



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

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

MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**QUELLES AIDES A LA
COMMUNICATION CHEZ LE PATIENT
APHASIQUE VASCULAIRE
HOSPITALISÉ ?**

**En fonction des éléments sémiologiques, des troubles associés et du
type d'interlocuteur.**

Stéphanie LORENZATI

Née le 20 septembre 1982 à Marseille

Directeur de mémoire : Monique Legros – Orthophoniste

Co-directeur : Charlotte Fernandez – Orthophoniste

NICE – 2010



REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire et maître de stage, Monique Legros, pour avoir supervisé cette étude et pour m'avoir fait profiter de son immense expérience auprès de la population aphasique.

Toute ma reconnaissance va également à Charlotte Fernandez, ma co-directrice, pour son investissement et sa disponibilité inconditionnels. Elle a su, par ses conseils éclairés, me suggérer à chaque fois la voie la plus appropriée.

J'exprime toute ma gratitude à Mme Cotta, Mme Maillan et Mme Vives pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Ma profonde reconnaissance à tous les orthophonistes ayant participé à notre enquête pour leur disponibilité et leur implication. Sans eux, je n'aurais pas pu récolter les informations qui constituent le fondement de notre réflexion.

Mes remerciements à M. David Guigue et ses connaissances en informatique sans qui le questionnaire n'aurait pas pu être mis en ligne.

Un grand merci à Gianni Audisio, dessinateur, pour avoir accepté de concevoir l'illustration de mon travail. La communication non verbale a souvent le mérite d'être plus explicite que les mots...

J'adresse du fond du cœur tous mes remerciements à ma famille pour sa présence et ses encouragements durant l'ensemble de ces années d'études et plus particulièrement pour l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, j'exprime tout mon amour à Guido qui a su être présent surtout dans les moments difficiles en m'apportant son soutien infini. Merci pour la confiance que tu places en moi au quotidien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

I- LA COMMUNICATION	10
A- DEFINITIONS GENERALES	10
B- PRAGMATIQUE et MODELES COMMUNICATIFS	10
C- AUTRES ASPECTS DE LA COMMUNICATION	17
1- La communication non verbale	17
2- La communication verbale	24
D- LA COMMUNICATION DU PATIENT APHASIQUE VASCULAIRE.....	25
E- MOYENS ACTUELS D’EVALUATION DE LA COMMUNICATION DU PATIENT APHASIQUE HOSPITALISÉ	26
F- LES DIFFERENTS INTERLOCUTEURS DU PATIENT APHASIQUE.....	33
 II- CARACTERISTIQUES DES APHASIES VASCULAIRES PENDANT LA PERIODE D’HOSPITALISATION	 33
A- LA PERIODE D’HOSPITALISATION et LES FILIERES DE SOINS	34
B- CLASSIFICATION DES APHASIES	37
C- TROUBLES ASSOCIES	58
 III- LES AIDES A LA COMMUNICATION	 71
A- DEFINITIONS DES AIDES A LA COMMUNICATION.....	72
B- PROPRIETES NECESSAIRES DE TOUT TYPE D’AIDE A LA COMMUNICATION.....	75
C- COMPETENCES RESIDUELLES NECESSAIRES A LA MISE EN PLACE D’UNE AIDE A LA COMMUNICATION	76
D- A QUI S’ADRESSENT LES AIDES A LA COMMUNICATION ET QUAND LES INTRODUIRE ?	78
E- TRANSMISSION D’INFORMATIONS AUX AIDANTS	79
F- HISTORIQUE DES AIDES COMMUNICATIVES	81

PARTIE PRATIQUE

IV- REALISATION DU QUESTIONNAIRE	114
A- LE BUT DE NOTRE ETUDE.....	114
B- LA POPULATION CIBLEE : CRITERES D'INCLUSION	116
C- LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE.....	117
1- Généralités	117
2- Adaptation des éléments théoriques à l'aphasique vasculaire hospitalisé.....	119
3- Explications du contenu du questionnaire	128
D- MODALITES DE DIFFUSION ET RECEPTION DU QUESTIONNAIRE	140
1- Diffusion du questionnaire	140
2- Réception du questionnaire	141
V- RESULTATS ET ANALYSE	142
A- RESULTATS ET ANALYSE DES QUESTIONS	142
B- LIMITES DU QUESTIONNAIRE.....	180
1- Limites spécifiques d'un questionnaire	180
2- Limites liées à notre méthodologie.....	181
3- Faiblesses de notre questionnaire	182
VI- SYNTHESE – DISCUSSION	185
 CONCLUSION	 191
BIBLIOGRAPHIE	194
TABLE DES ILLUSTRATIONS	204
ANNEXES	206

INDEX DES ABREVIATIONS

AFNOR : Agence française de Normalisation

AHS : Aphasie Handicap Score

APF : Association des Paralysés de France

ASH : Agent de Service Hospitalier

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

C.COM : Cahier de Communication

CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

ECVB : Echelle de Communication Verbale de Bordeaux

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FST : Fédération Suisse de Téléthèses

HAS : Haute Autorité de Santé

HLH : Hémianopsie Latérale Homonyme

IMC : Infirmes Moteurs Cérébraux

IMOC : Infirmes Moteurs d'Origine Cérébrale

MEC : Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication

MPR : Service de Médecine Physique et Réadaptation

PACE : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness

PONTT : Partage Orthophonie Neuropsychologie Théories Thérapies (site internet)

QLH : Quadrantanopsie Latérale Homonyme

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

SSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation

TLC : Test Lillois de Communication

TMR : Thérapie Mélodique et Rythmée

UNV : Unité Neurovasculaire

INTRODUCTION

Dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, de nombreuses professions travaillent en collaboration. En effet, c'est tout d'abord l'équipe médicale qui effectue les premiers soins vitaux. L'aphasie concernant plus d'un tiers des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral [63], c'est donc ensuite le rôle de l'orthophoniste, à travers un bilan, de mettre en évidence les troubles du langage et de la communication dont souffre le patient et de les rééduquer. Depuis 1996, suite à la conférence consensus de la SOFMER¹ sur la personne hémiplegique, il est recommandé de procéder systématiquement à une évaluation de la communication, dès la phase aiguë, dans le but d'adapter les programmes de prise en charge des personnes aphasiques [31].

En outre, selon la HAS², l'orthophoniste devrait « mettre en place les moyens de communication alternatifs temporaires adéquats » ainsi qu'« informer l'équipe et l'entourage du patient des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre ». En effet, chez l'aphasique les capacités communicatives semblent mieux préservées que les capacités linguistiques (Holland)³ donc si le patient n'a pas d'autre façon de communiquer, il se retrouvera très vite dans un isolement social qui majorera son état dépressif.

De nombreuses études ont été menées sur les moyens palliatifs mis en place lorsque l'aphasie est constituée, nous nous intéressons ici à l'emploi d'outils provisoires, temporaires, lors de la période d'hospitalisation.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes demandée s'il serait intéressant, pertinent et surtout possible d'établir une classification des moyens d'aide à la communication que les orthophonistes et les intervenants dans la prise en charge des aphasiques post-AVC pourraient mettre en place pour maintenir la communication entre le patient et ses interlocuteurs.

¹ Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

² Haute Autorité de Santé : Recommandations pour la pratique clinique – Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux – juin 2002

³ In « Aphasies et aphasiques » p 79 [31]

De plus, nous essaierons de mettre en évidence les moyens utilisés par les orthophonistes pour objectiver si un patient peut bénéficier d'une aide alternative (bilan étalonné ? mise en évidence de certaines compétences ?).

Enfin, nous tenterons d'établir un classement des aides à la communication en fonction de la pathologie aphasique, des troubles associés éventuels ainsi que selon l'interlocuteur du patient (soignants, famille, etc.).

Dans un premier temps, notre partie théorique exposera les diverses théories concernant le concept de « communication ». Puis nous définirons les caractéristiques des aphasies vasculaires ainsi que les troubles associés éventuellement présents. Enfin nous établirons un état des lieux des différents outils d'aide à la communication existant pour le patient aphasique jusqu'à aujourd'hui.

Dans un second temps, notre partie pratique consistera à proposer un questionnaire aux orthophonistes pour connaître les différentes aides communicatives qu'ils emploieraient avec les patients aphasiques en fonction du type d'interlocuteur, des éléments pathologiques et des troubles associés. A partir de cela nous tenterons d'établir une classification du matériel à proposer.

Enfin nous analyserons les résultats obtenus et critiquerons notre travail.

PARTIE THEORIQUE

I- LA COMMUNICATION

A- DEFINITIONS GENERALES

Le terme de « communication » vient du latin *communicare* qui signifie « *être en relation, partager, échanger* ».

Abrieu (1996) [1] définit la communication comme « l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée ». Ce qui est important pour lui c'est la notion d'« interaction » ; en effet, l'émetteur et le récepteur sont considérés comme deux locuteurs en interaction.

Selon le petit Robert (2000) « communiquer » c'est « faire connaître quelque chose à quelqu'un, dire, divulguer, donner, livrer, transmettre ».

Dans « *Le dictionnaire d'Orthophonie* » (Brin et al., 2004) [8], la « communication » est caractérisée comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu ».

Pour Baylon et Mignot (2005) [7] communiquer signifie d'abord « faire passer des informations sur ce que l'on a à l'esprit, c'est le résultat d'une chose à dire et d'une envie de la dire servi par une capacité à le dire ».

B- PRAGMATIQUE et MODELES COMMUNICATIFS

1- MODELES GENERAUX DE COMMUNICATION

De nombreux modèles de communication élaborés par différents auteurs existent dans la littérature : de Shanon et Weaver (1948), Wiener (1949), qui élaborent les premiers modèles « techniques » de communication, aux modèles de la communication humaine, décrits par Laswell (1949) et Jakobson (1963) (cf. figure 1).

Nous pouvons en dégager les différents paramètres indispensables constituant la communication :

- L'émetteur (locuteur) : produit un message et le transmet à un récepteur
- Le récepteur (interlocuteur) : reçoit le message et le décode
- Le message : est l'objet même de la communication ; il suppose :
 - Un code : qui doit être commun au récepteur et à l'émetteur pour permettre l'interprétation du message
 - Un contexte : auquel le message se réfère ; il correspond à la réalité d'énonciation commune au locuteur et au récepteur pendant l'échange ; la notion de contexte sert de base à la théorie pragmatique
 - Un canal (contact) : c'est l'intermédiaire pour le transfert du message ; c'est la forme, le contenu et le support du message ; selon Cosnier (1982) [13], plusieurs canaux sont à distinguer et l'un d'entre eux est choisi par le locuteur et l'interlocuteur :
 - *Canal auditif* : représente la verbalité (parole codée d'après la langue orale ou écrite) et la vocalité (paralanguage)
 - *Canal visuel* : grâce à la statique (postures, attitudes, éléments de proxémie) et à la cinétique (mimogestualité)
 - *Canal olfactif, thermique et tactile* : canaux souvent dépréciés chez l'adulte
- Le feed-back : instaure le principe de réciprocité qui fait de l'émetteur et du récepteur deux sujets actifs à l'échange ; il correspond à la façon dont l'interlocuteur répond et réagit au message du locuteur ; c'est donc une information en retour, verbale ou non verbale, dont l'émetteur a besoin pour savoir si les résultats effectifs de sa communication sont les mêmes que ceux qu'il désirait obtenir au départ. Cela lui permet de vérifier la compréhension du message et d'ajuster son discours de façon adéquate sans rompre la communication établie.

Mucchielli (1988) [33] explique que le terme de communication ne peut s'employer que si l'émetteur est à la recherche du feed-back.

Rondal [38] confirme cette idée en précisant que les deux personnes en présence doivent avoir une motivation afin que la communication soit de bonne qualité.

Watzlawick et al. (1972) [45] déclare « qu'une partie de ce qui sort (output) du système est réintroduite sous la forme d'une information sur ce qui en est ressorti ».

De fait, si l'un de ces quatre éléments est absent, la communication sera plus difficile.

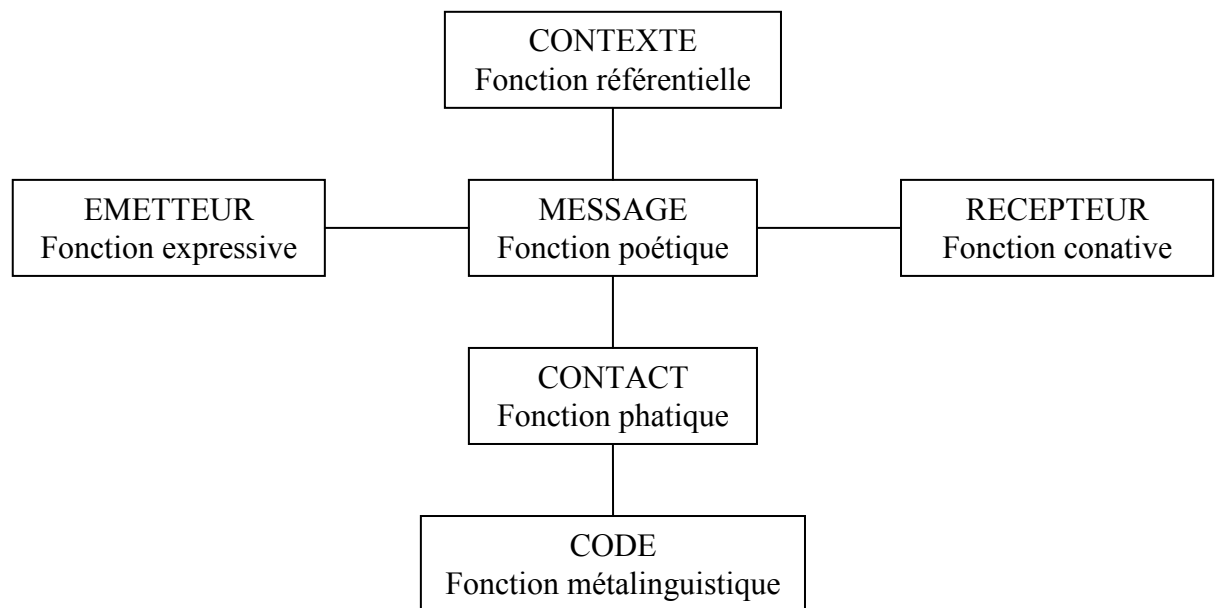


Figure 1: Modèle de communication de Jakobson (1963)

Selon l'école de Palo Alto (1949), la communication est définie comme une « théorie des comportements verbaux ou non verbaux » et non comme une théorie du message. Pour eux « la communication est conçue comme un système à multiples canaux auquel l'acteur social participe à chaque instant, qu'il le veuille ou non, par ses gestes, son silence, sinon son absence... » (Winkin, 2000) [44].

Le postulat émis par cette école est « on ne peut pas ne pas communiquer ». Cela signifierait que même le silence et l'indifférence seraient des formes de communication. La communication ne serait donc pas un « ping-pong » entre un émetteur et un récepteur mais nous pourrions la comparer à un orchestre dans lequel chaque membre joue en s'accordant avec les autres.

Toujours selon cette école, dans le comportement communicatif d'un individu, la communication verbale ne serait que l'un des aspects. En effet, il faudrait y ajouter tous les paramètres non verbaux qui s'inscrivent dans un contexte particulier.

De fait, communication verbale et communication non verbale ne seraient pas à mettre en opposition mais apparaîtraient comme étant complémentaires et pouvant

exister indépendamment l'une de l'autre. Il faudrait donc davantage considérer le comportement communicatif d'un individu au sein d'un contexte car ce serait à l'intérieur d'une interaction que la communication prendrait un sens.

2- PRAGMATIQUE

L'un des objectifs de l'école de Palo Alto était d'étudier les effets de la communication sur l'être humain, appelé plus tard la «pragmatique de la communication». La pragmatique est alors définie comme étant «la manière dont s'établit la communication, comment elle s'exerce ou ne s'exerce pas, quels en sont les codes ou coutumes et surtout comment elle agit sur les individus ».

Pour Watzlawick et al. (1972) [45] « la communication affecte le comportement, et c'est là son aspect pragmatique »

Selon Récanati (1979) ⁴ « la pragmatique n'étudie pas le langage mais l'usage qui en est fait ».

Nespoulous (1996) [65] définit la notion de pragmatique parallèlement à celle de linguistique : « la linguistique s'intéresse aux différents types de structures nécessaires à tout locuteur dans tout acte de parole, c'est-à-dire à la langue ; la pragmatique s'intéresse à l'utilisation des structures par un individu donné dans une situation de communication déterminée, soit la parole ou bien le langage en contexte ».

Pour Gibbs (1999) [57] la pragmatique est « l'étude des habiletés d'un individu à traiter (comprendre et/ou exprimer) les intentions de communiquer par référence à un contexte donné ».

Il ne s'agit donc pas d'observer le langage isolément, en le séparant de sa finalité, des moyens utilisés et des nombreux facteurs qui interviennent et modifient la situation naturelle de communication.

Armengaud (1990) [4] a décrit trois concepts qui prévalent en pragmatique :

- le **concept d'acte** : qui fait référence à l'intentionnalité du locuteur

⁴ Cité par Morin L. [78]

- le **concept de performance** : qui est l'actualisation de la compétence linguistique, voire communicative
- le **concept de contexte** : qui regroupe tous les savoirs dont chaque individu a besoin pour communiquer et évaluer ce qui est dit.

Davis et Wilcox (1981) [15] ont défini trois contextes en interaction dans les situations naturelles de communication :

- ✓ le **contexte linguistique** : qui assure la cohérence du discours
- ✓ le **contexte paralinguistique** : qui indique l'état émotionnel du locuteur et l'interprétation sémantique des phrases (interrogation, affirmation, ...) grâce notamment à la qualité vocale, l'intonation, le rythme, etc.
- ✓ le **contexte extralinguistique** : qui détermine l'objet de l'échange, la situation (environnement, moment), les participants (leurs relations, leurs connaissances socioculturelles, leur état affectif). En effet, selon ces critères les locuteurs doivent adapter l'intensité de leur voix par exemple.

Plusieurs auteurs ont défini **5 domaines** constituant la pragmatique et qui dépendent les uns des autres :

1- Les actes de langage

Austin (1962) [5] et Searle (1969) [40] évoquent le langage à travers une théorie de l'action : « dire quelque chose c'est aussi faire quelque chose ». Austin définit trois catégories d'actes de langage :

- 1) l'acte locutoire : « acte de dire quelque chose » ; il correspond à l'énoncé au stade de la réalisation, verbale ou non
- 2) l'acte illocutoire : « acte effectué en disant quelque chose » ; ce sont des actes sociaux conventionnels reconnus par les interlocuteurs, qui, produits parallèlement au message, indiquent comment ce dernier doit être compris. *Ex : une poignée de main*
- 3) l'acte perlocutoire : « effet produit par l'acte illocutoire » ; il désigne l'effet, volontaire ou non, créé par l'émetteur dans le but de provoquer des modifications

de comportement chez l'interlocuteur. *Ex : si l'acte illocutoire est « arrêtez de travailler », l'acte perlocutoire sera l'arrêt effectif du travail.*

D'autre part, Austin distingue :

- Les **actes de langage directs** *ex : « ferme la fenêtre »*
- Les **actes de langage indirects** *ex : « il fait froid »*

Searle [40] accorde une grande importance à l'intentionnalité de tout acte langagier.

2- Le dit, l'inféré, le présupposé

Lorsqu'il y a interaction, l'interlocuteur interprète continuellement les propos du locuteur. Cette interprétation dépend de l'énoncé, du contexte et de son expérience linguistique. L'interlocuteur obtient donc une signification possible du message. Cette notion renvoie à la compréhension des métaphores, le second degré, l'humour. En réalité, l'interlocuteur doit trouver le juste équilibre entre :

- le *message linguistique* ; ce qui est dit
- le *message implicite* dont l'information est déduite ; ce qui est inféré
- le *présupposé* ; ce qui est supposé être connu des deux interlocuteurs.

3- Le discours et les situations discursives

Il s'agit ici du respect des **tours de parole**. En effet, une conversation est composée de la succession de séquences alternées de prises de parole. D'après les travaux de Duncan (1972) ⁵, ils sont régulés par différents signaux qui annoncent le changement de rôle :

- *signaux linguistiques* : interpellations, questions
- *signaux paralinguistiques* : pauses, intonation, accentuation
- *signaux kinesthésiques* : gestes, positions du corps.

De plus, les deux partenaires doivent avoir un respect de la notion d'informations partagées. En effet, chacun doit laisser l'autre amener ses propres arguments et la communication doit se faire dans les deux sens. Chaque interlocuteur ayant bien sûr le droit d'apporter des informations nouvelles.

4- Les règles conversationnelles

⁵ Cité par Noizet (1985) [34]

Grice (1975) [21] met en évidence quatre maximes conversationnelles, s'appuyant sur le principe de coopération, qui établissent les règles conversationnelles ; il suppose que tout échange entre les individus repose sur plusieurs attentes :

- 1) *règle de quantité* : en dire assez mais pas trop
- 2) *règle de qualité* : dire la vérité en utilisant des modélisations appropriées
- 3) *règle de relation* : le discours produit doit être en relation avec ce qui précède
- 4) *règle de manière* : un discours clair et facile à suivre.

5- Les aspects sémiotiques non verbaux

Les aspects sémiotiques non verbaux représentent la communication non verbale. Celle-ci tient une place importante dans la pragmatique. En effet, les différents comportements non verbaux permettent d'améliorer le décodage du discours.

Après avoir exploré la notion de pragmatique, nous développerons deux autres aspects de la communication : « la communication non verbale » et « la communication verbale ».

C- AUTRES ASPECTS DE LA COMMUNICATION

1- LA COMMUNICATION NON VERBALE

La communication non verbale est l'un des aspects fondamentaux de la communication. En effet, lors d'une interaction entre deux personnes, des éléments tels que les gestes, la posture, les mimiques, le regard, sont porteurs de messages et constituent une forme de communication à part entière.

Selon Corraze (1980) [12], la communication non verbale est un « moyen de communication entre des individus qui ne fait pas appel au langage oral ou écrit. Ce terme s'applique à des gestes, des postures, des orientations du corps, 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 ».

Pour Marc et Picard (1989) [28], les éléments non verbaux sont utilisés, la plupart du temps, en accompagnant la parole, mais il se peut qu'ils aient à eux seuls valeur de communication.

Les éléments composant la communication non verbale sont nombreux et peuvent apparaître simultanément. De fait, le décodage de la communication non verbale demeure complexe. Ces éléments peuvent être repérés aussi bien par le locuteur que l'interlocuteur.

a) LES COMPOSANTS DE LA COMMUNICATION NON VERBALE

➤ LES APPARENCES CORPORELLES

Elles donnent des informations sur le niveau socioculturel, le psychisme, les intentions et l'appartenance à un groupe. On peut y inclure les caractéristiques physiques naturelles et artificielles comme les piercing, tatouages, teintures capillaires, port de bijoux, vêtements, etc. Elles mettent en avant un certain aspect de la personnalité des individus.

➤ LE REGARD

Cook (1977) ⁶ décrit le regard comme étant « le fait de regarder quelqu'un dans les yeux ou entre les yeux ou plus généralement au niveau de la moitié supérieure du visage ».

Selon Noizet (1985) [34] le regard remplit plusieurs fonctions lors d'une interaction :

- ✓ il permet de déterminer la *qualité de la relation entre deux personnes*
- ✓ il a un rôle important dans la *régulation des tours de parole* et peut devenir le signal d'une intention de communiquer
- ✓ il est le témoin de *l'état de vigilance et d'attention de l'interlocuteur*
- ✓ il a un rôle de *feed-back* car il permet au locuteur de vérifier si le message a été compris et de s'ajuster si ce n'est pas le cas
- ✓ il marque *l'indifférence ou l'ennui* s'il se détourne pendant la conversation.

➤ **L'OCCUPATION DE L'ESPACE**

Il est question ici de l'organisation sociale de l'espace entre les individus, appelé aussi « proxémique ».

Hall (1978) [23] a étudié le « langage de l'espace ». Son travail est basé sur de nombreuses observations en situations naturelles. De cela il a déterminé quatre zones proxémiques correspondant à différents types d'interaction :

- 1- L'espace intime correspond au lieu des relations très étroites entre les individus. Il s'observe entre époux, parents, enfants, amis intimes. Il va de 0 à 0,5 m. De fait, les odeurs, la chaleur et les relations cutanées y sont prédominantes.
- 2- L'espace personnel permet les conversations ordinaires entre amis car il correspond aux limites de la prise physique d'un individu. Il s'étend de 0,5 à 1,25 m.
- 3- La distance sociale est utilisée pour les interactions professionnelles ou occasionnelles entre individus sans rapport intime. Elle s'arrête là où la conversation n'est plus possible. Elle est comprise entre 1,25 et 3,50 m.
- 4- La distance publique permet les interactions formelles. Elle va de 3,50 à 7,50 m.

⁶ Cook M. « Regard et regard réciproque dans les interactions sociales » in Cosnier J., Brossard A. [13]

Selon le choix de positionnement plus ou moins éloigné de chacun des interlocuteurs, ces rapports de distance peuvent être perçus comme des messages. Mais il est à noter que la distance interpersonnelle est le plus souvent régie par des normes sociales.

➤ **LA POSTURE**

Cosnier (1992) ⁷ indique que la posture est « une position du corps ou de ses parties par rapport à un système de repères déterminés. La posture se porte comme un état relativement fixe, durable, où le corps s'immobilise ou tend à le faire ».

Elle renseigne sur l'attitude dans laquelle se trouve le locuteur et/ou l'interlocuteur (position relaxée, crispée, ...) en faisant intervenir tout le corps.

James (1932) ⁸ décrit quatre postures fondamentales dans lesquelles la position du tronc et de la tête sont essentielles :

- 1- *L'attitude d'approche* : dans laquelle le corps est incliné en avant
- 2- *L'attitude de rejet* : le corps se détourne et exerce un mouvement de recul
- 3- *L'attitude d'expansion de la tête* : dans laquelle le tronc et les épaules sont en extension
- 4- *L'attitude de contradiction* : où la tête est fléchie si le tronc et les épaules sont tombantes.

Dès la naissance, la communication vient donc prendre place dans de la relation qui s'établit entre la motricité et le langage.

➤ **LES ACCOMPAGNEMENTS VOCAUX**

Ils sont définis comme étant les éléments paralinguistiques accompagnant la parole permettant d'apporter des informations sur le locuteur.

Argyle (1975) ⁹ distingue :

- ✓ *Les propriétés vocales du sujet* : timbre, hauteur, accent régional ; qui ne sont pas liées au contenu du message

⁷ Cité par Dabadie-Dejoie (1995) [75]

⁸ Cité par Corraze (1980) [12]

⁹ Cité par Branquart et al. (1993) [73]

- ✓ Les signaux vocaux : qui modulent le contenu sémantique du message et segmentent le discours ; parmi eux :
- *L'intonation* : créée par des variations de la fréquence fondamentale qui se produisent tout au long de l'énoncé. Elle est assimilable à la mélodie de la phrase (Brin 2004 [8]). Elle permet d'exprimer des émotions (joie, colère, etc.)
 - *L'accentuation sonore* : permet de mettre en évidence un ou plusieurs mots ou groupes de mots à l'intérieur d'une phrase pour y donner un sens particulier
 - *Le tempo* : est constitué des variations de rythme dans les productions verbales
 - *Les pauses* : constituent les arrêts, silences au sein de la chaîne parlée.

L'ensemble de ces éléments complète la signification d'un énoncé en véhiculant un certain nombre d'informations sur le locuteur.

➤ **LES EXPRESSIONS ET LES MIMIQUES FACIALES**

Darwin, célèbre naturaliste anglais ¹⁰, s'est intéressé aux expressions faciales (le sourire, la moue, etc.). Il affirme que la plupart des expressions humaines instinctives sont universelles et transmises par l'hérédité. Selon lui, tous les individus seraient capables d'identifier, grâce à leur instinct, des émotions comme la joie, la tristesse, la colère, sur le visage de l'autre.

Les travaux de Darwin ont été repris par Ekman (1973) [18] et atténués car il a observé que la culture influence l'expression et la reconnaissance des mimiques faciales.

Les expressions et mimiques faciales sont en étroite relation avec le regard et jouent un rôle indéniable lors des échanges. En effet, elles peuvent compléter les propos du locuteur ou bien les infirmer en exprimant, par exemple, une émotion antagoniste par rapport à leur contenu. On peut donc les qualifier de « feed-back » à la conversation. En outre, elles peuvent indiquer au locuteur la réceptivité de l'interlocuteur tout au long du discours.

¹⁰ Cité par Barrier (1996) [6]

➤ LES GESTES

Kotska (1994) [59] définit le geste comme «un mouvement ou série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité ; cet ensemble de mouvements est interprétable par celui qui l'observe ».

Les gestes peuvent accompagner la communication verbale en la complétant ou la modulant ; mais ils peuvent également exister indépendamment lors de l'échange. Ils ont donc une grande place dans la communication.

De nombreuses classifications des types de gestes sont répertoriées dans la littérature. Nous citerons celle de Nespoulous (1992) [65] qui différencie les gestes ayant une fonction significative et les gestes ayant une fonction expressive.

Les gestes peuvent occuper diverses fonctions :

- ***Une fonction référentielle*** : ces gestes accompagnent ou remplacent le discours verbal. Ils ont pour rôle d'illustrer le discours de l'interlocuteur. L'auteur y regroupe :
 - ✓ **Les gestes mimétiques (descriptifs)** : il existe un rapport d'analogie avec le référent *ex : écartier les bras pour exprimer une chose grosse*
 - ✓ **Les gestes déictiques (désignatifs)** : il existe une relation spatiale plus ou moins évidente, avec le référent, présent ou absent *ex : montrer la fenêtre du doigt pour désigner une chose qui se trouve dehors*
 - ✓ **Les gestes symboliques** : il existe une relation arbitraire et conventionnelle avec le référent ; ils sont en rapport avec la culture *ex : faire le signe de croix, se reportant à la religion catholique*
- ***Une fonction communicationnelle*** : ces gestes font référence à la situation ou aux interlocuteurs. L'auteur y inclue :
 - ✓ **Les gestes à fonction expressive (émotive)** : ils ont à voir avec l'émetteur : son état, son attitude, ses sentiments
 - ✓ **Les gestes à fonction conative** : ils sont à destination de l'interlocuteur (question, appel, protestation, ...)
 - ✓ **Les gestes à fonction phatique (régulatrice)** : ils ont pour but de maintenir le contact entre le locuteur et l'interlocuteur, c'est-à-dire indiquer aux deux partenaires qu'ils ont une attention suffisante par rapport au discours *ex : mouvements de tête*

- **Une fonction métalinguistique** : ces gestes apportent une nuance au discours verbal ou peuvent être redondants *ex : avancée du corps accompagnant le discours*
- **Une fonction homéostatique** : ces gestes n'ont pas de valeur communicative mais ils permettent de décharger une tension ; ce sont des gestes de confort ou d'inconfort *ex : changement de position, croisement de bras, bâillement, grattage, balancement, manipulation d'objets.*

En réalité, il est très difficile d'interpréter toutes ces fonctions lors de l'échange car elles se chevauchent souvent. En effet, certains gestes sont dus à un fonctionnement corporel, d'autres sont en rapport avec un code, ce qui rend l'interprétation très floue. En outre, Efron (1941) ¹¹ déclare que la variabilité interindividuelle et l'aspect culturel rendent également l'analyse complexe. Hall (1959) ¹² note la prise en compte d'autres variables comme le sexe, la distance interpersonnelle et/ou l'anxiété.

Nous pouvons donc en conclure que le geste ne doit pas être étudié isolément mais qu'il doit être remis en contexte.

b) FONCTIONS SPECIFIQUES DE LA COMMUNICATION NON VERBALE

Lors d'une interaction, la communication non verbale peut avoir de multiples rôles, notamment dans l'implicite, les non-dits et la transmission des émotions.

Selon Scherrer (1980) ¹³ il y aurait **quatre types de fonctionnements principaux** :

- 1- **Une fonction sémantique** où les signes non verbaux représenteraient un référent par eux-mêmes ou affecteraient les signes verbaux produits parallèlement. Elle se manifesterait dans 4 situations :

¹¹ Cité par Descamps (1993)

¹² Cité par Descamps (1993)

¹³ « Les fonctions des signes non verbaux dans la conversation » p71-100 in : Cosnier J., Brossard A. (1984) [13]

- 1) ***la signification indépendante*** : le signe non verbal constitue directement le référent, indépendamment des signes verbaux
- 2) ***l'amplification*** : le signe non verbal permet d'amplifier, de clarifier ou d'illustrer la signification du signe verbal
- 3) ***la contradiction*** : le signe non verbal est en contradiction avec le signe verbal
ex : l'ironie
- 4) ***la modification*** : le signe non verbal change la signification exprimée par le signe verbal

2- **Une fonction syntaxique** dans laquelle les signes non verbaux réguleraient l'apparition et l'organisation des signes verbaux simultanés ou suivants, ainsi que celles des autres signes non verbaux. Les fonctions syntaxiques principales sont :

- 1) ***la segmentation de la chaîne parlée*** : les signes non verbaux ont un rôle essentiel dans la régulation des tours de parole
- 2) ***la synchronisation entre les signes verbaux et non verbaux***
ex : l'intonation montante pour une exclamation

3- **Une fonction pragmatique** où les signes non verbaux renseigneraient sur le caractère ou l'état des émetteurs et récepteurs. On compte deux fonctions principales :

- 1) ***la fonction expressive*** : elle permet de renseigner sur les caractéristiques du sujet, comme l'identité sociale et sur ses états comme ses émotions, ses intentions de comportement
- 2) ***la fonction réactive*** : elle permet, lors de l'interaction, d'assurer le feed-back

4- **Une fonction dialogique** : dans laquelle les signaux non verbaux indiqueraient la relation entre les partenaires lors d'un échange. Ils permettraient donc de réguler et contrôler le flux conversationnel.

2- LA COMMUNICATION VERBALE

Elle est définie comme tout acte de langage accompli entre deux personnes (interlocuteurs) qui se servent d'un moyen (la langue) pour faire circuler une information.

Il ne faut pas confondre l'oral, autrement dit la vocalisation et le verbal qui fait intervenir la notion de langue, c'est-à-dire le code commun avec ses règles et ses structures. La communication verbale concerne donc à la fois le langage oral et écrit.

La définition de la communication comme étant « la transmission d'une information », sous tend que le langage fonctionne comme un code comportant des unités, des signes, des symboles dont la combinaison entre l'axe paradigmatique et syntagmatique permet de former des messages. Ce code doit être un système linguistique commun entre l'émetteur et le récepteur. Il répond aux règles de phonologie, syntaxe, sémantique et morphologie. C'est un code social, collectif et conventionnel car il demande, pour être employé, d'utiliser des mots dans un ordre et un sens bien précis.

D'ailleurs, selon Brin et al. (2004) [8], « le langage est un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres ».

Yaguello (1980) [46] déclare que « le langage commande une attitude spécifiquement humaine, l'aptitude à la symbolisation et à l'abstraction. Il répond à un besoin fondamental de l'homme, celui de communiquer et fait l'objet d'un apprentissage par l'intermédiaire d'une langue, propre à une communauté et se manifeste en actes de parole ».

C'est principalement grâce à la communication verbale que les partenaires entrent en relation car elle demande l'utilisation du langage de façon directe et rapide. Cependant, il ne faut pas négliger l'importance de la communication non verbale car elle joue un rôle majeur dans les relations interpersonnelles.

D- LA COMMUNICATION DU PATIENT APHASIQUE VASCULAIRE

Des études [82] [66] [67] ont mis en évidence que :

- les aphasiques pourraient généralement reconnaître le type d'acte en cours, et y répondre de façon adéquate
- ils auraient conservé la distinction : information nouvelle/information ancienne
- ils seraient aidés par la redondance
- leur sensibilité aux nuances du contexte leur permettrait de traiter le cadre général et l'objet d'échanges verbaux dont ils ne comprendraient pas tous les éléments linguistiques
- ils resteraient capables de repérer l'intentionnalité du partenaire et son état émotionnel.

En outre, ces mêmes études, ont permis de repérer quelques perturbations spécifiques :

- difficultés plus marquées pour les actes illocutoires
- modifications de la fluence et des durées des pauses, donc de la vitesse de l'échange
- réduction de la variété des actes de langage produits
- non respect des maximes de conversation de Grice (développées en supra)
- difficultés à traiter les demandes indirectes et à effectuer les inférences nécessaires à la compréhension des énoncés ambigus ou elliptiques.

En définitive, il est nécessaire de prendre en compte l'extrême variabilité interindividuelle de ces comportements de communication verbale.

De plus, quelques études, menées sur un faible effectif, suggèrent que chez l'aphasique, les perturbations de la communication verbale sont bien la conséquence des symptômes psycholinguistiques alors que les compétences pragmatiques sont dans l'ensemble peu altérées [82]. Cela justifie la célèbre formule d'A. Holland « les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent ». ¹⁴ Cependant, l'interlocuteur doit faire preuve d'adaptabilité pour rester un partenaire de communication efficace.

¹⁴ In « Aphasies et aphasiques » p 79

C'est pourquoi, dans la rééducation de l'aphasie, il s'agirait de restaurer le déficit linguistique dans un cadre plus global de communication. De fait, l'un des objectifs principaux serait de pouvoir identifier les différentes habiletés communicatives préservées chez le patient en dépit de la présence des troubles linguistiques. Cela afin de les utiliser comme point de départ d'une intervention qui viserait à favoriser la communication en premier lieu et non pas à s'intéresser au seul rétablissement des structures linguistiques.

E- MOYENS ACTUELS D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION DU PATIENT APHASIQUE HOSPITALISÉ

Lors de la période d'hospitalisation, le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. De fait, il bénéficie de plusieurs types d'évaluations.

Sur le plan du langage et de la communication c'est l'orthophoniste qui a la responsabilité de mettre en exergue les compétences et les déficits du patient.

Pour les autres éléments qui sous-tendent la communication, d'autres professionnels paramédicaux peuvent intervenir lors de cette période. En effet, la HAS recommande, dans le cadre de la prise en charge de l'AVC, la pratique d'un examen neuropsychologique complet évaluant les différents troubles cognitifs (troubles attentionnels, héminégligence, troubles dysexécutifs, efficacité de la mémoire de travail, etc.) dès que l'état neurologique du patient le permet. Cet examen peut être réalisé au moins en partie par l'orthophoniste qui présente certains domaines de compétences en commun avec le neuropsychologue.

Plus particulièrement, la communication non verbale et notamment les possibilités praxiques et gnosiques peuvent être appréciées par les ergothérapeutes, les psychomotriciens, parfois les kinésithérapeutes en fonction des formations de chacun. Ces avis constituent souvent un complément très intéressant au bilan orthophonique.

Notons que selon Pradat-Diehl et Peskine, (2006) [36] « la complémentarité des ergothérapeutes, des neuropsychologues et des orthophonistes dans l'exploration et le traitement des conséquences des troubles cognitifs est mise en évidence dans de nombreux écrits ».

Selon Degiovani [51], en ce qui concerne l'intervention de l'orthophoniste, le moment de l'évaluation semble crucial pour appréhender le patient aphasique. En premier lieu, l'évaluation de la communication devrait se faire, selon cet auteur, à travers les propos du patient et ceux de son entourage. Pour Degiovani, la description et la compréhension du niveau de communication de la personne aphasique passerait par des éléments non standardisés.

De fait, il existe deux courants de pensée : ceux qui voudraient absolument quantifier l'état de communication et ceux qui mettent davantage en avant la qualité de la description. C'est donc ici une différence entre l'aspect quantitatif et qualitatif. Ainsi, pour les premiers, tout ce qui entoure l'aphasique ne pourrait être pris en compte que si une standardisation est possible : cela semble difficile et réducteur.

En définitive, la meilleure approche possible ne serait pas une combinaison des deux ? En effet, un test standardisé s'effectue à un instant T et permet, s'il est réalisé plusieurs fois au cours de l'hospitalisation du patient, de mettre en exergue l'évolution du tableau clinique. Il pourrait se compléter par une observation clinique.

Par ailleurs, selon Degiovani, la PACE, régulièrement utilisée en tant qu'outil rééducatif, pourrait être détournée pour devenir un excellent outil d'évaluation car elle présente, d'une part, l'avantage de décrire précisément une situation de communication dans toute sa diversité et, d'autre part, elle permet une analyse précise quasi-mathématique. En effet, nous verrons plus loin qu'elle est utilisée dans le TLC.

De plus, les questionnaires de communication, remplis par l'orthophoniste, le conjoint, les proches et/ou le patient seraient définitivement irremplaçables selon Degiovani. De nombreuses versions existent mais aucune standardisation n'ayant été faite, pour l'auteur, la meilleure semble être celle créée par l'orthophoniste lui-même en fonction de sa propre pratique. Nous pouvons citer l'exemple de celui créé par Merlet (2008) dans le cadre de son mémoire de fin d'étude [77]. Ces questionnaires indiquent donc l'étendue et les modes de communication antérieure, actuelle et les possibilités futures.

En parallèle à cela, selon Chomel et coll. [10], les approches « écologiques » seraient le reflet du regain d'intérêt actuel pour l'aspect communicationnel. Des recherches récentes menées en psycholinguistique pragmatique et en médecine de réadaptation fonctionnelle, ont permis de replacer la communication au cœur des préoccupations. De fait, l'évaluation de la communication de l'aphasique devrait faire actuellement entièrement partie du bilan d'aphasie en complément de l'évaluation linguistique. En effet, les tests que nous allons présenter ne se substituent en aucun cas aux batteries classiques d'évaluation du langage de l'aphasique mais elles visent un objectif différent qui est celui de mettre en évidence les troubles de la communication. Pour mener une thérapie du langage, ces deux types d'évaluation semblent actuellement indispensables.

1- ECVB (Echelle de communication verbale de Bordeaux)

Cette échelle a été créée par Darrigrand et Mazaux en 2000 [14]. Selon ces auteurs, l'ECVB évaluerait l'efficacité de la communication des aphasiques dans les situations de la vie quotidienne. Elle permettrait d'établir les objectifs de la rééducation et d'en évaluer les résultats. Elle se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé de 20 à 30 minutes qui comporte 34 questions. Ces questions renseigneraient sur l'expression des intentions, les conversations, l'utilisation du téléphone, les relations avec les proches, les commerçants et les inconnus. Elle contient également des évaluations de la lecture, de l'écriture et du maniement de l'argent. Elle donne lieu à l'élaboration d'un profil de communication qui permettrait une appréciation visuelle rapide des domaines où la communication serait efficace, et de ceux où elle ne le serait pas. La population concernée est celle de sujets, âgés de plus de 15 ans, présentant une aphasie vasculaire.

Selon Mazaux et coll. [31], c'est un instrument qui s'intéresserait davantage à l'efficacité de la communication, c'est-à-dire aux « limitations (ou incapacités)

d'activités de communication dans des situations de la vie quotidienne » et qui permettrait d'évaluer la gêne fonctionnelle et les restrictions de vie sociale engendrées par l'aphasie. Ce test s'inscrit, selon ses auteurs, dans le courant d'évaluation écologique.

Cette échelle ne nous semble pas convenir à la phase hospitalière du fait que l'ECVB renseigne sur les capacités au quotidien et que temporairement la « vie quotidienne » des patients se superpose à la « vie hospitalière ». De fait, des questions comme « *Quand vous allez vous promener, quand vous sortez seul(e), est-ce que vous êtes gêné(e) pour demander votre chemin ?* » ; « *Au restaurant, (au café), avez-vous des difficultés pour passer votre commande vous-même ?* » n'auraient aucun sens.

2- TLC (Test lillois de communication)

Ce test a été élaboré par Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski et Lefevre au Centre Hospitalier Universitaire - Institut d'Orthophonie de Lille. C'est un bilan de communication, qui s'adresserait plus particulièrement aux patients cérébrolésés, mais son utilisation pourrait être élargie à d'autres pathologies (démences, adulte sourd, etc.). Ce test a été basé sur des constatations cliniques : *pourquoi certains patients possédant de bonnes capacités langagières et gestuelles communiquent peu et à l'inverse d'autres sont de bons communicants alors qu'ils ne disposent que de peu de moyens en expression verbale ou non verbale ?*. Son objectif ne semble pas mettre en évidence l'existence des troubles élémentaires, comme un défaut d'accès lexical ou des difficultés à maintenir un thème dans l'échange entre individus, mais d'observer en quoi de tels troubles perturberaient l'échange entre les partenaires de communication. Ce matériel évaluerait trois principaux domaines par l'intermédiaire de trois grilles d'évaluation :

- Attention et motivation à la communication,
- Communication verbale,
- Communication non verbale.

Les épreuves proposées respecteraient un contexte d'interaction naturelle. Elles sont composées d'un entretien dirigé, d'une discussion ouverte sur un thème et d'une

épreuve de communication de type PACE. Elles sont complétées par un questionnaire destiné à l'entourage familial. Selon Mazaux et coll. [31], il constitue le test actuel le plus adapté à l'évaluation de la communication chez l'aphasique.

En ce qui concerne le premier domaine évalué par ce test, il correspondrait bien à l'un des paramètres que l'orthophoniste devrait rechercher pour savoir si une aide communicative peut être bénéfique. En effet, comme nous le verrons plus loin, de nombreux auteurs s'accordent à dire que l'appétence à la communication est indispensable à l'utilisation de tout matériel communicatif.

Ensuite, la mise en évidence des possibilités non verbales fournirait à l'orthophoniste de nombreuses indications sur les aides à choisir. En effet, la grille de communication non verbale semble très pertinente dans notre étude car elle permettrait de juger de la compréhension et de l'utilisation des outils non verbaux en situation de communication (exploration des gestes déictiques, symboliques, des pantomimes et des gestes évoquant un état physique ou émotionnel). De plus, la pragmatique semble évaluée grâce au deuxième sous-item qui repère les mimiques faciales, les postures, les orientations corporelles, etc.

De plus, la proposition d'un questionnaire à l'entourage familial nous paraît tout à fait judicieuse et pourrait constituer un premier pas vers l'implication du partenaire dans la rééducation et dans l'utilisation de l'aide à la communication.

Enfin, selon les auteurs, le test pourrait être administré quel que soit le lieu de vie du patient.

3- ANALYSE CONVERSATIONNELLE

De Partz [54] évalue l'impact direct de l'aphasie à partir d'une conversation naturelle entre le sujet aphasique et l'un de ses proches. Il s'agit d'identifier les stratégies auxquelles ont recours les deux partenaires de communication pour pallier ou compenser les troubles linguistiques, appelé également gestion de « la réparation ».

En effet, au niveau pragmatique, l'alternance des rôles et des tours de parole est souvent perturbée. De nombreux aphasiques se contentent d'attendre les questions de l'interlocuteur et d'y répondre par OUI/NON en adoptant ainsi un rôle purement passif. En revanche, d'autres sujets, souvent logorrhéique, monopolisent la parole.

De fait, cette analyse devrait permettre au rééducateur de fournir des conseils précis au partenaire du patient de manière à rendre les interactions plus efficaces. Cette approche permettrait donc à l'entourage du patient une certaine prise de conscience des capacités communicatives de son proche et pourrait accélérer son implication.

Lorsque les capacités verbales sont sévèrement altérées, l'échange d'information pourrait être limité alors que les capacités communicatives pourraient être préservées. De fait, il serait pertinent pour l'orthophoniste d'observer pendant ces moments, notamment la communication non verbale du patient et celui de son partenaire.

Il est à noter que le « Profil d'Analyse Conversationnelle pour patients aphasiques » (CAPPA) proposé par Whitworth, Perkins et Lesser [35] et traduit en français, se compose d'un questionnaire à l'usage des familles.

Cet outil semble donc à considérer comme un instrument d'évaluation clinique qualitatif observant directement les difficultés pragmatiques rencontrées chez le patient aphasique. Cependant, il repose principalement sur un échange verbal entre les deux partenaires puisqu'il tente de faire l'analyse d'une « conversation ». Cependant, lors de l'hospitalisation, ces « conversations » ne sont pas très variées et tournent encore beaucoup autour de l'accident et des séquelles. Cet aspect qui appauvrit les échanges peut être une limite à l'utilisation de ce test mais là encore, il faudrait prendre en compte les intervariabilités de chacun et laisser parler le sens clinique de l'orthophoniste.

4- PROTOCOLE MONTREAL D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION (MEC)

Il est destiné à l'évaluation de la communication des cérébrolésés droit. En effet, lors de ce type de lésion les capacités pragmatiques, prosodiques et discursives peuvent être altérées. De fait, il se compose d'un questionnaire pour évaluer l'anosognosie, des épreuves évaluant les structures prosodiques et intonatives, des épreuves explorant les activités lexico-sémantiques les plus impliquées dans la communication verbale (jugements sémantiques, métaphores, actes de langage indirects) ainsi que des épreuves discursives de narration et conversation.

Cette batterie ne semble pas mettre en évidence les composantes non verbales de la communication et se fonde sur des capacités linguistiques non altérées ; les éléments aphasiques réduiront vraisemblablement les possibilités de passation de telles épreuves.

5- AHS (Aphasie Handicap Score)

Cet outil est une échelle de handicap de communication construite par Guillaume et Samson en 2003, à partir de l'échelle de Rankin, pour mesurer le handicap de communication à distance de l'AVC. De par sa rapidité de passation il a été conçu pour être utilisé par tous les acteurs de la prise en charge (neurologues, orthophonistes, médecins généralistes, etc.) comme échelle de référence pour la reconnaissance du handicap aphasique par les administrations. Cette échelle ne peut être administrée que cinq mois après l'accident, elle ne conviendrait donc pas à la phase hospitalière.

D'autres travaux peuvent intéresser les orthophonistes dans l'évaluation de la communication mais ceux-ci n'ont pas de traduction française, nous ne les avons donc pas pris en compte. *ex : CADL (Communicative abilities in daily living (Holland, 1980)).*

En conclusion, seul le TLC et pour certains, les analyses conversationnelles, permettraient une évaluation des capacités de communication. Malgré les exigences de données quantitatives, l'observation clinique resterait donc fondamentale pour l'évaluation des capacités de communication.

F- LES DIFFERENTS INTERLOCUTEURS DU PATIENT APHASIQUE

Selon Mazaux et coll. [31], les capacités de conversation de la personne aphasique semblent clairement influencées par le caractère familial ou étranger de l'interlocuteur.

En effet, nos stages dans les services hospitaliers ont mis en évidence la variabilité des situations et des besoins de communication en fonction de l'interlocuteur. Le patient a-t-il besoin d'échanger les mêmes éléments avec les ASH ¹⁵, son médecin traitant, l'équipe paramédicale, son conjoint et sa famille proche ? Dans la littérature nous trouvons bien souvent, comme Aidants, d'une part les soignants, constitués de l'équipe médicale et paramédicale, et d'autre part le conjoint, la famille et les amis.

Ainsi, nous avons considéré que l'interlocuteur prenait une place non négligeable dans le choix d'une aide à la communication.

Comme développé précédemment, dans les courants écosystémiques, l'importance accordée aux aspects communicationnels orienterait la rééducation non pas vers la production de messages linguistiques corrects mais vers une utilisation optimale des capacités résiduelles de communication. Cette approche ferait donc intervenir à part entière le partenaire privilégié de communication du patient, souvent le conjoint mais aussi les soignants lors de cette phase hospitalière.

II- CARACTERISTIQUES DES APHASIES VASCULAIRES PENDANT LA PERIODE D'HOSPITALISATION

¹⁵ Agents de Service Hospitalier

A- LA PERIODE D'HOSPITALISATION et LES FILIERES DE SOINS

Lorsqu'un individu est victime d'un accident vasculaire cérébral, il est pris en charge par une filière de soins. Le parcours thérapeutique du patient peut s'effectuer de la manière suivante :

- ✓ Le patient est tout d'abord orienté vers un service de **court séjour**. L'établissement de court séjour peut se composer d'une *hospitalisation aiguë* suivie d'une *hospitalisation de court séjour*.

Selon la HAS ¹⁶, la phase aiguë comprend au maximum les quinze premiers jours post-AVC. La priorité est donnée aux soins vitaux et aux différentes évaluations pluridisciplinaires. De fait, l'état de vigilance (conscient, somnolent, obnubilé, réactif aux stimuli sonores, à la douleur, coma) sera évalué ainsi que l'état de conscience (ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice) grâce à l'échelle de Glasgow. De plus, un examen neurologique est pratiqué, au mieux il est mesuré par l'échelle National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).

Le patient en phase aiguë est, lorsque cela est possible, pris en charge au sein d'une *UNV* ¹⁷. En effet, plusieurs études ont montré la supériorité en matière d'efficacité de prise en charge des UNV par rapport aux autres structures hospitalières.

Après l'hospitalisation aiguë, outre le retour au domicile, le patient peut être orienté dans un autre service de court séjour. Les services les plus fréquents sont les *Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)*.

