez eux.

Il semblerait que la majorité des aphasiques comprenne l'humour. Ceci remettrait en question ce qui, jusqu'à aujourd'hui, a été communément admis concernant la compréhension du langage élaboré chez les aphasiques. Cette observation va dans le sens d'études en cours concernant la perception de l'implicite par les personnes aphasiques.

Nous avons noté que les aphasiques ont souvent une autonomie réduite dans la gestion du budget et des papiers administratifs du fait de leurs troubles du langage écrit. Ceci suppose qu'un membre de leur entourage le fasse ou les aide à s'en occuper. Lorsque la personne ne dispose pas d'une autonomie suffisante pour gérer ses biens ou sa personne, elle peut être placée sous un régime de protection telle que la curatelle ou la tutelle en fonction du déficit de l'individu à protéger.

Ainsi, mis à part les quelques comportements de communication qui semblent différés d'un groupe à l'autre, nous avons pu constater que d'un point de vue fonctionnel, les difficultés de communication se retrouvent dans les mêmes domaines pour les deux types d'aphasies.

B) Utilisation de l'ECVB : intérêts et limites :

L'un des principaux intérêts de l'ECVB est de s'intéresser à la communication fonctionnelle des aphasiques. En effet, cette échelle aborde différents domaines comprenant les activités de communication de la vie quotidienne. Elle nous permet donc d'étudier l'impact de l'aphasie au quotidien.

De plus, l'évaluation par les patients de leurs propres difficultés est intéressant pour savoir comment ils jugent leurs déficits et lesquels sont les plus invalidants pour eux. Cette auto-évaluation peut ne pas être corrélée avec la réalité objective des troubles mais elle nous permet d'observer la façon dont la personne perçoit ses difficultés, de tenter de comprendre ce que c'est que « d'être aphasique » au quotidien.

Dans une démarche rééducative, l'ECVB permettrait d'apporter des informations complémentaires à l'évaluation des troubles langagiers afin de proposer une prise en charge fonctionnelle qui tienne compte de la plainte du patient, de ses attentes et de ses difficultés quotidiennes.

Dans le cadre de notre étude, nous avons été confrontés aux limites de l'auto-évaluation. En effet, les troubles du langage ont parfois entraîné des difficultés à exprimer leurs impressions ou à comprendre la question, notamment à cause des morphèmes grammaticaux qui posaient parfois problème. Pour pallier cela, il nous a fallu reformuler la question pour vérifier la réponse de la personne mais ce n'était pas toujours évident surtout dans le cadre d'aphasies sévères.

D'ailleurs, nous avons également constaté que fréquemment les patients souffrant de troubles massifs du langage n'étaient pas confrontés à certaines situations de communication du quotidien proposées par l'ECVB, comme celles qui supposent qu'ils sortent seuls ou qu'ils s'adressent à des inconnus. Or, afin de pouvoir coter la question nous demandions au patient d'imaginer leur réaction mais il était difficile pour eux de répondre quand la situation ne s'était pas présentée. Ceci pose le problème de la décentration qui est difficile pour un aphasique.

Ainsi, il semblerait que l'ECVB soit plus adaptée pour des aphasies légères à moyennes plutôt qu'à des aphasies sévères, même si les non réponses sont des indices sur les difficultés que rencontre l'aphasique.

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment dans cette discussion, des termes ambigus sont parfois utilisés dans les questions ce qui rend complexe la comparaison des réponses inter-individuelles puisqu'elles dépendent de l'interprétation de la personne.

Enfin, nous avons noté que la limite entre efficacité de communication et expression était parfois floue.

Par exemple à propos de la question sur l' expression des sentiments, il est précisé dans l'énoncé « par la parole » or, même si certains aphasiques n'arrivent pas à exprimer leur sentiment par la parole, ils parviennent à se faire comprendre à travers leur mimique.

L'utilisation privilégiée chez l'aphasique du canal corporel pour exprimer ses sentiments a d'ailleurs été démontrée dans l'étude menée par MASCHERINI O. (2009) [68]. Dans ce cas, le message est transmis et la communication fonctionnelle est donc efficace même si elle ne passe pas par la parole.

Malgré les limites que nous avons observées, l'ECVB reste un outil performant d'évaluation de la communication au quotidien des aphasiques ; disponible en français mais également rapide et fonctionnel au niveau de son utilisation.

CONCLUSION

A travers ce mémoire, nous souhaitons nous inscrire dans le courant pragmatique qui étudie les rapports entre les conduites langagières et les contextes dans lesquels elles sont produites (DAVIS et WILCOX (1978)). Ce travail tente également de s'intégrer dans une démarche écologique définie par LACROIX J. et JOANNETTE Y. (1994) comme une approche de recherche qui inclut le fonctionnement de la personne dans son milieu et qui tente d'évaluer ses activités quotidiennes. Ces deux courants proposent donc une approche élargie de l'aphasie puisqu'ils resituent les troubles langagiers au sein de la communication.

Or, de nombreux ouvrages présentent et analysent les différentes formes d'aphasie au niveau sémiologique mais peu concernent l'impact de cette pathologie sur les actes de communication du quotidien chez les personnes touchées.

Ainsi, il nous a semblé intéressant de nous attacher à cette question afin d'apporter de nouveaux éléments de réflexion pour notre pratique orthophonique.

Sachant que la littérature oppose les aphasies fluentes et aphasies non-fluents sur le plan langagier, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle l'impact des troubles serait différent en fonction du type d'aphasie. Nous avons rencontré dix personnes aphasiques fluentes et dix non-fluents afin de leur soumettre l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux qui évalue la communication fonctionnelle au quotidien.

Au niveau des résultats, l'analyse quantitative ne nous a pas permis de mettre en évidence de différences significatives d'efficacité de communication entre les aphasiques non-fluents et fluents. Mais rappelons que cette étude porte sur un nombre limité de patients. Il serait intéressant de mener une nouvelle recherche sur une population plus importante afin de vérifier si ces résultats se confirment à plus grande échelle et si les constatations faites dans l'analyse qualitative se vérifient également. En effet, au niveau qualitatif nous avons pu observer différents éléments qui semblent vérifier notre postulat de départ. Par exemple, **nous avons constaté que les patients non-fluents utilisent davantage le geste et ont moins de difficultés pour le calcul mental que les fluents.**

Par ailleurs, nous avons noté que **les aphasiques fluents semblent avoir plus de facilité pour entrer dans la communication que les non-fluents.**

Ainsi, un travail sur une large population permettrait d'ouvrir la voie à des investigations plus approfondies à propos de l'utilisation du geste au quotidien, l'initiation de la communication chez la personne aphasique ainsi que le retentissement des difficultés de calcul sur l'autonomie du patient dans sa vie quotidienne.

