

**Centre de  
Formation  
Universitaire en  
Orthophonie de  
Strasbourg**



**Faculté de Médecine**



## **MÉMOIRE**

en vue de l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE (CCO)**

présenté par :

**Alizée MARY**

### **ÉTUDE LONGITUDINALE DE LA COMMUNICATION DES PATIENTS APHASIQUES POST-AVC :**

Passation du Test Lillois de la Communication,  
à différents moments du parcours de soins

**Année universitaire 2015-2016**

**Président de jury :** Docteur Benjamin CRETIN, Neurologue

**Directrices de mémoire :** M<sup>me</sup> Emmanuelle FURCIERI, Orthophoniste

M<sup>me</sup> Sara MERLINO, Maître-assistante (Université de Bâle)

**Rapportrice :** M<sup>me</sup> Julie FIORINDO, Orthophoniste



## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mes deux directrices de mémoire, **Mme Emmanuelle Furcieri** et **Mme Sara Merlino**. Merci pour l'attention portée à cette étude et pour le temps que vous m'avez consacré tout au long de cette année de travail.

Merci au **Docteur Cretin** de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de soutenance et d'apporter son regard sur ce mémoire.

Je souhaite faire part de ma reconnaissance à **Mme Julie Fiorindo**, rapportrice de ce mémoire, pour sa relecture attentive et ses remarques pertinentes.

Je remercie également **l'ensemble des patients**, qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont permis de les suivre au cours de leur parcours de soins, en m'accordant leur temps et leur confiance.

Merci aux **directrices pédagogiques** du CFUO de Strasbourg, à **l'ensemble des enseignants** ainsi qu'à **mes différents maîtres de stage**, sans qui je ne serais pas sur le point d'exercer cette formidable profession.

Je souhaite aussi remercier :

Mes copines de promo pour avoir égayé ces quatre années de formation ! Merci à **Charlie**, mon alsacienne de cœur, et à **Anso**, ma coloc' de 4A, pour tous ces super souvenirs...

**Tous mes proches, mes copines du Mans et ma Partenaire**, pour leur soutien inébranlable, leur écoute, leur patience et leurs nombreux encouragements.

**Mes parents**, pour avoir toujours cru en moi et pour m'avoir permis d'apprendre ce métier si riche, avec une mention spéciale pour les relectures tardives de Papa. Merci pour tout...

**Ma Lélé**, ma sœur, qui m'a supportée et motivée et qui a su être présente dès qu'il le fallait...

Enfin, un merci tout particulier à **Charles**. Merci pour ton soutien infaillible et pour ta force tranquille si apaisante. Merci de m'accorder cette confiance infinie depuis des années...

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>CHAPITRE 1 - ASSISES THEORIQUES</b> .....	10
<b>1. AVC et Aphasie</b> .....	11
1.1. Accident vasculaire cérébral.....	11
1.1.1. Définition .....	11
1.1.2. Physiopathologie.....	11
1.1.3. Épidémiologie.....	12
1.2. Parcours de soins des patients victimes d'AVC .....	12
1.2.1. Unité neurovasculaire.....	12
1.2.2. Prise en charge post-UNV.....	13
1.2.3. Centre de rééducation.....	14
1.2.4. Retour à domicile .....	15
1.3. Conséquences de l'AVC et aphasie .....	15
1.3.1. Séquelles fréquentes.....	16
1.3.2. L'aphasie .....	16
1.3.3. Classification des aphasies.....	16
1.3.4. Sémiologie aphasique selon l'approche cognitive .....	17
<b>2. Approches complémentaires autour de l'aphasie</b> .....	18
2.1. Généralités sur les approches .....	18
2.2. Approche pragmatique .....	19
2.2.1. Objectifs de l'approche .....	20
2.2.2. Exemple d'outil issu de l'approche pragmatique .....	20
2.3. Approche fonctionnelle.....	21
2.3.1. Compétences communicatives du patient aphasique .....	22
2.3.2. Évaluation fonctionnelle : le Test Lillois de Communication.....	23
<b>3. Communication du patient aphasique</b> .....	24
3.1. Généralités.....	24
3.2. Attention et motivation.....	25
3.3. Communication verbale.....	26
3.4. Communication non-verbale.....	27
<b>CHAPITRE 2 - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</b> .....	29
<b>1. Problématique</b> .....	30
<b>2. Hypothèses</b> .....	31
<b>CHAPITRE 3 - METHODOLOGIE</b> .....	32
<b>1. Terrain et passation du test</b> .....	33
1.1. Suivi longitudinal.....	33
1.2. Population.....	33
1.2.1. Critères d'inclusion .....	33
1.2.2. Critères d'exclusion.....	34