- ✓ Dans la continuité du court séjour, en période de **moyen séjour** (de 3 à 6 mois), se trouvent deux types de structures :
 - Les *unités de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)*
 - Les *centres de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (CRFF)*

Ces services ont pour fonctions :

¹⁶ Haute Autorité de Santé

¹⁷ Unité Neurovasculaire

- une mission de rééducation, de réadaptation et de réinsertion familiale et sociale ;
 - la poursuite du traitement ;
 - la limitation des handicaps d'origine physique, neuropsychologique, comportementale et environnementale ;
 - l'éducation thérapeutique du patient et éventuellement de son entourage.
- ✓ Enfin, le **long séjour** est parfois poursuivi dans des *unités de Soins de Longue Durée (SLD)* ou dans un *centre de convalescence*.

Selon la HAS, dans le cadre de la prise en charge initiale des patients vasculaires, l'intervention d'un orthophoniste serait optimisée lorsqu'elle s'effectuerait 5 jours sur 7. Le rééducateur devrait tenir compte des capacités du patient en matière de vigilance, de maintien de la posture assise et de la fatigabilité. Depuis ces recommandations les fonctions de l'orthophoniste semblent avoir évoluées et devraient être multiples :

- évaluer la fonction de déglutition et le réflexe de toux (pour évacuer les sécrétions)
- stimuler le patient (l'inciter à ouvrir les yeux, bouger un membre et répondre à des questions)
- évaluer, le plus tôt possible, les troubles de la parole et/ou du langage oral et écrit grâce à :
 - un bilan initial du langage, et en particulier de la compréhension
 - une évaluation plus complète à l'aide d'outils standardisés menée dans les 15 jours suivant l'hospitalisation si l'état du patient le permet
 - **l'information à l'équipe soignante et à l'entourage des moyens de communication appropriés à mettre en place**
 - dès l'entrée du patient, une évaluation des praxies gestuelles.

Les recommandations de la HAS à l'encontre de tout le personnel soignant et particulièrement l'orthophoniste face à un patient aphasique concernent des comportements à préconiser et d'autres à déconseiller.

Outre les attitudes de base, comme l'établissement d'une relation de confiance passant par l'écoute et l'établissement d'un contact visuel, l'utilisation d'un langage simple adapté individuellement ; le maintien de la communication est suggéré par :

- la suppression de facteurs extérieurs gênant ou influençant la communication (bruit, etc.)
- la sollicitation de l'aide des proches afin de mieux comprendre le patient
- l'apport de moyens de communication correspondant aux besoins et aux capacités (carnet de communication, bloc-notes, pictogrammes, ardoise "magique", etc.)
- l'utilisation par le soignant de gestes pour soutenir et accompagner la parole lorsque le patient présente des troubles de compréhension
- la recherche de substituts à la communication orale et écrite utilisables par le patient (clignement des yeux, pression de la main, gestes, mimiques, etc.).

Parallèlement à cela, la HAS déconseille des attitudes qui semblent élémentaires face à tout patient :

- parler à un tiers du patient en sa présence
- utiliser un langage complexe et inadapté
- faire semblant d'avoir compris un patient qui jargonne (ce qui le conforterait dans son anosognosie)
- laisser le malade dans le silence (ce qui aggraverait son isolement).

Pendant cette phase aiguë, l'orthophoniste pourrait utiliser les ardoises, les lettres mobiles et les pictogrammes, c'est-à-dire des moyens d'aides à la communication « de base » mais nous pouvons nous interroger sur la possibilité de mettre en place des systèmes de communication plus élaborés.

En effet, se trouvent impliquées :

- Une raison de temps : le patient est souvent occupé à faire des analyses, ce qui fait que l'orthophoniste doit parfois repousser la séance. En outre, cette période

n'étant que de 15 jours maximum, la possibilité de mise en place de l'aide semble limitée.

- Une raison de présence du patient au niveau physique et psychique avec une fatigabilité très importante, un état de vigilance déficitaire et un maintien de la posture assise souvent inefficace.

Par contre, il paraît évident que l'orthophoniste aurait un rôle important dans l'information des Aidants (famille et soignants) pour éviter les attitudes ne favorisant pas la communication et encourager les « bons » comportements. En outre, le rééducateur reprend presque systématiquement avec le patient ce qui lui a été dit par les médecins sur les examens, les étiologies, etc.

C'est donc vraisemblablement après cette phase aiguë, si le patient en a besoin, que des aides à la communication lui seront proposées.

Nous observerons donc, à travers l'analyse de notre questionnaire, le moment propice à la mise en place d'une aide communicative.

B- CLASSIFICATION DES APHASIES

Elle s'établit à partir des syndromes objectivés dans le cadre des pathologies vasculaires. Dans la littérature, ont été successivement opposées : aphasies motrices/sensorielles, aphasies antérieures/postérieures, aphasies expressives/réceptives et pour terminer aphasies fluides/non fluides. Aujourd'hui, certaines de ces dichotomies semblent obsolètes car ne reflétant pas réellement la sémiologie aphasique [10]. La notion de fluence est celle qui est retenue actuellement. Il est à noter qu'à ces aphasies « corticales », s'ajoutent depuis peu les aphasies sous-corticales.

Chomel-Guillaume et coll. [10] mettent en évidence les apports respectifs d'une classification syndromique versus analyse sémiologique. Actuellement, deux points de vue s'opposent en aphasiologie. L'un souligne l'aspect indispensable de l'accès à une classification afin que tous les acteurs de la prise en charge aient un « langage commun » notamment dans le domaine de la recherche, mais aussi en pratique clinique. L'autre, affirme que les techniques d'imagerie actuelles ainsi que l'approche cognitiviste rendent superflue cette classification en permettant une meilleure appréhension des bases neurales. De plus, il est vrai que les tableaux purs sont très rares et qu'il n'est pas toujours évident, en fonction de la sémiologie observée, d'attribuer au patient tel ou tel syndrome. Le tableau aphasique chez un patient peut, en outre, et ce fréquemment lors des premières semaines après l'AVC, évoluer vers un autre tableau clinique.

Toutefois, cliniquement, il n'est pas possible de renoncer à une nomenclature des aphasies, existant depuis 150 ans, en perpétuelle évolution et amélioration.

Chomel-Guillaume et coll. considèrent donc que, dans un premier temps le bilan de langage effectué par l'orthophoniste dès l'arrivée du patient dans le service, devrait se référer aux syndromes aphasiques. Il est d'ailleurs à noter que la sémiologie correspond, selon une étude d'Albert et Helm [2], à 80 % des cas. Puis, l'analyse des troubles aphasiques serait faite en relation avec les théories cognitivistes pour comprendre et ajuster au mieux la rééducation. Ces deux approches semblent donc être complémentaires. Nous présenterons donc, dans un premier temps, la classification syndromique des aphasies ; puis nous détaillerons la sémiologie aphasique.

1- CLASSIFICATION SYNDROMIQUE

a) APHASIES NON FLUENTES

➤ Aphasie de Broca

Expression orale	Spontanée	✓ Réduction quantitative : - Stéréotypies - Désintégration phonétique, Mutisme, anarthrie - Manque du mot - Agrammatisme ✓ Réduction qualitative : déviations phonétiques, phonémiques, verbales et/ou sémantiques ✓ Prosodie peut être altérée ✓ Langage reste informatif
	Dénomination	Mêmes éléments qu'en spontané
	Répétition	Altérée à cause de la désintégration phonétique
Expression écrite	Spontanée	✓ Mêmes réductions qu'à l'oral ✓ Dysorthographe ✓ Dysgraphie acquise secondaire à l'atteinte brachio faciale droite
	Dictée	Altérée
	Copie	✓ Bien préservée ✓ Dysgraphie acquise
Compréhension orale		✓ Bien préservée sur le plan conversationnel ✓ Diminuée si complexité syntaxique
Compréhension écrite	Lecture mentale	Altérée surtout pour les mots fonctionnels
	Lecture HV	Alexie
Signes associés		Hémiplégie, apraxie bucco-faciale, apraxie idéatoire et idéomotrice

Elle est le modèle type des aphasies non fluentes. Notons, en outre, la présence du *phénomène de dissociation automatico-volontaire*, avec une expression spontanée, automatique meilleure que sur demande ainsi qu'une *mémoire de travail* déficitaire.

➤ **Aphasie transcorticale motrice**

Elle avait été nommée par Luria « *aphasie frontale dynamique* ». Elle est définie par un **défaut d'incitation et d'initiation verbale spontanée** voire une **aspontanéité verbale**. Par contre, les performances du patient sont nettement améliorées sous la contrainte. De fait, la **répétition**, la **dénomination** et la **lecture à haute voix** sont correctes.

Dans la littérature, deux formes de cette aphasie sont répertoriées avec des éléments sémiologiques divergeant.

1^{ère} forme :

- ✓ La **répétition** uniquement de mots et de phrases courtes est possible
- ✓ Le reste du discours est parasité par les **persévérations**

2^e forme « dynamique » :

- ✓ La **répétition** de phrases mêmes longues et complexes est possible
- ✓ Les persévérations ne sont pas forcément présentes

Expression orale	Spontanée	✓ Réduction quantitative : - Manque d'incitation verbale - Réduction de l'élaboration syntaxique (phrases courtes, incomplètes, pauvres) - +/- écholalique - Manque du mot ✓ Réduction qualitative : +/-, persévérations
	Dénomination	Préservée mais manque du mot (facilité par ébauche orale et contexte inducteur)
	Répétition	Préservée : effet de longueur
Expression écrite	Spontanée	✓ Même aspontanéité et réduction qu'à l'oral ✓ Paragaphies littérales ✓ Eléments de dyssyntaxie
	Dictée	Altérée

	Copie	Altérée
Compréhension orale		✓ Préservée ✓ Diminuée en cas de complexité séquentielle syntaxique
Compréhension écrite	Lecture mentale	Préservée
	Lecture HV	Préservée mais lenteur et syllabation
Signes associés		Déficit moteur crural

➤ Aphasie globale

C'est la forme la plus grave de l'aphasie car elle atteint toutes les modalités du langage (expression et compréhension, oral et écrit). Il existe une altération des capacités à formuler les mots. Le patient sait ce qu'il veut dire mais les mots n'arrivent pas ou sont déformés. Selon Roch Lecours & Lhermitte (1979) [37], « le déficit expressif est celui de l'aphasie de Broca dans ses formes les plus sévères, c'est-à-dire une *grande réduction quantitative* ». De plus, « Les *troubles de la compréhension* affectant la langue parlée et la langue écrite, sont ceux de l'aphasie de Wernicke dans ses formes les plus sévères ».

Expression orale	Spontanée	✓ Grande réduction quantitative : - Stéréotypies - Mutisme, anarthrie - Agrammatisme ✓ Langage non informatif
	Dénomination	Altérée
	Répétition	Altérée
Expression écrite	Spontanée	Altéré jusqu'à l'agraphie totale
	Dictée	Altérée
	Copie	Altérée
Compréhension orale		Altérée
Compréhension écrite	Lecture mentale	Altérée
	Lecture HV	Altérée jusqu'à l'alexie totale
Signes associés		Hémiplégie, hémianopsie latérale homonyme, apraxie bucco-faciale

➤ Aphasie transcorticale mixte

Elle a été initialement appelée « *syndrome d'isolement des aires du langage* » par Goldstein (1948). Ce syndrome se présente comme l'équivalent, en terme de sémiologie et de sévérité, d'une aphasie globale. Elle se définit par des ***réponses écholaliques*** en situation de langage contraint. Présence également du « ***phénomène de complétude*** » décrit par Albert [47] comme une tendance compulsive à compléter les fins de phrases de l'interlocuteur.

Expression orale	Spontanée	Réduction quantitative : - Stéréotypies - Absence de langage propositionnel spontané - Productions automatiques
	Dénomination	Altérée avec écholalies
	Répétition	Préservée
Expression écrite	Spontanée	Altéré
	Dictée	Altérée
	Copie	Altérée
Compréhension orale		Altérée
Compréhension écrite	Lecture mentale	Altérée
	Lecture HV	Altérée
Signes associés		Hémiplégie, hémianopsie latérale homonyme, apraxie bucco-faciale

b) APHASIES FLUENTES

➤ **Aphasie de Wernicke**

Elle est nommée « *aphasie de Wernicke de type I* » par Roch Lecours et Lhermitte [37], « *aphasie sensorielle* » dans la classification de Wernicke et « *aphasie sensorielle centrale* » selon Goldstein. En cas de **jargon réduit** il y a réduction quantitative du langage.

Expression orale	Spontanée	✓ Logorrhée ✓ Tous types de paraphasies (sauf phonétiques) ✓ Jargon mixte ✓ Néologismes ✓ Stéréotypies ✓ Persévérations ✓ Mots de prédilection ✓ Dyssyntaxie ✓ Manque du mot
	Dénomination	Altérée
	Répétition	Altérée : paraphasies
Expression écrite	Spontanée	Altérée : agraphie aphasique jusqu'à la jargonagraphe
	Dictée	Altérée
	Copie	Altérée
Compréhension orale		Altérée : éléments de surdité verbale
Compréhension �crite	Lecture mentale	Altérée
	Lecture HV	Altérée : alexie aphasique
Signes associés		Anosognosie ++, hémianopsie latérale homonyme

➤ **Surdité verbale pure**

Elle se caractérise par l'**incompréhension du langage parlé** selon Brin et coll. [8]. Selon Chomel-Guillaume et coll. [10], elle est définie comme « un trouble isolé et spécifique de la capacité d'identification et de reconnaissance des sons constitutifs du langage parlé » et cela sans atteinte de l'acuité auditive ni de troubles neuropsychologiques. Elle suppose qu'il n'y ait aucun autre trouble gnosique non verbal (reconnaissance des bruits familiers).

En outre, les autres aspects de la langue doivent être respectés : expression orale et compréhension écrite intactes. Il est à noter que cette difficulté est souvent compensée au fur et à mesure par la lecture labiale.

Expression orale	Spontanée	Préservée : léger manque du mot
	Dénomination	Préservée
	Répétition	Altérée
Expression écrite	Spontanée	Préservée
	Dictée	Impossible ++
	Copie	Préservée
Compréhension orale		Altérée ++
Compréhension écrite	Lecture mentale	Préservée
	Lecture HV	Préservée
Signes associés		Anosognosie

➤ Aphasie de conduction

Cette aphasie est intitulée également « *aphasie motrice afférente* » par Luria ou « *aphasie centrale* » par Goldstein.

Expression orale	Spontanée	Altérée : - Sans désintégration phonétique - Paraphasies phonémiques, verbales morphologiques et sémantiques - Conduites d'approches ++
	Dénomination	Altérée : +/- manque du mot
	Répétition	Altérée +++ (la pire de toutes)
Expression écrite	Spontanée	Mêmes troubles qu'à l'oral : - Paragraphies - Conduites d'approches graphémiques ++
	Dictée	+/- altérée
	Copie	+/- préservée
Compréhension orale		Préservée
Compréhension écrite	Lecture mentale	+/- altérée
	Lecture HV	Altérée
Signes associés		Pas d'anosognosie

➤ **Aphasie anomique**

Elle est caractérisée par un discours spontané fluent mais marqué par des interruptions dues à un *manque du mot majeur*. La littérature distingue deux sous-catégories à cette aphasie selon les symptômes. Lorsque l'anomie correspond à une altération du lexique sans trouble de la compréhension, sans perte sémantique, des troubles du langage écrit de type dysorthographe existent. Si la perte sémantique est associée, une agraphie de surface pourra survenir. Les signes associés sont variables.

❖ **Aphasie amnésique (Pitres)**

Elle se définit par un défaut d'accès aux lexiques (phonologiques et/ou graphémiques) entraînant des paraphasies phonémiques et des périphrases. Les stratégies palliatives sont donc du type définition par l'usage. La **compréhension** est préservée. Il peut y avoir présence d'une *alexie*, d'une *agraphie* voire un *syndrome de Gertsmann*.

❖ **Aphasie sémantique**

Dans ce tableau, on observe une perte du sens verbal et plus ou moins importante du concept. Le déficit peut concerner les représentations sémantiques elles-mêmes ou leur accès.

Expression orale	Spontanée	✓ Discours fluent mais manque du mot, paraphasies ✓ Stratégies palliatives : périphrases, circonlocutions
	Dénomination	Altérée : manque du mot
	Répétition	Préservée
Expression écrite	Spontanée	+/- préservée car manque du mot, agraphie et dysorthographe
	Dictée	Altérée : agraphie
	Copie	Altérée (servile)
Compréhension orale		Préservée
Compréhension écrite	Lecture mentale	Préservée
	Lecture HV	Préservée
Signes associés		Absents ou variables

➤ **Aphasie transcorticale sensorielle**

Roch-Lecours l'a nommée également « *aphasie de Wernicke II* ». Elle est définie par le contraste entre une répétition préservée alors que la compréhension orale est perturbée.

Expression orale	Spontanée	✓ Manque du mot ✓ Paraphasies sémantiques ✓ Jargon sémantique ✓ Persévérations
	Dénomination	Altérée : manque du mot
	Répétition	Préservée ++
Expression écrite	Spontanée	Altérée : agraphie ++, jargonagraphe
	Dictée	Altérée
	Copie	Altérée (servile)
Compréhension orale		Altérée ++
Compréhension écrite	Lecture mentale	Altérée
	Lecture HV	Altérée : alexie ++
Signes associés		Hémianopsie latérale homonyme, agnosie tactile, agnosie visuelle (parfois)

c) AUTRES APHASIES

Les aphasies, secondaires à des lésions sous-corticales, de la substance blanche périventriculaire et sous-corticale et/ou des noyaux gris centraux (thalamus, putamen, pallidum et noyau caudé), sont appelées « **aphasies sous-corticales** ». Selon la littérature, leurs tableaux cliniques sont proches des formes traditionnelles en présentant certains atypismes. Nous ne les développerons pas plus amplement pour ne pas alourdir la classification des aphasies.

Lorsque nous parlons d'aphasie, il ne faut pas oublier que l'étiologie peut être autre que vasculaire. En effet, les **aphasies progressives primaires**, appelées également syndrome de Mésulam, peuvent être observées dans des pathologies neuro-dégénératives. Nous les mettrons de côté car notre étude est centrée sur les aphasies vasculaires.

2- SEMIOLOGIE APHASIQUE

Depuis la définition de Trousseau, donnée en 1864, l'aphasie désigne toujours une « perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit » consécutif à une lésion cérébrale acquise. Depuis cette époque, de nombreux courants se sont succédés en aphasiologie et certains sont contemporains. De fait, il a été mis en évidence que un ou plusieurs niveaux de langage peuvent être atteints : phonologique, lexical, sémantique, morphosyntaxique et/ou pragmatique.

a) TROUBLES DE LA COMPREHENSION ORALE

Il est toujours important, face à un trouble de la compréhension orale, de situer à quel niveau se trouve la difficulté. Est-ce un trouble gnosique ou psycholinguistique ?

➤ Surdité verbale

Nous avons déjà traité la surdité verbale dans un autre paragraphe (cf. supra), c'est pourquoi nous serons assez succinct dans celui-ci. La surdité verbale est un trouble gnosique auditif. La compréhension du langage oral est donc très altérée. Le patient a des difficultés pour discriminer et reconnaître les signes auditifs du langage. De fait, les mots phonologiquement proches auront du mal à être différenciés. Cependant, quelques ordres simples peuvent être compris.

Il est à noter que, selon la littérature, la surdité verbale peut être considérée comme un élément sémiologique ou un trouble gnosique, en l'occurrence, de la compréhension orale. Nous avons fait le choix, du fait de l'importance de ses répercussions sur la compréhension du langage de l'aphasique, de la considérer plutôt comme un symptôme aphasique.

➤ Troubles de la compréhension syntaxique

En parallèle à la surdité verbale, il existe un trouble de la compréhension proprement dite, c'est-à-dire non dû à un déficit gnosique, appelé **trouble psycholinguistique**. Les cognitivistes le nomment *trouble lexico-sémantique*. Dans ce cas, la longueur du message et la redondance peuvent faciliter la compréhension. Le processus est inversé pour la surdité verbale.

b) TROUBLES DE LA COMPREHENSION ECRITE

➤ Cécité verbale

La cécité verbale est un trouble gnosique visuel. Elle est appelée également « *alexie sans agraphie* ». Il est à noter que la cécité verbale pure suppose qu'il n'y ait pas d'atteinte des autres gnoses visuelles. Elle est caractérisée par une difficulté dans la reconnaissance des signes écrits, visuels du langage. Le patient appréhende le langage écrit comme une langue étrangère qu'il ne connaît pas. Ce trouble, qui se manifeste particulièrement dans la lecture à haute voix, peut se voir à trois niveaux :

- ✓ La lecture des lettres : qui engendre une alexie littérale
- ✓ La lecture des mots : qui provoque une alexie verbale
- ✓ La lecture des textes : qui met en évidence une alexie textuelle

La plupart du temps, le patient présente les trois types d'alexie.

➤ Alexies

Il est à noter que les différents types d'alexie sont objectivables avec ou sans la présence d'une cécité verbale. De plus, ils peuvent être présents de manière isolée.

L'alexie littérale peut être massive au début de l'aphasie. Dans ce cas, pour le patient, les lettres ne sont plus des caractères alphabétiques. Les difficultés dépendent de plusieurs facteurs : la complexité structurelle des lettres, la proximité graphique avec d'autres lettres, le mode de présentation de la lettre (la police, la taille, l'orientation, la place dans le champ visuel en cas d'hémianopsie, la durée de présentation, etc.).

En ce qui concerne **l'alexie verbale**, elle est le plus souvent totale, ou du moins sévère. C'est surtout la lecture globale qui est touchée avec conservation de certaines possibilités analytiques. Cependant, le déchiffrement analytique (lettre à lettre ou syllabe par syllabe) est imparfait, long et épuisant pour le patient. Cela entraîne donc de nombreuses paralexies verbales morphologiques (lorsque deux mots se ressemblent au niveau de la forme) et/ou des paralexies verbales sémantiques (lorsque deux mots ont des traits sémantiques communs).

L'alexie textuelle ne permet pas au patient d'accéder à la compréhension d'un texte. Cependant, il pourra reconnaître les caractères extralinguistiques, comme l'écriture d'un proche. Ce type d'alexie est souvent définitif car la récupération est difficile.

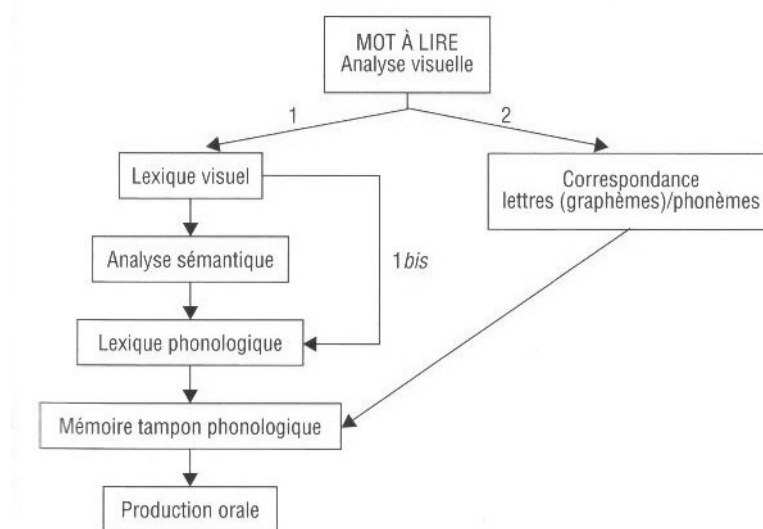


Figure 2: les deux voies de lecture ¹⁸

¹⁸ Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

c) TROUBLES DE L'EXPRESSION ORALE

➤ Troubles quantitatifs

❖ Manque du mot

Il constitue le signe le plus représentatif de l'aphasie. Il s'agit selon Brin et coll. [8] de « l'impossibilité pour le patient de produire le mot au moment où il en a besoin, soit en langage spontané soit au cours d'une épreuve de dénomination ». Le patient donne l'impression d'avoir « le mot sur le bout de la langue ». La manque du mot peut s'exprimer par une absence de production, un délai de production, une production par un synonyme, par la définition, par une périphrase, une production incorrecte avec ou sans approches phonémiques (lorsqu'il y a anosognosie).

❖ Anarthrie

L'anarthrie est appelée aussi « *syndrome de désintégration phonétique* ». Elle est définie comme un « trouble portant sur la réalisation motrice du langage » (Brin et coll. [8]) alors que la compréhension orale et écrite est conservée. De fait, le patient exécute sans difficultés les ordres les plus complexes. Le sujet est pratiquement muet ou a une parole très déformée. En outre, il peut lire à voix basse sans pouvoir prononcer ce qu'il lit. Notons également la présence d'une dissociation automatico-volontaire du fait du trouble praxique qui intervient dans l'anarthrie. Le trouble arthrique s'estompe ou disparaît dans l'expression automatique. La patient peut utiliser le langage écrit pour s'exprimer.

❖ Logorrhée

Brin et coll. [8] qualifient de logorrhée le « besoin irrésistible de parler, observer chez certains patients aphasiques ». Ce type de trouble se retrouve dans les aphasies fluentes. La logorrhée est caractérisée par une surabondance de mots et de phrases émise avec un débit accéléré mais ne possédant pas un caractère informatif suffisant. Ce type de discours s'apparente parfois à un véritable jargon.

➤ Transformations qualitatives

❖ Les différentes articulations du langage

Selon Martinet [29] « le langage est une entité multiarticulée et économique ; quelques dizaines de phonèmes permettent de bâtir des milliers de mots et une infinité de phrases ». Il indique que l'organisation structurelle du langage s'effectue selon deux articulations.

D'une part, les **unités de première articulation** (monèmes) sont « les plus petites unités dotées de sens ». Elles sont constituées d'un signifié (contenu sémantique) et d'un signifiant (expression phonique). Tous les mots sont constitués d'un ou plusieurs monèmes *ex : table / tabl-ette*. Les monèmes sont composés des morphèmes (monèmes grammaticaux) et des lexèmes (monèmes lexicaux) *ex : nous mange-ons : « manger » est un morphème lexical, « -ons » est un morphème grammatical*.

D'autre part, les **unités de deuxième articulation** (phonèmes) constituent « les plus petites unités de son ». Cette seconde articulation concerne des choix qui ont une valeur distinctive. En effet, le choix s'opère entre des unités non pourvues de sens, dont la fonction est de permettre la distinction des monèmes *ex : les phonèmes /p/ et /b/ permettent de différencier les monèmes « pain » et « bain »*. Elles sont au nombre d'une quarantaine dans la langue française.

A la suite de Martinet, Roch Lecours présente les **unités de troisième articulation** (traits) qui sont « les mouvements élémentaires de l'appareil bucco-phonatoire permettant, en référence à des conventions phonétiques, la réalisation des phonèmes ».

En outre, la plupart des auteurs, dont Jakobson [24], Martinet [29] et Sabouraud [39], distinguent deux modes d'arrangement des unités linguistiques :

- *L'axe (choix) paradigmatique (de la sélection)*
- *L'axe (choix) syntagmatique (de la combinaison)*

De fait, l'acte de parler nécessite, au niveau de la deuxième articulation du langage, une sélection et une combinaison des phonèmes afin de créer des monèmes, et de la même façon, les monèmes doivent être choisis et combinés pour former les syntagmes et les phrases, au niveau de la première articulation.

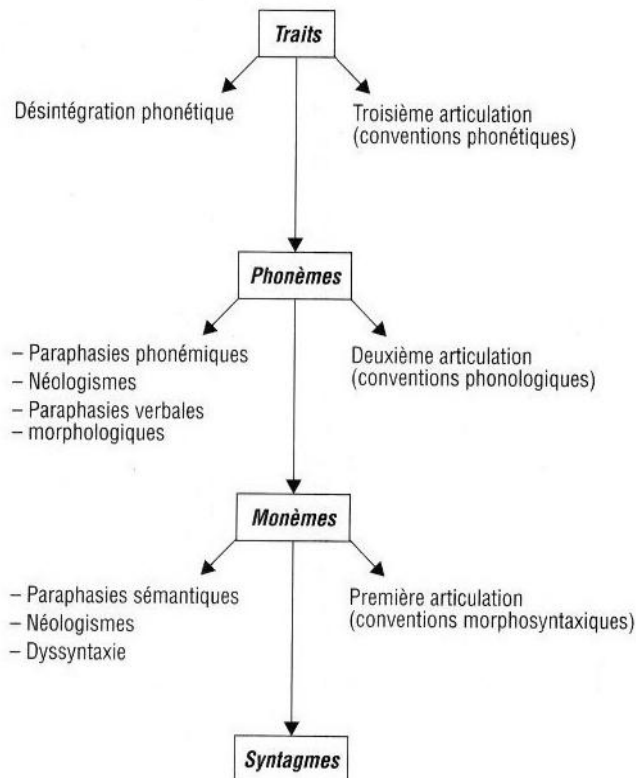


Figure 3: Le langage et ses trois "articulations" ¹⁹

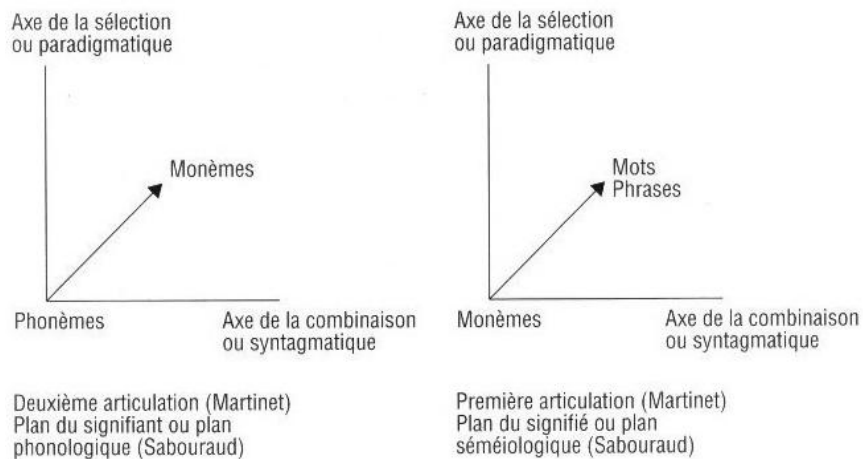


Figure 4: La double articulation du langage et les deux modes d'arrangement (sélection et combinaison) des unités linguistiques ²⁰

¹⁹ Schéma tiré de "Neurologie pour le praticien" (Gil) [19]

²⁰ Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

Ainsi, selon le point de vue linguistique de Jakobson [25], l'aphasie de Broca peut être perçue comme un déficit de la combinaison des phonèmes et des mots ; l'aphasie de Wernicke comme une altération de la sélection des phonèmes et des mots et l'aphasie de conduction peut être appréhendée comme une atteinte isolée de la réalisation des phonèmes par difficultés de combinaison simultanée des traits distinctifs.

❖ Paraphasies

La paraphasie est « l'émission d'un mot pour un autre, d'un son pour un autre » (Brin et coll. [8]). Il existe plusieurs types de paraphasies selon le mécanisme sur lequel elles reposent. Lorsque les productions du patient deviennent incompréhensibles, on parle de jargonaphasie.

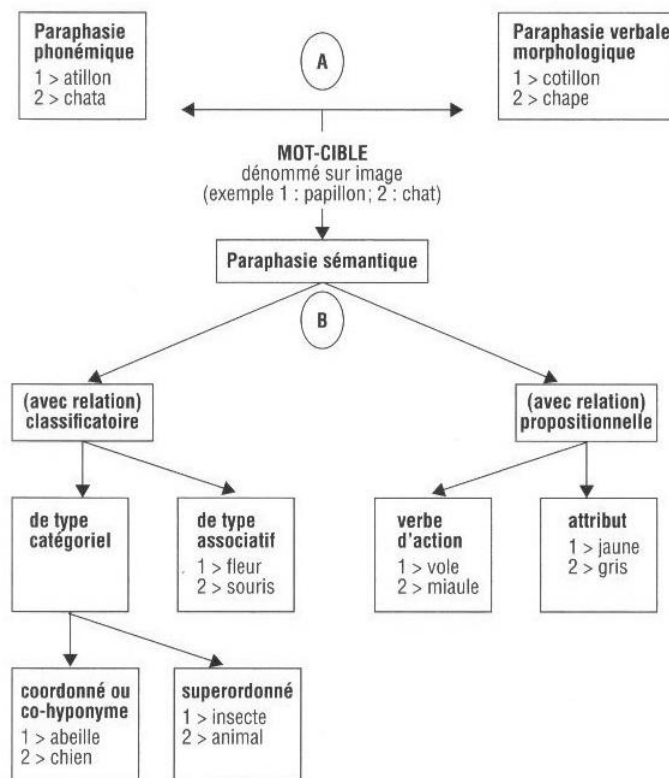


Figure 5: Classification des paraphasies - en A: paraphrasies relevant d'un désordre de 2e articulation; en B: paraphrasies relevant d'un désordre de 1e articulation - ²¹

²¹ Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

◆ *Paraphasies phonétiques*

Elles touchent la 3^e articulation du langage. Ce sont des anomalies dans la réalisation de certains traits phonétiques constitutifs de la réalisation des phonèmes. Ces manifestations se caractérisent par le syndrome de désintégration phonétique, qui ne permet pas à l'interlocuteur de transcrire la production du patient selon l'A.P.I. En effet, les phonèmes produits sont désarticulés, méconnaissables.

◆ *Paraphasies phonémiques*

Celles-ci sont une altération de la 2^e articulation du langage. Les phonèmes sont correctement réalisés mais ils sont victimes de transformations : ajout, élision, remplacement, déplacement, etc. Quand les paraphasies se multiplient, cela peut aboutir à la perte du sens.

◆ *Paraphasies verbales morphologiques*

Ce type de paraphasie est observé lorsque la transformation phonémique produit un mot appartenant au lexique du français *ex : bouton pour mouton*.

◆ *Paraphasies verbales sémantiques*

Elles sont caractérisées par la production d'un mot qui a un lien sémantique avec le mot cible. La relation entre les deux mots est soit catégorielle *ex : insecte pour papillon, abeille pour papillon* soit associative *ex : panier pour pomme*.

◆ *Paraphasies syntagmiques*

Les productions mettent en évidence des transformations de l'ordre de la phrase.

◆ *Néologismes*

On parle de néologisme lorsque les paraphasies sont tellement nombreuses que le mot ne peut plus être reconnu.

❖ **Stéréotypies verbales, persévérations, mots de prédilection**

La *stéréotypie verbale* révèle une réduction quantitative extrême du langage oral. La production du patient est limitée à la répétition d'un seul mot ou non mot, dépourvu de sens et non informatif. Ce mot est énoncé à chaque sollicitation du patient.

La *persévération* est la répétition d'un même mot, ou d'une même phrase, produit une première fois dans une situation appropriée et réapparaissant de manière inadéquate ensuite. Il est important de distinguer stéréotypie et persévération dans le sens où la persévération se réalise sur des mots différents, elle est circonstancielle, alors que la stéréotypie se fait toujours sur le même mot, elle est constante.

Les *mots de prédilection* sont des mots apparaissant fréquemment dans le discours de la personne aphasique et qui ne dépendent pas de sa volonté. Ils sont liés à une préoccupation actuelle du patient et sont émis à la place d'un mot avec lequel ils n'ont aucun rapport phonologique ou sémantique.

➤ **Dysprosodie**

Elle est caractérisée par une altération de la mélodie de la parole. C'est un phénomène complexe qui comprend l'accent tonique, l'intonation et les particularismes régionaux. Il faut noter que dans de nombreuses aphasies, le patient peut développer un pseudo-accent.

➤ **Troubles syntaxiques : agrammatisme et dyssyntaxie**

L'*agrammatisme* est un défaut de construction grammaticale des phrases. Le discours est caractérisé par l'absence des morphèmes grammaticaux libres (mots de liaison : pronoms conjonctifs, prépositions, etc.) et liés (avec l'emploi des verbes à l'infinitif), ainsi que la prédominance des morphèmes lexicaux (noms, verbes, adjectifs). De fait, le patient s'exprime avec un style télégraphique qui peut parfois être résumé à des mots-phrases. Il est à noter que certaines expressions et phrases « toutes faites » sont relativement bien conservées. Toutefois, le langage du patient reste informatif.

En cas de *dyssyntaxie*, le langage oral est marqué par une déstructuration de la construction syntaxique. Les phrases n'obéissent plus aux lois de la syntaxe. Le contenu informatif du discours est altéré, jusqu'à devenir parfois incompréhensible pour l'interlocuteur, à cause de la perte des rapports grammaticaux entre les mots et de l'emploi de liaisons morphosyntaxiques pour d'autres. On peut noter également l'aspect logorrhéique du discours surabondant.

d) TROUBLES DE L'EXPRESSION ECRITE

➤ Trouble du geste moteur

Les troubles du geste graphique touchent la 3^e articulation du langage écrit. L'écriture peut être ralentie, laborieuse, maladroite avec des traits graphiques déformés. Il faut également tenir compte du code graphique employé (minuscule, majuscule, cursif, etc.) car certains peuvent être plus facilitateurs que d'autres. Les troubles du graphisme sont également en lien avec les troubles associés tels que l'hémiplégie, l'hémiparésie, l'hémianopsie latérale homonyme ou l'héminégligence.

➤ Eléments agraphiques

On observe souvent, dans un tableau d'aphasie, une dysorthographie lorsque la dysgraphie régresse. Elle est caractérisée par des erreurs dues au manque de maîtrise du système de correspondance phono-graphémique ainsi que celles de l'orthographe d'usage et grammaticale. De plus, les productions du patient sont souvent marquées par des paraphrasies, c'est-à-dire l'écriture d'un mot pour un autre. Il peut exister des paraphrasies littérales et graphémiques. Lorsque les productions du patient deviennent incompréhensibles, on parle de jargonographie.

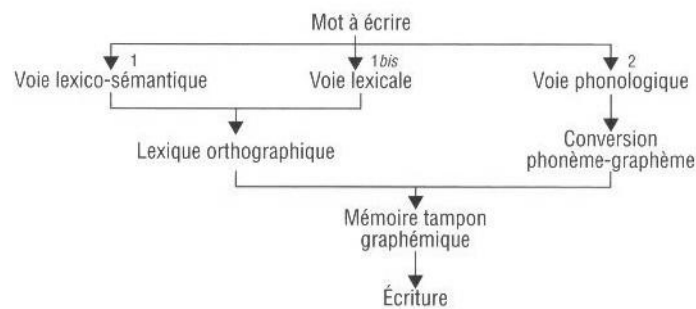


Figure 6: Les deux voies de l'orthographe (McCarthy et Warrington) ²²

e) TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE

Comme nous l'avons vu précédemment, dans les paragraphes concernant la communication non verbale et la pragmatique du langage, l'identification des habiletés communicatives préservées chez le patient, en dépit de la présence de troubles linguistiques, devrait servir de point de départ à la prise en charge orthophonique pour rétablir la communication. Les troubles peuvent toucher divers domaines de la pragmatique :

- ✓ Les actes de langage et notamment les actes illocutoires : l'individu est alors incapable d'accompagner son discours d'actes sociaux conventionnels reconnus par les interlocuteurs ou bien ceux-ci faussent la compréhension du message car ils expriment des messages différents voire même opposés. *Ex : émettre une affirmation et faire non de la tête.*
- ✓ Le dit, l'inféré, le présupposé : le patient se trouve incapable de comprendre le second degré, l'humour, etc.

²² Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

- ✓ Le discours et les situations discursives : les tours de parole ne sont plus respectés.
- ✓ Les règles conversationnelles de Grice : le patient n'observe plus :
 - La *règle de quantité* : il donne trop d'informations ou pas assez
 - La *règle de qualité* : il est trop redondant ou trop léger dans ses propos
 - La *règle de relation* : son discours ne suit pas de fil conducteur. Il passe en permanence « du coq à l'âne ».
 - La *règle de manière* : les dires deviennent obscurs et difficiles à suivre pour l'interlocuteur.
- ✓ Les aspects sémiotiques non verbaux : dans la pragmatique, la communication non verbale tient une place importante. En effet, les comportements non verbaux améliorent le décodage du discours. Chez l'aphasique, tous les aspects de la communication non verbale peuvent être touchés :
 - Les *apparences corporelles* : peuvent ne plus correspondre avec la personnalité du sujet *ex : un patient de 60 ans voulant se faire tatouer*
 - Le *regard* : le patient ne regarde plus son interlocuteur dans les yeux. Il est à mettre en relation avec l'évaluation de l'appétence à la communication.
 - *L'occupation de l'espace* : la proxémique ou distance interpersonnelle est modifiée. Le sujet se tient trop près ou trop loin de son partenaire de communication
 - La *posture* : le patient peut être trop crispé ou avoir une attitude trop relâchée
 - Les *accompagnements vocaux* : ces éléments paralinguistiques peuvent être en décalage avec le message exprimé par le locuteur *ex : message positif prononcé avec une intonation triste ex : pauses inadaptées dans le discours*
 - Les *expressions et les mimiques faciales* : peuvent également être opposées avec le contenu du message *ex : faire un grand sourire en annonçant une information triste*
 - Les *gestes* : ces éléments aussi peuvent être inadaptés au discours du patient *ex : faire un signe de croix lorsque l'on rentre dans un supermarché*

C- TROUBLES ASSOCIES

Après un accident vasculaire cérébral, 30% des patients souffrent d'aphasie. De plus, notamment lorsque les lésions sont étendues, des troubles associés peuvent exister. En supra, dans le sous-chapitre présentant les tableaux cliniques, nous avons indiqué, selon la littérature, les troubles associés le plus fréquemment observés.

De nombreuses études [10], réunissent sous le terme «troubles associés à l'aphasie» les déficits moteurs, cognitifs et sensoriels liés à l'AVC et les atteints antérieures comme l'acuité visuelle et auditive. De fait, ces troubles ne concernant pas toujours le langage mais pouvant avoir un retentissement négatif sur les possibilités de communication, peuvent, pour Parent [62], être un obstacle à la mise en œuvre des aides à la communication. Ces troubles associés peuvent être de divers types.

1- Troubles existants avant l'AVC

a) Troubles auditifs

L'individu peut être atteint de surdité de divers types : surdité de conduction, de perception ou presbyacousie. De plus, le degré peut être léger, moyen, sévère ou profond. De fait, la personne atteinte peut être amenée à porter un appareillage auditif. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la presbyacousie car 75 % des personnes subissant un AVC sont âgées de plus de 65 ans.

Appelée également sénescence auditive, selon Brin et coll. [8], ce terme désigne « le déclin de l'audition lié au vieillissement ». Il est observé plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. C'est un phénomène bilatéral touchant préférentiellement les fréquences aiguës. Il est à noter qu'une presbyacousie peut être engendrée par un AVC. Le rééducateur devrait donc s'assurer que le sujet porte ses prothèses lors des séances de rééducation et il apparaît nécessaire de tenir compte de ce handicap supplémentaire en augmentant par exemple l'intensité de sa voix.

b) Troubles visuels

Le sujet peut avoir une myopie, une hypermétropie et/ou un astigmatisme. Et cela à des degrés différents. Il faut également tenir compte de la presbytie qui est un trouble de la vision lié au vieillissement. Dans ce cas, le pouvoir d'accommodation de l'œil entraîne des difficultés à distinguer avec netteté les objets rapprochés.

2- Troubles de type neurologique

a) Hémiplégie droite

Selon Brin et al. [8] les difficultés motrices engendrées par l'atteinte de l'hémisphère controlatéral peuvent aller d'une légère paralysie faciale à une hémiplégie complète touchant à la fois le membre supérieur et inférieur. Dans ce cas, la mobilité de la personne peut être entravée. Des adaptations techniques devraient nécessairement être mises en place pour permettre le déplacement (fauteuil roulant, canne tripode ou anglaise, etc.) ainsi que pour les actes de la vie quotidienne (portes élargies, douche adaptée, etc.).

b) Hémianopsie latérale homonyme / Quadranopsie latérale homonyme

Elle correspond, selon Brin et al. [8], à un affaiblissement ou à une perte de la vue dans la moitié droite du champ visuel des deux yeux. Elle est principalement due à une lésion des voies optiques rétro-chiasmatiques (lésion occipitale). Le patient occulterait donc tout ce qui se trouve dans son champ visuel droit. Il serait donc obligé de tourner la tête pour avoir connaissance des informations situées dans l'hémichamp visuel droit.

En cas de quadranopsie latérale homonyme, l'atteinte se limiterait au quart du champ visuel de chaque œil.

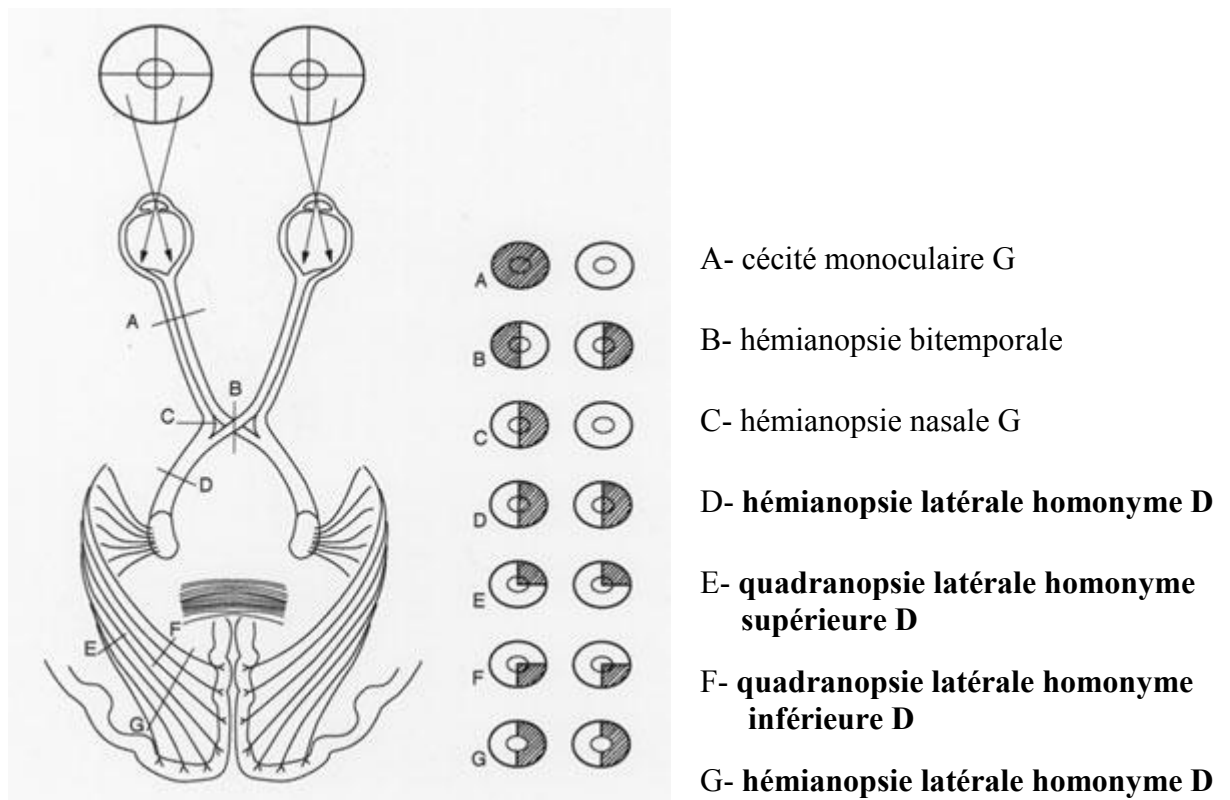


Figure 7: Les voies optiques et leurs déficits ²³

3- Troubles de type neuropsychologique

a) Trouble du pointage (gestes déictiques)

Dans le cadre de nos stages nous avons remarqué, chez certains patients aphasiques vasculaires, un « trouble du pointage ». En effet, nous observons, grâce à la direction du regard et aux mouvements de tête, c'est-à-dire au langage non verbal, que les patients voulaient désigner tel ou tel objet mais ne pouvaient le faire spontanément avec le doigt. Dans ce déficit, il n'y aurait aucune notion de trouble de la séquentialité, comme nous pouvons le retrouver dans certaines apraxies, c'est pourquoi nous avons estimé qu'il était nécessaire de consacrer un paragraphe à part aux troubles des gestes déictiques (cf. § Les gestes).

En voulant étayer nos propos par des études scientifiques, nous n'avons trouvé aucune référence à ce sujet. Toutes nos recherches nous ont menées au développement du « pointage » chez l'enfant vers 10 mois.

²³ Schéma issu du site <http://psychologie-m-fouchev.psychoblogs.net/?post/296-Le-syndrome-Occipital>

Cependant, ce déficit nous ait apparu comme primordial à évaluer pour la mise en place de certaines aides à la communication reposant sur le pointage, comme les cahiers de communications.

De fait, lorsque l'orthophoniste objective un trouble du pointage chez un patient, elle devrait s'interroger sur sa cause. En effet, elles peuvent être très diverses. Cet élément est à rapprocher de l'apraxisme, que l'on rencontre notamment dans le tableau de l'aphasie transcorticale motrice, défini comme une asponanéité verbale et/ou gestuelle pour en faire le diagnostic différentiel. Il serait à ce stade très pertinent de s'intéresser aux théories cognitivistes pour adapter au plus près la rééducation.

b) Troubles praxiques

La proximité des deux zones cérébrales contrôlant le langage et la gestualité entraînerait souvent une double atteinte dans le cas de lésions cérébrales étendues.

Selon North & Signoret [69] et Gil [20], l'apraxie est un trouble acquis de l'exécution gestuelle lié à une atteinte centrale : le sujet exécute mal, voire n'exécute plus les gestes (en tant que mouvements adaptés à un but ou concernant la manipulation réelle ou mimée d'objets) et ceci sans qu'il y ait de déficit moteur ou sensitif. Notons la présence du phénomène de dissociation automatico-volontaire (les performances en spontané sont possibles).

Les différentes apraxies peuvent être classées selon le type de geste.

1) **L'apraxie idéomotrice** : se manifeste par une difficultés d'exécution :

- Des gestes symboliques (ou significatifs)
- Des pantomimes (mimes d'utilisation d'objets, sans objets)
- Des gestes arbitraires, conventionnels *ex : mettre le dos de la main sur le front.*

Le **déficit** est, dans ce cas, porté **sur la réalisation du geste simple à accomplir**, c'est-à-dire l'incapacité de réaliser volontairement des gestes simples ne requérant aucune succession séquentielle. Cette difficulté peut s'exprimer par une incapacité totale à ébaucher le geste, par des parapraxies (mouvements inadaptés) ou par des persévérations d'un geste précédent.

Ex : impossibilité de faire le signe de croix, d'utiliser un peigne pour se coiffer, etc.

- 2) **L'apraxie idéatoire** : est un **trouble de la réalisation sérielle d'actes élémentaires d'utilisation d'objets**. Le sujet sain doit se représenter mentalement, individuellement, les gestes à accomplir puis la succession de ces gestes. Dans ce cas, les difficultés portent sur la manipulation d'objets malgré leur identification et l'on voit apparaître des mouvements inappropriés, incohérents et désorganisés. *Ex : incapacité d'allumer une bougie.*
- 3) **L'apraxie mélokinétique** : est un trouble de la dextérité (Habib & al., 1994 [22]) caractérisée par des **difficultés à réaliser des mouvements fins, rapides et sélectifs, alternatifs ou sériels**. Elle peut se manifester également par la persévération d'un mouvement qui ne peut être inhibé. *Ex : cible manquée dans le cas de la préhension d'un objet proche.*

Nous évoquerons également le modèle cognitiviste de Rothi et al. qui permettrait à l'orthophoniste de situer où se trouve le déficit et d'y répondre de façon la plus adéquate possible en rééducation.

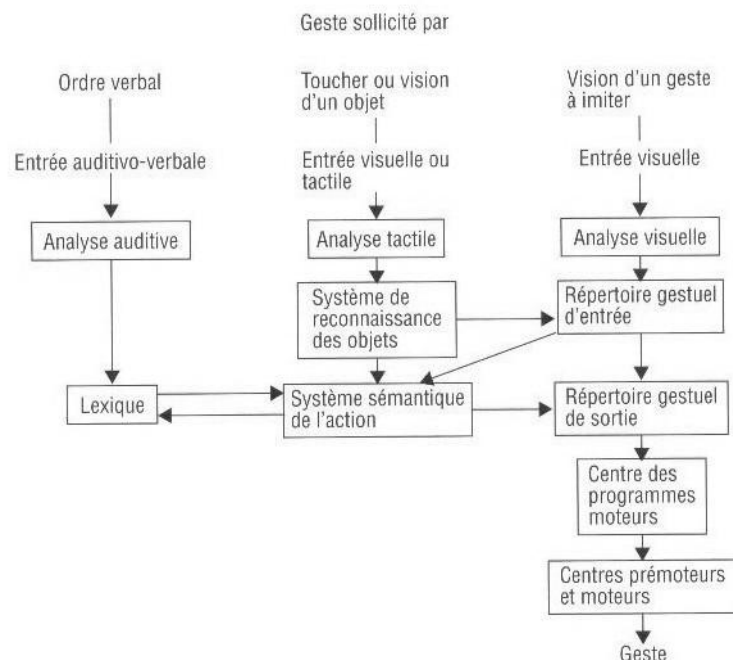


Figure 8: Modèle simplifié de Rothi et al. sur la production des gestes ²⁴

²⁴ Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

Notons également l'existence d'une ***apraxie constructive et graphique***. Ce trouble porterait sur l'exécution d'un dessin libre ou d'une tâche de construction ainsi que sur une mauvaise appréhension des relations spatiales. Le déficit s'exprimerait par la perte de la forme, des positions et des orientations des signes graphiques (dessins, lettres et chiffres). Elle désignerait l'impossibilité de réaliser les gestes impliqués dans une activité constructive, requérant des capacités visuo-perceptives et visuo-spatiales.

