



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-theses-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>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CHARTEAU Chloé
REGNIER Pauline

**MISE EN PLACE D'UN CLASSEUR DE
COMMUNICATION C.COM AUPRES DE PATIENTS
PRESENTANT UNE APHASIE ALTERANT
SEVEREMENT LA COMMUNICATION ET DE LEUR
CONJOINT**

Maître de Mémoire

CHARTON-GONZALEZ Isabelle

FERRERO Valérie

PUGNIET Virginie

Membres du Jury

AUJOGUES Emmanuelle

CAPARROS Myriam

PEILLON Anne

Date de Soutenance

Juin 2011

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. BONMARTIN Alain

Vice-président DEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Directeur Général des Services
M. GAY Gilles

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directeur **Pr. GILLY François
Noël**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. LOCHER François**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **Pr GIERES François**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **Pr. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr. AUGROS Jean-Claude**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeurs **M. COULET Christian et
Pr. LAMARTINE Roger**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en premier lieu nos maîtres de mémoire :

- Valérie Ferrero, pour son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de ces deux années,
- Isabelle Gonzalez, pour son engouement, ses conseils et pour nous avoir permis de partager sa riche expérience autour du C.COM,
- Virginie Pugniet, pour nous avoir aiguillées et conseillées dans le domaine de l'ergothérapie.

Merci à vous trois pour votre patience et pour nous avoir encouragées et fait confiance dans notre travail de recherche.

Nous souhaitons remercier nos deux patients, Mr D et Mr V, et leurs conjointes pour leur participation, leur enthousiasme et leur disponibilité. Nous adressons une pensée particulière à Mr D qui nous a quittés en ce début d'année.

Nous remercions également les orthophonistes, Paule Régnier-Vigouroux et Frédérique Lafay, et les ergothérapeutes, Johan Vélaïdomestry et Fanny Billard, de nos deux patients pour leur précieuse collaboration.

Merci à Débora Prichard (neuropsychologue) et à Marie Julien (orthophoniste) pour nous avoir conseillées et mis à notre disposition de nombreuses ressources bibliographiques.

Merci à Agnès Witko et Filio Zourou pour leurs conseils méthodologiques et leur disponibilité.

Nous remercions chaleureusement les étudiants du groupe 3 ainsi que nos amis respectifs pour leur bonne humeur, leur solidarité et leurs encouragements tout au long de ces quatre années.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et qui se reconnaîtront.

Enfin, un grand merci à nos parents et à nos frères pour TOUT...

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. L'APHASIE	9
1. Différentes approches d'une pathologie	9
2. Les prises en charge de l'aphasie sévère	11
II. COMMUNICATION	13
1. Généralités sur la communication	13
2. Conséquences de l'aphasie sévère sur la communication	14
III. LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTATIVE (CAA)	16
1. Définition et présentation des outils de communication	16
2. Limites et exigences dans la mise en place d'une CAA	17
3. Un outil : le C.COM	20
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
IV. PROBLEMATIQUE	26
V. HYPOTHESES	26
1. Hypothèse générale.....	26
2. Hypothèses spécifiques.....	27
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. POPULATION	29
1. Critères d'inclusion et d'exclusion	29
2. Présentation des couples, explication du bilan orthophonique.....	29
II. PROTOCOLE D'EXPERIMENTATION.....	31
1. Evaluation	32
2. Construction du classeur personnalisé	37
3. Utilisation du classeur	40
III. CALENDRIER DES EXPERIMENTATIONS	43
PRESENTATION DES RESULTATS	44
I. ANALYSE DES RESULTATS DE MR V	45
1. Evaluation des pré-requis	45
2. Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 6).....	45
3. Résultats des pré-test et post-tests (Mr V).....	47
4. Analyse qualitative des séances du couple V	53
II. ANALYSE DES RESULTATS DE MR D	54
1. Evaluation des pré-requis	54
2. Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 8).....	55
3. Résultats des pré-test et post-tests (Mr D)	57
4. Analyse qualitative des séances du couple D	62
DISCUSSION DES RESULTATS	64
I. VALIDATION DES HYPOTHESES	65
1. L'utilisation et appropriation du classeur.....	65
2. La communication au quotidien.....	66
3. Le maintien des acquis	68
4. Dissemblances entre les deux études de cas	68

II.	INTERETS ET LIMITES DU PROTOCOLE	69
1.	<i>Le classeur de communication C.COM</i>	69
2.	<i>Programme d'intervention</i>	70
3.	<i>Les outils d'évaluation</i>	73
III.	CONFRONTATIONS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	74
IV.	PERSPECTIVES.....	76
1.	<i>Population</i>	76
2.	<i>Les outils d'évaluation à développer</i>	76
V.	APPORTS PERSONNELS.....	77
	CONCLUSION.....	78
	BIBLIOGRAPHIE.....	79
	TESTS	81
	ANNEXES.....	83
	ANNEXE I : COMPTE RENDU ORTHOPHONIQUE DE MR V.....	84
	ANNEXE II : COMPTE RENDU ORTHOPHONIQUE DE MR D.....	86
	ANNEXE III : EXEMPLE DU TEST DES TROIS TACHES POUR LE PRE-TEST DE MR D ET MR V	88
	ANNEXE IV : EXEMPLE DE CLASSEUR PERSONNALISE C.COM	90
	ANNEXE V : EXEMPLES DE PLANCHES PERSONNALISEES DU C.COM.....	91
	ANNEXE VI : PROFIL DE COMMUNICATION TLC DE MR V	93
	ANNEXE VII : GRILLES RECAPITULATIVES DES ECP DE MME V	94
1.	<i>Pré-test</i>	94
2.	<i>Post-test 1</i>	95
3.	<i>Post-test 2</i>	97
	ANNEXE VIII : PROFIL DE COMMUNICATION TLC DE MR D	99
	ANNEXE IX : GRILLES RECAPITULATIVES DES ECP DE MME D	100
1.	<i>Pré-test</i>	100
2.	<i>Post-test</i>	101
	ANNEXES DES VERSO	103
1.	<i>Verso page 20</i>	103
2.	<i>Verso page 42</i>	104
3.	<i>Verso page 46</i>	105
4.	<i>Verso page 49</i>	106
5.	<i>Verso page 50</i>	107
6.	<i>Verso page 51</i>	108
7.	<i>Verso page 56</i>	109
8.	<i>Verso page 58</i>	110
9.	<i>Verso page 59</i>	111
10.	<i>Verso page 60</i>	112
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	113
1.	<i>Liste des tableaux</i>	113
2.	<i>Liste des figures</i>	114
	TABLE DES MATIERES	115

INTRODUCTION

L'aphasie est un trouble acquis du langage suite à une lésion cérébrale. En touchant le langage et plus largement la communication, elle provoque des changements considérables dans la vie des personnes aphasiques comme de leur entourage.

Ces patients bénéficient alors de prises en charge auprès d'orthophonistes dans le but de restaurer ou de réorganiser le langage. Cependant, le retour à un langage fonctionnel n'est pas toujours possible, notamment dans le cadre d'aphasie sévère. Il est alors nécessaire de développer des outils pour compenser les troubles aphasiques que ce soit de manière temporaire ou définitive.

Notre intérêt s'est donc porté sur la mise en place de moyens de communication augmentatifs. Cependant, les données recueillies auprès d'orthophonistes puis dans la littérature nous ont montré qu'il était souvent difficile de mettre en place ce type d'outils puisque les patients ne l'investissaient pas. Nous avons donc cherché quels moyens mettre en œuvre pour contourner ces difficultés. Ceci nous a conduites à rencontrer Isabelle Gonzalez, créatrice du C.COM. L'efficacité de cet outil a été démontrée en institution auprès de patients aphasiques sévères. Elle nous a alors formées à la mise en place de support de communication et notamment du C.COM. Nous avons donc pu nous servir de sa procédure et l'adapter à notre expérimentation.

Nous cherchons dans notre mémoire à montrer que la mise en place du C.COM auprès de patients aphasiques non fluents à distance de leur AVC et à domicile est possible et aidée par un travail transdisciplinaire.

Tout d'abord, nous développerons les aspects théoriques ayant servi de base à notre recherche : après avoir décrit l'aphasie et les différentes prises en charge possibles, nous analyserons les conséquences de cette pathologie sur la communication. Enfin, nous présenterons les moyens et les exigences d'une communication alternative et augmentative destinés à contourner ces troubles de la communication.

Nous consacrerons le second chapitre à la formulation de la problématique et des hypothèses.

Le chapitre suivant exposera la méthodologie suivie lors de nos deux études de cas en développant les outils d'évaluation choisis, la création de l'outil et le programme d'intervention réalisé.

Enfin, nous présenterons nos résultats qui seront ensuite discutés au regard de la théorie dans le dernier chapitre.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. L'aphasie

On dénombre en France 100 000 à 145 000 nouveaux cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) par an. Dans 75% des cas, les séquelles seront définitives. En moyenne, 30 000 patients sont touchés par une aphasie d'origine vasculaire chaque année. L'aphasie en touchant une des fonctions essentielles à l'Homme, la communication, concerne la population dans son ensemble. Elle constitue donc la première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays occidentaux (Pesquine A., Pradat-Diehl P. in Aphasies et aphasiques 2007).

1. Différentes approches d'une pathologie

Il n'existe pas de définition unique de l'aphasie puisque cela dépend du point de vue que l'on adopte. Il est possible de s'attacher à une description médicale qui prendra en compte la lésion et ses conséquences linguistiques ou bien à une approche sociale. Celle-ci analysera l'impact de la pathologie sur la personne atteinte mais aussi sur son environnement.

1.1. Approche médicale

1.1.1. Définition

D'un point de vue médical, « le terme d'aphasie désigne l'ensemble des désorganisations du langage provoquées par une lésion frappant l'une ou l'autre des structures de la [zone du langage]. Chez l'adulte cette lésion perturbe l'ensemble des comportements linguistiques ou certains d'entre eux, alors que l'acquisition du langage a depuis longtemps atteint ou presque atteint son terme » (Roch-Lecours, et Lhermitte, 1979). Son origine peut être multiple : vasculaire, post-traumatique, inflammatoire, infectieuse, tumorale ou pathologies dégénératives ... Il s'agit là d'une définition générale de l'aphasie. Plusieurs classifications se sont attachées à organiser l'aphasie selon les zones cérébrales touchées et donc les composantes langagières altérées. Nous retiendrons ici l'opposition entre l'aphasie non fluente et l'aphasie fluente, dichotomie classique et d'utilisation courante.

1.1.2. Tableaux cliniques : l'opposition fluent vs non fluent (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010)

La classification des aphasies fondée sur l'opposition des aphasies non fluentes et fluentes est basée sur une notion : la fluence. Elle se définit comme le nombre moyen de mots produits au cours d'une émission (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010).

Les aphasies non fluentes se caractérisent par une réduction à la fois quantitative et qualitative. Un mutisme initial est souvent présent. Il évolue par la suite vers une

expression orale plus ou moins réduite selon l'aphasie : réduction du discours spontané jusqu'à un défaut d'incitation verbale spontané. Un manque du mot, des paraphasies, des persévérations et des stéréotypies peuvent être observés dans ce tableau. En revanche, la dissociation automatico-volontaire peut expliquer une préservation du langage automatique. Enfin, au niveau morphosyntaxique, on retrouve des phrases courtes et des énoncés agrammatiques ou dyssyntaxiques comme par exemple dans l'aphasie de type Broca. La compréhension est variable selon le type et la sévérité de l'aphasie allant d'une préservation de la compréhension lors de la conversation à une compréhension très altérée (tel que dans l'aphasie globale). Enfin, les troubles observés en langage écrit sont souvent de mêmes proportions que ceux observés à l'oral. Parmi les aphasies non fluentes, sont classées : l'aphasie de Broca, l'aphasie transcorticale motrice, l'aphasie globale, l'aphasie mixte non fluente et l'aphasie transcorticale mixte.

Dans les aphasies fluentes, le langage est atteint mais le débit est préservé voire logorrhémique comme par exemple dans l'aphasie de type Wernicke. Les atteintes sont variables : paraphasies de tous genres, anomie, néologismes voire un jargon dans les formes les plus sévères. Le discours est donc peu informatif. La conscience des troubles sera variable allant d'une anosognosie plus ou moins importante dans le cas de l'aphasie de Wernicke à une conscience des troubles dans l'aphasie de conduction. La morphosyntaxe peut être touchée entraînant par exemple des énoncés paragrammatiques et parasyntaxiques. Enfin, si le débit est fluent, il peut être ralenti par des pauses, des interruptions, des conduites d'approches et des circonlocutions. On parle alors de logopénie comme par exemple dans l'aphasie de conduction. Au niveau du langage écrit, les patients présentent le même profil qu'en langage oral. Les aphasies fluentes comprennent : l'aphasie de Wernicke, l'aphasie de conduction, l'aphasie transcorticale sensorielle et les aphasies anomiques.

Parallèlement à cette classification, il existe divers degrés de sévérité. En effet, le tableau d'aphasie peut être léger, modéré ou sévère. L'aphasie sévère est « l'évolution multiforme d'une atteinte globale en phase aiguë, c'est pourquoi une importante variabilité interindividuelle des troubles observés existe » (Gatignol, 2009). A long terme, les composantes langagières restent fortement altérées ce qui mettra le patient en difficulté lors des situations de communication.

1.2. Approche sociale

Selon Kagan cité par Michallet, Le Dorze et Tétréault (1999), « l'aphasie est un trouble de la communication confrontant la personne à ses changements profonds et inattendus ». Ainsi, ce trouble du langage d'origine neurologique « masque la compétence [communicative] normalement mise à jour à travers la conversation ». Cette définition permet d'expliquer les propos tenus par les auteurs d'Aphasies et aphasiques (Mazaux, Pradat-Diehl et Brun, 2007). En effet, la place prépondérante qu'occupent la communication et les échanges dans la société actuelle souligne la difficulté que peuvent éprouver l'aphasique et sa famille au quotidien. « L'aphasie est [donc] une source d'incapacité dans la vie quotidienne, de restriction de participation à la vie citoyenne et sociale, d'isolement, de repli sur soi, de frustration, et souvent de dépression » (Mazaux et al., 2007). La personne aphasique peut éprouver un profond sentiment de perte (physique, psychologique, familiale, sociale...) qui va s'ajouter à la stigmatisation dont elle est victime. En effet, les troubles de la communication sont tels que les personnes peut être

amenée à douter de l'intégrité intellectuelle de la personne aphasique. En touchant les capacités interactionnelles, l'aphasie provoque également chez l'interlocuteur une situation de handicap. L'entourage se retrouve face à une personne qu'il connaît mais qui a subi de profonds changements. Il tente alors de s'adapter à cette nouvelle personne, mais les moyens mis en œuvre ne sont pas toujours facilitateurs pour la communication.

2. Les prises en charge de l'aphasie sévère

Au fil de l'avancée de la recherche, les courants scientifiques se sont succédé entraînant ainsi des descriptions différentes de l'aphasie. Aujourd'hui, cette évolution nous amène à nous interroger sur les différentes approches de traitement de l'aphasie.

2.1. Approches traditionnelles

Ces approches centrées sur les capacités et les incapacités du patient sont issues de deux grands courants distincts.

Tout d'abord, les prises en charge neurolinguistiques ont pour objectif de rétablir le langage c'est-à-dire retrouver le niveau antérieur à l'accident vasculaire cérébral ou s'en rapprocher. Pour cela, les orthophonistes utilisent « un ensemble de stratégies de réapprentissage, de reconstruction du langage de la personne aphasique » (Michallet & Le Dorze, 1999) qui s'appuient sur l'évaluation orthophonique réalisée au préalable. On traite donc le symptôme en se centrant sur les incapacités liées à la lésion (Charton-Gonzalez, Munier, Petit, Gaujard, et Montero, 2004).

A l'inverse, les prises en charge cognitives, en se centrant « sur les incapacités et sur les capacités restantes » s'intéressent « plus à la fonction perturbée qu'aux seuls symptômes » (Charton-Gonzalez et al., 2004). Les modèles cognitifs servent d'appui pour définir les objectifs de la rééducation. Selon la stratégie choisie, on cherchera alors soit à rétablir la composante déficitaire, soit à réorganiser les conduites langagières, soit à suppléer la fonction à l'aide, par exemple, des stratégies compensatoires.

Quelle que soit la méthode employée, ces approches centrées sur le langage ont permis aux patients d'améliorer leur performance linguistique dans le cadre d'aphasie légère à modérée. Cependant, elles comportent des limites dans la prise en charge d'aphasies sévères. En effet, la personne aphasique sévère sera toujours en difficulté dans de nombreuses situations de communication. C'est pourquoi, il est nécessaire de compléter cette approche par d'autres approches qui prendront en compte les capacités et incapacités du patient mais également son environnement (Michallet & Le Dorze, 1999).

2.2. Approches fonctionnelles

Ces approches prennent en considération les compétences langagières et communicationnelles de la personne aphasique et les facteurs environnementaux.

Ainsi, les prises en charge pragmatiques permettent un travail portant sur le langage dans son contexte d'utilisation et sur la communication au sens large. La prise en charge peut

prendre la forme de mise en situation et de situations de PACE. La PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) est une méthode de « rééducation globale et fonctionnelle » qui a pour but « d'améliorer la capacité des patients à communiquer dans la vie quotidienne » (Dessy et al, 1989). Ces deux types d'activités ont pour but de favoriser le transfert des acquis au quotidien (Charton-Gonzalez et al., 2004). Cependant, l'entourage du patient n'est pas directement inclus dans le traitement et c'est donc toujours l'orthophoniste qui définit les objectifs et les moyens utilisés dans la prise en charge. Ainsi, sans effet direct sur son environnement, c'est à la personne aphasique seule « de gérer les situations de communication auxquelles elle est confrontée » (Michallet et Le Dorze, 1999).

Les prises en charge écologiques visent en revanche un véritable ancrage dans le réel. Basées sur les notions développées dans la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, 2001), le but est d'adapter le milieu de vie au handicap du patient pour lui permettre une meilleure qualité de vie au quotidien.

2.3. Approches psycho-sociales

Tout en prenant en compte les capacités et incapacités linguistiques du patient, ces approches portent directement leur action sur l'environnement. En effet, « la personne aphasique fait face à une situation où son droit à l'autodétermination ainsi que l'accessibilité aux opportunités de communication sont entravés, de sorte que son bien-être psychosocial et sa qualité de vie sont diminués » (Kagan, 1998 citée par Julien, 2002). Ces approches prennent ainsi en compte « les problèmes psychologiques et d'adaptation sociale et familiale que rencontre l'aphasique » (Mazaux, Moly, Giroire, Campan, Pointreau, 2000).

Dans les approches sociales, l'objectif de la prise en charge est de réduire les obstacles à la communication entre la personne aphasique et ses partenaires de communication. Parmi celles-ci, Charton-Gonzalez et al. (2004) citent l'analyse conversationnelle. Selon De Partz (2007), elle permet d'obtenir une analyse précise de la conversation entre la personne aphasique et ses proches. Pour cela, il faut prendre en compte les interruptions, les recouvrements d'information, les tours de parole et la gestion des réparations. Cette analyse permettra de donner des conseils au partenaire de la personne aphasique pour faciliter l'interaction puis d'évaluer la portée de ces conseils. Ainsi, les capacités de la personne aphasique pour s'adapter étant limitées, le partenaire de communication tient alors un rôle primordial. Il doit pouvoir être entraîné et informé. Les progrès observés ne se situent pas au niveau langagier mais concernent plutôt le bien-être psychosocial et la communication du patient aphasique et de son partenaire de communication.

Les prises en charge palliatives ont un objectif similaire car elles visent le « maintien de l'équilibre des interactions au sein du système familial et environnemental altérées par les troubles du langage » (Charton-Gonzalez et al., 2004). Les thérapeutes ne traitent pas le symptôme mais ils cherchent à en soulager les conséquences en compensant les situations de handicap. Afin de restaurer les échanges, un outil peut alors être créé pour contourner le handicap.

Enfin, il est nécessaire de préciser qu'une approche n'exclut pas l'autre. Ces approches peuvent se compléter dans la prise en charge selon les buts recherchés et les différences

qui existent d'un patient à l'autre. Il est d'ailleurs important de ne pas tenir compte que de la pathologie du patient aphasique mais de son vécu, de sa culture et de son niveau intellectuel pour adapter la prise en charge (Tétu, Kunnert et Brun, 2000).

Dans le cadre de l'aphasie sévère, « l'objectif du rééducateur sera de vérifier quelles propositions [de prises en charge] sont réellement pertinentes, pour le patient et pour ses proches, afin de favoriser l'interaction communicative et éviter l'isolement social » (Mazzucchi, 2000).

L'aphasie sévère a donc des conséquences importantes sur le quotidien de la personne aphasique. Ceci est principalement dû au fait que l'aphasie a un impact direct sur un processus essentiel : la communication.

II. Communication

1. Généralités sur la communication

1.1. Les modèles théoriques de la communication

La communication est l'action d'entrer en relation avec autrui et de transmettre un message. C'est un processus dynamique impliquant plusieurs locuteurs. Pour les premiers théoriciens comme Shannon et Weaver (1949), la communication se limite à un processus linéaire qui correspond au transfert d'une information entre une source et une cible qui la reçoit. Le terme de conception télégraphique est utilisé. A cela ils intègrent la notion de bruit : le signal contenant l'information peut être perturbé par des éléments extérieurs. Bien que ce modèle mette en évidence les facteurs qui peuvent perturber la transmission d'un message, il reste néanmoins réducteur. En effet, il ne tient pas compte de la pluralité des récepteurs et des possibilités d'un retour de la part de l'individu recevant l'information.

Jakobson va alors compléter cette approche en ajoutant les notions de contexte, de canal et code aux concepts d'émetteur, message et destinataire. Il associe respectivement à ces composantes les fonctions référentielle, phatique, métalinguistique, émotive, poétique et conative. Le fonctionnement unidirectionnel s'efface au profit de l'interaction. Ainsi, « par interaction (c'est-à-dire l'interaction de face-à-face), on entend à peu près l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres » (Goffman, 1973). La situation de communication est alors partagée entre l'émetteur ET le récepteur.

Enfin, Kerbrat-Orecchioni (1980) a repris et complété les notions clés des modèles précédents afin de créer une modélisation de la communication verbale plus précise. La notion de contexte est étayée et dissociée en termes de référent et de situation. De plus, l'auteur prend en considération les caractéristiques individuelles de locuteurs (caractéristiques psychologiques et compétences personnelles).

D'après ces modèles, plusieurs composantes entrent en jeu dans la communication mais pour qu'un échange se déroule sans problème, il faut que les locuteurs respectent certains

principes. Dans cette optique, Grice a développé le principe de coopération. « Chacun postule que son partenaire se conforme à ces règles et s'attend à ce que l'autre s'y conforme » (Grice, 1979). Communiquer est alors une activité collective où chaque interlocuteur doit pouvoir compter sur l'autre afin de pouvoir mener à bien l'échange. Grice décline ce principe en quatre maximes de pertinence (ou d'informativité), de sincérité (ou de qualité), d'exhaustivité (ou de quantité) et de manière (ou de modalité).

Ces théories s'appliquent à la communication verbale. L'interaction comprend également des éléments paraverbaux et non verbaux importants à prendre en compte dans l'interprétation du message.

2. Conséquences de l'aphasie sévère sur la communication

La communication n'étant pas un simple transfert d'informations et prenant en compte les locuteurs et leur environnement dans leur globalité, l'apparition de l'aphasie va alors modifier la communication. Afin de décrire la situation dans laquelle se trouvent la personne aphasique et son entourage, nous utiliserons le cadre de référence et les termes de la CIF (2001).

2.1. Conséquences de l'aphasie sévère sur la personne aphasique et son entourage

La survenue d'une pathologie dans une famille modifie les relations entre ses membres et a de nombreuses conséquences. Ainsi, « les conséquences de l'aphasie vont bien au-delà des difficultés de communication et se manifestent dans les relations familiales, sociales, les activités de loisir tant collectives qu'individuelles » (Julien, Casseus & Gérin-Lajoie, 2002).

Le Dorze et Brassard (1995) ont étudié les différents handicaps auxquels va être confronté le patient suite à l'apparition de l'aphasie. Ils mettent en évidence un changement dans «les relations interpersonnelles ». En effet, des perturbations dans les relations familiales sont fréquentes (perte du rôle de chef de famille, perte d'autorité sur les enfants...) le patient peut alors aller jusqu'à s'éloigner peu à peu de ses amis et éprouver une grande anxiété à l'idée de rencontrer des personnes inconnues. Les auteurs mettent en lumière «la perte d'autonomie » liée notamment aux conséquences physiques de la maladie. La «stigmatisation » est également une situation de handicap pour la personne aphasique : l'aphasie, entraînant de nombreuses conséquences (expression limitée, temps de réponse...), peut être perçue comme une maladie mentale par les autres et l'estime de soi est alors mise à mal.

Si l'aphasie crée une situation de handicap pour le patient, elle provoque également des bouleversements chez son entourage. En effet, « de toutes les maladies que peut subir un individu au cours de sa vie, l'aphasie est probablement celle qui se répercute le plus directement sur la famille » (Ponzio, Lafond, Degiovani, Joannette, 1991). Les auteurs de L'Aphasique répertorient un ensemble de comportements fréquents : le rejet, l'indifférence, la culpabilité, les attitudes surprotectrices et les attitudes non réalistes

(c'est-à-dire espérer que la personne aphasique retrouvera son niveau langagier antérieur à l'AVC).

Il apparaît que certaines situations de handicap sont communes à la personne aphasique et à son entourage. En effet, l'un comme l'autre vont subir une « limitation de leurs activités » et une « restriction de leur participation » dans la vie quotidienne (CIF, 2001). Pour la personne aphasique, les conséquences motrices et communicationnelles de la pathologie la conduisent à laisser de côté ses ambitions professionnelles mais aussi ses loisirs. Pour le conjoint ou la famille, l'autonomie réduite du patient associée au besoin d'être près de lui pour prendre soin de lui les amènent à diminuer leurs loisirs et leurs activités extérieures. Kagan et Gailey précisent en 1993 que l'entourage considère qu'un des principaux changements négatifs suite à une aphasie est l'isolement social et la difficulté à établir des relations. Ils attribuent ce changement au handicap de communication et à leur propre réticence à établir des relations.

2.2. Conséquences de l'aphasie sévère en situation de communication

Si l'aphasie provoque un bouleversement de la cellule familiale et des comportements, elle provoque des changements considérables en situation de communication. Le Dorze et Brassard (1995), Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999) ainsi que Daviet, Muller, Stuit, Darrigrand, et Mazaux (2007) ont répertorié ces différents changements qui pouvaient survenir dans la communication de la personne aphasique et de ses partenaires.

	Obstacles à la communication	Facilitateurs de la communication
Chez la personne aphasique	<ul style="list-style-type: none"> - Effort dans la communication - Fatigue à maintenir la conversation - Irritation lorsqu'il ne trouve pas le bon mot - Lors des conversations de groupe, fatigue à l'écoute et irritation lors des tentatives de prise de parole - Frustration quand quelqu'un parle à sa place - Irritation lorsqu'on arrête de faire des ajustements - Difficulté à ne pas jurer 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements compensatoires verbaux (utilisation de paraphrasies plutôt que de se taire). - Développement des autres modalités de communication (gestes, mimiques...)
Chez le partenaire	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété devant l'incapacité de la PA à transmettre une idée. - Gêne due à l'utilisation de jurons de la part de la personne aphasique - Sensation de perte d'intérêt à la communication de la part de l'individu aphasique 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes de reconnaissance qui montrent à la personne aphasique qu'on l'écoute et qu'on lui porte de l'intérêt. - Adaptation à des modes de communication inhabituels (non verbaux). - Ralentissement du débit de parole

Tableau 1 : Obstacles et facilitateurs de la communication, d'après Le Dorze et Brassard (1995) ; Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999) ; Daviet et al. (2007)

III. La communication alternative et augmentative (CAA)

1. Définition et présentation des outils de communication

Le langage déficitaire entravant la communication, il peut parfois être nécessaire de mettre en place un moyen de communication alternative et augmentative. « Les stratégies alternatives et supplétives sont basées sur le principe 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. » (De Partz, 1999 cité par Parent & Simon, 2006). En cas de réduction du langage, le besoin de communication est toujours présent et il est donc utile d'offrir un support au patient afin qu'il puisse exprimer ses pensées, ses besoins, ses désirs...

Au cours du XXème, l'utilisation de la communication non verbale (pantomimes, langage gestuel, symboles pictographiques) comme stratégies de compensation a montré ses limites (Gonzalez & Brun, 2007). En effet, ces systèmes demandent l'apprentissage de signes ou de symboles d'un code puis la capacité à pouvoir les combiner. Or, cela peut être très inadapté pour une personne ayant déjà des difficultés dans sa propre langue. De plus, malgré l'apprentissage du code par l'entourage du patient, le transfert à la vie quotidienne reste « quasi inexistant » (Gonzalez & Brun, 2007) et le patient aphasique ne l'utilise généralement qu'avec l'orthophoniste. Enfin, dans le cadre de l'aphasie, la restauration des échanges doit être rapide. Cette réactivité immédiate est donc « peu compatible avec le temps et la lourdeur d'un [nouvel] apprentissage » (Gonzalez & Brun, 2007). C'est pourquoi, la mise en place d'un support de communication comprenant des pictogrammes, des symboles ou du langage écrit est inappropriée pour une personne aphasique sévère selon ces auteurs.

Avec l'apport des nouvelles technologies, les téléthèses ou synthèses vocales se sont également développées. Elles permettent de substituer ou soutenir la parole de l'aphasique en utilisant le plus souvent un clavier alphabétique ou phonétique. Or, cela nécessite un accès fin au lexique et une préservation de l'accès au langage écrit ce qui est rarement le cas chez une personne aphasique.

Suite à cela, il était donc nécessaire de trouver d'autres systèmes permettant d'établir la communication grâce à un support imagé le plus transparent possible (images, photographies). L'accès au sens se fait de manière directe et ne nécessite pas l'apprentissage d'un code. Sur ces outils figurent deux catégories d'informations à transmettre : les informations générales (sujets portant sur les besoins physiologiques, calendrier, horloge...) ou les informations personnalisées. Celles-ci traiteront de sujets en lien avec les intérêts, le mode de vie, le lieu d'habitation du patient ce qui permet des échanges plus élaborés et plus riches.

De plus, ces supports de communication peuvent prendre différentes formes (tableaux, carnets ou classeurs de communication) mais tous sont utilisés dans le but de « pallier les déficiences de l'expression et de la réception des messages » (Gonzalez & Brun, 2007). Ainsi les tableaux de communication sont le plus souvent utilisés à l'hôpital, juste après l'accident. Leur but est de permettre l'expression des besoins vitaux, de la douleur, des sentiments, des souhaits... Ils peuvent être une bonne initiation à l'introduction ultérieure

d'un carnet de communication. De plus, « il permet un premier contact plus efficace et mieux adapté aux troubles du patient » (Parent & Simon, 2006). Concernant les carnets ou classeurs de communication, les informations prennent différentes formes comme des dessins, des photographies selon les capacités résiduelles du patient. Les carnets de communication stimulent la compétence communicative en permettant à la fois de comprendre et d'exprimer sa pensée. Ces supports diminuent le risque de repli sur soi et évitent à la personne qui l'utilise une confrontation systématique à l'échec.

2. Limites et exigences dans la mise en place d'une CAA

2.1. Limites des aides à la communication

Il est tentant de penser que ces aides répareront l'altération de la communication due à l'aphasie, mais les faits nous montrent qu'elles sont souvent peu utilisées par les patients. En effet, les patients continuent souvent à utiliser les systèmes de communication qu'ils ont spontanément mis en place. Ceux-ci sont certes efficaces mais ne suffisent pourtant pas à obtenir une communication satisfaisante. Plusieurs auteurs ont donc cherché à comprendre quelles étaient ces limites dans le but de les contourner pour pouvoir adapter au mieux ces outils aux besoins des patients.

Tout d'abord, des résistances psychologiques de la part de la personne aphasique peuvent apparaître (Parent, 1999). En effet, le carnet de communication en tant que support d'aide visible met en évidence la différence. Le handicap est plus visible et les interactions se trouvent modifiées avec une perte du contact visuel et une lenteur pendant l'échange. Il faut également noter que cet outil ne permet pas de nuancer ses propos. De plus, en permettant les échanges par un autre biais que la parole, il souligne la perte alors que le deuil de la communication orale antérieure à l'accident n'a pas encore été fait. Le patient et son entourage ne mobilisent alors pas leurs compétences dans la mise en place d'un autre mode de communication (Gonzalez & Brun, 2007). Enfin, il est possible que certaines personnes aphasiques n'aient pas conscience ou nient leurs troubles du langage et donc leurs limites. Ainsi, « le fait de nier ses limitations ou de viser des objectifs irréalistes finit par nuire aux traitements. En effet, comment pourrait-on continuer à traiter quelqu'un qui est convaincu de ne pas avoir besoin d'aide ? » (Ponzio et al., 1991).