1.2.3. Constitution de l'échantillon .....	34
<b>2. Test Lillois de Communication .....</b>	<b>37</b>
2.1. Composition du test.....	37
2.1.1. Interview dirigée.....	38
2.1.2. Discussion .....	38
2.1.3. Épreuve d'inspiration PACE .....	38
2.2. Passation du TLC.....	39
<b>3. Enregistrement vidéo .....</b>	<b>40</b>
3.1. Choix méthodologique.....	40
3.2. Dispositif d'enregistrement .....	41
<b>4. Visionnage et cotation .....</b>	<b>42</b>
4.1. Attention et motivation.....	42
4.2. Communication verbale.....	43
4.3. Communication non verbale.....	43
4.4. Score global .....	43
 <b>CHAPITRE 4 - ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	 <b>44</b>
<b>1. Monsieur F.....</b>	<b>45</b>
1.1. Attention et motivation.....	46
1.2. Communication verbale.....	46
1.3. Communication non verbale.....	48
<b>2. Monsieur G.....</b>	<b>49</b>
2.1 Attention et motivation.....	50
2.2 Communication verbale.....	50
2.3. Communication non verbale.....	52
<b>3. Madame H.....</b>	<b>53</b>
3.1. Attention et motivation.....	54
3.2. Communication verbale.....	54
3.3. Communication non verbale.....	56
<b>4. Madame I.....</b>	<b>57</b>
4.1. Attention et motivation.....	57
4.2. Communication verbale.....	58
4.3. Communication non verbale.....	59
<b>5. Monsieur J.....</b>	<b>60</b>
5.1. Attention et motivation.....	61
5.2. Communication verbale.....	61
5.3. Communication non verbale.....	63
<b>6. Madame K.....</b>	<b>64</b>
6.1. Attention et motivation.....	64
6.2. Communication verbale.....	65
6.3. Communication non verbale.....	66
 <b>CHAPITRE 5 - DISCUSSION.....</b>	 <b>68</b>
<b>1. Interprétation des résultats et confrontation aux hypothèses .....</b>	<b>69</b>
1.1. Première hypothèse .....	69

1.2. Deuxième hypothèse.....	70
1.3. Troisième hypothèse.....	72
1.4. Quatrième hypothèse.....	72
1.5. Validation de l'hypothèse générale.....	73
<b>2. Difficultés rencontrées, interrogations et limites.....</b>	<b>74</b>
2.1. Population.....	74
2.2. Test Lillois de Communication .....	75
2.2.1. Conception du test.....	75
2.2.2. Cotation .....	76
2.3. Conditions de passation du TLC.....	77
2.3.1. Passation du test .....	77
2.3.2. Aspect langagier de la passation .....	77
2.3.3. Lieu d'intervention .....	78
<b>3. Intérêts de l'étude .....</b>	<b>79</b>
3.1. Apports personnels .....	79
3.2. Bénéfices secondaires pour les patients.....	80
3.3. Perspectives.....	81
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>92</b>
<b>Annexe 1</b> : Formulaire de consentement .....	93
<b>Annexe 2</b> : Profil communicationnel du TLC .....	94
<b>Annexe 3</b> : Tableau récapitulatif des scores obtenus au TLC .....	95

# **INTRODUCTION**

---

Le langage est une capacité, définie comme le propre de l'Homme, dont la fonction est de permettre la communication. Cette capacité est perturbée lorsque des affections neurologiques comme l'accident vasculaire cérébral (AVC) surviennent brutalement dans le cerveau. L'aphasie, séquelle fréquente de l'AVC, peut engendrer une altération plus ou moins sévère des capacités linguistiques. Toutefois, des habiletés communicationnelles des patients aphasiques peuvent être préservées.

Alors que, pendant longtemps, l'évaluation et la rééducation de l'aphasie étaient centrées sur les déficits linguistiques, elles évoluent désormais vers des approches plus globales davantage orientées vers la communication. En effet, les courants pragmatiques et fonctionnels soulignent l'importance de l'emploi contextuel des ressources linguistiques. Ils suggèrent ainsi de tenir compte des compétences communicationnelles des locuteurs aphasiques, à la fois pour l'évaluation et pour la rééducation de l'aphasie.

En partant de ces constats, cette étude s'intéresse à l'évaluation de la communication des patients aphasiques dès la phase aiguë de l'AVC. Elle résulte d'une collaboration entre l'Unité Neurovasculaire (UNV) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et l'Université de Bâle, dans le cadre d'une recherche qui porte sur la rééducation de l'aphasie et le suivi longitudinal des patients le long de leur parcours de rééducation.<sup>1</sup>

Ainsi, nous avons choisi d'étudier la communication des patients aphasiques post-AVC d'un point de vue orthophonique en nous interrogeant plus particulièrement sur l'évolution de celle-ci dans les mois suivant l'AVC. Pour cela, nous avons choisi de proposer aux patients un test focalisé sur la communication – le Test Lillois de Communication (TLC), et de leur faire passer ce test à plusieurs reprises, à différents moments de leur parcours de soins. En adoptant une méthodologie issue de la linguistique interactionnelle, nous avons également choisi de filmer ces passations, pour ensuite les visionner et coter les grilles.