Enfin, les personnes aphasiques peuvent présenter une ***apraxie bucco-faciale*** associée. C'est un trouble qui porte sur l'exécution volontaire des mouvements de la sphère oro-faciale avec l'impossibilité de réaliser des mouvements sur ordre ou commande volontaire. Ce type d'apraxie se retrouve fréquemment dans l'aphasie de Broca et est l'un des aspects du syndrome de désintégration phonétique.

c) Troubles gnosiques

Selon Brin et coll. [8], l'agnosie est un « trouble neurologique de la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux et des sensations, consécutif à une lésion corticale. Cela sans déficit des organes sensoriels ni trouble de l'intelligence ». Différents types d'agnosies peuvent être répertoriées en fonction de l'organe des sens concerné.

➤ Agnosies visuelles

Dans le cerveau il existe une dichotomie haut/bas comme il existe une dichotomie droite/gauche. Le lobe occipital permet de voir à travers l'aire primaire et les aires associatives en rapport avec le lobe temporal et le lobe pariétal. Les deux associations lobe occipital – lobe temporal et lobe occipital – lobe pariétal correspondent aux deux fonctions de notre vision qui sont :

- ✓ L'identification et la reconnaissance de ce que l'on voit, grâce au circuit occipito-temporal, circuit ventral : **circuit du what** « je vois quoi ? qui ? »
- ✓ L'appréhension de l'espace dans lequel nous nous mouvons et dans lequel nous manipulons, grâce au circuit occipito-pariétal, circuit dorsal : **circuit du where** « où est ce que je vois ? »

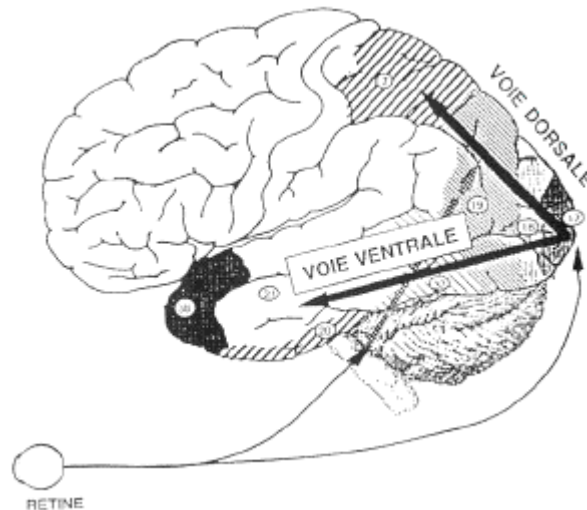


Figure 9: Circuits du "where" et du "what" impliqués dans la vision ²⁵

Les agnosies visuelles et spatiales montrent les conséquences des lésions de ces deux circuits.

L'agnosie visuelle est un déficit de la discrimination et de la reconnaissance de stimuli visuels en l'absence d'un déficit visuel élémentaire (trouble de la vision) ou d'autres déficits cognitifs plus complexes (touchant la mémoire, le langage, etc.).

Selon Lissauer (1890), plusieurs étapes se succèdent dans la vision.

- ✓ ***L'étape perceptive*** : non déficitaire chez les agnosiques visuels
- ✓ ***L'étape gnosique aperceptive***
- ✓ ***L'étape gnosique associative***

De fait, deux types d'agnosies visuelles peuvent exister :

- **L'agnosie aperceptive**, due à un dysfonctionnement lors de l'étape gnosique aperceptive. Dans ce cas, le traitement perceptif du stimulus échoue alors même que les étapes sensorielles élémentaires sont conservées. Le sujet devient donc incapable de reconnaître un objet alors que l'acuité visuelle est conservée.
- **L'agnosie associative**, engendrée par un déficit de l'étape gnosique associative. La reconnaissance de l'objet échoue alors qu'un traitement perceptif fonctionne. Cela car il y a un déficit dans l'association des éléments fournis par d'autres tâches cognitives.

²⁵ In « Les troubles neurovisuels » Communication aux Journées Scientifiques de l'Ecole d'Orthophonie de Lyon « Orthophonie et Neuropsychologie » Rode G. (1997)

D'autres théories se sont ensuite succédées notamment la théorie de Marr (1982) et celle d'Humphreys et Riddoch (1987).

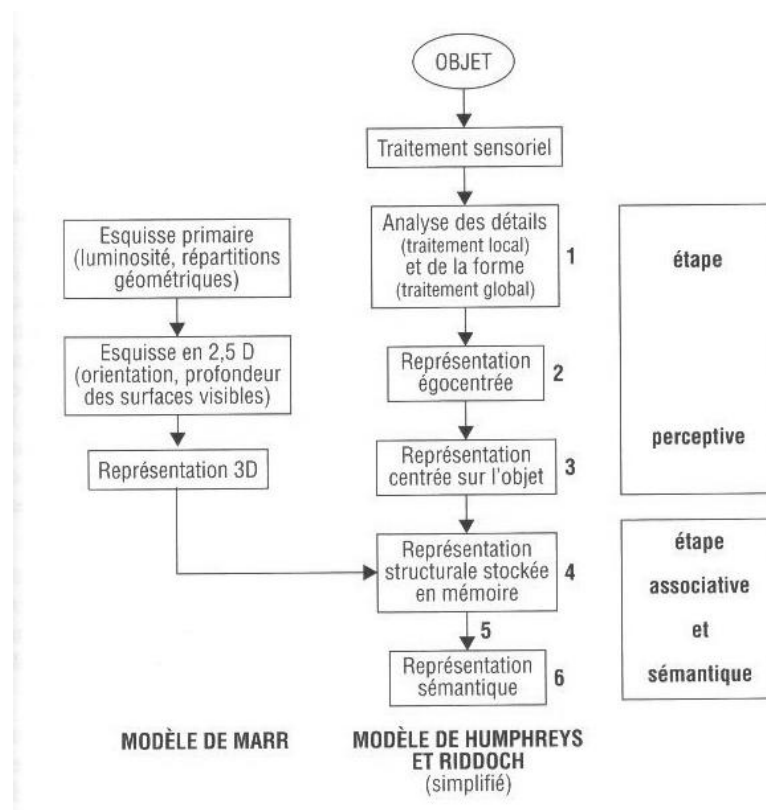


Figure 10: Les différentes variétés d'agnosies visuelles ²⁶

Nous ne développerons pas en détail les autres types d'agnosies visuelles car elles n'entrent pas en jeu dans le choix d'au moins une des aides à la communication que nous avons présentées.

➤ Agnosie visuo-spatiale

Elle est due à un déficit dans le circuit du « where », dorsal. Elle est définie comme un désordre topographique se traduisant dans quatre domaines cognitifs :

- ✓ *Domaine attentionnel* : l'individu manque d'attention vis-à-vis de l'espace
- ✓ *Domaine mnésique* : il y a perte de la mémoire spatiale
- ✓ *Domaine gnosique* : se traduisant par des difficultés dans l'appréhension de l'espace
- ✓ *Domaine praxique* : avec des difficultés pour agir dans l'espace.

²⁶ Schéma tiré de "Neuropsychologie" (Gil) [20]

➤ **Héminégligence**

L'héminégligence est considérée comme étant une agnosie spatiale unilatérale. Elle est définie comme un trouble attentionnel pluri sensoriel et un trouble intentionnel (inconscient) s'exprimant dans un héli-espace (généralement le gauche). Le comportement du patient est très évocateur : il ignore tout ce qui se passe dans son héli-espace gauche (objets, événements, personnes, ...) et il n'intervient pas dans cet héli-espace. Par exemple, lors du dessin il ne reproduit que la partie droite ; lors du test des cloches, il ne verra pas les cloches situées à gauche. La plupart du temps, une anosognosie est associée.

➤ **Agnosies auditives**

Les agnosies auditives sont des « troubles de l'intégration auditive portant sélectivement sur la compréhension des perceptions sensorielles élémentaires ; celles-ci étant à peu près normalement entendues » selon Brin et coll. [8]. Il en existe de divers types. Nous avons évoqué précédemment la surdité verbale, mais le sujet peut souffrir d'une *agnosie des bruits de la vie quotidienne* et/ou d'une *amusie* se présentant comme un déficit de la reconnaissance de la musique, qui peut affecter les rythmes, les notes ou la mélodie.

d) Troubles des fonctions exécutives

Ces troubles sont caractérisés par une perturbation des capacités de planification, de jugement, de flexibilité, d'inhibition et d'auto-surveillance. Ils entravent donc la réalisation de tâches complexes, nouvelles et non automatiques. Cela rendra la personne incapable de gérer deux tâches en même temps.

e) Troubles attentionnels

Nous englobons sous ce nom les troubles de la vigilance, de l'alerte, de l'attention fixée – elle est évaluée selon Brin [8] en testant la capacité de la personne à fixer son attention sur un sujet – et de l'attention divisée (capacité à fixer son attention simultanément sur plus d'un stimulus). Ce type de trouble se retrouve souvent lorsque le lobe frontal est atteint. De fait, le sujet aura des difficultés à amorcer ou maintenir l'échange.

f) Déficit de la mémoire de travail

La mémoire de travail est supportée par la mémoire à court terme que l'on mesure par l'empan mnésique [8]. Un tel déficit met le patient dans l'impossibilité de garder en mémoire pendant quelques secondes et de traiter l'information. Une atteinte sévère de la mémoire de travail perturbera donc les capacités de compréhension du patient, avec une difficulté à suivre une conversation.

Selon Mazaux et coll. [31], il est parfois difficile pour le rééducateur de faire la part des choses entre troubles phasiques et troubles des fonctions supérieures provoquant des troubles du langage. En effet, il n'est pas possible de considérer que les fonctions cognitives sont totalement dissociables. Cela a d'ailleurs pu être démontré par l'utilisation de l'imagerie cérébrale (PET-scan et IRM fonctionnelle). De fait, les actes de langage font intervenir notamment la mémoire de travail, l'attention et les fonctions exécutives.

En ce qui concerne les rapports entre l'aphasie et l'attention, leurs liens ont été réévalués depuis quelques années par Murray [64]. Un premier groupe d'études a pu confirmer la présence de troubles attentionnels spécifiques chez l'aphasique, en particulier des difficultés d'orientation de l'attention vers des cibles auditives et une atteinte de la focalisation attentionnelle. De plus, plusieurs auteurs ont évoqué la présence d'un trouble de l'attention soutenue après lésion hémisphérique mais cette thèse n'a jamais été validée.

Par contre, des recherches sur l'attention divisée et plus particulièrement la capacité d'effectuer deux tâches cognitives simultanément, l'une étant linguistique et l'autre pas, ont montré que la tâche attentionnelle non linguistique mobilise des ressources attentionnelles qui ne sont plus disponibles pour la tâche linguistique. Mais nous pouvons nous demander si ce phénomène ne pourrait pas s'expliquer par une diminution générale des ressources attentionnelles ou par une difficulté d'attribuer de l'attention à une ou des tâches spécifiques. En conclusion, aphasie et attention restent actuellement encore sous-évaluées.

Les liens entre aphasie et déficit de la mémoire de travail ont été évoqués en premier lieu par Warrington et Shallice (1969) [71] chez un patient traumatisé crânien. Actuellement, les modèles cognitivistes considèrent que la mémoire de travail est indispensable aux fonctions langagières (compréhension et expression). Elle est matérialisée dans les modèles sous le nom de « buffers » aux différentes entrées et sorties du système de communication verbale.

Enfin, c'est surtout dans le cadre de lésions frontales que les relations entre aphasie et troubles dysexécutifs sont à définir. En effet, même si les investigations sont encore à poursuivre, on peut remarquer chez les patients atteints de ce type de lésions, des perturbations persistantes dans l'organisation du discours et caractérisées par des difficultés d'évocation de la situation, du lieu, du but, etc. avec la présence de nombreuses digressions. Ces déficits sont en étroite relation avec des perturbations spatio-temporelles et des déficits de planification, entrant dans le cadre d'un trouble dysexécutif.

g) Trouble de l'orientation spatio-temporelle

Les troubles spatio-temporels peuvent être dus à deux éléments : d'une part, les lésions elles-mêmes, la plupart du temps frontales, et de l'autre, les caractéristiques mêmes de l'hospitalisation. En effet, après seulement quelques jours passés à l'hôpital, tout patient peut se trouver désorienté car il ne possède plus de montre et la lumière du jour peut être rare. De fait, le rythme nycthémérien interne est susceptible de se dérégler. Si le patient est également atteint de troubles de la compréhension, ce phénomène pourrait être encore aggravé car il ne pourrait pas être rassuré efficacement.

Ce trouble engendrerait donc des difficultés à comprendre les jours et les horaires. Le patient aurait donc du mal à gérer un agenda ou un planning hebdomadaire.

Les répercussions des troubles neuropsychologiques sont parfois minimisés car ils sont peu visibles. Néanmoins, ils sont extrêmement handicapants dans la vie quotidienne. Certains déficits peuvent même aggraver les troubles du langage.

4- Troubles psychologiques

Selon Mazaux et coll.[31], les cliniciens et les chercheurs se préoccupent de plus en plus de l'état psychologique du patient aphasique ; l'aspect psychologique n'est pas à négliger lorsque le rééducateur prend en charge les troubles post-AVC. En effet, les troubles dépressifs sont extrêmement fréquents après un accident vasculaire cérébral [31]. De nombreux auteurs, dont Williams et coll. [72] en 1986, ont montré que les troubles dépressifs sont plus fréquents lors de maladies neurologiques que dans la population générale ou au sein d'autres pathologies organiques chroniques tout aussi invalidantes. De plus, le risque de suicide pour un patient ayant subi un AVC est 5 fois supérieur à celui de la population générale.

Il est à noter que la nature de la dépression est très complexe et se trouve être encore l'objet de nombreux débats [52]. Deux types de dépression peuvent survenir :

- ✓ Une *dépression endogène* : liée à la lésion cérébrale. De nombreuses études, dont celles de Robinson (1995), Carson (2000), Narushima et al. (2003), Bhogal et al. (2004), ont tour à tour montré qu'il existait ou pas une interrelation entre dépression et lésion hémisphérique gauche. En conclusion, l'avancée des recherches cliniques actuelles ne nous permettent pas d'admettre un lien entre cérébrolésion gauche et troubles dépressifs. De plus, lorsque le lobe frontal est touché des troubles frontaux peuvent apparaître et causer des troubles de l'humeur (dépressions), une apathie, etc. Cela peut causer un désintérêt dans l'échange avec autrui, ce qui affaiblirait les compétences communicatives.

- ✓ Une *dépression réactionnelle* : appelée également dépression post-traumatique due au choc provoqué par l'AVC. Elle peut aussi se rencontrer chez les sujets ayant eu un traumatisme crânien ou d'autres pathologies.

5- Fatigabilité

Selon Mazaux et coll. [31], la « fatigabilité », qui est un phénomène important et durable, peut être interprétée comme une perturbation de l'attention soutenue. Nous avons vu précédemment que selon la HAS, l'orthophoniste devrait en tenir compte.

III- LES AIDES A LA COMMUNICATION

A- DEFINITIONS DES AIDES A LA COMMUNICATION

Selon Bertoni et coll. [48], il existe deux types de techniques non-verbales.

Les premières consistent à apprendre au patient à employer des moyens « naturels » de communication comme : l'utilisation d'un code OUI/NON, l'emploi d'éventuelles capacités résiduelles d'écriture, la réalisation de pantomimes (mimogestualité), l'utilisation du dessin, l'emploi de photographies, lorsque la communication orale est échouée. Ce type de thérapie est nommé par certains auteurs *rééducation pragmatique non-verbale de type 1*. Cette technique est très utilisée en orthophonie et ferait partie des « moyens de facilitation ». L'emploi de ces techniques pourrait être conçu par le patient et son entourage comme une technique de communication facilitée, ce qui fait qu'elle serait bien acceptée si elle était proposée.

Par contre, la perception par le patient et surtout par son entourage semble être toute autre lorsque l'orthophoniste tente une *thérapie pragmatique de type 2*. Lors de la mise en place de ce type de thérapie, qui utilise des **aides externes**, l'orthophoniste est souvent vécu comme abandonnant son rôle en se contentant de réadapter l'environnement du patient par ce qui peut paraître comme un bien piètre substitut au langage oral. L'orthophoniste devrait donc, au préalable, expliquer au patient et à son entourage les réels objectifs d'une aide à la communication.

En outre, il paraît légitime de se demander pourquoi l'orthophoniste ne pourrait pas se contenter d'utiliser des pantomimes et le dessin ? les raisons sont à la fois nombreuses et simples. Tout d'abord, tous les aphasiques, du fait de troubles praxiques souvent associés, ne peuvent communiquer par ces moyens naturels. Ensuite, si un apprentissage aux pantomimes et au dessin peut être réalisé avec certains patients, les résultats obtenus sont souvent insuffisants pour pouvoir exprimer des différences entre objets sémantiquement ou visuellement proches. De plus, ce type de communication non verbale demanderait un très long apprentissage également auprès de l'entourage du patient.

En outre, la littérature tend à démontrer qu'un geste qui aboutit à une communication n'aurait de valeur pour le patient que lorsqu'il est accompagné d'une verbalisation.

La thèse prônée par Lawson et Fawcus ²⁷ est donc de proposer au patient les deux types d'outils non verbaux de communication. L'objet de notre étude concernera seulement les aides externes d'aides à la communication.

Notons également l'existence de la thérapie PACE et de la TMR qui sont des techniques rééducatives utilisables par l'orthophoniste. Nous en reparlerons plus loin et verrons dans notre partie pratique si les orthophonistes les considèrent comme des aides à la communication possibles.

Rappelons que maintenir la communication est toujours une urgence. La mise en place d'un outil de communication alternatif permettrait de conserver un lien avec l'environnement. Son installation éviterait l'isolement en permettant à la personne aphasique de comprendre et de participer aux décisions qui la concernent, de conserver sa dignité en la maintenant dans la communauté des êtres communicants.

De tout temps, et ce depuis l'Antiquité, les hommes ont pensé à mettre en place des moyens d'aide à la communication chez des individus ayant une communication restreinte. On peut observer des systèmes sous forme de tablettes, de dessins ou l'utilisation de l'écriture.

Les aides à la communication sont aussi appelées « **communication augmentative et alternative** ». Elles « regroupent l'ensemble des formes de communication proposées au patient qui ne possède aucune parole, ou dont l'expression est inintelligible, ou bien encore dont les troubles spécifiques (*ex : manque du mot*) sont si importants qu'ils l'empêchent d'atteindre un niveau efficace de communication orale. » selon Brin et al (2004 p. 55) [8].

²⁷ In "The aphasia therapy file" [9] section 2- "Increasing Effective Communication Using a Total Communication Approach".

Les aides à la communication sont utilisées souvent à la suite ou parallèlement aux techniques traditionnelles de prise en charge orthophonique. « Elles concernent des types d'échanges restreints : elles permettent au patient d'exprimer ses besoins et ses désirs ou de mener des conversations socio familiales élémentaires » (Parent, 1999) [62].

De Partz (1999) [47] indique que « les stratégies augmentatives, alternatives ou supplétives sont basées sur le principe exprimant que les fonctions langagières altérées peuvent être efficacement remplacées ou suppléées, à titre temporaire ou définitif, par des modes de communication non verbaux et par différents indices situationnels ». Notons que ces différents systèmes peuvent être utilisés seuls ou combinés.

Nous rappelons que dans notre étude nous envisageons les moyens d'aide à la communication comme **temporaires** et non comme définitifs car nous nous intéressons à ceux pouvant être mis en place en période d'hospitalisation post-AVC.

Selon les concepteurs du classeur de communication C.Com²⁸, ces approches alternatives ne traitent pas le symptôme mais s'intéressent à soulager ses conséquences. Elles s'évaluent non pas en terme de réduction du trouble mais en terme d'amélioration de la qualité de vie du patient et de sa famille. Elles sont motivées par le maintien de l'équilibre des interactions au sein du système familial et environnemental altéré par les troubles du langage. Elles sont centrées sur l'individu dans son système. Leur objectif est de développer au sein du milieu de vie des stratégies restaurant les échanges, malgré la déficience linguistique. En résumé, elles visent à limiter les préjudices :

- *pour le patient* : en évitant le repli et l'installation d'une névrose d'échec qui ne lui permettrait plus d'engager des stratégies compensatoires.
- *pour l'environnement* : en évitant la limitation des échanges. Il s'agit alors d'introduire une conscience des capacités et incapacités liées à l'aphasie, des stratégies compensatoires.

Les moyens d'aides à la communication se situent donc au carrefour des prises en charge traditionnelles, fonctionnelles, systémiques et sociales.

²⁸ www.leccom.fr

B- PROPRIETES NECESSAIRES DE TOUT TYPE D'AIDE A LA COMMUNICATION

Selon Seron et coll. [68], toute aide à la communication et notamment les carnets de communication, doit posséder les propriétés suivantes:

- ✓ De **la transparence** (ou du degré d'iconicité des signes). Le message doit être clair, il faut donc éviter la polysémie. Le rééducateur devra s'interroger sur la pertinence de l'emploi d'idéogrammes, de pictogrammes PECS, du langage Bliss. L'emploi de photographies semble être l'outil le plus transparent. Il faut tenir compte du fait que « plus les relations signifiant/signifié établies dans un langage alternatif seront simples et directes plus celui-ci aura des chances d'être accessible aux non initiés ». En outre, ces photographies devraient être en couleur, ne serait-ce que pour le côté « agréable à regarder » mais aussi parce que la recherche visuelle d'un élément sur une page en est grandement facilitée.
- ✓ De la **commodité d'usage** (transportabilité, rapidité d'utilisation ou de recherche d'informations)
- ✓ De l'**extension** (la richesse lexicale) et de la **complexité combinatoire** (le degré d'élaboration syntaxique permis)
- ✓ De **l'adaptation au patient**. Pour une même pathologie, les moyens d'aides peuvent être différenciés selon le patient
- ✓ De **la commodité de réalisation** selon le site PONTT ²⁹

En outre, selon Gonzalez et Brun ³⁰ certains systèmes utilisés imposent **l'acquisition d'un code** et **l'apprentissage d'un lexique** aussi bien pour le patient que pour son entourage. Ils indiquent que « l'apprentissage est d'autant plus exigeant que le code est arbitraire et à faible degré d'iconicité, par opposition aux codes universels, culturels ou conventionnels ». De plus, « la manipulation de ces systèmes codés requiert la maîtrise de la combinaison de signes entre eux et un accès grammatical préservé : la transmission d'informations est calée sur la structure de la langue orale et écrite ». C'est donc une contrainte liée au temps d'investissement.

²⁹ Partage Orthophonie Neuropsychologie Théories Thérapies

³⁰ « Communications alternatives et suppléances fonctionnelles » in [31]

De manière générale, nous nous interrogerons sur la pertinence d'employer une aide à la communication demandant un *trop long temps d'apprentissage*.

Les auteurs signalent aussi la possibilité *de transposition en dehors du contexte d'apprentissage* de l'outil supplétif. Ceci concerne les patients qui n'utiliseraient pas l'aide avec leurs proches.

De plus, selon Parent [62], les aides à la communication risquent d'être mises de côté par le patient et les proches. L'orthophoniste devrait donc leur expliquer que ce sont des aides qui peuvent être temporaires, utilisables en parallèle à la rééducation orthophonique. « *Accepter la communication non-verbale des aphasiques implique aussi que l'entourage apprenne à communiquer (comme récepteur et émetteur) de façon non verbale* »³¹. De fait, le rééducateur devrait évaluer ces contraintes lors de la mise en place d'une aide à la communication.

C- COMPETENCES RESIDUELLES NECESSAIRES A LA MISE EN PLACE D'UNE AIDE A LA COMMUNICATION

En premier lieu, il semble primordial que le patient ait conservé une *appétence à la communication*. En effet, sans cela, aucune aide efficace ne pourrait être employée. Cependant, ayons à l'esprit que le patient peut présenter, du fait de ses lésions cérébrales, une **apathie** et/ou des **éléments de syndrome frontal** et/ou un **trouble de l'initiative (apraxmatisme)**, rencontré par exemple dans aphasie transcorticale motrice qui pourrait engendrer une non volonté à communiquer. Dans ce cas, c'est véritablement la pragmatique du langage qui est touchée. En outre, s'il n'y a pas d'anosognosie, le patient peut être dans un **état dépressif** du fait de la prise de conscience de son état et surtout de ses capacités, en tout cas temporairement, altérées. De fait, il peut perdre l'envie de communiquer. L'orthophoniste devrait donc rester vigilant et continuer à stimuler le patient pour lui faire retrouver « goût à la communication ». Au contraire, le patient peut présenter un **trouble du comportement**.

³¹ Site P.O.N.T.T

Selon Seron [68], les *compétences cognitives résiduelles* (capacités de catégorisation, accès à la symbolique, etc.) sont fondamentales. En effet, si les **symboles** ne sont pas mieux traités que leurs équivalents verbaux, le système alternatif ne peut pas être bénéfique selon Funnel et Allport [56]. Le rééducateur devra donc les évaluer lors du bilan. En outre, la **compréhension d'ordres simples**, semble indispensable.

Cependant, selon un article publié sur le site PONTT, la présentation d'une aide à la communication ne devrait pas se fonder exclusivement sur les besoins supposés du patient ni en considérant ses éventuels déficits cognitifs comme des critères d'exclusion.

Par ailleurs, De Partz [53] constate une sous-utilisation spontanée de ces outils par les patients en situation de communication ainsi que dans leur vie quotidienne. Pour permettre une réelle efficacité de cette communication, le proche de la personne aphasique doit être le meneur de l'échange.

De ce fait, *il aurait besoin d'être accompagné et formé à l'utilisation de ce mode de communication*. L'objectif des aides à la communication ne serait donc pas forcément d'obtenir une utilisation spontanée du patient mais bien de rétablir des échanges entre le patient et ses proches.

Le site PONTT indique aussi la nécessité de l'**orientation du regard sur un objet visuel déterminé**, c'est-à-dire une bonne exploration visuelle, et sa capacité à l'identifier, c'est-à-dire d'en extraire les informations sémantiques. Il est également évident que l'utilisation d'aides à la communication telles que les panneaux ou carnets de communication sera plus aisée si le patient peut pointer des objets et qu'il pourra donc le faire avec son entourage.

En outre, les *capacités d'attention-concentration* semblent primordiales.

Chaque moyen d'aide à la communication semble demander des compétences différentes et spécifiques au patient, et c'est cela qui en fait justement la richesse et la possibilité d'adaptation au plus près des compétences et besoins du patient. C'est à partir de la mise en évidence de ces compétences que nous essaierons, dans notre partie pratique, d'objectiver quel(s) moyen(s) d'aide à la communication utiliser selon les cas.

D- A QUI S'ADRESSENT LES AIDES A LA COMMUNICATION ET QUAND LES INTRODUIRE ?

D'après un article publié sur le site PONTT, « les aides à la communication seraient destinées à des patients présentant une aphasie dont la communication verbale (orale et écrite ; en expression et compréhension) est extrêmement déficitaire et cela de manière temporaire ou définitive ». De fait, les outils supplétifs ne semblent pas proposés qu'en cas d'aphasie globale, comme certains peuvent le penser. De plus, selon ces auteurs, les recommandations de la HAS ont également permis de faire évoluer les opinions et actuellement la plupart des orthophonistes n'envisagent pas les aides communicatives comme des techniques uniquement palliatives.

La littérature indique que l'aide à la communication devrait être employée lorsque le degré de vigilance est suffisant, la fatigabilité amoindrie, l'attention-concentration à minima (au moins 20 minutes) et la position assise supportable par l'ensemble du corps.

Si l'orthophoniste admet que l'aide externe est susceptible de bénéficier au patient et/ou à son entourage il ne faudrait pas attendre ni le moment où les déficits du patient seront considérés comme permanents, ni le moment où le deuil du langage oral serait éventuellement réalisé selon le site PONTT.

L'aide à la communication devrait donc être proposée **le plus tôt possible**, après le début de la prise en charge orthophonique (et pourquoi pas même plus tôt) car ceci permettrait de la présenter non pas comme le substitut d'un langage perdu mais comme un outil de compensation parmi d'autres, et ne fut-ce que temporairement, des déficits linguistiques.

E- TRANSMISSION D'INFORMATIONS AUX AIDANTS

Rappelons que selon La HAS, une des missions de l'orthophoniste est d'« informer l'équipe et l'entourage du patient des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre ». Tout ceci concorde avec l'essor des thérapies actuelles, appelées écosystémiques qui reposent sur l'implication du partenaire de communication et le courant pragmatique visant l'adaptation de l'environnement matériel et humain du patient en parallèle à la rééducation traditionnelle.

De plus, selon les auteurs du C.Com et De Partz, le rôle de l'interlocuteur est fondamental dans la mise en œuvre d'une aide communicative.

L'accident vasculaire cérébral, de par sa nature soudaine, entraîne un bouleversement, notamment de la structure familiale. L'entourage du patient perd tous ses repères et ne sait plus comment communiquer avec lui par manque de connaissances sur sa pathologie. De fait, l'orthophoniste a deux missions auprès des Aidants et ce dès les premiers jours après l'AVC :

- ✓ Apporter une information sur la pathologie neurovasculaire et surtout sur leurs conséquences au niveau du langage et de la communication
- ✓ Informer sur comment aborder le patient au niveau communicatif et former à l'utilisation de l'aide à la communication qui sera éventuellement en train d'être mise en place.

En outre, l'orthophoniste se devrait, lors du travail d'équipe, d'informer le personnel soignant sur ces mêmes éléments.

En effet, selon le site PONTT, il ne suffirait pas de fournir un outil au patient pour qu'il soit utilisé. Une part essentielle du travail devrait être réalisée au quotidien auprès des familles et des soignants afin de les impliquer dans le projet et de les inciter à utiliser eux-mêmes l'outil en leur montrant comment celui-ci peut les aider à transformer des échecs de communication en réussites.

De même, selon Degiovani [51], le rôle de l'orthophoniste est de très vite « éduquer » l'entourage et les soignants non pour assurer la répétition des exercices mais pour en faire des agents de communication efficaces en leur montrant les forces et les faiblesses dans la communication de la personne aphasique.

D'autre part, après le bénéfice pour le patient c'est un autre bénéfice pourrait être procuré à l'entourage car il leur permettrait de se sentir impliqué et donc acteur de l'échange.

Cette « éducation » permettrait également de réduire les attentes irréalistes et les attitudes inappropriées qui peuvent surgir chez l'entourage proche, souvent en lien avec une certaine sous-estimation des difficultés de la personne aphasique, comme le montrent quelques études. Notons que pour cela l'orthophoniste devrait s'adapter au niveau socioculturel des proches et utiliser un vocabulaire compréhensible par eux. L'objectif serait donc que tout cela ait une incidence positive sur la qualité de vie du patient.

L'entourage familial a aussi la possibilité de participer au « programme d'Aide aux Aidants » ³² qui est organisé par les membres de l'équipe de plusieurs UNV françaises. Il se présente sous la forme de réunions qui se déroulent sur une journée tous les quatre mois. Plusieurs intervenants présentent un sujet en fonction de leur spécialité (neurologue, infirmier, orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.). Cet exposé est suivi par un temps de parole. De plus, ces interventions sont résumés dans des livrets que les participants peuvent emporter à la fin de la journée.

³² D'après un article paru dans la revue « L'Orthophoniste » (avril et juin 2010)

F- HISTORIQUE DES AIDES COMMUNICATIVES

Une grande majorité d'études concernant l'utilisation d'aides à la communication a été réalisée avec des populations d'enfants autistes et infimes moteurs cérébraux (IMC et IMOC). Cependant, nous avons recensé quelques publications impliquant des aphasiques. De fait, pour sélectionner les outils alternatifs qui semblaient pertinents pour les patients aphasiques, nous nous sommes appuyée sur les études, les caractéristiques de chaque aide et notre observation clinique.

Plusieurs types de classements peuvent être effectués pour répertorier les aides à la communication existantes ; nous avons choisi de classer ces méthodes par le(s) support(s) sur le(s)quel(s) elles reposent.

Dans notre partie pratique, notre questionnaire sera donc de savoir si ces aides peuvent être utilisées en fonction des différents éléments sémiologiques aphasiques et des éventuels troubles associés que nous avons présentés dans un chapitre précédent.

1- AIDES À LA COMMUNICATION SOUS FORME VISUELLE : IMAGEE (et/ou ECRITE)

a) AIDES STANDARDISEES

Il s'agit d'aides générales, non personnalisables. Nous pouvons y répertorier :

- une **horloge avec aiguilles mobiles** : l'interlocuteur pourra visuellement indiquer au patient les horaires de ses rendez-vous médicaux et/ou paramédicaux, les horaires des visites, etc. Si le patient est capable de les manipuler, il pourra également faire passer des messages à son interlocuteur.
- une **échelle de douleur** ex : *échelle EVA, échelle ECPA, etc.*
- une **échelle de niveau** (peu, moyen, beaucoup)
- une **échelle de moral** ex : *VAMS, échelle de dépression de Béhnaïm, etc.*
- un **calendrier**
- un **alphabet, des lettres mobiles**

- une *suite numérique*
- une *carte de France, du monde*
- des *logos des différentes administrations* (poste, banque, marques, etc.)
- une *fiche de présentation du patient* : qui indiquera ce qui est arrivé au patient et quels sont ses symptômes. Cela pour faciliter sa communication avec une personne étrangère.

Si cela est possible, le patient désignera sur des planches ou un cahier ce qu'il souhaite exprimer ou bien son interlocuteur pointera et le patient devra confirmer ou infirmer le message.

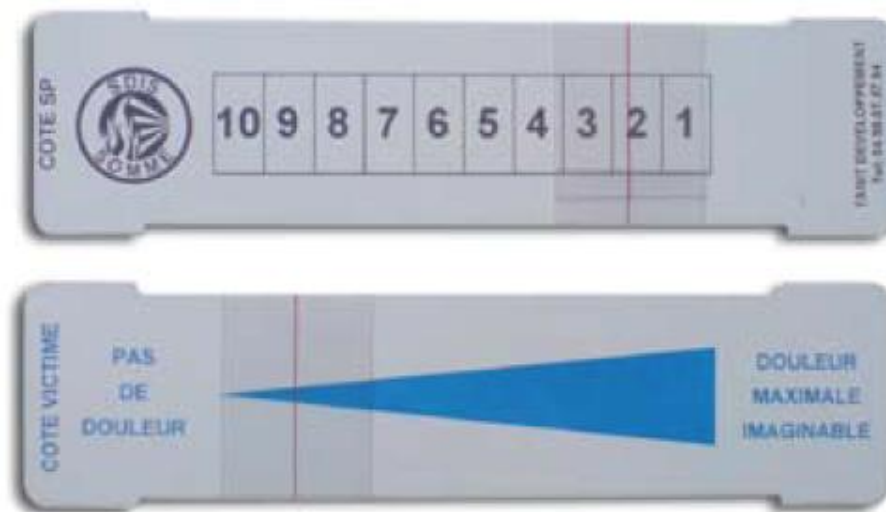


Figure 11: Différentes échelles de douleur

Nous pouvons également y inclure d'autres aides.

➤ **Les pictogrammes**

Pour l'AFNOR³³, le pictogramme est « un symbole graphique conçu pour fournir une information au grand public et dont la compréhension ne dépend pas des connaissances relevant de spécialistes ou de professionnels ».

Selon le dictionnaire Robert, le pictogramme est un « dessin figuratif stylisé qui fonctionne comme un signe d'une langue écrite et qui ne transcrit pas la langue orale ».

³³ Agence française de Normalisation

Il permet selon Adrian Frutiger (typographe) une « information condensée »

Selon Michel Levin (chercheur au CNRS) la « première caractéristique de cette écriture est son caractère fonctionnel ».

Les pictogrammes sont très présents dans notre vie quotidienne ; en effet, les panneaux de signalisation, les modes d'emploi de produits de consommation, etc. sont accessibles à tous par l'intermédiaire des pictogrammes. Dans la littérature, nous pouvons trouver de multiples systèmes ou codes, représentant différents niveaux d'abstraction, pouvant être utilisés sur des tableaux ou des carnets. Les pictogrammes sont des représentations par le dessin. Sur la toile, il est très facile de trouver des banques d'images afin d'élaborer des aides à la communication personnalisées. Le site <http://www.isaac-fr.org/pictogrammes/pictogrammes.html>, par exemple, référence plusieurs sites intéressants selon le type de pictogrammes recherché.

Bien que le système pictographique soit, dans la littérature, utilisé préférentiellement avec des enfants présentant des traits autistiques ou des enfants handicapés type IMC, nous allons voir si ce système peut convenir aussi, en l'adaptant, aux personnes souffrant d'aphasie.

Il existe plusieurs types de pictogrammes ³⁴ :

1. **Les pictogrammes figuratifs**: ils représentent exactement l'objet auquel ils se réfèrent, ils ne laissent aucune équivoque quant à leur sens, quelles que soient la langue ou les habitudes de l'observateur, le lien signifiant/signifié est clair et ils n'impliquent aucun apprentissage.
2. **Les pictogrammes schématiques**: ils représentent une situation donnée mais de manière simplifiée (par simplification du dessin). Les pictogrammes ne sont pas identifiables au premier coup d'œil et exigent un certain effort de réflexion. Dans ce type de pictogrammes, l'image doit cependant rester suffisamment claire pour ne pas faire disparaître le rapport entre le signe et l'idée qu'elle suggère. Nous pouvons citer la méthode PECS (Picture Exchange Communication System), PIC, Parler Pictos.
3. **Les pictogrammes abstraits**: ils ne représentent aucun objet précis mais ce sont des signes abstraits qui doivent être appris pour être connus. Les idéogrammes du langage Bliss entrent dans cette catégorie.

³⁴ Informations issues du site internet <http://www.culture.gouv.fr/handicap/pictogramme.pdf>

Le **système pictographique de type figuratif** ne sera pas développé car sa conception s'avère simple et concrète. Ces pictogrammes « parlent d'eux-mêmes » presque au même titre qu'une photographie.

Pour illustrer les **pictogrammes schématiques**, nous nous intéresserons au **système PECS**. C'est un système de communication par échange d'images créé par Frost (orthophoniste américaine) et Bondy (psychologue) dans les années 80. Elaborée initialement pour les enfants autistes, cette méthode s'avère, selon les auteurs, utile dans la rééducation de toute personne lésée dans sa communication.

Cet outil se présente sous la forme d'un CD-Rom comprenant environ 3000 pictogrammes en couleur organisés en plusieurs catégories sémantiques (cf. figure 12).

Les pictogrammes prennent souvent la forme de dessins schématiques représentant un objet, une idée ou une action. Sous l'image, on trouve généralement la signification du concept formulée en un ou plusieurs mots. Toutefois, il faut noter que certains concepts comme les actions, les sentiments, les idées, sont difficiles à représenter.

En effet, chaque individu, selon sa personnalité et son vécu, a une représentation propre des concepts abstraits ce qui fait qu'une généralisation est difficile à mettre en place. Nous retiendrons que la méthode PECS nécessite une phase de conditionnement en présentant au patient le pictogramme et l'élément réel pour qu'une correspondance se crée au niveau cérébral et cela jusqu'à l'automatisation du concept. La nécessité de cette étape revient à dire que les pictogrammes schématiques ne pourront jamais être un lien direct entre le signifiant et le signifié et qu'aucun de ces pictogrammes n'a la prétention d'être authentiquement transparent.

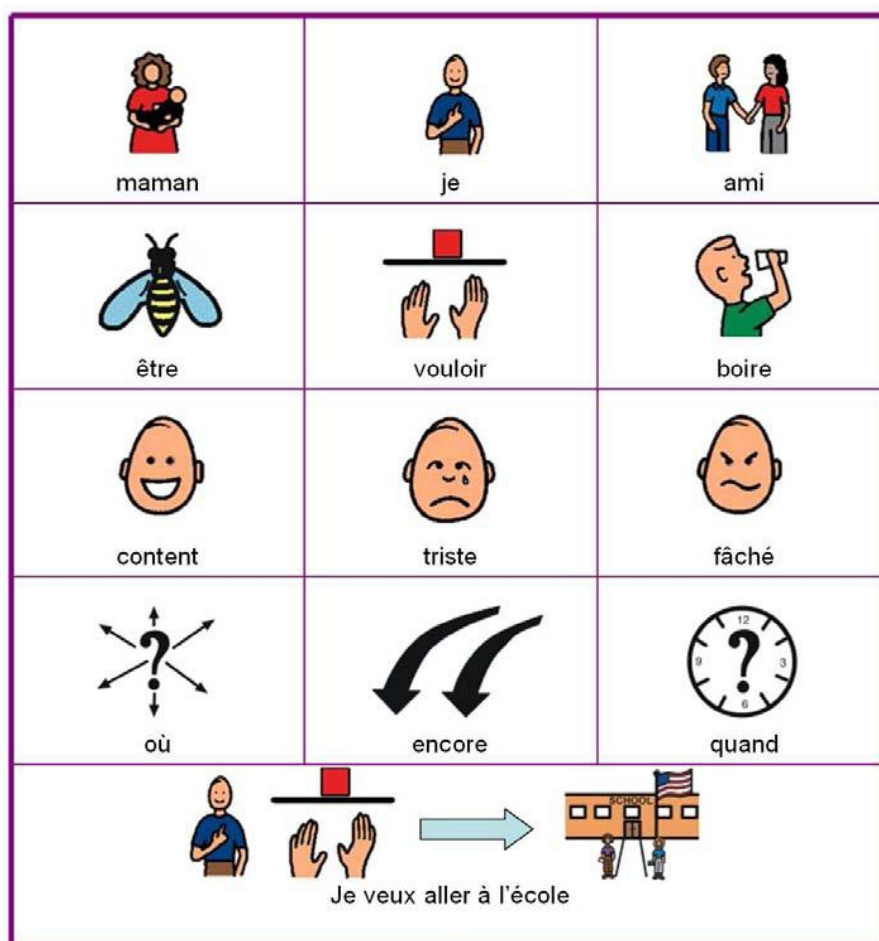


Figure 12: Quelques pictogrammes schématiques de type PECS [76]

En ce qui concerne les **pictogrammes abstraits**, nous développerons le **système Bliss**. Blitz a développé cet outil dans les années 40-50. Cette technique a été ignorée à sa création jusqu'à ce qu'en 1971, des praticiens canadiens découvrirent que le langage Bliss pouvait être utilisé par des personnes ne pouvant accéder au langage phonétique. Le Bliss est un *langage pictographique et idéographique* caractérisé par une structure en morphèmes ³⁵ (cf. figure 13). Un caractère/symbole signifie un mot ; le morphème est donc directement lié au sens. Quelques 2200 symboles standardisés composent donc ce langage. Ils ont la propriété de pouvoir être combinés et recombinaés à l'infini pour créer de nouveaux concepts ; le vocabulaire est donc illimité en partant d'un nombre restreint de formes de base.

³⁵ En linguistique, un morphème est la plus petite unité de son porteuse de sens qu'il soit possible d'isoler dans un énoncé

Par ce fait, le langage Bliss se rapproche fortement du langage oral dont la propriété est de pouvoir créer des énoncés à l'infini. De plus, cet outil comporte des indicateurs spéciaux servant à caractériser la fonction grammaticale des symboles.

De fait, sans un apprentissage long et strict, le patient ne pourra pas intégrer et surtout se servir de ce type de système intégrant des symboles très complexes.

Nous pouvons donc nous interroger sur la réelle utilité d'enseigner un tel système à un aphasique. Il nous semble également important, pour utiliser ce type de méthode que l'aphasique ait conservé un accès à la symbolique suffisant.

En nous référant à la littérature, nous avons découvert que Funnell et Allport [56] ont montré que les capacités d'apprentissage et d'utilisation des symboles Bliss, par des aphasiques globaux chroniques, ne surpassent pas leurs capacités d'apprentissage et d'utilisation des mots écrits correspondants à des symboles visuels.

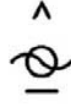
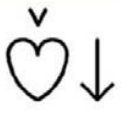
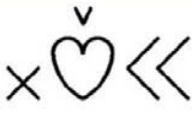
 maman	 je	 ami
 être	 vouloir	 boire
 content	 triste	 fâché
 où	 avec	 quand
 Je veux aller à l'école		

Figure 13: Quelques symboles du langage Bliss [76]

➤ **Le panneau de communication.**

Le panneau de communication peut être composé de dessins ou photographies représentant :

- les *besoins vitaux* (manger, boire, se laver, aller aux toilettes) ;
- des *positions* (debout, assis, positions du lit) ;
- des *objets courants* (mouchoirs, lunettes, montre) ;
- des *sensations* (chaud-froid, avoir mal, trop de bruit) ;
- des *sentiments et souhaits* (se sentir seul, vouloir être seul, aller bien, être triste) ;
- *oui/non* (pouce tourné vers le haut/pouce tourné vers le bas).

Havard et al. (2000) [58] ont mené une expérience avec six patients aphasiques hospitalisés et aucun d'entre eux n'a pu utiliser ce support de manière efficace pour transmettre de l'information, même dans le cas où il ne fallait que pointer. Ils émettent comme hypothèse à cet échec, l'incompréhension par les patients de l'objectif du tableau. Cependant, ils ont mis en évidence certains avantages propres au panneau :

- il permet *d'initier l'utilisation ultérieure d'un carnet de communication* (car il se base sur la même stratégie adoptée pour les carnets de communication : le pointage d'images parmi un ensemble d'items) ;
- il *rend possible un premier contact* plus efficace et mieux adapté aux troubles du patient entre la famille et le personnel soignant ;
- il *peut éviter la dépression du patient* car il évite de le laisser s'isoler dans son silence avec un sentiment d'incompréhension. De plus, il représente une aide pour les proches et permet d'aborder le thème de l'aphasie et des moyens alternatifs et/ou augmentatifs.

Selon Havard, bien que l'un des objectifs de départ fût « l'exploitation du support par le plus grand nombre d'aphasiques », chaque patient est différent. De fait, le panneau permettrait d'insérer d'autres images plus personnelles et « évoluant avec l'état, les désirs et les besoins du patient ».

➤ Les cahiers de communication standardisés

Selon Seron et coll. (1996) [68], « le cahier ou carnet est conçu comme un répertoire d'informations généralement représentées sous la forme de dessins, de photographies, de pictogrammes, de symboles voire de mots écrits qui doivent servir au patient à transmettre ou à recevoir des informations dans des contextes réels. Concrètement, ces différentes informations sont organisées dans un carnet que le patient transporte avec lui ».

Kraat (1990) [60] propose, quant à elle, de partir des besoins communicatifs du patient tels qu'ils se manifestent dans les situations de sa vie quotidienne.

Le cahier de communication réunit un certain nombre de supports qui permettent l'expression de besoins, soucis ou plaisirs de l'aphasique.

Julien (2000) [26] répertorie en plusieurs rubriques les éléments importants devant composer le cahier de communication :

1. Présentation :

- oui/non et « je ne sais pas » et la manière dont la personne les exprime;
- explication de son aphasie ;
- explication de la façon dont la personne aphasique communique ;
- instructions d'utilisation du cahier ;
- brève histoire de sa vie, de ses intérêts afin de susciter l'intérêt de l'interlocuteur ;
- humour.

2. Qui ?

- inclure un arbre généalogique, le nom des proches et des divers intervenants, un carnet d'adresse.

3. Quand ?

- calendrier, agenda, horloge ; inviter les gens à y inscrire les rendez-vous, les visites du jour et celles à venir.

4. Combien ?

- chiffre, argent.

5. Quoi ?

- noter les besoins et les habitudes de vie spécifiques.

6. Où ?

- noter les endroits que la personne aime fréquenter, prévoir des cartes géographiques, du quartier, des photos de voyage.

7. Comment, pourquoi ?

- émotions et ce qui généralement les provoque.

En définitive, le cahier de communication a pour objectif de « favoriser les échanges entre la personne aphasique et son entourage. Il donne au partenaire un support pour stimuler la compétence et l'envie de communiquer chez son interlocuteur. Il évite une confrontation permanente à l'échec, dans toutes les tentatives pour se faire comprendre, ou comprendre le message entendu.

Cependant, selon le site PONTT, ces carnets standardisés ont eu peu d'échos auprès des orthophonistes et des aphasiques. Et ce parce qu'il sont difficilement adaptables aux désirs personnels de chaque patient. Or, un carnet devrait être un instrument qui « vit » en fonction des besoins de la personne aphasique qui se l'approprie.

Plusieurs types de cahiers de communication standardisés existent.

❖ **Germes de Parole**

Cet outil a été créé par Michel [32] (infirmière) en 2000. C'est un mémo guide de 20 pages comportant environ 100 pictogrammes en couleur, sous-titrés (mots écrits) et classés selon les besoins fondamentaux suivants :

- *toilette et confort personnel*
- *au quotidien*
- *détente et distraction*
- *sentiments et sensations*
- *visites*
- *alphabet*

Bien que très intéressant, cet outil comporte néanmoins des inconvénients. Sa forme est définitive et les pictogrammes ne sont pas personnalisables. De plus, il nécessite l'intégration d'un code symbolique avant de pouvoir avoir accès au sens.

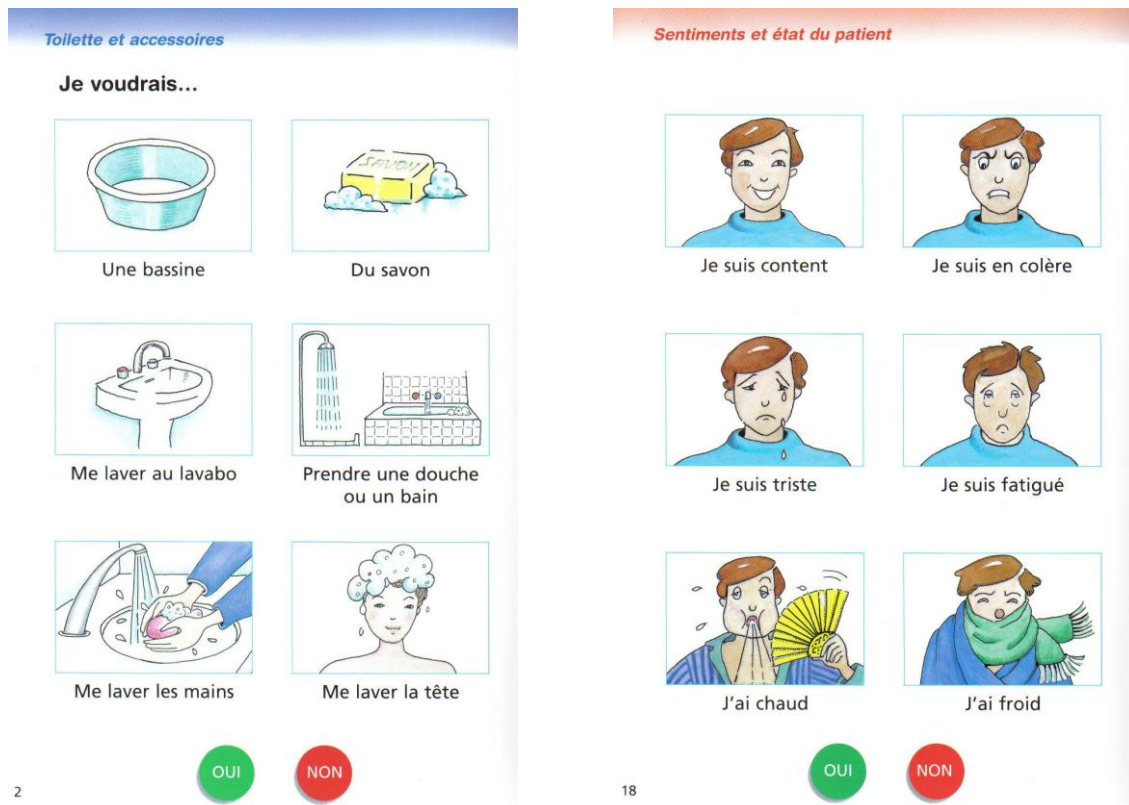


Figure 14: Quelques exemples de pages contenues dans "Germes de Parole"

❖ LogiCOM

Cet outil est appelé aussi **PictoCom**. Il a été créé en 2001 par la « Bundes Verband für die rehabilitation des aphasiker » en Allemagne et est distribué par les associations d'aphasiques. Il s'agit d'un petit répertoire de 20 pages comportant 150 dessins en noir et blanc, répartis en 7 rubriques symbolisées chacune par une icône et une couleur :

- *environnement et moyen de transport*
 - *commerces et bâtiments principaux*
 - *repas : boissons, alimentation, vaisselle*
 - *vêtements et objets usuels*
 - *hygiène et soins*
 - *pièces et objets relatifs à la maison*
 - *divers* (notions temporelles, actions, humeur, personnes, quantités, tailles, nombres)
- Il est facilement utilisable et transportable car de petite taille (9x13 cm).