Il est également nécessaire de prendre en considération les capacités et incapacités du patient. D'une manière (plus) générale, les séquelles cognitives dont souffre la personne aphasique seraient, selon Parent (1999), un nouvel obstacle à l'utilisation d'aides à la communication. De Partz (1996) appuie ce propos en spécifiant que l'aphasie entraîne des troubles dans le traitement syntaxique qui peuvent être une des causes de l'arrêt de l'utilisation d'un système de communication. Aux troubles du langage peuvent s'associer des troubles de la mémoire, des difficultés d'associations sémantiques et d'analyse conceptuelle ainsi que des troubles des fonctions exécutives (jugement, sélection, inhibition). Ces déficits empêchent l'utilisation d'un support de communication tel qu'un carnet puisqu'il nécessite des compétences en rétention d'information et un lexique interne accessible et construit. Ainsi, la mise en place d'une telle aide peut nécessiter un long travail d'appropriation pour permettre une utilisation adaptée. De plus, le message sera appauvri si le geste de désignation est perturbé (notamment lors d'apraxie).

La dernière limite, énoncée par Parent (1999), est la contrainte ergonomique du support. L'outil doit permettre une utilisation rapide et fonctionnelle : la disposition doit alors être claire, aérée et il est important d'éviter toute ambiguïté. De plus, on ne peut concevoir une aide à la communication sans tenir compte du handicap physique qui peut exister chez l'aphasique et donc des problèmes de transport que cela peut occasionner (ex : lorsque la marche se fait à l'aide d'une canne, le transport et la manipulation du classeur sont compliqués).

La description des limites des supports de communication ne doit pas entraîner l'arrêt de leur mise en place. Au contraire, elles doivent servir au thérapeute pour lui permettre de créer un outil qui sera adapté au patient.

2.2. Exigences pour la mise en place d'une CAA

Une CAA ne peut pas être mise en place auprès de tous les patients et un certain nombre d'exigences doivent être prises en compte.

Il est nécessaire de tenir compte des processus altérés et du handicap du patient. En effet, ce n'est pas le patient qui doit s'adapter à l'outil mais l'outil qui doit s'adapter au patient. Cependant, il est important que certaines compétences cognitives soient préservées pour permettre une utilisation autonome (ex : capacité de représentations). En effet, il faut analyser le type de traitement cognitif qui intervient dans la maîtrise du système alternatif « afin qu'il ne requiert pas la maîtrise d'opérations linguistiques proches de celles qui se trouvent déficitaires chez le patient » (De Partz, 1996). De plus, il faut être vigilant concernant l'extension et la complexité combinatoire que permet le support. En effet, un système avec des structures complexes permet certes une variété des situations communicatives mais oblige la mobilisation de processus cognitifs élaborés qui peuvent être défectueux chez certains aphasiques sévères (notamment l'accès grammatical).

Ensuite, De Partz (1996) et Gonzalez & Brun (2007) insistent sur la nécessité de rester le plus transparent possible. Ainsi le mode de communication utilisé doit avoir un fort degré d'iconicité. L'apprentissage d'un nouveau code serait laborieux pour le patient et ses partenaires de communication : « en effet, au plus les relations signifiant/ signifié établies dans un langage alternatif sont arbitraires, au plus celui-ci risque de paraître opaque aux non-initiés » (De Partz, 1996).

Il est également important de veiller à la forme et à l'organisation du contenu afin que l'outil soit facilement disponible et utilisable. Par exemple, si l'outil demande trop de temps pour rechercher les éléments nécessaires à la transmission du message, cela freine le flux de l'échange et peut ainsi rompre la communication.

Il faut noter que l'attente des patients porte généralement sur le langage (notamment sur l'expression orale) : ils veulent reparler et il est difficile de changer de mode de communication. Or, l'engagement dans l'apprentissage d'une nouvelle technique demande d'avoir confiance en celle-ci (Gonzalez & Brun, 2007). Il est donc nécessaire de leur préciser que l'intervention sera centrée sur la communication et non sur le langage.

Enfin, suite à l'AVC, on observe souvent un bouleversement de la cellule familiale et un épuisement des partenaires. Cela est à prendre en considération car il est important

d'avoir un entourage mobilisable et prêt à s'engager dans ce projet : « n'attendons pas du patient aphasique, qu'il utilise seul et gère des stratégies de contournement, en un mot qu'il s'ajuste à son interlocuteur au cerveau indemne » (Gonzalez & Brun, 2007).

2.3. Implication de la famille et accompagnement dans la mise en place d'une communication augmentative

La mise en place d'un outil de communication nécessite de prendre en considération l'individu aphasique mais aussi son entourage.

Suite à des études montrant un succès mitigé des aides à la communication, Kraat (cité par De Partz, 1996) constate qu'il faut partir des besoins communicatifs du patient tels qu'ils se manifestent dans sa vie quotidienne et tenir compte de ses propres particularités communicatives. Cependant, De Partz (1996) stipule que « l'élaboration individualisée [d'un carnet de communication] ne suffit pas à elle seule à garantir son utilisation effective. Encore faut-il familiariser le patient au contenu du carnet, l'entraîner à sélectionner les informations pertinentes, s'assurer enfin de son utilisation dans les situations de vie qui ont justifié sa construction ».

Si une aide à la communication peut être un moyen pour soutenir le langage de la personne aphasique, il faut néanmoins intégrer ses partenaires de communication dans ce projet. «L'amélioration de la communication entre une personne sévèrement aphasique et son interlocuteur dépend en priorité de la qualité de l'ajustement réciproque, le rôle de l'interlocuteur étant clairement prépondérant » (Croisier, 1996). Ainsi, il y a peu d'intérêt pour la communication à mettre en place un carnet de communication si la personne aphasique est le seul à pouvoir l'utiliser. Les personnes aphasiques utilisent peu spontanément leur carnet. Parent et Simon (2006) précisent sur le site du SAICOMSA que ceci n'est pas le signe d'un dysfonctionnement de l'outil mais montrerait pour l'interlocuteur la nécessité de piloter l'échange. En effet, la place de l'interlocuteur est très importante car « c'est à nous interlocuteur, partenaire dont la fonction langage est indemne, de piloter l'échange » (Gonzalez & Brun, 2007). Au-delà du besoin de communication qui peut être présent chez le patient aphasique, la famille peut également être en demande d'un outil qui leur permettra d'avoir des échanges facilités et mieux ajustés. De plus, l'implication de l'entourage dans la prise en charge devra se faire dès la construction de l'outil de communication car ils sont les plus à même avec la personne aphasique pour sélectionner les informations pertinentes à intégrer dans le support.

En soulignant l'importance de l'implication de l'entourage, cela s'inscrit dans un travail transdisciplinaire où le patient, ses proches et les professionnels participent ensemble à la mise en place de stratégies de communication augmentative. De plus, l'approche est psychosociale car on ne cherche pas à traiter le symptôme mais à contourner les déficiences pour réduire la situation de handicap au quotidien. Cela constitue précisément une démarche palliative.

3. Un outil : le C.COM

3.1. Définition générale du C.COM

Créé en 2003 par I. Charton Gonzalez, le C.COM est un outil de communication augmentative. Son utilisation vient donc s'ajouter au langage oral, aux gestes, au dessin ainsi qu'aux expressions du visage lors de la communication. Cet outil est utilisé dans le cadre d'une démarche palliative puisqu'il permet de « contourner le handicap de communication » de patients n'ayant plus accès à l'écrit et ayant des difficultés d'expression orale. Il « ne traite pas le symptôme mais soulage ses conséquences » (Gonzalez I., Brun V., 2007). Le C.COM fait partie des classeurs de communication non standardisés. Il peut donc être personnalisé en fonction des besoins du patient. De plus, son installation peut être temporaire ou définitive.

Le C.COM se présente comme un recueil de photographies à pointer en rapport avec les échanges courants de leurs utilisateurs. Il est adapté aux troubles aphasiques et est modulable ce qui permet de s'ajuster au mieux aux besoins des interlocuteurs. Les photographies composant le C.COM sont organisées par planches elles-mêmes classées par thème.

Le logiciel C.COM a été édité chez Ortho Edition. Aujourd'hui des orthophonistes salariés et libéraux font usage du C.COM dans leur pratique professionnelle mais ils ne sont pas tous formés à la procédure d'installation et d'entraînement à son utilisation. Plusieurs articles restituant l'expérience du C.COM, essentiellement en institution, ont porté sur sa mise en place. Ils témoignent de son efficacité sans pour autant valider l'outil. Actuellement, une étude est en cours pour démontrer son efficacité et valider le C.COM : il s'agit du Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) dirigé par PA Joseph dont le titre est «Evaluation de l'efficacité du cahier C.COM de communication dans la communication pragmatique chez l'aphasique vasculaire au cours de la première année post-AVC». Il est important de préciser que les orthophonistes des centres participant à cette étude sont formés à la construction et à l'utilisation du C.COM. De même, le patient, son partenaire de communication privilégié et le personnel institutionnel suivent un entraînement pour apprendre à utiliser le classeur personnalisé et à mettre en place des stratégies facilitatrices.

Au fil des années, I. Gonzalez a amélioré le C.COM. Un questionnaire a, entre autres, été adressé au personnel de la clinique des Grands Chênes de Bordeaux (rééducateurs, personnel hôtelier et hospitalier) (Charton Gonzalez et al., 2005). Celui-ci avait pour but de recueillir la satisfaction du personnel concernant l'utilisation de l'outil et le contenu de la formation dispensée. Suite aux données recueillies, des planches du C.COM ont été modifiées ou ajoutées. Ces changements concernaient la forme (organisation des planches, photographies peu parlantes) et le contenu du classeur (photographies manquantes...). Il apparaît lors d'une publication en 2005 que la plupart du personnel interrogé trouve le C.COM efficace pour réparer la communication et l'estime facile à manipuler (Charton Gonzalez et al., 2005). Cependant, les auteurs de cet article ont constaté que les troubles de compréhension de la personne aphasique étaient légèrement sous estimés par le personnel de la clinique. Le C.COM était jugé plus utile pour comprendre la personne aphasique que pour se faire comprendre d'elle. Il a également été

mis en évidence la nécessité de renouveler la formation en raison du turn over du personnel.

L'expérience d'installation du C.COM a également permis de dégager les limites et les intérêts de cet outil (Tableau 2).

3.2. La construction du classeur

3.2.1. Un outil informatisé

La construction d'un classeur C.COM nécessite l'utilisation de l'informatique et de la photographie numérique. Cet outil se présente sous la forme d'un DVD contenant une base de données de photographies prototypiques qui constitue un carnet de base adaptable aux besoins du patient. Il est nécessaire de travailler à partir d'un logiciel d'imagerie numérique permettant de retoucher les photographies par exemple de les détourer. Ainsi, cela permet au thérapeute de réaliser des adaptations rapides, grâce à l'ordinateur, d'un outil de référence vers un outil personnalisé au patient. Ce type de support offre aussi la possibilité de créer de nouvelles planches spécifiques. Les planches modifiées, travaillées et adaptées pourront ensuite être imprimées sous deux formats : A4 ou A5.

L'outil informatique C.COM contient également des supports construits à partir de la base de données de photographies pouvant être utilisés en rééducation. Il s'agit tout d'abord d'un imagier où le nom de l'item photographié est présent sous l'image. Un jeu des familles a aussi été créé : les familles comprennent chacune quatre éléments (exemple : famille « alimentation » : vin, champignon, poisson et œufs). Les règles de ce jeu seront développées dans la partie expérimentale.

3.2.2. Une construction pour un accès direct au sens

Pour les créateurs du C.COM, il est indispensable que ce support permette un accès direct au sens tant pour le patient aphasique que pour son partenaire de communication. Plusieurs éléments sont alors à respecter : l'utilisation de la photographie et l'organisation des planches.

- L'utilisation de la photographie

Les auteurs du C.COM ont choisi d'utiliser la photographie en raison de la transparence qu'offre ce support. En effet, « elle est un médiateur non codé » qui « permet un accès sémantique instantané à la cible représentant le thème du message » (Gonzalez I., Brun V., 2007). Il n'y a donc pas de code à apprendre. De cette façon, il est possible de « rester au plus près des capacités résiduelles du patient » (Gonzalez I., Brun V., 2007). Les prises de vue prototypiques ainsi que le détourage des photographies participent à cet accès direct au sens de la cible. Le caractère polysémique de la photographie est également intéressant puisqu'il permet à la personne aphasique et à son interlocuteur de construire du sens ensemble. En effet, le sens premier du message est immédiatement véhiculé par la photographie. Cependant, c'est le partenaire de communication qui va, à partir de ce

premier indice, pouvoir questionner la personne aphasique sur son message et identifier précisément son sens.

- L'organisation des planches

L'organisation des planches est un élément incontournable à prendre en compte pour que l'accès aux items soit le plus simple possible. I. Gonzalez a organisé la disposition des planches de photographies selon plusieurs critères. Tout d'abord, les items cibles doivent être détournés et être disposés sur un fond neutre, non coloré pour éviter le plus possible tout distracteur. Il est également important de ne pas associer de texte aux photographies. En effet, « l'attrait de l'écrit [...] perturbe inmanquablement pour un patient aphasique l'accès au sens de la photographie et alourdit inutilement l'analyse des traits pertinents » (Gonzalez I., Brun V., 2007). Dans les classeurs au format A4 l'écrit est présent mais il est disposé sur la page de droite et est donc isolé des photographies. Selon les auteurs du C.COM il convient de ne pas dépasser plus de 15 photographies par planche afin de respecter les critères de clarté et de simplicité. De même et afin de respecter ces mêmes critères, les items sont organisés sur la planche autour d'une photographie qui représente le thème de la planche.

Tout ces éléments participent donc à faciliter l'accès au sens des items pour le patient mais aussi pour le partenaire de communication qui se servira également du classeur C.COM.

3.3. Le rôle du partenaire de communication

Si le C.COM est conçu pour aider à la communication des personnes atteintes d'aphasie sévère, il est important que l'interlocuteur soit impliqué dans son utilisation. En effet, cet outil serait inutile sans la compétence de l'entourage à l'utiliser. Il doit alors être actif et permettre à la personne aphasique de s'appuyer sur ses propres compétences. Le partenaire de communication va alors devoir pointer sur le classeur tant lorsqu'il reçoit une information de la personne aphasique que lorsqu'il lui transmet un message. Il devra reformuler, déduire, s'ajuster et réparer si le message n'a pas pu aboutir. C'est en effet « à celui dont le cerveau est indemne de prendre en main l'interaction » (Gonzalez I., Brun V., 2007). Il doit soutenir la personne aphasique dans sa communication et savoir piloter l'échange. Cependant, avant toute mise en place du C.COM, le thérapeute ne doit pas omettre que l'outil ne réparera pas une communication qui n'existait pas auparavant.

L'aphasie provoque donc des changements importants dans la communication entre deux personnes. Le partenaire de communication doit donc avoir connaissance des troubles de la personne aphasique pour pouvoir acquérir des automatismes et être attentif plus qu'à l'ordinaire à son interlocuteur. Ceci lui permettra alors de s'ajuster plus finement et d'être un réparateur efficace lors de l'échange avec une personne aphasique sévère. Ces adaptations sont difficiles si elles ne sont pas accompagnées par le thérapeute. C'est pourquoi I. Gonzalez et V. Brun dans « Aphasie et aphasiques » (2007) préconisent un accompagnement individualisé du partenaire de communication lors de la mise en place du C.COM. Cet accompagnement passe par des mises en situation qui l'aideront à mettre en place des stratégies de contournement. De plus, le thérapeute apporte des informations sur la spécificité des troubles aphasiques auxquels le partenaire est confronté. Cet

éclairage se fait toujours en fonction de l'expérience du partenaire et de la personne aphasique afin de s'ajuster au mieux à leur propre situation.

3.4. La procédure d'installation du C.COM

Le C.COM ne se limite pas à la construction d'un outil. En effet, I. Gonzalez a créé une procédure de mise en place qui permet l'évaluation des capacités et incapacités du patient et du partenaire de communication et l'entraînement de ces derniers. Elle a été utilisée et s'est montrée efficace auprès de patients aphasiques sévères institutionnalisés et à une période proche de leur AVC. Ici sont citées les étapes de cette procédure. Elles seront décrites plus amplement dans la partie expérimentale.

- L'évaluation : critères favorables à une installation.
 - Evaluation des capacités et incapacités du patient
 - Analyse perceptive (prise en compte de l'acuité visuelle)
 - Traitement sémantique de l'image : Protocole d'Evaluation des Gnosies Visuelles (Agniel, A., Joannette, Y., Doyon, B., Duchain, C., 1992)
 - Système de représentation structurale : Batterie de Décision Visuelle d'Objets (Bergetot, C., Pradat-Diehl, P., Ferrand, I., 2002).
 - Etat psychologique : échelle de dépression de Benaïm.
 - Communication : Test Lillois de Communication (Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., Lefevre, M., 2001).
 - Evaluation des capacités et de la motivation du partenaire
 - ECP : Echelle de Communication Pragmatique (Gonzalez, 2010). Elle mesure la gêne du partenaire de communication à communiquer avec une personne aphasique, sa mesure des troubles aphasiques ainsi que la conscience de son rôle de « guide » de la communication.
- Construction du classeur
 - Recueil des informations auprès du patient et de son partenaire de communication.
 - Construction de l'outil par le thérapeute
 - Equiper le patient et montrer les stratégies de réception et de transmission de l'information aux deux interlocuteurs
- Utilisation de l'outil

Des mises en situation pratiques sont réalisées pour permettre l'investissement de l'outil. Ces mises en situation concernent le patient au sein de l'institution d'une part, et le patient et le partenaire de communication privilégié d'autre part. En parallèle, les capacités déductives du patient seront travaillées en séances d'orthophonie.

Dans le cadre du PHRC, l'efficacité de l'utilisation du C.COM est évaluée à l'aide notamment du test des six tâches (créé dans le cadre du mémoire de M.-L. Cros en 2004). Les tâches de ce test tiennent compte à la fois de la réception et de la transmission du message par la personne aphasique.

3.5. Le travail d'équipe dans la mise en place du C.COM

S'inscrivant dans la prise en charge palliative, la mise en place du C.COM nécessite un fonctionnement d'équipe transdisciplinaire. En effet, dans ce type de fonctionnement, toutes les disciplines mettent leurs compétences au service du projet de vie du patient (Charton-Gonzalez, 2004). C'est alors « une approche commune de la personne aphasique et de ses troubles de la communication » (Gonzalez, Brun, 2007). Il n'y a donc pas de prépondérance d'une discipline sur l'autre. De plus, Goulet de Rugy (2002) précise que le patient et son entourage font ici partie intégrante de l'équipe et participent donc activement à la planification de leur projet. Cependant, si une partie du travail est commune à tous, chaque professionnel conserve aussi une partie plus spécifique.

Dans la mise en place du C.COM, les professionnels qui interviennent auprès de la personne aphasique vont réaliser des bilans permettant de mettre en lumière les capacités, incapacités, les besoins et attentes du patient et de son entourage. De cette façon, ils pourront extraire les éléments pertinents qui permettront de construire le classeur personnalisé du patient (Gonzalez et al., 2004). L'ergothérapeute est notamment un allié important. En effet, ces professionnels considèrent « la personne dans une approche globale, en tenant compte de son environnement » (Goulet de Rugy, 2002) tout en ayant pour objectif son autonomie. D'une manière générale, le rôle de l'ergothérapeute, selon Meyer (2007) est de soutenir le patient dans la réalisation des occupations courantes qu'il veut ou doit mener dans son environnement lorsque celles-ci sont altérées. Ceci entraînera alors une « modification de l'environnement matériel et social dans lesquels lui et ses proches vivent » (Meyer, 2007). Ils n'auront donc aucun mal à s'insérer dans une démarche transdisciplinaire. Dans le cadre du C.COM, leur évaluation sur les habitudes de vie et les capacités et incapacités du patient, ils apporteront des éléments indispensables pour la sélection des items pertinents mais aussi pour l'adaptation du matériel au handicap physique.

Si la construction de l'outil palliatif va être coordonnée par un professionnel ayant une bonne connaissance des troubles aphasiques (l'orthophoniste) elle ne sera donc possible qu'avec « les renseignements donnés par les autres membres de l'équipe et l'entourage du patient » (Charton-Gonzalez, 2004). Il en est de même pour l'utilisation de l'outil. Il ne pourra fonctionner que si l'entourage familial et les intervenants de santé sont mobilisables.

Le travail transdisciplinaire est donc présent tout au long de la mise en place du C.COM et est une condition sine qua none pour que cet outil puisse fonctionner.

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

IV. Problématique

D'après les données théoriques, l'aphasie, trouble acquis du langage, va avoir de nombreuses répercussions sur la communication entre la personne aphasique et son entourage. Dans les cas d'aphasies altérant sévèrement la communication, il est quelquefois nécessaire de mettre en place un outil de communication augmentatif. Cependant, de nombreux auteurs ont souligné les limites de ce type d'outils : résistance psychologique du patient, séquelles cognitives, contraintes ergonomiques. Il est également apparu que le partenaire de communication privilégié a une place prépondérante dans la mise en place d'un support de communication. En effet, c'est à lui de piloter l'échange. Face à ces constats, le C.COM est apparu comme un outil intéressant car il est adapté aux troubles aphasiques et il inclut le partenaire de communication en l'entraînant à la réparation de l'échange.

Conçus dans un cadre institutionnel, le C.COM et sa mise en place ont été testés à une période proche de l'AVC de patients atteints d'aphasie et ont témoigné de leur efficacité.

Nous souhaiterions alors observer comment adapter et évaluer l'efficacité de cette mise en place auprès de patients aphasiques non fluents à distance de leur AVC et vivant à domicile.

V. Hypothèses

1. Hypothèse générale

La mise en place du C.COM adaptée à la prise en charge à domicile de patients à distance de leur AVC améliorerait la communication entre les personnes aphasiques et leur conjoint.

Un programme d'intervention adapté à ce contexte permettrait donc :

- D'améliorer l'utilisation, la manipulation et l'appropriation du classeur C.COM par le patient et son conjoint.
- D'améliorer la communication quotidienne entre le patient et son conjoint en les formant au pilotage de l'échange et à l'utilisation de techniques de communication adaptées.

2. Hypothèses spécifiques

Des hypothèses spécifiques nous permettront de vérifier l'hypothèse générale :

2.1. Hypothèse spécifique 1

Lors des post-tests et en cas d'échec sans C.COM, les tâches de réception (R) et de réception/information (RI) du Test des trois tâches seront réussies avec le C.COM. Nous nous attendons également à des résultats satisfaisants aux rubriques « apport classeur » de l'ECP. Ceci confirmerait l'utilisation et l'appropriation du classeur.

2.2. Hypothèse spécifique 2

L'efficacité d'un classeur adapté au patient ainsi que le bénéfice d'une formation du partenaire de communication amélioreront la communication au quotidien. Ceci sera démontré de deux façons. Qualitativement, nous attendons de meilleures performances lors des post-tests pour la tâche de communication (CQ) par rapport au pré-test. Quantitativement, les scores obtenus aux rubriques déjà présentes en pré-test de l'ECP seront meilleurs en post-tests.

2.3. Hypothèse spécifique 3

Un entraînement régulier et fréquent fourni lors du programme d'intervention doit permettre au patient et à son conjoint de conserver les stratégies de communication acquises. Ceci sera démontré grâce à la stabilisation des résultats entre les post-tests 1 (fin du programme d'intervention) et du post-test 2 (un mois après la fin du programme).

Chapitre III
PARTIE EXPERIMENTALE

I. Population

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de réaliser nos expérimentations, nous avons retenu certains critères.

1.1. Critères d'inclusion

- L'aphasie devait être non fluente, altérer sévèrement la communication et être d'origine vasculaire.
- Les personnes aphasiques devaient vivre en couple à domicile.
- L'AVC devait dater de plus d'un an pour que la personne aphasique soit entrée en période de chronicisation et que le couple se soit de nouveau retrouvé en situation de vie quotidienne.
- Les patients devaient toujours bénéficier d'un suivi orthophonique.
- Patient parlant la langue française.

1.2. Critères d'exclusion

- Troubles gnosiques visuels et difficultés de traitement sémantique de l'image.
- Utilisation antérieure de l'outil C.COM.
- Dépression sévère.

2. Présentation des couples, explication du bilan orthophonique

Il est important de procéder à une présentation des couples qui ont participé à l'expérimentation. En effet, ceci permettra de mieux cerner le fonctionnement du couple, sa dynamique et de mieux comprendre certains comportements présents lors du programme.

2.1. Couple V.

2.1.1. Présentation du couple

Mr V est âgé de 51 ans. Avant son accident (Janvier 2001), il occupait le poste de directeur dans une usine de mécanique. Sa femme, encore en activité, exerce le métier de secrétaire. Ce couple a donc un niveau socioculturel assez élevé. Mr et Mme V ont une grande complicité et sont très complémentaires. Mme V nous fait rapidement remarquer que son mari a conservé son humour et qu'il n'hésite pas à en faire régulièrement usage. Ce couple échange volontiers ensemble et a développé au cours de ces nombreuses

années des stratégies de communication. Cependant, dès le premier contact, Mr et Mme V évoquent des problèmes pour communiquer surtout lors de sujets « abstraits ». En effet, ils sous-entendent par ce terme des sujets où l'objet de l'échange n'est pas présent ou alors n'est pas imageable. C'est donc pour débloquer ce type d'échanges, qu'ils ont accepté de participer à ce programme d'intervention.

Mr V a beaucoup restreint ses activités et n'accepte plus de parler à des personnes qu'il ne connaît pas. En revanche, il a conservé l'envie de voir ses amis et de sortir quelquefois au restaurant avec eux. Mr V se rend avec sa femme tous les week-ends en été dans son bungalow situé dans un camping. Ces moments sont consacrés aux amis et tiennent très à cœur à Mr V. Il reçoit également les visites régulières de sa famille.

2.1.2. Données médicales du patient (Annexe 1)

A la suite d'un accident vasculaire cérébral avec hématomate sylvien gauche et engagement temporal survenu en janvier 2001, Mr V présente une aphasie non fluente sévère de type Broca. Actuellement, Mr V est pris en charge en orthophonie deux fois par semaine à domicile. Le dernier bilan orthophonique réalisé fait état d'une expression orale très limitée, qui n'a pas beaucoup évolué durant ces huit dernières années. Actuellement, certains sons sont produits en répétition mais le langage oral en spontané est pratiquement inexistant. La compréhension orale est bonne en contexte ainsi que pour les phrases simples. La compréhension et l'expression écrite sont très altérées. Suite aux remarques de son orthophoniste, nous notons que Mr V a de temps en temps recours au dessin pour communiquer.

Au niveau moteur, Mr V. présente d'importantes séquelles motrices. Il est aujourd'hui en fauteuil roulant électrique qu'il manie seul. D'après le bilan en ergothérapie, le seul membre mobilisable est le membre supérieur gauche, mais il est peu fonctionnel. Mr V. parvient cependant à boire seul son café et à prendre quelques bouchées avec sa fourchette. Les gestes du quotidien sont réalisés avec l'aide complète d'une tierce personne (toilette, habillage). Sa femme et deux auxiliaires de vie se relaient alors pour aider Mr V dans les actes quotidiens. Le patient a donc peu d'autonomie et a besoin d'une présence permanente à ses côtés. Il ne présente aucun trouble du schéma corporel.

Aujourd'hui, Mr et Mme V communiquent bien à l'aide de stratégies qu'ils ont mis en place. Cependant certaines situations de communication posent encore problème (exemple : parler de personnes absentes). Leur demande est donc d'avoir un moyen supplémentaire qui leur permettra d'avoir des échanges plus riches et plus complexes. Le C.COM, outil à visée augmentative, pourrait répondre à leurs besoins et être également exploité par les autres interlocuteurs de Mr V puisqu'il n'est jamais seul.

2.2. Couple D.

2.2.1. Présentation du couple

Mr D est âgé de 65 ans et est actuellement à la retraite. Il est marié et a deux enfants. Il est entouré d'une famille et de nombreux amis qu'il voit régulièrement. Sa femme est

également retraitée. C'est une personne dynamique et bavarde. Elle nous décrit son mari comme quelqu'un de réservé mais qui aimait participer aux conversations si on le sollicitait. Nous remarquons que Mr D est assez passif en situation de communication et ne manifeste pas son incompréhension. Néanmoins, il est difficile de savoir si cela est dû à sa personnalité réservée, aux séquelles laissées par l'AVC ou aux répercussions psychologiques suite à la survenue brutale de l'AVC. Cependant, sa femme décrit une évolution dans la communication de son mari depuis le début de son aphasie : Mr D a alors plus tendance à initier des sujets de conversation divers alors qu'avant les sujets n'étaient en lien qu'avec l'ici et le maintenant. Ainsi, la communication est plus souvent bloquée car Mme D n'arrive pas à retrouver ce que son mari veut lui dire. Ceci explique leur motivation lorsque nous leur avons proposé la mise en place d'un classeur de communication.

2.2.2. Données médicales du patient (Annexe 2)

Mr D est actuellement en hospitalisation de jour (trois jours par semaine) en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Il bénéficie ainsi de prises en charge en kinésithérapie, en ergothérapie et en orthophonie.

Mr D présente une aphasie non fluente de type Broca suite à un AVC ischémique sylvien gauche cortico-sous-cortical en avril 2009. Le dernier bilan orthophonique met en évidence une évolution toutefois lente depuis le début de la prise en charge. Au niveau du langage oral, l'expression est très réduite. Mr D prend peu l'initiative lors de l'échange et ses productions sont des automatismes et des réponses par OUI/NON fiables. Les facilitations sont aidantes (ébauche orale, fin de phrase, mime...). La compréhension orale dans des situations courantes est correcte. Cependant, la compréhension de phrases et de consignes est plus difficile. Enfin, le langage écrit est très perturbé tant en expression qu'en compréhension.

Le bilan en ergothérapie nous renseigne sur ses habitudes de vie. Mr D menait auparavant un rythme de vie soutenu. Suite à son AVC, les activités de Mr D se sont réduites et il sort moins souvent à l'extérieur. Il continue à voir ses proches mais les échanges sont compliqués du fait de ses difficultés de communication. Au niveau moteur, malgré une hémiplégie, Mr D peut se déplacer sans aide technique à la maison. Cependant, le repas et les soins personnels (toilette et habillage) nécessitent une aide partielle. Actuellement, Mr D n'effectue plus les tâches de la maison mais cela ne l'empêche pas de s'y intéresser et de donner son avis.

Il existe de réelles difficultés de communication chez Mr et Mme D. Leur demande est donc d'avoir un moyen leur permettant de se comprendre sur des sujets sans lien avec le contexte dans lequel ils se trouvent. Le C.COM permettrait de répondre alors à la demande de Mme D de l'aiguiller sur le thème abordé par son mari. Il offrirait également au couple un moyen de débloquent l'échange.

II. Protocole d'expérimentation

Nous avons choisi de réaliser la procédure C.COM. Afin de pouvoir la mettre en place, nous avons été formées par I. Gonzalez, créatrice de l'outil C.COM. Cette procédure de

mise en place se décline en trois temps : l'évaluation, la construction du classeur personnalisé et l'utilisation du classeur.

Dans le cadre de notre mémoire, la procédure C.COM s'adressera donc à des patients aphasiques sévères à distance de leur AVC.

1. Evaluation

1.1. Evaluation des capacités et incapacités du patient

1.1.1. Analyse perceptive

Il est important de prendre en compte la qualité de l'acuité visuelle du patient afin de voir si l'installation d'un support de communication tel que le C.COM est possible.

1.1.2. Le PEGV

Le Protocole d'Evaluation des Gnosies Visuelles (PEGV) (Agniel, A., Joannette, Y., Doyon, B., Duchain, C., 1992) permet de dépister un déficit de l'analyse sémantique visuelle, des capacités déductives, de la rotation mentale et une agnosie visuelle. Ces éléments sont essentiels pour la mise en place du C.COM.