Mais au-delà de ces éléments très ponctuels, **cette analyse qualitative nous a surtout permis de constater que la communication fonctionnelle était perturbée dans les mêmes situations du quotidien (les conversations, s'adresser à un inconnu...) quel que soit le type d'aphasie.**

Il semble intéressant de faire un parallèle entre cette observation et la théorie de JAKOBSON, précédemment évoquée dans notre partie théorique, concernant la bipolarité de la communication et l'impact de l'aphasie sur cette bipolarité. Pour lui, la communication repose sur deux pôles : l'encodage et le décodage. En effet, elle résulte de la relation entre l'encodeur et le décodeur dont les rôles vont s'inverser au cours de l'échange. Ainsi, pour que la communication soit efficace, il faut que les deux pôles fonctionnent correctement. Or, l'aphasie touche le fonctionnement interne du langage que ce soit au niveau de l'encodage ou du décodage. Par conséquent, quel que soit le pôle qui dysfonctionne, elle entraîne un déséquilibre de la bipolarité de la communication. De ce fait, même si les productions linguistiques peuvent être très différentes d'une aphasie à l'autre, la communication est perturbée dans tous les cas et tend vers une unipolarité. En d'autres termes, « *ces troubles dépassent le cadre du langage pour atteindre les aspects pragmatiques de l'interaction* »³⁴

L'évaluation des capacités de communication, s'ajoutant à l'examen du langage, semble donc importante dans l'évaluation de l'aphasie.

Du point de vue de la rééducation, deux principaux objectifs seront à mener de front : le rétablissement de la communication et la revalidation du langage, en s'appuyant sur ce qui est encore fonctionnel. Ainsi, il s'agira pour l'orthophoniste d'aider le patient à mieux communiquer dans des situations variées et de réhabiliter un langage le plus fonctionnel possible, afin de favoriser son autonomie et sa réintégration familiale, sociale et professionnelle.

Ce mémoire nous a également permis de nous faire une idée plus précise du vécu de l'aphasie.

³⁴ [26] GONZALEZ I., BRUN V., Communications alternatives et suppléances fonctionnelles dans Aphasies et aphasiques, p.251

En leur donnant la parole, les patients ont pu exprimer leur ressenti face à leurs troubles, leurs difficultés et leurs angoisses. Plusieurs orthophonistes ont d'ailleurs été surpris des réponses de leur patient.

De ce fait, l'auto-évaluation semble parfois apporter un éclairage nouveau et complémentaire sur les difficultés que le patient juge les plus invalidantes pour lui.

A travers ce travail, nous nous sommes interrogée sur l'utilisation et sur l'apport dans la prise en charge orthophonique d'un outil d'évaluation écologique de la communication, telle que l'Echelle de communication Verbale de Bordeaux.

Concernant l'utilisation de l'ECVB, nous avons constaté que celle-ci peut difficilement être proposée dans les cas d'aphasie globale. De ce fait, cet instrument d'évaluation paraît davantage adapté pour des patients qui souffrent d'aphasies légères, de troubles linguistiques isolés ou qui ont eu une certaine récupération.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'ECVB permet au patient de faire part de ses difficultés au quotidien. Cet outil peut donc être utile à l'orthophoniste pour évaluer et cibler la demande et les attentes du patient dans des domaines précis du quotidien.

Cette échelle pourrait également permettre au praticien d'évaluer le transfert des acquis en dehors du cadre rééducatif en évaluant l'évolution de la communication fonctionnelle du patient. Par la suite, ceci lui permettrait d'ajuster sa prise en charge.

Ce mémoire nous a également permis de réfléchir à l'éventuel apport de l'utilisation de l'ECVB au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans un service de médecine physique et de réadaptation par exemple.

En effet, nous nous sommes demandé si cet outil pouvait être utilisé par le médecin responsable de ce type de service afin d'évaluer les situations qui posent problème au patient dans son quotidien.

En effet, cette évaluation qui s'ajoute aux bilans spécifiques (neurologique, orthophonique...), permet au médecin d'avoir une vision du patient en dehors du cadre du service. Par conséquent, il pourrait ajuster avec l'équipe de réadaptation le projet thérapeutique autour du patient au plus près de sa demande et de ses besoins. Ainsi, l'ECVB paraît être un outil non seulement utile à une prise en charge orthophonique mais également à une prise en charge pluridisciplinaire.

Ce travail fut très intéressant et enrichissant tant sur le plan professionnel que personnel. En effet, nous avons tenté de mieux connaître et comprendre le patient aphasique et ses difficultés quotidiennes. Cela nous a ainsi permis de mener une réflexion sur la façon d'aborder la personne aphasique.

En effet, au-delà des troubles langagiers et des troubles associés qui peuvent majorer les troubles aphasiques, il est également important pour notre prise en charge de considérer toutes les dimensions du patient que ce soit au niveau de sa personnalité ou de son environnement qui interviennent également dans le « processus de production du handicap aphasique » tel que l'ont étudié MICHALLET B., LE DORZE G. et TETRAULT S. (1999) précédemment cités dans notre partie théorique. Selon eux, le handicap peut être variable d'un individu à l'autre, et d'une situation à l'autre pour un niveau comparable d'incapacité ; d'où l'importance d'évaluer ce paramètre.