De plus, il est assez exhaustif car il recouvre les besoins et désirs quotidiens principaux du patient. Ensuite, les dessins sont beaucoup plus facilement appréhendables, par l'aphasique, que les pictogrammes, ce qui en est un avantage considérable même si le patient devrait avoir conservé un bon accès à la représentation symbolique des dessins ; ce qui n'est pas toujours le cas. Cependant, comme pour « Germes de parole », ce matériel n'est pas adaptable au patient et les thèmes abordés sont fermés.

b) AIDES PERSONNALISEES

➤ Les cahiers de communication personnalisés

Lors d'un échange avec un carnet de communication, c'est principalement l'interlocuteur qui est actif : il pointe, identifie, déduit, répare, s'ajuste, etc. Son rôle est de faciliter la transmission des messages car la personne aphasique a souvent besoin d'être accompagnée et soutenue dans sa communication.

Majoritairement composé de photographies, ce type de carnet est très accessible car il ne demande pas l'apprentissage d'un nouveau lexique pour être utilisé.

Nous pouvons citer pour exemple de carnets de communication le SACCC et le C.COM.

❖ S.A.C.C.C. (Support à l'Apprentissage et à la Création de Carnets de Communication)

Cet outil a été créé par Frédérix (orthophoniste belge) en 2002. Il se présente sous la forme d'un CD-Rom contenant plusieurs centaines de photos organisées en catégories par l'intermédiaire d'onglets représentatifs. Notons que l'avantage de l'utilisation des photographies est l'accès direct au sens avec une très grande transparence. A partir de ce matériau la réalisation de planches composant un carnet de communication, utilisables dès la phase hospitalière est possible.

Une alternative est d'utiliser directement le carnet de base informatisé proposé en l'adaptant à l'état du patient et également à son évolution. Le fait que cette technique soit adaptable et personnalisable, permettra au patient de s'y investir et de se l'approprier réellement. Cela favorisera aussi l'implication de l'entourage.

❖ **C.Com (classeur de communication)** ³⁶

◆ **Description**

Ce logiciel a été créé par une orthophoniste en 2001, Isabelle Gonzales. Il est le résultat d'un protocole qui en a mesuré objectivement l'efficacité. Selon l'auteur, une double utilisation peut être faite :

- le partenaire guide, prend en main l'échange, pointe quand le patient ne peut pas le faire. Les questions posées devront être fermées, ne comportant qu'un élément à identifier et à réponse attendue unique. Le partenaire devra suivre au plus près l'intention du patient en observant la direction de son regard, sa gestualité, etc.
- le patient peut aussi prendre l'initiative de s'exprimer en pointant les photographies. De fait, pour une utilisation efficace, l'entourage doit réellement s'y investir.



Figure 15: Une planche du C.Com concernant les "soins du corps" dans la catégorie toilette

³⁶ Informations issues du site internet <http://www.leccom.fr/>

Cet outil est constitué de photographies numériques traitées par ordinateur et ajustées à un format particulier. Elles sont regroupées par catégories sémantiques. Le classeur de base est composé de 455 items répartis en 11 catégories comportant chacune de 3 à 12 planches :

- *la toilette*
- *les vêtements*
- *l'alimentation (fruits, légumes, viande)*
- *les traitements*
- *les émotions, les événements de la vie*
- *les objets courants*
- *l'environnement*
- *la famille, les amis*
- *les loisirs*
- *les moyens de transport*
- *le temps*

Chaque catégorie est éventuellement divisée en sous catégories *ex : pour les aliments, les fruits sont séparés des légumes, etc.*

Les planches photos sont situées à gauche et les planches textes à droite car si les deux modes de stimulations visuels étaient mélangés, les difficultés du déchiffrage littéral et sémantique, dues à l'aphasie pourraient perturber l'analyse du sens de la photographie.

Ce matériel met aussi à disposition des outils supplémentaires :

- une pendule avec aiguilles mobiles,
- une planche OUI/NON,
- une planche de couleurs,
- une réglette pour évaluer le seuil de douleur.

Un des avantages de cet outil est qu'il s'adapte au patient et à son évolution. En effet, l'ajout de photos des proches et de l'environnement du patient est tout à fait possible.

Pour permettre à l'aphasique de se familiariser avec le classeur, des mises en situations écologiques avec le patient puis le patient et l'entourage sont organisées.

Isabelle Gonzales indique que les objectifs du C.Com sont de « pallier les déficiences de l'expression et de la réception des messages rencontrés par la personne aphasique et son entourage en passant par une représentation directe de l'idée-cible pour conduire par pointages à l'identification du sens du message à transmettre ou entendu ».

Il faut noter qu'une fois de plus, la photographie « évite le recours à l'analyse déductive ou à la combinaison d'indices sémantiques ou conventionnels. L'aphasie elle-même n'atteignant pas la compréhension du sens d'une photo, la plupart des patients comprennent immédiatement ce que la photo signifie ». De fait, il n'y a pas de code nouveau à intégrer pour l'aphasique. Cela permet de rester au plus près de ses capacités résiduelles. En outre, pour l'interlocuteur pas de lexique à apprendre, l'accès est direct de manière à viser une grande facilité et simplicité d'utilisation.

◆ *Compétences nécessaires à l'utilisation de ce matériel*

Selon l'auteur, avant de proposer ce type de matériel au patient, l'orthophoniste devrait vérifier la capacité visuelle d'accès au stock structural de l'objet qui permet l'accès au sens de l'objet photographié par l'intermédiaire de la *Batterie de Décision Visuelle d'objets* et le *protocole d'évaluation des gnosies visuelles* (tests publiés à l'OrthoEdition). Cela en testant l'appariement fonctionnel et catégoriel. Le patient devrait avoir conservé :

- une ***appétence à la communication*** suffisante : en effet, un refus actif de communication devrait conduire vers une étape préalable d'accompagnement vers le rétablissement indispensable du désir d'un partage et d'échanges.
- un accès préservé au ***dessin***
- la ***distinction d'un vrai objet par rapport à un faux***
- la ***conservation d'une représentation imagée de l'objet***
- la ***capacité de regrouper les objets selon leur lien sémantique ou fonctionnel***
- la ***conservation de la représentation mentale de l'action, de l'objet par la photo correspondante***

Pour les patients présentant des difficultés d'exploration visuelle dans l'hémichamp droit, il semble donc nécessaire d'optimiser leur attention aux items et à l'exploration des planches.

A partir de ce constat, selon Gonzales, il n'existe de contre-indications ou freins à l'utilisation du classeur par le patient que si *l'accès gnosique au sens de l'image est perturbé* ou si la personne aphasique manifeste un repli *majeur avec un refus actif à communiquer*. Ni apraxie ni héminégligence ne devraient constituer un écueil si l'interlocuteur pointe, vérifie l'orientation du regard vers la cible.

➤ **Le carnet autobiographique (Parent, 1999)**

Ce carnet réunit les souvenirs de l'individu (personnels, professionnels, etc.) à partir de différents supports (photographies, articles, images, etc.) qui permettent de décrire les périodes et les épisodes marquants vécus par l'aphasique et son entourage. Cet outil constituerait une aide psychologique et affective qui permettrait à la personne d'évoquer son passé.

Cependant, l'accord du patient, avant l'élaboration du carnet, serait souhaitable même s'il semble quasi impossible de l'obtenir avec une personne aphasique sévère. En effet, ce carnet peut être une source de souffrance car il confronte le patient aux périodes agréables de son passé, si éloignées de son état actuel.

➤ **L'agenda autobiographique**

Il regroupe des indices sur les différentes activités réalisées par la personne depuis son aphasie (billets de cinéma, tickets d'entrée, photographies, etc.). La personne aphasique pourrait se remémorer ainsi ses dernières sorties et elles pourront être connues par des personnes qui la rencontrent moins régulièrement.

➤ L'écrit

Selon Elisabeth Cataix-Nègre, ergothérapeute, consultante en communication améliorée et alternative à l'APF ³⁷, plusieurs cas de figures peuvent se présenter lorsque la compréhension du langage écrit est préservée chez l'aphasique :

- ✓ ***Le patient a conservé également l'écriture*** : il a la possibilité de s'exprimer par **écrit**. Dans ce cas, l'écrit sera utilisé comme technique de communication facilitée au sein d'une rééducation pragmatique non-verbale de type 1 (cf. supra).
- ✓ ***Le patient ne peut pas tenir un instrument scripteur de sa main dominante*** (souvent à cause de l'hémiplégie) et le passage à la main non dominante est difficile : l'utilisation d'un **clavier** peut être conseillée. Toutefois, le fait de devoir se représenter les mots lettre par lettre peut être difficile car ce peut être une des caractéristiques de sa pathologie (alexie, agraphie littérale).
- ✓ ***Le patient peut désigner*** : le rééducateur peut lui présenter plusieurs types **d'alphabets** possibles :
 - un *alphabet classique*
 - un *code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée* : permettant un accès plus rapide aux voyelles et aux consonnes.

Code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée :

	1	2	3	4	5	6	7
1	A	O	B	G	L	Q	V
2	E	U	C	H	M	R	W
3	I	Y	D	J	N	S	X
4			F	K	P	T	Z

Figure 16: Code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée ³⁸

- ✓ ***Le patient ne peut pas désigner*** : l'interlocuteur peut choisir un **alphabet fonctionnel** qu'il épellera tandis que l'aphasique signifiera « oui » quand la bonne lettre sera énoncée. Lettre après lettre, mot après mot, affirmation après affirmation, l'échange s'instaurera et le sens émergera. « Bien sûr, on ne s'improvise pas locuteur alphabétique sans un certain apprentissage.

³⁷ Association des Paralysés de France

³⁸ Image issue du site <http://www.yanous.com/pratique/materiels/materiels010330.html>

C'est en pratiquant que l'on s'approprie cette technique. Et l'on finit même par repérer les astuces qui facilitent la communication » ajoute Clairette Charrière, ergothérapeute auprès de jeunes personnes non verbales.

Les alphabets fonctionnels peuvent être :

- *l'alphabet classique* (ne nécessitant pas d'apprentissage particulier mais très long à utiliser)
- *un code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée* : permettant un accès plus rapide aux voyelles et aux consonnes. Le partenaire de communication propose d'abord « voyelles » puis « consonnes » puis « consonne 1, 2, 3 » pour désigner la colonne correspondante, enfin une des lettres du groupe est validée
- *l'alphabet « Esarin »* ³⁹ qui est fondé sur l'ordre de fréquence d'apparition des lettres dans la langue française « E S A R I N T U L O M D P C E F B V H G J Q Z Y X K W » ; le locuteur épellera et le patient signifiera « oui » quand la bonne lettre sera trouvée.

D'autres codes existent mais sont surtout utilisées en cas de lock-in syndrom, c'est pourquoi ils ne seront pas développés.

Après ces explications, nous pouvons nous demander si ce type de technique est réellement approprié pour communiquer avec un patient aphasique. En effet, l'aspect extrêmement fastidieux de ces outils ne fait-il pas perdre de vue l'objectif principal c'est-à-dire la communication et le plaisir de communiquer ?

³⁹ Informations issues du site <http://www.yanous.com/pratique/materiels/materiels010330.html>

2- AIDES A LA COMMUNICATION SOUS FORME GESTUELLE

La littérature nous montre que l'apprentissage d'un langage gestuel par certains patients aphasiques sévères est possible mais il faut noter la lenteur importante du rythme d'acquisition et son caractère laborieux [53].

« Dans les aphasies sévères, tous les articles décrivant les essais qui ont été tentés, ont montré que ces techniques (surtout la LSF) demandent un apprentissage long et fastidieux de la part du patient et de tous ses interlocuteurs. De plus, elles exigent des capacités cognitives inaccessibles en raison de la nature même des troubles aphasiques sévères d'un patient cérébrolésé. Malgré des efforts soutenus, elles se sont montrées décevantes et n'ont pas permis de transfert dans la vie quotidienne. » décrivent Gonzales et Brun ⁴⁰.

Selon Feyereisen et Hazan [55], l'intérêt de l'utilisation du geste dans la rééducation n'a pas encore été établi. Ils ajoutent que le geste pourrait ne pas faciliter la compréhension de mots présentés oralement chez les aphasiques.

Cependant, la pratique clinique met en évidence que pendant la réception d'un message, les gestes peuvent constituer une aide capitale à la compréhension. En effet, le mime à lui seul peut permettre d'accéder à la compréhension.

C'est en cela que les gestes usuels constituent un autre canal d'entrée au même titre que l'entrée auditive, visuelle ou tactile. Plusieurs types de gestes existent (cf. § Les gestes) mais ils ne permettent pas de tout exprimer. En effet, les gestes déictiques (pointage) peuvent constituer une aide à la communication uniquement si le référent ne se situe pas trop loin de la situation conversationnelle ; quant aux gestes pantomimiques (mimant des objets ou des événements), ils ne représentent que des actions simples et ne peuvent en aucun cas suppléer tous les éléments du langage oral.

Une autre stratégie alternative de communication consiste à ponctuer le discours par l'utilisation de quelques signes tirés de la LSF avec respect de la syntaxe du français, qui peut s'apparenter au FCSC (Français Complet Signé Codé) mais sans le codage LPC.

⁴⁰ « Communication alternative et suppléances fonctionnelles » in Aphasies et aphasiques (2007) [31]

En outre, certaines techniques associent des pictogrammes à ces signes, comme dans le Makaton[©] ou le Coghamo[©], que nous allons exposer.

a) LE PROGRAMME MAKATON[©] ⁴¹

Selon la définition du site www.makaton.fr, le Makaton est un « programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole (langage oral) accompagnée de signes et/ou de pictogrammes ».

C'est entre 1973 et 1974 que Walker, orthophoniste britannique, met au point le programme Makaton pour répondre aux besoins d'enfants et d'adultes souffrants de troubles d'apprentissage et de la communication.

Tous les concepts sont illustrés par un ensemble de signes gestués et de pictogrammes. De fait, plusieurs canaux de communication se superposent (gestuel, symbolique, écrit, oral) et l'utilisation de plusieurs stimuli en même temps apporte une redondance au message, bien nécessaire à l'aphasique, en offrant une représentation visuelle du langage qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Le sujet pourra donc, grâce à cette présentation multimodale, s'approprier et utiliser le moyen qui est le plus adapté à ses propres capacités : orales, motrices (signes ou pointage des pictogrammes).

Les concepts représentés sont si diversifiés qu'ils permettront rapidement de favoriser les échanges en permettant au sujet d'accéder à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler une demande ou un refus, décrire, exprimer un sentiment, commenter, etc.

Le Makaton se compose de :

- un *vocabulaire de base* structuré en plusieurs niveaux progressifs. Nous dénombrons, de fait, pas moins de 450 concepts. Au sein de chaque niveau, toutes les catégories grammaticales sont représentées : noms communs, verbes, pronoms (personnels, possessifs, etc.), adjectifs, conjonctions, etc. Notons que dès le niveau 1, les items lexicaux peuvent être combinés entre eux pour faire de petites phrases. Dès lors, l'introduction de nouveaux items permet de varier les combinaisons et donc d'augmenter l'informativité du discours.

⁴¹ Informations issues du site www.makaton.fr

- un *vocabulaire supplémentaire* répertorié par thème permettant d'enrichir les premiers niveaux.

Les symboles associés aux signes doivent donc faire l'objet d'un long apprentissage de la part du patient avant de pouvoir l'utiliser.

Ce vocabulaire personnalisé est introduit en fonction de l'évolution et des besoins individuels *ex : si le patient n'a pas de frère, ce mot ne sera pas enseigné en début d'apprentissage bien qu'il fasse partie du niveau 1.*

Le Makaton répond donc « aux besoins d'une large population d'adultes et d'enfants atteints de troubles du langage associés à des handicaps divers : retard mental, autisme, polyhandicap, troubles spécifiques du langage, atteintes neurologiques affectant la communication » selon le site des créateurs de Makaton.

Le programme Makaton a pour objectifs :

- d'établir une communication fonctionnelle
- d'améliorer la compréhension et favoriser l'oralisation
- de structurer le langage oral et le langage écrit
- de permettre de meilleurs échanges au quotidien
- d'optimiser l'intégration sociale.

Pour les auteurs, les signes (gestes) et les symboles (pictogrammes) sont considérés comme complémentaires avec cependant une priorité accordée aux signes en début d'apprentissage.

✓ LES SIGNES

Ils sont issus de la Langue des Signes Française (L.S.F.) utilisée par la communauté sourde. Ces gestes standardisés permettent une expression dynamique à l'image du langage oral.



Figure 17: Quelques signes du programme Makaton[©]

✓ **LES PICTOGRAMMES**

Les pictogrammes sont des symboles graphiques codés. Ils permettent de structurer et développer le langage oral et le langage écrit. Ils sont présentés et utilisés sous diverses formes : cartes, cahier ou tableau de communication, synthèse vocale, etc. Selon les concepteurs, ils peuvent être également proposés lorsque la personne présente des difficultés motrices ou d'imitation trop importantes pour signer. Les pictogrammes représentent des mots. Ils sont dérivés du système « rébus ».

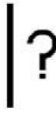
 maman	 je	 ami
 être	 vouloir	 boire
 content	 triste	 fâché
 où	 avec	 quand
     Je veux aller à l'école		

Figure 18: Quelques pictogrammes du programme Makaton®

Associés entre eux dans une suite logique, ils permettent de construire des phrases sous une forme visuelle.



Figure 19: Exemple de phrase pouvant être fabriquée avec le programme Makaton®

De plus, selon les auteurs, le rééducateur devrait également encourager toute tentative de parole même si les mots prononcés ne sont pas toujours compréhensibles.

En ce qui concerne l'utilisation d'une telle méthode chez l'aphasique, la présence de l'interlocuteur semble indispensable. Il serait donc favorable que l'entourage du patient suive simultanément un apprentissage rigoureux. Il existe pour cela des formations au Makaton.

En outre, il n'existe pas de réelles études publiées concernant l'utilisation de cet outil avec une population d'aphasiques. Toutefois, notons l'existence d'un mémoire d'orthophonie élaboré par Peschet (2005) [80] qui met en évidence les bénéfices du Makaton auprès d'aphasiques. Cependant, les propos sont relativisés car l'auteur énonce que cette méthode demande d'importantes adaptations auprès des aphasiques et que tous les aspects de cette technique ne peuvent être utilisés.

b) LE COGHAMO[©] ⁴²

« Coghamo » est l'acronyme de **communication gestuelle pour personnes avec un handicap moteur**. Ce système a été inventé par Magis, psychologue, et Tytgat, orthophoniste, en 1987, en Belgique.

Le Coghamo est un langage gestuel qui est issu du français signé, ainsi que des gestes de la vie courante. Il s'agit d'un langage simplifié au point de vue moteur car principalement destiné aux personnes avec un handicap physique. Selon les auteurs, c'est un langage « de secours » possédant un vocabulaire réduit de 107 gestes polysémiques permettant d'exprimer les besoins essentiels. Notons que le nombre réduit de gestes limite les possibilités lexicales.

En outre, certains gestes englobent plusieurs mots de la même famille lexicale ou plusieurs catégories syntaxiques. Il s'adresse notamment aux adultes voulant exprimer des besoins de base sans utilisation d'un support matériel.

⁴² Informations issues du site www.coghamo.be

Cet outil est constitué :

- de posters servant d'aide mémoire reprenant l'ensemble du vocabulaire
- de grilles d'évaluation motrice et fonctionnelle
- d'un lexique explicatif du vocabulaire destiné à l'entourage avec la proposition d'une méthodologie
- d'un lexique avec des dessins d'enfants faisant des gestes



Figure 20: Quelques gestes du Coghamo[®]

Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'études impliquant la méthode Coghamo avec une population d'aphasiques. Cependant, nous nous interrogeons sur les possibilités d'utilisation de cet outil avec des personnes aphasiques car le type de communication employé est uniquement gestuelle et ressemble donc à l'emploi de la LSF. En effet, nous avons vu précédemment que, selon certains auteurs, l'utilisation de la LSF chez l'aphasique ne permet pas d'obtenir de résultats satisfaisants.

3- AIDES A LA COMMUNICATION SOUS FORME AUDITIVE

Il est question ici de moyens techniques de haute technologie faisant appel à des voix synthétiques électroniques ou à une assistance semi-automatique de la sélection des mots ou d'actes de langage. Ces outils ont été mis au point, au départ, en Suisse. Depuis leurs débuts, ces **prothèses vocales**, appelées aussi **orthèses**⁴³ de la parole ont subi de nombreuses évolutions.

Notons qu'il existe également des **téléthèses**, qui sont des logiciels permettant d'augmenter les capacités de communication par enrichissement des capacités cognitives. Cette technologie donne la possibilité de constituer un album contenant des images qu'il est possible d'associer à des sons. La période de constitution de ces « albums » est la plus fastidieuse, mais une fois réalisés, le patient pourra utiliser la téléthèse soit avec un clavier soit avec un contacteur. Il pourra ainsi faire défiler les images et écouter les sons associés. De plus, la vitesse de défilement des images est réglable. De nombreuses études ont été menées pour évaluer l'efficacité de ces synthèses vocales mais surtout chez l'enfant IMC et autiste.

a) LE BA.BAR^{© 44}

Le B.A.Bar a été mis sur le marché en 2001. Il est distribué par la FST⁴⁵.

Son principe repose sur l'établissement d'une relation entre la lecture d'un code barre sur une étiquette autocollante (apposée sur un support choisi selon les besoins : objet, image, etc.) et un contenu sonore numérisé. Le B.A.Bar reproduit donc, à volonté, cette information sonore qui a été au préalable enregistrée. Elle peut être composée de mots, de phrases ou de bruits.

A chaque fois que le code barre sera lu, le B.A.Bar délivrera donc le message par l'intermédiaire d'un haut-parleur en créant un lien signifiant/signifié.

⁴³ Appareillage permettant de suppléer à une atteinte morphologique, et d'aider à faire fonctionner un organe, un membre ou une partie de membre *in* Dictionnaire d'Orthophonie [8]

⁴⁴ Informations tirées du DVD de présentation « B.A.Bar : stimuler et faciliter la communication » distribué par la FST

⁴⁵ Fédération Suisse de Téléthèse

En outre, l'appareil B.A.Bar dispose de quatre touches permettant de délivrer des messages complémentaires du domaine de l'abstrait (humeurs, sentiments, actions abstraites) *ex* : « *je me sens seul* », « *j'ai besoin d'aide* ».

Les créateurs proposent des exercices spécifiques, élaborés en fonction des pathologies, à réaliser en thérapie pour apprendre au patient le fonctionnement de ce matériel. Des formations sont régulièrement proposées avec des exercices concrets d'utilisation.

En outre, pour un patient ayant des difficultés de prononciation, B.A.Bar permet d'enregistrer sa voix et de se réécouter spontanément pour prendre conscience de ses productions grâce au feed-back. Ceci comme tout autre magnétophone.

Le fait que cette méthode demande le pré-enregistrement de toutes les situations que l'orthophoniste voudra travailler par la suite nous semble ne pas être la solution adéquate pour correspondre à une véritable aide à la communication. En effet, cette technique nous semble ôter toute spontanéité à la communication, en se limitant à ce qui « est prévu ». En outre, pour que la machine délivre son contenu, il faut lui présenter l'étiquette de l'objet se situant sur celui-ci ; de fait, il est impossible de parler d'un objet extérieur. De plus, le niveau de l'abstraction est négligé avec cette technologie car seuls quatre messages de ce type peuvent être enregistrés sur les quatre touches.



Figure 21: Aspect extérieur du matériel B.A.Bar[®]

b) LE PAPOO[©] ⁴⁶

Le Papoo est un outil d'aide à la communication portable qui offre aux personnes ayant des troubles d'élocution, un moyen d'expression. Il est ergonomique puisqu'il tient dans une seule main et dispose de « guide-doigts » intégrés autour des écrans tactiles afin d'éviter les erreurs de localisation. De plus, les deux écrans tactiles permettent de faire défiler des images classées par catégories. Le déroulement des images se fait par deux touches : haut/bas. Puis, il suffit d'appuyer sur l'image choisie pour que le message associé soit prononcé oralement par la machine. Il est entièrement personnalisable grâce au logiciel PapooSoft qui permet de créer un Panorama personnel, c'est-à-dire un diaporama d'images constitué par les messages, les images et les catégories contenues dans le Papoo du patient. En outre, le logiciel permet de transférer n'importe quelle photo numérique qui se trouve sur un ordinateur directement dans le Papoo. De plus, un message écrit peut être associé à n'importe quelle photo. La capacité de stockage est environ de 10 000 messages.

Ce matériel étant très récent, nous n'avons pas trouvé d'études sur l'utilisation du Papoo avec des aphasiques. Cependant, nous pouvons observer que les compétences qui semblent requises pour l'utilisation de ce matériel sont la catégorisation et l'individualisation qui permettront d'aller rechercher dans l'appareil l'image adéquate. De plus, la petitesse des écrans ne semble pas très pratique.



Figure 22: Aspect extérieur du Papoo[©]

⁴⁶ Informations issues du site www.papoo.fr

c) LE LEBLATPHONE[©] - LEBLATCOM[©] ⁴⁷

M. Leblat a eu l'idée de reconstituer l'ensemble du dictionnaire français, soit près de 110 000 mots, avec un minimum de touches, permettant ainsi d'envisager une « machine à parler » portable. Au bout de 13 ans de recherche, il a réussi à décoder la langue française en 72 touches. D'une qualité sonore exceptionnelle (l'ensemble des phonèmes a été enregistré en studio pour une meilleure qualité de son), le Leblatphone permet de retrouver un moyen d'expression en tous lieux. Son principe est simple : le patient tape un mot, une phrase sur le clavier et la synthèse vocale l'énonce. L'intonation est respectée ce qui évite la désagréable sensation de « voix robotisée ». En effet, l'enveloppe mélodique est parfaitement respectée lorsque la voix synthétique (d'homme ou de femme, au choix) la restitue. Il faut noter également que le logiciel peut lire impeccablement, des phrases tapées au clavier qu'elles soient justes orthographiquement ou non, du moment que la transcription phonétique reste fidèle ex. *"jèmebokou séfoto de ma mère"*.

Après l'invention du Leblatphone, M. Leblat, a créé le Leblatcom, qui est un véritable ordinateur portable comprenant de nombreuses fonctions :

- un clavier de pictogrammes évolutif
- le clavier Leblatphone (clavier phonétique) intégré, composé de 72 touches
- un clavier virtuel avec prédiction de mots
- une reconnaissance d'écriture manuscrite grâce à l'écran tactile, etc.

Aucune étude n'a encore été réalisée sur l'emploi de ce matériel auprès d'aphasiques. Cependant, nous pouvons noter une certaine complexité d'utilisation directe pour les personnes souffrant d'aphasie. De plus, la décomposition des mots en syllabes peut être difficile du fait de la pathologie.

⁴⁷ Informations issues du site <http://www.leblatphone.fr/>



Figure 23: Aspect extérieur du Leblatphone®



Figure 24: Aspect extérieur du Leblatcom®

d) LES CARNETS DE COMMUNICATION PARLANT ⁴⁸

Ces systèmes sont multiples (Minspeak[®], Pathfinder[®], Dialo V2[®], Lignhtwriter[®], etc.). Toutes ces technologies sont utilisables par clavier, par contacteur ou par un joystick. L'efficacité de leur utilisation a été démontrée surtout auprès de patients IMC et autistes. Il existe globalement 3 modes de communication utilisés dans les logiciels de communication :

- une communication par lettre ou par mot pour les personnes aptes à les utiliser
- une communication par pictogramme unique : un pictogramme est égal à un mot
- une communication par combinaison de pictogrammes : c'est le concept **Minspeak[®]**.

De nombreuses études internationales ont montré que tous les types de population, quel que soient l'âge, l'activité ou le niveau de connaissances, utilisent les mêmes mots contenus dans un vocabulaire dit « de base ». Ce vocabulaire est difficile à représenter car ces mots sont dits « non producteurs d'image » *ex : mon, vouloir, ses, etc.*

Cela a conduit à deux constats :

- ✓ les tableaux de communication traditionnels contiennent des pictogrammes difficiles à comprendre pour représenter des mots courants, tels que « travail », « joie », « je », « mon », « ton », « le mien »
- ✓ les tableaux de communication ne contiennent pas beaucoup de mots parmi les plus utilisés.

Minspeak combine donc les pictogrammes. Ce concept permet ainsi d'avoir un nombre réduit de pictogrammes sur une « page » de clavier unique, avec des significations multiples. Le principe en est toujours l'énonciation par une synthèse vocale du message sélectionné par l'utilisateur. Cette sélection peut se faire par le défilement de différentes grilles structurées en arborescence.

Notons que des formations sont proposées par le groupe Protéor qui commerciale Minspeak.

⁴⁸ Informations issues du site www.proteor.fr

Les carnets de communication parlant demandent donc :

- soit de maîtriser l'alphabet (Ligntwriter)
- soit de maîtriser la phonétique (Synthé 5 possède un clavier phonétique ; de fait, les phrases s'écrivent comme elles se prononcent)
- soit de maîtriser le langage pictographique utilisé (Dynamo)
- soit de comprendre le système de pages

Il est à noter que certains logiciels combinent plusieurs supports. Par exemple le logiciel Winsill est utilisable par l'intermédiaire d'images, de pictogrammes, de lettres, de mots ou de phrases. Il permet des tableaux à entrées multiples et l'addition de pages à volonté. Dans cet outil, les pictogrammes utilisés sont issus du langage Bliss. De plus, le logiciel Winsill respecte « tout seul » les règles de conjugaison lors d'un enchaînement sujet/verbe, et plus généralement les règles de grammaire. Il ne faut pas négliger que cette propriété peut aider l'agrammatique.

Les carnets de communication parlant paraissent requérir des compétences résiduelles diverses de l'aphasique. Par contre, ils ont pour point commun de nécessiter un langage constitué ; cependant celui de l'aphasique est désorganisé.

4- METHODES DE REEDUCATION DE LA COMMUNICATION

Nous présenterons dans ce paragraphe deux méthode de rééducation de la communication : la PACE et la TMR. En effet, certains auteurs, comme Lissandre [61] affirment qu'elle peuvent être utilisée comme **moyens d'aide à la communication**. Nous apprécierons dans notre partie pratique l'avis des orthophonistes interrogés.

a) LA PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness)

La thérapie PACE a été créée par Davis et Wilcox en 1981 à un moment où les orthophonistes constataient les limites des prises en charge du patient aphasique

uniquement centrées sur le trouble linguistique. Cette méthode s'est développée au sein des approches pragmatiques avec pour mot d'ordre la « réhabilitation de la communication ». En effet, on s'est intéressé dès lors à l'Aidant, l'adaptation de l'environnement et la création d'outils spécifiques dans la prise en charge des patients aphasiques. Cela pour rendre possibles des échanges fonctionnels spontanés, pour que le patient participe aux choix qui le concernent et pour obtenir son consentement éclairé notamment face à son projet thérapeutique ; en un mot pour améliorer sa qualité de vie.

La PACE peut se définir comme « une thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication » selon Lissandre ⁴⁹. Cette thérapie veut rendre l'échange d'informations entre la personne aphasique et son interlocuteur plus efficace, grâce à une situation où le patient pourra améliorer ses stratégies de communication et combiner les différents canaux de communication selon Clerebaut et coll. [50].

Selon ses auteurs, la PACE repose sur quatre principes :

- *L'échange d'informations nouvelles*
- *L'alternance des rôles*
- *L'échange multimodal*
- *Les feed-backs portant sur la réussite de l'échange : on s'intéresse au transfert du contenu du message et non à la forme de celui-ci.*

Selon les auteurs, la PACE pourrait être utilisée lors de la phase initiale de la prise en charge afin de développer les compétences communicatives du patient ou lors de la phase finale pour permettre le transfert des acquis de la rééducation à la vie quotidienne.

La thérapie se déroule en trois temps selon Lissandre et coll. :

- 1) **La découverte et l'adaptation** : durant cinq à dix séances, le thérapeute observe les possibilités et les stratégies communicatives du patient et explique la méthode.

⁴⁹ « Les thérapies pragmatiques et la PACE » in « Aphasies et aphasiques » [31]

- 2) **L'imitation** : le thérapeute va modeler la communication du patient. Il encourage l'utilisation de la communication multimodale ou d'une stratégie spécifique et propose des exemples de communication efficaces.
- 3) **Le transfert des acquis** : le patient doit réinvestir les stratégies apprises dans des situations plus écologiques comme dans des groupes de communication.

La PACE semble donc une thérapie très intéressante car elle décentre les patients de leurs difficultés verbales en leur faisant découvrir l'étendue plus large de leur répertoire expressif.

Notons toutefois que selon Springer [70], la thérapie PACE, ne semble pas efficace avec des patients présentant une aphasie globale. En effet, les consignes ne sont pas toujours accessibles à leur compréhension. De plus, si le patient présente des troubles praxiques associés, l'utilisation de gestes semble compromise.

b) LA TMR (THERAPIE MELODIQUE ET RYTHMEE)

La TMR est l'adaptation française de la *Melody Intonation Therapy* élaborée par Van Eeckhout dès 1978. C'est une technique de rééducation pour l'aphasie dont le principe est la « stimulation du patient au moyen d'une exagération du rythme de la parole sur une structure mélodique fondée sur le contraste entre deux sons (l'un aigu, fort et accentué ; l'autre plus grave, faible et non accentué) ». Les résultats attendus sont la production, par la répétition et l'entraînement, de phrases scandées, écrites. De fait, cette rééducation stimule les compétences de l'hémisphère droit pour retrouver l'accès à la parole. En définitive, l'objectif principal de la TMR est la levée de l'inhibition psycholinguistique au niveau du langage oral, c'est-à-dire la démutisation. De fait, ce type de thérapie n'intervient pas dans la réhabilitation de la communication et ne peut donc pas être considéré comme une aide à la communication.

PARTIE PRATIQUE

IV- REALISATION DU QUESTIONNAIRE

A- LE BUT DE NOTRE ETUDE

Notre réflexion est née d'une constatation : l'utilisation d'aides à la communication, auprès de patients aphasiques vasculaires, nous est apparue être tardive dans la prise en charge orthophonique. En effet, de nombreux orthophonistes préconisent le recours à une aide alternative lorsque les capacités de récupération linguistiques du patient stagnent. De fait, ces moyens sont appréhendés comme des substituts définitifs au langage oral. Le patient devra donc avoir fait le « deuil » de ses compétences verbales pour que l'utilisation d'une aide soit efficace. Cependant, le rôle de l'orthophoniste n'est-il pas de maintenir le lien de communication entre le patient aphasique et les Aidants le plus tôt possible ? C'est en tout cas ce que recommande la HAS⁵⁰ qui précise que le rôle de l'orthophoniste est de favoriser en priorité la communication en « mettant en place des moyens alternatifs temporaires adéquats » et en « informant l'équipe et l'entourage du patient des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre ». Notre réflexion nous a donc conduit à nous demander si, du point de vue des orthophonistes, l'emploi de moyens alternatifs pouvait être pertinent dès le début de l'hospitalisation et être présentés au patient comme des moyens de compensation temporaires parmi tant d'autres, au même titre qu'un fauteuil roulant en cas de troubles moteurs.

Pour répondre à nos questionnements, dans la partie théorique, nous avons tout d'abord décrit l'ensemble des éléments cliniques de l'aphasie vasculaire. Nous avons pu observer que les difficultés de communication peuvent exister quel que soit le tableau clinique mis en évidence par les épreuves du bilan. Ensuite, nous avons répertorié les aides à la communication pouvant répondre aux besoins des patients aphasiques. Lors de cette recherche, nous avons constaté qu'il n'existe aucune source d'information pouvant aider l'orthophoniste dans son choix vers une de ces aides en fonction des déficits de son patient.

⁵⁰ Haute Autorité de Santé

Il nous est donc apparu intéressant de nous interroger sur la pertinence de l'élaboration d'une classification des moyens d'aides à la communication en fonction de la sémiologie aphasique et des troubles associés. Ce travail avait alors deux intérêts : le premier, et le plus important, étant de fournir des éléments répertoriés pour orienter l'orthophoniste dans son choix, le second, étant d'établir un état des lieux des aides existantes pouvant s'appliquer à la pathologie aphasique. Le but de notre étude vise avant tout une plus grande aisance et une plus grande rapidité dans l'accès aux outils participant au maintien de la communication en milieu hospitalier afin de répondre au mieux aux besoins des patients pris en charge.

Ainsi, pour établir cette classification, nous avons proposé un questionnaire aux orthophonistes salariés, prenant en charge des patients aphasiques vasculaires en période d'hospitalisation. A travers ce questionnaire nous avons également voulu connaître les moyens utilisés par les orthophonistes pour mettre en évidence la possibilité pour un patient de bénéficier d'une aide à la communication. Par exemple, utilisent-ils un bilan étalonné pour d'une part, objectiver le trouble et d'autre part, s'assurer que le patient ait les capacités résiduelles suffisantes pour accéder à la mise en place d'une telle aide ?

En outre, dans notre classification des aides répertoriées nous avons choisi de spécifier l'influence que peut avoir l'interlocuteur en fonction de la place qu'il occupe pour le patient. En effet, la mise en place de l'aide à la communication et l'approche qui en découle ne sera pas la même pour les équipes soignantes ou les proches.

B- LA POPULATION CIBLEE : CRITERES D'INCLUSION

Notre étude concernant les patients aphasiques post-AVC en période d'hospitalisation, la population ciblée par notre questionnaire comprend les orthophonistes faisant partie de la filière de soins prenant en charge les accidents vasculaires cérébraux. Ces orthophonistes hospitaliers peuvent exercer :

- ✓ dans une UNV ⁵¹ : pendant la phase aiguë
- ✓ dans un Service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR)
- ✓ dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- ✓ dans un Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF)
- ✓ dans un service de Neurologie
- ✓ dans un établissement privé

Nous n'avons pas jugé pertinent de contacter les orthophonistes exerçant dans des établissements privés car le fonctionnement de ces lieux peut être différent par rapport à la fonction publique.

Notre questionnaire a également été proposé à des orthophonistes ex-hospitalières et à des professionnels ayant effectué des stages dans ce type de service.

⁵¹ Unité Neurovasculaire : 78 établissements recensés au 31 mars 2009 par le ministère de la santé (<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>)

C- LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE

1- GENERALITES

Pour étayer notre réflexion, nous avons choisi, parmi les diverses modalités à disposition, d'effectuer une **enquête** par l'intermédiaire d'un **questionnaire**. Cette méthodologie semblait la plus adaptée à notre sujet malgré les limites inhérentes aux questionnaires, que nous développerons dans un autre paragraphe.

Le questionnaire a été élaboré sous la direction de Mme Monique Legros et Melle Charlotte Fernandez, orthophonistes hospitalières. Il comporte 14 questions réparties sur 8 pages sous format paysage pour une raison de clarté et d'esthétisme. Le temps de réponse moyen à ce questionnaire a été estimé à environ 20 minutes. Les orthophonistes ont eu le choix entre trois modalités pour le compléter :

- ✓ Un format Word[®]
- ✓ Un format internet (questionnaire mis en ligne)
- ✓ Un format papier

En effet, au départ, la création du questionnaire a été réalisée grâce au logiciel Word[®] (Microsoft Office), dont sont pourvus la quasi-totalité des ordinateurs. Pour remplir notre questionnaire l'orthophoniste devait choisir les cases à cocher et remplir les champs prévus à cet effet, afin d'avoir une approche la plus rapide possible.

Dans un second temps, nous avons eu l'opportunité, grâce à M. David Guigue (orthophoniste), de mettre en ligne le questionnaire en utilisant un logiciel de programmation informatique pour sondages en ligne « LimeSurvey ». Le questionnaire pouvait donc être complété directement à l'adresse URL :

<http://questionnaire.orthoformation.com/limesurvey/index.php?sid=93254&newtest=Y&lang=fr> .

De fait, cette modalité permettait un accès du formulaire à un plus grand nombre de professionnels et ainsi un élargissement des données recueillies.

Enfin, nous avons envoyé quelques questionnaires en format papier pour les orthophonistes qui le souhaitent ou qui n'avaient pas accès à l'outil informatique.

Ces trois versions étant identiques dans leur contenu, nous ne les décrirons qu'une fois.

Nous avons utilisé **deux types de modalités de réponses** :

- ✓ Une *modalité à choix fermé* se présentant sous la forme :
 - binaire OUI ☐ / NON ☐ ou
 - case à cocher ou pas ☐

Ce moyen de réponse a été privilégié pour optimiser la clarté des réponses et réduire au maximum le temps de remplissage.

- ✓ Une *modalité de réponse libre* matérialisée par une zone de texte à compléter.

Ex : question 1 : à compléter (format Word[®] et papier). (cf. annexe questionnaire)

Ce mode a été employé lorsque nous cherchions des éléments de précision dans nos interrogations.

Ces deux types de réponses ne peuvent engendrer la même analyse. En effet, les réponses à choix fermé de type binaire nous fournissent des informations quantitatives tandis que les réponses libres, ouvertes, nous apportent des informations qualitatives ou des estimations quantitatives. Nous en tiendrons compte dans l'analyse.

La diffusion du questionnaire a été assurée au mois de mars 2010, par voie informatique essentiellement et par courrier postal ; nous y reviendrons dans la suite du mémoire.

2- ADAPTATION DES ELEMENTS THEORIQUES A L'APHASIQUE VASCULAIRE HOSPITALISÉ

A partir des éléments que nous avons exposés dans la partie théorique, nous expliquerons dans ce chapitre les choix que nous avons fait pour construire notre partie pratique.

a) SELECTION DES AIDES A LA COMMUNICATION

Nous avons retenu certaines aides à la communication en nous référant :

- à des études effectuées concernant une population d'aphasique
- et/ou aux caractéristiques de chaque aide qui nous semblaient pertinentes
- et/ou à notre observation clinique.

Puis, nous avons regroupé les aides reposant sur le même support et abandonné certaines autres, non pertinentes. De fait, le nombre d'items présentés dans les tableaux s'élève à 13 items. Les aides retenues sont donc les suivantes :

- ✓ **Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles** : servant tous deux à exprimer une notion de temporalité
- ✓ **Echelle de douleur, de niveau, de moral** : permettant toutes de définir différents degrés dans leurs divers domaines. Elles répondent à un questionnaire fréquent en milieu hospitalier (nécessité pour les médecins d'avoir ces informations)
- ✓ **Pictogrammes figuratifs** : les trois types de pictogrammes (figuratifs, abstraits et schématiques) ont été distingués car ils demandent des utilisations bien spécifiques. De plus, les logos des différentes administrations ont été considérés comme appartenant aux différents systèmes pictographiques
- ✓ **Panneau, cahier de communication standardisé** : les suites alphabétique et numérique ont été considérées comme incluses sur le panneau de communication
- ✓ **Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique consonne-voyelle)** : l'utilisation d'un clavier et le pointage littéral reposent sur une conscience littérale efficace. Les lettres mobiles ont été incluses dans cette aide car nous avons considéré que le pointage des lettres sur un alphabet ou la manipulation de lettres mobiles étaient équivalents

- ✓ **Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)** : a été mise à part car elle fait intervenir activement le récepteur du message qui devient alors locuteur
- ✓ **Pictogrammes schématiques (PECS)**
- ✓ **Pictogrammes abstraits (BLISS)**
- ✓ **Cahier de communication personnalisé (C.COM)**
- ✓ **Carnet, agenda autobiographique** : tous deux concernant les données biographiques du patient
- ✓ **Makaton, Coughamo** : reposant en partie sur un support gestuel
- ✓ **Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblatcom)** : toutes se diffusant principalement par le canal auditif
- ✓ **P.A.C.E** : a été maintenue pour évaluer si elle peut être considérée comme une aide à la communication.

La carte du monde, de France ainsi que la fiche de présentation du patient ont été écartées car jugées peu pertinentes pour notre étude.

De plus, nous avons supprimé l'utilisation directe de l'écriture par le patient, car comme nous l'avons développée dans notre partie théorique, elle est plutôt à considérer comme une technique de facilitation qu'une aide à la communication.

b) SELECTION DES TYPES D'INTERLOCUTEURS

Ce paragraphe a pour objectif d'exposer les caractéristiques des trois types d'interlocuteurs que nous considérons dans notre étude. Ce choix est basé sur une observation en milieu hospitalier. En effet, l'orthophoniste hospitalier peut se rendre compte que les besoins, au niveau des échanges communicationnels, divergent en fonction des interlocuteurs.

Nous émettrons pour chaque type d'interlocuteur des hypothèses quant aux choix des moyens communicatifs à privilégier et les comparerons, dans la partie « résultats et analyse » aux choix des orthophonistes interrogés.

- ✓ **Tous les interlocuteurs** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient sur ses « besoins primaires », sans spécificité *ex : les ASH, les brancardiers, etc.* En effet, ils n'ont pas la nécessité d'échanger longuement avec le patient et surtout ils n'abordent pas les mêmes sujets avec le patient que l'entourage proche. Souvent, ces personnes poseront des questions auxquelles le patient devra répondre par OUI/NON. De plus, de par leur charge de travail, ils n'auraient pas de temps pour l'apprentissage d'une aide à la communication plus complexe. Les aides choisies devraient donc être simples et accessibles à tous sans spécificité de formation. Elles pourraient être regroupées sous le terme d'« aides élémentaires », quotidiennes telles que le *calendrier et l'horloge avec aiguilles mobiles, les différentes échelles, les pictogrammes figuratifs et/ou le panneau ou cahier de communication standardisé.*

- ✓ **Les interlocuteurs privilégiés** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient plus spécifiquement sur sa pathologie *ex : médecins, infirmiers, aide-soignants, rééducateurs ainsi que la famille proche.* Lors des visites quotidiennes, le médecin a besoin d'échanger sur l'AVC, d'expliquer au patient quels sont ses troubles et comment il va être pris en charge par l'équipe. Il a également besoin d'informations sur les antécédents, les facteurs de risques, les éléments cliniques quotidiens. De même, pour l'entourage familial il est nécessaire de comprendre quels sont les éléments sémiologiques du proche. De fait, des aides alternatives tenant compte précisément de la sémiologie aphasique ainsi que des éventuels troubles associés seront à proposer. De plus, ces interlocuteurs privilégiés devraient bénéficier d'une explication de l'aide à la communication choisie par l'orthophoniste. De notre point de vue ces aides comprennent les *aides élémentaires (citées précédemment)* ainsi que *l'utilisation d'un clavier ou du pointage par le patient, l'épellation par l'interlocuteur par l'intermédiaire d'un alphabet qui peut être fonctionnel (Esarin) et/ou l'emploi de pictogrammes schématiques (PECS).*

- ✓ **L'entourage proche** : il concerne *la famille et les amis* du patient. Il est à noter que cet interlocuteur est inclus dans « les interlocuteurs privilégiés » mais nous avons estimé qu'il méritait un statut à part car pour celui-ci les besoins communicationnels seraient plus importants et toucheraient des domaines plus personnels et intimes. En effet, ces personnes ont connu l'individu avant l'accident, contrairement au personnel hospitalier, et semblent donc vouloir maintenir autant de richesse dans les échanges qu'avant la pathologie. L'entourage proche aurait donc la particularité de connaître des données bibliographiques sur le patient qui lui permettraient de « deviner » parfois une fin de phrase ou un sujet de conversation débutée par le patient. Ici les aides devraient être plus riches et plus personnalisées: *le cahier de communication personnalisé (type C.Com), le carnet ou agenda autobiographique, le programme Makaton ou Coghamo et/ou les synthèses vocales*. L'ensemble de ces techniques demanderait une réelle implication du partenaire et un réel apprentissage ; c'est souvent lui qui devrait initier l'échange, pointer les éléments et demander confirmation ou infirmation à son parent.

c) SELECTION DES ELEMENTS SEMIOLOGIQUES

A partir des éléments sémiologiques exposés en partie théorique, nous sélectionnerons les plus pertinents et regrouperons ceux qui engendrent les mêmes conséquences au niveau fonctionnel. Ceci, même si les mécanismes physiopathologiques en cause sont différents *ex : le manque du mot présent dans les aphasies fluente ou non fluente (surtout en présence d'un jargon réduit) sera fonctionnellement la conséquence d'une diminution de l'informativité du discours*.

Les éléments qui ont été retenus sont :

- ✓ Troubles de la compréhension orale :
 - **Surdité verbale**
 - **Trouble de la compréhension syntaxique**
- ✓ Troubles de la compréhension écrite : **cécité verbale, éléments alexiques**
- ✓ Troubles de l'expression orale :
 - **Réduction quantitative (manque du mot, anarthrie)**

- **Logorrhée, paraphasies, stéréotypies, persévérations** : regroupées bien que la logorrhée ait un aspect plus quantitatif que qualitatif. Nous n'avons pas détaillé l'ensemble des paraphasies car cette distinction ne semble pas pertinente pour notre étude.
- **Troubles syntaxiques (agrammatisme, dyssyntaxie)**
- ✓ Troubles de l'expression écrite : **éléments agrapiques**

Pour chaque trouble sémiologique nous donnerons notre avis sur les aides à employer de manière préférentielle et les comparerons aux opinions des interrogés.

En ce qui concerne les **troubles de compréhension orale** (surdité verbale et trouble de la compréhension syntaxique d  à une inhibition psycholinguistique), nous pensons que les aides à utiliser seraient similaires et ne devraient pas passer par le canal auditif. Les aides les plus adéquates sembleraient être : *la manipulation du calendrier, de l'horloge, des diverses échelles ainsi que le pointage des pictogrammes sur les différents supports (panneau, cahier de communication)*. L'utilisation d'un clavier et d'une synthèse vocale nous semble inutile car dans cette pathologie le langage oral paraît préservé. En outre, l'épellation par l'interlocuteur s'av rerait à rejeter. Ensuite, l'utilisation d'un *carnet autobiographique* peut se montrer intéressante pour structurer l'espace/temps. Enfin, le *programme Makaton et le Coghamo* pourraient être pertinents car ils reposent sur des gestes.

Dans le cas de **troubles de la compréhension écrite** (cécité verbale et éléments alexiques), nous envisageons que les aides reposant sur un support visuel écrit seraient à proscrire. De fait, nous suggérons que le clavier ou le pointage par le patient et l'utilisation de synthèses vocales paraîtraient impossibles. *Les pictogrammes, le panneau, cahier de communication et le carnet autobiographique ne devraient pas être composés d'éléments écrits*. En outre, l'épellation semble possible mais paraît extrêmement fastidieuse. Par contre, les *systèmes gestuels* s'av reraient adaptés.

Seuls les troubles graphiques ont été sélectionnés comme **troubles de l'expression écrite**. En effet, nous estimons que le patient agraphique pourrait utiliser *toutes les aides* évoquées à part : le clavier, le pointage littéral et la synthèse vocale puisque lorsque la difficulté du patient se trouve être d'ordre moteur ; l'individu aurait la capacité de changer de main scriptrice et de fait, il s'exprimerait par écrit. Notons que les résultats obtenus seront à corrélés avec ceux recueillis en cas de troubles de la compréhension écrite.

En ce qui concerne les **troubles de l'expression orale**, la dysprosodie n'a pas été retenue comme élément sémiologique intervenant dans notre mémoire. Tout d'abord, nous verrons si le choix des aides adéquates est similaire pour les trois catégories d'éléments sémiologiques de l'expression verbale (réduction quantitative, logorrhée, etc. et troubles syntaxiques). Ensuite, nous concevons que puisque les aides alternatives sélectionnées l'ont été en priorité pour des patients ayant des capacités verbales limitées, il semblerait que *toutes les aides mentionnées* puissent convenir à ce type de pathologie - à part l'épellation par l'interlocuteur qui semble très fastidieuse et demande une conscience littérale importante.

Enfin, les **troubles de type pragmatique** n'ont pas été pris en compte car selon la littérature ils sont peu altérés chez l'aphasique. De plus, s'ils sont perturbés il nous apparaît difficile de pouvoir utiliser une aide à la communication. Cependant, la question 13 mettant en évidence la considération de l'appétence à la communication comme une capacité résiduelle indispensable ou non à la mise en place d'une aide augmentative, nous permet d'en évaluer l'un des aspects.

d) SELECTION DES TROUBLES ASSOCIES

Nous avons également effectué des choix parmi les troubles associés en fonction de leur pertinence par rapport à notre étude.