Le PEGV est composé de quatre sous-épreuves. Chacune comprend dix planches dans lesquelles le patient doit choisir parmi trois images celle qui peut être associée au modèle. L'examineur chronomètre le temps de réponse pour chaque planche. Les quatre sous-épreuves ont des objectifs différents. Le test des figures identiques et le test des figures enchevêtrées testent la discrimination visuelle. Le protocole C.COM prévoit de ne faire passer que les deux dernières épreuves du PEGV, c'est-à-dire le test d'appariement fonctionnel et le test d'appariement catégoriel. Ces deux épreuves mettent en jeu des processus sémantiques et évaluent alors les capacités de traitement associatif d'une image nécessaires à la manipulation du C.COM.

1.1.3. La BDVO

La Batterie de Décision Visuelle d'Objets (BDVO) (Bergegot, C., Pradat-Diehl, P., Ferrand, I., 2002) permet de tester le système de représentation structurale c'est-à-dire l'ensemble des connaissances visuelles connues d'un objet dans le traitement de l'image. Dans cette batterie, 72 images sont proposées au patient qui doit alors effectuer une reconnaissance de vrais ou de faux objets.

1.1.4. Echelle de dépression de Benaïm

Elle évalue la présence et l'intensité d'une dépression réactionnelle chez les personnes aphasiques. La mise en place du C.COM dans le cadre d'une dépression est en effet

délicate puisque celle-ci peut avoir une influence négative sur la motivation à entrer en communication avec autrui.

Dans le cadre de notre mémoire, nous n'avons cependant pas fait passer ce test au patient. En effet ces données nous étaient fournies dans les différents bilans en ergothérapie et en orthophonie ainsi que par l'observation clinique réalisée lors des pré-requis.

1.1.5. Le TLC

Le Test lillois de communication (TLC) (Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., Lefeuvre, M., 2001) permet d'évaluer la communication du patient. En effet, ce test mesure l'efficacité de la communication selon trois aspects : la motivation, la communication verbale et la communication non verbale. Il explore les capacités attentionnelles et la motivation du patient mais aussi l'utilisation et la compréhension des signaux non verbaux tels que le regard, les mimiques, les gestes. Grâce à la passation du TLC, les canaux de communication privilégiés du patient et ceux qui sont déficitaires sont mis en évidence.

1.2. Les pré-test et post-tests

Afin d'évaluer notre travail, nous avons réalisé un pré-test et deux post-tests. Le pré-test a été réalisé le jour où le classeur personnalisé a été donné au patient et après une brève présentation du classeur. Les post-tests étaient au nombre de deux :

- Un post-test 1 (à J0) c'est-à-dire à la fin du programme d'intervention.
- Un post-test 2 (à J 30) c'est-à-dire un mois après la fin du programme.

La réalisation de deux post-tests à un mois d'intervalle permet de mesurer l'efficacité du programme d'intervention et son maintien dans le temps.

Afin de réaliser notre évaluation, nous avons choisi 2 outils préexistants :

- L'ECP (Echelle de communication Pragmatique), cet outil fait partie de la procédure C.COM
- Le test des 3 tâches : il constitue une adaptation du test des 6 tâches issu d'un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) dirigé par PA Joseph, recherche actuellement en cours dont le titre est «Evaluation de l'efficacité du cahier C.COM de communication dans la communication pragmatique chez l'aphasique vasculaire au cours de la première année post-AVC».

1.2.1. L'ECP

L'Echelle de communication pragmatique (ECP) (Gonzalez, 2010) est une échelle destinée au conjoint de la personne aphasique.

L'intérêt de cette échelle est d'évaluer, grâce au recueil du ressenti du partenaire de communication, ses capacités et sa gêne à communiquer ainsi que son niveau de conscience des troubles aphasiques (expression, compréhension). En effet, de ceci dépendra son engagement dans la mise en place d'un carnet de communication et dans la communication en général. La passation de cette échelle permet au partenaire d'amorcer un travail sur les adaptations qu'il fait et qu'il pourrait faire afin d'aider la personne aphasique. Elle sert donc de base de travail dans le cadre de la guidance du partenaire. De plus, grâce à cet outil et aux questions sur la communication dans la vie quotidienne, nous pouvons mettre en évidence la position du partenaire sain face à la personne aphasique : a-t-il conscience que c'est la communication qui doit être réparée et non la personne ? A-t-il conscience de l'importance de son rôle dans la réparation de la communication ? Enfin, cette échelle peut aussi servir d'indicateur de l'évolution du travail d'accompagnement réalisé avec le partenaire de communication de la personne aphasique. En effet, à travers son point de vue on apprécie son évolution personnelle et sa vision de l'évolution de son conjoint aphasique.

Il existe deux ECP : une évaluation avant la mise en place du classeur de communication (ECP initiale) et une évaluation après la mise en place du classeur (ECP C.COM). Cette dernière comprend des items spécifiques quant à l'utilisation du classeur de communication. Ils sont présents dans les rubriques « apport classeur ».

L'ECP est organisée autour de trois grandes parties :

- « I. Votre conjoint » : Questions portant sur les comportements de communication de la personne aphasique. Elle concerne l'évaluation de l'expression de la personne aphasique et de la compréhension du partenaire. Cette partie est composée de deux rubriques :
 - Une rubrique sur les moyens à disposition de la personne aphasique pour se faire comprendre (« A. Communication globale »). Les questions portent sur les moyens et les stratégies utilisés par la personne aphasique pour transmettre un message. Cette rubrique est présente pour les deux types d'ECP.
 - Une rubrique concernant l'apport du classeur (« B. Apport classeur »). Elle porte sur l'utilisation du classeur. Cette rubrique est présente seulement dans l'ECP C.COM.

- « II. Vous » : questions portant sur les moyens et les stratégies utilisés par le partenaire pour transmettre un message. Cette partie concerne l'évaluation de l'expression du partenaire et de la compréhension de la personne aphasique (lors de la transmission du message). Cette partie est composée de deux rubriques :
 - Une rubrique sur les moyens à disposition du partenaire de communication pour se faire comprendre (« C. Communication globale »). Les questions portent sur les moyens et les stratégies utilisés par le partenaire pour transmettre un message. Cette rubrique est présente pour les deux types d'ECP.

-
- Une rubrique concernant l'apport du classeur (« D. Apport classeur »). Elle porte sur l'utilisation du classeur. Cette rubrique est présente seulement dans l'ECP C.COM.

 - «III. Participation » : Le but des questions est de connaître la place qu'occupe la personne aphasique lors de ses différents échanges quand il est à la maison, en famille ou à l'extérieur. Cette partie est présente de façon identique dans l'ECP initiale et dans l'ECP C.COM. Elle est composée de trois rubriques :
 - « E. Maison »
 - « F. Famille »
 - « G. Extérieur »

L'ECP évalue le partenaire de la personne aphasique grâce à un questionnaire et des échelles visuelles :

- Le questionnaire propose des questions à choix multiples donnant la fréquence d'apparition d'un comportement (jamais/parfois/souvent/toujours). Les points correspondant aux réponses sont attribués en référence à l'échelle récapitulative. Ils vont de 0 à 3. Le score total de l'ECP est calculé en ajoutant les scores des différentes rubriques. Cependant, il est rarement exploité puisque l'intérêt est de comparer les rubriques entre elles. L'ECP initiale est notée sur 72 points (A+C+E+F+G). L'ECP C.COM est notée sur 159 points (A+B+C+D+E+F+G). Ces résultats bruts sont ensuite convertis en pourcentages pour permettre de comparer les différentes rubriques et parties.

- L'échelle de communication pragmatique comporte également des échelles visuelles graduées de 0 à 10 ou de 0 à 5 qui ne fournissent pas de point pour le calcul du score global. Elles évaluent chez le partenaire séparément :
 - Sa connaissance des troubles aphasiques, notée de 0 à 10, grâce aux échelles de :
 - Communication globale
 - Ressenti de la qualité d'expression du patient (A)
 - Ressenti de la qualité de compréhension du patient (C)
 - Son avis sur l'efficacité du classeur (uniquement dans l'ECP C.COM) notée de 0 à 10 :
 - Pour comprendre la personne aphasique (B)
 - Pour se faire comprendre de la personne aphasique (D)
 - L'aisance qu'il s'attribue dans l'utilisation du classeur (ECP C.COM) notée de 0 à 5 :
 - Pour comprendre la personne aphasique (B)
 - Pour se faire comprendre de la personne aphasique (D)

1.2.2. Le test des trois tâches (Annexe 3)

Nous avons adapté le « test des 6 tâches » issu du PHRC dirigé par PA Joseph actuellement en cours. Dans le cadre de cette recherche l'objectif de ce test est d'évaluer l'efficacité du C.COM dans la communication chez la personne aphasique vasculaire au cours de la première année post-AVC.

Les deux premières tâches de ce test sont inspirées du « test des six tâches ».

Elles permettent d'évaluer l'efficacité de l'utilisation du C.COM c'est-à-dire savoir s'il aide au contournement des troubles aphasiques. Nous avons respecté les principes de création des six tâches c'est-à-dire que nous avons créé des tâches en lien avec le lieu de vie du patient, pouvant être transmises à l'aide du classeur et respectant la structure syntaxique des tâches entre chaque session.

Les tâches se présentent sous la forme de consignes à réaliser.

La première (R) permet de vérifier la compréhension de la phrase par le patient en lui demandant de réaliser une action. Elle se présente sous cette forme : « Pouvez-vous donner un crayon à votre femme? »

La seconde (R I) est une tâche en réception puis en information. Elle permet de vérifier la transmission du message par la personne aphasique grâce à la réalisation d'une action par son interlocuteur. La tâche se présente sous la forme suivante : « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? ».

Nous avons également repris la procédure du test des 6 tâches pour l'ensemble de nos tâches. La tâche est expliquée une première fois au patient par l'évaluateur en utilisant tous les canaux de communication possibles (gestes, parole, etc.) sauf le C.COM. Le patient doit ensuite réaliser la tâche. En cas d'échec, la consigne est reproposée avec le C.COM afin d'en mesurer le gain en réception et en informativité. Puis le patient doit refaire la tâche. Par la suite, une grille d'évaluation permet de décrire la procédure utilisée par le patient sans et éventuellement avec C.COM. Et enfin, chaque tâche est cotée suivant trois niveaux : réussite, réussite partielle, échec.

Nous avons créé une troisième tâche : la tâche de communication quotidienne (CQ).

Son objectif est d'évaluer si la mise en place du classeur et la formation du partenaire permet d'améliorer la communication quotidienne entre le patient aphasique et sa conjointe. Elle se veut proche d'une situation de communication naturelle. Cette tâche est élaborée à partir d'une discussion avec le patient. Une question ou demande peut ainsi émerger et être adressée au partenaire. (Par exemple, exprimer à sa femme le souhait de faire un repas avec des proches).

Les trois tâches ont été filmées et réalisées dans le salon. Durant l'explication de la tâche, la conjointe du patient était absente.

La réalisation de deux post-tests à un mois d'intervalle permet de mesurer l'efficacité du programme d'intervention et son maintien dans le temps. A chaque test (pré-test, post-tests 1 et 2), les tâches sont différentes mais conservent la même structure syntaxique.

Chaque tâche est cotée en termes d'échec, de réussite partielle ou de réussite. Une réussite est partielle lorsque seulement une partie du message a été transmis (pour RI et CQ) ou que l'action n'est pas entièrement réalisée (pour R). Lorsqu'une tâche est réussie sans C.COM, elle n'est pas repassée et donc pas cotée avec le C.COM. La procédure employée par le patient pour réaliser la tâche est décrite pour évaluer les comportements communicatifs du patient et de son partenaire.

2. Construction du classeur personnalisé

2.1. Les grandes étapes de la construction du classeur personnalisé

Dans la procédure C.COM, la construction du classeur comporte trois étapes :

- Recueil des informations : les planches du classeur institutionnel sont passées en revue avec le patient et son partenaire de communication afin de sélectionner les items pertinents à insérer dans le C.COM.
- Construction de l'outil personnalisé par les thérapeutes
- Equipement du patient.

2.2. Mise en application dans le cadre de notre mémoire

2.2.1. Organisation des rencontres

Dans le cadre de notre mémoire, la construction du C.COM a été réalisée en collaboration avec les patients, leurs conjointes, leurs ergothérapeutes respectifs et les étudiantes en orthophonie.

Le travail avec l'ergothérapeute a permis d'adapter le support de communication au handicap des patients, mais aussi de sélectionner une partie des items à intégrer dans ce support. La sélection de ces éléments a été réalisée en fonction des habitudes de vie, de la dépendance et des activités des patients mis en évidence dans le bilan en ergothérapie. Grâce à leur travail, nous avons pu dégager des éléments prégnants devant être présents dans le classeur.

Puis nous avons organisé une rencontre avec chacun des couples afin de leur présenter le classeur C.COM de base complété par les informations fournies par les ergothérapeutes. Nous avons pu ainsi sélectionner avec eux, les items issus du classeur de base C.COM et ajouter de nouveaux items que les couples souhaitaient introduire pour faciliter leur communication au quotidien. Pour le couple V, l'ergothérapeute était présent.

A l'issue de ces rencontres, nous avons construit le classeur personnalisé de chaque patient puis nous leur avons présenté afin de s'assurer qu'il correspondait à leurs attentes.

Enfin, nous leur avons expliqué son organisation, son fonctionnement et répondu à d'éventuelles questions.

2.2.2. Personnalisation du classeur (Annexe 4 et 5)

Conformément aux principes de construction du C.COM, les classeurs des patients sont des classeurs A5 souples manipulés de façon verticale. Chaque rubrique est séparée par un intercalaire. Les planches ne contiennent pas plus de 15 éléments et sont imprimées sur le recto de feuilles cartonnées. Pour les deux patients, les classeurs comprennent une trentaine de pages. Mais ce nombre n'est pas fixe. En effet, les classeurs ont pour but d'être évolutifs et seront complétés et modifiés par les orthophonistes des patients en fonction de leur vécu et de leurs besoins.

Les classeurs C.COM des patients contiennent des éléments communs comme les fiches «temps», les événements, l'alimentation et la rubrique famille et amis. Nous avons cependant dû adapter chaque classeur aux besoins et activités des deux couples.

Pour Mr V nous avons conservé la partie « vêtements ». Néanmoins, à sa demande, nous avons sélectionné des vêtements plus récents et plus proches de ceux qu'il porte tous les jours. Mr et Mme V ont également émis l'envie de voir apparaître une planche «vêtements féminins » dans cette rubrique du classeur afin que Mr V puisse s'exprimer sur la tenue de sa femme comme il aime le faire au quotidien. Là encore, nous avons choisi ensemble des tenues proches de celles que Mme V a l'habitude de porter.

Cette rubrique « vêtements/toilette » ne semblait pas pertinente pour Mr et Mme D. En effet, Mr D étant relativement autonome, ils n'ont pas évoqué de problème à ce niveau pour se comprendre et n'en voyait donc pas l'utilité.

La rubrique alimentation est très développée dans le classeur de ces deux patients en raison de leur intérêt manifeste pour la gastronomie. Nous avons alors ajouté à leur demande le foie gras et les quenelles qui n'étaient pas présents dans le C.COM de base. Pour chaque patient, il est également ressorti des demandes et des adaptations particulières. Mr D, adepte de truffes a émis le désir de les voir apparaître dans son classeur afin de pouvoir les proposer au menu. De plus, certains légumes (chou-fleur, brocolis, tomate...) étant interdits à Mr D en raison de problème de santé, le couple désirait que ces interdictions apparaissent dans le classeur afin de faciliter l'explication pour Mr D. C'est pourquoi nous avons décidé d'un commun accord de faire apparaître ces aliments avec une croix rouge signifiant l'interdiction. Nous avons également remplacé la photo du C.COM de base représentant les pâtes car le patient ne reconnaissait pas l'aliment.

En ce qui concerne les adaptations de la partie alimentation de Mr V, nous avons intégré l'eau gélifiée puisque Mr V en consomme régulièrement. De plus, ce patient étant amateur de vin, il a émis le désir de faire apparaître les cartes régionales derrière le vin rouge (Bordeaux et Bourgogne) afin qu'il puisse choisir ce qu'il aimerait boire. Nous avons également ajouté son apéritif préféré. Au niveau des aliments, Mr V souhaitait voir apparaître un steak haché sous l'image du bœuf (demande par dessin lors d'une séance).

La partie « lieu/environnement » a elle aussi été adaptée en fonction des patients. Nous avons alors ajouté à leur demande des lieux comme le cinéma, l'extérieur de la maison ou encore certaines pièces de leur domicile. Certains lieux présents dans le C.COM ont été personnalisés (par exemple la banque pour Mr D).

Chaque patient ayant des intérêts particuliers, il a fallu les intégrer dans les classeurs personnalisés C.COM. Mr V évoque le besoin de demander de fermer les portes et les rideaux, son handicap moteur ne lui permettant pas de le faire. Nous avons donc créé une planche spécifique afin qu'il puisse demander à une tierce personne de réaliser cette action à sa place. Nous avons ajouté cette planche à l'intercalaire « lieu/environnement ». De plus, son handicap moteur ne lui permettant que très peu d'activité Mr V a donc développé un goût particulier pour le cinéma et la télévision. Nous lui avons alors imaginé une planche « télé » composée de tous les éléments dont il pourrait avoir besoin (télécommande, lecteur DVD...). Nous avons par exemple choisi avec lui des DVD qui représenteraient des styles de films (comédie, action...). En ce qui concerne Mr D, il est très investi dans la gestion du ménage et notamment dans l'organisation des tâches comme le plein de fioul, la relève de boîte aux lettres, la cheminée ou la sortie des poubelles. Il souhaitait que nous lui créions une fiche spéciale afin qu'il puisse se tenir au courant ou demander à sa femme de s'occuper d'une de ces tâches. Cette planche a été intégrée à l'intercalaire « objets courants ».

Pour la rubrique traitement, nous avons créé une planche spéciale pour le fauteuil de Mr V. Nous avons à sa demande inséré une photographie de son propre fauteuil. Certains éléments comme la télécommande, l'appui-tête ou encore les cale-pieds ont été isolés afin qu'il puisse en cas de problème indiquer précisément l'endroit dont il souhaite parler. Dans cet intercalaire, Mr V a également souhaité ajouter une planche « personnel soignant » pour pouvoir informer sa femme des changements d'horaire ou des activités réalisées.

La construction d'un classeur C.COM inclut obligatoirement certains éléments : l'horloge, la planche couleur, la réglette analogique de la douleur. Concernant cette réglette, nous ne l'avons intégrée ni au classeur de Mr V ni à celui de Mr D. En effet nous nous avons été confrontées à un refus catégorique de leur part. Cet objet marquait trop le handicap pour Mr D et était inutile pour Mr V pour qui l'utilisation de mimiques est suffisante et compréhensible. Cependant tous deux ont de leur propre chef fait la demande de voir la planche du corps humain dans leur classeur afin de pouvoir montrer l'endroit où ils ont mal.

La personnalisation des classeurs C.COM passe aussi par l'adaptation du matériel. En effet, après le bilan de l'ergothérapeute de Mr V, plusieurs adaptations ont été réalisées. Nous avons ajouté des languettes aux pages afin que la navigation dans l'outil soit plus aisée pour Mr V. De plus, ce patient utilisant régulièrement le dessin, il a été ajouté une page veleda afin qu'il ait à sa disposition en permanence un support pour s'exprimer. L'ergothérapeute a également lesté le classeur afin qu'il ne bascule pas lorsque Mr V tourne les pages seul car il ne peut utiliser que sa main gauche. Enfin, il a été fixé une sacoche sur le fauteuil de ce patient afin que son classeur soit à ses côtés et qu'il ne soit pas bloqué pour communiquer (surtout quand il est à l'extérieur : camping, restaurant).

L'ergothérapeute de Mr D avait évoqué une sacoche pour le transport du C.COM du patient. Cependant, Mr D refuse ce moyen, rendant son handicap plus visible.

3. Utilisation du classeur

3.1. L'entraînement du patient et du partenaire

La procédure C.COM prévoit :

- Un entraînement des habiletés du patient : Appariements, capacités déductives, mimes, mimiques, pointages, jeux des familles C.COM, situation de PACE. Le but de cet entraînement est d'aider le patient à utiliser au mieux le C.COM et de développer ses compétences palliatives.
- Des mises en situation pratiques : elles permettent l'investissement de l'outil par le patient et le partenaire.

3.2. Mise en application de la procédure d'entraînement dans notre mémoire

3.2.1. Entraînement des habiletés lors des séances d'orthophonie

En parallèle de notre programme d'intervention, les habiletés des patients ont fait l'objet d'un travail en séance d'orthophonie.

3.2.2. Programme d'intervention

L'objectif général des séances était de permettre au patient et à son partenaire d'investir le classeur de communication et de former le partenaire au pilotage de l'échange.

a. Le contexte des séances

Les séances étaient réalisées chez les patients. Le but était de pouvoir établir des liens concrets avec la vie quotidienne des patients afin de pouvoir se servir de cet environnement lors des mises en situation. Les séances étaient au nombre de huit à raison d'une séance de 45 minutes par semaine.

La procédure C.COM prévoit un entraînement du partenaire de communication. Dans le cadre de nos expérimentations, il est apparu qu'il s'agissait de la conjointe de chaque patient. Elle participait donc à chaque séance. Nous étions toutes deux présentes lors des séances (sauf pour deux séances pour des raisons d'emploi du temps). Une étudiante pouvait donc se mettre dans une posture d'observation active tandis que l'autre pouvait réajuster les exercices au niveau du patient et de son partenaire de communication ou les aider si nécessaire. De plus, ce double regard était intéressant pour l'analyse de la séance.

b. Discussion libre

Cette étape, généralement située au début de séance, permettait de recueillir le ressenti du patient et de son épouse concernant le classeur. Nous évoquions alors les contextes dans lesquels ils avaient pu utiliser le classeur durant la semaine : comment cela s'était-il passé? L'information avait-elle pu être transmise ? Quelles difficultés avaient-ils rencontrées ? Nous leur demandions également s'il y avait d'éventuels ajouts ou modifications à effectuer dans le classeur. De plus ce moment était souvent l'occasion d'aborder les comportements facilitateurs que le partenaire de communication pouvait adopter et ceux qui pouvaient mettre le patient en difficulté.

c. Situations de PACE

Ces exercices permettent de développer les compétences palliatives du patient. Notre objectif principal était encore plus ciblé car nous voulions permettre au patient et au conjoint de se familiariser avec l'outil et de faciliter sa manipulation.

Lors des situations de PACE, le patient et sa conjointe avaient chacun six à dix cartes à l'abri des regards de l'interlocuteur. Ces cartes correspondaient toutes à des images contenues dans le classeur du patient. Cela permettait de favoriser la recherche dans le classeur dans le but de mieux connaître les catégories et ce qu'elles contenaient. A tour de rôle ils choisissaient une carte à expliquer à l'autre. Le partenaire devait faire deviner la carte en utilisant n'importe quel canal de communication mais sans dire le mot (devinettes, mimes de formes, de manipulation...). Il en était de même pour le patient aphasique mais il pouvait aussi utiliser le classeur et dire le mot. Dans un premier temps, les situations étaient restreintes à une catégorie du classeur (par exemple, les fruits ou les boissons). Puis elles furent étendues à plusieurs catégories ce qui demandait une recherche d'une plus grande amplitude dans le classeur (par exemple, l'alimentation et les loisirs ou encore l'alimentation, les vêtements et les objets courants).

Des variantes ont également pu être réalisées en fonction des besoins de chacun. Ainsi, nous avons évoqué la nécessité pour le partenaire de poser des questions fermées et de parler lentement lorsqu'il s'adressait à une personne aphasique. Après en avoir discuté, il était intéressant de pouvoir l'expérimenter dans un contexte ludique. Nous avons donc réalisé une situation de PACE en cartes uniques sous forme de devinettes (le patient avait les cartes devant lui et son épouse devait poser les bonnes questions pour trouver la carte). Une autre variante avait pour but de demander au patient de n'utiliser que le classeur de communication afin d'augmenter la manipulation du classeur.

Les situations de PACE ont été réalisées lors de la première moitié du programme d'intervention.

d. Jeu des familles

Lors du programme d'intervention, notre but principal dans cet exercice était le même que pour les situations de PACE c'est-à-dire inciter à manipuler le classeur pour mieux se

l'approprier. Cependant, cet exercice permet également de travailler les capacités déductives.

En s'appuyant sur le jeu des familles du C.COM nous avons créé le nôtre pour qu'il soit adapté au classeur personnalisé du patient. Les familles du jeu ont donc été construites avec les images du classeur du patient. Chaque famille contenait quatre éléments (par exemple, la famille des vêtements : pull, pantalon, chemise et chaussures). Le principe était le même que pour un jeu de sept familles classique. A tour de rôle, les joueurs (le patient et sa femme) demandaient une carte à l'autre pour compléter son jeu en utilisant tous les canaux de communication possibles (langage, gestes, dessin, classeur).

e. Mises en situation

Le classeur ne peut être utilisé par le patient et son partenaire que s'il y a des liens concrets avec la réalité et qu'ils expérimentent la procédure d'utilisation afin de se l'approprier, d'où l'intérêt de réaliser des mises en situation. Les informations recueillies auprès du couple sur leur vie quotidienne nous ont permis de choisir des mises en situation proches de leur quotidien, de leurs activités et de leurs centres d'intérêt. Elles prenaient la forme de jeux de rôle. Ces mises en situation se sont complexifiées au fil des séances en fonction de l'évolution du patient et de son partenaire. Pour que les mises en situation soient réalisables, il était important de tenir compte du nombre d'informations à transmettre dans une même tâche et de vérifier qu'elles pouvaient être réalisées avec l'aide du classeur de communication. De plus, nous cherchions des mises en situation qui pouvaient être complexifiées en cours d'exercice et qui étaient propices à développer une conversation sur ce thème.

La transmission du message pouvait se faire de différentes façons :

- Du patient à sa conjointe
- De la conjointe au patient
- Du patient à l'étudiante pour placer le partenaire de communication dans une position d'observateur.

Ces exercices se déroulaient de la manière suivante :

- Explication de la situation (en présence ou non de la conjointe selon l'exercice) à l'aide du classeur de communication. Le but était de rester multimodal pour être sûr de la compréhension du patient.
- Discussion avec le patient pour voir comment il allait pouvoir transmettre l'information à son épouse.
- Réalisation de la mise en situation avec aide si nécessaire.
- Discussion sur le déroulement de la mise en situation : qu'en avaient-ils pensé ? Quelles remarques pouvions-nous apporter concernant les comportements communicatifs de chacun ? Quels ont été les points positifs et ceux qui seraient à améliorer ?

En fin de programme d'intervention, les mises en situations ont été complexifiées en intégrant une troisième personne dans la mise en situation et en proposant la transmission d'informations multiples.

Voici quelques exemples de mises en situation de difficulté croissante :

- Le frère de Madame est passé lorsqu'elle était en sortie, le patient doit le dire à sa femme (jeu de rôle à partir d'un événement vécu)
- Le patient doit faire comprendre à sa femme qu'elle n'a pas acheté le bon numéro de magazine télé (jeu de rôle à partir d'un événement vécu)
- L'orthophoniste a dû décaler son rendez-vous. Or, une nouvelle séance aura lieu en même temps que la venue d'une proche. Le patient doit prévenir sa femme (jeu de rôle à partir d'une situation imaginée).
- Mise en situation avec trois personnes : le patient et sa femme arrivent au restaurant. Ils ont devant eux le menu et doivent commander auprès de la serveuse (jouée par l'une de nous deux) (jeu de rôle à partir d'une situation imaginée).

f. Exemple d'une séance

Afin de mieux comprendre le déroulement d'une séance, voici comment nous l'organisons :

- Discussion libre (environ 10 minutes)
- Situation de PACE (environ 10 minutes) : 3 cartes sur les loisirs (planche à voile, ski, chasse), 2 cartes sur l'alimentation (crevette, yaourt) ,3 cartes sur les objets courants (argent, gaz, cheminée), 2 cartes sur l'environnement (restaurant, cinéma).
- Mises en situation (environ 25 minutes) :
 - Le patient doit dire à sa femme qu'il a froid et qu'il souhaite qu'elle fasse un feu de cheminée (jeu de rôle à partir d'un événement vécu).
 - A table, le saumon n'est pas assez salé. Le patient doit donc demander à son épouse le sel afin qu'elle sale le saumon (jeu de rôle à partir d'une situation imaginée).

III. Calendrier des expérimentations

Le calendrier ci-contre (tableau 3) retrace la chronologie du protocole que nous avons réalisé.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

I. Analyse des résultats de Mr V

1. Evaluation des pré-requis

1.1. PEGV

A ce test, un résultat inférieur à 8/10 à chacune de ces épreuves est considéré comme pathologique. Les bonnes réponses doivent être données en moins de 30 secondes. Mr V obtient les résultats suivants :

- Appariement fonctionnel : 10/10 (en moins de 30 secondes)
- Appariement catégoriel : 9/10 (en moins de 30 secondes)

Ces résultats ne révèlent ni de troubles sémantiques fonctionnels et catégoriels ni une atteinte des gnosies visuelles majeurs.

1.2. BDVO

A ce test, un résultat inférieur à 68 est considéré comme pathologique. Mr V obtient un score de 69/72 ce qui permet d'éliminer un déficit du système de représentation structurale d'objets et de conclure à la fonctionnalité de son analyse visuelle.

2. Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 6)

L'évaluation effectuée grâce au TLC nous a permis d'analyser la communication du patient avant de débiter les expérimentations.

2.1. Analyse quantitative

La passation du TLC n'a pas pu être effectuée entièrement en raison de la production verbale très réduite du patient. Nous n'avons donc pas proposé l'épreuve de discussion. Les résultats obtenus sont les suivants :

- Attention et motivation à la communication : 4/6 (- 3.62 ET)
- Communication verbale : 2/30 soit (- 20 ET)
- Communication non verbale : 13/30 soit (- 1.73 ET)
- Score global : 32.49 (- 10.87 ET)

Ces scores indiquent alors d'importantes difficultés pour communiquer.

2.2. Analyse qualitative

2.2.1. Attention et motivation à la communication

Mr V est très attentif durant l'échange. Son regard et ses hochements de tête nous montrent qu'il est dans l'interaction. Néanmoins, il prend rarement des initiatives.

2.2.2. Communication verbale

Lorsque Mr V souhaite interagir, il essaye très souvent de le faire d'abord par l'oral mais très peu de productions sont possibles. La compréhension verbale semble relativement bonne cependant nous notons quelques difficultés lors de phrases complexes. Le langage écrit n'est pas utilisé.

2.2.3. Communication non verbale

La compréhension non verbale est satisfaisante chez ce patient. En effet, Mr V comprend parfaitement les déictiques, les gestes symboliques, les mimes d'utilisation d'objet ou d'action ainsi que les signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel.

En expression, Mr V utilise souvent des gestes de la main gauche pour transmettre un message et est très expressif au niveau facial. Il est capable de réaliser des gestes d'utilisation d'objet ou d'actions mais ceux-ci sont généralement produits sur incitation (seul le terme « tasse » sera mimé de manière spontanée). Il utilise également les chiffres en comptant sur ses doigts mais les mouvements de ceux-ci sont limités. Cependant, nous ne trouvons pas de gestes de pointage, ni de gestes déictiques et ce même sur incitation. Il faut malgré tout préciser que Mr V présente des séquelles motrices très importantes ce qui limite ses capacités gestuelles (en amplitude, précision et rapidité).

Au niveau pragmatique et interactionnel, Mr V utilise le regard régulateur (clignement des yeux) et le hochement de tête pour montrer qu'il est impliqué dans l'échange. Il respecte donc les règles conversationnelles. Cependant, il est difficile de parler d'un respect des tours de rôle. En effet, c'est l'évaluateur qui mène l'échange et Mr V répond à ses questions le plus souvent fermées.

Enfin, lorsque l'évaluateur est en difficulté de compréhension et se trompe dans l'interprétation du message, Mr V est capable de le lui signaler (exemple : en tapotant sur sa tablette pour attirer à nouveau l'attention de l'évaluateur).

→ Donc, nous notons chez ce patient une bonne compréhension verbale contextuelle mais une production orale pratiquement inexistante. La communication non verbale ne pose pas de difficulté pour ce patient bien que le résultat quantitatif ne le révèle pas. En effet, du fait de son hémiplégie droite et de son hémiparésie gauche, Mr V est limité sur le plan de la réalisation du geste. Ceci explique en partie le faible score en communication non verbale. De plus, nous notons que les gestes sont peu utilisés par ce patient. Ils sont pourtant efficaces lorsque Mr V les utilise après avoir été sollicité.

3. Résultats des pré-test et post-tests (Mr V)

3.1. Test des trois tâches

Il est important de rappeler que les tâches réussies sans C.COM ne font pas l'objet d'une nouvelle passation avec le C.COM.