Afin de mener cette étude, nous exposerons tout d'abord les éléments théoriques sur lesquels se fondent notre réflexion. Nous parlerons de l'AVC et de ses séquelles, notamment l'aphasie. Nous aborderons la question de la prise en charge médicale des patients aphasiques

---

<sup>1</sup> Cette collaboration est issue d'un projet d'Habilitation à diriger des recherches effectué par S. Merlino au séminaire d'études françaises de l'Université de Bâle (Intitulé : « Interagir avec l'aphasie. Une étude d'analyse conversationnelle des séances de rééducation à la parole et d'interactions ordinaires »). En adoptant une perspective de linguistique interactionnelle et une méthodologie basée sur l'enregistrement de situations naturelles, la recherche vise une analyse qualitative de la communication ayant lieu entre locuteurs aphasiques, orthophonistes et membres de la famille (Merlino 2014 ; 2015 ; à paraître). L'étude propose un suivi longitudinal des patients le long de leur parcours de soins – de l'hôpital, à la clinique de rééducation jusqu'au retour et à la rééducation à domicile.



et de leur parcours de soins. Puis, nous nous intéresserons plus particulièrement à la communication de ces patients d'un point de vue orthophonique. Pour cela, nous développerons les approches pragmatiques et fonctionnelles, qui prennent en considération les compétences communicationnelles du patient aphasique. Les différentes composantes de la communication seront décrites.

Par la suite, nous exposerons notre problématique ainsi que les hypothèses qui en découlent. Nous présenterons l'expérimentation de cette étude, dont la méthodologie est basée sur la passation du test orthophonique TLC à différents moments du parcours de soins des patients aphasiques. Les résultats seront ensuite exposés.

Après avoir discuté des résultats obtenus, nous aborderons les limites de cette étude ainsi que les perspectives qu'elle ouvre sur la conception de l'évaluation et de la rééducation de l'aphasie en phase aiguë.

# CHAPITRE 1

## Assises Théoriques

# 1. AVC et Aphasie

---

## 1.1. Accident vasculaire cérébral

### 1.1.1. Définition

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accident vasculaire cérébral (AVC) est un « *déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire* ». Il survient lorsque la circulation sanguine est interrompue vers ou dans le cerveau. L'apport en oxygène et en nutriments est alors stoppé endommageant ainsi les tissus cérébraux environnants.

### 1.1.2. Physiopathologie

L'AVC « *fait généralement référence à un infarctus cérébral ou à une hémorragie cérébrale non traumatique* » (Uchino & coll, 2009). En effet, il existe deux formes d'AVC à savoir l'AVC ischémique et l'AVC hémorragique.

Les AVC ischémiques représentent 80% des cas. Ils correspondent à « *la mort du tissu cérébral due à une interruption de la vascularisation sanguine dans une région du cerveau, causée par l'occlusion d'une artère cérébrale* » (Uchino & coll., 2009). L'artère étant obstruée par un caillot, une hypoperfusion tissulaire est alors observée.

L'étiologie des accidents ischémiques est très hétérogène. Cependant, trois causes principales sont responsables d'environ 2/3 des cas, à savoir l'athérosclérose, les lacunes cérébrales et les embolies cardiaques (Haïat, 2002). D'après Lesmele-Martin et coll. (2006), l'athérosclérose est la cause principale et serait responsable de près de 50% des AVC ischémiques. Il s'agit de la perte d'élasticité d'une artère due à un dépôt de corps gras sur sa paroi interne.

Les AVC hémorragiques représentent quant à eux 20% des cas. Il s'agit alors d'une « *hémorragie spontanée dans le parenchyme cérébral ou les ventricules due à la rupture d'une artère* » (Uchino & coll, 2009). Le tissu cérébral n'est alors plus irrigué et le sang qui se diffuse dans l'encéphale exerce une pression sur les tissus cérébraux pouvant les endommager voire les détruire. L'hypertension artérielle est l'étiologie la plus commune mais le diabète ou les malformations vasculaires peuvent également provoquer un AVC hémorragique.

Quelle que soit la forme de l'AVC, le bon fonctionnement cérébral est mis en péril. Il s'agit donc d'une urgence vitale et fonctionnelle pour les patients.

### **1.1.3. Épidémiologie**

Selon Uchino & coll. (2009), l'accident vasculaire cérébral représente l'urgence neurologique la plus fréquente actuellement. En effet, en France, et dans les pays industrialisés, cette pathologie représente la première cause de handicap physique acquis à l'âge adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité (Recommandations HAS, 2009). Selon l'OMS, à l'heure actuelle, en France, un AVC survient toutes les quatre minutes soit environ 130 000 hospitalisations complètes recensées par an pour accident neurovasculaire.

En raison de leur fréquence, de leur gravité, du risque de récurrence et de mortalité de l'AVC, cette pathologie représente une des priorités gouvernementales en matière de santé publique. Le Ministère de la Santé met donc régulièrement en place de vastes campagnes nationales de sensibilisation et de prévention afin de rendre la population plus attentive aux principaux symptômes. En effet, face à cet enjeu considérable, l'action médicale à la phase aiguë des AVC a pour principal objectif de limiter le handicap et de réduire la mortalité (Mino & coll., 2015). Par conséquent, l'urgence médicale de cette pathologie a permis la création d'une filière AVC où la prise en charge précoce des patients dans des unités de soins spécifiques est fondamentale.