Pour chacun nous exposerons nos hypothèses quant à la sélection des aides adéquates et évaluerons leur pertinence en les comparant à l'avis des participants.

Nous avons donc retenu :

- ✓ **Hémiplégie droite**
- ✓ **Hémianopsie latérale homonyme / Quadrantanopsie latérale homonyme** : la quadrantanopsie latérale homonyme figure dans notre tableau, bien que la littérature mette en évidence qu'elle n'est pas gênante pour la mise en place d'une aide
- ✓ **Trouble du pointage (gestes déictiques)**
- ✓ **Eléments apraxiques**
- ✓ **Agnosies visuelles** : nous n'avons pas détaillé les agnosies visuelles, mais nous avons séparé les agnosies visuelles et l'agnosie visuo-spatiale
- ✓ **Agnosie visuo-spatiale**
- ✓ **Héminégligence** :
- ✓ **Trouble de l'orientation spatio-temporelle**

Nous n'avons pas mentionné les troubles antérieurs à l'AVC, comme les troubles visuels et auditifs puisqu'ils sont recherchés dans le bilan orthophonique à travers l'état des lieux initial.

Une **hémiplégie droite** pourrait perturber le pointage de certaines aides mais, bien que nous pensons qu'elle est quasiment toujours compensée par le côté gauche, nous examinerons l'avis des orthophonistes. De fait, *toutes les aides* se montreraient adaptées. Toutefois, l'utilisation du Makaton et du Coghmo semblerait limitée car ces techniques nécessiteraient souvent l'utilisation des deux membres simultanément.

L'hémianopsie latérale homonyme pourrait gêner les aides se présentant par un support visuel, mais nous envisageons que l'orthophoniste serait en mesure de présenter l'aide dans l'hémichamp visuel sain. Donc *toutes les aides* sembleraient pouvoir être utilisées.

Le **trouble du pointage**, pouvant être dû à un trouble de l'initiative, a été différencié des troubles praxiques, moteurs ou concernant l'élaboration du mouvement, car nous pensons que l'orthophoniste ne choisira pas les mêmes aides en fonction de l'un ou l'autre de ces troubles. Lorsque des troubles moteurs sont présents, nous avons relevé dans la littérature la possibilité de pallier ces troubles par l'utilisation de licorne ou de système infra rouge. Ces instruments semblent indispensables pour des pathologies comme les IMC ; par contre, il nous semble que ces outils ne seraient pas adaptés à la pathologie aphasique. En outre, nous n'avons pas détaillé les différents types d'apraxies pour cause de non pertinence.

Si un trouble du pointage est présent, il semblerait que *l'utilisation de toutes les aides soit compromise*. Cependant, ce serait à ce moment là à l'interlocuteur de prendre en main la communication et de demander au patient de confirmer ses dires. Par contre, l'épellation pourrait être utilisée bien qu'elle apparaisse comme pour les autres troubles, fastidieuse.

En cas d'**éléments praxiques**, en considérant qu'il n'y ait pas de trouble du pointage, *toutes les aides* paraissent pouvoir être utilisées – à part les gestes du Makaton et du Coghamo.

En ce qui concerne les **agnosies visuelles et l'agnosie visuo-spatiale**, les moyens alternatifs reposant sur un support visuel s'avèreraient inappropriés. De fait, l'utilisation de l'*épellation* par l'interlocuteur semblerait le plus adapté.

S'il y a **héminégligence**, comme en cas d'hémianopsie, les aides utilisant le canal visuel seraient difficiles. Nous pensons que l'orthophoniste devrait présenter l'aide dans la partie non négligée du champ visuel.

Enfin, s'il y a **trouble de l'orientation spatio-temporelle**, *toutes les aides* sembleraient pouvoir être utilisées. Selon l'intensité du trouble les orthophonistes pourraient considérer que l'utilisation d'un *calendrier*, d'une *horloge mobile* et d'un *carnet autobiographique* se montrerait être bénéfique ou non pour communiquer avec le patient.

En outre, une de nos hypothèses serait que les **troubles dysexécutifs** ainsi que le **déficit de la mémoire de travail** se présenteraient comme étant des éléments indispensables à conserver pour mettre en place une aide à la communication. C'est pourquoi, nous avons testé ces deux éléments dans la question 13.

Les agnosies auditives telles que l'agnosie aux bruits familiers ainsi que l'amusie ont été laissées de côté car aucune aide à la communication que nous avons choisie ne demande de compétences à ces deux niveaux.

Enfin, les troubles psychologiques semblent devoir être évalués au cas par cas par le thérapeute du langage.

3- EXPLICATIONS DU CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Nous reprendrons, pour chaque question, l'encadré tel qu'il se présente dans la **version internet**.

Ce questionnaire, publié par www.orthoformation.com pour **Stéphanie Lorenzati**, étudiante en 4^{ème} année de l'école de Nice dans le cadre de son **mémoire de fin d'études** en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, a pour but d'établir un ***"Classement des aides à la communication pouvant être proposées par l'orthophoniste, pendant la période d'hospitalisation, pour des patients ayant été victimes d'un AVC et présentant des symptômes de type aphasique avec éventuellement des troubles associés. La classification tiendra également compte de l'interlocuteur du patient"***.

Les réponses, à titre individuel, que vous produirez, resteront de l'ordre de la confidentialité. Notre analyse se fondera sur la globalité des réponses obtenues.

Si plusieurs orthophonistes font partie de l'établissement dans lequel vous travaillez, chacun peut remplir un questionnaire séparément ou bien à plusieurs (merci de le préciser).

Merci de votre collaboration pour ce mémoire d'Orthophonie !

Veuillez renseigner votre **adresse email** (si vous acceptez d'être éventuellement contactée par Stéphanie Lorenzati)

Notre questionnaire débute par l'explication brève de l'objectif principal de notre étude ainsi que de la population concernée. L'orthophoniste est aussi informé sur le respect de la confidentialité des réponses fournies qui ne seront pas diffusées et ne serviront qu'à notre recherche. Ensuite, nous indiquons que le questionnaire peut être complété seul ou à plusieurs.

Puis, un « mode d'emploi » pour le remplissage est donné – uniquement dans la version Word[®] – ainsi que la date limite (28 mars 2010) (cf. questionnaire en annexe).

Enfin – sur la version internet – nous demandons aux orthophonistes d'indiquer, s'ils le souhaitent leur adresse mail. Ceci nous permettra de leur demander des explications supplémentaires, si nécessaire, sur les réponses apportées.

a) Question 1

Trouveriez-vous intéressant et pertinent d'avoir accès à une **classification des aides à la communication** que vous pourriez proposer à un **patient aphasique post-AVC** pour maintenir sa communication ? Ce classement serait établi en fonction de sa **pathologie**, de ses **troubles associés** et de **l'interlocuteur** avec lequel il communique. Ceci afin **d'orienter plus facilement votre choix** vers telle méthode et de **maintenir le lien de communication** plus rapidement pour votre patient ? Pourquoi ?

Notre première interrogation a été de savoir si les orthophonistes trouveraient intéressant et pertinent de pouvoir se référer à une classification des aides alternatives en fonction de la sémilogie aphasique, des troubles associés et de l'interlocuteur. Cela d'une part, afin de proposer des pistes de réflexion à ces rééducateurs et d'autre part, pour ainsi créer et maintenir le plus tôt possible une communication fonctionnelle malgré les troubles importants que l'on peut observer lors de la phase hospitalière. Nous demandons aussi aux participants de préciser les raisons de leur réponse afin d'étayer nos propos.

b) Question 2,3, 4 et 5

2- Dans quel **établissement** travaillez-vous (nom + adresse complète) ? *ex : UNV, Service de réadaptation, Service de soins de suite, ...*

3- **Est-ce un service de** : Hospitalisation aigue ; Court ; Moyen ; Long terme ; Autre

4- Quel est le **pourcentage de patients aphasiques** accueillis dans l'établissement ?

5- Membres de **l'équipe disciplinaire paramédicale** : Ergothérapeute(s) ; Kinésithérapeute(s) ; Orthoptiste(s) ; Psychologue(s) ; Autre(s)

Ces questions ont été consacrées au recueil de renseignements généraux nous permettant de mieux cerner le fonctionnement interne de l'établissement (type de structure, patients accueillis, personnel soignant).

c) Question 6 et 7

6- A quel **rythme** voyez-vous les patients lorsqu'ils sont admis dans votre établissement ?
ex : une fois, plusieurs fois par jour; plusieurs fois par semaine, etc.

7- Avez-vous des **contacts réguliers avec les Aidants**, c'est-à-dire l'environnement familial du patient et les soignants ? Ceci pour les **informer sur sa pathologie** et également leur **expliquer comment utiliser l'aide à la communication** que vous êtes en train de mettre en place ? Si non, pourquoi ? *ex : manque de temps, inutilité*

Ces deux questions mettent en évidence la réalité de la pratique orthophonique par rapport à deux éléments : le rythme de prise en charge et le rôle d'informations auprès des Aidants sur les aides communicatives.

D'abord, à travers la question 6, nous essaierons d'objectiver le temps dont dispose une orthophoniste en moyenne pour – en parallèle à la rééducation orthophonique – mettre éventuellement en place une aide alternative chez un patient aphasique. En effet, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, la HAS recommande « l'intervention d'une orthophoniste 5 jours sur 7 », c'est-à-dire une prise en charge quotidienne, pendant la phase aiguë et une intervention biquotidienne en moyen séjour, car cela serait plus efficace. Cependant, l'utilisation d'une aide demande d'une part, que le patient soit dans un état physique et psychique adéquat avec des compétences résiduelles suffisantes et d'autre part, qu'il ait pu accepter de communiquer grâce à un matériel non-verbal, au moins pendant un temps. De plus, certains orthophonistes participant à notre enquête ne sont titulaires que de mi-temps ou quart-temps dans le service hospitalier. De fait, il faudra en tenir compte dans notre analyse.

Ensuite, grâce à la question 7, nous avons voulu savoir si l'orthophoniste avait la possibilité d'informer les Aidants (famille et soignants) en leur expliquant la pathologie du patient mais aussi comment, lors d'une situation de communication, éviter certaines attitudes et en favoriser d'autres en leur montrant comment utiliser l'aide à la communication employée.

Si l'orthophoniste affirme ne pas avoir de contacts réguliers avec les Aidants, nous avons voulu savoir pourquoi ; par manque de temps ou par impression d'inutilité d'une telle action, etc.

Comme nous l'avons remarqué dans notre partie théorique, la HAS recommande aux orthophonistes d'« informer l'équipe et l'entourage du patient des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre » et ce pour maintenir au mieux le lien de communication. De plus, lors de nos observations dans différents services hospitaliers, nous avons pu remarquer que la plupart des familles était très demandeuse de conseils sur la manière de se comporter et d'aborder le proche ; pour cela un accompagnement à l'acceptation des difficultés communicatives verbales nous paraît nécessaire. Parallèlement à cela, les membres de l'équipe soignante, qui sont largement en contact avec le patient, sont également avides de conseils sur les attitudes à adopter. En effet, certains professionnels, comme les aide-soignants, les ASH, etc. qui sont en contact plusieurs fois par jour avec les patients, n'ont pu avoir, au cours de leurs études, qu'une formation succincte sur la pathologie aphasique et ont donc besoin d'informations éclairées du professionnel de la communication.

d) Question 8

Comment procédez-vous pour **mettre en évidence la possibilité pour le patient de bénéficier d'une aide à la communication** ? Utilisez-vous des tests étalonnés? *ex : Test lillois de communication ? Echelle de communication verbale de Bordeaux ? Test des praxies ? Bilan « maison », Autres ?*

Cette question concerne l'évaluation des troubles de la communication. Nous nous sommes tout d'abord demandé si, en parallèle de l'exploration des capacités linguistiques, la communication était évaluée par l'orthophoniste.

Puis, si cela était le cas, nous nous sommes intéressés aux moyens choisis par le rééducateur pour objectiver la possibilité pour un aphasique de bénéficier d'un moyen augmentatif.

En effet, comme nous l'avons décrit dans notre partie théorique, pour plusieurs auteurs le bilan initial testant les capacités résiduelles du patient est primordial avant d'envisager et de prévoir l'efficacité d'une rééducation et éventuellement de la mise en œuvre d'une aide communicative. Pour ce faire, certains auteurs préconisent une observation clinique des troubles ainsi qu'un entretien avec l'entourage ; alors que d'autres utilisent des moyens standardisés pour « quantifier » les troubles de communication. De par notre expérience pratique auprès de la population aphasique, nous pensons que les deux approches ne s'excluent pas et qu'au contraire elles se complètent de manière efficace.

En qui concerne les tests standardisés, nous avons également indiqué en partie théorique que :

- L'ECVB ne conviendrait pas à la phase d'hospitalisation car de nombreuses questions concernent la vie quotidienne lors du retour au domicile
- L'AHS évaluerait le handicap social dû aux troubles de la communication après récupération, et ne pourrait être administré qu'à partir du 5^e mois après l'AVC. Ce questionnaire ne conviendrait donc pas aux aphasiques en période aiguë
- L'Analyse conversationnelle ne semblerait pas correspondre aux patients ayant des capacités verbales altérées ; cependant, l'observation d'un échange entre le partenaire de communication et le patient pourrait être enrichissant pour l'orthophoniste
- La MEC ne semblerait pas mettre en évidence les capacités non verbales. Elle ne serait donc pas pertinente.
- Le TLC semblerait être le plus adapté car il comporte des épreuves évaluant l'appétence à la communication, la communication non verbale et un questionnaire destiné à l'entourage.

e) Question 9

Quel **moment** vous semble le plus adapté pour introduire une aide à la communication juste après l'AVC ? *ex : dans les heures, les jours suivants l'AVC, etc.* Pourquoi ? **Cela dépend de quoi ?**

A travers cet item, nous avons voulu connaître l'avis des orthophonistes sur le moment adéquat à la mise en place éventuelle d'une aide à la communication. A quels éléments se réfèrent-ils pour entamer une telle action ? De quels éléments dépend ce moment ?

Selon la HAS, il fait partie des fonctions de l'orthophoniste de veiller à l'adaptation de l'environnement communicatif du patient aphasique le plus rapidement possible. Cependant, en pratique clinique, il apparaît évident que le rééducateur devrait prendre en compte plusieurs éléments que nous avons décrit dans notre partie théorique : le tableau clinique et les troubles associés, la vigilance, la fatigabilité, l'attention-concentration, la position assise, etc. De plus, selon certains auteurs, il ne serait pas bénéfique pour le patient que le professionnel attende que les déficits verbaux soient devenus définitifs, que les troubles se soient consolidés et que le patient ait pu mettre de côté sa communication orale, pour introduire une aide. De fait, nous pensons que l'utilisation précoce d'un moyen augmentatif permettrait au patient et à son entourage d'accepter plus facilement cet outil temporaire, de soutien, comme un parmi tant d'autres.

f) Question 10 et 11

10- Connaissez-vous des aides à la communication même si vous ne les avez jamais utilisées avec un patient aphasique ?

11- Avez-vous déjà utilisé des aides à la communication avec un patient présentant une aphasie vasculaire en période d'hospitalisation ? La(es)quelle(s) ? Pour quel(s) **type(s) de pathologie(s) aphasique(s)** ?

Quelles sont les connaissances des orthophonistes travaillant avec des patients aphasiques à propos des aides à la communication ? Cette question nous a semblé judicieuse pour affiner notre analyse par la suite des tableaux à remplir.

De plus, nous nous sommes interrogés sur la pratique réelle que pouvaient avoir les orthophonistes en ce qui concerne les aides alternatives. Les utilisent-elles régulièrement ?

Ces deux questions nous permettront de savoir s'il existe une différence entre la compétence et la performance de l'utilisation de ces outils. De plus, certains orthophonistes peuvent penser que quelques aides sont réservées à des pathologies spécifiques, comme les synthèses vocales pour les IMOC. D'où le bien-fondé d'une réflexion qui essaie d'objectiver un éventuel intérêt dans l'utilisation d'aides communicatives stéréotypées car liés à certaines pathologies, à l'aphasie. En outre, quelques rééducateurs peuvent penser ne pas avoir les compétences suffisantes pour employer certaines techniques qui demandent une connaissance élaborée.

En outre, nous avons voulu mettre en évidence les principales caractéristiques du profil aphasique du patient pouvant bénéficier d'un moyen augmentatif. Comme nous l'avons décrit en partie théorique, la littérature indique que « les aides à la communication, seraient destinés à des patients présentant une aphasie dont la communication verbale (orale et écrite ; en expression et compréhension) est extrêmement déficitaire et cela de manière temporaire ou définitive ».

g) Question 12

Cette question concerne l'utilisation des différentes aides à la communication. Nous avons proposé **trois questions** aux orthophonistes sous la forme de **trois tableaux** auxquels ils devaient répondre en cochant le ou les items qui leur semblaient appropriés.

En amont, pour aider les orthophonistes à compléter notre questionnaire, nous leur avons indiqué la répartition des *différents interlocuteurs* que nous considérons dans notre étude. Il est à noter que l'entourage proche est aussi inclus dans « les

Pour vous aider à remplir ce questionnaire, vous trouverez ci-dessous des indications sur les « **différents interlocuteurs** » de la personne aphasique :

- **Tous les interlocuteurs** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient sur ses « besoins primaires », sans spécificité *ex : les ASH*. Les aides choisies seront donc simples et accessibles à tous sans spécificité de formation
- **Les interlocuteurs privilégiés** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient plus spécifiquement sur sa pathologie (médecins et soignants) ainsi que sa famille proche. Des aides tenant compte précisément de la sémiologie aphasique du patient ainsi que des éventuels troubles associés seront proposées. Celles-ci demanderont une initiation aux utilisateurs.
- **L'entourage proche** : ce sont la famille et les amis du patient qui veulent communiquer avec lui de manière plus personnelle. Pour cela ils doivent avoir en leur possession des données biographiques sur celui-ci pour faciliter et enrichir la communication.

interlocuteurs privilégiés »

Les **aides à la communication** sélectionnées sont les mêmes pour chaque tableau. Une explication supplémentaire a été donnée pour les moins connues, en décrivant à chaque fois leur principe général. Dans la version internet, les orthophonistes souhaitant avoir d'autres informations pouvaient cliquer sur un lien hypertexte les renvoyant vers le site officiel de certaines techniques.

Pour vous aider à remplir ce questionnaire, vous trouverez ci-dessous des indications sur **certaines aides à la communication spécifiques**. **Pour plus d'informations cliquez sur les liens hypertextes**

- **Pictogrammes figuratifs**: ils représentent exactement l'objet auquel ils se réfèrent et ils n'impliquent aucun apprentissage
- **Cahier de communication standardisé**: c'est un imagier dont le nombre de photos est prédéfini et regroupées en catégories et sous-catégories qui est donc identique pour tous les patients. Le principe est le pointage. [ex: Germes de parole](#)
- **Pointage littéral par le patient**: lorsque le patient peut pointer, il peut le faire lettre par lettre grâce à un alphabet classique ou à un [code alphabétique à double entrée Consonnes – Voyelles](#): ceci pour augmenter la rapidité d'utilisation
- **Epellation par l'interlocuteur grâce à un alphabet fonctionnel, type alphabet Esarin**: lorsque le patient ne peut désigner, le locuteur peut épeler [l'alphabet Esarin](#) (dont les lettres sont classées par ordre de fréquence dans la langue française « E S A R I N T U L O M D P C E F B V H G J Q Z Y X K W ») et le patient fait un signe lorsque la bonne lettre est énoncée. Ce procédé est très utilisé en cas de lock-in syndrom.
- **Pictogrammes schématiques**: ils ne sont pas identifiables au premier coup d'œil et exigent un certain effort de réflexion ex: la [méthode PECS](#) (Picture Exchange Communication System), PIC, [Parler Pictos](#)
- **Pictogrammes abstraits**: ils ne représentent aucun objet précis mais ce sont des signes abstraits qui doivent être appris pour être connus. Les idéogrammes du [langage Bliss](#) rentrent dans cette catégorie.
- **Cahier de communication personnalisé** ex: [C.Com](#)
- **Programme Makaton**: c'est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel associant la parole (langage oral), des signes issus de la LSF et des pictogrammes. L'intérêt est que plusieurs canaux de communication se superposent. Il demande un très long apprentissage.
- **Système Coghamo**: c'est un langage gestuel « de secours » qui est issu du français signé, ainsi que des gestes de la vie courante. Il possède un vocabulaire réduit de 107 gestes polysémiques permettant d'exprimer des besoins essentiels. La verbalisation orale est toujours associée au geste.
- **Synthèse vocale B.A.Bar**: sur chaque objet, ou pictogramme, est collé un code barre qui, lorsqu'il est lu par l'appareil B.A.Bar, énonce oralement le message sonore correspondant.
- **LEBLAT.COM**: c'est un véritable ordinateur portable comprenant de nombreuses fonctions:
 - un clavier de pictogrammes évolutif
 - un clavier Leblatphone (phonétique) composé de 72 touches sur lequel le patient tape un mot ou une phrase à énoncer par la synthèse vocale
 - un clavier virtuel avec prédiction de mots
 - une reconnaissance d'écriture manuscrite grâce à l'écran tactile, etc.
- **P.A.C.E. : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness**: c'est une thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication.

Nous avons également laissé la possibilité aux orthophonistes qui ne connaissaient pas une certaine aide, de nous le signaler en cochant la case ☐ – qui se présente sous la forme « *je ne connais pas cette aide à la communication* » dans la version internet – de notre premier tableau.

Notre objectif, avec l'élaboration de ce **premier tableau**, est donc d'une part, de mettre en évidence si le type d'interlocuteur a une influence sur le choix de l'aide alternative. Et d'autre part, d'apprécier quelles sont les outils à utiliser préférentiellement avec les différents interlocuteurs. Avec ces données nous pourrons établir des axes de réflexion sur les aides communicatives.

Tableau 1 : Quelle(s) **aide(s) à la communication** utiliseriez-vous préférentiellement **en fonction de l'interlocuteur** du patient aphasique ?

N'hésitez pas, pour toutes **remarques éventuelles** à les noter au fur et à mesure à la fin du questionnaire dans l'espace prévu à cet effet

① S'il vous semble que plusieurs types d'aides peuvent être utilisés avec plusieurs types de partenaires de communication cochez les toutes

	?	Aides utilisables par tous les interlocuteurs pour exprimer des besoins primaires	Aides utilisables par les interlocuteurs privilégiés (famille proche, médecins, rééducateurs)	Aides utilisables uniquement par l'entourage proche du patient et qui nécessitent de connaître des données biographiques sur lui (pour une communication plus fine)
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐

Pour notre **deuxième tableau**, nous avons décidé de l'établir en fonction des éléments sémiologiques. Notre objectif est de confronter notre point de vue avec celui des orthophonistes afin de déterminer pour chaque élément sémiologique quelle(s) est (sont) l(es) aide(s) à la communication pertinente(s).

Tableau 2 : Quelle(s) **aide(s) à la communication** utiliseriez-vous préférentiellement **en fonction de la sémiologie** du patient aphasique ?

	COMPREHENSION			EXPRESSION			
	ORALE		ECRITE	ORALE			ECRITE
	Surdité verbale	Trouble de la compréhension syntaxique	Cécité verbale, éléments alexiques	Réduction quantitative (manque du mot, anarthrie)	Logorrhée, paraphasies, stéréotypies, persévérations	Troubles syntaxiques (agrammatisme, dyssyntaxie)	�l�ments agrapiques
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En ce qui concerne notre **troisième tableau**, sur le même principe que le deuxième, nous souhaitons connaître l’avis des orthophonistes sur les aides à employer préférentiellement en fonction des troubles associés.

Tableau 3 : Quelle(s) aide(s) à la communication utiliserez-vous préférentiellement **en fonction de ces troubles associés** ?

	Hémiplégie	HLH/QLH*	Trouble du pointage (gestes déictiques)	Eléments apraxiques	Agnosie visuelle	Agnosie visuo-spatiale	Héminégligence	Trouble de l'OSP**
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

h) Question 13

Quelles **capacités résiduelles** sont selon vous indispensables au patient aphasique pour mettre en place une aide à la communication ? Absence d'anosognosie ; Appétence à la communication ; Aptitude à catégoriser, généraliser ; Accès à la symbolique préservé ; Intégrité des fonctions exécutives ; Mémoire de travail efficiente ; Compréhension d'ordres simples ; Autre(s).

A travers cet item, nous avons voulu mettre en exergue les capacités résiduelles indispensables, selon les orthophonistes, pour qu'une aide à la communication soit bénéfique et pertinente quels que soient les éléments sémiologiques. Les capacités que nous avons choisi de conserver dans cet item sont celles citées par plusieurs auteurs et que nous avons développées dans notre partie théorique. En outre, nous sommes conscients que pour chaque aide les capacités résiduelles peuvent différer, mais notre seul but est d'essayer de faire émerger certaines compétences générales. Enfin, dans l'analyse des résultats, cet item pourra être corrélé aux questions 8 et 9.

i) Question 14

Pensez-vous qu'il aurait été **approprié d'ajouter ou détailler** certains éléments sémiologiques, troubles associés ou aides à la communication ?

Cette question laissait la possibilité aux orthophonistes de donner leur avis sur le choix de nos différentes sélections en matière d'aides à la communication, d'éléments sémiologiques et de troubles associés.

Remarques éventuelles sur l'ensemble des questions

A la fin du questionnaire, un espace a été prévu pour permettre aux participants d'y inscrire leurs éventuelles remarques concernant les questions du formulaire.

Notre questionnaire se trouve en annexe, sous sa version Word[®], identique au format papier ainsi qu'à la version internet. Pour des besoins de mise en page et pour plus de clarté, nous avons augmenté le nombre de pages du formulaire qui à l'origine en comptait huit. De plus, un exemplaire rempli fait également partie des annexes.

D- MODALITES DE DIFFUSION ET DE RECEPTION DU QUESTIONNAIRE

1- DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Pour diffuser notre questionnaire de manière efficace, nous avons contacté, par email, l'ensemble des responsables des syndicats régionaux de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)⁵². Nous avons pu avoir les coordonnées des responsables grâce au site <http://www.orthophonistes.fr/upload/241220091004syndicats.pdf>. Cela afin que chacun d'entre eux diffuse notre questionnaire à l'ensemble de ses membres correspondant à nos critères, c'est-à-dire des orthophonistes salariés ou ex-salariés travaillant dans un établissement prenant en charge des patients ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral. Dans ce document, nous proposons aux orthophonistes trois modalités de réponse au questionnaire :

- ✓ Le remplissage via internet en se rendant directement sur le site <http://questionnaire.orthoformation.com/limesurvey/index.php?sid=93254&newtest=Y&lang=fr>, en cochant les cases paraissant adéquates et en complétant les zones de texte. Cette modalité nous semblait être la plus rapide pour les participants.
- ✓ L'utilisation de la version Word[®] en téléchargeant directement le document en pièce jointe de cet e-mail, en cochant également les cases nécessaires et en renseignant les zones de texte sur l'écran. Cette manipulation nous semblait déjà plus compliquée pour les moins qualifiés en informatique.
- ✓ L'impression du questionnaire sous format Word[®], le remplissage à la main et le renvoi par courrier. Ce mode nous semblait le plus long.

⁵² Qui sont au nombre de 18 en France métropolitaine et 6 dans les DOM-TOM.

Nous avons reçu, après l'envoi de cet email, la confirmation que notre questionnaire serait diffusé aux adhérents FNO de 12 régions métropolitaines ⁵³ et 2 territoires et départements d'Outre mer ⁵⁴. De plus, le responsable de la région Nord nous a proposé de mettre sur leur site www.sronp.info le lien permettant de remplir le questionnaire en ligne ainsi que la version Word[®].

2- RECEPTION DU QUESTIONNAIRE

Le retour du questionnaire s'est effectué par email dans notre boîte de réception et par courrier postal. La date butoir a été fixée au départ au 28 mars 2010 mais nous avons clôt finalement le questionnaire le 10 avril 2010. Nous avons recueilli **26 questionnaires** sous les différents formats.

Le petit nombre de questionnaires reçu peut s'expliquer d'une part, par la mise en ligne et diffusion de notre questionnaire assez tardive. Ensuite, notre questionnaire étant assez long à remplir, tous les orthophonistes n'ont pas dû avoir assez de temps à y consacrer. Enfin, il faut également prendre en compte qu'il est assez habituel dans un mémoire de type enquête de recueillir peu de réponses même si le nombre de questionnaire envoyé était conséquent.

Nous n'avons pas la possibilité de savoir quel est le pourcentage d'orthophonistes hospitaliers qui ont reçu notre questionnaire car la diffusion s'est faite par les différentes FNO régionales et les orthophonistes salariés adhèrent moins à la FNO que les libéraux.

⁵³ Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Normandie, PACA, Paris, Pays de Loire, Picardie et Rhône-Alpes

⁵⁴ la Réunion et la Polynésie Française

V- RESULTATS ET ANALYSE

Au 10 avril 2010, nous avons reçu **26 questionnaires**. Ce nombre nous a paru suffisant pour pouvoir mettre en évidence certains liens entre les réponses des orthophonistes, même si nous espérons, lors de l'envoi, en recevoir un plus grand nombre. Par contre, cet effectif ne nous permettra pas de faire une étude statistique. Notre objectif sera seulement de mettre en évidence des tendances, des orientations.

Pour davantage de clarté dans nos propos, nous reprendrons les différents items du questionnaire en présentant en premier lieu les résultats obtenus et puis nous en effectuerons l'analyse. Ensuite, nous critiquerons notre questionnaire.

A- RESULTATS ET ANALYSE DES QUESTIONS

1- Question 1

Trouveriez-vous intéressant et pertinent d'avoir accès à une **classification des aides à la communication** que vous pourriez proposer à un **patient aphasique post-AVC** pour maintenir sa communication ? Ce classement serait établi en fonction de sa **pathologie**, de ses **troubles associés** et de **l'interlocuteur** avec lequel il communique. Ceci afin **d'orienter plus facilement votre choix** vers telle méthode et de **maintenir le lien de communication** plus rapidement pour votre patient ? Pourquoi ?

96 % des participants trouvent intéressant le sujet de notre mémoire. Lorsque nous demandions aux interrogés de justifier leurs propos, les éléments indiqués ont été :

- Un gain de temps pour l'orthophoniste
- Une diminution de l'anxiété du patient et de sa famille
- Une meilleure orientation, une réelle adaptation de l'aide en fonction du patient et de sa pathologie car l'outil serait clair et organisé
- Une connaissance de tous les moyens à la disposition des rééducateurs, en fonction des nouvelles avancées
- Une bonne base pour établir un plan d'intervention.

Les orthophonistes pensent donc qu'une classification pourrait leur permettre de découvrir ou de mieux connaître les aides alternatives existantes utilisables avec le patient aphasique. Cela, afin de pouvoir s'y appuyer directement ou pour débiter une réflexion sur l'outil appropriée et donc d'économiser du temps pour pouvoir répondre plus rapidement à l'anxiété du patient et de son entourage vis-à-vis des difficultés de communication.

Toutefois les orthophonistes ont nuancé leurs propos en émettant plusieurs bémols :

- Un risque d'établir un classement fermé
- Un besoin d'adaptation à chaque patient
- Il serait plus judicieux de connaître les différentes aides et la manière dont elles fonctionnent cognitivement sans avoir de classification
- Il faut noter les difficultés de proposer une aide en phase aiguë
- Il est difficile de classer les aides en fonction de la pathologie car la sévérité d'un patient à l'autre peut être très différente
- Tous les individus qui sont en contact avec le patient doivent utiliser la même aide à la communication

Effectivement, l'utilisation directe et sans analyse d'une classification telle quelle, se trouverait être nocive et non adaptée au patient car l'adaptation individuelle est indispensable. Au fil de notre réflexion, nous nous sommes aperçue que l'objectif de notre mémoire serait l'élaboration de plusieurs orientations plutôt qu'une véritable classification quelque peu enfermante.

Souvent, les orthophonistes ont manifesté leurs inquiétudes par rapport au temps que nécessite la mise en place d'une aide communicative surtout en phase aiguë. Pour certains, compte tenu de la fatigabilité et de la disponibilité aléatoire du patient, la mise en œuvre d'une aide alternative peut sembler trop laborieuse. Cet argument nous semble discutable car de nouvelles techniques, comme la thrombolyse, peuvent permettre une régression assez rapide du tableau clinique massif de départ et amoindrir les déficits et la fatigabilité du patient.

En outre, certains ont regretté dans notre enquête la non prise en compte des nuances pouvant exister en ce qui concerne la sévérité des symptômes. Cependant, comme toute donnée soumise à l'appréciation du praticien, il est impossible de l'introduire dans des tableaux tels que ceux proposés dans cette étude. Cette enquête ne vise pas une précision clinique mais est destinée à dégager des axes de réflexion à partir de ressentis cliniques.

Enfin, nous pensons qu'une homogénéité de fonctionnement est nécessaire et nous pouvons imaginer qu'une même aide puisse convenir à différents interlocuteurs en faisant apparaître des éléments plus généraux et d'autres plus précis.

ex : un cahier de communication personnalisé avec un onglet général pour tous les interlocuteurs et d'autres onglets pour les catégories de plus en plus spécifiques permettant la communication avec les interlocuteurs privilégiés et l'entourage.

Il en ressort donc qu'une majorité d'orthophonistes pense qu'une classification serait utile face à la demande pressante du patient et de sa famille mais qu'elle doit être réfléchie et adaptée à chaque patient.

2- Question 2,3,4 et 5

2- Dans quel **établissement** travaillez-vous (nom + adresse complète) ? *ex : UNV, Service de réadaptation, Service de soins de suite, ...*

3- **Est-ce un service de :** Hospitalisation aigue ; Court ; Moyen ; Long terme ; Autre

4- Quel est le **pourcentage de patients aphasiques** accueillis dans l'établissement ?

5- Membres de l'**équipe disciplinaire paramédicale** : Ergothérapeute(s) ; Kinésithérapeute(s) ; Orthoptiste(s) ; Psychologue(s) ; Autre(s)

Parmi les 26 questionnaires que nous avons reçus, la répartition géographique des participants se trouve résumée dans le tableau suivant. Douze régions sont représentées. Il est à noter que deux formulaires proviennent de Belgique et un du Québec (nous supposons que cet orthophoniste a trouvé notre questionnaire en ligne en utilisant un moteur de recherche car il ne peut faire partie d'aucune liste FNO a priori).

De plus, un questionnaire, rempli via internet, est de provenance inconnue.

Tous les orthophonistes participant à notre étude exercent en milieu hospitalier et particulièrement dans un service prenant en charge les accidents vasculaires cérébraux ; parfois également en cabinet libéral. Trois participants ont travaillé dans ces services pendant une certaine période, un autre y a effectué un stage pendant ses études. Nous avons bien entendu pris en compte ces réponses.

Région	Nombre de questionnaires reçus
Alsace	1
Aquitaine	1
Bourgogne	1
Bretagne	1
Centre	1
Ile de France	2
Limousin	1
Midi Pyrénées	2
Nord Pas de Calais	1
Provence Alpes Côte d'Azur	6
Picardie	2
Rhône Alpes	2
Québec	1
Belgique	2
Provenance inconnue	2
TOTAL	26

Tableau 1: Répartition sur le territoire des orthophonistes participant à notre enquête

Les orthophonistes interrogés exercent à des périodes d'hospitalisation différentes. Il est à noter que dans certains établissements plusieurs types d'hospitalisation existent simultanément. De fait, il nous sera impossible de mettre en lien l'approche orthophonique de la mise en place des aides à la communication avec le moment d'intervention du professionnel.

L'hospitalisation aiguë étant comprise dans le court séjour, la répartition se fait de la manière suivante :

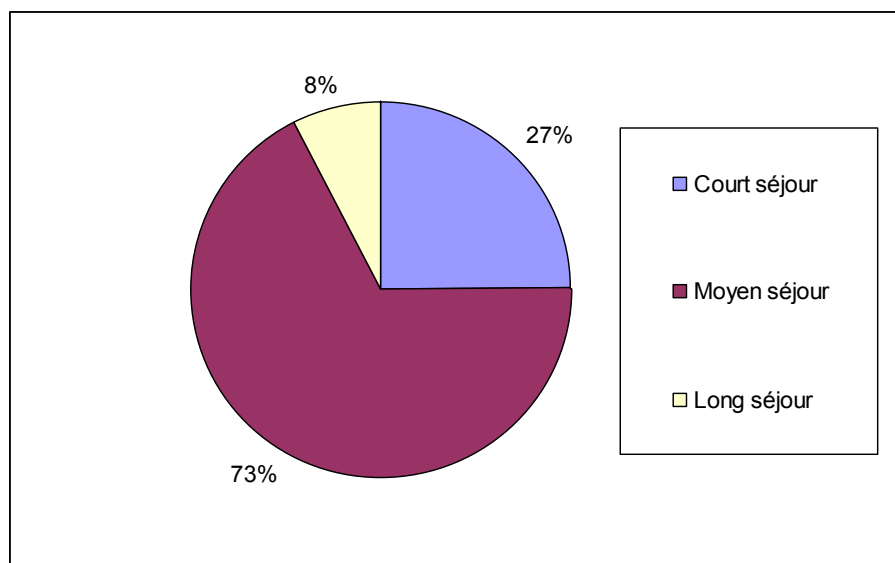


Figure 25: Répartition des périodes d'hospitalisation

Nous observons donc une large représentativité des **services de moyen séjour**.

De plus, les différents types de services hospitaliers prenant en charge les AVC dans lesquels travaillent nos participants se trouvent distribués de la manière suivante :

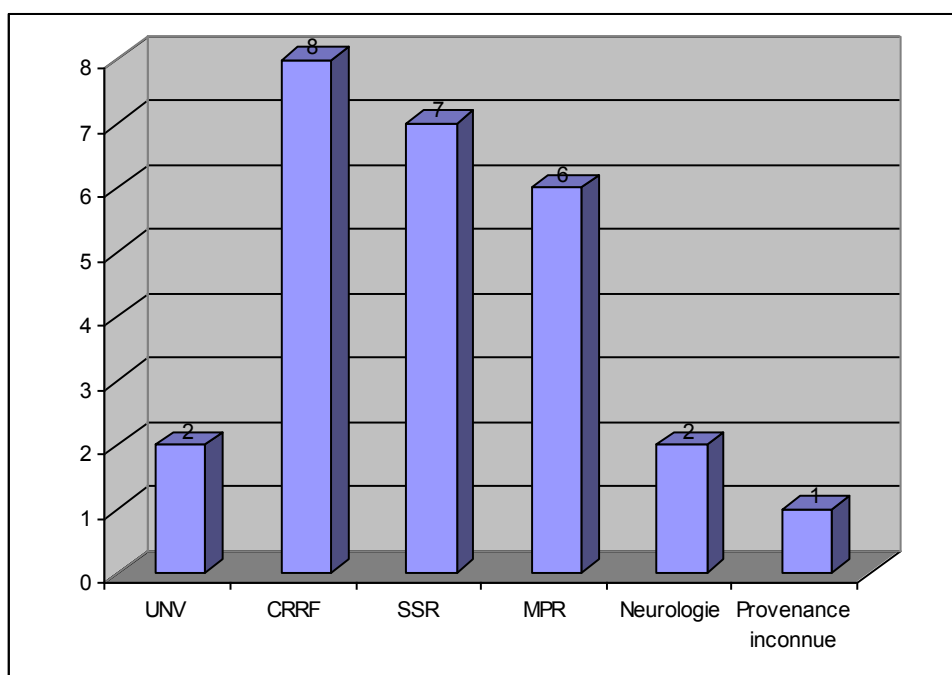


Figure 26: Répartition des types d'établissements

Dans chaque service, le nombre de patients aphasiques varie en permanence mais dans la moyenne il se distribue de la manière suivante :

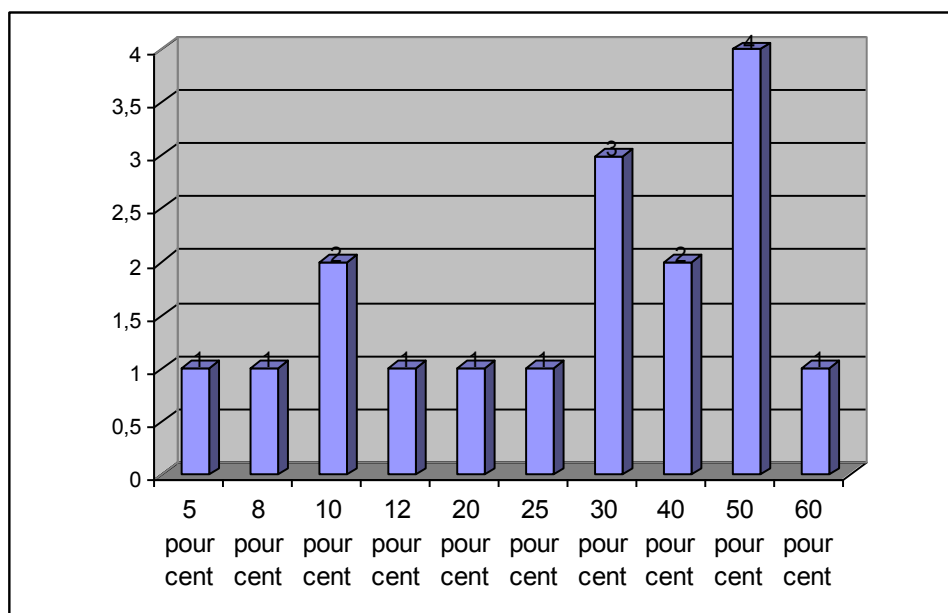


Figure 27: Représentation des effectifs en fonction du pourcentage d'aphasiques du service

Nous remarquons que les pourcentages les plus représentés sont **50 % et 30 %** d'aphasiques dans le service.

Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire paramédicale s'ordonnent avec les proportions suivantes :

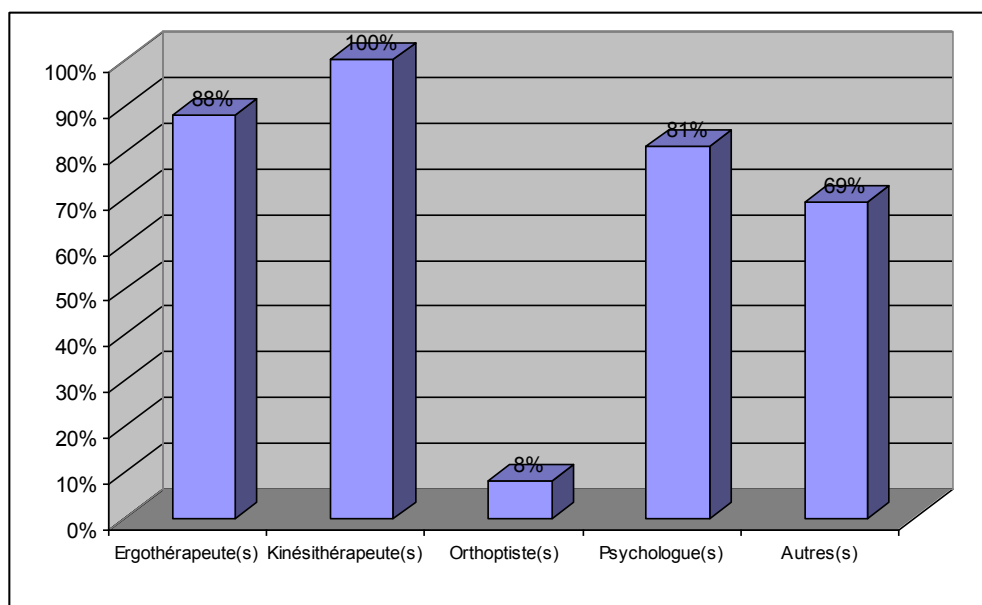


Figure 28: Répartition des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire paramédicale

A part les orthoptistes, les **ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychologues** sont largement représentés. De plus, pour 69,23 % des orthophonistes interrogées (18), d'autres professions paramédicales font partie des soignants.

Profession paramédicale	Effectif	Pourcentage
Neuropsychologue(s)	9	50 %
Infirmier(s)	6	33 %
Aide-soignant(s)	6	33 %
Diététicien(s)	7	38 %
Psychomotricien(s)	4	22 %
Manipulateur(s) radio	1	5 %
TOTAL	18	

Tableau 2: Répartition des autres membres de l'équipe disciplinaire paramédicale

Nous pouvons objectiver la présence importante des **neuropsychologues**. En outre, nous pensons avoir mal posé notre question car les autres professions citées (infirmier, aide-soignant, etc.) ne sont pas ciblées par notre étude ; nous aurions sans doute dû employer le terme de « autres rééducateurs ».

3- Question 6 et 7

6- A quel **rythme** voyez-vous les patients lorsqu'ils sont admis dans votre établissement ?
ex : une fois, plusieurs fois par jour; plusieurs fois par semaine, etc.

7- Avez-vous des **contacts réguliers avec les Aidants**, c'est-à-dire l'environnement familial du patient et les soignants ? Ceci pour les **informer sur sa pathologie** et également leur **expliquer comment utiliser l'aide à la communication** que vous êtes en train de mettre en place ? Si non, pourquoi ? *ex : manque de temps, inutilité*

Le rythme des prises en charge orthophoniques se distribue, selon les types d'hospitalisation, dans le tableau suivant.

Type	Rythme des prises en charge orthophoniques	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation aiguë	1-2 fois par jour	0	
	1 fois par jour	2	50 %
	plusieurs fois par semaine	1	25 %
	1 fois par semaine	1	25 %
Court séjour	1-2 fois par jour	1	33 %
	1 fois par jour	1	33 %
	plusieurs fois par semaine	3	50 %
	1 fois par semaine	1	33 %
Moyen séjour	1-2 fois par jour	5	26 %
	1 fois par jour	4	21 %
	plusieurs fois par semaine	9	47 %
	1 fois par semaine	1	5 %
Long séjour	1-2 fois par jour	2	100 %
	1 fois par jour	0	
	plusieurs fois par semaine	0	
	1 fois par semaine	0	
Service de Neurologie	1-2 fois par jour	0	
	1 fois par jour	2	100 %
	plusieurs fois par semaine	0	
	1 fois par semaine	0	

Tableau 3: Fréquence des prises en charge orthophoniques selon les services

Nous remarquons que la *prise en charge quotidienne* est largement représentée en hospitalisation aiguë et dans les services de Neurologie. Par contre, pour les autres services, la fréquence la plus indiquée est « *plusieurs fois par semaine* ».

De fait, les recommandations de la HAS en **période aiguë** sont équivalentes à la réalité clinique.

Par contre, pour le **moyen séjour**, l’item « plusieurs fois par semaine » est cité majoritairement. Ces résultats ne concordent pas avec les recommandations qui sont d’une séance biquotidienne. Cela peut s’expliquer par le nombre important de mi-temps et quart-temps hospitaliers.

Pour le **long séjour**, le petit nombre d’effectifs rend les scores ininterprétables.

88 % des personnes interrogées déclarent avoir des contacts réguliers avec les Aidants. Une personne a même qualifié cet élément de « moment capital de la prise en charge » et une autre a indiqué que ce temps prenait une place de plus en plus importante dans sa pratique.

Pour une grande majorité de participants, les contacts avec les membres de l'équipe soignante sont beaucoup plus fréquents qu'avec la famille. Un interrogé a déclaré qu'il mettait en place une formation de groupe dès l'arrivée du patient et ponctuait par la suite des « petits rappels » à la demande.

Le manque de contact avec la famille a été expliqué par une incompatibilité d'emploi du temps ; les visites étant souvent autorisées l'après-midi et une majorité de rééducateurs travaillant le matin. Pour pallier cela et favoriser les échanges entre l'orthophoniste et la famille, nous pouvons nous demander si la mise en place de rendez-vous dans les matinées serait à instaurer ? ou si une présence plus importante des rééducateurs l'après-midi serait à favoriser ? Cependant, plusieurs participants nous indiquent qu'ils sont disponibles téléphoniquement pour discuter avec la famille.

Il est à noter qu'aucun interrogé n'a déclaré que ces contacts étaient inutiles.

D'autres participants ont mentionné qu'ils employaient ce temps là plus pour informer la famille sur la pathologie que sur l'aide à la communication utilisée.

Un orthophoniste déclare que ce moment lui sert à mieux connaître son patient (loisirs, caractère, communication antérieure, etc.).

Le soutien à apporter à la famille a également été cité comme indispensable.

Nous observons donc qu'une grande majorité d'orthophonistes accorde beaucoup de temps pour expliquer la pathologie aux Aidants, en détaillant les bonnes attitudes et celles à éviter lors des échanges ; ce qui est déjà une aide communicative. De plus, les temps de prise en charge semblent dépendre des effectifs alloués au temps orthophonique.

Nous comparerons ces résultats à la question 9 qui essaie de déterminer le meilleur moment pour introduire une aide alternative.