3.1.1. Résultats quantitatifs

En pré-test toutes les tâches sont échouées que ce soit avec ou sans C.COM (tableau 4 ci-contre). Ceci témoigne des difficultés de Mr V pour recevoir et transmettre un message quel que soit le mode de communication utilisé (Parole, gestes, dessin et C.COM).

En post-tests, d'après le tableau 4, nous remarquons que la réception de message pour des phrases simples (tâche R) est bonne sans C.COM. Ensuite, si la tâche RI est échouée sans le C.COM, elle est réussie avec C.COM pour les deux post-tests. L'utilisation du classeur permet donc la réception et la transmission d'informations et ceci se maintient dans le temps. Enfin, la tâche de communication quotidienne (CQ) ne peut être réussie sans C.COM pour les deux post-tests. L'utilisation du classeur peut permettre de réparer la communication (comme pour le post-test 1) mais ceci n'est pas toujours le cas selon le contexte et la nature du message à transmettre (d'où la réussite partielle en post-test 2).

D'après les pourcentages présentés dans le tableau 5, on note donc un effet bénéfique du programme d'intervention sur l'utilisation du C.COM. En pré-test, le taux d'échec était de 100% avec C.COM alors qu'en post-tests 1 et 2 il passe à 0%. Enfin, les totaux montrent que l'utilisation du C.COM est assez efficace pour réparer la communication. En effet, sans C.COM nous obtenons 77,3% d'échecs au test alors qu'avec le C.COM le pourcentage d'échec chute à 33,33%. L'utilisation du classeur est donc efficace.

Afin d'observer plus précisément l'évolution du patient et de sa conjointe suite au travail d'entraînement, nous devons compléter l'analyse quantitative de nos résultats avec une analyse qualitative de leurs comportements communicatifs observés lors des trois tâches.

3.1.2. Analyse qualitative des comportements communicatifs

Lors de notre analyse qualitative du test des trois tâches, nous avons observé les moyens de communication utilisés tant par le patient que par son partenaire de communication, ainsi que leurs attitudes de communication.

a. Pré-test

- Mr V

Durant tout le pré-test, Mr V s'est beaucoup tourné vers les évaluateurs pour demander de l'aide. Ceci témoigne donc de la difficulté dans laquelle Mr V se trouve pour chacune des

tâches. Mr V peut parfois oublier la tâche que nous lui demandons de réaliser ceci peut expliquer en partie l'échec aux tâches R et RI.

A l'aide d'une observation empirique, nous avons remarqué que les moyens de communication utilisés par Mr V sont principalement non verbaux car l'utilisation de l'expression orale n'est pas fonctionnelle. La mimique faciale et le regard de Mr V sont particulièrement expressifs. Le regard permet notamment de réguler l'échange, de signifier son incompréhension et de donner des réponses par OUI/NON (grande ouverture des yeux pour OUI, abaissement des paupières pour NON). Mr V utilise également les gestes (mime de « boire »). Si à la tâche RI Mr V a été incité à utiliser le classeur, il l'utilise spontanément lors de la tâche de communication quotidienne. D'une manière générale, il est capable de manipuler le classeur pour y trouver l'information adéquate mais cela reste très rare.

- Mme V

Sa femme utilise principalement la parole avec un débit adapté pour communiquer. Elle peut être accompagnée de quelques gestes (ex : mime de boire) mais cela reste peu fréquent. L'utilisation du classeur est rare. Mme V apporte principalement une aide physique à son mari lorsqu'il manipule le classeur pour ne pas ralentir l'échange. Elle pointe également le classeur lorsqu'elle reformule ses propos. Enfin, Mme V recherche le regard de son mari (ex : « regarde-moi » quand elle veut lui parler).

Un certain nombre d'attitudes chez Mme V ne permettent pas de faciliter l'échange. En effet, Mme V ne repère pas toujours les manifestations d'incompréhension de son mari. Elle peut également interpréter trop rapidement les propos de son conjoint. Enfin, on remarque un manque de cohérence dans l'enchaînement des questions ce qui peut entraîner une perte de l'objet de l'échange. Cependant, Mme V reformule et vérifie très souvent les propos de son mari ce qui constitue des comportements facilitateurs.

b. Post-test 1

- Mr V

Lors de ce post-test, l'attitude de Mr V a changé. Il ne sollicite plus l'aide des évaluateurs et ne perd plus son message. Il est d'ailleurs très persévérant et n'abandonne pas face à la difficulté à communiquer. Lorsque sa femme se trompe dans l'interprétation de ses propos ou dans la manipulation du classeur, Mr V sait lui dire qu'elle fait fausse route.

Les moyens de communication déjà présents en pré-test le sont toujours en post-test 1 (regard, gestes). L'utilisation du classeur est plus adaptée et se fait plus souvent de la propre initiative de Mr V. De plus, il se repère très bien dans son classeur et sait pointer les photographies pertinentes. Mr V utilise les gestes déictiques ce qui n'avait pas été repéré lors du pré-test.

- Mme V

Le moyen de communication de Mme V reste principalement la parole. Cela lui permet de prêter ses mots à son mari en verbalisant les étapes de la manipulation du classeur.

Mme V utilise également le pointage et le classeur. Elle anticipe parfois mais cela se fait à bon escient dans le but de fluidifier l'échange. La manipulation du classeur par Mr et Mme V est donc conjointe et parfaitement coordonnée.

Mme V tient compte des remarques de son mari et se réajuste quand il lui signifie qu'elle se trompe. Elle est également capable de détecter quand son mari n'est plus dans l'échange. Elle continue à reformuler et à vérifier ses propos. Cependant, elle n'attend pas toujours sa réponse avant d'en poser une autre.

D'une manière générale, Mr et Mme V ont développé des comportements facilitateurs suite au programme d'intervention qui leur permettent ainsi de mieux communiquer.

c. Post-test 2

- Mr V

Lors de ce post-test, on observe un maintien des moyens de communication utilisés par Mr V : pointage avec l'index ou le regard (classeur et personnes), gestes, mimes, dessins et classeur. Mr V est également capable de changer de mode de communication quand le message ne passe pas.

- Mme V

Mme V continue de reformuler et vérifier les propos de son mari. Ses questions sont adaptées et ne s'enchaînent pas trop rapidement. Lorsque l'échange bloque, elle encourage son mari et lui propose d'utiliser le classeur.

La manipulation du classeur est toujours conjointe et bien coordonnée. Mme V n'anticipe pas de façon inadaptée les propos de son mari et si c'est le cas, Mr V sait lui signifier clairement (ex : il empêche sa femme de tourner une page).

Ainsi, les progrès qui avaient été observés se retrouvent globalement dans ce post-test. Seule la tâche de communication quotidienne obtient un moins bon résultat que précédemment. Ceci montre qu'au quotidien, certains sujets de conversation posent encore problème malgré la mise en place du classeur et la formation du partenaire.

→ Donc, Mr et Mme V ont appris à recevoir et à transmettre un message avec le C.COM. Ils utilisent l'outil de façon conjointe et coordonnée.

L'analyse qualitative révèle, quant à elle, l'acquisition de nouvelles stratégies facilitatrices. Mr V a développé une communication multimodale. Il maintient l'échange et signale à sa femme lorsqu'elle fait fausse route. Mme V aide son mari à transmettre son message et répare l'échange quand cela est nécessaire (questions adaptées, reformulations, prise en compte des remarques de son mari en cas d'incompréhension).

3.2. ECP (Annexe 7)

3.2.1. Analyse quantitative

a. Communication globale (Annexe 7)

Les résultats présentés dans le graphique ci-contre (figure 1) et dans les tableaux 6 et 7 concernent les rubriques A et C « communication globale » pour les parties « Vous » (le partenaire) et « conjoint » (le patient) des ECP.

Le graphique (figure 1) et le tableau 6 montrent que les items relatifs à la communication globale du patient n'ont pas évolué. Elle reste à 66% lors des trois passations. Le score obtenu pour cette rubrique était donc élevé et s'est maintenu jusqu'au post-test 2. En revanche, les scores de la partenaire (Mme V) en communication globale ont progressé par rapport au pré-test (20%) lors des post-tests 1 (53%) et 2 (46%) ce qui montre qu'elle a su développer des stratégies de communication efficace.

D'après le tableau 7, concernant les échelles de la connaissance des troubles aphasiques, on observe une baisse pour l'expression du patient entre le pré-test (2/10) et les post-test 1 (1/10) et 2 (0/10). Ceci témoigne d'une conscience chez Mme V de la non fonctionnalité de l'expression orale de son mari. Enfin, Mme V évalue la compréhension de son mari satisfaisante à chaque passation de l'ECP (10/10 en pré-test et en post-test 2 et 9/10 en post-test 1). Nous pouvons expliquer le ressenti de Mme V par le fait que Mr V présente une bonne compréhension contextuelle.

b. Apport du classeur (Annexe 7)

Les résultats présentés dans les tableaux 8, 9 et 10 ainsi que dans la figure 2 concernent les rubriques B et D « apport classeur » pour les parties « Vous » (le partenaire) et « conjoint» (le patient) de l'ECP C.COM.

En observant le tableau 8 et la figure 2, nous remarquons que pour le patient comme pour sa conjointe les résultats sont satisfaisants et se maintiennent. Si l'on compare les post-tests de Mr V nous remarquons une progression entre le post-test 1 (53%) et 2 (62%). L'utilisation a donc légèrement gagné en efficacité. Chez sa femme en revanche, si le pourcentage en post-test 2 reste élevé (56%), on observe une diminution des résultats. Comme Mr V utilise mieux son classeur de communication, Mme V a donc moins besoin de l'aider ce qui explique cette diminution par rapport au post-test 1 (62%).

D'après le tableau 9, Mme V évalue le C.COM comme très efficace pour comprendre et être comprise de son mari (pas de résultats inférieurs à 9/10). De plus, aux deux post-tests elle montre une aisance dans l'utilisation du C.COM pour être comprise de son mari (3/5 et 4/5) et pour le comprendre (4/5 et 5/5) (Tableau 10). Ceci confirme l'efficacité du classeur dans la communication de ce couple. De plus, on note que ces résultats se maintiennent dans le temps (résultats stables ou augmentation d'un point en post-test 2).

c. Participation (Annexe 7)

Les résultats présentés ci-dessous concernent les rubriques E « maison », F « famille », G « extérieur » pour la partie « participation » des ECP.

D'après le tableau 11 et la figure 3, les résultats de la rubrique « participation à la maison » ont peu évolué (entre 42% et 50% pour les pré-test et post-tests). La mise en place du classeur n'a donc pas entraîné de changements importants dans la qualité de la participation du patient à la maison selon sa femme.

Concernant la rubrique « participation en famille » on remarque une chute des résultats au post-test 1 (17% contre 50% au pré-test et post-test 2).

Les résultats relatifs à la « participation à l'extérieur » ont diminué au cours des trois passations. En effet, le pourcentage de participation extérieure était de 28% en pré-test et passe à 14% et 19% en post-tests 1 et 2.

3.2.2. Analyse qualitative

L'analyse qualitative de l'ECP permet de mettre en évidence une évolution plus précise sur certaines stratégies de communication utilisées par le couple. Cette analyse est réalisée selon le propre jugement de Mme V puisque cette échelle est destinée à évaluer sa connaissance et son niveau de conscience des troubles aphasiques.

- La communication de Mr V

Le tableau 12 ci-contre présente l'évolution du comportement de communication et de la participation de Mr V entre les pré-tests et les post-tests. Nous avons rassemblé le post-test 1 et le post-test 2 puisque les comportements étaient quasiment identiques. Ces éléments ont été recueillis grâce aux rubriques A-C-E-F-G (Annexe 7).

Nous notons donc des progrès dans les comportements communicatifs de Mr V et dans la participation. En effet, la mise en place d'un classeur de communication lui offre plus de possibilités de s'exprimer.

- La communication de Mme V

Grâce à l'analyse qualitative de la rubrique C de l'ECP nous avons pu dégager en pré-test et post-tests les différents comportements communicatifs de Mme V lors de ses échanges avec son mari. Ils sont présentés dans le tableau 13 ci-contre.

L'ECP met en évidence une prise de conscience des troubles aphasiques (rubriques A et C de l'ECP, Annexe 7). En effet, nous remarquons qu'en pré-test Mme V avait déjà conscience de l'expression orale limitée de son mari. Cette prise de conscience se confirme lors des post-tests puisqu'elle estime qu'il n'existe aucune expression adaptée chez Mr V. L'utilisation d'autres moyens de communication en post-tests ainsi que le ralentissement de son débit témoignent également de l'évolution de Mme V. Ceci montre qu'elle met en place des stratégies afin de réparer la compréhension de son conjoint. Le

comportement de Mme V traduit donc un ajustement implicite aux troubles de compréhension de son mari puisqu'elle qualifie cette compréhension comme excellente.

Nous remarquons donc, chez Mme V, une meilleure conscience des troubles aphasiques et l'apparition de nouvelles stratégies destinées à réparer et faciliter l'échange lors des ECP C.COM.

- Apport classeur

Les rubriques B et D de l'ECP (Annexe 7) ont permis de réaliser une analyse qualitative concernant l'utilisation du classeur C.COM par le patient puis son partenaire.

Les items relatifs à l'utilisation du classeur de communication par Mr V se sont globalement maintenus entre les deux post-tests.

D'après sa femme, Mr V utilise volontiers son classeur pour transmettre une information (B2). On note malgré tout une évolution entre les deux post-tests : Mr V aurait plus souvent l'initiative de demander son classeur et ainsi sa femme aurait moins besoin d'aller le chercher d'elle-même (B3, B4). Cependant, même si c'est sa femme qui fait la démarche, il accepte toujours de l'utiliser (B5). Mr V est capable d'utiliser de façon adéquate son classeur et de tourner les pages grâce aux adaptations réalisées par l'ergothérapeute (B8, B9, B10, B11). Cependant, il a souvent besoin que sa femme l'assiste pour gagner en fluidité.

On remarque une évolution lorsqu'il ne parvient pas à se faire comprendre malgré le classeur. En effet, Mr V utilise plus souvent d'autres manières pour expliquer une idée si cela ne fonctionne pas avec le classeur lors du post-test 2 (B13). De plus, il n'abandonne jamais et persévère pour essayer de transmettre son message (B14). Si Mr V ne comprend pas les propos de son épouse, il acceptera qu'elle lui propose elle-même le classeur (mais cela arrive rarement selon Mme V) (D2, D6).

Mr V a donc une bonne utilisation de son classeur, il l'a investi et accepte de l'utiliser quand il lui est proposé. Il a même l'initiative de l'utiliser seul.

Mme V dit qu'elle utilise le classeur surtout lorsqu'elle ne peut pas comprendre son mari. Elle l'utilise donc pour aider son mari à transmettre un message en l'accompagnant dans la manipulation du classeur. Ceci montre que le C.COM leur est nécessaire pour débloquer l'échange et ainsi elle comprend mieux son conjoint.

Mme V ne pense pas avoir besoin du classeur pour se faire comprendre par son mari car elle juge que sa compréhension est bonne. Ceci explique les non-réponses à certaines questions relatives à l'utilisation du classeur pour permettre la compréhension du message par son mari (D3, D4). Malgré tout, Mme V a conscience que le classeur peut aider son mari à comprendre (D7). Elle peut donc avoir l'initiative de l'utiliser et sait choisir les bonnes photos (D8). Contrairement à son mari, si la communication bloque malgré l'utilisation du classeur, Mme V abandonne parfois après avoir utilisé d'autres moyens (D11, D12).

Mme V a donc su utiliser le C.COM en fonction de ses besoins et de ceux de son mari. Elle sait désormais guider l'échange ce qui facilite les échanges au quotidien.

→ Donc, les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus à l'ECP témoignent d'une bonne utilisation du classeur tant pour Mr V que pour Mme V. Mr V s'est très rapidement adapté à l'outil et peut parfois être à l'initiative de son utilisation. Sa femme sait également utiliser le classeur de manière adaptée dans le but plutôt d'aider son mari dans la transmission de son message que dans la réception. Elle apporte également une aide physique pour faciliter la manipulation à son mari.

D'après les résultats à l'ECP, leurs comportements communicatifs ont également évolué entre le pré-test et les post-tests. Après le programme d'intervention, Mr V ne privilégie plus l'expression orale très peu informative mais fait usage d'autres moyens de communication plus efficaces (classeur, gestes, dessin). Globalement en post-tests, Mme V a une meilleure connaissance des troubles aphasiques. Elle a également développé de nombreuses adaptations pour aider son mari à se faire comprendre. Cependant, les réponses de Mme V ne mettent pas en évidence la conscience de certains troubles de compréhension de son mari. Des ajustements sont pourtant effectués pour aider son mari à comprendre ce qui témoigne d'une conscience implicite des troubles de compréhension de son mari.

4. Analyse qualitative des séances du couple V

Les changements opérés en pré et post-tests ont eu lieu lors des exercices réalisés en séances. En effet, l'évolution tout au long du programme a permis d'obtenir les résultats constatés en post-tests.

4.1. Mr V

Les post-tests montrent une bonne connaissance du C.COM. En effet, dès les premières séances nous avons repéré des habiletés de communication non verbale chez Mr V qui ont été développées dans les situations de PACE et dans le jeu de familles.

Lors du pré-test, nous avons remarqué que l'expression orale, qui était non fonctionnelle, était utilisée d'emblée et que ce comportement ne se retrouvait plus en post-tests. Cette évolution a eu lieu dès le début des séances. En effet, Mr V s'est aperçu rapidement qu'utiliser le classeur lui permettait de transmettre une information contrairement à l'expression orale. Cette modification du comportement a mis en lumière pour lui l'intérêt d'utiliser le C.COM. Il a donc accepté d'utiliser le classeur quand on lui proposait pour ensuite avoir lui-même l'initiative de s'en servir. Le fait de ne plus être centré sur l'expression orale a permis en séances d'augmenter l'utilisation de canaux de communication déjà présents chez Mr V (notamment le dessin).

Durant le programme d'intervention, nous avons insisté sur la valeur des propos de Mr V et sur la nécessité de ne pas abandonner ce qu'il avait à transmettre. Ceci a permis de faire céder certains comportements non facilitateurs. Il montre désormais quand il ne comprend pas et ose dire à sa femme quand elle se trompe dans ses interprétations.

4.2. Mme V

Lorsque nous avons débuté le programme d'intervention, Mme V avait déjà mis en place des comportements facilitateurs (exemple : reformulation). En pré-test, Mme V n'utilise pas le C.COM. En effet, elle apporte uniquement une aide physique à son conjoint. Cependant, après une ou deux séances, elle allie la parole au pointage dans le classeur puisqu'elle le manipule régulièrement et qu'elle le propose à Mr V. Elle soulage son mari en allant dans les bonnes rubriques du C.COM mais sans interpréter de façon inadéquate ses propos.

Les retours apportés sur les mises en situation ont permis une prise de conscience de ses propres comportements communicatifs visibles à travers les résultats de l'ECP. Mme V a ainsi pu développer ses stratégies facilitatrices et contrôler ses comportements non facilitateurs (questions trop rapides et inadaptées). Ceci a permis de développer chez elle un regard critique sur la communication de son entourage avec son mari. Elle est alors capable de conseiller ses proches en s'appuyant sur les informations apportées lors du programme d'intervention.

→ A la fin de la procédure d'entraînement, Mr et Mme V ont tous deux développé des stratégies facilitatrices et des moyens de communication adaptés. Ceci leur permet de coordonner de façon adéquate leurs interventions lors de l'échange et explique la sensation de fluidité de l'échange que nous avons eue lors des dernières séances.

II. Analyse des résultats de Mr D

En raison de problèmes de santé qui ont nécessité plusieurs hospitalisations de Mr D, nous n'avons pu réaliser que six des huit séances prévues pour le programme d'intervention. Le premier post-test qui aurait dû avoir lieu à la fin des huit rencontres avec le patient et sa conjointe n'a également pas pu être effectué. Néanmoins, il nous a été possible de faire passer les épreuves du deuxième post-test (un mois après la fin du programme) à ce couple.

1. Evaluation des pré-requis

1.1. PEGV

A ce test, un résultat inférieur à 8/10 à chacune de ces épreuves est considéré comme pathologique. Les bonnes réponses doivent être données en moins de 30 secondes. Mr D obtient les résultats suivants :

- Appariement fonctionnel : 10/10 (en moins de 30 secondes)
- Appariement catégoriel : 9/10 (en moins de 30 secondes)

Ces résultats ne révèlent ni de troubles sémantiques fonctionnels et catégoriels ni une atteinte des gnosies visuelles majeurs.

1.2. BDVO

A ce test, un résultat inférieur à 68 est considéré comme pathologique. Mr D obtient un score de 68/72 ce qui permet d'éliminer un déficit du système de représentation structurale d'objets et de conclure à la fonctionnalité de son analyse visuelle.

2. Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 8)

L'évaluation effectuée grâce au TLC nous a permis d'analyser la communication du patient avant de débiter les expérimentations.

2.1. Analyse quantitative

Les résultats obtenus sont les suivants :

- Attention et motivation à la communication : 5/6 (- 1.62 ET)
- Communication verbale : 16/30 (- 9.75 ET)
- Communication non verbale : 22/30 (+ 3.96 ET)
- Score global : 66,96 (- 2.31 ET)

Ce résultat montre que Mr D. essaie de compenser ses difficultés verbales par l'utilisation de la communication non-verbale qui est efficace. Cependant ce résultat est à nuancer en raison de la faible fréquence d'utilisation de ce canal dans la vie quotidienne.

2.2. Analyse qualitative

2.2.1. Attention et motivation à la communication

Mr D est attentif durant l'échange. Il montre qu'il est dans la communication par son regard, des hochements de tête ainsi que par des « oui ». Pendant la passation du TLC, on remarque que Mr D prend quelques initiatives (telles que nous informer qu'il a deux petits enfants et que son fils va être bientôt papa). Cependant ces initiatives sont peu fréquentes du fait de la réduction du langage liée à un fort manque du mot. Le plus souvent, il ne répond donc que par oui ou non à des questions fermées.

2.2.2. Communication verbale

La production verbale est assez difficile. La discussion sur un thème abstrait a été proposée mais elle est restée très limitée. En effet, le débit verbal est réduit par un manque du mot très prononcé et par l'existence d'une stéréotypie. Cependant il est conscient de celle-ci et tente de se corriger même si ceci lui est difficile. Mr D essaie souvent de répondre par l'oral avant d'utiliser d'autres canaux de communication. Il réussit d'ailleurs à produire quelques mots même si cela se présente rarement.

Au niveau syntaxique, il n'y a pas de production d'énoncés. Les rares productions appartiennent au langage automatique (« je ne sais pas »).

Concernant le niveau pragmatique, nous remarquons que Mr D est capable de maintenir le thème de l'échange et de l'enrichir mais n'introduit pas de nouveaux thèmes. Il s'adapte bien aux connaissances de son interlocuteur. Les difficultés de compréhension signalées par l'examineur grâce à des feed-back verbaux sont bien repérées par le patient mais il ne peut pas reformuler facilement sa pensée (utilisation du non et des onomatopées).

Enfin, l'écrit a été utilisé une fois de façon spontanée mais est très réduit. Cependant, grâce à cette initiative, il a été très informatif.

La compréhension orale contextuelle reste assez bonne. Il faut cependant que les phrases soient simples, l'utilisation de phrases trop longues ou trop complexes le met en difficulté.

2.2.3. La communication non verbale

La compréhension des gestes déictiques, les mimes d'actions ou d'utilisations d'objet ainsi que les mimes de formes sont parfaitement compris. Cependant, pour le mime d'utilisation de l'aspirateur (ce sera la seule fois pendant la situation de PACE), le patient ne semble pas comprendre. Les gestes symboliques (militaire) sont quant à eux plus difficiles à identifier pour Mr D.

En production non verbale, il est capable d'exprimer ses affects grâce à des soupirs et des expressions du visage, notamment quand il est en difficulté. Il arrive que Mr D utilise les gestes d'utilisation d'objet ou d'action ainsi que les mimes de forme spontanément même si cela est peu fréquent. Par contre, les gestes symboliques et déictiques ne sont jamais utilisés.

Au niveau pragmatique et interactionnel, Mr D respecte les règles conversationnelles. Sa prosodie est adaptée (surprise...), et on observe la présence du regard régulateur et de la mimogestualité régulatrice. De plus il respecte bien les tours de parole (même si, à cause de ses difficultés, les occasions de mener l'échange sont rares pour ce patient).

Mr D émet des feed-back non verbaux (expression faciale) pour signifier qu'il n'a pas compris. Il est également capable de saisir les signaux non verbaux qui témoignent de l'incompréhension de son interlocuteur.

Mr D. peut donc utiliser les gestes, les mimes pour se faire comprendre même si ces situations sont peu fréquentes. Ceci est une information importante qui nous montre qu'il n'est pas réfractaire à l'utilisation d'autres canaux que le canal verbal. Il faut également noter qu'avant son AVC, Mr D était quelqu'un d'assez réservé. Il n'était pas à l'initiative de sujets de conversation mais participait volontiers à ceux lancés par ses proches.

3. Résultats des pré-test et post-tests (Mr D)

3.1. Test des trois tâches

3.1.1. Résultats quantitatifs

D'après le tableau 14, en pré-test, seule la tâche de réception est réussie et ce, sans utiliser le C.COM. Les tâches échouées le sont également avec le C.COM ce qui montre que l'utilisation du C.COM n'est pas encore efficace pour réparer la communication. En post-test (tableau 14) seule la tâche de communication quotidienne est réussie sans utiliser le C.COM. Nous pouvons alors supposer un meilleur pilotage de l'échange de Mme D suite au programme d'intervention. La tâche R est échouée aussi bien sans qu'avec le C.COM. Le classeur permet cependant de réussir partiellement la tâche RI (ce qui est une évolution favorable par rapport au pré-test).

D'après les pourcentages présentés dans le tableau 15, on note un léger effet bénéfique du programme d'intervention sur l'utilisation du C.COM. En pré-test, le taux d'échec était de 100% avec C.COM alors qu'en post-test le taux d'échec passe à 50%. De plus 50% des tâches peuvent être réussies partiellement avec le C.COM après notre intervention. Les totaux du tableau 15 ne témoignent pas d'une utilisation efficace du classeur. En effet, le classeur ne permet pas dans 75% des cas de réussir les tâches échouées sans C.COM (66% des trois tâches). Ces résultats quantitatifs ne mettent donc pas en valeur les progrès effectués par le couple.

3.1.2. Analyse qualitative des comportements communicatifs

a. Pré-test

- Mr D

L'analyse vidéo des trois tâches a permis de dégager les moyens de communication utilisés par Mr et Mme D. Tout d'abord, Mr D essaye souvent d'utiliser l'expression orale en premier lieu. De plus, il reste assez passif et utilise peu d'autres moyens de communication spontanément. Son regard est peu souvent dirigé vers sa femme. L'utilisation du classeur ne se fait que sur incitation et se révèle très peu efficace. De plus, Mr D éprouve des difficultés à écouter sa femme lorsqu'il manipule le classeur puisqu'il est en situation de double tâche.

Nous remarquons chez Mr D des comportements non facilitateurs. Il peut abandonner rapidement l'échange. Ceci peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, il est souvent agacé devant la difficulté à transmettre un message. Ensuite, on remarque plusieurs fois une perte du message à transmettre durant l'échange. Enfin, Mr D ne donne aucun signe à sa femme lorsque celle-ci se trompe dans l'interprétation du message.

-
- Mme D

Elle utilise plusieurs moyens de communication : la parole principalement mais également des gestes déictiques. Les questions qu'elle pose sont pertinentes en termes de contenu mais elles sont souvent posées trop rapidement et sous forme d'alternative (ex : «c'est quelque chose dedans ou dehors ? ») ce qui ne permet pas à son mari de répondre. Au contraire, ce flux de parole semble le perdre. Mme D utilise également le classeur de communication sur incitation ou quand elle juge que l'échange est vraiment bloqué. Il lui sert en général de support à ses questions.

Mme D a également des comportements facilitateurs : elle essaye de stimuler son mari, de l'encourager à poursuivre son message et reformule ses propos.

b. Post-test

- Mr D

Parmi les moyens de communication, nous remarquons que Mr D utilise plus spontanément son classeur. Le langage oral est toujours utilisé en premier mais Mr D se dirige plus rapidement vers son classeur lorsque l'échange bloque. La compréhension reste difficile sans et avec C.COM. Il regarde toujours peu sa femme durant l'échange.

L'attitude de Mr D est toujours très passive. Cependant, la mise en place de nombreux comportements facilitateurs par sa femme lui permet de rester plus présent dans l'échange. Mr D semble notamment moins agacé. Malgré tout, il ne signifie toujours pas à sa femme quand elle se trompe.

- Mme D

Mme D utilise toujours la parole principalement. Cependant, ses questions sont plus adaptées et moins complexes. Le débit est ralenti et elle est capable de se reprendre quand elle pense être allée trop vite. Les gestes sont plus nombreux et permettent de compléter la parole. Elle recherche le contact oculaire avec son mari (ce qui permet à celui-ci de rester dans l'échange). Enfin, Mme D manipule le classeur (pointage des éléments du classeur lors de la reformulation) et incite son mari à l'utiliser.

Au cours du programme d'intervention, Mme D a acquis des comportements facilitateurs. Son expression est plus adaptée et si ce n'est pas le cas, elle s'en rend compte et se reprend. Mme D est d'ailleurs sensible à l'incompréhension de son mari ce qui lui permet de revenir à des thèmes plus généraux si nécessaire. Elle encourage souvent son mari à poursuivre l'échange par exemple en lui proposant d'utiliser le classeur quand il n'arrive pas à se faire comprendre autrement.

Globalement, des progrès ont été observés chez Mme D dans le pilotage de l'échange. Les stratégies qu'elle a mises en place ont permis à Mr D d'utiliser le classeur même si cela n'est pas toujours efficace.

→ Donc, concernant les résultats quantitatifs du test des trois tâches, nous ne remarquons pas d'augmentation conséquente entre les pré-test et post test. Cependant, l'analyse

qualitative montre que le classeur est plus utilisé en post test qu'en pré-test c'est-à-dire après l'entraînement du patient et du partenaire. En effet, Mme D propose spontanément le C.COM à son mari qui accepte facilement d'en faire usage.

Mr et Mme D ont acquis de nouvelles stratégies de communication. En effet, Mr D utilise désormais plus fréquemment divers moyens de communication (les gestes et le classeur). Mme D a quant à elle mise en place des stratégies pour aider son conjoint à comprendre (ralentissement du débit, questions adaptées) et à transmettre un message (proposition du classeur). Elle guide son mari dans la communication et sait souvent s'ajuster ce qui constitue un bon pilotage de l'échange.

3.2. ECP (Annexe 9)

3.2.1. Analyse quantitative de l'ECP

a. Communication globale (Annexe 9)

Les résultats présentés ci-contre (tableau 16, 17 et figure 4) concernent les rubriques A et C « communication globale » pour les parties « Vous » (le partenaire) et « Conjoint » (le patient) des ECP.

D'après le tableau 16 et la figure 4, la communication globale du patient n'a pas évolué selon sa compagne. Nous relevons d'ailleurs que les résultats obtenus (33%) sont assez faibles. Mr D présente donc une certaine difficulté à se faire comprendre. Nous remarquons une progression dans la communication globale de Mme D. En effet, elle passe d'un résultat qui était de 6/15 (soit 40%) à 9/15 (60%) après l'installation du C.COM et le programme d'intervention. Ces résultats suggèrent donc une prise de conscience de sa part et une éventuelle modification de son comportement communicatif.

Nous pouvons donc dire que la progression majeure après l'installation du C.COM et après le programme d'intervention concerne principalement la conjointe de Mr D.

D'après le tableau 17, nous pouvons dire que les résultats aux échelles visuelles de la connaissance des troubles aphasiques ont peu évolué. En effet, pour l'expression du patient, Mme D était relativement consciente des troubles de son mari dès le pré test (2/10). Cette conscience se confirme en post-test (1/10). Cependant, on note qu'elle évalue la compréhension de son mari comme parfaite en pré-test (10/10) et presque parfaite en post-test (9/10). Mme D ne montre donc pas une conscience explicite des difficultés de compréhension de son conjoint.

b. Apport du classeur (Annexe 9)

Les résultats présentés ci-contre (tableaux 18, 19 et 20 et figure 5) concernent les rubriques B et D « apport classeur » pour les parties « Vous » (le partenaire) et « conjoint » (le patient) de l'ECP C.COM.

Au regard du tableau 18 et de la figure 5, les résultats de l'ECP révèlent que le classeur est utilisé à 51% par le patient et à 67% pour sa conjointe. Ceci témoigne d'une utilisation du classeur par le couple.