## **1.2. Parcours de soins des patients victimes d'AVC**

Comme nous l'avons vu précédemment, la Haute Autorité de Santé (HAS, Programme 2009-2014) préconise « *une prise en charge immédiate avec traitement et rééducation rapides, qui adaptés, tout au long du parcours du patient, permet de diminuer la mortalité, le handicap et les récurrences* ».

Ainsi une prise en charge rapide et organisée afin de limiter les séquelles a été mise en place. Le parcours de soins des patients AVC se décompose en différentes phases mettant en jeu des structures d'accueil dotées d'une grande diversité de professionnels spécialisés.

### **1.2.1. Unité neurovasculaire**

Des unités spécialisées, les unités neurovasculaires (UNV) ont été créées au cours des années 1950 et se développent plus intensément depuis 35 ans sur le territoire français. Leur

nombre augmente progressivement puisqu'en 2012 la France en comptait 116 contre seulement 33 en 2007 (chiffres du Ministère des Affaires sociales et de la Santé).

L'UNV s'insère dans une filière de soins des AVC : une fois les signes d'alerte de l'AVC identifiés, le patient est immédiatement conduit vers un centre hospitalier. Chaque minute compte et le délai de prise en charge au moment de la phase aiguë aura une incidence sur le pronostic de la victime ainsi que sur les risques de séquelles et de handicap. Lorsque le diagnostic est posé et que le type d'AVC est identifié, l'équipe médicale met en place un projet thérapeutique qui débutera au sein même de l'unité neurovasculaire où se trouve le patient. La filière neurovasculaire des AVC s'organise donc très rapidement compte tenu de l'urgence médicale de cette pathologie.

Ces unités sont spécialisées dans la prise en charge des pathologies neurovasculaires aiguës compliquées ou non d'AVC et accueillent les patients 24h/24 et 7j/7. Elles offrent tout d'abord une prise en charge globale et rapide comprenant le diagnostic et les soins à la phase aiguë, le traitement des complications, la rééducation ainsi que la prévention des événements vasculaires. Dès la phase aiguë, tous les patients bénéficient d'une rééducation adaptée à leurs besoins. Ces sites d'intervention disposent d'un plateau technique approprié afin de proposer une prise en charge initiale individualisée. Des équipes pluridisciplinaires spécialisées en pathologie neurovasculaire y interviennent de manière coordonnée. Elles sont généralement composées de médecins, neurologues, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychologues et assistants sociaux. La filière de soins ainsi organisée permet de tenir compte des objectifs du patient et d'impliquer la famille dans la prise en charge du patient (Livre HAS, 2005).

La rééducation de la motricité ainsi que du langage des patients victimes d'un AVC doit débiter le plus tôt possible, dès que l'état de santé et de vigilance du patient le permet. L'intervention précoce des équipes de rééducation a pour objectif principal de redonner le maximum d'autonomie à la personne.

### **1.2.2. Prise en charge post-UNV**

L'orientation des patients à la suite de l'hospitalisation en UNV s'organise selon un projet de soins personnalisé répondant aux besoins et aux attentes spécifiques de chacun. Ainsi, le choix de la structure d'accueil dépend de divers facteurs comme l'âge, les déficits résiduels

mais également l'environnement du patient. La sortie peut donc être organisée vers une structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) lorsque les troubles n'ont pas encore totalement régressé ou vers un retour à domicile.

Une étude menée par la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV) en 2003 a montré que 63% des patients sont rentrés à domicile 10 jours après l'AVC. En revanche, 22% des patients sont dirigés par la suite vers des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou de long séjour après 22 jours d'hospitalisation en moyenne.

### **1.2.3. Centre de rééducation**

Ces centres accueillent les patients nécessitant des rééducations spécifiques pour retrouver une autonomie suffisante pour retourner à domicile. Il s'agit généralement de services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Les patients y reçoivent des soins continus et adaptés à leurs besoins mais aussi à leurs caractéristiques cliniques et socio-environnementales. L'objectif principal étant la réadaptation, on cherche alors à optimiser la récupération, limiter le handicap et prévoir une réinsertion sociale et professionnelle future.

Des études ont démontré qu'aujourd'hui, 30% des patients ayant fait un AVC sont hospitalisés en SSR après leur hospitalisation pour une durée moyenne de 2 mois et 90% d'entre eux rentrent à domicile par la suite (Fery-Lemonnier, 2009). De plus, la récupération est très variable d'un patient à un autre : elle peut être totale ou seulement partielle, avec ou sans séquelles persistantes. À l'heure actuelle, « 40% des victimes d'AVC conservent des séquelles de gravité diverse : 30 000 personnes garderont des séquelles lourdes à un an » (Fery-Lemonnier, 2009).