4- Question 8

Comment procédez-vous pour **mettre en évidence la possibilité pour le patient de bénéficier d'une aide à la communication** ? Utilisez-vous des tests étalonnés? *ex : Test lillois de communication ? Echelle de communication verbale de Bordeaux ? Test des praxies ? Bilan « maison », Autres ?*

Il en ressort que les démarches des orthophonistes sont diverses mais peuvent se regrouper dans l'exploration de plusieurs domaines :

- ✓ Utilisation d'un « bilan maison » ou de certaines épreuves plus simples (si troubles trop importants) : 5 (19 %)
- ✓ Utilisation d'un test étalonné 17 (65 %) dont :
 - Bilans d'évaluation des fonctions linguistiques : 17 (65 %) :
(BDAE, MT86, Test pour l'examen de l'aphasie (Ducarne), DO 80, FAST)

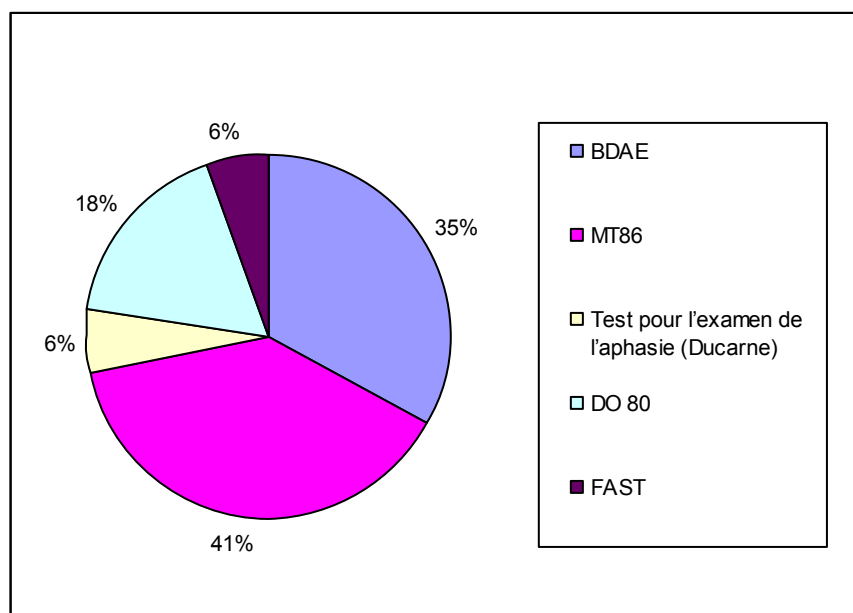


Figure 29: Répartition des bilans linguistiques utilisés

- Bilans d'évaluation de la communication : 4 (15 %) :
(TLC, ECVB, Echelle ECOMIM (en cours de validation))

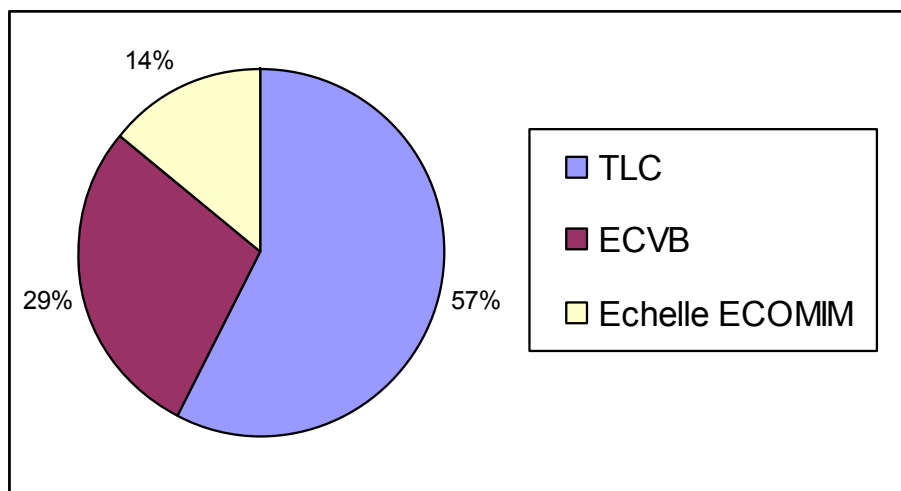


Figure 30: Répartition des bilans utilisés évaluant la communication

- Autres bilans : 10 (38 %) :
(BDVO (gnosies), Test des praxies, PEGV (gnosies), EC301 R (nombres), Test des fonctions exécutives, Test de la mémoire de travail visuelle, Test des capacités attentionnelles, Echelle de dépression de Béhnaïm, BELIS)

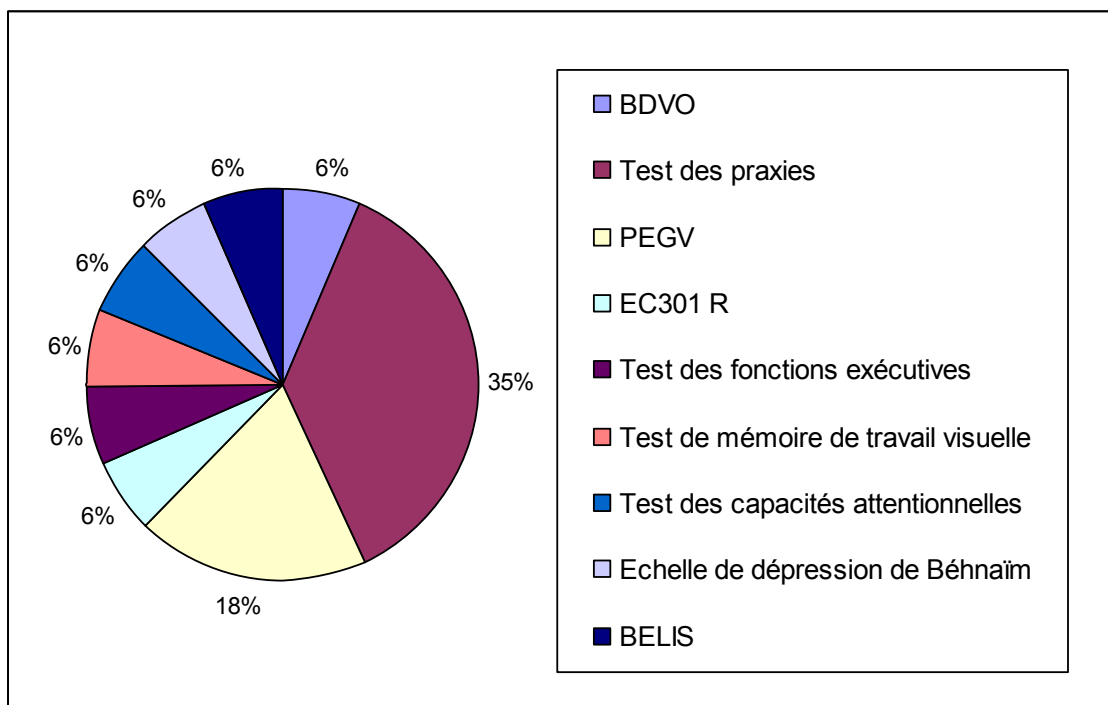


Figure 31: Répartition de l'utilisation d'autres bilans

✓ Observation clinique immédiate : 7 (27 %)

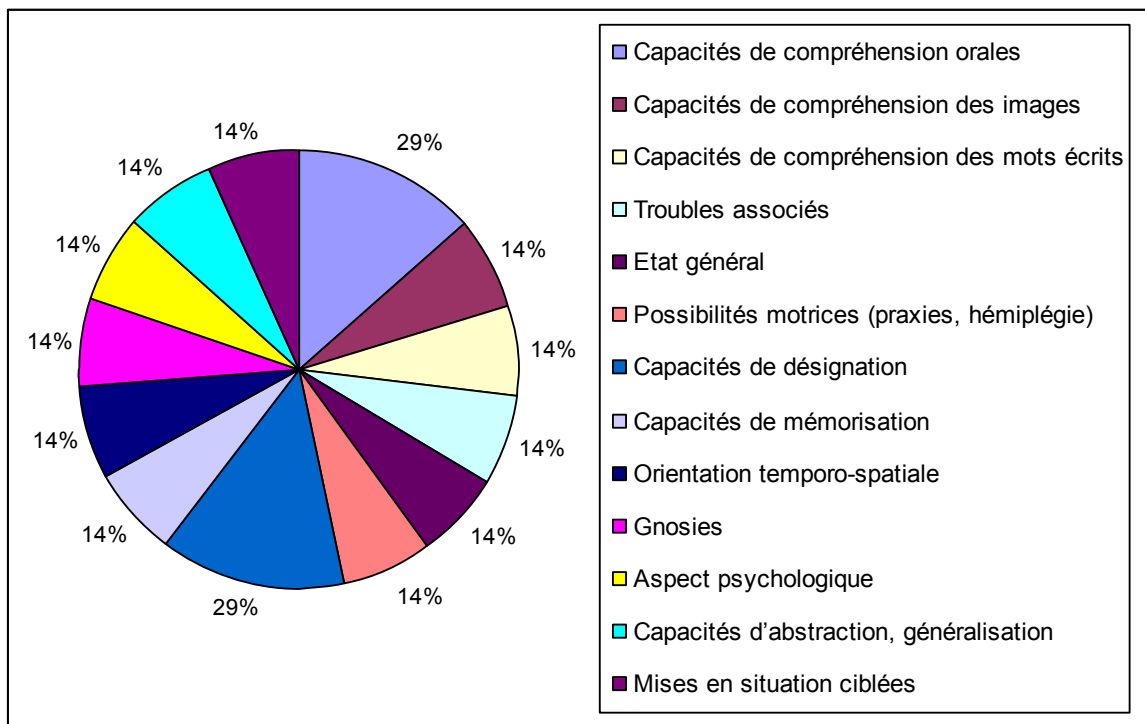


Figure 32: Eléments cliniques évalués

Les orthophonistes interrogés utilisent :

- Soit la combinaison de plusieurs bilans étalonnés
- Soit ne se fient qu'à leur observation clinique
- Soit tirent des conclusions de l'emploi d'un ou plusieurs bilan(s) étalonné(s) associé(s) à l'observation clinique. Cette démarche est la plus fréquemment rencontrée.

Nous remarquons la fréquence de l'emploi de tests étalonnés (65 %) alors que l'observation clinique n'est rapportée que dans 27 % des cas et l'utilisation d'un « bilan maison » pour 19 %.

De plus, nous observons que les bilans étalonnés évaluant la communication sont nettement moins utilisés (15 %) que les bilans linguistiques classiques (65 %). Le plus utilisé étant le TLC ; confirmant ainsi l'adaptation préférentielle de ce bilan à la phase hospitalière.

Nous en concluons qu'en matière d'évaluation de la communication, la majorité des orthophonistes utilise des tests étalonnés, et parmi ceux-ci peu de bilan de communication, associés à une observation clinique privilégiée.

En ce qui concerne l'observation de l'aspect psychologique du patient, nous pensons qu'il est nécessaire pour l'orthophoniste d'en tenir compte, surtout lorsqu'il affecte l'appétence à la communication. Cependant, le psychologue du service, présent dans 81 % des cas, est sans doute le professionnel le plus à même de s'en occuper.

5- Question 9

Quel **moment** vous semble le plus adapté pour introduire une aide à la communication juste après l'AVC ? *ex : dans les heures, les jours suivants l'AVC, etc.* Pourquoi ? **Cela dépend de quoi ?**

Selon les orthophonistes interrogés, le moment le plus adéquat pour mettre en place un outil alternatif se répartit de la façon suivante.

Notons que pour plus de pertinence, nous avons inclus les items « dans les heures » et « dans les jours qui suivent l'AVC » dans l'item « le plus tôt possible ».

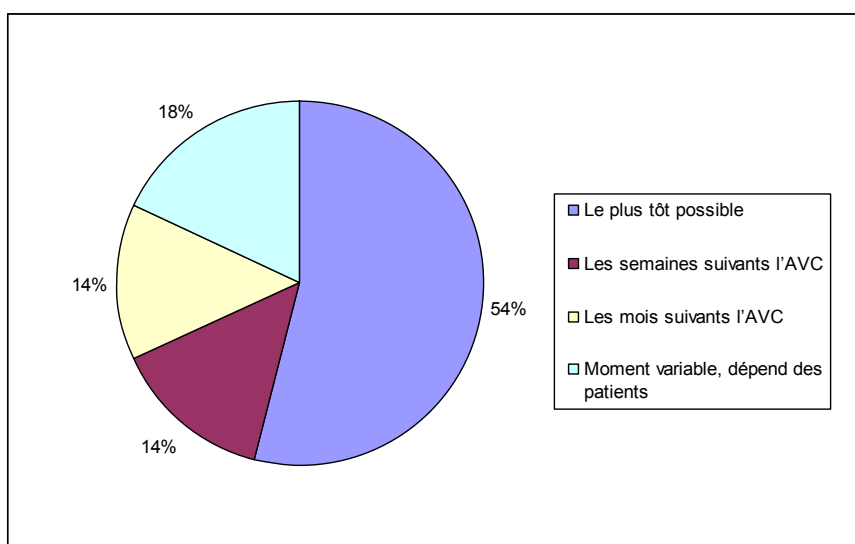


Figure 33: Moment adéquat pour introduire une aide à la communication

Une mise en place « **le plus tôt possible** » semble donc être l’avis le plus répandu, et correspond aux recommandations de la HAS. Une majorité d’orthophonistes semble donc considérer qu’il est possible de mettre en place une aide alternative juste après l’AVC sans attendre une consolidation des troubles.

Mais notons l’importance pour 18 % des participants de prendre cette décision au cas par cas. En effet, comme nous l’avions supposé, l’orthophoniste devrait tenir compte individuellement des caractéristiques du patient.

Pour les participants le choix du moment le plus adapté dépend de :

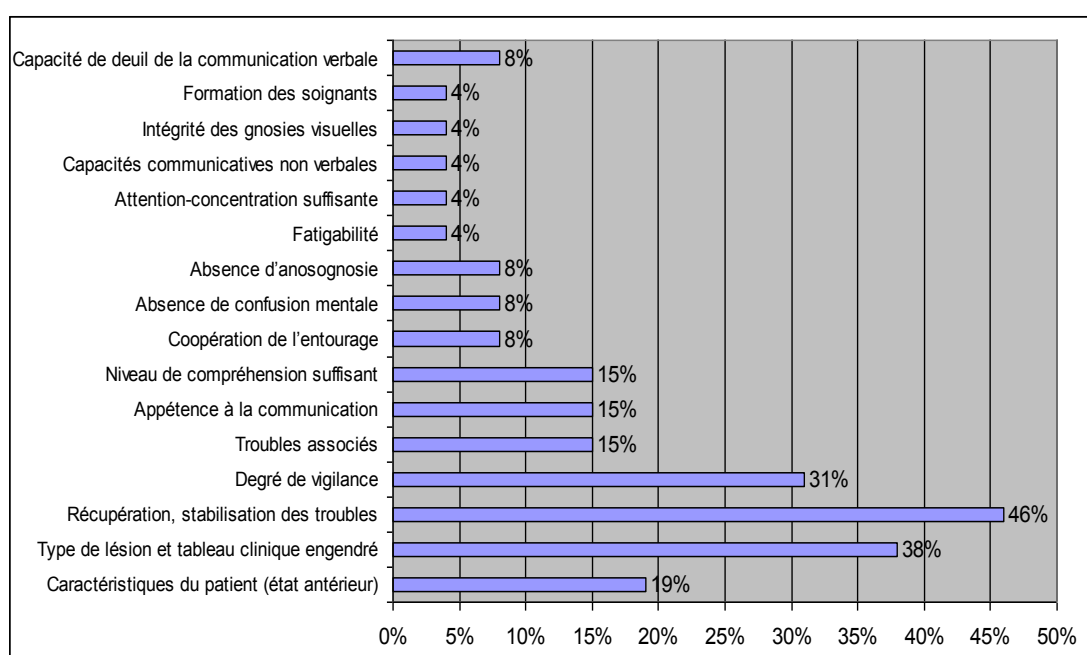


Figure 34: Eléments entrant en compte dans le choix du moment le plus adapté

Remarquons l’importance pour les orthophonistes du **temps de récupération et de stabilisation des troubles**. Cette période conditionnerait donc le moment de mise en place d’une aide à la communication.

Le **type de tableau clinique**, auquel nous pouvons ajouter l’existence de **troubles associés**, avec un score de 54 %, déterminerait largement le choix des aides. De fait, l’élaboration et l’analyse des tableaux 2 et 3 de la question 12 semblent pertinentes.

En outre, deux orthophonistes ont mentionné la nécessité de « faire le deuil » et plusieurs parlent de « stratégies palliatives » (27 %). L'objectif de notre mémoire étant d'observer si la mise en place d'aides communicatives temporaires, avant que les symptômes soient chronicisés, est pertinente ; il semblerait que pour un peu plus d'un quart d'entre eux cela ne le soit pas. Pour ces rééducateurs, les aides à la communication ne semblent être appréhendées que comme des outils remplaçant définitivement le langage oral.

6- Question 10 et 11

10- Connaissez-vous des aides à la communication même si vous ne les avez jamais utilisées avec un patient aphasique ?

11- Avez-vous déjà utilisé des aides à la communication avec un patient présentant une aphasie vasculaire en période d'hospitalisation ? La(es)quelle(s) ? Pour quel(s) **type(s) de pathologie(s) aphasique(s)** ?

Tous les orthophonistes interrogés connaissent une ou plusieurs aides à la communication. Quatre d'entre eux n'ont rien cité spontanément, vingt-deux personnes ont indiqué :

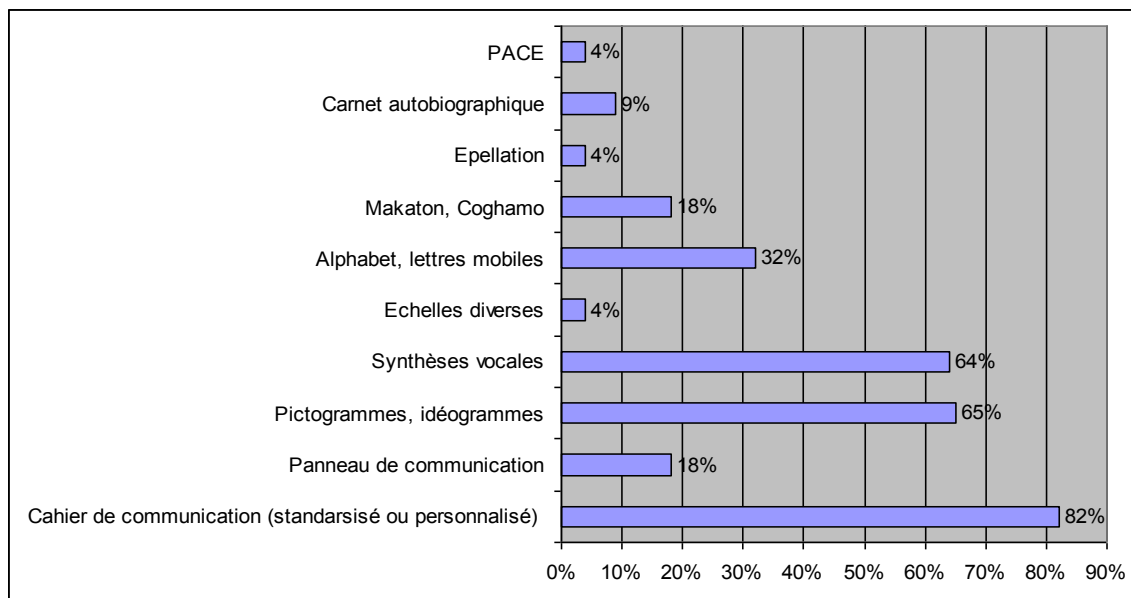


Figure 35: Répartition des aides à la communication citées spontanément

Nous observons la très large connaissance des **cahiers de communication** suivis des pictogrammes et des synthèses vocales. L'utilisation de l'alphabet et des lettres mobiles n'arrivant qu'en 4^e position.

Certains outils alternatifs cités nous sont inconnus car ils sont étrangers : *système ECHO* (cité par un orthophoniste belge) et *mains animées* (orthophoniste québécoise), nous ne les avons donc pas pris en compte.

De plus, certains participants ont mentionné l'utilisation d'un code OUI/NON, de la mimogestualité, de photographies, du dessin et de l'écrit, qui sont, comme nous l'avons précisé dans la partie théorique, des techniques utilisées en rééducation, permettant évidemment d'aider la communication, mais qui ne font pas partie des aides externes étudiées dans notre mémoire.

92 % des orthophonistes interrogés ont déjà utilisé une aide communicative. Il y a donc un léger écart entre la connaissance et l'utilisation pratique des techniques augmentatives. Vingt-trois participants ont mentionné les aides suivantes :

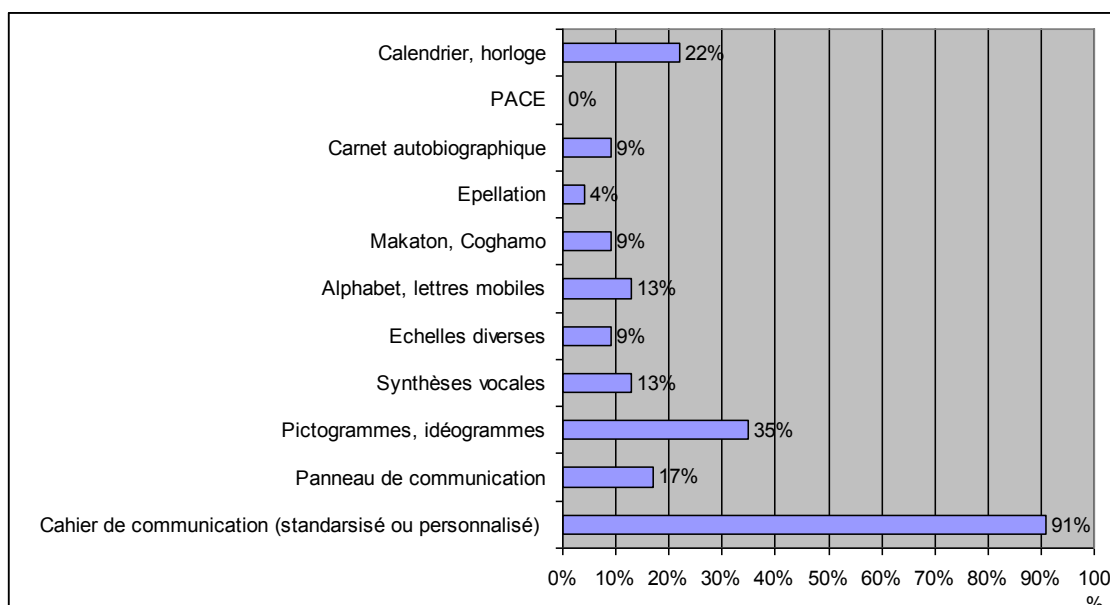


Figure 36: Répartition des aides à la communication déjà utilisées avec des patients aphasiques vasculaires hospitalisés

Notons que le cahier de communication est l'aide la plus connue et la plus utilisée.

Le score des pictogrammes chute mais cela peut s'expliquer par le fort taux d'emploi de photographies (35 %) que nous n'avons pas fait figurer pour les raisons citées précédemment.

Notons le peu d'utilisation des synthèses vocales alors qu'elles sont connues par 64 % des interrogés. Ce phénomène peut s'interpréter par ce que nous indiquions dans une autre question, c'est-à-dire une « stéréotypisation » de certaines aides communicatives exclusivement à certaines pathologies. C'est le cas des synthèses vocales qui sont souvent associés aux enfants IMOC ou autistes.

Enfin, notons la citation du calendrier et horloge par 22 % des orthophonistes.

Pour toutes les autres aides, les scores sont équivalents entre connaissance et utilisation réelle.

Les tableaux aphasiques évoqués, par vingt participants, pour la mise en place d'une aide communicative sont les suivants :

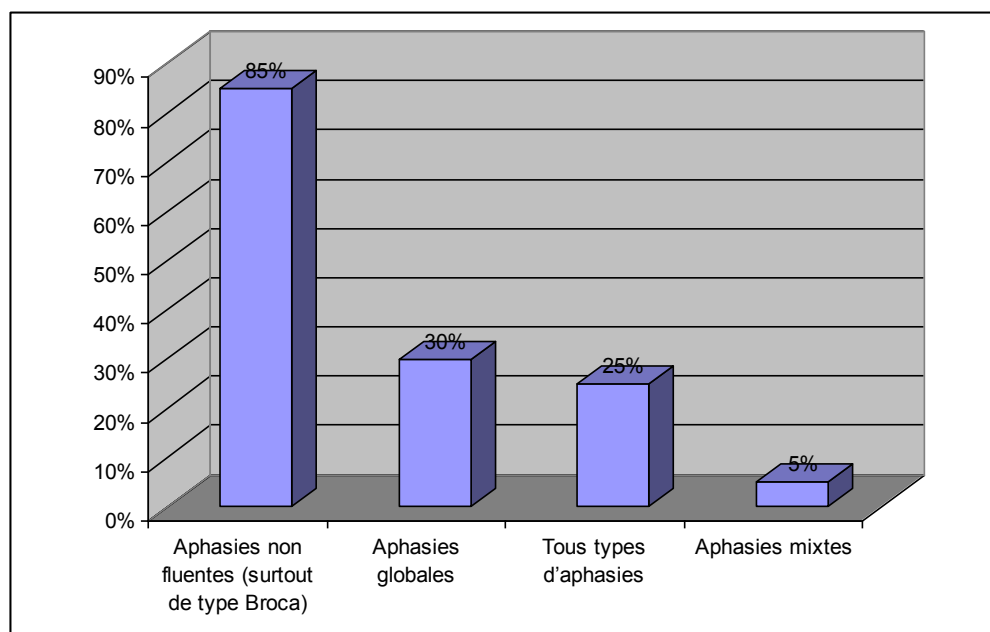


Figure 37: Répartition des types d'aphasies pouvant bénéficier préférentiellement d'une aide à la communication

Le profil clinique d'un patient pouvant bénéficier plus avantageusement d'une aide alternative serait donc, pour les orthophonistes, un patient présentant une **aphasie non fluente**. Le score des patients ayant « tous types d'aphasies » n'étant que de 25 %. Ce résultat est plus faible que ce que préconisent certains auteurs.

7- Question 12

Tableau 1 : Quelle(s) **aide(s) à la communication** utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de l'interlocuteur du patient aphasique ?

L'effectif s'élève à vingt-cinq participants car un questionnaire a été ininterprétable.

Les résultats obtenus ont été récapitulés dans le tableau suivant :

	?	Tous les interlocuteurs	Interlocuteurs privilégiés	Entourage proche
Calendrier, horloge	0 %	88 %	64 %	40 %
Echelle de douleur, etc.	0 %	80 %	72 %	40 %
Pictogrammes figuratifs	0 %	84 %	60 %	44 %
Panneau, cahier de communication standardisé	0 %	76 %	64 %	48 %
Clavier, pointage littéral par le patient	0 %	36 %	72 %	36 %
Epellation par l'interlocuteur	12 %	18 %	64 %	36 %
Pictogrammes schématiques (PECS)	16 %	33 %	62 %	29 %
Pictogrammes abstraits (BLISS)	24 %	10 %	45 %	40 %
Cahier de communication personnalisé	4 %	58 %	63 %	58 %
Carnet, agenda autobiographique	0 %	40 %	68 %	72 %
Makaton, Coghamo	28 %	16 %	47 %	37 %
Synthèses vocales	12 %	58 %	54 %	46 %
P.A.C.E.	16 %	5 %	76 %	29 %

« ? » : « je ne connais pas cette aide à la communication »

Les aides à la communication non connues sont les suivantes :

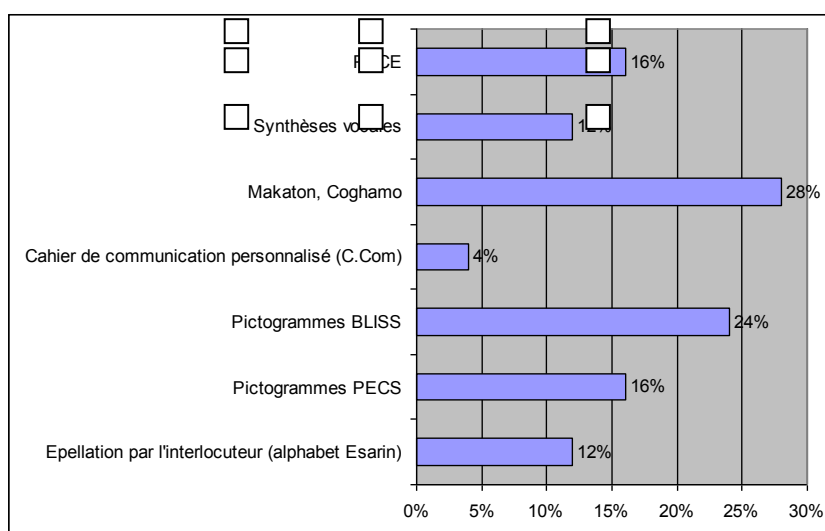


Figure 38: Répartition des aides à la communications non connues

Notons que 7 aides, parmi les 13 proposées, ont été nommées par certains comme inconnues. De plus, la moitié des interrogés ne connaissent pas au moins une aide communicative. Cependant, certains orthophonistes ont quand même donné leur opinion sur l'utilisation à en faire grâce à leur bonne connaissance de la pathologie. Le paragraphe dans notre questionnaire destiné à informer les rééducateurs sur certaines aides alternatives semble donc avoir été pertinent.

Du point de vue des participants, les aides utilisables en fonction des interlocuteurs sont résumées dans les trois graphiques ci-dessous.

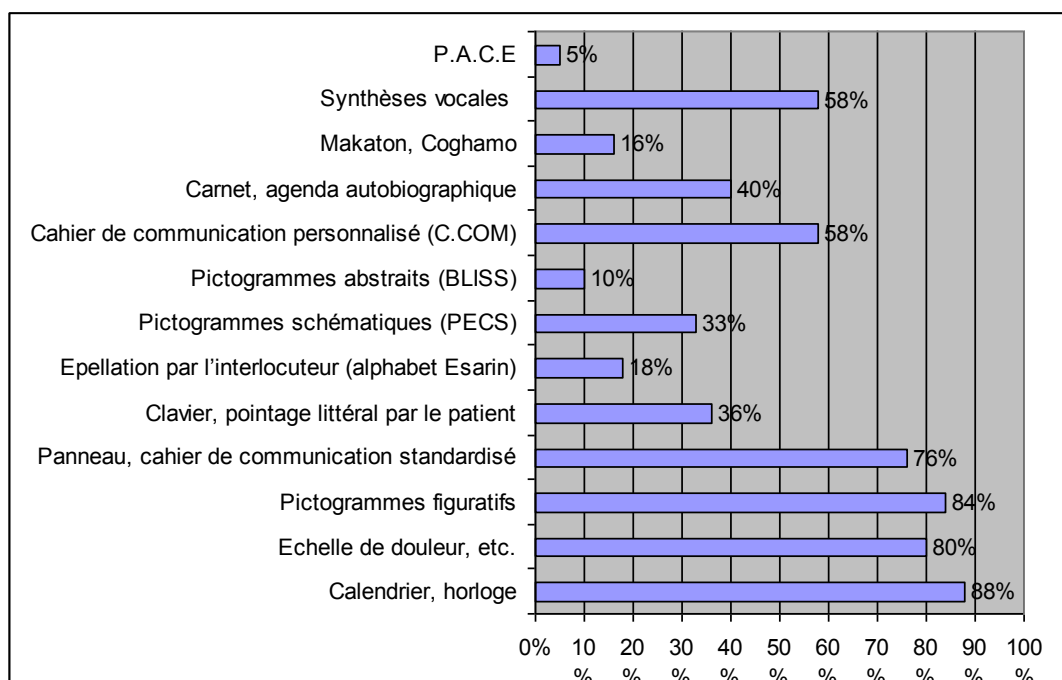


Figure 39: Aides utilisables avec "tous les interlocuteurs"

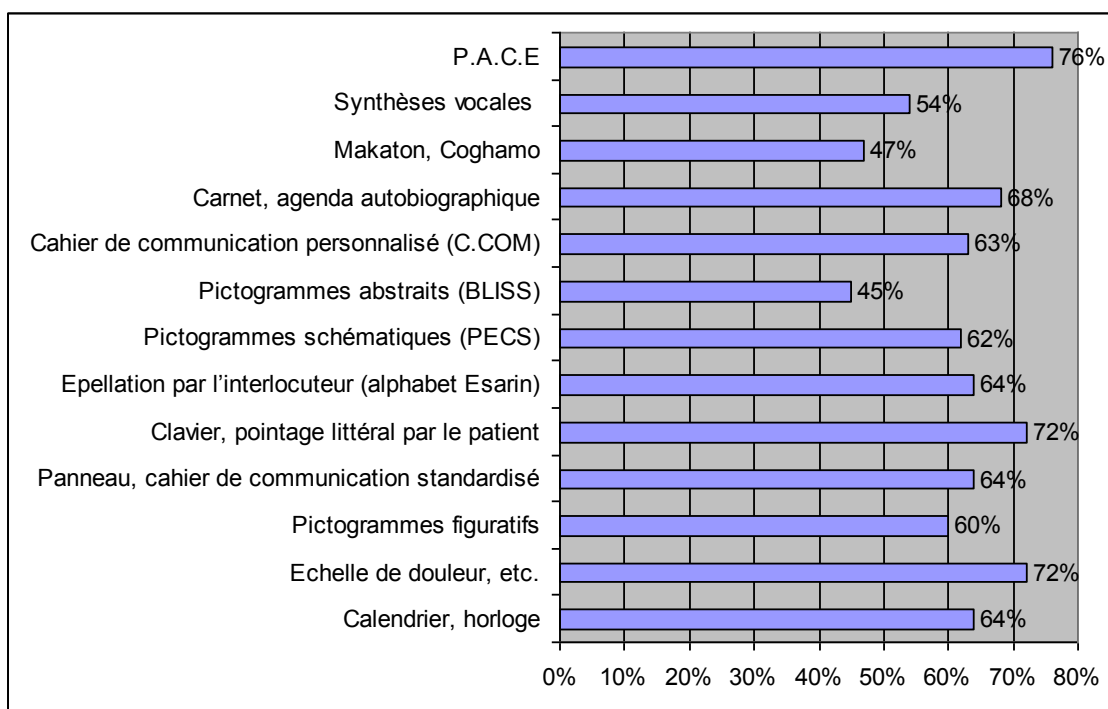


Figure 40: Aides utilisables avec les "interlocuteurs privilégiés"

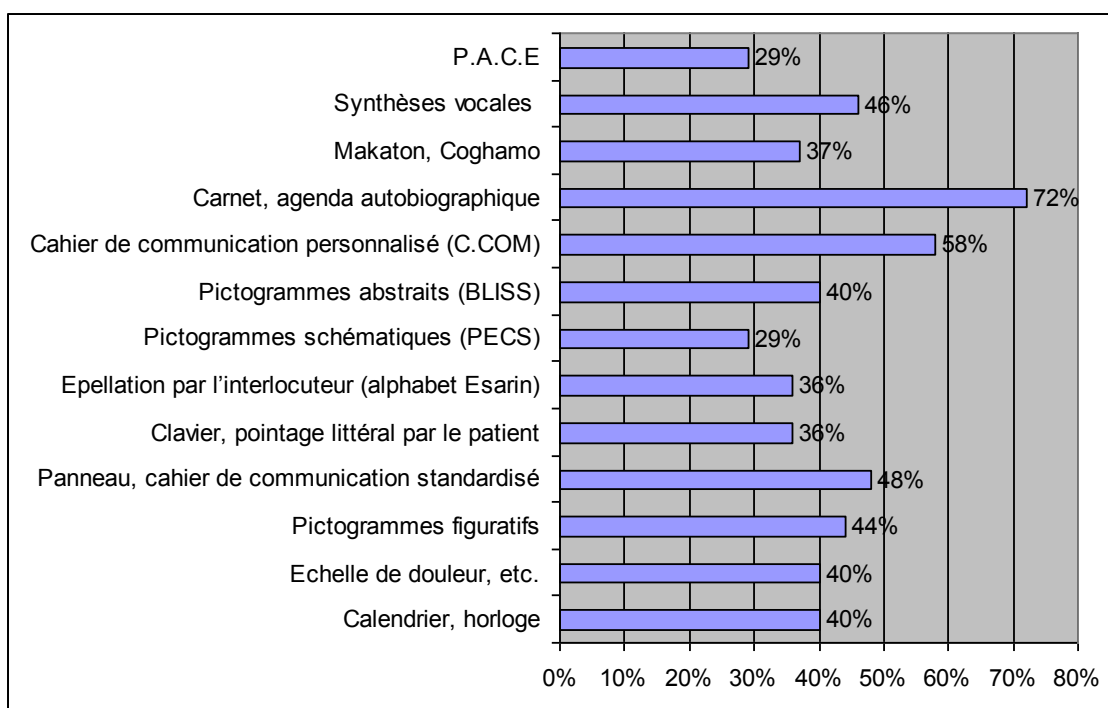


Figure 41: Aides utilisables par "l'entourage proche"

Nous remarquons, tout d'abord que les résultats ne sont pas équivalents d'un interlocuteur à l'autre. De fait, les caractéristiques du récepteur influencent le choix d'une aide communicative.

Les aides à utiliser préférentiellement avec « **tous les interlocuteurs** » sont, dans l'ordre décroissant, le *calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles*, les *pictogrammes figuratifs*, les *différentes échelles et le panneau (et cahier de communication standardisé)*. Ces résultats sont superposables à nos hypothèses de départ et comprennent les aides élémentaires. Notons également un fort pourcentage pour les synthèses vocales et les cahiers de communication personnalisés. De plus, nous remarquons que les aides demandant un apprentissage plus important ne sont pas pertinentes.

En outre, Il semble que les « **interlocuteurs privilégiés** » puissent utiliser le plus d'outils cités, alors que nous pensions que cela aurait concerné « l'entourage proche ». Ainsi les résultats obtenus sont à peu près équivalents entre toutes les aides proposées. Parmi celles-ci, les moins adaptées seraient le Makaton et le Coghamo ainsi que le langage Bliss.

Notons le fort score de la PACE avec ce type de partenaire de communication. De fait, nous pouvons en déduire que puisque la PACE est utilisable préférentiellement avec les interlocuteurs privilégiés, et notamment avec l'orthophoniste, elle ne s'apparente pas à une aide à la communication externe mais est véritablement une méthode de rééducation orthophonique.

Enfin, en ce qui concerne « **l'entourage proche** », le *carnet et l'agenda autobiographique* ainsi que le *cahier de communication personnalisé* paraissent être les deux moyens à privilégier, suivis des *synthèses vocales* et du *panneau et cahier de communication standardisé*. Remarquons que plus l'aide communicative est riche en éléments personnels plus elle est utilisée par l'entourage proche pour une communication plus fine.

Tableau 2 : Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de la sémiologie du patient aphasique ?

Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

	Surdité verbale	Trouble de la compréhension syntaxique	C�c�t� verbale, éléments alexiques	Réduction quantitative (manque du mot, anarthrie)	Logorrhée, paraphasies, stéréotypies, persévérations	Troubles syntaxiques (agrammatisme, dyssyntaxie)	�l�ments agraphiques
Aucune	22 %	17 %	30 %	17 %	17 %	9%	39 %
Calendrier, horloge	61 %	61 %	30 %	91 %	61 %	52 %	35 %
Diverses �chelles	56 %	56 %	48 %	91 %	65 %	48 %	43 %
Pictogrammes figuratifs	61 %	51 %	61 %	91 %	61 %	51 %	31 %
Panneau, cahier de communication standardisé	52 %	41 %	39 %	83 %	43 %	48 %	31 %
Clavier, pointage littéral par le patient	26 %	4 %	0 %	52 %	22 %	17 %	4 %
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	10 %	5 %	0 %	25 %	5 %	15 %	0 %
Pictogrammes schématiques (PECS)	35 %	21 %	35 %	60 %	30 %	30 %	31 %
Pictogrammes abstraits (BLISS)	29 %	11 %	12 %	35 %	23 %	18 %	11 %
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	70 %	56 %	56 %	87 %	70 %	61 %	48 %
Carnet, agenda autobiographique	56 %	43 %	26 %	87 %	61 %	61 %	30 %
Makaton, Coghamo	25 %	50 %	44 %	44 %	31 %	37 %	31 %
Synthèses vocales	18 %	18 %	27 %	64 %	23 %	36 %	27 %
P.A.C.E	43 %	33 %	24 %	52 %	33 %	43 %	29 %

Pour chaque élément sémiologique les aides préférentiellement utilisables sont représentées sur les graphiques ci-dessous.

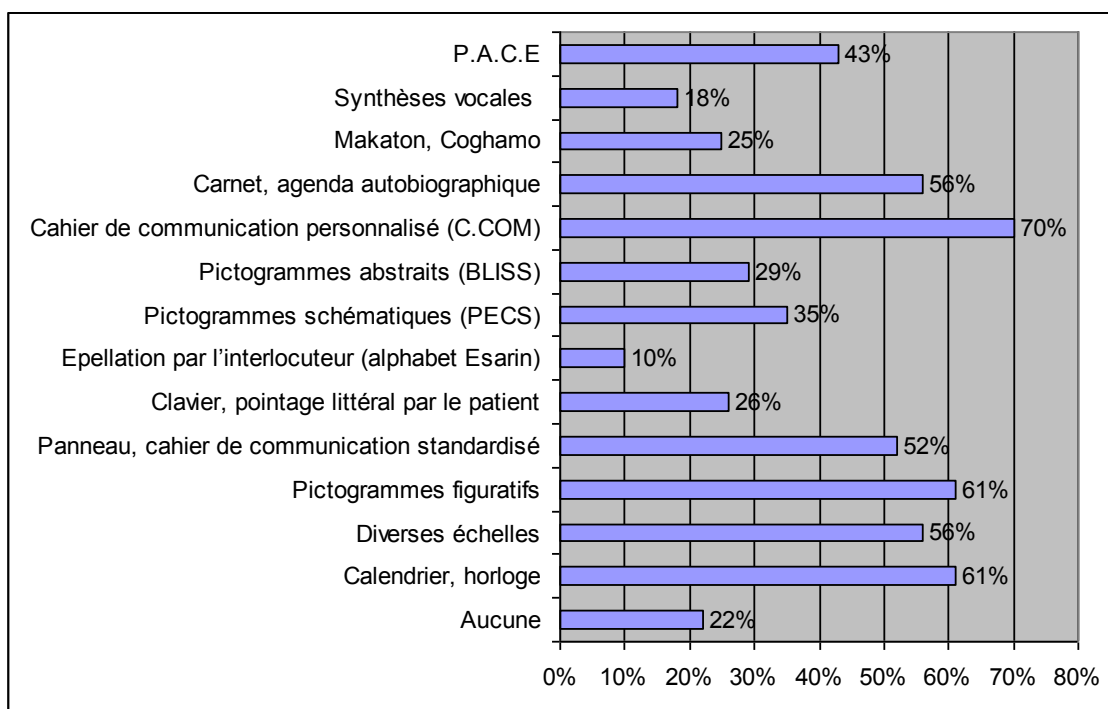


Figure 42: Aides utilisables préférentiellement en cas de "surdité verbale"

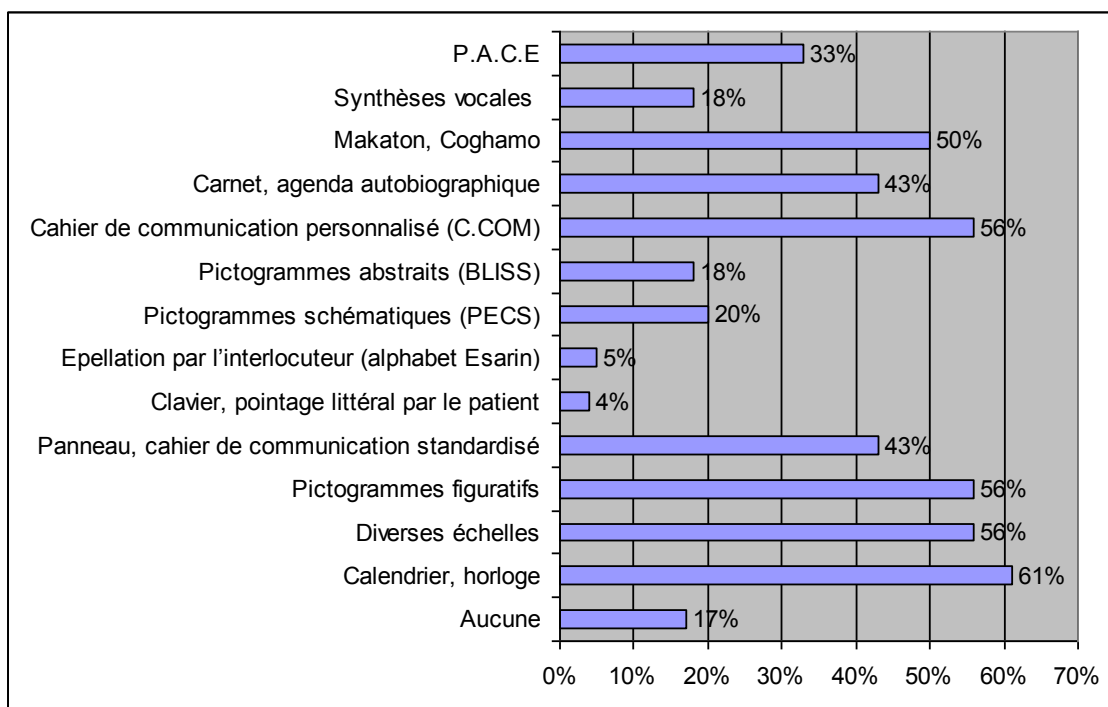


Figure 43: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble de la compréhension syntaxique"

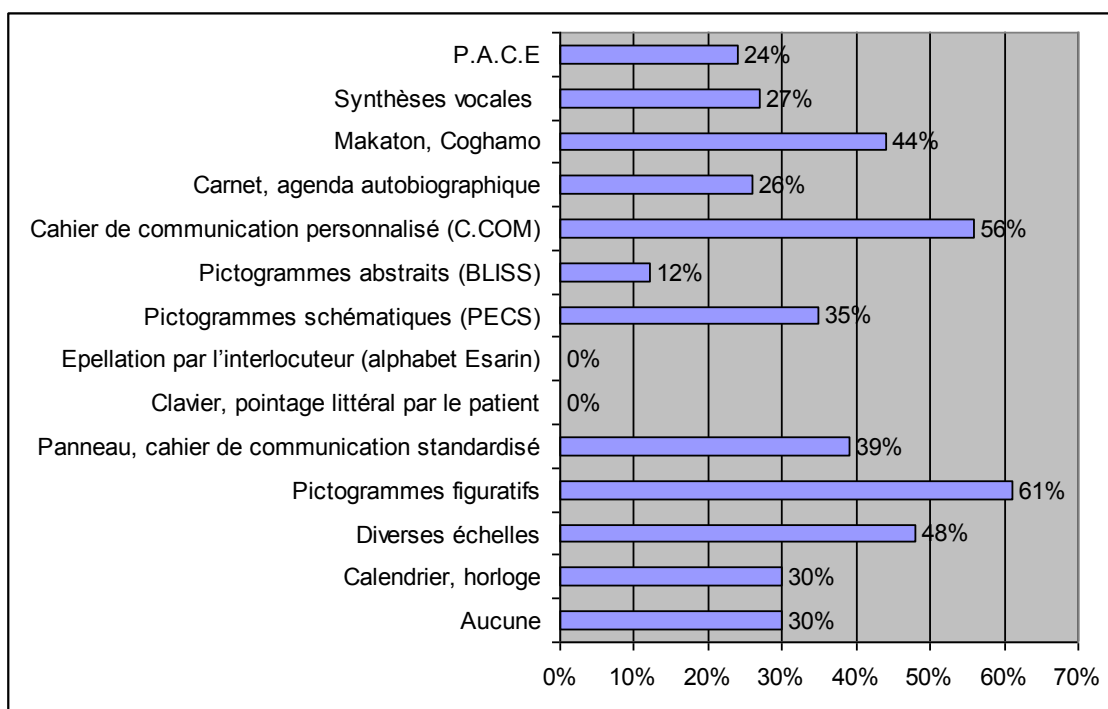


Figure 44: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble de compréhension écrite" (cécité verbale, éléments alexiques)

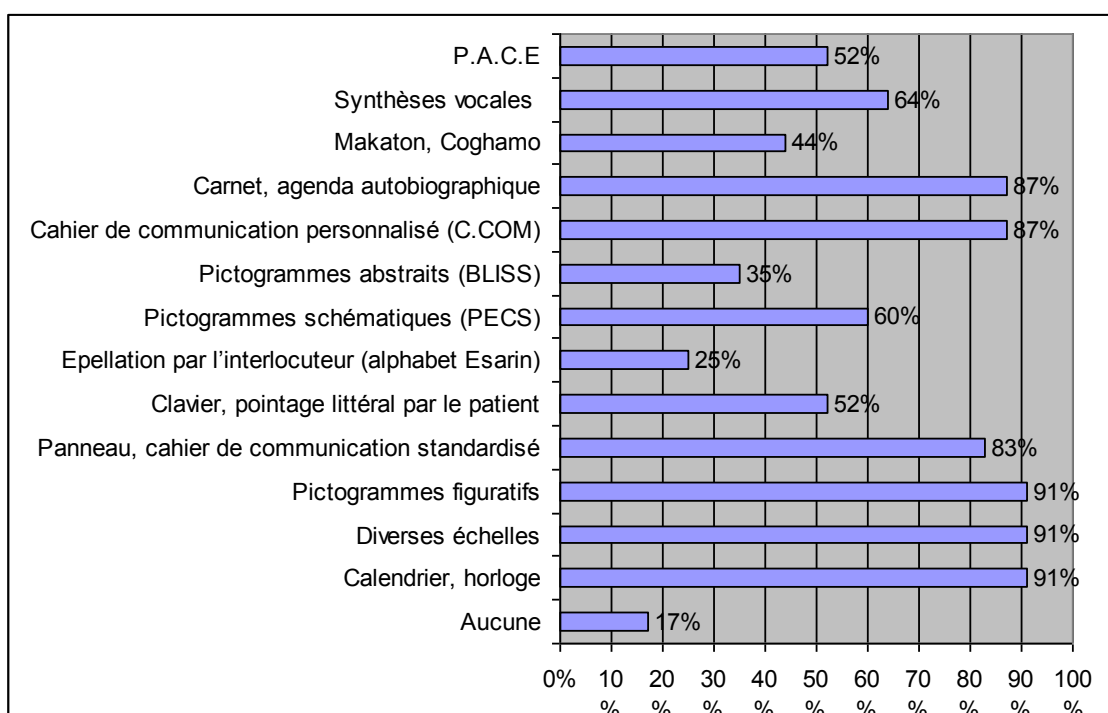


Figure 45: Aides utilisables préférentiellement en cas de "réduction quantitative" (manque du mot, anarthrie)

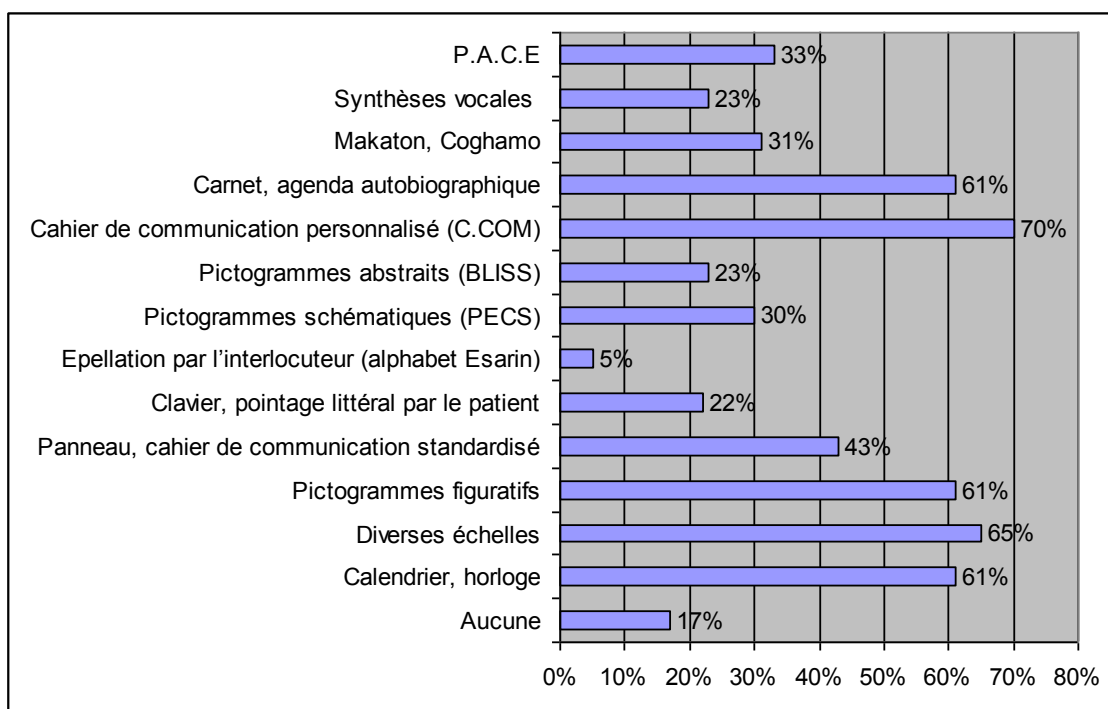


Figure 46: Aides utilisables préférentiellement en cas de "logorrhée, paraphasies, stéréotypies et/ou persévérations"

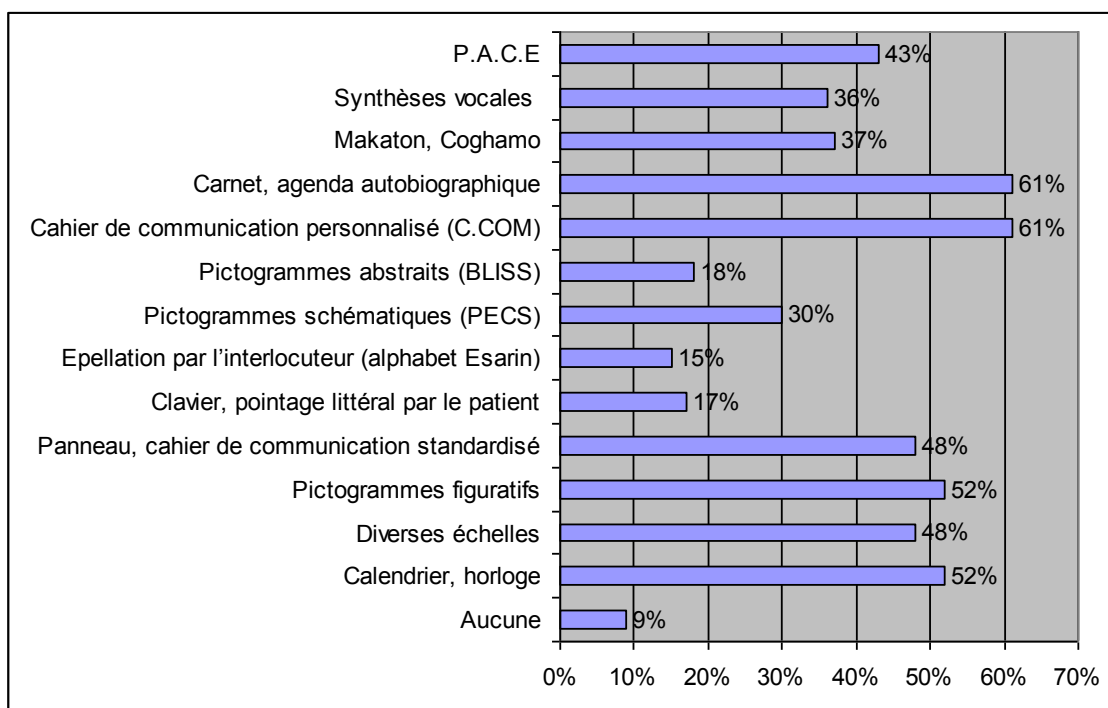


Figure 47: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble syntaxique oral" (agrammatisme, dyssyntaxie)

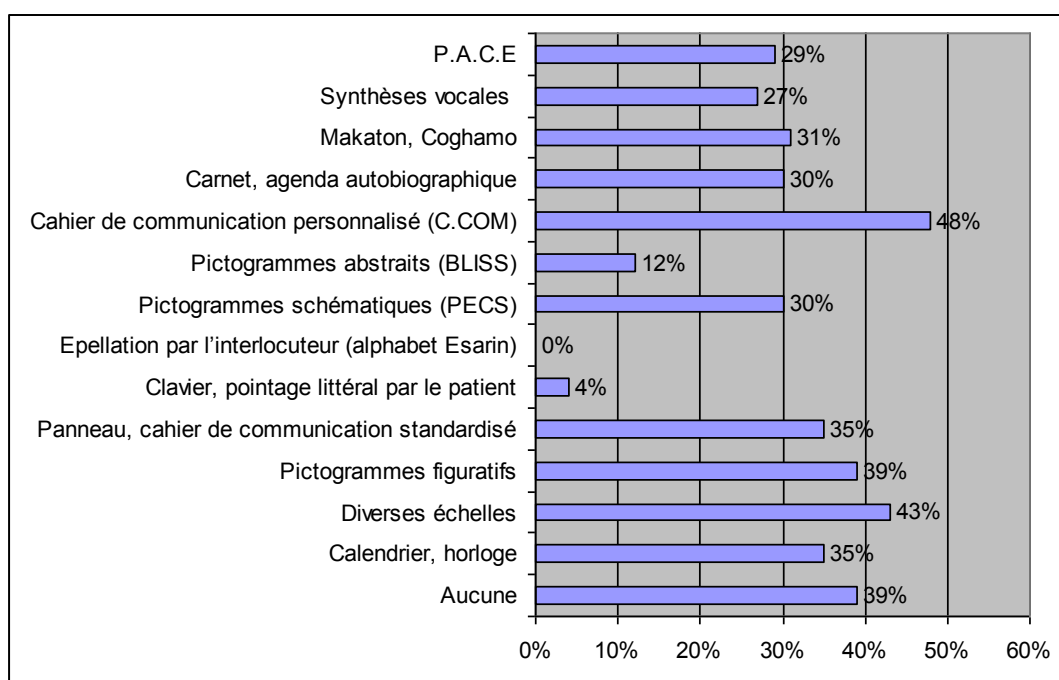


Figure 48: Aides utilisables préférentiellement en cas "d'éléments agraphiques"

Pour chaque symptôme nous exposerons les premiers moyens de communication le plus fréquemment cité par ordre décroissant. De plus, nous avons regroupé dans un seul item les pourcentages égaux.