Les résultats présentés dans les tableaux sur l'efficacité du C.COM (tableau 19) et sur l'aisance du partenaire dans l'utilisation du classeur (tableau 20) justifient la bonne utilisation du classeur et viennent confirmer les résultats obtenus au tableau 18 et au graphique 5. En effet, elle juge le C.COM assez efficace tant pour comprendre que pour être compris de la personne aphasique. Cependant, il est étonnant de voir que la note obtenue à l'échelle « D. être compris de la personne aphasique » (8/10) soit supérieure à la note obtenue à « B. comprendre la personne aphasique » (6/10) (tableau 19). En effet, Mme D considère que son mari n'a pas de difficulté de compréhension (Tableau 17). Globalement, elle estime être à l'aise dans l'utilisation du C.COM (tableau 20).

c. Participation (Annexe 9)

Les résultats présentés ci-contre (tableau 21 et figure 6) concernent les rubriques E « maison », F « famille », G « extérieur » pour la partie « participation » des ECP.

D'après le tableau 21 et la figure 6 sur la partie « participation », la seule hausse des résultats concerne la rubrique « E. maison ». En effet, elle passe de 42% en pré-test à 63% en post-test. Les catégories « F. famille » et « G. extérieur » ont également évolué mais nous relevons une baisse des résultats.

3.2.2. Analyse qualitative

L'analyse qualitative de l'ECP permet de mettre en évidence une évolution plus précise de certaines stratégies de communication utilisées par le couple.

- La communication de Mr D

Le tableau 22 ci-contre présente l'évolution du comportement de communication et de la participation de Mr D. Ces éléments ont été recueillis grâce aux rubriques A, C, E, F, et G (Annexe 9).

En participation, Mr D semble avoir progressé lors des échanges avec sa femme. Ceci témoigne d'un regain d'intérêt pour ce qui l'entoure. De plus, ayant un classeur de communication associé aux stratégies mises en place par sa femme, il peut alors l'informer de ce qu'il souhaite. En revanche, sa communication avec les autres interlocuteurs n'a pas progressé. Ceci peut s'expliquer par le fait que les moyens de communication utilisés par Mr D semblent avoir peu évolués d'après sa femme. De plus, on observe des diminutions dans les rubriques famille et extérieur (F1 et G5) ce qui témoigne d'une prise de conscience des difficultés de Mr D par sa femme.

-
- La communication de Mme D

Grâce à l'analyse qualitative de la rubrique C de l'ECP, nous avons pu dégager les comportements communicatifs de Mme D. Ils sont présentés dans le tableau ci-contre (tableau 23).

L'ECP met en évidence une prise de conscience des troubles aphasiques (rubriques A et C de l'ECP Annexe 9). Mme D avait déjà une certaine conscience des troubles de l'expression orale de son mari en pré-test car elle estime que celle-ci est peu adaptée. Nous notons que bien qu'elle considère la compréhension de son conjoint satisfaisante, elle utilise en post test, une nouvelle adaptation (ralentissement du débit) qui s'ajoute aux gestes, mimiques et expressions du visage déjà utilisés en pré test. Ceci montre qu'elle met en place des stratégies afin de réparer la compréhension de son conjoint. Elle a une conscience implicite des troubles de compréhension de son mari.

- L'apport du classeur

Les rubriques B et D de l'ECP (Annexe 9) ont permis de réaliser une analyse qualitative concernant l'utilisation du classeur par le patient puis par son partenaire.

Mme D estime que Mr D arrive souvent à se faire comprendre sans son C.COM ce qui explique qu'il ne l'utilise que quelquefois (B1). L'utilisation du classeur par son mari se fait souvent sur sa proposition mais il ne le prend jamais lui-même. Néanmoins il accepte toujours de s'en servir quand il lui est proposé. Ceci est un point positif et témoigne que Mr D le considère comme un nouveau moyen de communication possible.

Concernant l'utilisation du C.COM par Mr D, Mme D indique que son mari est capable de l'utiliser et qu'il le fait « souvent » de façon appropriée (B8, B9, B10). De cette manière, elle comprend souvent le message de son conjoint lorsqu'il utilise le C.COM. Elle juge également que Mr D ne combine jamais deux images dans ses pointages ce qui reste relativement difficile pour une personne aphasique.

En cas de difficultés à transmettre le message, Mme D estime que son époux abandonne souvent rapidement s'il utilise son classeur sans être guidé. Cependant, l'abandon est moins fréquent si c'est Mme D qui pilote l'échange (B14, B15). De plus, elle remarque que quand le classeur ne suffit pas à Mr D pour se faire comprendre, il utilise peu fréquemment d'autres moyens (pointage, gestes...).

Mr D accepte toujours d'utiliser le C.COM pour comprendre sa femme si l'occasion se présente (D 2). De plus, il le demande lui-même « parfois » quand il éprouve des difficultés de compréhension.

Mme D utilise le C.COM pour comprendre son mari. De plus, elle est souvent à l'initiative de l'utilisation du classeur. En ce qui concerne l'utilisation du classeur pour se faire comprendre de la personne aphasique, il est important de préciser que si Mme D a répondu aux questions elle nous dit que cette situation se présente rarement. Cependant, Mme D est consciente que la photographie est un atout pour renforcer la compréhension de son conjoint. En effet, elle trouve que pointer les photographies sur le C.COM facilite « souvent » l'accès au message pour Mr D (D7). Par contre, elle ne combine pas les pointages. Lorsque Mme D se rend compte que son mari ne la comprend pas malgré

l'utilisation du classeur, elle utilise toujours un autre moyen de communication (D12). Contrairement à son mari qui abandonne souvent lorsqu'il ne la comprend pas (D13), Mme D nous dit toujours persévérer pour expliquer son message (D11).

→ Donc, les résultats à l'ECP indiquent Mr D et Mme D utilisent tous les deux le classeur. Le C.COM est souvent utilisé sur proposition de Mme D pour permettre à son mari de transmettre un message. Le classeur est jugé efficace tant pour transmettre un message que pour le comprendre et son utilisation est aisée après la procédure d'entraînement suivie par le couple D.

En observant le pré-test et le post-test, nous remarquons que Mr D et Mme D ont développé quelques stratégies de communication. En effet, Mr D utilise de nouvelles modalités de communication (gestes et classeur) et sa femme a mis en place certains comportements facilitateurs. Il est à noter que dans l'ECP la conscience des troubles de compréhension de Mr D de la part de Mme D apparaît de façon implicite. En effet, Mme D montre qu'elle fait des adaptations pour soutenir la compréhension de son mari alors qu'elle juge celle-ci excellente.

4. Analyse qualitative des séances du couple D

Une évolution des comportements de Mr et Mme D a été visible tout au long du programme d'intervention. Ces changements ne transparaissent pas tous en post-test. Il est donc intéressant de réaliser une analyse des séances ayant eu lieu avec ce couple.

4.1. Mr D

Au début du programme d'intervention, Mr D utilise toujours et en priorité l'expression orale lorsqu'il souhaite s'exprimer comme il a été vu lors du pré-test. Au fur et à mesure des séances cette tendance s'est estompée. Mr D a alors ajouté les gestes et le classeur à ses moyens de communication ce qui lui a permis de transmettre plus facilement ses idées.

L'appropriation du classeur a été longue chez Mr D. En effet, tant qu'il voulait utiliser l'expression orale (peu informative) comme unique moyen de communication, Mr D était réticent à l'utilisation du C.COM. Ceci ne lui permettait donc pas d'avoir une bonne connaissance du classeur. Grâce aux mises en situation, il s'est alors aperçu que l'expression orale couplée à d'autres moyens de communication lui permettait de transmettre plus facilement une information et a donc accepté plus facilement le classeur.

Mr D n'utilise pas le C.COM de sa propre initiative. Cependant, ceci n'est pas un problème si le partenaire de communication sait piloter l'échange en proposant le classeur.

Les comportements non facilitateurs de Mr D se sont estompés au fil des séances. En effet, nous avons montré à Mr D que ses propos avaient de l'importance et qu'il devait persévérer sur son idée et ne pas l'abandonner. Il acquiesçait donc beaucoup moins aux propositions erronées de sa femme.

4.2. Mme D

Dès le début du programme d'intervention comme dans le pré-test, nous avons remarqué des comportements non facilitateurs chez Mme D. Après quelques séances, nous remarquons qu'elle a ralenti son débit et que ses questions sont plus adaptées (une information par question et en allant du général au particulier). Cette évolution a été possible grâce aux mises en situation patient/partenaire et à leur analyse mais aussi aux mises en situation patient/étudiante où Mme D était observatrice.

Si le classeur de communication était peu utilisé au début du programme Mme D a commencé après quelques séances à inciter son mari à l'utiliser. Ceci montre qu'elle avait bien ciblé son rôle dans le pilotage de l'échange.

Les conseils apportés lors du programme d'intervention ont permis à Mme D de ne plus faire répéter son mari et de développer sa conscience de certains troubles aphasiques. Elle a alors pu d'elle-même mettre en place d'autres stratégies : elle recherche le contact oculaire avec son mari et le rappelle pour qu'il reste dans l'échange.

→ Nous notons pour ce couple une dissociation importante entre les résultats quantitatifs au test des 3 tâches et les autres résultats (résultats qualitatifs des 3 tâches, ECP, analyse des séances).

Le test des 3 tâches ne montre pas une utilisation efficace du classeur. En revanche l'ensemble des autres résultats atteste d'une évolution notamment dans les comportements communicatifs de Mme D. (questions adaptées, ralentissement du débit, recherche oculaire, maintien de l'échange et abandon de comportements non facilitateurs). Mr D. semble plus participer aux échanges et exprimer plus de désirs, il accepte le classeur de communication quand celui-ci lui est proposé, il a également développé des stratégies de communication (gestes, classeur). Mr et Mme D ont donc changé leurs comportements communicatifs.

Le C.COM est utilisé selon le souhait de ce couple c'est-à-dire pour que Mr D puisse transmettre une information mais c'est bien Mme D qui pilote l'échange pour permettre cette transmission.

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

I. Validation des hypothèses

Notre hypothèse générale était que la procédure de mise en place du C.COM adaptée à la prise en charge à domicile de patient à distance de leur AVC améliorerait la communication entre la personne aphasique et son conjoint. Pour vérifier cela, nous avons formulé des hypothèses spécifiques.

1. L'utilisation et appropriation du classeur

Nous définissons l'utilisation comme le fait de se servir efficacement du classeur en cas de blocage. L'appropriation est le fait de considérer le classeur comme un nouveau moyen de communication dont on connaît le contenu et le fonctionnement.

Première hypothèse spécifique : lors des post-tests et en cas d'échec sans C.COM, les tâches de réception (R) et de réception/information (RI) du Test des trois tâches seront réussies avec le C.COM. Nous nous attendons également à des résultats satisfaisants aux rubriques « apport classeur » de l'ECP. Ceci confirmerait l'utilisation et l'appropriation du classeur.

1.1. Mr V

Pour le test des trois tâches, on note une nette amélioration des résultats entre le pré-test et les post-tests. En effet, aucune tâche échouée sans C.COM n'était réussie avec le classeur en pré test. En post-tests, Mr V n'a plus besoin du classeur pour la réception du message (les tâches R étant réussies sans C.COM). Le classeur est alors utile pour permettre la transmission d'un message (RI) avec une réussite en post-test 1 et en post-test 2. Les données qualitatives à ce test témoignent également d'une utilisation adéquate du classeur tant par Mr V que par sa femme lors des échanges : ils utilisent donc le classeur pour réparer la communication.

Pour les rubriques « apport du classeur » de l'ECP nous observons des résultats satisfaisants aux deux post-tests (> à 50%). Ce test montre donc une appropriation et une utilisation du classeur par Mr V et Mme V. L'utilisation concerne principalement la transmission de message conformément aux demandes du couple. Il est possible de corrélérer cette observation avec celle d'I. Gonzalez et al. (2005). En effet, cet article met en évidence une légère préférence chez le personnel de la clinique des Grands Chênes à utiliser le classeur pour aider la personne aphasique à transmettre son message.

→ Donc, les résultats obtenus au test des trois tâches et à l'ECP nous permettent de tirer la même conclusion : Mr et Mme V se sont appropriés le classeur et l'utilisent régulièrement pour débloquer efficacement la communication. En effet, ils savent où trouver l'information pertinente et il existe une bonne coordination dans la manipulation du C.COM. De plus, le pilotage efficace de l'échange et l'aide physique apportés par Mme V permettent à son mari de manipuler facilement le classeur. Le programme d'intervention a alors été efficace, l'hypothèse spécifique 1 est donc validée pour ce couple.

1.2. Mr D

Pour le test des trois tâches, nous ne remarquons pas d'évolution tant en réception qu'en transmission d'information. En effet, malgré la réussite à la tâche R en pré-test, celle-ci est échouée en post-test. La tâche RI est échouée ou seulement partiellement réussie lors du post-test quelle que soit la modalité de passation. Quantitativement, ces résultats ne démontrent pas d'utilisation efficace du classeur. La compréhension et la transmission du message restent donc compliquées pour Mr D même avec le classeur. Cependant, qualitativement lors de la réalisation des trois tâches, nous remarquons que Mme D propose le classeur à son mari qui l'accepte toujours pour essayer de débloquer l'échange.

Pour l'ECP, les pourcentages à la rubrique « apport classeur » démontrent quant à eux une utilisation satisfaisante du C.COM tant pour Mr D que pour sa femme (respectivement 50 et 67%). Qualitativement, les réponses aux différents items nous permettent de voir que nous avons répondu à leur demande : grâce au C.COM, ils peuvent en effet cibler le thème de l'échange lorsque Mr D veut transmettre un message.

→ Donc, les résultats obtenus divergent. En effet, les résultats quantitatifs du test des trois tâches montrent que Mr et Mme D ne se sont pas appropriés et n'utilisent pas le classeur. A l'inverse, les résultats qualitatifs de ce même test, les résultats de l'ECP et les observations réalisées lors des séances du programme d'intervention tendent à montrer l'appropriation et l'utilisation du classeur. Face à cette contradiction, nous ne sommes donc pas en mesure de valider cette hypothèse pour le couple D. Ceci nous amène à nous interroger sur la validité du test des trois tâches et sur les biais possibles lors de la passation et de l'analyse.

2. La communication au quotidien

Deuxième hypothèse spécifique : L'efficacité d'un classeur adapté au patient ainsi que le bénéfice d'une formation du partenaire de communication amélioreront la communication au quotidien. Ceci sera démontré de deux façons. Qualitativement, nous attendons de meilleures performances lors des post-tests pour la tâche de communication (CQ) par rapport au pré-test. Quantitativement, les scores obtenus aux rubriques déjà présentes en pré-test de l'ECP seront meilleurs en post-tests.

2.1. Mr V

Les résultats obtenus à la tâche CQ sont supérieurs en post-tests (réussite en post-test 1 et réussite partielle en post-test 2) à ceux obtenus au pré-test (où la tâche était échouée). D'un point de vue qualitatif, nous remarquons que Mr V se montre plus persévérant et n'abandonne pas le message qu'il a à transmettre. Sa femme a développé des stratégies pour faciliter et réparer l'échange en cas de blocage. La réussite partielle en post-test 2 peut s'expliquer de deux façons. Tout d'abord, lors de ce post-test, Mme V a eu des difficultés à cerner la demande de son mari et n'a donc pas pu lui poser les questions adaptées pour comprendre son message. Si son pilotage de l'échange est souvent efficace, cette tâche montre que Mme V a encore besoin de temps pour approfondir certaines habiletés. Néanmoins, cette réussite partielle n'est pas nécessairement imputable aux

compétences du patient et de son partenaire au regard des nombreux progrès effectués au cours des séances. La construction de la tâche CQ est donc probablement à remettre en cause et nous développerons par la suite les limites de cette évaluation.

Pour l'ECP, les résultats relatifs à la communication de Mme V ont augmenté entre le pré-test et les post-tests. Mme V utilise plus de canaux de communication en post-tests. Elle a donc développé de nouvelles stratégies destinées à réparer et à faciliter l'échange (ralentissement du débit, nouveaux canaux de communication). Ceci peut être corrélé à une meilleure conscience des troubles aphasiques par Mme V. De plus, elle s'est rendu compte des comportements facilitateurs qu'elle avait déjà mis en place seule. Ainsi, les conseils apportés et les exercices réalisés lors du programme d'intervention ont pu favoriser ces changements chez Mme V. Les résultats concernant la communication de Mr V se sont maintenus en post-tests. On note également une évolution au niveau qualitatif, puisque, selon sa femme, il utilise moins le langage oral en première intention. Ceci peut être la conséquence des stratégies facilitatrices et réparatrices mises en place par sa femme. En effet, grâce au pilotage de l'échange qu'elle effectue, le C.COM s'avère efficace et Mr V l'intègre à ses moyens de communication. De cette façon, en privilégiant l'utilisation de l'outil, il passe moins souvent par l'expression orale qui était coûteuse et peu efficace. En revanche, la participation de Mr V reste faible. Mais ces résultats sont à nuancer car le handicap physique de Mr V complique également chacune de leurs sorties. On remarque d'ailleurs que les résultats sont inférieurs pour la participation à l'extérieur que pour la participation à la maison. Deux explications sont possibles. Tout d'abord, ceci peut être dû à une réelle diminution des activités extérieures de Mr V. De plus, la modification des réponses peut également s'expliquer par le fait que l'ECP est propice à un échange. Celui-ci peut entraîner une prise de conscience des réelles activités du patient de la part de sa conjointe (d'où une diminution).

→ Donc, d'après les résultats obtenus à la tâche CQ et à l'ECP, notre hypothèse est validée. En effet, le programme d'intervention et la mise en place du classeur de communication ont permis de faciliter la communication au quotidien en leur fournissant des outils (C.COM et stratégies de compensation) pour permettre de réparer la communication.

2.2. Mr D

Pour la tâche CQ du test des trois tâches, on observe une augmentation des résultats. Celle-ci échouée en pré-test est réussie en post-test sans C.COM. Cette réussite est due à un meilleur pilotage de l'échange de Mme D, puisqu'elle a mis en place des stratégies pour réparer l'échange qui n'étaient pas présentes en pré-test (débit ralenti, questions fermées, du général au particulier, encouragement à poursuivre).

L'ECP montre une augmentation des scores pour Mme D et un maintien pour son mari. En effet, Mme D a mis en place de nouvelles stratégies pour aider son mari à se faire comprendre mais également pour l'aider à comprendre. Ceci peut être dû d'une conscience implicite des troubles de compréhension de son conjoint. Au niveau de la participation, nous notons une évolution. Les résultats aux rubriques « famille » et « extérieur » ont diminué. Plusieurs explications sont possibles. Tout d'abord, nous pouvons supposer que Mme D a pris conscience des difficultés de communication de son mari avec leurs proches et des personnes qui leur sont étrangères. De plus, il est possible

qu'il existe une réelle diminution des activités de Mr D en raison de ses problèmes de santé. Le score à la rubrique « maison » a quant à lui augmenté. En effet, il semble que le programme d'intervention et le classeur de communication aient pu favoriser cette augmentation en offrant à Mr D les moyens pour communiquer plus aisément avec sa femme.

→ Donc, les résultats obtenus à la tâche CQ et à l'ECP montrent une amélioration de la communication du couple D et ce, grâce aux stratégies facilitatrices acquises par Mme D lors du programme d'intervention. Il faut ajouter que l'utilisation, visible en séance, de différents canaux de communication par Mr D participe à cette amélioration au quotidien. Ceci nous permet donc de valider notre hypothèse.

3. Le maintien des acquis

Troisième hypothèse spécifique : Un entraînement régulier et fréquent fourni lors du programme d'intervention doit permettre au patient et à son conjointe de conserver les stratégies de communication acquises. Ceci sera démontré grâce à la stabilisation des résultats entre les post-tests 1 (fin du programme d'intervention) et du post-test 2 (un mois après la fin du programme) (post-test 1= post-test 2).

La comparaison de deux post-tests est nécessaire pour vérifier cette hypothèse. Un seul post-test ayant été réalisé avec Mr D, cette hypothèse n'est applicable que pour Mr V.

Les résultats au test des trois tâches montrent un maintien des résultats pour les tâches R et RI. En effet, l'utilisation du C.COM aide la communication. Pour la tâche CQ, en post-test 2, l'information n'ayant pas été transmise entièrement, la réussite est partielle pour les raisons énoncées précédemment dans l'hypothèse 2.

Pour l'ECP, l'écart entre les résultats des post-tests 1 et 2 n'est jamais supérieur à 10% hormis pour la rubrique famille où l'on passe de 17 à 50 % de participation. De plus, on relève que les résultats au post-test 2 sont meilleurs qu'au post test 1 en ce qui concerne la participation. Ceci pourrait montrer la possibilité d'un auto entraînement par le couple après l'arrêt du programme.

L'hypothèse spécifique 3 est donc validée. Les effets du programme d'intervention et l'utilisation du classeur pour améliorer la communication se maintiennent dans le temps. Le couple a donc réussi à transférer les stratégies de communication apprises lors du programme d'intervention dans leur vie quotidienne.

4. Dissemblances entre les deux études de cas

Nous constatons que la validation des hypothèses n'a pas été la même pour les deux patients. En effet, nous avons noté de nombreuses différences dans ces deux études de cas. Les deux couples ont tous les deux progressé mais ceci s'est effectué à des niveaux différents.

Dans le cas du couple V, l'aphasie fait partie de leur quotidien depuis de nombreuses années, ils ont déjà mis en place des stratégies compensatoires adaptées mais

insuffisantes. Ceci constituait donc une bonne base que notre travail de guidance et la mise en place du C.COM sont venus renforcer et approfondir pour arriver à une communication quotidienne satisfaisante.

Pour Mr D, l'aphasie étant plus récente, le couple avait développé moins de stratégies de communication adaptées. Le programme d'intervention a permis de les guider pour trouver des stratégies facilitatrices et Mr et Mme D ont progressé puisqu'ils utilisent ces stratégies. Cependant, nous pouvons supposer que cette progression aurait été encore meilleure si le couple avait pu bénéficier de l'intégralité des séances. En effet, en raison des problèmes de santé de Mr D, le nombre de séances a été réduit à six et Mr D était parfois très fatigable. Ceci a donc pu participer aux résultats obtenus lors de l'expérimentation (patient et partenaire moins disponibles et anxiété liée aux problèmes de santé). Lors de séances supplémentaires, ils auraient approfondi leur travail sur l'utilisation du classeur et acquis de nouvelles stratégies pour améliorer encore la communication au quotidien.

II. Intérêts et limites du protocole

1. Le classeur de communication C.COM

La construction du classeur a été réalisée dans le cadre d'un travail transdisciplinaire. Le travail avec les ergothérapeutes a été très enrichissant. En effet, ils ont pu apporter un regard différent, aider à la sélection des items à intégrer grâce à des évaluations précises mais aussi adapter le matériel au handicap physique des patients. Leurs compétences ont donc été un atout pour la construction du classeur. Les orthophonistes des patients ont également participé en nous aiguillant sur les troubles et en nous apportant des éléments sur la personnalité des patients. De façon plus générale, le travail avec les différents thérapeutes permet également de généraliser l'utilisation du C.COM puisqu'ils connaissent l'outil et peuvent donc s'en servir avec leur patient. La transdisciplinarité implique également la collaboration avec le patient et son partenaire de communication. Comme le précise Gouillet de Ruy (2002), ils font partie intégrante de l'équipe et sont donc acteurs dans la construction du propre classeur du patient. En effet, c'est grâce à eux et à leur implication que nous avons pu créer un classeur rapidement adapté à la vie et aux besoins du patient. Néanmoins, nous avons constaté que la transdisciplinarité était compliquée à mettre en place dans le cadre de notre mémoire. En effet, chaque professionnel n'était pas présent au domicile du patient au même moment et il était nécessaire de tenir compte de l'emploi du temps de chacun.

Si, grâce au travail transdisciplinaire, le classeur de communication est d'emblée adapté au patient, il demeure néanmoins toujours en construction pour pouvoir rester le plus ajusté aux besoins de communication de la personne aphasique. Nous avons donc apporté des modifications tout au long du programme d'intervention. Les patients et leur conjointe nous rapportaient les difficultés rencontrées dans leur communication pendant la semaine et nous cherchions des solutions ensemble. Lors de nos expérimentations, il s'est avéré que les modifications portaient essentiellement sur le contenu du classeur. Les couples nous faisaient part des manques qu'ils avaient ressentis afin que nous ajoutions la photographie dans le classeur. Pour l'un des couples par exemple, le patient désirait dire à sa femme de sortir la poubelle extérieure. Le patient ne pouvant dire le mot et n'ayant pas

la possibilité de désigner l'objet, la conjointe n'a pas réussi à répondre à sa demande. C'est pourquoi nous avons inséré la poubelle à la rubrique « objets courants » du C.COM personnalisé. En règle générale, pour les deux couples, les photographies ajoutées concernaient des éléments qui ne pouvaient pas être désignés directement, non représentatifs par le geste ou non accessibles au patient (objets extérieurs, banque, hôpital, personnes...). Nous avons relevé uniquement une modification concernant la forme. L'image des pâtes qui figurait dans le C.COM n'était pas reconnaissable pour les patients et leur conjointe ce qui a nécessité deux changements consécutifs. D'autres demandes auraient pu être effectuées par les patients (suppression de photographies inutilisées, réorganisation du classeur...) mais le temps d'expérimentation n'était pas suffisamment long pour faire émerger ce type de demande dans notre cas.

Les adaptations sont donc constantes. C'est pourquoi, à la fin de la prise en charge, il est nécessaire de pouvoir passer le relais aux orthophonistes des patients. En effet, ils doivent pouvoir créer des planches personnalisées à partir du logiciel, les modifier et savoir comment former les partenaires de communication au pilotage de l'échange. Ceci pointe donc la nécessité de se former à la mise en place du C.COM.

Nous n'avons pas eu assez de temps à notre disposition pour former les orthophonistes respectives des patients mais elles pourront si elles le souhaitent prendre contact avec I. Gonzalez pour suivre la formation C.COM. Cependant, nous les avons rencontrées pour les informer de manière globale sur la procédure C.COM et leur fournir la base de données C.COM pour qu'elles aient les moyens de compléter le classeur de leur patient. Nous leur avons également décrit précisément l'évolution des couples suite à notre programme d'intervention. Enfin, nous gardons contact avec elles afin qu'elles puissent, si elles le souhaitent, échanger avec nous sur le suivi du classeur.

2. Programme d'intervention

2.1. Durée

Nous avons fait le choix d'organiser notre programme d'intervention en huit séances. Ce nombre de séances a été adapté pour le couple V mais nous ne pouvons pas savoir s'il aurait été suffisant pour le couple D. En effet, Mr D ayant été longuement hospitalisé, nous avons dû réduire la durée du programme d'intervention à six séances.

Après avoir réalisé notre expérimentation, il nous est apparu qu'il était important de rester ouvert à un ajustement du nombre de séances en fonction de chaque patient. En effet, certains patients ont déjà de nombreux moyens de compensation efficaces depuis longtemps alors que d'autres ont encore à les construire et les essayer. Dans ce dernier cas, l'augmentation du nombre de séances serait appropriée.

Nous avons également pensé qu'après ces huit séances d'entraînement, nous aurions pu réaliser un travail de guidance avec les couples. Des rencontres auraient pu être organisées à distance du programme pour discuter de l'expérience des couples et faire le point sur leurs comportements de communication. Nous n'avons pas eu le temps de mettre en place ce travail mais ceci est tout à fait réalisable dans le cadre de la prise en

charge en libéral des patients puisqu'ils suivent toujours des séances d'orthophonie. Une séance pourra donc être réalisée de temps en temps avec le conjoint.

2.2. Fréquence

Une séance par semaine semble être une bonne fréquence. En effet, une fréquence plus élevée aurait été difficile à organiser au niveau des disponibilités du conjoint de la personne aphasique. En laissant une semaine entre chaque rendez-vous, le couple a alors le temps d'expérimenter ce qui a été abordé lors de la séance. Ensuite, en nous rapportant les événements importants qui se sont déroulés dans la semaine, le couple nous fournit des informations écologiques qui nous permettront d'avancer dans notre procédure et d'ajuster l'outil si nécessaire.

2.3. Lieu

La réalisation des séances à domicile présente de nombreux intérêts. Tout d'abord, travailler dans l'environnement du couple a facilité notre vision de leurs besoins quotidiens et permis de photographier nous-mêmes les éléments pertinents à insérer dans le classeur. De plus, nous avons pu analyser l'outil dans son contexte (place de l'outil dans leur quotidien, où est-il posé ?). Grâce à ceci, nous avons réalisé les ajustements nécessaires. Ensuite, nous étions dans le lieu de vie du patient et il était donc possible de faire des mises en situation en lien direct avec son quotidien. Le transfert à la vie quotidienne était alors facilité.

De plus, l'intervention à domicile était moins lourde pour le partenaire comme pour le patient puisqu'ils n'étaient pas obligés de se rendre à l'extérieur. Trouver des moments de disponibilité était alors plus aisé.

Nous avons tout de même été confrontées à certaines limites. Intervenant à domicile, nous travaillions le plus souvent dans le salon, ce qui a pu restreindre notre champ d'action. Par exemple, pour les tâches R du test des trois tâches, les objets étaient toujours sous les yeux des patients, dans la même pièce. En effet, nous avons pensé qu'il était délicat d'utiliser d'autres pièces de la maison puisque nous étions dans une sphère privée.

2.4. Exercices proposés

- Situation de PACE et jeu des familles

Nous avons choisi d'utiliser ces deux types d'exercices afin d'entraîner le patient à manipuler le classeur. Nous nous sommes aperçues que l'intérêt était variable selon les patients. Par exemple, Mr D a montré peu d'attrait pour ces exercices destinés à lui permettre de s'approprier son classeur. Nous pourrions supposer que ce peu d'intérêt venait du fait que ces exercices ludiques ne permettaient pas à Mr D de voir les liens directs avec l'utilisation du classeur en situation réelle. Nous aurions donc dû réexpliquer plus clairement les enjeux de ce type d'exercice. En revanche, Mr V a réalisé volontiers ces exercices et cela a contribué à sa connaissance du classeur.

Nous avons rencontré des difficultés avec l'utilisation que nous avons faite du jeu des familles. En effet, celui-ci fait fortement intervenir les capacités déductives ce que nous n'avions pas suffisamment pris en compte au départ. Un travail sur les capacités déductives doit être réalisé de manière progressive et sur le long terme et nous n'avions pas choisi d'utiliser cet exercice dans ce but. C'est pourquoi, devant les échecs de nos patients, nous avons arrêté d'utiliser le jeu des familles. Pour travailler la manipulation des classeurs, nous nous sommes alors centrées sur les situations de PACE qui ne mettaient pas les patients en échec.

Ceci nous montre qu'il est nécessaire de bien cibler les objectifs d'un exercice, ce qui permet de motiver le patient. Ces exercices bien investis par Mr V lui ont permis de s'approprier l'outil tout en développant des capacités déductives et des compétences palliatives. En ce qui concerne Mr D, l'appropriation de l'outil s'est faite principalement par le biais des mises en situation.

- Mises en situation

L'utilisation de mises en situation s'est révélée très intéressante. Choies en lien direct avec la vie courante du patient et de sa conjointe, elles ont permis de faciliter le transfert de ce qu'ils ont observé au quotidien. Elles ont également montré que l'utilisation du classeur faite par les deux interlocuteurs pouvait débloquent les échanges en situation naturelle de communication. De cette façon, les mises en situations ont permis au patient comme à sa conjointe de « révéler leur compétence » (Kagan, 1995) dans l'utilisation du C.COM. De plus ces mises en situation rendaient souvent possible une ouverture qui pouvait être développée par le patient et sa femme. Nous avons alors pu observer la généralisation de l'utilisation du support dans ces moments puisque le couple faisait encore usage du C.COM pour transmettre des informations que nous ne leur avons pas fournies.

Lors de ces mises en situation et de ces ouvertures, nous observions les comportements de communication, l'échange au quotidien et la relation qui existait dans le couple. Nous recueillions aussi le ressenti des interlocuteurs. Nous pouvions alors à partir de ces deux types de données fournir des conseils adaptés à chaque couple. Ces conseils ont fortement amélioré les comportements de communication des conjointes qui ont pris conscience des troubles aphasiques et des adaptations qu'ils nécessitaient.

Les mises en situation patient/étudiante ont également été bénéfiques. La conjointe était alors spectatrice. Ceci lui permettait de mieux analyser la situation d'échange et de prendre conscience de certains troubles aphasiques puisqu'elle avait un regard extérieur.