Ainsi, nous espérons que l'approche élargie de l'évaluation de l'aphasie que nous avons présentée dans ce mémoire éveillera l'intérêt de nos lecteurs et ouvrira la voie à de nouveaux questionnements sur les moyens de prise en charge actuels.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- [1] **ABRIC J-C (1996).** Psychologie de la communication, méthodes et théories, Armand Colin, 187 p.
- [2] **ARMENGAUD F (1990).** La pragmatique, Collection « Que sais-je ? », Paris, Presses Universitaires de France, 127 p.
- [3] **AUBIN G. , BELIN C. , DAVID D. , DE PARTZ M.P (2001).** Actualités en pathologie du langage et de la communication, Marseille, Solal, 234 p.
- [4] **AZOUVI P. , PERRIER D. , VAN DER LINDEN M. (1999),** La rééducation en neuropsychologie : étude de cas, Marseille, Solal, 297 p.
- [5] **BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V (2004).** Dictionnaire d'orthophonie, Isbergues, ortho édition, 297 p.
- [6] **BRUN V., PERENNOU D., BLARD J-M (1997).** Les apraxies, Paris, Masson, 124 p.
- [7] **CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I. (2010),** Les aphasies : évaluation et rééducation, Issy-les-Moulineaux, Masson, 268 p.
- [8] **CHOMSKY (1971).** Aspects de la théorie syntaxique, Paris, Edition du Seuil, 283 p.
- [9] **CORRAZE J. (1980).** Les communications non-verbales, Paris, Presses Universitaires de France, 189 p.
- [10] **COSNIER J., BROSSARD A. (1984).** La communication non-verbale, Neufchâtel, Delachaux et Niestlé, 244 p.
- [11] **COSNIER J., GELAS C., KERBRAT-ORECCHIONI C. (1988).** Echanges sur la conversation, Paris, Edition du C.N.R.S, 392 p.
- [12] **DARRIGRAND B., MAZAUX J-M (2000),** Echelle de communication verbale de Bordeaux E.C.V.B, Isbergues, Ortho-édition
- [13] **DUBOIS J., GIACOMO M., GUESPIN L., MARCELLESI C., MARCELLESI J-B, MEVEL J-P (1974),** Dictionnaire de linguistique, Paris, Larousse, 516 p.
- [14] **DUCARNE DE RIBAU COURT B. (1988).** Rééducation sémiologique de l'aphasie, Paris, Masson, 257 p.
- [15] **ESTIENNE F., PIERART B. (2006)** Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques, Paris, Masson, 300 p.
- [16] **GIL R. (2006).** Neuropsychologie 4^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 414 p.

- [17] **HOLLAND A. (1987)** Approche pragmatique du traitement de l'aphasie, p. 191-198, L'orthophonie ici, ailleurs, autrement : actes scientifiques du congrès international d'orthophonie, Isbergues, l'ortho-édition, 467 p.
- [18] **HYMES (1984)** Vers la compétence de communication, Paris, Edition Hatier-Credif, 219 p.
- [19] **JAKOBSON R. (1963).** Essais de linguistique générale, Tome I Paris, édition de Minuit, 259 p.
- [20] **JAKOBSON R. (1973).** Essais de linguistique générale, Tome II Paris, édition de Minuit, 317 p.
- [21] **JAKOBSON R. (1969).** Langage enfantin et aphasie, Paris, édition de Minuit, 187 p.
- [22] **KERBRAT-ORECCHIONI C. (1980)** L'énonciation. De la subjectivité dans le langage, Paris, Armand Colin, 290 p.
- [23] **KERBRAT-ORECCHIONI C.(1996)** La conversation, Paris, Edition Seuil, 92 p.
- [24] **LE GALL D., AUBIN G. (1994),** L'apraxie, Marseille, Solal, 294 p.
- [25] **MARC E., PICARD D. (1996)** L'interaction sociale, Paris, Presses universitaires de France, 239 p.
- [26] **MAZAUX J.M. , PRADAT-DIEHL P. , BRUN V. (2007)** Aphasies et aphasiques, Montpellier, Masson, 344 p.
- [27] **MAZAUX J.M., BRUN V., PELISSIER J (2000)** Aphasie 2000, Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires, Paris, Masson, 231 p.
- [28] **MC CARTHY, WARRINGTON EK (1994).** Le calcul mental, Neuropsychologie cognitive, Paris, PUF, pages 309 à 329.
- [29] **PONZIO J. , LAFOND D. , DEGIOVANI R. , JOANETTE Y (1991).** L'aphasique, Québec, Edisem, 284 p.
- [30] **ROCH LECOURE A., LHERMITTE F. (1979)** L'aphasie, Paris, Flammarion médecine-sciences, 634 p.
- [31] **SAUSSURE F.(1973).** Cours de linguistique générale, Paris, Edition Payot, 509 p.
- [32] **SEARLE J.R (1979).** Sens et expression, Paris, Edition de Minuit, 243 p.
- [33] **SERON X. (1979).** Aphasie et neuropsychologie, approches thérapeutiques , Bruxelles, Mardaga, 202p.
- [34] **SERON X., LATERRE C. (1982).**Rééduquer le cerveau, Bruxelles, Edition Mardaga, 285 p.

[35] SERON X., FEYEREISEN P (1983). *La communication non verbale des aphasiques*, Communiquer demain, octobre, Congrès national de la FNO, Toulouse, UNADREO pages 97-112

[36] SERON X. , VAN DER LINDEN M (2001). Traité de neuropsychologie clinique tome II, Marseille, Solal, 356 p.

[37] TRAVERSO V (2005). L'analyse des conversations, Paris, Edition Armand Colin, 128 p.

[38] WATZLAWICK et coll.(1972)Une logique de la communication, Paris, édition Paris Seuil

Revues :

[39] BOUVIER B. , TESTUD C. , KERBAOL P (1998). À propos d'une expérience de rééducation en groupe des aphasiques, *Glossa*, juin, n°62, pages 36-43

[40] CLEREBAUT N., COYETTE F., FEYEREISEN P., SERON X.(1984).Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la PACE, *Rééducation orthophonique*, septembre, volume n°22 n°138, pages 329-345

[41] COLLAS H. , FRENOUX O. , ROUSSEAU T (2004). Les troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer : intérêt de la thérapie écosystémique en institution : étude de cas, *Glossa*, septembre, n°89, pages 60-71

[42] COUTURE G. (1998), Les maladies neuro-dégénératives, *Rééducation orthophonique*, octobre, n°195, 136 pages.