Au vue des résultats, les aides préférentiellement utilisables en cas de **surdité verbale** seraient :

- *le cahier de communication personnalisé*
- *les pictogrammes figuratifs, le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles*
- *les diverses échelles et le carnet autobiographique.*

Une majorité d'aides élémentaires pourrait donc être employée.

En ce qui concerne le **trouble de compréhension syntaxique**, les aides adéquates seraient :

- *le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles*
- *le cahier de communication personnalisé, les pictogrammes figuratifs et les diverses échelles*
- *le Makaton et le Coghmo*

Nous pouvons donc faire un parallèle entre les aides à proposer en cas de surdité verbale et de trouble de compréhension syntaxique.

Au niveau des **troubles de compréhension écrite** (cécité verbale et éléments alexiques), les aides à employer principalement seraient :

- *les pictogrammes figuratifs*
- *le cahier de communication personnalisé*
- *les diverses échelles*

Il est à noter que l'utilisation d'un clavier ou le pointage par le patient n'ont été mentionnés par aucun participant. En outre, l'épellation n'a pas été indiquée sans doute car elle peut paraître très fastidieuse.

Les aides à utiliser en cas de **trouble de l'expression écrite** seraient :

- *les cahiers de communication personnalisés*
- *les diverses échelles*
- *les pictogrammes figuratifs*

Pratiquement aucun interrogé n'a mentionné l'épellation et l'utilisation d'un clavier ou du pointage.

Il faut remarquer que les résultats obtenus en cas de trouble de compréhension écrite et trouble de l'expression écrite sont à corrélérer.

En cas de **réduction quantitative**, une majorité d'aides semble pouvoir être mises en place, les plus fréquemment citées sont :

- *le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles, les diverses échelles, les pictogrammes figuratifs*
- *les cahiers de communication personnalisés et le carnet autobiographique*
- *le panneau et cahier de communication standardisé*

Cet élément sémiologique permet l'utilisation du plus grand nombre d'aides sélectionnées.

Les aides préconisées si le patient présente une **logorrhée, des paraphasies, des stéréotypies et/ou des persévérations** du langage oral seraient :

- *les cahiers de communication personnalisés*
- *les diverses échelles*
- *le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles, les pictogrammes figuratifs*

Lorsqu'il y a **trouble syntaxique oral** (agrammatisme ou dyssyntaxie), les aides alternatives à utiliser particulièrement seraient :

- *le carnet autobiographique, les cahiers de communication personnalisés*
- *les pictogrammes figuratifs, le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles*
- *les diverses échelles, le panneau et cahier de communication standardisé*

Nous pouvons donc remarquer que les aides à la communication à employer en cas de troubles de l'expression orale, quels qu'ils soient, sont comparables.

De plus, nous pouvons observer que pour tous les signes cliniques qui le permettent, l'utilisation de la méthode Bliss ainsi que l'épellation par l'interlocuteur, qui ne nous semblaient pas adaptées, sont toutefois citées par les orthophonistes, même si les pourcentages obtenus sont faibles.

Nous remarquons également que quel que soit le symptôme envisagé, une minorité de participants déclare qu'aucune aide n'est envisageable. Cela à part pour les troubles de l'expression écrite (39 %). Ces résultats sont surprenants car pratiquement aucune des aides sélectionnées, à part l'utilisation d'un clavier, du pointage par le patient et la synthèse vocale ne font intervenir le langage écrit.

De plus, il est à noter que la méthode PACE est mentionnée pour tous les éléments sémiologiques et ce avec de forts taux. Cependant il semble que nous ne puissions pas la considérer comme une véritable aide à la communication car il apparaît qu'elle est principalement utilisée avec l'orthophoniste.

En conclusion, il a été mis en exergue que les aides élémentaires, que nous citons plus haut, seraient utilisables quels que soient les tableaux cliniques aphasiques.

Tableau 3 : Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de ces troubles associés ?

	Hémiplégie	HLH/QLH*	Trouble du pointage (gestes déictiques)	Éléments apraxiques	Agnosie visuelle	Agnosie visuo-spatiale	Héminégligence	Trouble de l'OSP**
Aucune	13 %	21 %	25 %	17 %	33 %	46 %	25 %	25 %
Calendrier, horloge	88 %	38 %	25 %	38 %	17 %	8 %	25 %	54 %
Diverses échelles	83 %	42 %	21 %	58 %	25 %	17 %	33 %	50 %
Pictogrammes figuratifs	75 %	42 %	19 %	42 %	8 %	13 %	30 %	54 %
Panneau, cahier de communication standardisé	79 %	33 %	15 %	54 %	8 %	13 %	35 %	50 %
Clavier, pointage littéral par le patient	58 %	29 %	0 %	13 %	17 %	4 %	10 %	29 %
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	62 %	48 %	48 %	62 %	38 %	29 %	43 %	33 %
Pictogrammes schématiques (PECS)	50 %	25 %	5 %	30 %	0 %	10 %	25 %	40 %
Pictogrammes abstraits (BLISS)	37 %	26 %	5 %	32 %	0 %	11 %	21 %	37 %
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	79 %	58 %	25 %	71 %	21 %	21 %	58 %	54 %
Carnet, agenda autobiographique	71 %	42 %	38 %	46 %	8 %	17 %	29 %	46 %
Makaton, Coghmo	47 %	29 %	24 %	18 %	29 %	24 %	29 %	41 %
Synthèses vocales	68 %	50 %	36 %	32 %	41 %	18 %	32 %	41 %
P.A.C.E	62 %	29 %	33 %	38 %	24 %	24 %	24 %	33 %

Pour chaque trouble associé, les aides préférentiellement utilisables sont représentées sur les graphiques ci-dessous.

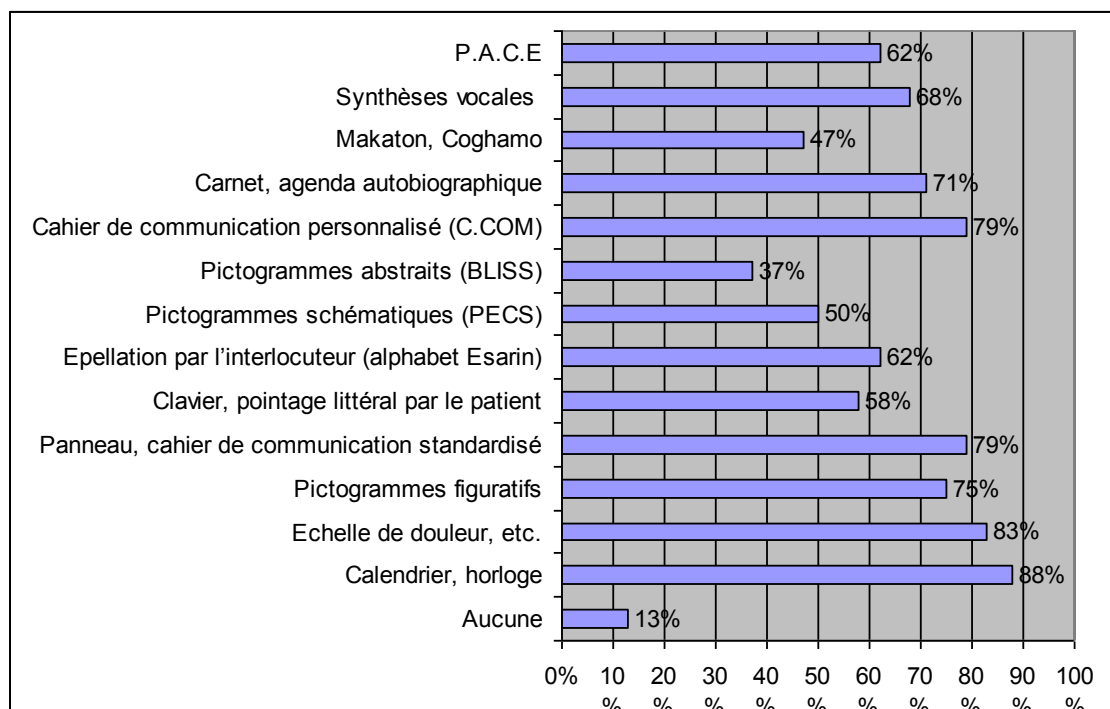


Figure 49: Aides utilisables préférentiellement en cas d' "hémiplégie"

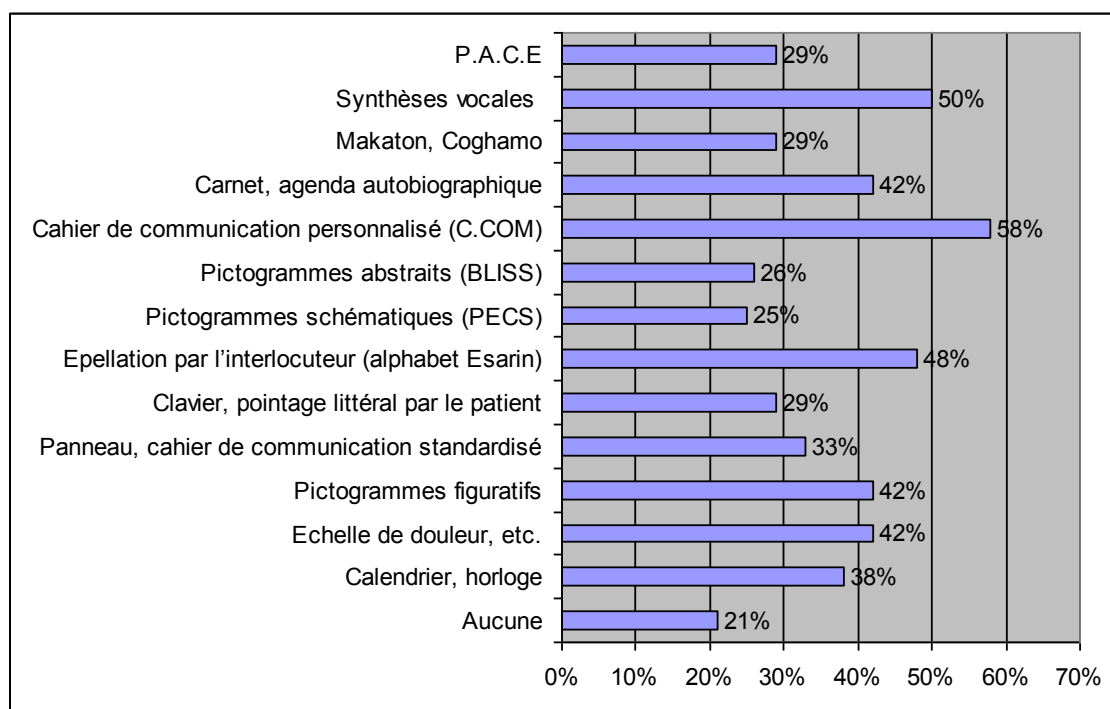


Figure 50: Aides utilisables préférentiellement en cas d' "hémianopsie latérale homonyme droite ou quadranopsie"

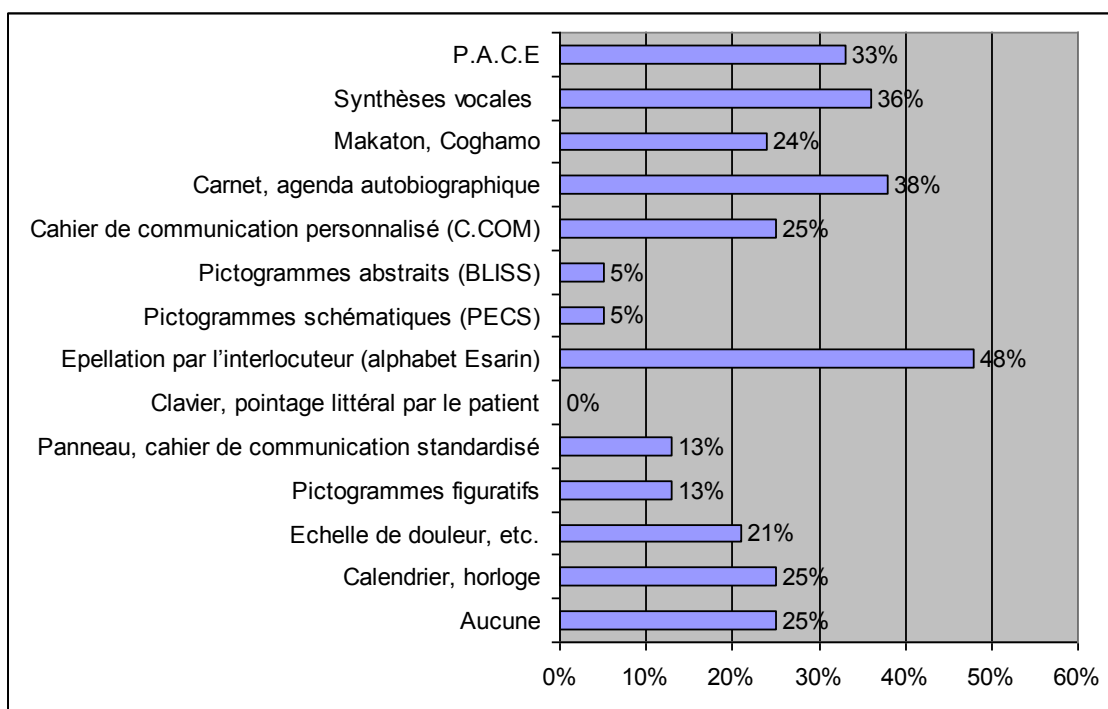


Figure 51: Aides utilisables en cas de "trouble du pointage"

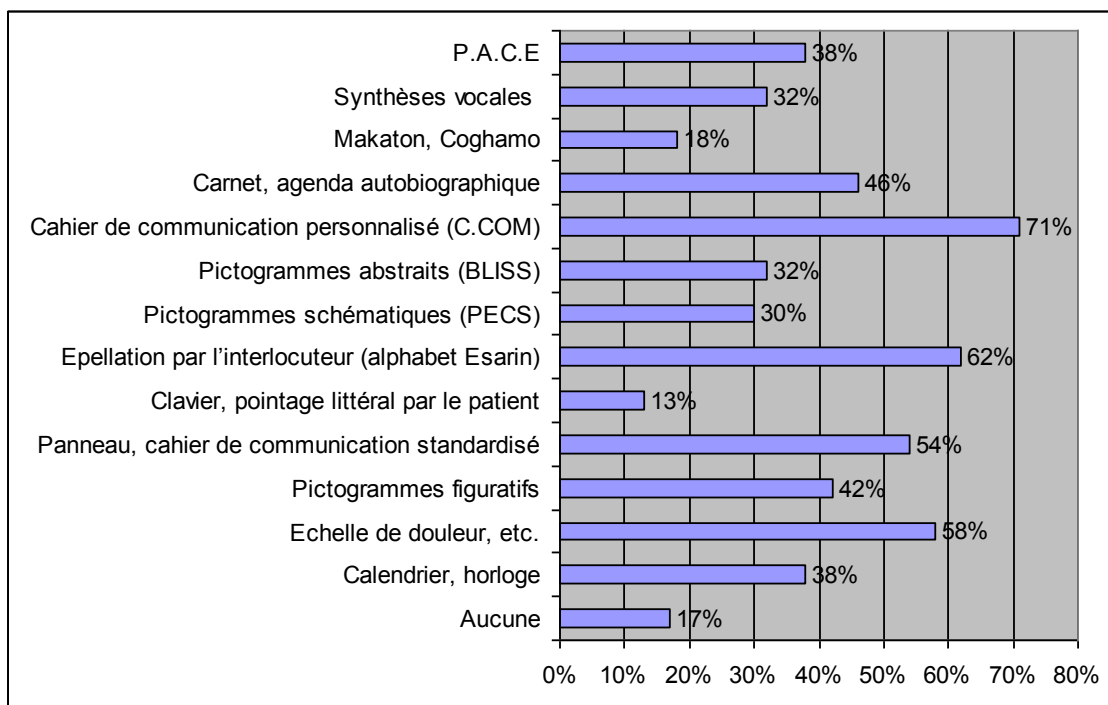


Figure 52: Aides utilisables en cas d' "éléments apraxiques"

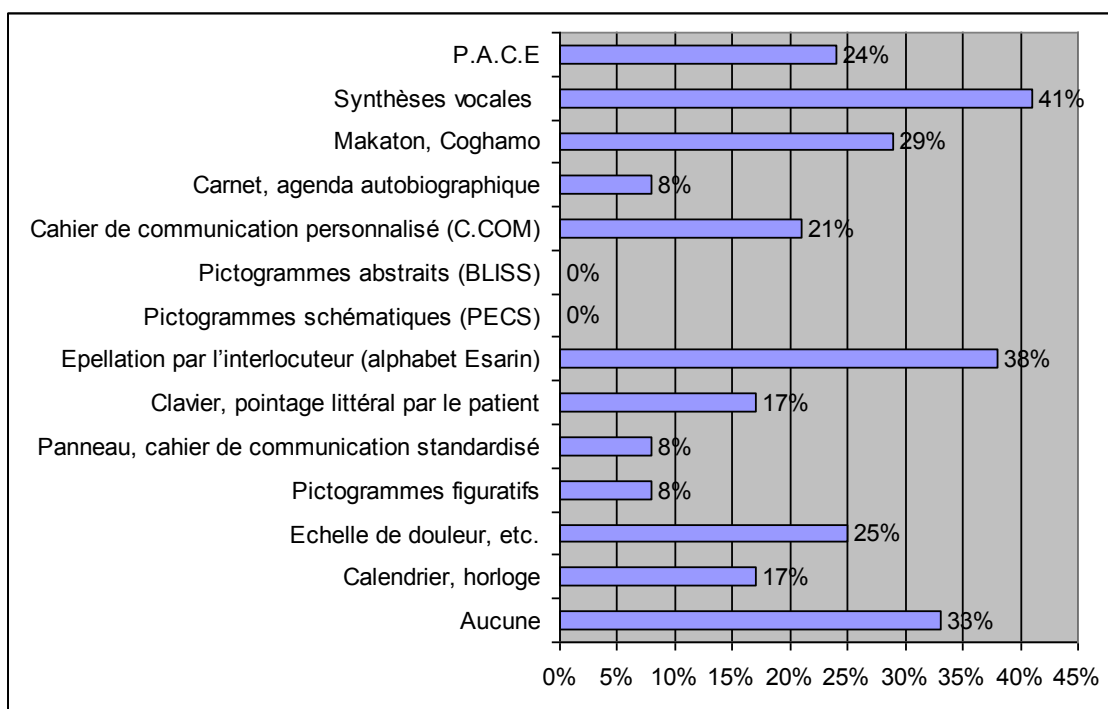


Figure 53: Aides utilisables en cas d' "agnosie visuelle"

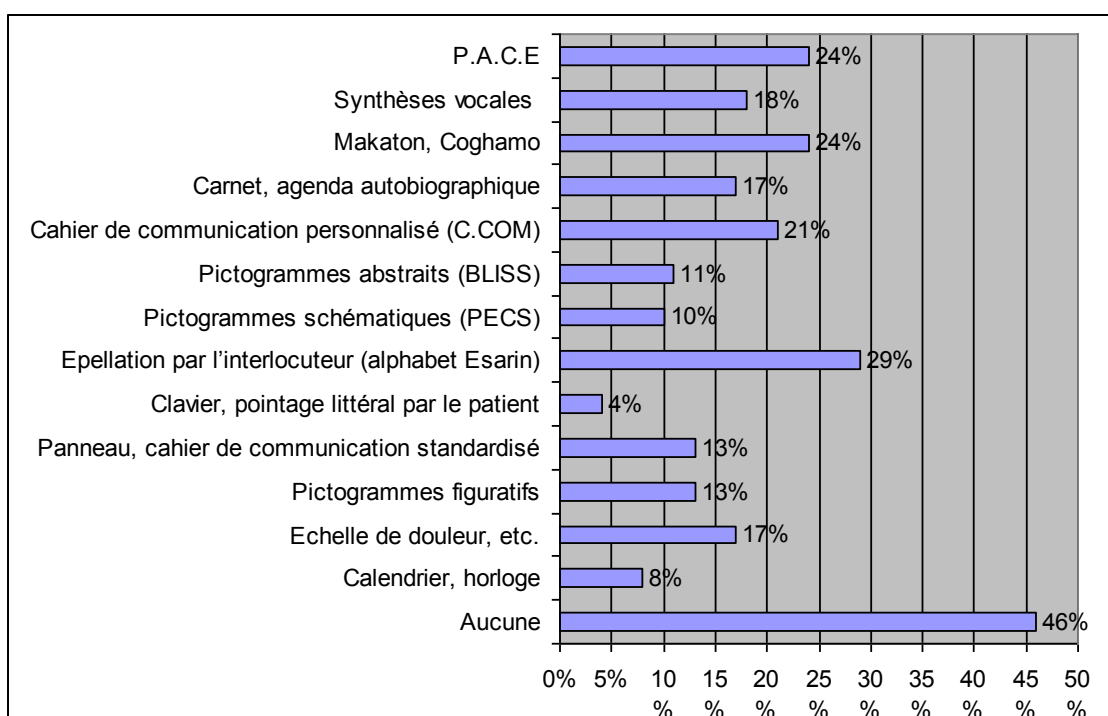


Figure 54: Aides utilisables en cas d' "agnosie visuo-spatiale"

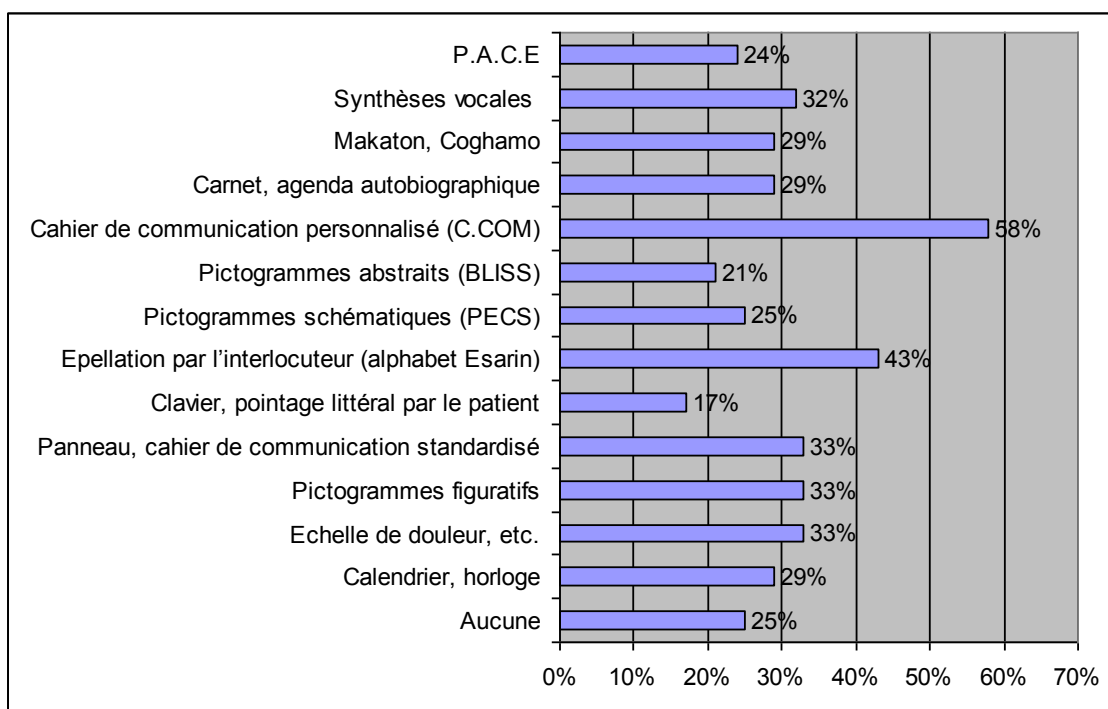


Figure 55: Aides utilisables en cas d' "héminégligence"

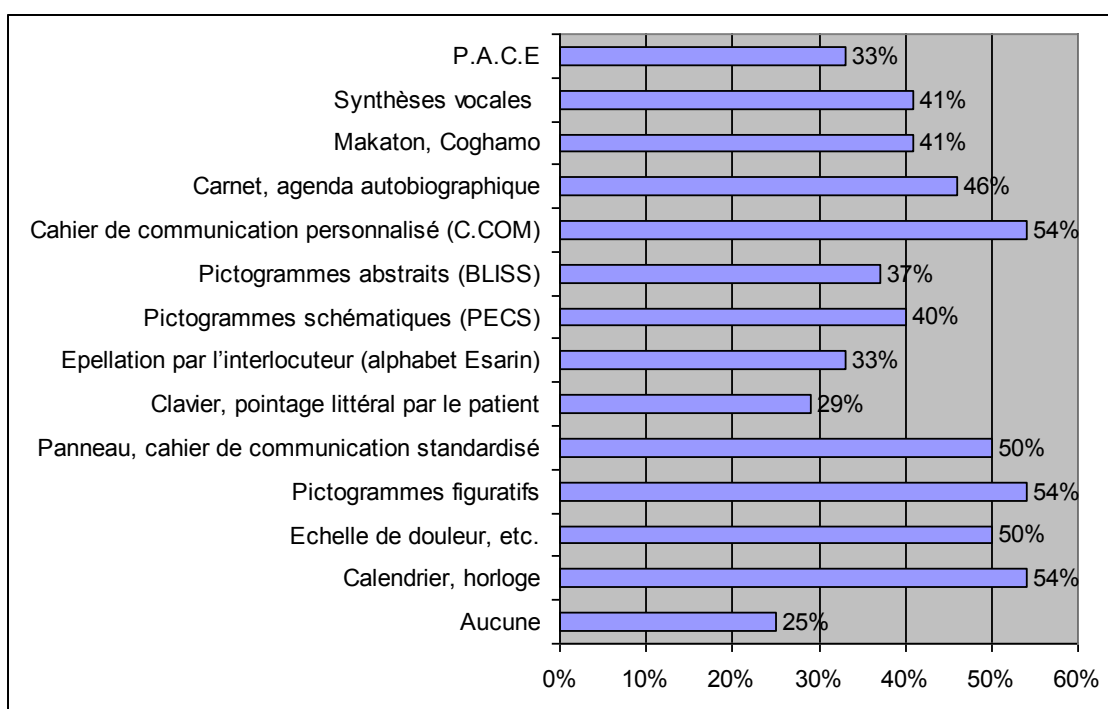


Figure 56: Aides utilisables en cas de "trouble de l'orientation spatio-temporelle"

Pour chaque trouble associé nous indiquerons également les premiers moyens de communication ayant obtenu le plus fort pourcentage par ordre décroissant. De plus, nous avons regroupé dans un seul item les pourcentages égaux.

Si le patient est atteint d'**hémiplégie**, les orthophonistes pensent que toutes les aides pourraient être utilisées en majorité car de forts pourcentages ont été relevés. Il n'y aurait pas de réelle distinction à faire entre les moyens de communication.

En cas d'**hémianopsie ou de quadranopsie latérale homonyme**, les aides préconisées seraient :

- *le cahier de communication personnalisé*
- *les synthèses vocales*
- *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*

Ces résultats mettent en évidence que pour une majorité d'orthophonistes ce trouble influencerait sur le choix de l'aide ; le rééducateur ne pourrait pas se contenter de déplacer l'outil communicatif dans le champ visuel intact du patient.

Lorsqu'un **trouble du pointage** est objectivable, l'aide la plus adaptée semblerait être *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*. De plus, nous observons de faibles pourcentages quelles que soient les aides ainsi qu'un score de 25 % indiquant qu'aucune aide ne serait envisageable. Notons également qu'aucun participant n'a mentionné l'emploi du clavier ou le pointage par le patient, ce qui paraît logique.

Si un **trouble praxique** est manifeste, les aides à employer seraient :

- *le cahier de communication personnalisé*
- *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*
- *les diverses échelles*

Toutes les aides seraient donc envisageables à part les moyens gestuels et l'utilisation du clavier ou du pointage qui obtiennent des scores plus faibles.

Nous observons donc des différences dans le choix des outils alternatifs entre les patients présentant un trouble du pointage et ceux souffrant de trouble praxiques. Notre réflexion nous amenant à séparer ces deux items a donc été intéressante.

Les aides à privilégier en cas d'**agnosie visuelle** seraient :

- *les synthèses vocales*
- *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*
- *aucune aide (33 %)*

Puisque la plupart des aides présentées repose sur un support visuel, de nombreux participants pensent qu'aucune aide ne serait bénéfique en présence de ce symptôme. En outre, l'utilisation de pictogrammes (PECS et BLISS) n'a été citée par aucun participant.

Les aides communicatives à préconiser lorsqu'une **agnosie visuo-spatiale** est objectivable seraient :

- *aucune aide (46 %)*
- *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*

Il semblerait donc qu'une agnosie visuo-spatiale ne permette pratiquement que l'utilisation de l'épellation par l'interlocuteur.

Les résultats obtenus pour les agnosies visuelles et visuo-spatiales sont comparables, il n'aurait donc pas été nécessaire de les différencier dans notre tableau.

En ce qui concerne l'**hémigraphie**, les aides utilisables seraient :

- *le cahier de communication personnalisé*
- *l'épellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)*
- *les pictogrammes figuratifs, les diverses échelles, le panneau et cahier de communication standardisés*

L'hémigraphie ne freinerait donc pas l'utilisation d'un système visuel. En outre, si elle est trop importante il semblerait que l'épellation soit la meilleure solution.

En cas de **trouble de l'orientation spatio-temporelle**, les aides pertinentes seraient :

- *le cahier de communication personnalisé, les pictogrammes figuratifs, le calendrier et l'horloge à aiguilles mobiles*
- *le panneau et cahier de communication standardisés, les diverses échelles*
- *le carnet autobiographique*

De forts pourcentages sont relevés et indiquent que selon les orthophonistes toutes les aides pourraient être utilisées.

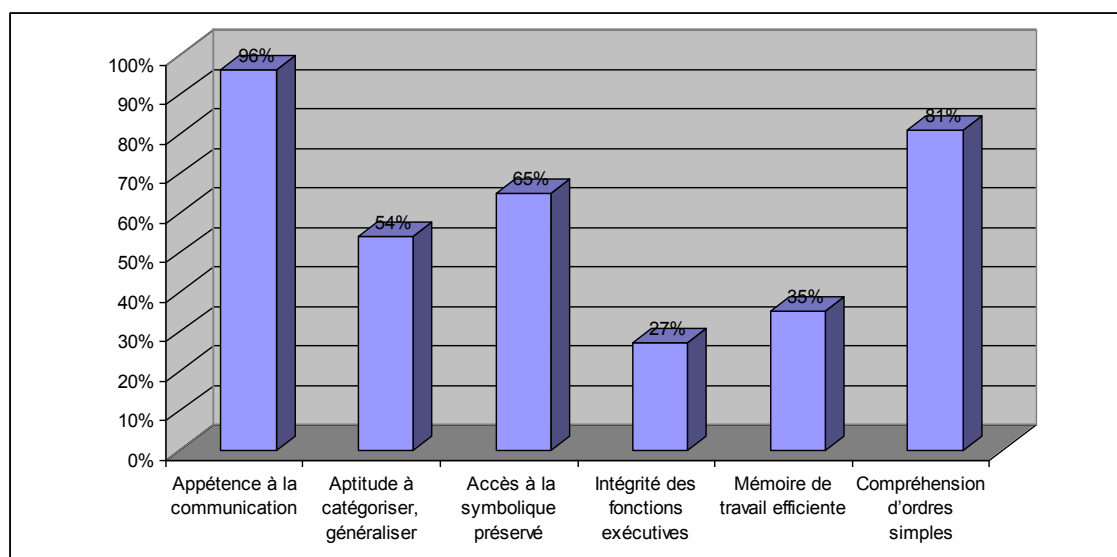
De plus, la mise en place d'un calendrier, d'une horloge à aiguilles mobiles et/ou d'un carnet autobiographique, semble être bénéfique à la communication.

En conclusion, le cahier de communication semble être l'outil à privilégier car il aurait la propriété d'être très adaptable en terme d'images, de formats, de couleurs. En cas de troubles du pointage, il semble difficile de trouver un outil alternatif adapté. La solution dans ce cas là, serait que le partenaire de communication prenne en main l'échange et que le patient confirme ou infirme les propos.

8- Question 13

Quelles **capacités résiduelles** sont selon vous indispensables au patient aphasique pour mettre en place une aide à la communication ? Absence d'anosognosie ; Appétence à la communication ; Aptitude à catégoriser, généraliser ; Accès à la symbolique préservé ; Intégrité des fonctions exécutives ; Mémoire de travail efficiente ; Compréhension d'ordres simples ; Autre(s).

Les capacités résiduelles indispensables chez le patient aphasique vasculaire pour permettre l'utilisation d'une aide communicative seraient :



Pour une large majorité d'orthophonistes **l'appétence à la communication** paraît donc être indispensable. Elle est suivie de près au niveau des pourcentages par la compréhension d'ordres simples. De fait, il semblerait qu'en cas de tableau aphasique marqué par des troubles de compréhension orale, les aides communicatives soient peu efficaces.

Les fonctions exécutives et la mémoire de travail seraient à considérer à minima pour l'emploi d'une aide. Un interrogé nous a également dit qu'elles n'étaient pas indispensables pour l'emploi des aides élémentaires.

En outre, il est à noter que toutes les compétences résiduelles que nous avons mis en évidence dans cette question sont comprises dans celles observées par les orthophonistes, lors de l'évaluation des capacités permettant la mise en place d'une aide alternative (question 8). De la même manière, les capacités dont dépendent la mise en place d'aides sont englobées dans les éléments cités en question 9.

Les autres aptitudes soulevées par les rééducateurs sont :

- Conservation de la mémoire procédurale
- Intégrité ou bonne correction de la vision et de l'audition antérieures
- Bonne orientation spatio-temporelle
- Aspect psychologique (coopération du patient)
- Implication du partenaire de communication

Nous pensons que le questionnaire ne peut apporter que des réponses limitées. En effet, il semblerait que la vérification des troubles antérieurs à l'AVC, comme les troubles visuels et/ou auditifs ainsi que la prise en compte de l'aspect psychologique incombe à chaque rééducateur en fonction de son patient.

En outre, l'implication du partenaire de communication semble devoir être évaluée également par l'orthophoniste clinicienne.

9- Question 14

Pensez-vous qu'il aurait été **approprié d'ajouter** ou détailler certains éléments sémiologiques, troubles associés ou aides à la communication ?

Selon un participant, il aurait été nécessaire de rajouter, dans les éléments sémiologiques, le défaut d'initiative, l'apathie. Les conséquences du défaut d'initiative et de l'apathie peuvent être observées dans l'item « appétence à la communication ». Il nous semble que cela n'est qu'une différence de terminologie.

Notons que la plupart des orthophonistes ont trouvé notre questionnaire complet car prenant en compte tous les aspects du patient aphasique hospitalisé.

10- Remarques générales

Remarques éventuelles sur l'ensemble des questions

Quelques orthophonistes ont noté :

- Des difficultés pour répondre séparément au tableau des éléments sémiologiques et à celui des troubles associés car ils sont souvent coexistant chez un patient
- La PACE est un outil rééducatif plutôt qu'une aide à la communication
- Toutes les aides peuvent convenir aux patients, il suffit de les adapter au patient et à ses besoins
- Des difficultés pour généraliser au niveau pathologique

En clinique il est bien évident que les éléments sémiologiques et les troubles associés sont combinés chez un même individu. Cependant, pour plus de clarté dans nos propos, nous avons décidé de les tester séparément.

En ce qui concerne la PACE, il en ressort que selon les orthophonistes elle est surtout un outil à utiliser en rééducation. En outre, il paraît évident que l'adaptation au patient, quelle que soit l'outil, est indispensable.

B- LIMITES DU QUESTIONNAIRE

Un questionnaire est un outil qui permet le recueil de propos de ceux qui le remplissent. Nous pouvons à présent, relever deux grands types de limites vis-à-vis de la passation et l'analyse de notre questionnaire. En outre, nous avons pu définir, a posteriori, des faiblesses liées à la réalisation de notre enquête.

1- LIMITES SPECIFIQUES D'UN QUESTIONNAIRE

Premièrement, il existe des limites dans le choix du type de réponses attendues. En effet, les questions fermées obligent le participant à choisir une ou plusieurs réponses correctes parmi les items proposés. Pour certaines questions cette modalité était la plus adaptée *ex : Autres membres de l'équipe pluridisciplinaire paramédicale.*

En revanche, pour le remplissage de nos trois tableaux, certains participants ont pu se trouver face à une situation inconfortable car ne sachant pas choisir entre un OUI et un NON (case à cocher ou pas) et qui ne représentait pas réellement leur pensée. Ils auraient peut-être souhaité avoir un troisième choix du type +/- . *Ex : utiliseriez-vous un cahier de communication personnalisé (C.Com) avec un patient souffrant d'hémianopsie latérale homonyme ?*. De fait, nous avons analysé avec la plus grande précaution les résultats obtenus.

En outre, les réponses de type ouvertes, permettent à la personne interrogée de donner précisément son point de vue. Cependant, la réponse apportée se trouve souvent réduite car différents éléments influencent la qualité des réponses. Nous pouvons citer, la disponibilité temporelle, l'état de fatigue, la motivation, etc.

En outre, les structures syntaxiques employées par l'expérimentateur peuvent également égarer le participant.

Deuxièmement, il ne faut pas négliger les limites existant dans la traduction des résultats. En effet, ces derniers seront toujours liés à l'interprétation de l'examineur ; l'aspect subjectif est largement présent et ne devrait pas être ignoré. De plus, comme nous le mentionnons plus haut, la personne questionnée interprète également selon sa personnalité, sa pratique orthophonique et selon le moment du remplissage des questions de l'examineur.

2- LIMITES LIEES A NOTRE METHODOLOGIE

Premièrement, le temps de remplissage de notre questionnaire était trop long (20 minutes en moyenne). En effet, bien que notre objectif initial était de tenir compte de tous les éléments sémiologiques pouvant être rencontrés lors d'un trouble phasique, il apparaît évident, a posteriori, que nous aurions dû nous limiter dans l'analyse d'informations plus ciblées, plus pertinentes. Certains détails que nous avons développés semblent désormais inutiles. Tout d'abord, même si les différents types de pictogrammes que nous avons présentés ne fonctionnent pas de manière semblable, il aurait été judicieux de les regrouper pour ne considérer que l'aide à la communication de type « pictogrammes ». Ensuite, de la même manière, le cahier de communication, qu'il soit standardisé ou personnalisé, aurait dû être analysé dans un seul item. De plus, la thérapie PACE, bien que Lissandre la considère comme une aide alternative possible, n'aurait pas dû figurer au sein du questionnaire car la plupart des auteurs et les créateurs eux-mêmes de la méthode la décrivent comme étant une thérapie rééducative à part entière. En outre, il aurait été pertinent de distinguer les éléments sémiologiques en quatre groupes uniquement : les troubles expressifs (oraux ou écrits) et les troubles de compréhension (oraux ou écrits) sans détailler certains d'entre eux malgré leurs mécanismes différents. De plus, l'agnosie visuelle et l'agnosie visuo-spatiale auraient pu être examinées simultanément bien qu'elles ne présentent pas la même sémiologie. Enfin, nous pensons que l'étude des aides à la communication en présence de troubles associés aurait et pourrait faire l'objet d'un mémoire à part entière pour espérer obtenir des résultats plus représentatifs et plus pertinents.

La longueur du questionnaire a donc pu engendrer une non participation des professionnels ciblés par notre étude, des réponses aux questions ouvertes ne reflétant pas complètement la pensée de la personne interrogée car exprimées avec rapidité, ainsi que des omissions de réponses pour certaines questions.

Deuxièmement, la diffusion de notre questionnaire a été trop tardive. En effet, nous avons consacré beaucoup de temps à la construction du formulaire, notamment car nous n'avons aucune recherche concernant ce sujet sur laquelle nous appuyer et d'une manière générale nous avons eu des difficultés à gérer notre temps dans l'élaboration du mémoire. De fait, le nombre de questionnaires recueillis était assez faible et ne nous a pas permis de faire une étude vraiment représentative de l'opinion général.

Troisièmement, le choix d'avoir diffusé notre questionnaire par voie informatique a pu en limiter le nombre de retours. En effet, bien que cette modalité nous ait paru être la plus rapide en tant que temps de transmission par l'examineur, temps de remplissage et de renvoi par le participant, cela suppose d'une part, d'avoir un accès informatique et d'autre part, de savoir utiliser la navigation internet (si le choix s'est porté sur le remplissage direct à l'adresse URL indiquée) ou de savoir employer le logiciel Word[®]. Nous avons d'ailleurs eu des retours de dysfonctionnement dans le remplissage du questionnaire en ligne lorsqu'il était effectué à partir d'ordinateurs se trouvant dans certains hôpitaux.

C'est pourquoi, les conclusions de notre analyse mettent en exergue des tendances mais ne permettent pas d'exprimer une vérité générale.

3- FAIBLESSES DE NOTRE QUESTIONNAIRE

Nous allons reprendre l'ensemble des items du questionnaire et mettant en évidence point par point les faiblesses observées.

Tout d'abord, lors de la présentation, en introduction à notre questionnaire, de l'objectif de notre étude, nous aurions dû préciser que celle-ci concernait les aides à la communication externes et en donner une définition. De fait, certains orthophonistes ont cité des aides communicatives employées lors d'une rééducation pragmatique non verbale de type 1, comprenant les moyens de facilitation tels que l'écrit, le dessin, la mimogestualité.

De plus, certaines questions, bien qu'intéressantes, n'apportent pas de réponses à notre questionnement. *Ex : Quel est le pourcentage de patients aphasiques accueillis dans l'établissement ?* ». Cependant, elles donnent d'autres informations que nous avons détaillées.

Ensuite, pour la question 5 « *Autres membres de l'équipe disciplinaire paramédicale* » nous aurions dû plutôt employer le terme de « autres rééducateurs » pour éviter que les orthophonistes interrogés indiquent les professions d'infirmier, de diététicien, etc. qui ne sont pas visées par cet item.

En outre, en ce qui concerne nos trois tableaux, la question posée pour chacun était « *quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction ...* ». De fait, cette formulation ne nous permet pas de savoir si les cases n'ont pas été cochées car l'aide n'est pas adéquate ou seulement non pertinente. Ex : *l'épellation n'a pas été cochée car elle semble trop fastidieuse.*

Par ailleurs, il semble que notre questionnaire comporte un trop grand nombre de questions ouvertes. De fait, nous avons été confrontée à une perte de temps et de pertinence dans l'analyse des informations recueillies. En effet, tout d'abord, en ce qui concerne la question 6 « *A quel rythme voyez-vous les patients lorsqu'ils sont admis dans votre établissement ? ex : une fois, plusieurs fois par jour; plusieurs fois par semaine, etc.* », il aurait été judicieux de proposer un questionnaire à choix multiple, pour éviter des réponses oscillant entre plusieurs propositions, comportant les items :

- 1-2 fois par jour
- 1 fois par jour
- plusieurs fois par semaine
- 1 fois par semaine

De la même manière, la question 8 « *Comment procédez-vous pour mettre en évidence la possibilité pour le patient de bénéficier d'une aide à la communication ? Utilisez-vous des tests étalonnés? ex : Test lillois de communication ? Echelle de communication verbale de Bordeaux ? Test des praxies ? Bilan « maison », Autres ?* », aurait dû être abordée sous forme de QCM et non pas sous forme de champ libre pour éviter une pléthore de réponses. Nous aurions pu mettre à la disposition des orthophonistes les choix suivants à sélectionner lorsqu'ils correspondent à la pratique de l'orthophoniste :

- L'utilisation de bilans étalonnés
 - Bilans évaluant les fonctions linguistiques (liste exhaustive)
 - Bilans évaluant la communication (liste exhaustive)
 - Autres bilans (liste exhaustive)
- L'utilisation d'un bilan « maison »
- L'observation clinique immédiate (sans détails pour éviter les redondances pouvant exister avec la question 14)

En effet, dans ce cas la réponse ouverte n'était pas la méthodologie la plus adaptée car tous les interrogés ne semblent pas avoir pensé spontanément aux tests existants de manière exhaustive.

Pareillement, la question 9 « *Quel moment vous semble le plus adapté pour introduire une aide à la communication juste après l'AVC ? ex : dans les heures, les jours suivants l'AVC, etc.* », il aurait été opportun de présenter un QCM comportant les propositions :

- Le plus tôt possible
- Les semaines suivants l'AVC
- Les mois suivants l'AVC
- Moment variable qui dépend du patient

Cela afin d'éviter l'inclusion des deux éléments de réponse « dans les heures » et « dans les jours qui suivent l'AVC » dans l'item « le plus tôt possible ».

Enfin, il apparaît que certaines questions se recoupent et abordent les mêmes éléments de réponse ; cependant, ils ne sont pas toujours superposables. En effet, certaines parties des questions 8 et 9 mettent en évidence, comme la question 14, les capacités résiduelles à évaluer pour utiliser une aide à la communication. Il aurait donc été approprié, pour la question 8 de proposer, comme nous le mentionnons plus haut, une liste de bilans exhaustive. Cela aurait évité que les participants ne détaillent le contenu de l'observation clinique immédiate. En ce qui concerne la question 9, nous n'aurions pas dû demander aux participants de quels éléments dépendaient le moment adapté à la mise en œuvre d'un moyen alternatif pour éviter les redondances.

VI- SYNTHESE – DISCUSSION

Nous sommes partie du constat que les aides à la communication sont mises en place après la stabilisation des troubles et ne semblent exister qu'en termes de moyens alternatifs et palliatifs. L'objet de notre étude était de faire un état des lieux des outils communicatifs existants et pouvant s'adapter à la phase hospitalière pour les patients aphasiques vasculaires. Nous avons alors posé l'hypothèse du bénéfice de l'apport d'une classification de ces aides. Cet état des lieux, selon notre raisonnement, pourrait permettre à ces professionnels d'étayer la réflexion autour de l'utilisation de ces techniques dès la phase hospitalière. La mise en place de ces outils précocement, comme le préconise la HAS, permettrait de favoriser les échanges communicationnels nécessaires au patient avant tout mais aussi aux Aidants (entourage et équipes hospitalières) qui se trouvent souvent démunis face à ces tableaux aphasiologiques. Nous avons tenté de mener une enquête sur la connaissance des aides actuelles ainsi que sur le moment adéquat et les conditions relatives à leur introduction auprès d'orthophonistes exerçant dans une structure prenant en charge les patients aphasiques.

Pour cela, nous avons élaboré et diffusé à l'ensemble des orthophonistes salariés un questionnaire sous forme d'enquête. Nous nous sommes heurtée à certaines difficultés : quelques-unes inhérentes au principe même du questionnaire, d'autres émanant de l'élaboration de notre questionnaire de façon plus spécifique.

Tout d'abord, la longueur et la densité de notre questionnaire a été un écueil majeur pour notre travail. Malheureusement, le manque de temps n'a pas permis l'élaboration d'un autre questionnaire moins lourd et nous avons préféré exploiter les données en notre possession plutôt qu'envoyer un nouveau questionnaire et risquer un nombre minimal de réponses.

Ensuite, malgré le choix de cases à cocher pour limiter les variabilités de réponses, les orthophonistes ont été très gênés face à la prise en compte individuelle des éléments sémiologiques qui sont souvent co-présents et la complexité des tableaux aphasiques. Il aurait certainement été plus pertinent de cibler notre étude sur un des symptômes le plus fréquemment rencontré dans les tableaux aphasiologiques et gênant de façon prédominante les capacités de communication (par exemple : le manque du mot).

D'autre part, dans un objectif de se montrer exhaustif quant à la sélection des éléments pouvant être éventuellement présents à la phase hospitalière de la prise en charge, il nous a semblé essentiel d'inclure les troubles associés. Finalement, après réflexion, un tableau évaluant l'adaptation des aides à la communication en fonction des troubles associés aurait dû faire l'objet d'un mémoire à part entière pour y analyser avec précision tous les aspects. Ainsi notre erreur a créé des complexifications quant au remplissage des tableaux par les orthophonistes et de fait, dans notre analyse des résultats.

La diffusion de notre questionnaire par voie informatique nous a semblé un moyen efficace de recueillir un grand nombre de réponses afin d'élargir notre échantillon. Cependant, les installations informatiques de chaque service et les bugs fréquents de tout système ont finalement pu limiter certaines réponses.

Enfin, la distinction entre aides à la communication, moyens de facilitation et méthodes rééducatives visant la communication n'était pas clairement établie au début de notre questionnaire et a généré des confusions. Ainsi, les réponses que nous attendions n'ont pas été celles que nous avons relevées et notre exploitation a souffert de ce manque de clarté. De la même façon, nous avons fait figurer la PACE dans notre questionnaire car nous avons relevé dans la littérature la possibilité de la considérer comme un réel moyen de communication alternatif. Pourtant, après une revue plus détaillée de son fonctionnement, nous nous sommes rendu compte qu'elle était une méthode de rééducation et non une aide à la communication pouvant être utilisée avec les Aidants.

Malgré toutes ces difficultés rencontrées nous sommes convaincue que cette étude a permis un état des lieux nécessaire des aides à la communication existantes.

Après une analyse laborieuse des résultats, nous avons pu mettre en évidence certaines généralités autour de la mise en place d'aides à la communication dès la phase hospitalière.

Les données que nous avons pu exploiter ont permis de mettre en exergue avant tout une connaissance très ciblée des aides à la communication : ainsi, les orthophonistes connaissent pour la plupart les cahiers de communication et les synthèses vocales. Cependant, nous avons choisi de répertorier non seulement les outils communicatifs déjà utilisés fréquemment et reconnus en aphasiologie mais aussi d'élargir cette description aux techniques utilisées par d'autres pathologies engendrant des troubles de communication. Ainsi, nous avons abordé notre état des lieux d'un point de vue plus transversal en ayant toujours à l'esprit les troubles de la communication. Certains outils, fréquemment employés avec les enfants IMC par exemple, ont pu alors trouver leur place dans notre questionnaire. Il apparaît d'ailleurs dans les résultats que ces aides à la communication spécifiques sont beaucoup moins connues par les orthophonistes hospitaliers travaillant en service de neurologie. Cet élargissement de point de vue permettait selon nous d'étayer la réflexion autour de la mise en place d'aides à la communication dès la phase hospitalière.

Concernant le principe même de mise en place d'une aide à la communication dès la phase hospitalière, il a été plutôt bien accueilli par l'ensemble des orthophonistes. Ces professionnels rajoutent cependant et de façon unanime la nécessité de ne pas envisager un emploi de l'outil tel quel mais de l'adapter en permanence aux besoins fonctionnels réels du patient et à ses évolutions. De fait, l'élaboration d'une classification « figée » telle que nous l'avions imaginée au départ ne s'est pas montrée pertinente.

Une analyse plus approfondie des réponses aux différents items de notre questionnaire a pu mettre en exergue, parmi les rééducateurs, deux points de vue.

Pour le premier groupe d'orthophonistes, l'évolution et la stabilisation des troubles phasiques semblent conditionner fortement le moment d'introduction d'un outil alternatif. Ainsi, pour ces professionnels, l'instauration précoce d'une aide à la communication ne semble pas adéquate. Ils évoquent parallèlement le manque de temps disponible afin de mettre en place un tel moyen communicatif, et cela se ferait alors au détriment de la rééducation.