Ces structures proposent elles aussi une prise en charge coordonnée offrant alors une rééducation intensive personnalisée aux patients. L'équipe pluridisciplinaire et le patient fixent ensemble des objectifs raisonnés et réalisables à atteindre qui conditionnent le programme du séjour. Ainsi, chaque jour, le patient aura un planning avec diverses séances de rééducation : orthophonie, neuropsychologie, psychologie, kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie, etc.

En fin de séjour au sein d'un SSR, les patients sont généralement plus autonomes et indépendants. « Cependant, 54% des patients ont toujours besoin d'une assistance partielle ou totale au déplacement, 60% à l'habillage, 35% à l'alimentation et 50% à la continence » (Fery-Lemonnier, 2009). Quand les déficits persistent et que la perte d'autonomie est toujours conséquente à la sortie du SSR, il est nécessaire de poursuivre la rééducation à domicile.

Cependant, si le patient est âgé de plus de 60 ans et si le handicap et la perte d'autonomie sont importants, les patients peuvent également être orientés vers des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), vers des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou encore vers des maisons de retraite.

#### **1.2.4. Retour à domicile**

Le retour à domicile des patients est conditionné par l'état de santé général. Lorsque le patient quitte l'UNV ou le SSR pour rentrer à domicile, il convient alors d'organiser et d'aménager le quotidien du patient pour qu'il soit adapté à sa nouvelle condition et à son handicap résiduel. La dernière étape du parcours de soins du patient victime d'un AVC réside donc dans la poursuite de la rééducation, orthophonique entre autres.

Plusieurs possibilités s'offrent alors au patient. D'une part, la rééducation peut se poursuivre en Hospitalisation de Jour (HDJ). Ainsi, selon les besoins du patient, la prise en charge se prolonge permettant alors d'optimiser la récupération et la réadaptation à raison de plusieurs séances par semaine. D'autre part, la suite de la prise en charge peut se faire en libéral. Les séances ont alors lieu au cabinet du rééducateur ou bien au domicile du patient. La prise en charge libérale se met en place dès lors que le médecin du centre ou le médecin généraliste rédige une prescription médicale pour « *bilan orthophonique et rééducation si nécessaire* ».

### **1.3. Conséquences de l'AVC et aphasie**

Malgré la prise en charge rééducative, la sévérité de l'AVC est responsable de la persistance plus ou moins importante de séquelles d'ordre moteur, sensoriel, sensitif, cognitif et/ou psychologique. En effet, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) estime qu'un an après l'AVC « *environ 60 % [des patients] récupèrent une indépendance fonctionnelle alors qu'environ 40 % gardent des séquelles importantes, remettant en cause leur autonomie dans leur vie quotidienne* ».

### 1.3.1. Séquelles fréquentes

Dans les tableaux cliniques les plus courants, les patients victimes d'AVC peuvent présenter des séquelles diverses fréquentes. En effet, des troubles moteurs peuvent survenir sous la forme d'une hémiparésie controlatérale à la lésion ou d'une hémiparésie. De plus, les fonctions cognitives sont généralement atteintes : troubles neurovisuels, attentionnels, langagiers, mnésiques, praxiques, gnosisques, ou encore dyséxécutifs. Enfin, la parole est altérée par des difficultés articulatoires (dysarthrie), des troubles prosodiques et/ou pragmatiques.

L'aphasie peut venir perturber le quotidien du patient à la suite d'un AVC. Des études ont montré qu'entre 21 et 38% des patients victimes d'AVC présentent des troubles du langage de type aphasique (Engelter & coll, 2006).

### 1.3.2. L'aphasie

Selon Gil (2014), « *les aphasies désignent les désorganisations du langage pouvant intéresser aussi bien son pôle expressif que son pôle réceptif, ses aspects parlés que ses aspects écrits* ».

Cette pathologie est liée à l'atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques situées dans l'hémisphère gauche du cerveau. En effet, les AVC représentent la principale étiologie des aphasies puisque trois-quarts des cas sont d'origine vasculaire, et l'aphasie en elle-même complique environ un tiers des AVC (Mazaux & coll., 2007).

Il s'agit d'un trouble spécifique du langage puisque le code linguistique est altéré mais les autres capacités du patient peuvent être préservées en parallèle. Les perturbations sont observables au niveau des processus d'entrée (décodage, compréhension) et des processus de sortie (encodage, expression, production), à l'oral comme à l'écrit. Les capacités d'expression et/ou de compréhension du langage oral et/ou écrit sont alors affectées.

De ce fait, les répercussions sur la vie quotidienne sont conséquentes puisque le patient peut rencontrer des difficultés pour comprendre, parler, lire ou encore écrire.

### 1.3.3. Classification des aphasies

La diversité des symptômes observés permet d'établir une classification des aphasies. Les troubles aphasiques présentent des caractéristiques sémiologiques variées en fonction de la



zone cérébrale atteinte. De plus, l'évolution des modèles théoriques a également permis de faire évoluer les descriptions et les classifications cliniques.