[43] CREVIER-BUCHMAN L.(2005) La prise en charge du handicap en rééducation orthophonique, *Rééducation orthophonique*, décembre, n°224, pages 4-6

[44] DARRIGRAND B. , MAZAUX J.M. et al. (2000). L' Echelle de Communication Verbale de Bordeaux : évaluation des compétences communicatives des personnes aphasiques, *Glossa*, septembre, n°73, pages 4-15

[45] DE PARTZ M.-P (1999). Les techniques de communication alternatives ou supplétives, *Rééducation orthophonique*, juin, vol.n° 37, n° 198, pages 111-122

[46] DE PARTZ M.-P (2005) . Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle, *Glossa*, mars, n°75, pages 4-12

[47] FEUILLET A. , WAGOGNE-MARECHAL G. (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille, *Glossa*, décembre, n°94, pages 70-79

[48] HAMONET F., LEDUC V., SEROKA S. (1992), Apport de la synthèse vocale à la rééducation orthophonique, *Rééducation orthophonique*, décembre, n°172, volume 30, pages 395 - 407.

- [49] **KRAETSCHMER K (1990).** L'approche « d'auto-ajustement », *Rééducation orthophonique*, février, n°161, volume 28, pages 3-19
- [50] **LACROIX J., JOANNETTE Y (1994).** Un nouveau regard sur la notion de validité écologique, apport du cadre conceptuel de la C.I.D.I.H., *Revue de neuropsychologie*, 4,2, pages 115-142
- [51] **LAFFAIRE B., LARNAUDIE A., PRUGNE N. et al.(2001).**La communication avec des personnes aphasiques graves, *Journal de Réadaptation Médicale*, juillet, vol 21, n°2, pages 54-58
- [52] **MAZAUX J.M. (2007).** L'aphasie de l'adulte, évolution des concepts et des approches thérapeutiques, *Glossa*, juin, n°100, pages 36-44
- [53] **MICHALLET B. , LE DORZE G. , TETREAULT S. (1999).** Aphasie sévère et situation de handicap : implication en réadaptation, *Annales Réad. Méd. Phys.*, n°42, p.260-270
- [54] **MICHALLET B. , LE DORZE G. (1999).** Approche sociale de l'orthophoniste auprès des aphasiques, *Annales Réad. Méd. Phys.*, n°42, p.546-556
- [55] **MORIN L., JOANNETTE Y., NESPOULOUS J.L (1986).** Grille d'analyse des aspects pragmatiques e la communication inter-individuelle, *Rééducation orthophonique*, juin, volume n°24, n°146, pages 137-149
- [56] **NESPOULOUS J-L (1986)**Les domaines de la pragmatique, *Rééducation orthophonique*, juin, n°146, volume 24, pages 127-133
- [57] **NESPOULOUS J.-L. , JOANNETTE Y. (1986)** Aphasie et pragmatique, *Rééducation orthophonique*, juin, n°146, volume 24, pages 187-198
- [58] **NESPOULOUS J.-L (1996)** .Les stratégies palliatives de l'aphasie, *Rééducation orthophonique*, , décembre, n°188, pages 423-433
- [59] **PARENT M.C (1999)** Les aides à la communication pour la personne aphasique, construction et limites de leur utilisation, *Glossa*, avril, n°66, pages 34-50
- [60] **ROUSSEAU T. (2000)** L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques, *Glossa*, septembre, n°73, p. 30-35

Mémoires et thèses :

- [61] **BENECHÉ M. , CORTIANA M. (2007)** .*La communication des adultes cérébrolésés : description, évaluation et prise en charge*, mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2, 329 p.
- [62] **CARRE E. (2007)** .*Les troubles de la communication de la personne aphasique et leurs retentissements sur la vie familiale et sociale. Elaboration d'un livret d'informations à destination des proches de la personne aphasique*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 188 p.

[63] **CHALIGNE A. (2001)** .*Evaluation par l'aphasique versus évaluation par sa famille : perception des troubles de la communication par l'aphasique et ses proches, utilisation de l'ECVB*, mémoire d'orthophonie, Nancy I, 121 p.

[64] **DARRIGRAND B. (1997)**. *Enquête sur la communication des personnes aphasiques*, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux 2, 82 p.

[65] **DENIS-FAERBER C. (2003)** . *Aphasie et acalculie, la demande du patient, l'offre de l'orthophoniste*, mémoire d'orthophonie, Université de Strasbourg, 169 p.

[66] **DUTHEIL S. (1999)**. *Travaux de validation de l'échelle de communication verbale de Bordeaux*, mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 185 p.

[67] **ELGOYEN-HARITCHET C. (2003)**. *Utilisation de l'analyse conversationnelle comme support au développement de stratégies efficaces chez le conjoint de la personne aphasique*, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux 2, 171 p.

[68] **MASCHERINI O. (2009)**. *Elaboration d'une échelle d'affirmation de soi pour la personne aphasique*, mémoire d'orthophonie, Université de Nice, 126 p.

[69] **PRICHARD D. (1986)**. *Adaptation d'approches communicatives à la rééducation de sujets aphasiques*, thèse de doctorat, Université Lyon II

[70] **SOLLAUD A. (1993)**. *Contribution à l'étude pragmatique d'un langage aphasique : analyse comparative des actes de langage et de leurs marques de trois patients aphasiques en situation discursive*, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux 2, 167 p.

Sites internet :

[71] Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf

[72] Evaluation fonctionnelle de la communication chez l'aphasique : JOSEPH P-A, STUIT A., MAZAUX J-M : http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M2783/Files/355104_1978.pdf

[73] http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/II-3_Communications_et_lang.pdf (1982)

[74] http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verbale.pdf (1977)