Pour d'autres, constitués d'une majorité, l'aide doit être utilisée le plus tôt possible et dépend essentiellement du tableau clinique et des troubles associés. La plupart d'entre eux ont d'ailleurs cité l'emploi du cahier de communication.

Notre étude met également en évidence que pour mettre en place un outil alternatif, il faut d'une part étudier les besoins communicationnels de tout patient hospitalisé. Pour cela il nous a semblé indispensable de tenir compte des divers interlocuteurs et de leurs échanges avec le patient. Nous avons donc décidé d'établir une classification des interlocuteurs en fonction de leur proximité avec le patient : « tous types d'interlocuteurs », « interlocuteurs privilégiés », « entourage proche ». Dans notre questionnaire, il ressort que les aides élémentaires (calendrier, horloge à aiguilles mobiles, diverses échelles, pictogrammes figuratifs, panneau, cahier de communication standardisés) sont à privilégier pour « tous les interlocuteurs ». Les « interlocuteurs privilégiés » peuvent employer quant à eux le plus grand nombre d'outils. Enfin, une aide contenant des éléments autobiographiques et personnels serait plus adaptée à « l'entourage proche ».

L'emploi d'une aide alternative nécessite aussi une étude des capacités communicationnelles du patient : la plus répandue étant l'utilisation de tests étalonnés accompagnée d'une observation clinique. Parmi ces bilans, notons que peu d'entre eux sont des bilans évaluant la communication, le plus utilisé étant le TLC.

Après dépouillement des questionnaires, il apparaît clairement plusieurs éléments orientant le choix vers telle aide à la communication :

- ✓ La nécessité de prendre en compte les **capacités résiduelles** du patient. Les plus citées sont, par ordre décroissant : l'appétence à la communication, la compréhension d'ordres simples et la préservation de l'accès à la symbolique. De fait, un trouble massif de la compréhension orale semble présager un mauvais pronostic quant à l'utilisation d'aides communicatives. En outre, les fonctions exécutives et la mémoire de travail apparaissent comme des éléments nécessaires.
- ✓ L'impératif de considérer la **sémiologie**. Celle-ci se rapproche idéalement d'une aphasie non fluente, notamment de type Broca. Cependant, notre travail démontre que pour chaque type d'aphasie au moins une aide à la communication peut être proposée.
 - Le trouble de l'expression orale sans trouble de compréhension, ne semble pas limiter le nombre d'aides qui s'avère maximal.

- Le trouble de la compréhension orale, comme nous l'attendions oriente plutôt sur des aides élémentaires et toutes celles ne reposant pas sur un support auditif.
- Troubles de la compréhension et expression écrites : il n'y a pas de particularités sauf comme nous le présentions éviter les aides avec support écrit.
- ✓ L'impératif de s'intéresser aux **troubles associés** :
 - L'hémiplégie ou le trouble de l'orientation spatio-temporelle, ne sont pas gênants pour la mise en place d'une aide.
 - En outre, lorsqu'une hémianopsie ou une quadrantanopsie latérale homonyme droite est objectivable, les avis montrent qu'il ne suffirait pas de déplacer l'aide dans la partie saine du champ visuel du patient comme nous le pensions. Au contraire, en cas d'héminégligence cela serait à privilégier et l'utilisation de toutes les aides serait possible. Enfin, les troubles du pointage seraient réellement à différencier des troubles praxiques car le choix des aides à la communication à privilégier différerait.
 - Par contre, pour le trouble du pointage, les agnosies visuelles et l'agnosie visuo-spatiale, aucune aide ne semble être envisageable à part l'épellation par l'interlocuteur.
 - En cas de troubles praxiques, le cahier de communication resterait la solution la plus approuvée alors que ce ne serait pas le cas si un trouble du pointage était objectivable.

Face à notre problématique : « *Quelles aides à la communication pour le patient aphasique vasculaire hospitalisé ?* », il semblerait tout d'abord que ces aides soient multiples. A chaque symptôme il apparaît que nous ne puissions pas faire correspondre une aide à la communication à utiliser quel que soit le patient. Bien au contraire, l'adaptation individuelle au patient et à son aphasie reste un fait marquant et à prendre en compte. En effet, on ne peut pas envisager uniquement l'aphasie dans sa globalité mais il faut considérer la diversité des tableaux cliniques à rencontrer.

Notre étude fait apparaître que la **démarche de l'orthophoniste** à privilégier face à un patient aphasique vasculaire en phase initiale semblant présenter des troubles de la communication serait donc :

- Dans un premier temps, d'*effectuer une évaluation* très spécifique pour chaque patient en fonction de ses besoins communicationnels, de ses éléments sémiologiques et éventuellement des troubles associés.
- A partir de ce matériau, dans un deuxième temps, d'*élaborer un support* type cahier de communication qui se révèle être l'outil le plus approprié. Il serait constitué de plusieurs parties correspondant à chaque type d'interlocuteur, offrant ainsi un support unique personnalisable et modifiable à tout moment de la prise en charge. Il pourrait contenir à la fois des éléments de communication fonctionnels (douleur, besoins primaires, informations biographiques essentielles) et d'autres plus personnels (composition de la famille avec photos, centres d'intérêts, etc.). Ainsi, ce matériel unique pourrait rester au chevet du patient, le suivre dans les différents services qu'il connaîtra tout au long de son parcours de soins tout en étant repensé en fonction de l'évolution des troubles et des besoins dans chaque service.

L'élaboration et l'évaluation d'un tel cahier pourrait être le sujet d'un mémoire d'orthophonie qui s'appuierait sur cet état des lieux avec ses limites et qui permettrait de proposer un exemple d'outil favorisant la communication du patient aphasique. Tout cela, comme le souligne la HAS et comme cela semble évident en clinique orthophonique, dans un objectif de maintien de la communication du patient aphasique le plus tôt possible et donc le plus efficacement possible.

CONCLUSION

Nous avons mis en évidence, lors de notre étude, que la problématique de l'utilisation d'aides à la communication précocement, chez un patient aphasique, après un accident vasculaire cérébral, reste un sujet qui divise les opinions au sein des professionnels de la communication. De fait, s'interroger sur cette question a été nécessaire. Bien que tous les orthophonistes s'accordent à dire que le maintien du lien de communication entre un patient aphasique et ses interlocuteurs soit une priorité et une urgence, comme le recommande la HAS, nous n'avons pas pu constater une uniformité des points de vue.

Par contre, quelle que soit l'aide alternative à envisager, les professionnels se rassemblent pour affirmer que l'adaptation individuelle aux caractéristiques du patient, en tenant compte du partenaire de communication, des éléments sémiologiques, des troubles associés et des capacités résiduelles par rapport au fonctionnement du langage, est indispensable. De plus, notre mémoire fait apparaître qu'en ce qui concerne l'objectivation des capacités nécessaires à l'utilisation d'une aide alternative, le sens clinique du thérapeute du langage prime alors que la tendance actuelle serait de « tout quantifier ». En effet, de nos jours, les orthophonistes semblent poussés à une pratique « stéréotypée » en utilisant des approches rééducatives standardisées. Si cela était le cas l'utilisation d'une aide à la communication pourrait s'apparenter à celle d'un médicament : pour chaque symptôme donné un moyen alternatif et un seul serait efficace. Or, les résultats de notre étude démontrent le contraire. Cet élément rejoint la constatation que l'élaboration d'une « classification » au sens strict du terme n'aurait pas été judicieuse. En effet, de nombreuses études ont montré que la structuration du langage, chez le sujet sain, était très complexe. De fait, en cas d'aphasie, la déstructuration linguistique se montre également complexe et ne peut être appréhendée de manière globale.

Cette notion peut être corrélée avec les recherches effectuées par Roman Jakobson et explicitées dans son ouvrage « *Langage enfantin et aphasie* » [25]. En effet, dès 1969, ce linguiste a émis l'hypothèse que la pathologie aphasique ne pouvait être appréhendée dans sa globalité car elle semblait présenter de nombreuses variantes du point de vue clinique. Ainsi, il a élaboré sa théorie en proposant différentes dichotomies en se fondant sur l'aspect défaillant du système linguistique de l'individu, c'est-à-dire sur l'observation des déficits. Cela permettrait donc de proposer au patient un système de compensation adéquat et efficace.

En outre, nous sommes conscients que la structure de notre questionnaire est très critiquable. En effet, celui-ci comportait un trop grand nombre d'éléments, quelquefois redondants, privilégiant parfois l'aspect quantitatif au qualitatif. C'est pourquoi nous avons tenté d'apporter pour chacun de ses points une solution nous paraissant adaptée. De fait, nous pensons qu'il serait intéressant pour un autre étudiant de s'appuyer sur notre étude, qui a l'avantage de présenter un état des lieux qui se veut exhaustif des aides alternatives à disposition, pour entamer une recherche complémentaire qui ciblerait les éléments pertinents à analyser, qui étaiérait les points manquants et qui éviterait de s'encombrer de détails inutiles. L'objectif pourrait être d'élaborer un autre questionnaire en tenant compte des erreurs de celui-ci. Cela permettrait à l'étudiant un gain de temps et de pertinence. Notre étude pourrait donc dans ce cas servir de matériau de base.

En outre, dans un objectif de s'adapter le plus près possible aux besoins communicatifs des patients aphasiques, nous pensons qu'il serait intéressant de mener une étude sur leurs ressentis à posteriori. Comment-ont-ils vécu le fait de ne pouvoir communiquer juste après l'AVC ? L'utilisation d'une aide communicative leur aurait-elle semblé favorable ?

En définitive, nous espérons que les tendances que nous avons relevées pourront être utiles aux orthophonistes dans leur pratique clinique auprès de patients aphasiques pour répondre le mieux possible aux besoins communicationnels exprimés par l'individu lui-même et par les Aidants. Il apparaît évident que quelle que soit l'aide à la communication choisie, le point fondamental reste le maintien précoce des échanges communicationnels ; et cela quels que soient les canaux sensoriels utilisés (oraux, visuels, gestuels, auditifs). Les objectifs principaux étant d'éviter ainsi l'isolement du malade et de préserver le plaisir de communiquer.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- [1] ABRIC J-C. « Psychologie de la communication : théories et méthodes », Paris, Armand Colin, 1996, 187 pages
- [2] ALBERT M.L, HELM N. « Manual of aphasia therapy, 2e edition », Austin, Pro-Ed, 2003, 281 pages
- [3] ALTMANN S.A. « Sociobiology of rhesus among primates », Chicago, University of Chicago Press, 1967, 392 pages
- [4] ARMENGAUD F. « La pragmatique », collection « Que sais-je ? », Paris, Presse Universitaire de France, 2007, 127 pages
- [5] AUSTIN J.L. « How to do things with words », Oxford, Oxford University Press, 1962, 192 pages
- [6] BARRIER G. « La communication non verbale », Paris, Editions ESF, 1996, 178 pages
- [7] BAYLON C., MIGNOT X. « La communication », Paris, Armand Colin, 2005, 416 pages
- [8] BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. « Dictionnaire d'Orthophonie », Isbergues, Ortho-édition, 2004, 298 pages
- [9] BYNG S., SWINBURN K., POUND C. « The aphasia therapy file », Hove (UK), Psychology Press Ltd, 1999, 256 pages

- [10] CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I. « Les aphasies – Evaluation et rééducation », Issy-les-Moulineaux, Masson, 2010, 268 pages
- [11] COHEN N., COUTURE G., DEFIVES-EYOUM I., MARTIN F. « L'aphasie, manuel d'information pratique à l'usage des familles », Isbergues, Ortho-édition, 1993, 32 pages
- [12] CORRAZE J. « les communications non verbales », Paris, Presses Universitaires De France, 1980, 252 pages
- [13] COSNIER J., BROSSARD A. « La communication non verbale », Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1984, 244 pages
- [14] DARRIGRAND B., MAZAUX J-M. « Echelle de communication verbale de Bordeaux », Isbergues, Ortho-édition, 2000, 11 pages
- [15] DAVIS G., WILCOX M. « Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment » *in*: CHAREY R. « Language intervention strategies in adult aphasia », Baltimore, William and Wilkins, 1981, pp. 169-193
- [16] DESCAMPS M-A. « Le langage du corps et la communication corporelle », Paris, PUF, 1989, 243 pages
- [17] DUCARNE DE RIBAU COURT B. « Test pour l'examen de l'aphasie », Paris, ECPA, 1989, 28 pages
- [18] EKMAN P. « Darwin and Facial Expression : A Century of Research in Review », New York, San Francisco, London, Academic Press Inc ,1973, 288 pages
- [19] GIL R. « Neurologie pour le praticien », Paris, Simep, 1989, 376 pages
- [20] GIL R. « Neuropsychologie », Paris, Editions Masson, 2007, 413 pages

- [21] GRICE H. « Logic and conversation » *in* : COLE P., MORGAN J. « Syntax and semantic : speech Acts », New York, Academic Press, 1975, 406 pages

- [22] HABIB M., BALZAMO M., MILANDRE L., AU-CHERIF A. « Apraxie motrice progressive: entité nosologique au sein des atrophies asymétriques primaires » *in* PONCET M. et coll. « Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés », Marseille, Solal, 1994, pp. 289-294

- [23] HALL E-T. « La dimension cachée », Paris, Edition du Seuil, 1978, 254 pages

- [24] JAKOBSON R. « Essais de linguistique générale », Paris, Editions de Minuit, 1963, 260 pages

- [25] JAKOBSON R. « Langage enfantin et aphasie », Paris, Editions de Minuit, 1969, 187 pages

- [26] JULIEN M. « Evaluer la communication en centre d'hébergement et de soins de longue durée: pour mieux intervenir », 2000, Lyon, 5ème journées d'orthophonie de Lyon

- [27] KERBRAT-ORECCHIONI C. « L'énonciation : de la subjectivité dans le langage », Paris, Armand Colin, 1980, 290 pages

- [28] MARC E., PICARD D. « L'interaction sociale », Paris, PUF, 1989, 240 pages

- [29] MARTINET A. « Eléments de linguistique générale », Paris, Armand Colin, 1960, 221 pages

- [30] MAZAUX J-M., BRUN V., PELISSIER J. « Aphasies 2000 », Paris, Masson, 2000, 231 pages

- [31] MAZAUX J-M., PRADAT-DIEHL P., BRUN V. « Aphasies et aphasiques », Paris, Masson, 2007, 344 pages

- [32] MICHEL M-J. « Germes de parole – Communication et relation avec le patient ne pouvant s’exprimer oralement », Paris, Masson, 2000, 32 pages
- [33] MUCCHIELLI R. « Opinions et changement d’opinion », Paris, ESF, 1988, 160 pages
- [34] NOIZET G., BELANGER D., BRESSON F. « La communication », Paris, Presse Universitaire de France, 1985, 344 pages
- [35] PERKINS L., WHITWORTH A., LESSER R. « Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment (CAPPCL) », London, Whurr Publishers, 1999, 80 pages
- [36] PRADAT-DIELH P., PESKINE A. « Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne », Paris, Springer-Verlag, 2006, 162 pages
- [37] ROCH LECOURS A., LHERMITTE F. « L’aphasie », Paris, Flammarion, 1979, 650 pages
- [38] RONDAL A., SERON X. « Troubles du langage – Bases théoriques, diagnostic et rééducation », Sprimont, Mardaga Editions, 2000, 840 pages.
- [39] SABOURAUD O. « Le langage et ses maux », Odile Jacob, Paris, 1995, 560 pages
- [40] SEARLE J-R. « Sens et expression », Paris, Editions de Minuit, 1979, 248 pages
- [41] SERON X., LATERRE X. « Rééduquer le cerveau », Paris, Mardaga Editions, 1986, 285 pages

- [42] SHANNON C., WEAVER W. *cité par* LOHISSE J., KLEIN A. « La communication : de la transmission à la relation », Bruxelles, De Boeck Université, 2006, 213 pages
- [43] TETU F. « Dessine-moi une aphasie », Isbergues, OrthoEdition, 1997, 87 pages
- [44] WINKIN Y. « La nouvelle communication », Paris, Edition du Seuil, 2000, 390 pages
- [45] WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D. « Une logique de la communication », Paris, Edition du Seuil, 1972, 286 pages
- [46] YAGUELLO M. « Alice au pays du langage », Paris, Edition du Seuil, 1981, 208 pages

REVUES

- [47] ALBERT M-L, SANDSON J. « Perseveration in aphasia », Cortex, 1986, n°22, pp.103-115.
- [48] BERTONI B., STOFFEL A-M., WENIGER D. « Communicating with pictographs: a graphic approach to the improvement of communicative interactions », Aphasiology, 1991, n°5, pp. 341-353
- [49] BLONDER L-X., HEILMAN K-M., KETTERSON T., ROSENBEK J., RAYMER A., CROSSON B., MAHER L., GLUECKAUF R., GONZALZ ROTH L. « Affective facial and lexical expression in aprosodic versus aphasia stroke patients », Journal of the international Neuropsychology Society, 2005, n°11, pp. 677-685

- [50] CLEREBAUT N., COYETTE F., FEYEREISEN P., SERON X. « Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. », Rééducation orthophonique, 1984, n°138, pp. 329-344

- [51] DEGIOVANI R. « Des mots au monde : pour une intervention orthophonique renouvelée auprès des personnes aphasiques », Actes du 4^e congrès du CPLOL, 2000

- [52] DELOCHE G., NORTH P., DELLATOLAS G., CHRISTENSEN A-L., CREMEL N., PASSADORI A., DORDAIN M., HANNEQUIN D. « Le handicap des adultes cérébrolésés: le point de vue des patients et de leur famille », Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 1996, n°39, pp.1-9.

- [53] DE PARTZ M-P. « Les techniques de rééducation alternatives ou supplétives », Rééducation orthophonique, 1999, n° 198, pp. 111-122

- [54] DE PARTZ M-P. « Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle », Glossa, 2001, n°75, pp. 4-12

- [55] FEYEREISEN P., HAZAN K. « Les gestes facilitent-ils chez les sujets aphasiques la compréhension de mots présentés oralement ? », Revue de Neuropsychologie, 1991, n°1, pp. 367-391

- [56] FUNNELL E., ALLPORT A. « Symbolically speaking : communicating with Bliss symbols in aphasia », Aphasiology, 1989, n°3, pp. 279-300

- [57] GIBBS R-W.Jr « Interpreting what speakers say and implicate », Brain and Language, 1999, n° 68, pp. 466-485

- [58] HAVARD I. « Mise en place d'un panneau de communication comme support aux échanges conversationnels entre le patient aphasique en phase aiguë d'hospitalisation et le personnel soignant / les proches », Les Cahiers de la SBLU, 2000, n°4, pp. 12-15

- [59] KOTSKA P-H. « Du mouvement au geste, le corps est langage », Rééducation orthophonique, 1994, vol 32, n°178, pp. 125-131
- [60] KRAAT A-W. « Augmentative and alternative communication: does it have a future in aphasia rehabilitation ? », Aphasiology, 1990, n° 4, pp. 321-338
- [61] LISSANDRE J-P. « La PACE comme moyen palliatif de communication », Actes de la journée : Communication palliative chez l'adulte, Limoges, SOFMER, 1996
- [62] PARENT M-C. « Les aides à la communication pour la personne aphasique – Construction et limites de leur utilisation », Glossa, 1999, n°66, pp. 34-50
- [63] PEDERSEN P., JORGENSEN H., NAKAYAMA H., RAASCHOU H., OLSEN T. « Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery », Annals of Neurology, 1995, n°38, pp. 659-666
- [64] MURRAY L-L. « Attention and aphasia: theory, research and clinical implications », Aphasiology, 1999, n°13, pp. 91-111
- [65] NESPOULOS J-L. « Les domaines de la pragmatique », Rééducation orthophonique, 1994, vol 24, n°146, pp.127-136
- [66] NESPOULOS J-L., CODE C., VIRBEL J., LECOURS A-R. « Hypotheses on the dissociation between « referential » and « modalizing » verbal behaviour in aphasia », Applied Psycholinguistics, 1998, n°19, p 311
- [67] PRUTTING C., KIRCHNER D. « A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language », Speech Hearing Disord, 1997, n°52, pp.105-119
- [68] SERON X., DE WILDE V., DE PARTZ M-P., PRAIRIAL C., JACQUEMIN A. « Les carnets de communication », Questions de Logopédie, 1996, n°33, pp. 153-187

- [69] SIGNORET J-L., NORTH P. « Les apraxies gestuelles » *in* Comptes Rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Paris, Masson, 1979, pp. 589-737
- [70] SPRINGER L. « Une évaluation de la PACE Therapy », Actes du 2^{ème} Congrès Européen de la Parole et du Langage - Athènes Ellinika Grammata, 1994, pp. 153-163
- [71] WARRINGTON E-K., SHALLICE T. « The selective impairment of auditory verbal short-term memory », *Brain*, 1969, n°92, pp. 885-896
- [72] WILLIAMS S-E., FREER C-A. « Aphasia : its effect on marital relationships », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1986, n°67, pp. 250-252

MEMOIRES

- [73] BRANQUART A., CHAMBE C., CHAURE V. « *Evolution tardive de l'aphasie globale par infarctus sylvien* », Mémoire d'Orthophonie, Université Lille, 1993, 209 pages
- [74] CHAVANEL E. « *La personne aphasique non fluente en phase aiguë : création d'un outil pour faciliter la communication avec le personnel soignant et l'entourage* », Mémoire d'Orthophonie, Université Lille, 2008, 325 pages
- [75] DABADIE G., DEJOIE D. « *Enfant autiste et communication – poursuite de l'élaboration d'une échelle d'évaluation* », Mémoire d'Orthophonie, Université Lille, 1995, 198 pages

- [76] KOENIG A. « *Aide à la communication pour patients aphasiques hospitalisés : élaboration et mise en place d'un tableau de communication auprès de patients aphasiques sévères en phase aiguë d'hospitalisation* », Mémoire d'Orthophonie, Université Nancy 1, 2008, 105 pages
- [77] MERLET M. « *La prise en charge palliative de la communication dans l'aphasie sévère : étude de l'implication du partenaire dans l'utilisation du classeur de communication C.COM* », Mémoire d'Orthophonie, Université Bordeaux 2, 2008, 188 pages
- [78] MORIN L. « *Elaboration d'une grille d'observation pragmatique des composants de la communication chez l'adulte et détermination de la fidélité d'utilisation* », Mémoire d'orthophonie, Montréal, 1985
- [79] NAUDIN S., SADOUL M. « *Faciliter la communication dans la vie quotidienne entre le personnel soignant et les aphasiques sévères hospitalisés* », Mémoire d'Orthophonie, Université Lille 2, 2009, 206 pages
- [80] PESCHET L. « *Mise en place du programme Makaton auprès de personnes aphasiques– étude de cas* », Mémoire d'Orthophonie, Université de Bordeaux II, 2005, 146 pages
- [81] PORTE V. « *Aphasie non fluente et communication non verbale – étude de 6 patients* », Mémoire d'Orthophonie, Université de Nice, 1995, 135 pages
- [82] SOLLAUD A. « *Contribution à l'étude pragmatique d'un langage aphasique* », Mémoire d'Orthophonie, Bordeaux, 1993, 214 pages

DOCUMENTS INTERNET

<http://aides.electroniques.proteor.fr/> (consulté le 3/07/09)
<http://donnerlaparole.sourceforge.net/> (consulté le 15/07/09)
<http://www.has-sante.fr> (consulté le 11/11/08)
<http://www.leblatphone.fr/> (consulté le 15/07/09)
<http://www.leccom.fr/> (consulté le 15/07/09)
<http://papoo.fr/> (consulté le 15/07/09)
<http://www.coghamo.be/> (consulté le 12/12/09)
<http://www.isaac-fr.org/> (consulté le 27/12/09)
<http://saicomsa.free.fr/> (consulté le 4/01/10)
<http://www.code.ucl.ac.be/sblu/cahiers/cahiers.htm> (consulté le 5/01/10)
<http://www.culture.gouv.fr/handicap/pictogramme.pdf> (consulté le 9/01/10)
<http://www.yanous.com/pratique/materiels/materiels010330.html> (consulté le 10/01/10)
<http://www.makaton.fr> (consulté le 23/01/10)
<http://www.coghamo.be/> (consulté le 23/01/10)
<http://pontt.over-blog.org/article-4337973-6.html> (consulté le 17/03/10)
<http://www.sronp.info> (consulté le 3/03/10)

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Modèle de communication de Jakobson (1963).....	12
Figure 2: les deux voies de lecture	49
Figure 3: Le langage et ses trois "articulations"	52
Figure 4: La double articulation du langage et les deux modes d'arrangement (sélection et combinaison des unités linguistiques)	52
Figure 5: Classification des paraphasies - en A: paraphasies relevant d'un désordre de 2e articulation; en B: paraphasies relevant d'un désordre de 1e articulation -	53
Figure 6: Les deux voies de l'orthographe (McCarthy et Warrington)	57
Figure 7: Les voies optiques et leurs déficits	61
Figure 8: Modèle simplifié de Rothi sur la production des gestes	63
Figure 9: Circuit du "where" et du "what" impliqués dans la vision	65
Figure 10: Les différentes variétés d'agnosies visuelles	66
Figure 11: Différentes échelles de douleur	82
Figure 12: Quelques pictogrammes schématiques de type PECS [76].....	85
Figure 13: Quelques symboles du langage Bliss [76].....	86
Figure 14: Quelques exemples de pages contenues dans "Germe de Parole"	90
Figure 15: Code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée	96
Figure 16: Quelques signes du programme Makaton [®]	100
Figure 17: Quelques pictogrammes du programme Makaton [®]	101
Figure 18: Exemple de phrase pouvant être fabriquée avec le programme Makaton [®] ..	101
Figure 19: Quelques gestes du Coghamo [®]	103
Figure 20: Aspect extérieur du matériel B.A.Bar [®]	105
Figure 21: Aspect extérieur du Papoo [®]	106
Figure 22: Aspect extérieur du Leblatphone [®]	108
Figure 23: Aspect extérieur du Leblatcom [®]	108
Figure 24: Répartition des périodes d'hospitalisation	146
Figure 25: Répartition des types d'établissements	146
Figure 26: Représentation des effectifs en fonction du pourcentage d'aphasiques du service	147
Figure 27: Répartition des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire paramédicale	147
Figure 28: Répartition des bilans linguistiques utilisés	151
Figure 29: Répartition des bilans évaluant la communication utilisés	152
Figure 30: Répartition de l'utilisation d'autres bilans	152
Figure 31: Eléments cliniques évalués.....	153
Figure 32: Moment adéquat pour introduire une aide à la communication.....	154
Figure 33: Eléments entrant en compte dans le choix du moment le plus adapté	155
Figure 34: Répartition des aides à la communication citées spontanément	156
Figure 35: Répartition des aides à la communication déjà utilisées avec des patients aphasiques vasculaires hospitalisés	157
Figure 36: Répartition des types d'aphasies pouvant bénéficier préférentiellement d'une aide à la communication	158
Figure 37: Répartition des aides à la communications non connues	159
Figure 38: Aides utilisables avec "tous les interlocuteurs"	160
Figure 39: Aides utilisables avec les "interlocuteurs privilégiés"	161

Figure 40: Aides utilisables par "l'entourage proche"	161
Figure 41: Aides utilisables préférentiellement en cas de "surdité verbale"	164
Figure 42: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble de la compréhension syntaxique"	164
Figure 43: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble de compréhension écrite" (cécité verbale, éléments alexiques).....	165
Figure 44: Aides utilisables préférentiellement en cas de "réduction quantitative" (manque du mot, anarthrie).....	165
Figure 45: Aides utilisables préférentiellement en cas de "logorrhée, paraphasies, stéréotypies et/ou persévérations"	166
Figure 46: Aides utilisables préférentiellement en cas de "trouble syntaxique oral" (agrammatisme, dyssyntaxie)	166
Figure 47: Aides utilisables préférentiellement en cas "d'éléments agraphiques"	167
Figure 48: Aides utilisables préférentiellement en cas d'"hémiplégie"	171
Figure 49: Aides utilisables préférentiellement en cas de "hémianopsie latérale homonyme droite ou quadranopsie"	171
Figure 50: Aides utilisables en cas de "trouble du pointage"	172
Figure 51: Aides utilisables en cas de "�l�ments apraxiques"	172
Figure 52: Aides utilisables en cas d'"agnosie visuelle"	173
Figure 53: Aides utilisables en cas d'"agnosie visuo-spatiale"	173
Figure 54: Aides utilisables en cas d'"héminégligence"	174
Figure 55: Aides utilisables en cas de "trouble de l'orientation spatio-temporelle"	174

ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire dans la version Word©

Annexe 2 : un questionnaire rempli dans la version Word©

AIDES A LA COMMUNICATION CHEZ LES PATIENTS APHASIQUES EN PERIODE D'HOSPITALISATION

Ce questionnaire a pour but d'établir un **classement des aides à la communication** pouvant être proposées par l'orthophoniste, pendant la **période d'hospitalisation**, pour des patients ayant été victimes d'un AVC et présentant des **symptômes de type aphasique** avec éventuellement des **troubles associés**. Notre classification tiendra également compte de l'**interlocuteur** du patient.

Les réponses, à titre individuel, que vous produirez, resteront de l'ordre de la confidentialité. Notre analyse se fondera sur la globalité des réponses obtenues.

Si plusieurs orthophonistes font partie de l'établissement dans lequel vous travaillez, chacun peut remplir un questionnaire séparément ou bien à plusieurs (merci de le préciser).

Pour remplir ce questionnaire de façon électronique et me le renvoyer par email (ce qui me semble être le plus pratique pour vous) vous n'avez qu'à :

- Compléter les zones de texte (**questions ouvertes**) prévues à cet effet : notées **à compléter**
- Pour les **questions fermés** :
 - ✓ cocher les cases OUI ☐ / NON ☐
 - ✓ cocher ou non les cases ☐
- **Le questionnaire doit être verrouillé pour pouvoir être rempli, si ce n'est pas le cas, (pour le verrouiller aller dans : affichage→barre d'outils→formulaires→cadenas coché)**

Veuillez **renvoyer en pièce jointe le questionnaire rempli** à l'adresse suivante : lorenzati_stephanie@hotmail.com

Une réponse avant le 28 mars 2010 serait souhaitable.

N'hésitez pas, pour toutes questions éventuelles, à me contacter par téléphone 06.84.12.25.67 ou par email à l'adresse suivante : lorenzati_stephanie@hotmail.com

1. Trouveriez-vous intéressant et pertinent d'avoir accès à une classification des aides à la communication que vous pourriez proposer à un patient aphasique post-AVC pour maintenir sa communication. Ce classement serait établi en fonction de sa pathologie, de ses troubles associés et de l'interlocuteur avec lequel il communique. Ceci afin d'orienter plus facilement votre choix vers telle méthode et de maintenir le lien de communication plus rapidement pour votre patient ? OUI ☐ / NON ☐, Pourquoi ? **à compléter**
2. Dans quel établissement travaillez-vous (nom + adresse complète) ? *ex : UNV, Service de réadaptation, Service de soins de suite, ...* : **à compléter**
3. Est-ce un service de :
☐ hospitalisation aiguë ; ☐ court séjour ; ☐ moyen séjour ; ☐ long séjour ; autre : **à compléter**
4. Quel est le pourcentage de patients aphasiques accueillis dans l'établissement : **à compléter**

5. Autres membres de l'équipe disciplinaire paramédicale :

- Ergothérapeute(s) : OUI ☐ / NON ☐
- Kinésithérapeute(s) : OUI ☐ / NON ☐
- Orthoptiste(s) : OUI ☐ / NON ☐
- Psychologue(s) : OUI ☐ / NON ☐
- Autre(s) : à compléter

6. A quel rythme voyez-vous les patients lorsqu'ils sont admis dans votre établissement ? : à compléter

7. Avez-vous des contacts réguliers avec les Aidants, c'est-à-dire l'environnement familial du patient et les soignants qui s'occupent de lui, pour les informer sur sa pathologie et surtout leur expliquer comment utiliser l'aide à la communication que vous êtes en train de mettre en place ?

OUI ☐ / NON ☐ Si non, pourquoi ? *ex : manque de temps, inutilité* : à compléter

8. Comment procédez-vous pour mettre en évidence la possibilité pour le patient de bénéficier d'une aide à la communication ? Utilisez-vous des tests étalonnés *ex : Test lillois de communication ? Echelle de communication verbale de Bordeaux ? Test des praxies ? Bilan « maison »* ? à compléter

9. Quel moment vous semble le plus adapté pour introduire une aide à la communication juste après l'AVC ? *ex : dans les heures, les jours suivants l'AVC* , à compléter Pourquoi ? à compléter Cela dépend de quoi ? à compléter

10. Connaissez-vous des aides à la communication même si vous ne les avez jamais utilisées avec un patient aphasique ? **à compléter**

11. Avez-vous déjà utilisé des aides à la communication avec un patient présentant une aphasie vasculaire en période d'hospitalisation ?

OUI ☐ / NON ☐

La(es)quelle(s) et pour quel(s) type(s) de pathologie(s) aphasique(s) : **à compléter**

12. Les différentes aides à la communication

Pour vous aider à remplir ce questionnaire, vous trouverez ci-dessous :

✓ Une **explication supplémentaire en ce qui concerne les « différents interlocuteurs » de la personne aphasique :**

- **Tous les interlocuteurs** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient sur ses « besoins primaires », sans spécificité *ex : les ASH*. Les aides choisies seront donc simples et accessibles à tous sans spécificité de formation
- **Les interlocuteurs privilégiés** : ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient plus spécifiquement sur sa pathologie (médecins et soignants) ainsi que sa famille proche. Des aides tenant compte précisément de la sémiologie aphasique du patient ainsi que des éventuels troubles associés seront proposées. Celles-ci demanderont une initiation aux utilisateurs.
- **L'entourage proche** : ce sont la famille et les amis du patient qui veulent communiquer avec lui de manière plus personnelle. Pour cela ils doivent avoir en leur possession des données biographiques sur celui-ci pour faciliter et enrichir la communication.

✓ Une explication supplémentaire pour certaines aides à la communication :

Les pictogrammes figuratifs: ils représentent exactement l'objet auquel ils se réfèrent et ils n'impliquent aucun apprentissage.

Le cahier de communication standardisé : c'est un imagier dont le nombre de **photos** est prédéfini et regroupées en catégories et sous-catégories (*ex : toilette et confort, au quotidien, ...*) qui est donc **identique pour tous les patients**. Le principe est le pointage.

Le pointage littéral par le patient : lorsque le patient peut pointer, il peut le faire lettre par lettre grâce à un **alphabet classique** ou à un **code alphabétique à double entrée Consonnes – Vowelles** : ceci pour augmenter la rapidité d'utilisation.

Code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée :

	1	2	3	4	5	6	7
1	A	O	B	G	L	Q	V
2	E	U	C	H	M	R	W
3	I	Y	D	J	N	S	X
4			F	K	P	T	Z

Ex :

L'épellation grâce à un alphabet fonctionnel par l'interlocuteur, type alphabet Esarin : lorsque le patient ne peut désigner, le locuteur peut épeler l'alphabet Esarin (dont les lettres sont classées par ordre de fréquence dans la langue française « E S A R I N T U L O M D P C E F B V H G J Q Z Y X K W ») et le patient fait un signe lorsque la bonne lettre est énoncée. Ce procédé est très utilisé en cas de lock-in syndrom.

Les pictogrammes schématiques: ils ne sont pas identifiables au premier coup d'œil et exigent un certain effort de réflexion

ex : la méthode PECS (Picture Exchange Communication System), PIC, Parler Pictos

Les pictogrammes abstraits: ils ne représentent aucun objet précis mais ce sont des signes abstraits qui doivent être appris pour être connus. Les idéogrammes du langage Bliss rentrent dans cette catégorie.

Le programme Makaton : c'est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel associant **la parole** (langage oral), **des signes issus de la LSF** et **des pictogrammes**. L'intérêt est que plusieurs canaux de communication se superposent. Il demande un très long apprentissage.

Le système Coghamo : c'est un **langage gestuel « de secours »** qui est issu du français signé, ainsi que des gestes de la vie courante. Il possède un vocabulaire réduit de 107 gestes polysémiques permettant d'exprimer des besoins essentiels. La **verbalisation orale** est toujours associée au geste.

La synthèse vocale B.A.Bar : sur chaque objet, ou pictogramme, est collé un code barre qui, lorsqu'il est lu par l'appareil B.A.Bar, énonce oralement le message sonore correspondant.

Le LEBLAT.COM : le patient tape sur un clavier composé de 72 touches un mot ou une phrase et la synthèse vocale l'énonce. Il faut noter également que le logiciel peut lire impeccablement, des phrases tapées au clavier qu'elles soient justes orthographiquement ou non, du moment que la transcription phonétique reste fidèle *ex. "jèmebocou séfoto de ma marène"*.

La P.A.C.E. : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness: c'est une thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication.

① Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de l'interlocuteur du patient aphasique ?

Si vous ne connaissez pas une aide à la communication présentée, merci de cocher la case ☐

N'hésitez pas, pour toutes remarques éventuelles à les noter au fur et à mesure à la fin du questionnaire dans l'espace prévu à cet effet

① s'il vous semble que plusieurs types d'aides peuvent être utilisés avec plusieurs types de partenaires de communication cocher les toutes

	?	Aides utilisables par tous les interlocuteurs pour exprimer des besoins primaires	Aides utilisables par les interlocuteurs privilégiés (famille proche, médecins, rééducateurs)	Aides utilisables uniquement par l' entourage proche du patient et qui nécessitent de connaître des données biographiques sur lui (pour une communication plus fine)
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐

② Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de la sémiologie du patient aphasique ?

	COMPREHENSION			EXPRESSION			
	ORALE		ECRITE	ORALE			ECRITE
	Surdité verbale	Trouble de la compréhension syntaxique	Cécité verbale, éléments alexiques	Réduction quantitative (manque du mot, anarthrie)	Logorrhée, paraphasies, stéréotypies, persévérations	Troubles syntaxiques (agrammatisme, dyssyntaxie)	�l�ments agrapiques
Aucune	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makaton, Cogrammo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

③ Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement, en fonction de ces troubles associés ?

	Hémiplégie	HLH/QLH*	Trouble du pointage (gestes déictiques)	Eléments apraxiques	Agnosie visuelle	Agnosie visuo-spatiale	Héminégligence	Trouble de l'OSP**
Aucune	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Hémianopsie latérale homonyme / Quadransopie latérale homonyme

** Orientation spatio-temporelle

13. Quelles **capacités résiduelles** sont selon vous indispensables au patient aphasique pour mettre en place une aide à la communication ?

- Absence d'anosognosie : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Appétence à la communication : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Aptitude à catégoriser, généraliser : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Accès à la symbolique préservé : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Intégrité des fonctions exécutives : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Mémoire de travail efficiente : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Compréhension d'ordres simples : OUI ☐ / NON ☐ remarque :
- Autre(s) : à compléter

14. Pensez-vous qu'il aurait été approprié d'ajouter ou détailler certains éléments sémiologiques, troubles associés ou aides à la communication ?

à compléter

Remarques éventuelles : à compléter

Merci de la patience dont vous avez fait preuve pour remplir ce questionnaire et participer à ce mémoire d'Orthophonie !

Stéphanie Lorenzati

AIDES A LA COMMUNICATION CHEZ LES PATIENTS APHASIQUES EN PERIODE D'HOSPITALISATION

Ce questionnaire a pour but d'établir un **classement des aides à la communication** pouvant être proposées par l'orthophoniste, pendant la **période d'hospitalisation**, pour des patients ayant été victimes d'un AVC et présentant des **symptômes de type aphasique** avec éventuellement des **troubles associés**. Notre classification tiendra également compte de l'**interlocuteur** du patient.

Les réponses, à titre individuel, que vous produirez, resteront de l'ordre de la confidentialité. Notre analyse se fondera sur la globalité des réponses obtenues.

Si plusieurs orthophonistes font partie de l'établissement dans lequel vous travaillez, chacun peut remplir un questionnaire séparément ou bien à plusieurs (merci de le préciser).

Pour remplir ce questionnaire de façon électronique et me le renvoyer par email (ce qui me semble être le plus pratique pour vous) vous n'avez qu'à :

- Compléter les zones de texte (**questions ouvertes**) prévues à cet effet : notées **à compléter**
- Pour les **questions fermés** :
 - ✓ cocher les cases OUI ☐ / NON ☐
 - ✓ cocher ou non les cases ☐
- **Le questionnaire doit être verrouillé pour pouvoir être rempli, si ce n'est pas le cas, (pour le verrouiller aller dans : affichage→barre d'outils→formulaire→cadenas coché)**

Veuillez **renvoyer en pièce jointe le questionnaire rempli** à l'adresse suivante : lorenzati_stephanie@hotmail.com

Une réponse avant le 28 mars 2010 serait souhaitable.

N'hésitez pas, pour toutes questions éventuelles, à me contacter par téléphone 06.84.12.25.67 ou par email à l'adresse suivante : lorenzati_stephanie@hotmail.com

1. Trouveriez-vous intéressant et pertinent d'avoir accès à une classification des aides à la communication que vous pourriez proposer à un patient aphasique post-AVC pour maintenir sa communication. Ce classement serait établi en fonction de sa pathologie, de ses troubles associés et de l'interlocuteur avec lequel il communique. Ceci afin d'orienter plus facilement votre choix vers telle méthode et de maintenir le lien de communication plus rapidement pour votre patient ? OUI ☒ / NON ☐ , Pourquoi ? **à compléter**
2. Dans quel établissement travaillez-vous (nom + adresse complète) ? et dans quel type de service ? *ex : UNV, Service de réadaptation, Service de soins de suite, ...*:
3. Combien de temps les patients restent-ils en général dans votre établissement (court, moyen ou long séjour) ? : **à compléter**
4. Quel est le pourcentage de patients aphasiques accueillis dans l'établissement : **à compléter**

5. Autres membres de l'équipe disciplinaire paramédicale :

- Ergothérapeute(s) : OUI ☒ / NON ☐
- Kinésithérapeute(s) : OUI ☒ / NON ☐
- Orthoptiste(s) : OUI ☐ / NON ☒
- Psychologue(s) : OUI ☒ / NON ☐
- Autre(s) : à compléter

6. A quel rythme voyez-vous les patients lorsqu'ils sont admis dans votre établissement ? : à compléter

7. Avez-vous des contacts réguliers avec les Aidants, c'est-à-dire l'environnement familial du patient et les soignants qui s'occupent de lui, pour les informer sur sa pathologie et surtout leur expliquer comment utiliser l'aide à la communication que vous êtes en train de mettre en place ?

OUI ☒ / NON ☐ Si non, pourquoi ? *ex : manque de temps, inutilité* : à compléter

8. Comment procédez-vous pour mettre en évidence la possibilité pour le patient de bénéficier d'une aide à la communication ? Utilisez-vous des tests étalonnés *ex : Test lillois de communication ? Echelle de communication verbale de Bordeaux ? Test des praxies ? Bilan « maison »* ? à compléter

9. Quel moment vous semble le plus adapté pour introduire une aide à la communication juste après l'AVC ? *ex : dans les heures, les jours suivants l'AVC* , Pourquoi ? à compléter Cela dépend de quoi ? à compléter

10. Connaissez-vous des aides à la communication même si vous ne les avez jamais utilisées avec un patient aphasique ? **à compléter**

11. Avez-vous déjà utilisé des aides à la communication avec un patient présentant une aphasie vasculaire en période d'hospitalisation ?

OUI ☒ / NON ☐

La(es)quelle(s) et pour quel(s) type(s) de pathologie(s) aphasique(s) : **à compléter**

12. Les différentes aides à la communication

Pour vous aider à remplir ce questionnaire, vous trouverez ci-dessous :

✓ Une **explication supplémentaire en ce qui concerne les « différents interlocuteurs » de la personne aphasique :**

- **Tous les interlocuteurs :** ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient sur ses « besoins primaires », sans spécificité *ex : les ASH*. Les aides choisies seront donc simples et accessibles à tous sans spécificité de formation
- **Les interlocuteurs privilégiés :** ce sont les individus qui ont besoin de communiquer avec le patient plus spécifiquement sur sa pathologie (médecins et soignants) ainsi que sa famille proche. Des aides tenant compte précisément de la sémiologie aphasique du patient ainsi que des éventuels troubles associés seront proposées. Celles-ci demanderont une initiation aux utilisateurs.
- **L'entourage proche :** ce sont la famille et les amis du patient qui veulent communiquer avec lui de manière plus personnelle. Pour cela ils doivent avoir en leur possession des données biographiques sur celui-ci pour faciliter et enrichir la communication.

✓ Une explication supplémentaire pour certaines aides à la communication :

Les pictogrammes figuratifs: ils représentent exactement l'objet auquel ils se réfèrent et ils n'impliquent aucun apprentissage.

Le cahier de communication standardisé : c'est un imagier dont le nombre de **photos** est prédéfini et regroupées en catégories et sous-catégories (*ex : toilette et confort, au quotidien, ...*) qui est donc **identique pour tous les patients**. Le principe est le pointage.

Le pointage littéral par le patient : lorsque le patient peut pointer, il peut le faire lettre par lettre grâce à un **alphabet classique** ou à un **code alphabétique à double entrée Consonnes – Vowelles** : ceci pour augmenter la rapidité d'utilisation.

Code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée :

	1	2	3	4	5	6	7
1	A	O	B	G	L	Q	V
2	E	U	C	H	M	R	W
3	I	Y	D	J	N	S	X
4			F	K	P	T	Z

Ex :

L'épellation grâce à un alphabet fonctionnel par l'interlocuteur, type alphabet Esarin : lorsque le patient ne peut désigner, le locuteur peut épeler l'alphabet Esarin (dont les lettres sont classées par ordre de fréquence dans la langue française « E S A R I N T U L O M D P C E F B V H G J Q Z Y X K W ») et le patient fait un signe lorsque la bonne lettre est énoncée. Ce procédé est très utilisé en cas de lock-in syndrom.

Les pictogrammes schématiques: ils ne sont pas identifiables au premier coup d'œil et exigent un certain effort de réflexion

ex : la méthode PECS (Picture Exchange Communication System), PIC, Parler Pictos

Les pictogrammes abstraits: ils ne représentent aucun objet précis mais ce sont des signes abstraits qui doivent être appris pour être connus. Les idéogrammes du langage Bliss rentrent dans cette catégorie.

Le programme Makaton : c'est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel associant **la parole** (langage oral), **des signes issus de la LSF** et **des pictogrammes**. L'intérêt est que plusieurs canaux de communication se superposent. Il demande un très long apprentissage.

Le système Coghamo : c'est un **langage gestuel « de secours »** qui est issu du français signé, ainsi que des gestes de la vie courante. Il possède un vocabulaire réduit de 107 gestes polysémiques permettant d'exprimer des besoins essentiels. La **verbalisation orale** est toujours associée au geste.

La synthèse vocale B.A.Bar : sur chaque objet, ou pictogramme, est collé un code barre qui, lorsqu'il est lu par l'appareil B.A.Bar, énonce oralement le message sonore correspondant.

Le LEBLAT.COM : le patient tape sur un clavier composé de 72 touches un mot ou une phrase et la synthèse vocale l'énonce. Il faut noter également que le logiciel peut lire impeccablement, des phrases tapées au clavier qu'elles soient justes orthographiquement ou non, du moment que la transcription phonétique reste fidèle *ex. "jèmebocou séfoto de ma marène"*.

La P.A.C.E. : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness: c'est une thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication.

① Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de l'interlocuteur du patient aphasique ?

Si vous ne connaissez pas une aide à la communication présentée, merci de cocher la case ☐

N'hésitez pas, pour toutes remarques éventuelles à les noter au fur et à mesure à la fin du questionnaire dans l'espace prévu à cet effet

① s'il vous semble que plusieurs types d'aides peuvent être utilisés avec plusieurs types de partenaires de communication cocher les toutes

	?	Aides utilisables par tous les interlocuteurs pour exprimer des besoins primaires	Aides utilisables par les interlocuteurs privilégiés (famille proche, médecins, rééducateurs)	Aides utilisables uniquement par l'entourage proche du patient et qui nécessitent de connaître des données biographiques sur lui (pour une communication plus fine)
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☒	☒	☒
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☒	☒	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☒	☒	☒
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☒	☒	☒
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☒	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☒	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☒	☒
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☒	☒	☒
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☒
Makaton, Coghamo	☒	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☒	☐

② Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement en fonction de la sémiologie du patient aphasique ?

	COMPREHENSION			EXPRESSION			
	ORALE		ECRITE	ORALE			ECRITE
	Surdité verbale	Trouble de la compréhension syntaxique	Cécité verbale, éléments alexiques	Réduction quantitative (manque du mot, anarthrie)	Logorrhée, paraphasies, stéréotypies, persévérations	Troubles syntaxiques (agrammatisme, dyssyntaxie)	Eléments agrapiques
Aucune	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☒
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☒	☒	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☐	☐	☐	☒	☒	☐	☐
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☒	☒	☐	☐
Carnet, agenda autobiographique	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Makaton, Cogrammo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐

③ Quelle(s) aide(s) à la communication utiliseriez-vous préférentiellement, en fonction de ces troubles associés ?

	Hémiplégie	HLH/QLH*	Trouble du pointage (gestes déictiques)	Eléments praxiques	Agnosie visuelle	Agnosie visuo-spatiale	Héminégligence	Trouble de l'OSP**
Aucune	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐
Calendrier, horloge avec aiguilles mobiles	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Echelle de douleur, de niveau, de moral	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes figuratifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Panneau, cahier de communication standardisé	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒
Clavier, pointage littéral par le patient (alphabet classique, code alphabétique C-V)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Epellation par l'interlocuteur (alphabet Esarin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes schématiques (PECS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pictogrammes abstraits (BLISS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier de communication personnalisé (C.COM)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒
Carnet, agenda autobiographique	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒
Makaton, Coghamo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Synthèses vocales (B.A.Bar, Leblat.com)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P.A.C.E	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Hémianopsie latérale homonyme / Quadrantopsie latérale homonyme

** Orientation spatio-temporelle

13. Quelles **capacités résiduelles** sont selon vous indispensables au patient aphasique pour mettre en place une aide à la communication ?

- Absence d'anosognosie : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
- Appétence à la communication : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
- Compétences cognitives résiduelles :
 - Aptitude à catégoriser, généraliser : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
 - Accès à la symbolique préservé : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
 - Intégrité des fonctions exécutives : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
 - Mémoire de travail efficiente : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
- Compréhension d'ordres simples : OUI ☒ / NON ☐ remarque :
- Autre(s) : à compléter

14. Pensez-vous qu'il aurait été approprié d'ajouter ou détailler certains éléments sémiologiques, troubles associés ou aides à la communication ?

à compléter

Remarques éventuelles : à compléter

Merci de la patience dont vous avez fait preuve pour remplir ce questionnaire et participer à ce mémoire d'Orthophonie !

Stéphanie Lorenzati

RESUME

L'objet de notre étude était de faire un état des lieux des aides à la communication existantes et pouvant s'adapter à la phase hospitalière pour les patients aphasiques vasculaires. Nous sommes partie du constat que les aides à la communication sont utilisées après la stabilisation des troubles et ne semblent exister qu'en termes de moyens alternatifs et palliatifs alors que la HAS recommande un maintien de la communication le plus précocement possible. Nous avons alors posé l'hypothèse de l'intérêt de l'apport d'une classification de ces aides. Cet état des lieux, selon notre conception, pourrait permettre aux orthophonistes d'étayer la réflexion autour de la mise en place d'une aide alternative dès la phase hospitalière qui permettrait de favoriser les échanges communicationnels nécessaires au patient avant tout mais aussi aux Aidants (proches et équipes hospitalières) qui se trouvent souvent démunis face à ces tableaux aphasiologiques.

Pour cela, nous avons mené une enquête, par l'intermédiaire d'un questionnaire, sur le point de vue actuel des orthophonistes salariés quant aux modalités d'utilisation des aides à la communication dès la phase initiale.

Malgré certaines lacunes dans l'élaboration de notre questionnaire, nous avons pu dégager plusieurs éléments. Tout d'abord, la majorité des rééducateurs prône la pertinence de l'utilisation de techniques alternatives dès la phase aiguë tout en proclamant unanimement l'indispensabilité d'une adaptation aux besoins communicationnels individuels, aux évolutions de la symptomatologie ainsi que la nécessité de considérer le maintien de certaines capacités. Ensuite, nous avons dégagé le besoin de tenir compte des différences d'interlocuteurs. Enfin, nous avons fait apparaître les aides les plus adéquates selon les éléments sémiologiques et les troubles associés présents.

La personne aphasique en phase initiale pourrait donc voir sa communication facilitée par l'utilisation temporaire d'une aide à la communication en parallèle à la rééducation précoce.

**Mots-clefs : Aphasie – Communication – Aides alternatives à la communication –
Enquête – Adulte – Phase hospitalière – AVC**