La classification des aphasies la plus couramment utilisée est celle de l'équipe de Boston qui est fondée sur deux dichotomies : sur le plan langagier, on distingue la fluence et la non-fluence, et sur le plan organique, on distingue les lésions antérieures et les lésions postérieures (Goodglass & Kaplan, 1972, cités par Rondal & Seron, 2000).

Ainsi, il convient de retenir la classification classique opposant les aphasies de Broca dites non-fluents à celles de Wernicke dites fluents.

Les aphasies non fluents se distinguent par une expression orale réduite mais aussi par des troubles articulatoires majeurs sous la forme de transformations phonétiques. De plus, les patients présentent un manque du mot souvent sévère, une dysprosodie ainsi qu'un agrammatisme. Quatre aphasies sont caractérisées par ces troubles : l'aphasie de Broca, l'aphasie globale, l'aphasie transcorticale motrice et l'aphasie transcorticale mixte.

À l'inverse, les aphasies fluents sont définies par un débit élocutoire fluent parfois jargonnant et des troubles de la compréhension plus ou moins importants. Des troubles de la répétition peuvent apparaître. Ces aphasies fluents sont également au nombre de quatre à savoir l'aphasie de Wernicke, l'aphasie transcorticale sensorielle, l'aphasie de conduction et l'aphasie amnésique.

#### **1.3.4. Sémiologie aphasique selon l'approche cognitive**

La sémiologie des troubles aphasiques est considérée comme une atteinte des systèmes de représentations psycholinguistiques du langage ainsi qu'une atteinte des processus de traitement cognitifs (Mazaux & coll., 2007).

Ainsi, selon la conception neuropsycholinguistique du langage, l'aphasie peut affecter les différents niveaux de structuration linguistique à savoir la phonétique, la phonologie, la sémantique, la morphologie, la syntaxe et/ou la pragmatique. De plus, les processus langagiers de production et/ou de compréhension du langage parlé et écrit peuvent également être atteints. L'aphasie peut donc perturber la communication verbale et les interactions sociales des patients (Tran, 2016). Cependant, de grandes variations descriptives et interindividuelles sont observées chez les patients aphasiques en fonction de la lésion cérébrale notamment.

L'approche cognitive de l'aphasie propose des modèles théoriques expliquant le fonctionnement normal du langage permettant d'explorer les processus cognitifs mis en jeu lors de la compréhension et de la production du langage. Ainsi, dans le cadre de l'aphasie, le repérage des niveaux de traitement de l'information atteints permet de cibler les troubles du patient. Ces modèles sériels proposent donc d'adapter précisément la rééducation aux déficiences langagières de la personne aphasique selon deux axes : rétablir une fonctionnalité du langage en entraînant les processus déficitaires et/ou réorganiser les processus déficitaires en les contournant grâce aux capacités linguistiques préservées (Le Dorze & Michallet, 1999).

Cette approche cognitive et les classifications qui en découlent s'appuient donc principalement sur les déficits linguistiques des patients victimes d'AVC. De ce fait, trop centrée sur le langage, elle ne s'intéresse pas à la communication de manière plus globale.

La parole et le langage verbal sont donc au cœur de la problématique aphasique puisqu'ils sont constitutifs de la communication entre les êtres vivants. Cependant, même lorsque le langage verbal est atteint, l'être humain est tout de même en mesure de communiquer. Le patient aphasique, limité dans sa production langagière, doit alors utiliser d'autres canaux de communication n'utilisant pas seulement le langage oral. D'autres approches davantage centrées sur la communication ont ainsi vu le jour.

## 2. Approches complémentaires autour de l'aphasie

---

### 2.1. Généralités sur les approches

L'aphasie n'altère pas seulement les capacités linguistiques du patient. En effet, cette pathologie affecte également les capacités communicationnelles, selon des degrés variables, en se plaçant comme un véritable obstacle aux interactions habituelles lors des situations de communication.

Toutefois, Holland (1987) pose un constat pertinent : « *les personnes aphasiques communiquent mieux qu'elles ne parlent* » (citée par Lissandre et coll., 2000). Selon cette auteure, les approches classiques mettent en avant les composantes déficitaires du langage

mais ne donnent pas d'informations sur l'usage du langage du patient au quotidien dans des réelles situations de communication (citée par De Partz & Carlomano, 2000).

De ce fait, des approches complémentaires à l'approche cognitive ont alors vu le jour face aux lourdes conséquences de l'aphasie. Elles privilégient alors le fonctionnement langagier du patient dans sa vie quotidienne, professionnelle et familiale, ce qui impose d'adapter la rééducation à l'environnement du patient.

La prise en charge du patient aphasique doit donc tenir compte de tous les facteurs environnementaux ainsi que de l'influence réciproque du patient et du système dans lequel il évolue. Les difficultés langagières rencontrées et persistantes doivent être envisagées d'un point de vue pragmatique et écosystémique afin que la prise en charge soit orientée vers une réadaptation fonctionnelle de la communication. De ce fait, il est essentiel d'évaluer précisément les compétences communicatives préservées des patients aphasiques et de les mettre en avant lors de la rééducation.