ANNEXE 1 : PATIENTS NON-FLUENTS

Patient	Age	Statut	Nombre d'enfants	Niveau d'étude	Profession	Date AVC	Lésion	Type d'aphasie
1- Mme M.	43ans	en couple	1	BAC+3	Commerciale	16/05/2005	AVC ischémique sylvien gauche	<u>Aphasie de Broca</u> : manque du mot agrammatisme, troubles arthriques
2- Mr. P	66ans	marié	1	BAC	Agent immobilier	24/01/2008	Infarctus profond sylvien gauche qui s'étend au lobe frontal gauche	<u>Aphasie de Broca</u> : léger manque du mot, trouble de la compréhension orale sur les énoncés complexes mais qui tend à disparaître
3- Mr G.	65ans	marié	2	BAC+3	Chef de rayon	04/2007	Non spécifié	<u>Aphasie globale qui évolue vers aphasie de Broca</u> : expression orale très réduite, manque du mot massif, paraphasies verbales
4-Mr Bu	63ans	marié	2	BAC	Professeur de danse	4/04/2007	Non spécifié	<u>Aphasie de Broca</u> : manque du mot, paralexies
5- Mr B	71 ans	marié	2	Certificat d'étude	Agriculteur	8/05/08	Non spécifié	<u>Aphasie globale</u> : langage oral très réduit, importants troubles arthriques
6- Mme D.	69ans	veuve	2	Certificat d'étude	Mère au foyer	12/2004	AVC massif	<u>Aphasie globale</u> : manque du mot, nombreux troubles arthriques, compréhension difficile sur énoncés complexes
7- Mr J.	71ans	marié	3	CAP	Chef de chantier	01/2009	Non spécifié	<u>Aphasie de Broca</u> : manque du mot, agrammatisme , réduction du langage écrit, paralexies
8- Mr Pl.	82ans	marié	2	CAP	Mécanicien	24/11/2007	AVC ischémique sylvien gauche	<u>Anarthrie</u>
9- Mme T.	83ans	mariée	0	BAC+2	Infirmière	22/04/09	AVC ischémique fronto-pariétal gauche	<u>Aphasie de type expressif</u> : manque du mot, acalculie
10- Mr V.	34ans	en couple	1	BAC+5	Dans le marketing	08/2006	Non spécifié	<u>Aphasie globale</u> : langage oral très réduit, manque du mot, agrammatisme

ANNEXE 1 : PATIENTS FLUENTS

Patient	Age	Statut	Nombre d'enfants	Niveau d'étude	Profession	Date AVC	Lésion	Type d'aphasie
1-Mr N.	42ans	marié	1	CAP	Employé de mairie	30/05/06	AVC ischémique sylvien gauche	<u>Aphasie de Wernicke</u> qui a évolué vers une surdité verbale
2- Mme Bo.	46ans	célibataire	5	Certificat d'étude	Femme au foyer	18/01/08	AVC ischémique sylvien gauche	<u>Aphasie phonémique</u> qui a évolué vers <u>une aphasie de conduction</u>
3- Mr Ga.	52ans	divorcé	1	CAP	Chauffeur de bus	26/06/09	AVC ischémique superficiel g.	<u>Aphasie de Wernicke</u> qui a évolué vers une surdité verbale
4- Mr Z.	71ans	veuf	1	CAP	Plombier chauffagiste	15/09/09	AVC ischémique pariétal postérieur g.	<u>Aphasie de conduction</u> : manque du mot, paraphasies phonémiques, dysorthographe, paralexies
5-Mr K.	63ans	divorcé	1	BAC	Transporteur	3/2007	AVC ischémique	<u>Aphasie de Wernicke</u> qui évolue vers une aphasie de conduction : manque du mot, paraphasies phonémiques
6-Mme G	77ans	divorcée	1	BEP	Restauration	27/03/09	Non spécifié	<u>Aphasie fluente</u> : paraphasies phonémiques
7- Mr J.	49ans	marié	2	BAC +2	Réalisateur audio-visuel	7/06/07	AVC hémorragique au niveau temporo pariétal gauche	<u>Aphasie de Wernicke</u> : manque du mot, paraphasies sémantiques et phonémiques, surdité verbale, alexie, dysorthographe
8- Mr H.	64ans	marié	2	BAC +7	Ingénieur de recherche au CNRS	5/09/09	AVC ischémique dans le territoire sylvien superficiel gauche	<u>Aphasie mixte</u> : manque du mot, éléments d'alexie littérale et syllabaire ,troubles du calcul avec perte de évocation du chiffre
9-Mr Ty.	44ans	en couple	2	CAP	Mécanicien	22/06/07	AVC ischémique	<u>Aphasie de Wernicke</u> : trouble de l'évocation avec paraphasies phonémiques, persévérations, compréhension orale altérée, dyssyntaxie, paralexies
10-Mr Vl.	79ans	marié	2	BAC+6	Dentiste	13/02/2009	AVC ischémique	<u>Aphasie</u> de Wernicke de type III avec abolition du langage écrit

ANNEXE 2

ÉCHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX - B. DARRIGRAND & J.M. MAZAUX

DÉBUT D'ENTRETIEN

Madame, monsieur, je vous propose d'évaluer la manière dont vous communiquez dans votre vie de tous les jours. Ceci afin de mieux comprendre vos difficultés et pouvoir vous aider.

⁽¹⁾ *D'une manière générale, est-ce que vous avez envie de discuter, de communiquer avec les autres?

- ☐ plus du tout ☐ beaucoup moins qu'avant ☐ un peu moins qu'avant ☐ autant qu'avant



EXPRESSION DES INTENTIONS

1. Etes-vous gêné(e) pour exprimer des choses très simples, par exemple dire que vous désirez boire, manger, aller vous reposer...? (*expression d'un besoin*)

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ jamais

2. Et pour exprimer vos désirs, vos intentions, par exemple faire comprendre que vous voulez aller vous promener (ou) voir une personne en particulier (ou) aller chez le coiffeur ...? (*intention, projet*)

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ jamais

3. Quand vous allez vous promener, quand vous sortez seul(e), est-ce que vous êtes gêné(e) pour demander votre chemin? *Si la situation ne s'est pas présentée, demander: êtes-vous gêné(e), par exemple, pour expliquer votre destination au chauffeur d'un taxi?*

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ jamais

*Pour vous faire comprendre, est-ce que vous utilisez des gestes?

- ☐ jamais ☐ quelquefois ☐ souvent ☐ très souvent

⁽¹⁾ Les questions précédées d'un astérisque n'entrent pas dans la cotation.

**CONVERSATION*****Avec les proches***

4. Avec un membre de votre famille ou un de vos amis, avez-vous des difficultés pour avoir une conversation sur un sujet courant de la vie quotidienne ? (ex : le temps qu'il fait, votre plat préféré, ce que vous avez mangé à midi...)