Si ce type d'exercice s'est révélé très intéressant, il demande une grande capacité d'adaptation. En effet, il était souvent nécessaire de réajuster les mises en situation en cours de séances pour ne pas mettre le patient en situation d'échec. Il y a donc très peu de place pour l'anticipation. De plus il faut également s'adapter au patient et à son niveau. Les types de mises en situation étaient donc différents en termes de complexité d'un patient à l'autre contrairement à ce que nous avons prévu au départ.

3. Les outils d'évaluation

3.1. ECP

L'ECP a été un outil précieux pour notre expérimentation. Tout d'abord, lors de la passation de l'ECP, nous nous sommes rendu compte qu'il était important que le partenaire de communication remplisse le questionnaire en notre présence afin d'explicitier certains items. Le fait d'échanger avec lui pendant la passation a alors contribué à instaurer la relation et à créer des liens.

Ensuite, en recueillant le ressenti du partenaire, nous avons pu comprendre comment se passait la communication du couple au quotidien et connaître la conscience des troubles aphasiques du partenaire. Ceci nous a ainsi permis d'ouvrir des perspectives de travail et de permettre des ajustements pour être au plus près de leurs besoins et leur fournir des conseils adaptés.

Enfin, l'ECP a été un bon outil d'évaluation. En effet, cette échelle peut être proposée plusieurs fois. Ainsi nous pouvons comparer l'évolution du ressenti du partenaire et donc mesurer l'efficacité de notre programme d'intervention. De plus, en analysant les réponses des conjointes, nous avons confirmé nos analyses qualitatives au test des trois tâches ainsi que nos observations des séances. Bien que prenant en considération le ressenti du partenaire, nous pouvons dire que l'ECP est un outil fiable sur lequel nous avons pu nous appuyer.

Nous notons tout de même que lors de l'analyse des résultats, des écarts très importants ont été observés d'une passation à l'autre pour certaines rubriques. Ceci est lié au fait qu'elles contiennent peu d'items (par exemple, deux questions dans le cas de la rubrique « famille »). Ainsi, ces pourcentages sont à nuancer.

3.2. Le test des trois tâches

Ce test a été particulièrement riche au niveau qualitatif. En effet, c'est un test relativement écologique qui permet d'apporter de nombreuses informations sur la communication et sur l'utilisation du classeur par le couple. De plus les trois tâches étant filmées, la vidéo permet ainsi de réaliser une analyse fine des comportements verbaux mais surtout non-verbaux. Cependant, différents éléments sont à revoir tant dans les tâches en elles-mêmes que dans leur passation.

- Les tâches

Tout d'abord, le nombre de tâches était restreint (trois par passation) ce qui ne permet pas de généraliser les comportements observés.

Les tâches R et RI permettent d'évaluer séparément le bénéfice du classeur de communication lors de la réception et la transmission d'un message. Lorsque la construction syntaxique est strictement identique, il est possible de comparer une même tâche à des moments différents (exemple : la tâche R en pré-test puis post-test).

Cependant, certains énoncés créés comportaient des différences. Pour la tâche R, par exemple, le pré-test et le post test 1 utilisent un démonstratif (« pouvez vous donner ce crayon... »). En post-test 2, ce démonstratif a été transformé en indéfini (« pouvez vous donner un mouchoir... »). La comparaison est donc difficile puisque les tâches R ne sont pas syntaxiquement identiques.

La tâche CQ a pour but d'observer comment la communication se fait dans une situation proche de la réalité car c'est le patient qui est à l'initiative du message à transmettre. Cependant nous nous sommes rendu compte qu'elle était difficile à évaluer. En effet, n'étant pas contrôlés, les énoncés étaient très différents d'une passation à l'autre ce qui rendait la comparaison entre les pré-test et post-tests peu pertinente. Les variations entre les différentes tâches CQ concernaient la complexité de l'énoncé (nombre et type d'informations à transmettre) et la construction syntaxique. Certaines tâches CQ étaient des demandes (par exemple, Mr V demande à sa femme la date d'ouverture du camping) et d'autres des informations (par exemple, Mr V informe sa femme qu'il souhaite inviter des amis). Ceci explique que les résultats obtenus par nos deux patients à cette tâche soient si différents entre les passations et notamment entre les deux post-tests chez Mr V.

- La passation du test des trois tâches

Lors de la passation de la tâche R, l'objet à donner à la partenaire était toujours sur la table parmi d'autres objets. Or, ceci peut induire en erreur lorsque la tâche est expliquée avec le C.COM. En effet, le patient peut ne pas comprendre pourquoi on lui montre l'objet sur le classeur alors que nous pourrions tout simplement le pointer du doigt. Ceci pourrait expliquer notamment l'échec de Mr D à la tâche R lors du post-test.

Ensuite, nous avons remarqué qu'il était difficile d'être à la fois évaluateur et rééducateur. En effet, en tant qu'évaluateur nous ne devons pas intervenir durant toute la passation de l'épreuve pour ne pas biaiser les résultats. Mais en tant que rééducateur, il est difficile de laisser le patient en échec alors qu'il sollicite notre appui. Par exemple, lors du pré-test, Mr V a beaucoup demandé de l'aide et nous sommes intervenues. A partir de notre intervention, la tâche était alors considérée comme échouée et nous ne pouvons donc pas savoir comment se serait réellement déroulée la tâche si nous ne l'avions pas aidé (aurait-il fini par la réussir ?). Pour contourner ce biais, l'évaluateur et le rééducateur doivent donc être deux personnes différentes.

III. Confrontations aux données de la littérature

Un certain nombre de limites énoncées dans la littérature ont montré la difficulté pour la mise en place d'un support de communication. Nous avons alors cherché à contourner ces limites dans la réalisation de notre expérimentation.

Certains auteurs ont pointé que les incapacités des patients pouvaient entraîner l'échec de la mise en place de supports de communication. Ils ont donc conclu qu'il fallait prendre en compte les troubles linguistiques et cognitifs éventuellement associés dans l'installation d'une aide à la communication (De partz, 1996 et Parent, 1999). Nous avons donc choisi l'outil C.COM pour ces différentes raisons. En effet, sa construction est adaptée aux troubles aphasiques (accès direct au sens grâce aux photographies prototypiques et détournées) et son protocole permet de prendre en compte les troubles

cognitifs pour ne pas proposer l'outil à des patients qui ne pourront pas en faire usage. Notre expérimentation est donc allée dans le sens des propos de ces auteurs puisque le C.COM a été accepté par nos deux patients.

L'erreur serait cependant de penser qu'en donnant uniquement un outil adapté à la personne aphasique elle pourra compenser ses troubles seule. En effet, « c'est à celui dont le cerveau est indemne de prendre en main l'interaction » (Gonzalez et Brun, 2007). C'est pourquoi après la création de l'outil, Gonzalez et Brun (2007) préconisent un entraînement du partenaire afin de le former au pilotage de l'échange. Dans le cadre de notre mémoire, le programme d'intervention, contenant ce type d'entraînement, a été efficace puisque le classeur est utilisé par les deux couples.

M.C Parent (1999) avait également évoqué que les contraintes ergonomiques constituaient une raison d'abandon d'un outil de communication. Ces contraintes concernent la forme que prend l'outil. Nous nous sommes rendu compte qu'il était possible de tenir compte des contraintes ergonomiques et de les contourner grâce à la collaboration avec l'ergothérapeute. Les aménagements réalisés par l'ergothérapeute ont permis l'accès au support à un de nos patients avec des séquelles physiques lourdes. De plus ils ont facilité son utilisation.

M.C. Parent (1999) considère que l'état psychologique du patient constitue une limite à l'installation d'un support de communication. Afin de pallier en partie cette limite, le protocole C.COM d'I. Gonzalez prévoit la passation de l'échelle de Benaïm afin de s'assurer que les patients ne sont pas dépressifs. Dans le cadre de nos expérimentations, les patients n'ont pas été évalués grâce à cette échelle puisque les données fournies par les différents bilans des professionnels (ergothérapeute et orthophoniste) nous permettaient d'exclure tous signes de dépression. Cependant, nous avons été confrontées à des résistances psychologiques mineures présentes, tant chez le patient que chez le partenaire.

Tout d'abord, l'acceptation du handicap et le deuil de la communication antérieure est difficile pour Mr D et Mr V comme pour toute personne aphasique. Ceci s'est traduit lors de nos expérimentations par un refus de la mise en place d'adaptations ergonomiques visibles et de l'échelle de douleur du C.COM qui signaient trop le handicap pour les patients. De plus, comme I. Gonzalez et al. le soulignent dans leur article de 2004, les patients peuvent penser que l'utilisation de classeur va entraîner l'abandon du canal verbal. Cette crainte aurait pu empêcher l'investissement de l'outil chez Mr D et Mr V car ils avaient tous les deux le désir de retrouver une parole identique à celle antérieure à l'AVC. Cependant, cela ne les a pas empêchés d'utiliser le C.COM car ils étaient soutenus et accompagnés par leurs compagnes. En les incitant à utiliser le classeur, elles leur montraient qu'il était un outil efficace pour réparer leurs échanges.

Concernant les conjointes de nos patients, nous n'avions pas noté de conscience explicite des troubles aphasiques de la compréhension au travers de leurs propos, au début du programme d'intervention. Cependant, elles ont su mettre en place des ajustements adaptés à ces troubles. Le fait de ne pas avoir une conscience explicite des troubles de son conjoint n'est pas un frein à la mise en place d'un support de communication. Nous avons d'ailleurs vu Mme D et Mme V évoluer dans ce domaine ce qui laisse penser qu'elles peuvent continuer de cheminer dans leur prise de conscience des troubles aphasiques seules grâce à leurs expériences de communication avec leur conjoint aphasique.

Donc, notre mémoire a montré que les limites à la mise en place d'un support de communication énoncées par ces auteurs pouvaient être contournées.

IV. Perspectives

1. Population

Nous avons vu que notre mémoire portait sur deux études de cas. Les deux patients étaient atteints d'une aphasie sévère non fluente, nous avons donc ciblé un type d'aphasie précis. Il serait intéressant, dans le cadre d'un mémoire, d'étendre ce protocole d'expérimentation à des personnes atteintes d'aphasie fluente. Ceci permettrait de voir si la mise en place du C.COM est possible auprès de cette population et quelles différences en découlent dans la procédure de mise en place par rapport à des aphasiques non fluents.

Les deux patients que nous avons choisis pour notre expérimentation n'étaient pas à la même distance de leur AVC. Ceci a pu constituer des différences dans les résultats et notamment dans leur progression dans la mise en place du C.COM. Si l'on souhaite comparer les patients, il est nécessaire de les appairer suivant leur distance d'AVC. De cette manière, il sera possible de voir si d'autres effets entrent en jeu dans la mise en place d'un support de communication.

2. Les outils d'évaluation à développer

Si les outils nous ont permis d'évaluer l'intérêt de notre programme d'intervention et de l'efficacité du classeur de communication, nous avons pourtant été confrontées à quelques difficultés lors de l'interprétation des résultats. Il serait donc intéressant d'apporter des améliorations à ces outils et plus précisément au test des trois tâches.

Tout d'abord, il serait utile de développer et améliorer le test des trois tâches en créant de nouvelles tâches. En effet, le patient ne devait en réaliser qu'une seule par catégorie. Cela laisse donc beaucoup de place au hasard et ne permet pas de généraliser les résultats observés. En proposant plusieurs tâches par catégorie (exemple : deux tâches R, deux tâches RI, deux tâches CQ), cela limiterait les biais et permettrait de gagner en sensibilité. Il était cependant difficile de réaliser plus de tâches en une seule séance en raison du coût temporel de cette épreuve et de l'espace restreint dans lequel se déroulait la passation. De plus, les patients étaient relativement fatigables et la réalisation de trois tâches était déjà coûteuse pour eux. Il serait donc judicieux de réaliser cette évaluation en deux séances.

Nous avons vu que les tâches que nous avons créées comportaient des différences au niveau syntaxique. Il sera alors important de bien contrôler ce paramètre pour que la comparaison entre deux tâches de même catégorie soit possible et pertinente. De plus, il serait important de veiller à ce que ces nouvelles tâches soient réalisables au domicile de tous les patients si l'on veut faire passer ce test dans ce contexte.

Ensuite, la communication quotidienne a été testée en restant le plus fidèle possible à la procédure d'I. Gonzalez, afin de voir si elle pouvait être adaptée à distance de l'AVC. Pour cela, nous avons utilisé l'ECP et la tâche CQ du Test des trois tâches. Cependant, de

nombreuses critiques ont été formulées concernant la tâche CQ et elle reste difficilement comparable d'une passation à l'autre. Ainsi, il serait intéressant dans le cadre d'un autre mémoire d'évaluer la communication quotidienne de patients utilisant un classeur de communication à l'aide de l'analyse conversationnelle. Le but serait alors « d'évaluer l'impact direct des troubles cognitifs – et de l'aphasie en particulier – sur les conversations au quotidien » (De Partz, 2001). Cette grille d'analyse conversationnelle sera peut-être à adapter pour être au plus proche de la communication de patients utilisant principalement le canal non-verbal. Les stratégies de communication développées par les partenaires et les patients aphasiques pourraient ainsi être décrites fournissant des axes de travail en cas d'intervention auprès des couples.

V. Apports personnels

La réalisation de ce mémoire de recherche a été une expérience très enrichissante pour nous tant sur le plan personnel que professionnel.

Les nombreuses lectures d'articles que nous avons effectuées nous ont permis de connaître la prise en charge orthophonique dans le cadre d'une approche sociale. Nous avons découvert l'importance de la formation du partenaire de communication dans la prise en charge de la personne aphasique. Ceci va constituer un atout dans notre future pratique professionnelle.

De plus, nous avons pu mener des prises en charge entières seules et ainsi voir les effets de nos propres actions.

En tant qu'étudiantes, il a parfois été difficile d'oser pointer des comportements à modifier et de fournir certains conseils à des personnes en souffrance. Nous avons donc appris à trouver les mots justes et à valoriser les efforts déployés par le conjoint pour aider la personne aphasique.

Nous avons appris à nous adapter et à nous réajuster en cours de séances en tenant compte des compensations que les couples avaient déjà mises en place. En effet, il était important de pouvoir s'appuyer sur leurs propres compétences pour pouvoir faire avec eux un travail efficace.

Notre travail nous a permis de réfléchir sur la relation thérapeutique entre l'orthophoniste et son patient. Si nous leur avons apporté nos connaissances théoriques, ils nous ont appris sur la réalité clinique. En effet, qui mieux que le patient et son conjoint peuvent nous parler du vécu de l'aphasie.

CONCLUSION

L'installation du C.COM a fait ses preuves auprès de patients aphasiques sévères dans un cadre institutionnel et à une période proche de l'AVC. Nous voulions donc observer l'efficacité de cette mise en place en intervenant à domicile et chez des personnes aphasiques sévères non fluentes à distance de leur AVC. Afin de faciliter la mise en place du classeur nous avons proposé un programme d'intervention incluant le patient et son partenaire de communication privilégié.

Nous avons postulé que la procédure de mise en place du C.COM adaptée à la prise en charge à domicile de patient à distance de leur AVC améliorerait la communication entre l'aphasique et son conjoint. Cette amélioration serait possible grâce à une formation du partenaire à la réparation de la communication avec une personne aphasique et grâce à la mise en place d'un classeur de communication adapté.

Notre étude a montré que mettre en place un outil de communication augmentative dans ces conditions était possible. Cependant, nous avons été confrontées à des divergences dans nos résultats. Ceci nous a alors amenées à nous interroger sur l'un de nos outils d'évaluation : le test des trois tâches. Malgré ces biais concernant l'évaluation, l'entraînement du partenaire et la mise en place du classeur personnalisé ont répondu aux demandes que les couples nous avaient formulées au début du programme d'intervention.

Notre protocole a témoigné de l'intérêt d'un travail transdisciplinaire en permettant de créer un outil qui serait adapté tant dans sa forme que dans son contenu. Il a montré que la formation du partenaire était indispensable car la personne aphasique ne peut réparer seule sa communication.

Notre travail ayant porté uniquement sur les patients aphasiques non fluents il serait intéressant de proposer ce même protocole à des patients aphasiques fluents.

Face aux difficultés d'évaluation, notre étude a pointé la nécessité de revoir le test des trois tâches afin qu'il gagne en validité et en sensibilité. La communication au quotidien pourrait être évaluée par une grille d'analyse conversationnelle spécifiquement adaptée aux échanges avec un support de communication.

Ce mémoire de recherche offre de nouvelles perspectives pour la prise en charge orthophonique en libéral de patients à distance de leur AVC. En effet, il propose une prise en charge palliative aux personnes aphasiques et permet d'accompagner le partenaire pour qu'il puisse au quotidien communiquer en contournant les troubles aphasiques. De cette façon, la compétence de l'entourage et du patient sont reconnues pour qu'ils puissent gagner en autonomie dans leur vie quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

Brun, V., Tetu, F., Kunnert, J-E., D'Angeli, M. et Pelissier, J. (2000). Communications alternatives : pictogrammes, aidé par le langage gestuel. Dans J-M. Mazaux, V. Brun, J. Pélissier, *Aphasie 2000 - Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp. 102-110). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Charton-Gonzalez, I., Munier, N., Petit, H., Gaujard, E., Montero, C. (2004). Approche palliative des troubles de la communication: le C.COM, récit d'une expérience. *Entretiens d'orthophonie* (pp. 145-155). Paris: ESF.

Charton-Gonzalez I., Petit H., Munier N., et Gaujard E. (2005). Aspects pragmatiques de l'installation de l'outil palliatif de communication CCOM dans un établissement de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle. *Actes du VIII Congrès Transpyrénéen de Médecine Physique et de Réadaptation*, (p. 64).

Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. et Bernard, I. (2010). *Les aphasies: évaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Croisier, M. (1996). Mise en place d'un carnet de communication chez une personne sévèrement aphasique : partition pour soliste et orchestre. Neuchâtel : Fondation suisse pour les téléthèses.

Cros, M.-L. (2004). Création d'un protocole mesurant l'efficacité du C.COM au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle. Bordeaux : Mémoire d'orthophonie.

Daviet, J-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B. et Mazaux, J-M. (2007). Communication et aphasie. Dans J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun, *Aphasies et Aphasiques* (pp. 76-86). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

De Partz, M.-P. (1996). Les carnets de communication. *Journées scientifiques de l'école d'orthophonie de Lyon* (pp. 159-178). Lyon: MEDCOM.

De Partz, M.-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques: l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, pp. 4-12.

De Partz, M.-P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. Dans J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun, *Aphasies et aphasiques* (pp. 242-250). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Dessy, M.-L., Jacquemin A., De Partz, M.-P., Van Ruymbeke-Raison, A.-M., Coyette, F., Seron, X. (1989). La PACE : son utilisation, ses extensions et proposition d'une nouvelle grille d'évaluation. *Glossa* 13, pp. 12-23

Gatignol, P. (2009, Décembre). *Aphasies*, Ortho Edition. Isbergues.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Editions de Minuit.

Gonzalez, I. & Brun, V. (2007). Communications alternatives et suppléances fonctionnelles. Dans J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun, *Aphasies et aphasiques* (pp. 251-261). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Gonzalez, I. Munier, N. Petit, H. Gaujard, E. Bolinches, C. (s.d.). Consulté le Avril 19, 2011, sur LE C.COM: <http://www.leccom.fr/index.php>

Goulet de Rugy, B. (2002, septembre). La démarche interdisciplinaire: rêve, cauchemar ou possibilité? *Ergothérapies* , pp. 13-18.

Grice, H. (1979). Logique et Conversation, *Communication*, 30, 57-72

Jackobson, R. (1963). Essais de linguistique générale. Paris : Editions de Minuit.

Julien, M., Casseus, E., et Gérin-lajoie, A-M. (2002, décembre). Redonner à la personne aphasique du pouvoir sur sa vie: une question d'éthique. *Intervention* , pp. 24-34.

Julien, M. (2002). Peut-on aider les intervenants à se sentir plus à l'aise avec les personnes qui ont des capacités de communication limitées? *ISAAC Francophone*. Bruxelles.

Kagan, A. & Gailey, G.F. (1993). Chapter 9: Functional is not enough : training conversation partners for aphasic adults. Dans Holland, A., & Forbes, H. (Eds) *Aphasia treatment : world perspectives* . San Diego: Singular Publishing Group Inc.

Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to health professionals. *Topics in stroke rehabilitation* vol.2 , pp. 15-28.

Kagan, A. (1999). Communication strategies used by "good" versus "poor" speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology* vol.13 no 9. , pp. 807 - 820.

Kagan, A. & Simmons Mackie, N. (1999). Communication strategies used by "good" versus "poor" speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology* vol.13 no 9. , pp. 807 - 820.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1980) L'énonciation, Paris : Armand Colin.

Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology* vol.9 no.3 , pp. 239-255.

Mazaux, J-M., Moly, P., Giroire, J-M., Campan, P. et Pointreau, P. (2000). Approches psychologiques et sociales. Dans J-M. Mazaux, V. Brun, J. Pélissier, *Aphasie 2000 : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp. 153-156). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

Mazzucchi, A. (2000). Formes cliniques actuelles de l'aphasie : applications pour la rééducation. Dans J-M. Mazaux, V. Brun, J. Pélissier, *Aphasie 2000: rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp. 7-11). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnement en ergothérapie. Lausanne : Cahiers de l'EESP.

Michallet, B. & Le Dorze G. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de réadaptation et de médecine physique* n°42, 546-56

Michallet, B. Le Dorze, G. Tetreault, S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap: implications en réadaptation. *Annales de réadaptation et de médecine physique* n°42 , pp. 260-70.

OMS. (2001). Classification Internationale du Fonctionnement. Consulté le Avril 19, 2011, sur <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

Parent, M-C. (1999). Les aides à la communication pour la personne aphasique : construction et limites. *Glossa* 66, 34-50.

Parent, M-C. Simon, N. (2006). Consulté le 19 avril 2011, sur le SAICOMSA : <http://saicomsa.free.fr/index.php>

Peskine, A. & Pradat-Diehl, P. (2007). Etiologies de l'aphasie. Dans J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun, *Aphasies et aphasiques* (pp. 44-53). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Ponzio, J. Lafond, D. Degiovani, R. Joannette, Y. (1991). L'aphasique. Saint-Hyacinthe: Edisem.

Roch-Lecours, A. & Lhermitte, F. (1979). L'aphasie. Paris : Edition Flammarion.

Shannon, C.E. & Weaver, W. (1949). The mathematical Theory of communication, University of Illinois, Urbana III.

Tetu, F., Kunnert, J-E., Brun, V. (2000). Restauration, stimulation ou réorganisation? Dans J-M. Mazaux, V. Brun, J. Pélissier, *Aphasie 2000 : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp. 153-156). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

TESTS

Agniel, A., Joannette, Y., Doyon, B., Duchéin, C. (1992). Protocole Montréal-Toulouse d'évaluation des Gnosies Visuelles (PEGV). Ortho Edition, Isbergues.

Bergegot, C., Pradat-Diehl, P., Ferrand, I., Batterie de Décision Visuelle d'Objets (BDVO). Isbergues : Ortho Edition.

Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., Lefevre, M., (2001). Le Test lillois de communication (TLC). Isbergues : Ortho Edition.

ANNEXES

Annexe I : Compte rendu orthophonique de Mr V

Lyon, le 12 avril 2010

Fiche de suivi orthophonique M. V

Je continue à voir M. V 2 fois par semaine. L'aphasie, bien sûr, est toujours sévère mais il y a toujours une immense motivation et un désir réel de vouloir communiquer.

J'ai constaté un mieux :

- possibilité de dire les mots sur simple aide phonologique (et pas forcément alphabétique) ;
- reconnaissance de termes concrets écrits (porte, lampe, radio....) à la suite d'un travail sur photo et en oralisation répétée.

COMPREHENSION ORALE

Les difficultés de compréhension orale sont concentrées sur les phrases complexes et sur phrases réversibles. Les termes locatifs sont toujours très difficiles à intégrer. La désignation des parties du corps en revanche est bien meilleure.

Enfin, la reconnaissance et la compréhension des chiffres sont très bonnes. Il faut juste laisser du temps à M. V afin d'éviter persévérations et erreurs.

EXPRESSION ORALE :

Son aphasie non fluente est toujours sévère, avec mutisme.

Il peut articuler, sur répétition presque tous les sons, « k » et « g » restent impossibles à effectuer. Les sons « s » et « ch » et « r » sont très difficiles (j'avais crié victoire un peu trop tôt pour le son « r »).

Il parvient donc à répéter quasiment tous les mots. Bien sûr, il est difficilement compréhensible du fait de l'hypophonie, de l'impossibilité à enchaîner 2 syllabes sans essoufflement, du fait aussi d'une prosodie très monotone.

J'ai d'ailleurs contacté le kinésithérapeute afin de voir s'il n'était pas possible de travailler sa capacité respiratoire ; il m'a dit qu'il allait à nouveau concentrer les séances à ce sujet, sans grand espoir...

D'autre part, M. V réussit bien les compléments de phrases, de proverbes.

Enfin, la production des chiffres est possible et peut se faire presque sans aide phonologique. Il parvient parfaitement à faire des additions à 2, 3 chiffres.

COMPREHENSION ET EXPRESSION ECRITE :

Il ne peut toujours pas lire, la reconnaissance de lettres est très difficile. J'ai arrêté le travail avec lettres mobiles et je privilégie la reconnaissance globale, ce qui semble plus efficace. Il peut copier le terme, ses lettres sont mieux tracées mais ce travail de copie le désespère plus qu'autre chose. En effet, s'il parvient à reconnaître immédiatement une lettre, quelques minutes après, il les confond et cela le fait souffrir ; il veut surtout ardemment retrouver la parole. J'ai donc arrêté le travail d'écriture, trop confrontant et je privilégie la reconnaissance globale donc.

En conclusion,

La compréhension orale s'avère possible sur phrase simple non réversible, elle est bonne en contexte. L'expression orale est quasi impossible en spontané mais sur sollicitation, répétition, il peut produire plusieurs mots.

La compréhension écrite de phrases est impossible ; il parvient cependant à reconnaître certains termes travaillés intensément.

J'avais envisagé au départ un travail sur clavier mais je pense que cela ne serait pas forcément adéquat. En outre, M. V veut absolument retrouver la parole ; il m'est très difficile – voire impossible – de lui faire comprendre que peut-être cela ne sera jamais possible...

La prise en charge reste donc tout à fait indispensable et je travaille sur l'axe de la compréhension et de l'expression orale, travail de désignation... et surtout de l'expression orale en répétition, en complètement de phrases.

J'aimerais beaucoup qu'il puisse bénéficier d'un bilan complet auprès de vos services et j'apprécierai le regard neuf et très expérimenté de vos collègues orthophonistes ; je me sens parfois un peu seule dans cette prise en charge un peu lourde mais avec un patient si volontaire que l'on aimerait faire le maximum pour lui et avec lui...

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Recevez, Docteur, mes salutations distinguées.

Paule REGNIER- VIGOUROUX

Annexe II : Compte rendu orthophonique de Mr D

BILAN ORTHOPHONIQUE DE Mr D

Bilan réalisé (MT 86) du 18/10/2010 au 27/10/2010

Mr D

Patient en retraite, droitier

Marié, deux enfants

Mr D a subi le 18/04/2009 un AVC ischémique sylvien gauche étendu cortico-sous-cortical, il a bénéficié d'une thrombolyse lors de son hospitalisation initiale à l'hôpital de Villefranche sur Saône. Cet AVC a provoqué initialement une aphasie sévère, avec des troubles de la déglutition, une hémiplégie sévère également, des troubles praxiques.

L'évolution a été réelle mais lente et limitée. Il a été hospitalisé dans une clinique de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en hospitalisation complète jusqu'au 20/10/2009 puis en hospitalisation de jour (trois jours par semaine) du 21/10/2009 jusqu'au 23/07/2010. Il a repris le 13/10/2010.

On constate en conclusion de ce bilan :

- L'expression orale :
 - Sur le versant spontané, on reste dans le cadre d'une réduction encore sévère. Mr D peut répondre oui/non (bien mieux « discriminés ») et quelques automatismes cohérents dans le cadre d'un échange dont l'initiative dépend encore presque totalement de l'interlocuteur.
 - La répétition de mots est possible, on retrouve néanmoins des perturbations phonologiques fréquentes. Les non-mots et les mots longs sont très perturbés, la répétition de phrases est impossible sollicitant probablement trop la mémoire de travail.
 - La lecture à haute voix de mots isolés est extrêmement perturbée – 4 items sur 30 sont obtenus.
 - La dénomination reste très déficitaire : seuls quelques items sont produits correctement. On note de nombreuses perturbations phonologiques.
 - Plus généralement, on note lors des productions orales des troubles phonologiques (qui peuvent aboutir à des approximations ou à des néologismes) mais également quelques troubles sémantiques et des persévérations (moins fréquentes qu'avant).
 - On remarque également que les facilitations proposées par l'interlocuteur fonctionnent assez bien : ébauche orale, fin de phrases, mime...

- La compréhension orale :
 - La compréhension orale de mots est satisfaisante (on note un seul item échoué).
 - La compréhension orale de phrases a évolué (27 items réussis sur 38) mais ce score démontre une fragilité à prendre en compte dans les échanges spontanés et en exercices d'autant plus que Mr D a tendance à « donner le change ».
 - La compréhension de consignes est perturbée (3 items réussis sur 8), la mémoire de travail est fragile.

-
- L'expression écrite :
 - Elle reste extrêmement limitée, dans un contexte d'utilisation de la main gauche chez un droitier.
 - Mr D peut écrire quelques prénoms qui ont fait l'objet d'un apprentissage. De rares mots peuvent être produits mais avec une aide soutenue.
 - La copie est conservée
 - La dénomination aboutit à des paraphrasies.

 - La compréhension écrite :
 - De mots : 2 items réussis sur 5
 - De phrases : correcte avec un temps d'hésitation et de latence très importante.

 - Compréhensions textuelle non testée

 - Le calcul simple est relativement préservé à l'écrit

 - Les praxies bucco-faciales : restent à tester.

 - En résumé :
 - On constate chez Mr D une aphasie non fluente, avec une compréhension courante correcte corrélée à l'attitude d'écoute (attention), et à la mémoire de travail.
 - L'évolution réelle reste assez lente et modeste dans un contexte de motivation relative et d'acceptation ou en tous les cas d'accommodation des difficultés de communication.