Ces approches proposent donc d'aller au-delà de la prise en charge traditionnelle de l'aphasie alors considérée comme insuffisante. Ces courants se sont alors intéressés à l'ancrage social du langage où le patient est pris en compte en tant qu'individu communicant faisant partie d'une société. Nous allons à présent développer deux approches qui se sont essentiellement concentrées sur la communication à savoir l'approche pragmatique et l'approche fonctionnelle.

## **2.2. Approche pragmatique**

Selon Récanati (cité par Brin, F. & coll., 2004), la pragmatique « *étudie l'utilisation du langage dans le discours et des marques spécifiques qui, dans la langue, attestent de sa vocation discursive* ». Plus généralement, la pragmatique s'intéresse à la relation entre les comportements langagiers et les contextes dans lesquels ils sont utilisés. Elle propose donc de prendre en compte le contexte dans lequel interviennent les difficultés de communication du sujet aphasique.

L'approche pragmatique se base sur un constat que nous avons développé précédemment à savoir qu'elle s'intéresse davantage aux capacités communicationnelles qu'aux compétences linguistiques pures du patient. En effet, les aspects pragmatiques du langage des

personnes aphasiques sont moins altérés que les aspects lexicaux, syntaxiques et phonologiques (Le Dorze & Michallet, 1999).

### **2.2.1. Objectifs de l'approche**

L'objectif principal ne consiste donc pas à réduire directement la symptomatologie aphasique et ses déficiences mais plutôt à rompre l'isolement du patient. En effet, centrée sur la communication, cette approche vise à aider le patient à mieux communiquer avec ses proches dans des situations variées ainsi qu'à retrouver sa place dans la famille et dans la société (Mazaux, 2007). L'objectif est donc de stimuler l'échange d'informations grâce à une utilisation optimale de toutes les capacités résiduelles de communication en ayant recours à d'autres modalités (écrite, mimiques, gestes, dessins etc.).

Cette approche peut donc également être qualifiée de fonctionnelle et d'écologique puisqu'elle identifie les performances du patient en situation représentative du quotidien. En effet, elle présente l'avantage de « *supprimer sinon de réduire, l'éternel problème de transfert des acquis à la vie quotidienne* » (Mazaux et coll., 2007). La rééducation propose donc d'optimiser les performances du sujet dans des situations concrètes de vie réelle tout en tenant compte des divers facteurs susceptibles de faciliter ou à l'inverse de troubler l'échange. L'objectif est d'améliorer la communication afin de la rendre la plus fonctionnelle possible en favorisant la participation du patient dans la conversation dite naturelle. La stimulation de tous les canaux de communication dont le patient dispose permet ainsi d'optimiser la transmission du message, qu'il soit verbal ou non, ainsi que l'efficacité de la communication.

### **2.2.2. Exemple d'outil issu de l'approche pragmatique**

La PACE (Promoting Aphasic's Communicative effectiveness) est une « *thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication* » (Lissandre et coll., 2000). Elle fut présentée pour la première fois par David et Wilcox en 1981. Cette thérapie du dialogue s'appuie elle aussi sur le principe que la compétence communicative des aphasiques est supérieure à leur compétence linguistique et découle directement de l'approche pragmatique.

Cette technique est donc guidée par l'envie de recréer une situation naturelle de communication et de transmission d'informations semblable à ce que vit le patient au

quotidien (Bénichou, 2015). La PACE fait donc intervenir différents paramètres comme l'échange d'informations en situation duelle et l'alternance des tours de parole. Les feedbacks apportés par le thérapeute au patient portent plutôt sur le transfert concret d'informations que sur la qualité formelle des messages. Cette méthode permet également de renforcer la coopération entre les partenaires au cours de l'échange. De plus, cette communication multicanale fait appel aux gestes, aux mimiques, au dessin, aux mimes ou encore aux aides externes comme un cahier de communication. Le patient est donc incité à combiner les différents canaux de communication encore à sa disposition pour rendre l'échange d'informations plus efficace et de ce fait, améliorer ses stratégies communicatives.

Cette méthode propose une alternance des rôles pour que les partenaires se retrouvent sur un pied d'égalité : on est à la fois informateur puis devineur à tour de rôle. Ainsi, le sujet est mis « *dans les conditions les plus propices à la formulation d'un message, en accentuant ses aspects fonctionnels (transmettre une information) plutôt que formels (utiliser des expressions correctes)* » (Clerebaut & coll., 1984).

Les exercices sont réalisés sous la forme d'un jeu de devinettes et peuvent prendre plusieurs formes :

- Les images uniques : l'informateur possède un stock d'images et en tire une au hasard. Le devineur doit trouver ce qui est représenté sur l'image en posant des questions ou grâce aux productions de l'informateur.
- Les images en double : l'informateur et le devineur ont le même set d'images face à eux disposées idéalement sur un lutrin. L'informateur décrit l'image choisie et le devineur doit trouver et reconnaître l'image.
- Dictée de dessins : l'informateur dicte au devineur la représentation unique qu'il possède. Le devineur confronte alors sa réalisation dessinée avec le modèle de l'informateur.