☐ toujours☐ souvent☐ quelquefois
ou : c'est rare☐ non, jamais

5. Et sur un sujet plus abstrait ou plus compliqué par exemple: l'actualité, l'éducation, le chômage, la littérature... ?

☐ toujours☐ souvent☐ quelquefois
ou : c'est rare☐ jamais

6. En famille ou avec des amis est-ce **vous** qui entamez la conversation ?

☐ jamais☐ quelquefois
mais c'est rare☐ souvent☐ très souvent

***Avez-vous des difficultés pour comprendre l'humour, les jeux de mots, les plaisanteries... ?**

☐ oui, toujours☐ souvent☐ quelquefois☐ aucune difficulté

7. Avez-vous des difficultés pour exprimer par la parole des sentiments, par exemple la joie, la colère ou la peur ?

☐ oui, toujours☐ souvent☐ quelquefois
ou : c'est rare☐ aucune difficulté***Avec des personnes non familières, des inconnus***

8. Et avec quelqu'un que vous connaissez peu (le facteur ou un chauffeur de taxi par exemple), êtes-vous gêné(e) pour avoir une conversation sur des sujets simples ? (le temps ; ce que vous avez fait la veille ; les fleurs de votre jardin ...) ?

☐ toujours☐ souvent☐ quelquefois
ou : c'est rare☐ jamais

9. Et des sujets plus compliqués, par exemple : expliquer votre situation ou votre maladie à quelqu'un qui ne vous connaît pas, ça vous pose un problème ?

☐ oui, à chaque fois☐ souvent☐ quelquefois
mais c'est rare☐ non, jamais

10. Avez-vous des difficultés à prendre la parole lorsque vous êtes avec des gens que vous connaissez peu (lors d'un dîner, d'une sortie, d'une soirée...) ?

☐ toujours☐ souvent☐ quelquefois
ou : c'est rare☐ aucune difficulté



TÉLÉPHONE

- 11.** Avez-vous des difficultés pour téléphoner à votre famille ?
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois
 ou : c'est rare ☐ aucune difficulté
- 12.** Et pour téléphoner à vos amis ?
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois
 ou : c'est rare ☐ aucune difficulté
- 13.** Quand vous voulez prendre un rendez-vous avec quelqu'un, par exemple votre médecin ou votre orthophoniste, est-ce vous qui téléphonez ?
☐ jamais ☐ quelquefois ☐ souvent ☐ à chaque fois
 ou : c'est rare
- 14.** Etes-vous gêné(e) pour téléphoner à une personne inconnue ? Par exemple appeler un taxi ou appeler le plombier en cas de fuite d'eau ?
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois
 mais c'est rare ☐ non, jamais
- 15.** Quand le téléphone sonne et que vous êtes seul(e), est-ce que vous répondez ?
☐ non, jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ oui, très souvent
- 16.** Et s'il y a quelqu'un d'autre chez vous (conjoint, enfant, ami...), vous répondez au téléphone ?
☐ non, jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ oui, très souvent
- NB :** lorsque la réponse est « non jamais », demander : est-ce par crainte de mal comprendre (oui/non) ? Par crainte de mal vous exprimer (oui/non) ?
- 17.** Avez-vous des difficultés à transmettre à un proche (conjoint, enfant, voisin...) un message téléphonique reçu en son absence ?
☐ à chaque fois ☐ souvent ☐ quelquefois
 mais c'est rare ☐ aucune difficulté

**ACHATS**

18. Depuis votre maladie (ou) notre dernier entretien (ou) le début de la rééducation (*adapter selon le cas*), êtes-vous allé(e) faire des achats seul(e) ? (au moins un : pain, loto, ticket de bus, journal, café ou autre consommation...).

☐ non, jamais

☐ oui, au moins
une fois

☐ plusieurs fois

☐ très souvent

NB : si la réponse est « non » : noter « jamais » à la question n°19 ; « toujours » à la question en italique ; « oui, à chaque fois » à la question n°20 et « non, jamais » à la question n°21.

19. Dans un magasin (en dehors d'une grande surface) est-ce que vous demandez ce que vous désirez au vendeur, si vous ne le trouvez pas ?

☐ jamais

☐ quelquefois
mais c'est rare

☐ souvent

☐ le plus souvent

**Vous arrive-t-il de montrer ou de prendre directement ce que vous désirez sans utiliser la parole (parce que vous craignez de mal vous faire comprendre) ?*

☐ toujours

☐ souvent

☐ quelquefois
mais c'est rare

☐ non, jamais

20. Quand vous payez, avez-vous des difficultés pour utiliser de l'argent liquide, par exemple: donner la somme exacte ou compter votre monnaie ?

☐ oui, à chaque fois

☐ souvent

☐ quelquefois
mais c'est rare

☐ non, jamais

21. Pour payer, utilisez-vous des chèques (ou une carte bancaire) ?

☐ non, jamais

☐ quelquefois
mais c'est rare

☐ souvent

☐ très souvent
***BUDGET**

- Avant votre maladie, est-ce que vous gériez le budget vous-même ?

☐ NON

☐ OUI

- Et maintenant, avez-vous des difficultés pour gérer votre budget ?

☐ OUI
c'est impossible

☐ il/elle gère seulement
les petites sommes

☐ NON
aucune difficulté



RELATIONS SOCIALES

**Recevez-vous des visites, allez-vous voir des gens ?*

- ☐ plus du tout
 ☐ beaucoup moins qu'avant
 ☐ un peu moins qu'avant
 ☐ autant qu'avant

22. Lors d'un repas de famille, ou entre amis, avez-vous des difficultés à suivre une conversation rapide, entre plusieurs personnes ?

- ☐ toujours
 ☐ souvent
 ☐ quelquefois mais c'est rare
 ☐ aucune difficulté

**Lorsque vous ne comprenez pas ce que l'on vous dit, faites-vous répéter votre interlocuteur ?*

- ☐ non, jamais
 ☐ quelquefois mais c'est rare
 ☐ souvent
 ☐ oui, à chaque fois

23. Lorsque vous avez besoin d'un renseignement, est-ce que vous adressez la parole à des inconnus ? (ex : vous allez à l'hôpital voir un ami qui s'est cassé une jambe. Vous ne connaissez pas le numéro de sa chambre. Est-ce que vous demanderiez à l'accueil ?).