Annexe III : Exemple du test des trois tâches pour le pré-test de Mr D et Mr V

« Le test des 3 tâches : J0 »

Tâche 1

	Tâche n°1 (R) « Pouvez- vous donner ce crayon à votre femme ?»		
	Echec	Réussite Partielle	Réussite
Sans C.COM			
Avec C.COM			

Observations

Procédure sans C.COM :

Procédure avec C.COM :

Tâche 2

	Tâche n°2 (RI) « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? »		
	Réception de l'énoncé (R)		
	Echec	Réussite Partielle	Réussite
Sans C.COM			
Avec C.COM			

	Tâche n°2 (RI) « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? »		
	Informativité de la réponse (I)		
	Echec	Réussite Partielle	Réussite
Sans C.COM			
Avec C.COM			

	Tâche n°2 (RI) « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? »		
	Analyse globale de la tâche		
	Echec	Réussite Partielle	Réussite
Sans C.COM			
Avec C.COM			

Observations

Procédure sans C.COM :

Procédure avec C.COM :

Tâche 3

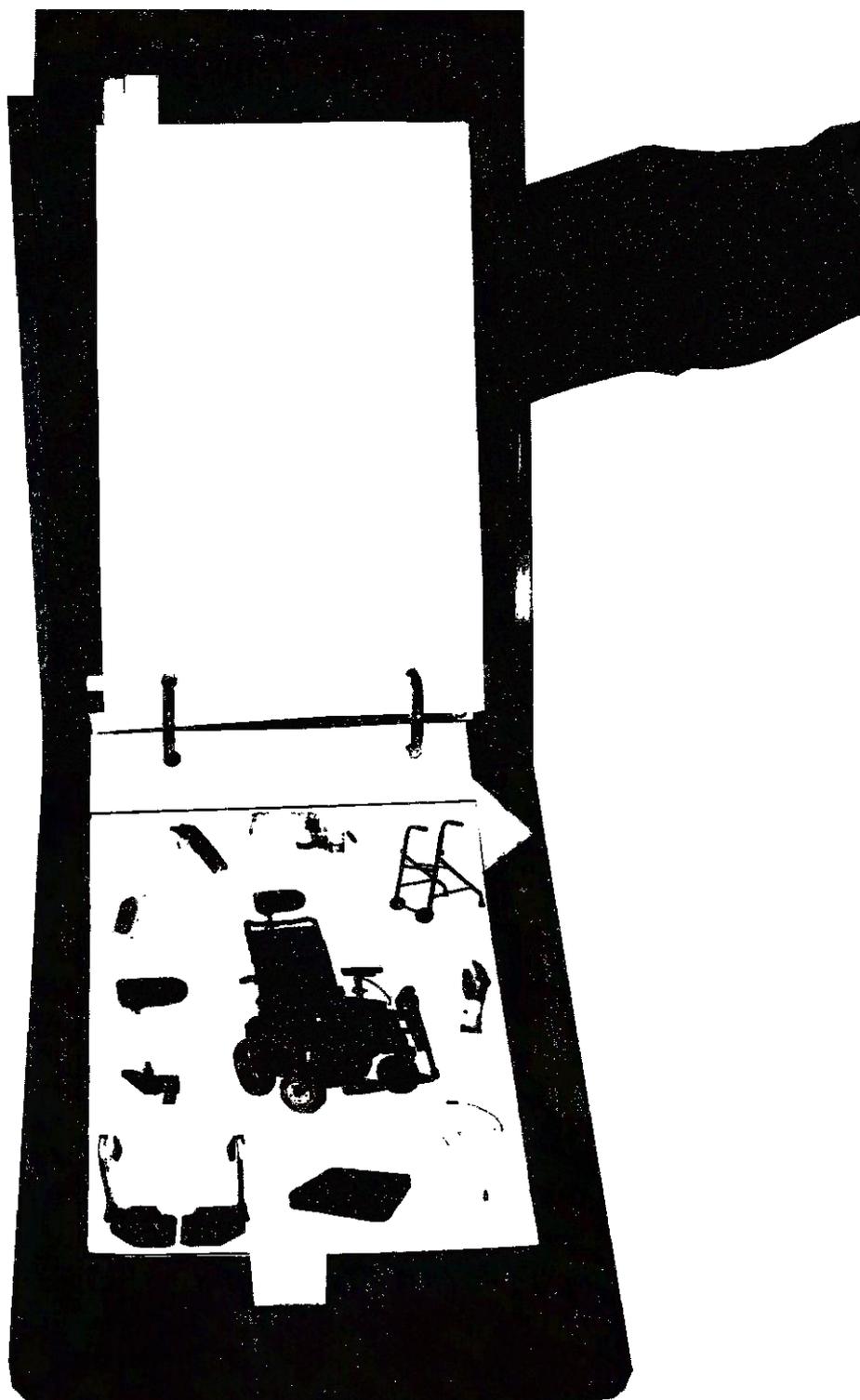
	Tâche n°3 (CQ) « Mr D informe sa femme sur ce qu'il souhaiterait manger à Noël» OU « Mr V informe sa femme qu'il souhaite faire un repas avec des proches »		
	Echec	Réussite Partielle	Réussite
Sans C.COM			
Avec C.COM			

Observations

Procédure sans C.COM :

Procédure avec C.COM :

Annexe IV : Exemple de classeur personnalisé C.COM



Annexe V : Exemples de planches personnalisées du C.COM





Annexe VI : Profil de communication TLC de Mr V

Profil de communication

de Mr/Mme : V le :

Une feuille de profil de communication a été élaborée dans deux buts principaux. Le premier a été de présenter les normes (moyenne et écart-type) dans chaque substest, le second d'utiliser une feuille unique pour récapituler les résultats et le profil d'un patient. On soulignera que le score des sujets normaux peut être très faible dans certains items de la communication non verbale.

Attention et motivation à la communication				
1 - Salutation verbale ou non verbale	0	①	2	(1,96±0,20)
2 - Attention aux propos	0	1	②	(1,98±0,15)
3 - Investissement, engagement dans l'interaction	0	①	2	(1,87±0,34)
Total attention motivation			4 /6	(5,81±0,50)
Communication verbale				
1 - Compréhension verbale	0	②	4	(4,00±0,00)
2 - Débit verbal	①	1	2	(2,00±0,00)
3 - Intelligibilité de la parole	①	1	2	(1,96±0,20)
4 - Informativité et pertinence du discours (NON EVALUABLE)				
A/ Au niveau lexical				
- Manques du mot	0	1	2	(2,00±0,00)
- Paraphasies	0	1	2	(2,00±0,00)
B/ Au niveau syntaxique.				
- Syntaxe contribuant à la communication	0	1	2	(2,00±0,00)
C/ Au niveau idéique et pragmatique				
- Réponses explicites aux questions ouvertes	0	1	2	(1,89±0,31)
- Maintien du thème de l'échange	0	1	2	(1,85±0,36)
- Apports d'informations nouvelles	0	1	2	(1,89±0,37)
- Introduction de nouveaux thèmes	0	1	2	(1,66±0,70)
- Organisation logique des éléments du discours	0	-	2	(1,85±0,51)
- Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	-	2	(1,91±0,41)
5 - Feed-back verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	①	-	2	(2,00±0,00)
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	①	-	2	(1,96±0,29)
6 - Utilisation du langage écrit	non		oui	
Total communication verbale			2 /30	(28,98±1,33)
Communication non verbale				
1 - Compréhension des signes non verbaux				
- Déictiques, gestes ou regard	0	①		(1,00±0,00)
- Gestes symboliques	0	①		(1,00±0,00)
- Mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	①		(1,00±0,00)
- Mimes de la forme de l'objet	0	①		(1,00±0,00)
- Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	0	①		(1,00±0,00)
2 - Expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales...	0	1	③	(2,53±0,86)
3 - Informativité				
A/ Au niveau pragmatique interactionnel				
Respect des règles conversationnelles, par utilisation:				
- Prosodie adaptée	①	1		(1,00±0,00)
- Regard régulateur	0	①		(0,87±0,34)
- Mimogestualité régulatrice	0	①		(0,98±0,15)
Respect des tours de parole	①	1		(0,87±0,34)
B/ Au niveau lexical				
- Recours spontané à la communication non verbale	①		2	(0,00±0,00)
- Production de déictiques	①	1	2	(0,30±0,72)
- Production de gestes symboliques	①	1	2	(0,00±0,00)
- Production de gestes d'utilisation d'objets ou d'action	①	①	2	(0,21±0,62)
- Production de mimes de la forme de l'objet	①	1	2	(0,09±0,41)
- Production de mimes évoquant un état physique ou émotionnel	①	1	2	(0,00±0,00)
C/ Au niveau idéique. Production de séquences des signes non verbaux				
4 - Feed-back non verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	①	-	2	(1,96±0,29)
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	①	-	②	(1,91±0,41)
5 - Utilisation du dessin	non		oui	
Total communication non verbale			13 /30	(15,74±1,58)
Score global TLC = AM x 2,5 + CV x 1,3 + CNV x 1,53 =				
			32,49 /100	(76,28±4,03)

Annexe VII : Grilles récapitulatives des ECP de Mme V

1. Pré-test

ÉCHELLE RÉCAPITULATIVE

ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE CONTOURNEMENT DES DÉFICIENCES APHASIQUES SÉVÈRES

Enquête destinée au partenaire

Nom : Mme V Prénom : Date : Pré-test

I. VOTRE CONJOINT

A. LORSQU'IL CHERCHE À SE FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à sa disposition pour communiquer :

A.1. Essaie-t-il d'utiliser le langage avant toute autre tentative ?	0	1	2	3
A.2. Essaie-t-il aussi autre chose que le langage ?	0	1	2	3

A. Communication globale patient 4/ 06

II. VOUS

B. LORSQUE VOUS CHERCHEZ À VOUS FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à votre disposition pour communiquer

C.1. Passez-vous en priorité par le langage ?	0	1	2	3
C.2. En parlant ralentissez-vous votre vitesse ?	0	1	2	3
C.3. Utilisez-vous aussi un autre moyen ?	0	1	2	3
C.4. Vous vous rendez compte quand il ne vous a pas compris ? (Non réponse)	0	1	2	3
C.5. Il vous prévient clairement quand il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

C. Communication globale partenaire 3/ 15

III. QUALITÉ DE SA PARTICIPATION EN FAMILLE, AVEC DES AMIS, CONTACTS À L'EXTERIEUR

E. A LA MAISON

E.1. Accepte-t-il de communiquer avec vous ?	0	1	2	3
E.2. Intervient-il pour vous expliquer une idée ?	0	1	2	3
E.3. A-t-il conservé des activités dans la maison ?	0	1	2	3
E.4. Cherche-t-il à participer aux activités de la maison ?	0	1	2	3
E.5. Accepte-t-il facilement de sortir avec vous ?	0	1	2	3
E.6. Vous interroge-t-il sur vos projets ?	0	1	2	3
E.7. Il vous met au courant de ses projets ?	0	1	2	3
E.8. Vous propose-t-il des activités ?	0	1	2	3

E. Maison 11 / 24

F. EN FAMILLE :

F.1. A-t-il envie de communiquer en famille ?	0	1	2	3
F.2. Il intervient en famille pour expliquer une idée ?	0	1	2	3

F. Famille : 3 / 6

G. À L'EXTERIEUR :

G.1. Il accepte facilement de recevoir des amis ?	0	1	2	3
G.2. De sortir avec vous pour aller chez des amis ?	0	1	2	3
G.3. A-t-il envie de communiquer avec des étrangers ?	0	1	2	3
G.4. De prendre le téléphone avec quelqu'un de connu ?	0	1	2	3
G.5. Répond-il au téléphone en votre absence ?	0	1	2	3
G.6. Répond-il à la sonnette en votre présence ?	0	1	2	3
G.7. Répond-il à la sonnette en votre absence ?	0	1	2	3

G. Extérieur : 6 / 21

Score global : 27 / 72

2. Post-test 1

ÉCHELLE RÉCAPITULATIVE

ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE CONTOURNEMENT DANS LES DÉFICIENCES APHASIQUES SÉVÈRES APRÈS MISE EN PLACE D'UN CLASSEUR DE COMMUNICATION

Enquête destinée au partenaire

Nom : **Mme V** Prénom : Date : **Post-test 1**

I. VOTRE CONJOINT

A. LORSQU'IL CHERCHE À SE FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à sa disposition pour communiquer :

A.1. Essaie-t-il d'utiliser le langage avant toute autre tentative ?	0	1	2	3
A.2. Essaie-t-il aussi autre chose que le langage ?	0	1	2	3

A. Communication globale : patient 4/ 6

B. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

B.1. Le comprenez-vous sans le classeur de communication?	0	1	2	3
B.2. Il utilise son classeur pour transmettre une information?	0	1	2	3
B.3. Il prend lui-même son classeur, de sa propre initiative ?	0	1	2	3
B.4. Devez-vous aller chercher vous-même le classeur ?	0	1	2	3

Vous pilotez le classeur vous-même :

B.5. Il accepte d'utiliser le classeur si vous l'ouvrez ?	0	1	2	3
B.6. Le comprenez-vous lorsque vous l'aidez ?	0	1	2	3
B.7. Devez-vous pointer vous-même pour comprendre ?	0	1	2	3

Il participe au pilotage du classeur :

B.8. Tourne-t-il seul les pages du classeur ?	0	1	2	3
B.9. Trouve-t-il facilement seul la bonne catégorie ?	0	1	2	3
B.10. La photo qu'il choisit est adaptée à son message ?	0	1	2	3
B.11. Il associe deux pointages pour faire comprendre une idée ?	0	1	2	3
B.12. Vous le comprenez s'il utilise tout seul le classeur ?	0	1	2	3

Lorsqu'il ne parvient pas à se faire comprendre malgré le classeur :

B.13. Pour vous aider il peut vous expliquer son idée autrement ?	0	1	2	3
B.14. Abandonne-t-il rapidement s'il essaie tout seul ?	0	1	2	3
B.15. Et si c'est vous qui pilotez seul le classeur ?	0	1	2	3

B. Apport classeur de communication : patient 24/ 45

II. VOUS

C. LORSQUE VOUS CHERCHEZ À VOUS FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à votre disposition pour communiquer

C.1. Passez-vous en priorité par le langage ?	0	1	2	3
C.2. En parlant ralentissez-vous votre vitesse ?	0	1	2	3
C.3. Utilisez-vous aussi autre chose ?	0	1	2	3
C.4. Vous vous rendez compte quand il ne vous a pas compris ?	0	1	2	3
C.5. Il vous prévient clairement quand il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

C. Communication globale : partenaire 10 / 15

D. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

D.1. Vous faites vous comprendre sans le classeur ?	0	1	2	3
D.2. Il accepte le classeur pour comprendre ?	0	1	2	3
D.3. Il utilise le classeur pour mieux comprendre ?	0	1	2	3
D.4. Allez-vous systématiquement chercher le classeur ?	0	1	2	3
D.5. Utilisez-vous le classeur dès que la communication bloque ?	0	1	2	3

Vous le guidez pour l'aider à vous comprendre :

D.6. Il utilise le classeur si c'est vous qui l'ouvrez ?	0	1	2	3
D.7. En pointant une photographie, il comprend mieux ?	0	1	2	3
D.8. Trouvez-vous facilement la bonne photographie ?	0	1	2	3
D.9. Il vous comprend si vous utilisez le classeur ?	0	1	2	3
D.10. Il comprend si vous pointez deux photos ?	0	1	2	3

Lorsque vous ne parvenez pas à vous faire comprendre malgré le classeur :

D.11. Abandonnez-vous vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3
D.12. Vous essayez de vous expliquer d'une autre manière ?	0	1	2	3
D.13. Il abandonne vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

D. Apport classeur de communication : partenaire 24 / 39

III. QUALITÉ DE SA PARTICIPATION EN FAMILLE, AVEC DES AMIS, CONTACTS À L'EXTERIEUR

F. A LA MAISON

E.1. Accepte-t-il de communiquer avec vous ?	0	1	2	3
E.2. Intervient-il pour vous expliquer une idée ?	0	1	2	3
E.3. A-t-il conservé des activités dans la maison ? (Non réponse)	0	1	2	3
E.4. Cherche-t-il à participer aux activités de la maison ?	0	1	2	3
E.5. Accepte-t-il facilement de sortir avec vous ?	0	1	2	3
E.6. Vous interroge-t-il sur vos projets ?	0	1	2	3
E.7. Il vous met au courant de ses projets ?	0	1	2	3
E.8. Vous propose-t-il des activités ?	0	1	2	3

E. Maison : 10 / 24

F. EN FAMILLE :

F.1. A-t-il envie de communiquer en famille ?	0	1	2	3
F.2. Il intervient en famille pour expliquer une idée ?	0	1	2	3

F. Famille : 1 / 6

G. À L'EXTERIEUR :

G.1. Il accepte facilement de recevoir des amis ?	0	1	2	3
G.2. De sortir avec vous pour aller chez des amis ?	0	1	2	3
G.3. A-t-il envie de communiquer avec des étrangers ?	0	1	2	3
G.4. De prendre le téléphone avec quelqu'un de connu ?	0	1	2	3
G.5. Répond-il au téléphone en votre absence ?	0	1	2	3
G.6. Répond-il à la sonnette en votre présence ?	0	1	2	3
G.7. Répond-il à la sonnette en votre absence ?	0	1	2	3

G. Extérieur : 3 / 21

Score global : 74 / 156

3. Post-test 2

ÉCHELLE RÉCAPITULATIVE

ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE CONTOURNEMENT DANS LES DÉFICIENCES APHASIQUES SÉVÈRES APRÈS MISE EN PLACE D'UN CLASSEUR DE COMMUNICATION

Enquête destinée au partenaire

Nom : **Mme V** Prénom : Date : **Post-test 2**

I. VOTRE CONJOINT

A. LORSQU'IL CHERCHE À SE FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à sa disposition pour communiquer :

A.1. Essaie-t-il d'utiliser le langage avant toute autre tentative ?	0	1	2	3
A.2. Essaie-t-il aussi autre chose que le langage ?	0	1	2	3

A. Communication globale : patient 4 / 6

B. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

B.1. Le comprenez-vous sans le classeur de communication?	0	1	2	3
B.2. Il utilise son classeur pour transmettre une information?	0	1	2	3
B.3. Il prend lui-même son classeur, de sa propre initiative ?	0	1	2	3
B.4. Devez-vous aller chercher vous-même le classeur ?	0	1	2	3

Vous pilotez le classeur vous-même :

B.5. Il accepte d'utiliser le classeur si vous l'ouvrez ?	0	1	2	3
B.6. Le comprenez-vous lorsque vous l'aidez ?	0	1	2	3
B.7. Devez-vous pointer vous-même pour comprendre ?	0	1	2	3

Il participe au pilotage du classeur :

B.8. Tourne-t-il seul les pages du classeur ?	0	1	2	3
B.9. Trouve-t-il facilement seul la bonne catégorie ?	0	1	2	3
B.10. La photo qu'il choisit est adaptée à son message ?	0	1	2	3
B.11. Il associe deux pointages pour faire comprendre une idée ?	0	1	2	3
B.12. Vous le comprenez s'il utilise tout seul le classeur ?	0	1	2	3

Lorsqu'il ne parvient pas à se faire comprendre malgré le classeur :

B.13. Pour vous aider il peut vous explique son idée autrement ?	0	1	2	3
B.14. Abandonne-t-il rapidement s'il essaie tout seul ?	0	1	2	3
B.15. Et si c'est vous qui pilotez seul le classeur ?	0	1	2	3

B. Apport classeur de communication : patient 28 / 45

II. VOUS

C. LORSQUE VOUS CHERCHEZ À VOUS FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à votre disposition pour communiquer

C.1. Passez-vous en priorité par le langage ?	0	1	2	3
C.2. En parlant ralentissez-vous votre vitesse ?	0	1	2	3
C.3. Utilisez-vous aussi autre chose ?	0	1	2	3
C.4. Vous vous rendez compte quand il ne vous a pas compris ?	0	1	2	3
C.5. Il vous prévient clairement quand il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

C. Communication globale : partenaire 7 / 15

D. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

D.1. Vous faites vous comprendre sans le classeur ?	0	1	2	3
D.2. Il accepte le classeur pour comprendre ?	0	1	2	3
D.3. Il utilise le classeur pour mieux comprendre ? (Non réponse)	0	1	2	3
D.4. Allez-vous systématiquement chercher le classeur ? (Non réponse)	0	1	2	3
D.5. Utilisez-vous le classeur dès que la communication bloque ?	0	1	2	3

Vous le guidez pour l'aider à vous comprendre :

D.6. Il utilise le classeur si c'est vous qui l'ouvrez ?	0	1	2	3
D.7. En pointant une photographie, il comprend mieux ?	0	1	2	3
D.8. Trouvez-vous facilement la bonne photographie ?	0	1	2	3
D.9. Il vous comprend si vous utilisez le classeur ?	0	1	2	3
D.10. Il comprend si vous pointez deux photos ? (Non réponse)	0	1	2	3

Lorsque vous ne parvenez pas à vous faire comprendre malgré le classeur :

D.11. Abandonnez-vous vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3
D.12. Vous essayez de vous expliquer d'une autre manière ?	0	1	2	3
D.13. Il abandonne vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

D. Apport classeur de communication : partenaire 22/ 39

III. QUALITÉ DE SA PARTICIPATION EN FAMILLE, AVEC DES AMIS, CONTACTS À L'EXTERIEUR

G. A LA MAISON

E.1. Accepte-t-il de communiquer avec vous ?	0	1	2	3
E.2. Intervient-il pour vous expliquer une idée ?	0	1	2	3
E.3. A-t-il conservé des activités dans la maison ?	0	1	2	3
E.4. Cherche-t-il à participer aux activités de la maison ?	0	1	2	3
E.5. Accepte-t-il facilement de sortir avec vous ?	0	1	2	3
E.6. Vous interroge-t-il sur vos projets ?	0	1	2	3
E.7. Il vous met au courant de ses projets ?	0	1	2	3
E.8. Vous propose-t-il des activités ?	0	1	2	3

E. Maison : 12 / 24

F. EN FAMILLE :

F.1. A-t-il envie de communiquer en famille ?	0	1	2	3
F.2. Il intervient en famille pour expliquer une idée ?	0	1	2	3

F. Famille : 3 / 6

G. À L'EXTERIEUR :

G.1. Il accepte facilement de recevoir des amis ?	0	1	2	3
G.2. De sortir avec vous pour aller chez des amis ?	0	1	2	3
G.3. A-t-il envie de communiquer avec des étrangers ?	0	1	2	3
G.4. De prendre le téléphone avec quelqu'un de connu ?	0	1	2	3
G.5. Répond-il au téléphone en votre absence ?	0	1	2	3
G.6. Répond-il à la sonnette en votre présence ?	0	1	2	3
G.7. Répond-il à la sonnette en votre absence ?	0	1	2	3

G. Extérieur : 4 / 21

Score global : 80 / 156

Annexe VIII : Profil de communication TLC de Mr D

Profil de communication

de Mr/Mme : D..... le :

Une feuille de profil de communication a été élaborée dans deux buts principaux. Le premier a été de présenter les normes (moyenne et écart-type) dans chaque subtest, le second d'utiliser une feuille unique pour récapituler les résultats et le profil d'un patient. On soulignera que le score des sujets normaux peut être très faible dans certains items de la communication non verbale.

Attention et motivation à la communication				
1 - Salutation verbale ou non verbale	0	①	2	(1,96±0,20)
2 - Attention aux propos	0	1	②	(1,98±0,15)
3 - Investissement, engagement dans l'interaction	0	1	②	(1,87±0,34)
Total attention motivation			5 / 6	(5,81±0,50)
Communication verbale				
1 - Compréhension verbale	0	2	④	(4,00±0,00)
2 - Débit verbal	0	①	2	(2,00±0,00)
3 - Intelligibilité de la parole	0	①	2	(1,96±0,20)
4 - Informativité et pertinence du discours				
A/ Au niveau lexical				
- Manques du mot	①	1	2	(2,00±0,00)
- Paraphasies	0	①	2	(2,00±0,00)
B/ Au niveau syntaxique.				
- Syntaxe contribuant à la communication	①	1	2	(2,00±0,00)
C/ Au niveau idéique et pragmatique				
- Réponses explicites aux questions ouvertes	0	①	2	(1,89±0,31)
- Maintien du thème de l'échange	0	1	②	(1,85±0,36)
- Apports d'informations nouvelles	0	1	②	(1,89±0,37)
- Introduction de nouveaux thèmes	①	1	2	(1,66±0,70)
- Organisation logique des éléments du discours	①	-	2	(1,85±0,51)
- Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	-	③	(1,91±0,41)
5 - Feed-back verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	①	-	2	(2,00±0,00)
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	0	-	②	(1,96±0,29)
6 - Utilisation du langage écrit	non		oui	
Total communication verbale			16 / 30	(28,98±1,33)
Communication non verbale				
1 - Compréhension des signes non verbaux				
- Déictiques, gestes ou regard	0	①		(1,00±0,00)
- Gestes symboliques	①	1		(1,00±0,00)
- Mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	①		(1,00±0,00)
- Mimes de la forme de l'objet	0	①		(1,00±0,00)
- Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	①	1		(1,00±0,00)
2 - Expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales...	0	1	③	(2,53±0,86)
3 - Informativité				
A/ Au niveau pragmatique interactionnel				
Respect des règles conversationnelles, par utilisation :				
- Prosodie adaptée	0	①		(1,00±0,00)
- Regard régulateur	0	①		(0,87±0,34)
- Mimogestualité régulatrice	0	①		(0,98±0,15)
Respect des tours de parole	0	①		(0,87±0,34)
B/ Au niveau lexical				
- Recours spontané à la communication non verbale	0		②	(0,00±0,00)
- Production de déictiques	①	1	2	(0,30±0,72)
- Production de gestes symboliques	①	1	2	(0,00±0,00)
- Production de gestes d'utilisation d'objets ou d'action	0	1	②	(0,21±0,62)
- Production de mimes de la forme de l'objet	0	1	②	(0,09±0,41)
- Production de mimes évoquant un état physique ou émotionnel	0	1	②	(0,00±0,00)
C/ Au niveau idéique. Production de séquences des signes non verbaux				
- Production de séquences des signes non verbaux	①	-	2	(0,00±0,00)
4 - Feed-back non verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	-	②	(1,96±0,29)
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	0	-	②	(1,91±0,41)
5 - Utilisation du dessin	non		oui	
Total communication non verbale			22 / 30	(15,74±1,58)
Score global TLC = AM x 2,5 + CV x 1,3 + CNV x 1,53 =				66,96 / 100 (76,28±4,03)

Annexe IX : Grilles récapitulatives des ECP de Mme D

1. Pré-test

ÉCHELLE RÉCAPITULATIVE

ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE CONTOURNEMENT DES DÉFICIENCES APHASIQUES SÉVÈRES

Enquête destinée au partenaire

Nom : Mme D Prénom : Date : Pré-test

I. VOTRE CONJOINT

A. LORSQU'IL CHERCHE À SE FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à sa disposition pour communiquer :

A.1. Essaie-t-il d'utiliser le langage avant toute autre tentative ?	0	1	2	3
A.2. Essaie-t-il aussi autre chose que le langage ?	0	1	2	3
A. Communication globale patient 2 / 06				

II. VOUS

B. LORSQUE VOUS CHERCHEZ À VOUS FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à votre disposition pour communiquer

C.1. Passez-vous en priorité par le langage ?	0	1	2	3
C.2. En parlant ralentissez-vous votre vitesse ?	0	1	2	3
C.3. Utilisez-vous aussi un autre moyen ?	0	1	2	3
C.4. Vous vous rendez compte quand il ne vous a pas compris ?	0	1	2	3
C.5. Il vous prévient clairement quand il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3
C. Communication globale partenaire 6 / 15				

III. QUALITÉ DE SA PARTICIPATION EN FAMILLE, AVEC DES AMIS, CONTACTS À L'EXTERIEUR

H. A LA MAISON

E.1. Accepte-t-il de communiquer avec vous ?	0	1	2	3
E.2. Intervient-il pour vous expliquer une idée ?	0	1	2	3
E.3. A-t-il conservé des activités dans la maison ?	0	1	2	3
E.4. Cherche-t-il à participer aux activités de la maison ?	0	1	2	3
E.5. Accepte-t-il facilement de sortir avec vous ?	0	1	2	3
E.6. Vous interroge-t-il sur vos projets ?	0	1	2	3
E.7. Il vous met au courant de ses projets ?	0	1	2	3
E.8. Vous propose-t-il des activités ?	0	1	2	3
E. Maison : 10 / 24				

F. EN FAMILLE :

F.1. A-t-il envie de communiquer en famille ?	0	1	2	3
F.2. Il intervient en famille pour expliquer une idée ?	0	1	2	3
F. Famille : 3 / 6				

G. À L'EXTERIEUR :

G.1. Il accepte facilement de recevoir des amis ?	0	1	2	3
G.2. De sortir avec vous pour aller chez des amis ?	0	1	2	3
G.3. A-t-il envie de communiquer avec des étrangers ?	0	1	2	3
G.4. De prendre le téléphone avec quelqu'un de connu ?	0	1	2	3
G.5. Répond-il au téléphone en votre absence ?	0	1	2	3
G.6. Répond-il à la sonnette en votre présence ?	0	1	2	3
G.7. Répond-il à la sonnette en votre absence ?	0	1	2	3
G. Extérieur : 10 / 21				

Score global 31/72

2. Post-test

ÉCHELLE RÉCAPITULATIVE ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE CONTOURNEMENT DANS LES DÉFICIENCES APHASIQUES SÉVÈRES APRÈS MISE EN PLACE D'UN CLASSEUR DE COMMUNICATION

Enquête destinée au partenaire

Nom : **Mme D** Prénom : Date : **Post-test**

— I. VOTRE CONJOINT —

A. LORSQU'IL CHERCHE À SE FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à sa disposition pour communiquer :

A.1. Essaie-t-il d'utiliser le langage avant toute autre tentative ?	0	1	2	3
A.2. Essaie-t-il aussi autre chose que le langage ?	0	1	2	3

A. Communication globale : patient 2 / 6

B. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

B.1. Le comprenez-vous sans le classeur de communication?	0	1	2	3
B.2. Il utilise son classeur pour transmettre une information?	0	1	2	3
B.3. Il prend lui-même son classeur, de sa propre initiative ?	0	1	2	3
B.4. Devez-vous aller chercher vous-même le classeur ?	0	1	2	3

Vous pilotez le classeur vous-même :

B.5. Il accepte d'utiliser le classeur si vous l'ouvrez ?	0	1	2	3
B.6. Le comprenez-vous lorsque vous l'aidez ?	0	1	2	3
B.7. Devez-vous pointer vous-même pour comprendre ?	0	1	2	3

Il participe au pilotage du classeur :

B.8. Tourne-t-il seul les pages du classeur ?	0	1	2	3
B.9. Trouve-t-il facilement seul la bonne catégorie ?	0	1	2	3
B.10. La photo qu'il choisit est adaptée à son message ?	0	1	2	3
B.11. Il associe deux pointages pour faire comprendre une idée ? (Non réponse)	0	1	2	3
B.12. Vous le comprenez s'il utilise tout seul le classeur ?	0	1	2	3

Lorsqu'il ne parvient pas à se faire comprendre malgré le classeur :

B.13. Pour vous aider il peut vous expliquer son idée autrement ?	0	1	2	3
B.14. Abandonne-t-il rapidement s'il essaie tout seul ?	0	1	2	3
B.15. Et si c'est vous qui pilotez seul le classeur ?	0	1	2	3

B. Apport classeur de communication : patient 23 / 45

II. VOUS

C. LORSQUE VOUS CHERCHEZ À VOUS FAIRE COMPRENDRE :

Les moyens à votre disposition pour communiquer

C.1. Passez-vous en priorité par le langage ?	0	1	2	3
C.2. En parlant ralentissez-vous votre vitesse ?	0	1	2	3
C.3. Utilisez-vous aussi autre chose ?	0	1	2	3
C.4. Vous vous rendez compte quand il ne vous a pas compris ?	0	1	2	3
C.5. Il vous prévient clairement quand il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

C. Communication globale : partenaire 9 / 15

D. LE CLASSEUR DE COMMUNICATION :

D.1. Vous faites vous comprendre sans le classeur ?	0	1	2	3
D.2. Il accepte le classeur pour comprendre ?	0	1	2	3
D.3. Il utilise le classeur pour mieux comprendre ?	0	1	2	3
D.4. Allez-vous systématiquement chercher le classeur ?	0	1	2	3
D.5. Utilisez-vous le classeur dès que la communication bloque ?	0	1	2	3

Vous le guidez pour l'aider à vous comprendre :

D.6. Il utilise le classeur si c'est vous qui l'ouvrez ?	0	1	2	3
D.7. En pointant une photographie, il comprend mieux ?	0	1	2	3
D.8. Trouvez-vous facilement la bonne photographie ?	0	1	2	3
D.9. Il vous comprend si vous utilisez le classeur ?	0	1	2	3
D.10. Il comprend si vous pointez deux photos ? (Non réponse)	0	1	2	3

Lorsque vous ne parvenez pas à vous faire comprendre malgré le classeur :

D.11. Abandonnez-vous vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3
D.12. Vous essayez de vous expliquer d'une autre manière ?	0	1	2	3
D.13. Il abandonne vite s'il ne vous comprend pas ?	0	1	2	3

D. Apport classeur de communication : partenaire 26 / 39

III. QUALITÉ DE SA PARTICIPATION EN FAMILLE, AVEC DES AMIS, CONTACTS À L'EXTERIEUR

I. A LA MAISON

E.1. Accepte-t-il de communiquer avec vous ?	0	1	2	3
E.2. Intervient-il pour vous expliquer une idée ?	0	1	2	3
E.3. A-t-il conservé des activités dans la maison ?	0	1	2	3
E.4. Cherche-t-il à participer aux activités de la maison ?	0	1	2	3
E.5. Accepte-t-il facilement de sortir avec vous ?	0	1	2	3
E.6. Vous interroge-t-il sur vos projets ?	0	1	2	3
E.7. Il vous met au courant de ses projets ?	0	1	2	3
E.8. Vous propose-t-il des activités ?	0	1	2	3

E. Maison : 15 / 24

F. EN FAMILLE :

F.1. A-t-il envie de communiquer en famille ?	0	1	2	3
F.2. Il intervient en famille pour expliquer une idée ?	0	1	2	3

F. Famille : 2 / 6

G. À L'EXTERIEUR :

G.1. Il accepte facilement de recevoir des amis ?	0	1	2	3
G.2. De sortir avec vous pour aller chez des amis ?	0	1	2	3
G.3. A-t-il envie de communiquer avec des étrangers ?	0	1	2	3
G.4. De prendre le téléphone avec quelqu'un de connu ?	0	1	2	3
G.5. Répond-il au téléphone en votre absence ?	0	1	2	3
G.6. Répond-il à la sonnette en votre présence ?	0	1	2	3
G.7. Répond-il à la sonnette en votre absence ?	0	1	2	3

G. Extérieur : 9 / 21

Score global : 86 / 156

Annexes des verso

1. Verso page 20

	Intérêts	Limites
Patient aphasique	<ul style="list-style-type: none"> - Maintient le canal de communication pour empêcher l'isolement du patient et lui permettre de rester acteur des décisions le concernant - Détourne le handicap linguistique - Outil évolutif (ajout ou modification de planches selon le vécu du patient) - Permet avec soutien de transmettre une information. - Peut favoriser la canalisation de l'expression orale 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation possible avec une aphasie fluente mais plus longue et plus minutieuse : le partenaire devra savoir canaliser l'attention et les propos du patient, s'ajuster plus finement pour rester au plus près des informations transmises par la personne aphasique, reformuler et vérifier les propos - En cas d'apraxie, la transmission du message est compliquée à cause de la perturbation du geste de désignation - L'utilisation dépend du partenaire non aphasique et de sa motivation
Classeur	<ul style="list-style-type: none"> - Outil attractif et non infantilisant - Mode d'utilisation simple et directe - Pas d'apprentissage d'un code, accès immédiat - Maintient les interlocuteurs dans une dynamique d'échange : encourage la recherche d'une solution 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte pour le patient ou son entourage que son usage entraîne l'abandon de l'aspect verbal de la communication. Cette croyance peut empêcher l'investissement du classeur
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> - Outil facile à s'approprier - Evite le malaise des blocages dans l'échange - Permet de traiter les échanges de base - Redonne le sentiment d'une compétence à communiquer - Facilement adaptable - Suite à l'entraînement à l'utilisation du C.COM, acquisition de stratégies permettant de faciliter l'échange 	<p>INSTITUTION Une absence de mobilisation entraîne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mauvaise connaissance des items - Un refus de libérer du temps - Une résistance naturelle à la nouveauté <p>FAMILLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du classeur impossible si la qualité de la communication antérieure à l'AVC était mauvaise - Impossible dans la phase de déni du trouble - Absence de motivation à utiliser le classeur en cas de méconnaissance des troubles de compréhension - Une résistance naturelle à la nouveauté

Tableau 2 : Analyse de l'outil C.COM : limites et intérêts (d'après Charton-Gonzalez et al., 2004)

2. Verso page 42

Date	Objet	Remarques
Deuxième semaine de septembre (6 au 12/09/2010)	Contact téléphonique avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> - Explication de notre projet (durée, objectifs) - Informations sur le support utilisé (C.COM)
Quatrième semaine de septembre (20 au 26/09/2010)	Evaluation (une séance) et inclusion définitive au programme	<ul style="list-style-type: none"> - Passation du PEGV et de la BDVO
Cinquième semaine de septembre 27/09 au 3/10/2010)	- Evaluation de la communication du patient (une séance)	<ul style="list-style-type: none"> - TLC
Deuxième semaine d'octobre (11 au 17/10/2010)	Rendez vous avec les ergothérapeutes, les patients et leurs conjointes	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu des ergothérapeutes - Sélection des items à inclure dans le C.COM
Troisième semaine d'octobre (22 au 24/10/2010)	Construction des classeurs personnalisés	
Quatrième semaine d'octobre (25 au 31/10/2010)	Rencontre avec chaque patient et sa conjointe (une séance)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du classeur - Echange sur l'aphasie - Evaluation pré-test (ECP, « test des trois tâches »)
Du 26 octobre au 18 décembre 2010	Programme d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - une séance par semaine pendant huit semaines
Troisième semaine de décembre (13 au 19/12/2010)	Evaluation post-test J60	<ul style="list-style-type: none"> - ECP et Test des trois tâches
Mi Janvier 2011	Evaluation post-test J90	<ul style="list-style-type: none"> - ECP et Test des trois tâches

Tableau 3 : Calendrier des expérimentations

3. Verso page 46

PRE-TEST : Mr V						
Tâches	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
R : « Pouvez vous donner ce crayon à votre femme ? »	X			X		
RI : « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? »	X			X		
CQ : Mr V informe sa femme qu'il souhaite faire un repas avec des proches	X			X		
Total	3/3	0/3	0/3	3/3	0/3	0/3
POST-TEST 1 : Mr V						
Tâches	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
R : « pouvez vous donner cette feuille à votre femme ? »			X			
RI : Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter le programme TV ?	X					X
CQ : Mr V informe sa femme sur le cadeau qu'il souhaite recevoir à Noël	X					X
Total	2/3	0/3	1/3	0/2	0/2	2/2
POST-TEST 2 : Mr V						
Tâches	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
R : « pouvez vous donner un mouchoir à votre femme ? »			X			
RI : « Pouvez vous demander à votre femme de m'apporter une banane ? »	X					X
CQ : Mr V demande à sa femme la date d'ouverture du camping	X				X	
Total	2/3	0/3	1/3	0/2	1/2	1/2

Tableau 4 : Résultats au test des trois tâches pour Mr V

Mr V	SANS C.COM						AVEC C.COM					
	Echec		Réussite partielle		Réussite		Echec		Réussite partielle		Réussite	
	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%
Pré-test	3/3	100	0/3	0	0/3	0	3/3	100	0/3	0	0/3	0
Post-test 1	2/3	66	0/3	0	1/3	33	0/2	0	0/2	0	2/2	100
Post-Test 2	2/3	66	0/3	0	1/3	33	0/2	0	1/2	50	1/2	50
Total		77,33		0		22		33,3		16,6		50

Tableau 5 : Synthèse des résultats au test des trois tâches pour Mr V

4. Verso page 49

Communication globale		Pré-test		Post-test 1		Post-test 2	
		Note	%	Note	%	Note	%
	Patient	4/6	66	4/6	66	4/6	66
Partenaire	3/15	20	8/15	53	7/15	46	

Tableau 6 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la communication globale pour le couple V

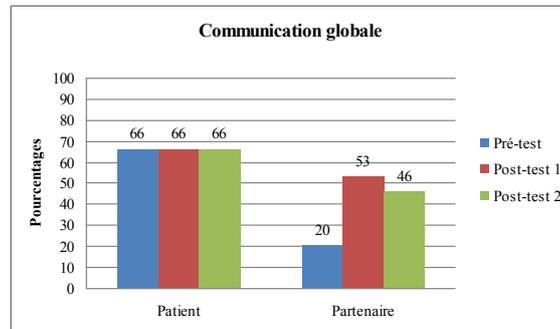


Figure 1 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la communication globale pour couple V

CONNAISSANCE DES TROUBLES APHASIQUES			
	Pré-test	Post-test 1	Post-test 2
A. Ressenti qualité expression patient	2/10	1/10	0/10
C. Ressenti qualité compréhension patient	10/10	9/10	10/10

Tableau 7 : Résultats aux échelles visuelles de la connaissance des troubles aphasiques pour Mme V

Apport classeur		Post-test 1		Post-test 2	
		Note	%	Note	%
	Patient	24/45	53	28/45	62
Partenaire	24/39	62	22/39	56	

Tableau 8 : Résultats de l'ECP aux questions concernant l'apport du classeur pour le couple V

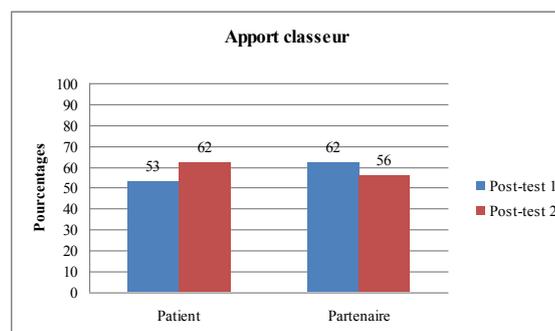


Figure 2 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant l'apport du classeur pour le couple V

EFFICACITÉ DU C.COM		
	Post-test 1	Post-test 2
B. Comprendre la personne aphasique	10/10	10/10
D. Etre compris de la personne aphasique	9/10	10/10

Tableau 9 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'efficacité du C.COM pour Mme V

AISANCE DANS L'UTILISATION DU C.COM		
	Post-test 1	Post-test 2
B. Pour comprendre la personne aphasique	4/5	5/5
D. Pour être compris de la personne aphasique	3/5	4/5

Tableau 10 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'aisance du partenaire dans l'utilisation du C.COM pour Mme V

5. Verso page 50

Participation		Pré-test		Post-test 1		Post-test 2	
		Note	%	Note	%	Note	%
	Maison	11/24	45	10/24	42	12/24	50
	Famille	3/6	50	1/6	17	3/6	50
	Extérieur	6/21	28	3/21	14	4/21	19

Tableau 11 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la participation de Mr V

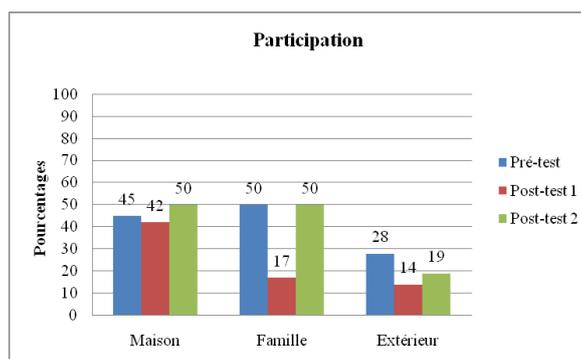


Figure 3 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la participation de Mr V

	Pré-test	Post-tests
Expression	<ul style="list-style-type: none"> - Langage oral très peu informatif mais souvent utilisé en première intention (A1) - Utilise d'autres moyens de communication : regard, gestes, dessin et expression du visage (A2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Langage oral parfois utilisé - Mêmes moyens de communication + C.COM (post-test 2)
Compréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne compréhension 	<ul style="list-style-type: none"> - Identique au pré-test
Participation	<ul style="list-style-type: none"> - Maison <ul style="list-style-type: none"> - Accepte fréquemment de communiquer avec sa femme et d'intervenir pour expliquer une idée malgré son handicap de communication (E1-E2) - Activités restreintes à cause de son handicap physique (E3 à E5) - Peu d'interrogation sur les projets de sa femme ou d'information sur ses propres projets (E6-E7) - Ne propose jamais d'activités à sa femme (E8) - Famille <ul style="list-style-type: none"> - Moins d'envie de communiquer en famille depuis son AVC mais intervient parfois pour expliquer une idée. - Extérieur <ul style="list-style-type: none"> - Participation très limitée en général (sortir, téléphoner, répondre à la sonnette). - Plus aucune envie de communiquer avec des étrangers par rapport à avant l'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> - Identique au pré-test - Identique au pré-test - Identique au pré-test - Propose parfois des activités à sa femme - Identique au pré-test - Participation toujours très limitée mais légère progression par rapport au pré-test : beaucoup moins envie qu'avant l'AVC de communiquer avec des étrangers.

Tableau 12 : Comportements de communication et participation de Mr V

6. Verso page 51

	Pré-test	Post-tests
Expression de Mme V : moyens de communication et comportements de communication	<ul style="list-style-type: none">- Passe toujours en priorité par le langage oral (C1)- N'utilise pas d'autres moyens de communication (C3) - Ne ralentit pas son débit (C2)- « se rendre compte que son conjoint n'a pas compris » : non réponse car Mme V ne se sent pas concernée (C4).	<ul style="list-style-type: none">- N'utilise plus le langage oral exclusivement- Utilise souvent (post-test 1), parfois (post-test 2) d'autres moyens de communication : C.COM + gestes + regard + expressions du visage.- Ralentit parfois son débit - Se rend toujours compte quand son mari n'a pas compris.

Tableau 13 : Comportements communicatifs et moyens de communication de Mme V

7. Verso page 56

PRE-TEST : Mr D						
Tâches	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
R : « Pouvez vous donner ce crayon à votre femme ? »			X			
RI : « Pouvez-vous demander à votre femme de m'apporter une bouteille d'eau ? »	X			X		
CQ : Mr D informe sa femme sur ce qu'il souhaite manger à Noël	X			X		
Total	2/3	0/3	1/3	2/2	0/2	0/2
POST-TEST : Mr D						
Tâches	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
R : « Pouvez vous donner un mouchoir à votre femme ? »	X			X		
RI : « Pouvez vous demander à votre femme de m'apporter une banane ? »	X				X	
CQ : Mr D propose à sa femme d'aller au restaurant pour la St Valentin			X			
Total	2/3	0/3	1/3	1/2	1/2	0/2

Tableau 14 : Résultats au test des trois tâches pour Mr D

Mr D	SANS C.COM						AVEC C.COM					
	Echec		Réussite partielle		Réussite		Echec		Réussite partielle		Réussite	
	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%	Note	%
Pré-test	2/3	66	0/3	0	1/3	33	2/2	100	0/2	0	0/2	0
Post-test	2/3	66	0/3	0	1/3	33	1/2	50	1/2	50	0/2	0
Total		66		0		33		75		25		0

Tableau 15 : Synthèse des résultats au test des trois tâches pour Mr D

8. Verso page 58

Communication globale		Pré-test		Post-test 1	
		Note	%	Note	%
	Patient	2/6	33	2/6	33
Partenaire	6/15	40	9/15	60	

Tableau 16 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la communication globale pour le couple D

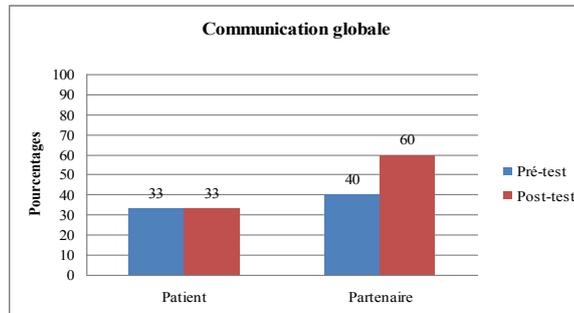


Figure 4 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la communication globale pour le couple D

CONNAISSANCE DES TROUBLES APHASIQUES		
	Pré-test	Post-test
A. Ressenti qualité expression patient	2/10	1/10
C. Ressenti qualité compréhension patient	10/10	9/10

Tableau 17 : Résultats aux échelles visuelles de la connaissance des troubles aphasiques pour Mme D

Apport classeur		Post-test	
		Note	%
	Patient	23/45	51
Partenaire	26/39	67	

Tableau 18 : Résultats de l'ECP aux questions concernant l'apport du classeur pour le couple D

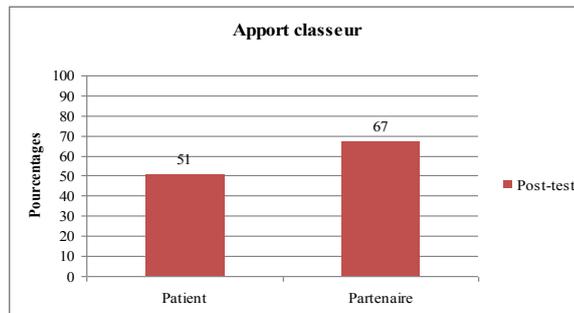


Figure 5 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant l'apport du classeur pour le couple D

EFFICACITÉ DU C.COM	
	Post-test
B. Comprendre la personne aphasique	6/10
D. Etre compris de la personne aphasique	8/10

Tableau 19 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'efficacité du C.COM pour Mme D

AISANCE DANS L'UTILISATION DU C.COM	
	Post-test
B. Pour comprendre la personne aphasique	4/5
D. Pour être compris de la personne aphasique	4/5

Tableau 20 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'aisance du partenaire dans l'utilisation du C.COM pour Mme D

9. Verso page 59

Participation		Pré-test		Post-test	
		Note	%	Note	%
	Maison	10/24	42	15/24	63
	Famille	3/6	50	2/6	33
	Extérieur	10/21	48	9/21	43

Tableau 21 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la participation de Mr D

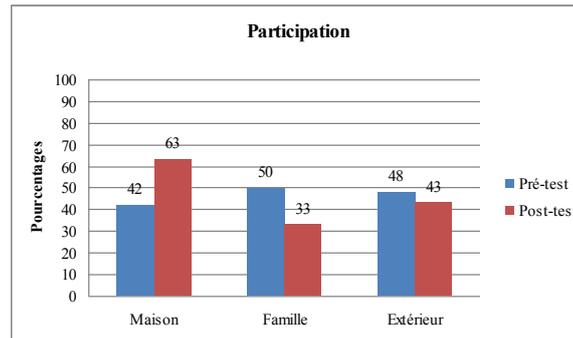


Figure 6 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la participation de Mr D

	Pré-test	Post-test
Expression	<ul style="list-style-type: none"> - Parole très souvent utilisée mais peu adaptée (A1) - Autres moyens de communication utilisés (rarement) : expression du visage et le regard (A2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Parole : identique au pré-test - Mêmes moyens de communication + gestes (classeur non cité)
Compréhension	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension excellente 	<ul style="list-style-type: none"> - Identique au pré-test
Participation :		
- Maison	<ul style="list-style-type: none"> - Accepte toujours de communiquer avec sa femme et ce malgré son handicap de communication (E1, E2) - Activités restreintes depuis l'AVC (E3, E4) - N'échange jamais sur leurs projets respectifs (E6, E7) - Accepte souvent de sortir avec sa femme (E5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identique au pré-test - Identique au pré-test - Echange souvent sur leurs projets respectifs - Identique au pré-test
- Famille	<ul style="list-style-type: none"> - Même envie de communiquer qu'avant l'AVC (F1) - Aucune intervention en famille (F2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Envie de communiquer beaucoup moins présente - Intervient parfois en famille
- Extérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Accepte facilement de recevoir ou d'aller chez des amis (G1, G2) - Répond souvent au téléphone (G5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identique au pré-test - Répond parfois au téléphone

Tableau 22 : Comportements de communication et participation de Mr D

10. Verso page 60

	Pré-test	Post-test
Expression de Mme D : Comportements communicatifs et moyens de communication	<ul style="list-style-type: none">- Passe toujours par le langage en premier (C1)- Ne ralentit jamais son débit (C2)- Utilise parfois d'autres moyens de communication : gestes, expression du visage, regard (C3)- Détecte souvent quand son mari ne comprend pas (C4)	<ul style="list-style-type: none">- Passe souvent par le langage en premier- Ralentit souvent son débit- Identique au pré-test- Détecte toujours quand son mari ne comprend pas

Tableau 23 : Comportements communicatifs et moyens de communication de Mme D

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des tableaux

Tableau 1 : Obstacles et facilitateurs de la communication, d'après Le Dorze et Brassard (1995) ; Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999) ; Daviet et al. (2007).....	15
Tableau 2 : Analyse de l'outil C.COM : limites et intérêts (d'après Charton-Gonzalez et al., 2004).....	21
Tableau 3 : Calendrier des expérimentations	43
Tableau 4 : Résultats au test des trois tâches pour Mr V.....	47
Tableau 5 : Synthèse des résultats au test des trois tâches pour Mr V	47
Tableau 6 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la communication globale pour le couple V.....	50
Tableau 7 : Résultats aux échelles visuelles de la connaissance des troubles aphasiques par Mme V.....	50
Tableau 8 : Résultats de l'ECP aux questions concernant l'apport du classeur pour le couple V.....	50
Tableau 9 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'efficacité de C.COM pour Mme V	50
Tableau 10 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'aisance du partenaire dans l'utilisation du C.COM pour Mme V.	50
Tableau 11 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la participation de Mr V.	51
Tableau 12 : Comportement de communication et participation de Mr V	51
Tableau 13 : Comportement communicatif et moyen de communication de Mme V	52
Tableau 14 : Résultats au test des trois tâches pour Mr D.....	57
Tableau 15 : Synthèse des résultats au test des trois tâches pour Mr D.	57
Tableau 16 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la communication globale pour le couple D.....	59
Tableau 17 : Résultats aux échelles visuelles de la connaissance des troubles aphasiques par Mme D.....	59

Tableau 18 : Résultats de l'ECP aux questions concernant l'apport du classeur pour le couple D.....	59
Tableau 19 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'efficacité de C.COM pour Mme D.....	59
Tableau 20 : Résultats aux échelles visuelles concernant l'aisance du partenaire dans l'utilisation du C.COM pour Mme D.	59
Tableau 21 : Résultats de l'ECP aux questions concernant la participation de Mr D.	60
Tableau 22 : Comportement de communication et participation de Mr D.....	60
Tableau 23 : Comportement communicatif et moyen de communication de Mme D.	61

2. Liste des figures

Figure 1 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la communication globale pour couple V.	50
Figure 2 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant l'apport du classeur pour le couple V.....	50
Figure 3 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la participation de Mr V	51
Figure 4 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la communication globale pour le couple D	59
Figure 5 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant l'apport du classeur pour le couple D.....	59
Figure 6 : Résultats pour les questions de l'ECP concernant la participation de Mr D	60

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. L'APHASIE	9
1. <i>Différentes approches d'une pathologie</i>	9
1.1. Approche médicale	9
1.1.1. Définition.....	9
1.1.2. Tableaux cliniques : l'opposition fluent vs non fluent (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010) 9	9
1.2. Approche sociale.....	10
2. <i>Les prises en charge de l'aphasie sévère</i>	11
2.1. Approches traditionnelles	11
2.2. Approches fonctionnelles.....	11
2.3. Approches psycho-sociales	12
II. COMMUNICATION	13
1. <i>Généralités sur la communication</i>	13
1.1. Les modèles théoriques de la communication.....	13
2. <i>Conséquences de l'aphasie sévère sur la communication</i>	14
2.1. Conséquences de l'aphasie sévère sur la personne aphasique et son entourage	14
2.2. Conséquences de l'aphasie sévère en situation de communication	15
III. LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTATIVE (CAA)	16
1. <i>Définition et présentation des outils de communication</i>	16
2. <i>Limites et exigences dans la mise en place d'une CAA</i>	17
2.1. Limites des aides à la communication.....	17
2.2. Exigences pour la mise en place d'une CAA	18
2.3. Implication de la famille et accompagnement dans la mise en place d'une communication augmentative.....	19
3. <i>Un outil : le C.COM</i>	20
3.1. Définition générale du C.COM	20
3.2. La construction du classeur.....	21
3.2.1. Un outil informatisé.....	21
3.2.2. Une construction pour un accès direct au sens.....	21
3.3. Le rôle du partenaire de communication.....	22
3.4. La procédure d'installation du C.COM.....	23
3.5. Le travail d'équipe dans la mise en place du C.COM	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
IV. PROBLEMATIQUE	26
V. HYPOTHESES	26
1. <i>Hypothèse générale</i>	26
2. <i>Hypothèses spécifiques</i>	27
2.1. Hypothèse spécifique 1	27
2.2. Hypothèse spécifique 2	27
2.3. Hypothèse spécifique 3	27
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. POPULATION.....	29
1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	29
1.1. Critères d'inclusion	29
1.2. Critères d'exclusion	29
2. <i>Présentation des couples, explication du bilan orthophonique</i>	29

2.1.	Couple V.....	29
2.1.1.	Présentation du couple.....	29
2.1.2.	Données médicales du patient (Annexe 1).....	30
2.2.	Couple D.....	30
2.2.1.	Présentation du couple.....	30
2.2.2.	Données médicales du patient (Annexe 2).....	31
II.	PROTOCOLE D'EXPERIMENTATION.....	31
1.	<i>Evaluation</i>	32
1.1.	Evaluation des capacités et incapacités du patient.....	32
1.1.1.	Analyse perceptive.....	32
1.1.2.	Le PEGV.....	32
1.1.3.	La BDVO.....	32
1.1.4.	Echelle de dépression de Benaïm.....	32
1.1.5.	Le TLC.....	33
1.2.	Les pré-test et post-tests.....	33
1.2.1.	L'ECP.....	33
1.2.2.	Le test des trois tâches (Annexe 3).....	36
2.	<i>Construction du classeur personnalisé</i>	37
2.1.	Les grandes étapes de la construction du classeur personnalisé.....	37
2.2.	Mise en application dans le cadre de notre mémoire.....	37
2.2.1.	Organisation des rencontres.....	37
2.2.2.	Personnalisation du classeur (Annexe 4 et 5).....	38
3.	<i>Utilisation du classeur</i>	40
3.1.	L'entraînement du patient et du partenaire.....	40
3.2.	Mise en application de la procédure d'entraînement dans notre mémoire.....	40
3.2.1.	Entraînement des habiletés lors des séances d'orthophonie.....	40
3.2.2.	Programme d'intervention.....	40
a.	Le contexte des séances.....	40
b.	Discussion libre.....	41
c.	Situations de PACE.....	41
d.	Jeu des familles.....	41
e.	Mises en situation.....	42
f.	Exemple d'une séance.....	43
III.	CALENDRIER DES EXPERIMENTATIONS.....	43
PRESENTATION DES RESULTATS.....		44
I.	ANALYSE DES RESULTATS DE MR V.....	45
1.	<i>Evaluation des pré-requis</i>	45
1.1.	PEGV.....	45
1.2.	BDVO.....	45
2.	<i>Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 6)</i>	45
2.1.	Analyse quantitative.....	45
2.2.	Analyse qualitative.....	46
2.2.1.	Attention et motivation à la communication.....	46
2.2.2.	Communication verbale.....	46
2.2.3.	Communication non verbale.....	46
3.	<i>Résultats des pré-test et post-tests (Mr V)</i>	47
3.1.	Test des trois tâches.....	47
3.1.1.	Résultats quantitatifs.....	47
3.1.2.	Analyse qualitative des comportements communicatifs.....	47
a.	Pré-test.....	47
b.	Post-test 1.....	48
c.	Post-test 2.....	49
3.2.	ECP (Annexe 7).....	50
3.2.1.	Analyse quantitative.....	50
a.	Communication globale (Annexe 7).....	50
b.	Apport du classeur (Annexe 7).....	50
c.	Participation (Annexe 7).....	51
3.2.2.	Analyse qualitative.....	51
4.	<i>Analyse qualitative des séances du couple V</i>	53
4.1.	Mr V.....	53
4.2.	Mme V.....	54
II.	ANALYSE DES RESULTATS DE MR D.....	54
1.	<i>Evaluation des pré-requis</i>	54
1.1.	PEGV.....	54
1.2.	BDVO.....	55

2.	<i>Communication avant la prise en charge : TLC (Annexe 8)</i>	55
2.1.	Analyse quantitative.....	55
2.2.	Analyse qualitative.....	55
2.2.1.	Attention et motivation à la communication.....	55
2.2.2.	Communication verbale.....	55
2.2.3.	La communication non verbale.....	56
3.	<i>Résultats des pré-test et post-tests (Mr D)</i>	57
3.1.	Test des trois tâches.....	57
3.1.1.	Résultats quantitatifs.....	57
3.1.2.	Analyse qualitative des comportements communicatifs.....	57
a.	Pré-test.....	57
b.	Post-test.....	58
3.2.	ECP (Annexe 9).....	59
3.2.1.	Analyse quantitative de l'ECP.....	59
a.	Communication globale (Annexe 9).....	59
b.	Apport du classeur (Annexe 9).....	59
c.	Participation (Annexe 9).....	60
3.2.2.	Analyse qualitative.....	60
4.	<i>Analyse qualitative des séances du couple D</i>	62
4.1.	Mr D.....	62
4.2.	Mme D.....	63
	DISCUSSION DES RESULTATS	64
I.	VALIDATION DES HYPOTHESES.....	65
1.	<i>L'utilisation et appropriation du classeur</i>	65
1.1.	Mr V.....	65
1.2.	Mr D.....	66
2.	<i>La communication au quotidien</i>	66
2.1.	Mr V.....	66
2.2.	Mr D.....	67
3.	<i>Le maintien des acquis</i>	68
4.	<i>Dissemblances entre les deux études de cas</i>	68
II.	INTERETS ET LIMITES DU PROTOCOLE.....	69
1.	<i>Le classeur de communication C.COM</i>	69
2.	<i>Programme d'intervention</i>	70
2.1.	Durée.....	70
2.2.	Fréquence.....	71
2.3.	Lieu.....	71
2.4.	Exercices proposés.....	71
3.	<i>Les outils d'évaluation</i>	73
3.1.	ECP.....	73
3.2.	Le test des trois tâches.....	73
III.	CONFRONTATIONS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	74
IV.	PERSPECTIVES.....	76
1.	<i>Population</i>	76
2.	<i>Les outils d'évaluation à développer</i>	76
V.	APPORTS PERSONNELS.....	77
	CONCLUSION	78
	BIBLIOGRAPHIE	79
	TESTS.....	81
	ANNEXES	83
	ANNEXE I : COMPTE RENDU ORTHOPHONIQUE DE MR V.....	84
	ANNEXE II : COMPTE RENDU ORTHOPHONIQUE DE MR D.....	86
	ANNEXE III : EXEMPLE DU TEST DES TROIS TACHES POUR LE PRE-TEST DE MR D ET MR V.....	88
	ANNEXE IV : EXEMPLE DE CLASSEUR PERSONNALISE C.COM.....	90
	ANNEXE V : EXEMPLES DE PLANCHES PERSONNALISEES DU C.COM.....	91
	ANNEXE VI : PROFIL DE COMMUNICATION TLC DE MR V.....	93
	ANNEXE VII : GRILLES RECAPITULATIVES DES ECP DE MME V.....	94
	1. <i>Pré-test</i>	94
	2. <i>Post-test 1</i>	95
	3. <i>Post-test 2</i>	97

ANNEXE VIII : PROFIL DE COMMUNICATION TLC DE MR D	99
ANNEXE IX : GRILLES RECAPITULATIVES DES ECP DE MME D	100
1. <i>Pré-test</i>	100
2. <i>Post-test</i>	101
ANNEXES DES VERSO	103
1. <i>Verso page 20</i>	103
2. <i>Verso page 42</i>	104
3. <i>Verso page 46</i>	105
4. <i>Verso page 49</i>	106
5. <i>Verso page 50</i>	107
6. <i>Verso page 51</i>	108
7. <i>Verso page 56</i>	109
8. <i>Verso page 58</i>	110
9. <i>Verso page 59</i>	111
10. <i>Verso page 60</i>	112
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	113
1. <i>Liste des tableaux</i>	113
2. <i>Liste des figures</i>	114
TABLE DES MATIERES	115

Chloé CHARTEAU
Pauline REGNIER

Mise en place d'un classeur de communication C.COM auprès de patients présentant une aphasie alterant severement la communication et de leur CONJOINT

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2011

N° 1569

ERRATUM

Au lieu de « *transmission* » page 47, lire « *réception* »

Chloé Charteau et Pauline Régnier

**MISE EN PLACE D'UN CLASSEUR DE COMMUNICATION C.COM AUPRES DE
PATIENTS PRESENTANT UNE APHASIE ALTERANT SEVEREMENT LA
COMMUNICATION ET DE LEUR CONJOINT**

108 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2011

RESUME

L'aphasie sévère en touchant le langage entraîne des perturbations dans la communication du patient aphasique et de son entourage. Le retour au langage oral fonctionnel n'étant pas toujours possible, il est nécessaire de trouver des solutions pour faciliter la communication au quotidien comme par exemple un outil augmentatif. Dans le cadre de notre mémoire, nous voulions voir s'il était possible de mettre en place un classeur de communication auprès de deux personnes présentant une aphasie non fluente altérant sévèrement la communication, à distance de leur AVC et auprès de leur conjoint. Nous avons donc réalisé deux études de cas en adaptant la procédure C.COM à une prise en charge à domicile. Au préalable, nous avons procédé à une évaluation des capacités et incapacités du patient. Puis le recueil des données auprès des différents intervenants (patient, conjoint et ergothérapeute) ont permis de sélectionner les items et d'adapter le classeur aux besoins et aux demandes du patient. Enfin, un programme d'intervention a été proposé afin de former le partenaire de communication au pilotage de l'échange. En effet, une personne aphasique ne peut pas réparer sa communication, c'est donc au partenaire de mettre en place des stratégies afin de contourner les troubles aphasiques. Les résultats obtenus aux différents tests ont parfois été divergents nous amenant ainsi à nous interroger sur la validité d'un test en particulier. Au final, le programme d'intervention a permis aux deux couples d'utiliser efficacement le classeur de communication et d'acquérir des nouvelles stratégies facilitatrices pour améliorer leur communication au quotidien.

MOTS-CLES

Aphasie sévère, C.COM, Communication augmentative, programme d'intervention, transdisciplinarité, partenaire de communication.

MEMBRES DU JURY

Emmanuelle Aujogues - Myriam Caparros - Anne Peillon

MAITRE DE MEMOIRE

Isabelle Charton-Gonzalez - Valérie Ferrero - Virginie Pugniet

DATE DE SOUTENANCE

Juin 2011