- ☐ non, jamais
 ☐ rarement
 ☐ souvent
 ☐ oui, à chaque fois

24. Est-ce que vous sortez (chez des amis, au cinéma, au restaurant, au théâtre...) :

- ☐ jamais
 ☐ quelquefois mais c'est rare
 ☐ souvent
 ☐ chaque fois que l'occasion se présente

25. Au restaurant, (au café), avez-vous des difficultés pour passer votre commande vous-même ?

- ☐ oui, à chaque fois
 ☐ souvent
 ☐ quelquefois mais c'est rare
 ☐ aucune difficulté

26. Quand vous allez chez un commerçant, par exemple chez l'épicier, le garagiste, le coiffeur, le libraire... est-ce **vous** qui expliquez ce que vous désirez ?

- ☐ jamais
 ☐ rarement
 ☐ souvent
 ☐ toujours



LECTURE

- 27.** Lisez-vous des journaux, des magazines, (éventuellement : des livres)?
☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ très souvent
- 28.** Et le courrier que vous écrivent vos amis ou votre famille?
☐ jamais ☐ quelquefois ☐ souvent ☐ toujours
- 29.** Avez-vous des difficultés pour lire des papiers administratifs ou une notice d'emploi?
☐ oui, toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ non, jamais
- 30.** Avez-vous des difficultés pour lire l'heure?
☐ oui, toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ non, jamais



ÉCRITURE

- 31.** Avez-vous des difficultés pour écrire des mots isolés, par exemple: une liste de courses ou une liste de choses que vous devez faire?
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois mais c'est rare ☐ jamais
- 32.** Et pour écrire des phrases, par exemple: écrire une lettre ou des cartes (pendant vos vacances, au moment des vœux, pour un anniversaire ...), vous avez des difficultés?
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois mais c'est rare ☐ aucune difficulté
- 33.** Remplissez-vous des feuilles de sécurité sociale, (d'impôts) ou d'autres papiers administratifs?
☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ oui, à chaque fois
- * Vous arrive-t-il d'utiliser l'écriture pour vous faire comprendre si vous n'y parvenez pas bien par la parole?*
☐ non, jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ très souvent
- 34.** Est-ce que vous remplissez des chèques? (chiffres et libellé).
☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ chaque fois que nécessaire
- * Calcul - Etes-vous gêné(e) pour faire des calculs simples de tête? Par exemple dans un magasin, êtes-vous gêné(e) pour calculer le montant (approximatif) des trois ou quatre articles que vous avez pris?*
☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ jamais

ÉCHELLE DE SATISFACTION

Je vous propose maintenant d'évaluer votre communication sur cette échelle.
Est-ce que vous la trouvez :



CONCLUSION

☐ Voilà, nous avons terminé, est-ce que mes questions vous ont paru difficiles ?

☐ Êtes-vous fatigué(e) ?

☐ Avez-vous quelque chose à ajouter ?
(une remarque à faire ?)
.....
.....



QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES

Désir de communiquer ☐ plus du tout ☐ beaucoup moins qu'avant ☐ un peu moins qu'avant ☐ autant qu'avant

Gestualité ☐ jamais ☐ quelquefois ☐ souvent ☐ très souvent

Compréhension de l'humour ☐ oui, toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ aucune difficulté

Évitement de l'acte de parole ☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois mais c'est rare ☐ non jamais

Budget ☐ impossible ☐ gestion réduite ☐ gestion autonome

Relations sociales : visites, rencontres ☐ plus du tout ☐ beaucoup moins qu'avant ☐ un peu moins qu'avant ☐ autant qu'avant

Faire répéter l'interlocuteur ☐ non, jamais ☐ quelquefois mais c'est rare ☐ souvent ☐ oui, à chaque fois

Compensation par l'écriture ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ très souvent

Calcul ☐ toujours ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ jamais



EXPRESSION DES INTENTIONS

1. besoins élémentaires	0	1	2	3
2. désirs, intentions	0	1	2	3
3. demander son chemin	0	1	2	3

CONVERSATION*Avec les proches*

4. sujet courant	0	1	2	3
5. sujet abstrait	0	1	2	3
6. initier une conversation	0	1	2	3
7. sentiments	0	1	2	3

Avec des inconnus

8. sujet courant	0	1	2	3
9. sujet complexe	0	1	2	3
10. prise de parole	0	1	2	3

TÉLÉPHONE

11. famille	0	1	2	3
12. amis	0	1	2	3
13. rendez-vous	0	1	2	3
14. appeler un inconnu	0	1	2	3
15. répondre au téléphone n°1	0	1	2	3
16. répondre au téléphone n°2	0	1	2	3
17. transmettre un message	0	1	2	3

ACHATS

18. achats seul(e)	0	1	2	3
19. solliciter le vendeur	0	1	2	3
20. manipulation d'argent	0	1	2	3
21. chèques / cartes bancaires	0	1	2	3

RELATIONS SOCIALES

22. repas de famille / amis	0	1	2	3
23. demande de renseignements	0	1	2	3
24. sorties	0	1	2	3
25. restaurant	0	1	2	3
26. coiffeur / garagiste / libraire	0	1	2	3

LECTURE

27. journaux, magazines, livres	0	1	2	3
28. courrier affectif	0	1	2	3
29. papiers administratifs	0	1	2	3
30. lire l'heure	0	1	2	3

ÉCRITURE

31. listes de courses	0	1	2	3
32. courrier	0	1	2	3
33. papiers administratifs	0	1	2	3
34. libellé de chèques	0	1	2	3

SCORE TOTAL :**/102**

ANNEXE 3 : REPRISE DU QUESTIONNAIRE

En général, vous avez envie de discuter (de parler) avec les autres :

plus du tout beaucoup moins qu'avant un peu moins qu'avant autant qu'avant

Expression des intentions :

1) Vous êtes gêné pour dire des choses très simples ? des besoins comme : boire, manger, aller vous reposer... ?

toujours souvent quelquefois jamais

2) Vous avez des difficultés pour dire ce que vous avez envie de faire ? par exemple : aller chez le coiffeur, aller vous promener

toujours souvent quelquefois jamais

3) Quand vous sortez seul, vous êtes gêné pour demander votre chemin ? ou par exemple pour expliquer votre destination à un chauffeur de taxi ?

toujours souvent quelquefois jamais

Vous utilisez les gestes pour vous faire comprendre ?

jamais quelquefois souvent toujours

Conversation :

Avec les proches :

4) Vous avez des difficultés pour avoir une conversation avec votre famille ou vos amis sur des sujets simples, de la vie quotidienne ? (le temps qu'il fait, ce que vous avez mangé à midi...)

toujours souvent quelquefois jamais

5) Sur des sujets plus compliqués, par exemple l'actualité, ça vous pose problème?

toujours souvent quelquefois jamais

6) En famille ou avec des amis c'est **vous** qui entamez la conversation ?

jamais quelquefois souvent toujours

et avant ?

Ca vous pose problème de comprendre l'humour, les plaisanteries ?

toujours souvent quelquefois jamais

7) Vous avez des difficultés pour exprimer vos sentiments par la parole ? que vous êtes en colère...

toujours souvent quelquefois jamais

vous utilisez les gestes, la mimique ?

Avec des personnes non familières :

8) Vous êtes gêné pour avoir une conversation sur des sujets simples (le temps qu'il fait...) avec une personne que vous ne connaissez pas beaucoup? Par exemple le facteur, le chauffeur de taxi..

toujours souvent quelquefois jamais

9) Sur des sujets plus compliqués, comme l'actualité ça vous pose problème ?

toujours souvent quelquefois jamais

10) Vous avez des difficultés pour prendre la parole avec des gens que vous connaissez peu ? pendant un dîner, une sortie, une soirée....

toujours souvent quelquefois jamais

et avant ?

Téléphone :

11) Vous avez des difficultés pour téléphoner à votre famille ?

jamais quelquefois souvent toujours

12) Et à vos amis ?

jamais quelquefois souvent toujours

et avant ?

13) Pour prendre un rendez-vous avec quelqu'un, par exemple avec votre médecin, c'est vous qui téléphonez ?

jamais quelquefois souvent toujours

si non, qui le fait ?

21) Pour payer, vous utilisez des chèques (ou carte bancaire)?

jamais quelquefois souvent toujours

Budget :

Avant ce qui vous est arrivé, c'est vous qui teniez votre budget ?

Non

Oui

Et maintenant ça vous pose problème ?

Oui Je gère seulement les petites sommes Non pas de difficultés

Relations sociales :

Vous recevez des visites, vous allez voir des gens ?

Plus du tout Beaucoup moins qu'avant Un peu moins qu'avant Autan qu'avant

22) Pendant un repas de famille, quand plusieurs personnes parlent en même temps vous avez des difficultés à suivre la conversation ?

toujours souvent quelquefois jamais

Quand vous ne comprenez pas, vous faites répéter ?

jamais quelquefois souvent toujours

23) Si vous avez besoin d'un renseignement (vous cherchez la poste, une rue...) vous demandez à une personne que vous ne connaissez pas ?

jamais quelquefois souvent toujours

24) Vous sortez ? au cinéma, au restaurant, chez des amis, au théâtre...

jamais quelquefois souvent toujours

et avant ?

25) Au restaurant, (au café), vous avez des difficultés pour passer votre commande ?

toujours souvent quelquefois jamais

comment faites vous ?

26) Chez un commerçant, par exemple chez l'épicier, le libraire.... c'est **vous** qui expliquez ce que vous voulez ?

jamais quelquefois souvent toujours

si non, qui le fait ?

Lecture

27) Vous lisez des journaux, des magazines, (éventuellement : des livres) ?

jamais quelquefois souvent toujours

et avant ?

28) Vous lisez le courrier de vos amis et de votre famille ? (carte de vœux, d'anniversaire)

jamais quelquefois souvent toujours

29) Ca vous pose problème de lire des papiers administratifs ou une notice d'emploi ?

toujours souvent quelquefois jamais

30) Vous avez des difficultés pour lire l'heure ?

toujours souvent quelquefois jamais

Ecriture :

31) Vous êtes gêné pour écrire des mots isolés comme une liste de courses ?

toujours souvent quelquefois jamais

32) Ca vous pose problème d'écrire des phrases ? par exemple : écrire une lettre ou des cartes (pendant vos vacances, au moment des vœux, pour un anniversaire...)

toujours souvent quelquefois jamais

et avant ?

Vous utilisez l'écriture si vous n'êtes pas compris par quelqu'un ?

jamais quelquefois souvent toujours

33) Vous remplissez les feuilles de sécurité sociale, d'impôts ou d'autres papiers administratifs ?

jamais quelquefois souvent toujours

si non, qui le fait ?

34) Vous remplissez des chèques ? (chiffres et le libellé)

jamais quelquefois souvent toujours

Vous êtes gênés pour faire des calculs simples de tête ?

toujours souvent quelquefois jamais

Résumé :

L'aphasie, en tant que trouble du langage acquis, touche l'instrument privilégié de la communication de l'être humain. Par conséquent, les personnes aphasiques se trouvent limitées dans leur communication. Ainsi, nous avons cherché à évaluer les difficultés rencontrées par les aphasiques dans les situations de communication du quotidien. Dans ce cadre, nous avons posé l'hypothèse selon laquelle l'impact des troubles serait différent en fonction du type d'aphasie fluente ou non-fluente.

Dans ce but, nous avons rencontré dix patients aphasiques fluents et dix non-fluents afin de leur proposer le questionnaire de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux qui évalue les difficultés de communication rencontrées par les aphasiques dans des situations de la vie quotidienne comme l'utilisation du téléphone et les conversations par exemple. Suite à ces entretiens, nous avons fait une étude comparative des résultats obtenus par les deux groupes.

A travers cette étude nous avons pu constater que certains comportements de communication semblaient être plus fréquemment observés en fonction du type d'aphasie mais que globalement la communication fonctionnelle était perturbée dans les mêmes situations du quotidien quels que soient les tableaux cliniques.

Mots-clés :

Aphasie

Communication

Evaluation

Analyse comparative

Adulte

Echelle de Communication Verbale de Bordeaux