### **2.3. Approche fonctionnelle**

Pour compléter les autres courants, les approches fonctionnelles et communicatives favorisent l'optimisation des stratégies dans des situations écologiques du quotidien. Elles prennent ainsi en compte les divers facteurs susceptibles de perturber ce fonctionnement.

### 2.3.1. Compétences communicatives du patient aphasique

Ces approches cherchent donc à identifier les performances communicatives résiduelles des patients aphasiques. Elles permettent également de repérer les stratégies développées en situation représentative du quotidien lors de tâches qui se veulent les plus naturelles possibles (De Partz & Carlomagno, 2000). En effet, ces approches partent du constat fréquent de l'absence de généralisation des acquis dans des situations de vie quotidienne, pourtant essentielle pour la réhabilitation fonctionnelle du langage.

La qualité des interactions du patient avec ses interlocuteurs est donc perturbée par l'aphasie. Les compétences linguistiques et cognitives, nécessaires pour échanger des messages et coopérer activement, ne permettent plus une compréhension mutuelle satisfaisante et entraînent de nombreux incidents conversationnels (De Partz, 2008, citée par Bonnans & Delieutraz, 2014). De ce fait, les partenaires de communication doivent alors mettre en place de nouvelles stratégies interactionnelles, imposées par la pathologie, pour réparer les incidents conversationnels engendrés par les déficits linguistiques. Ces adaptations des comportements de communication demandent efforts et patience de la part des partenaires : l'aphasie représente donc un handicap partagé par tous les interlocuteurs.

Toutefois, selon Cruz (2006), en dépit de la perte de compétence linguistique, le sujet aphasique parvient tout de même à accomplir de manière socialement adéquate les activités langagières dans lesquelles il est engagé. Malgré les difficultés linguistiques, les patients aphasiques « *agissent et sont reconnus comme des acteurs sociaux, des co-participants à l'interaction* ». C'est donc grâce à la mobilisation d'une grande diversité de ressources (aussi bien verbales qu'interactionnelles, gestuelles ou corporelles) ainsi qu'au respect du tour de parole qu'ils peuvent encore communiquer avec leurs pairs.

Ainsi, dans la cadre de l'aphasie, « *il y aurait une compétence linguistique perturbée contrastant avec une compétence interactionnelle, pragmatique, communicative préservée* » permettant aux patients de contourner les limitations linguistiques dues à la pathologie.

### **2.3.2. Évaluation fonctionnelle : le Test Lillois de Communication**

Généralement, les troubles de la communication des patients aphasiques sont peu évalués par les batteries d'évaluation classiques. L'intérêt des approches fonctionnelles est donc de proposer une évaluation complémentaire des capacités de communication des patients et du retentissement des troubles dans leur vie quotidienne. Ces évaluations fonctionnelles montrent donc qu'un patient peut se faire comprendre par ses interlocuteurs malgré les troubles linguistiques importants comme le trouble d'évocation (Vaillandet, 2016).

Le Test Lillois de Communication (Lefevre & coll., 2000) est un test orthophonique qui évalue à la fois l'attention et la motivation à la communication, la communication verbale et la communication non-verbale. La passation comprend trois activités différentes permettant d'apprécier la performance communicationnelle du patient au cours d'un entretien direct en situation duelle.

Dans un premier temps, le thérapeute mène une interview dirigée afin d'entrer en interaction avec le patient et d'établir une situation de communication. Les questions posées doivent amener le patient à produire un discours à dominante informative.

Dans un second temps, le thérapeute doit amorcer une discussion dont le thème est supposé susciter des divergences d'opinions entre les interlocuteurs permettant d'adopter un discours de type argumentatif. La communication verbale peut alors être évaluée à travers la prise de position et les arguments donnés par le patient. Cette activité permet d'estimer la capacité du sujet à s'investir dans la communication. De plus, elle nous renseigne sur les compétences pragmatiques du patient ainsi que sur la pertinence et la cohérence de son discours.

Enfin, la dernière activité du test s'inspire d'une situation PACE (Promoting Aphasic's Communication Effectiveness, David et Wilcox, 1981). Le patient et le thérapeute possèdent chacun le même jeu d'images et doivent les faire découvrir au moyen du langage oral ou tout autre moyen de communication (gestes, pointage, regard, dessin, écriture...). Les images choisies sont très concrètes et axées sur la vie quotidienne. L'objectif est ici de permettre l'échange d'informations nouvelles, d'observer l'alternance des tours de parole, et de contrôler l'émission de feed-back. Ainsi, cette épreuve propose d'analyser la compréhension des signes non-verbaux et d'apprécier leur utilisation par le patient.

L'utilisation de ce test évaluant la communication, en complément des évaluations classiques, permet d'orienter la prise en charge et la rééducation vers des thérapies plus fonctionnelles et écologiques.

Ces différentes approches (cognitives, fonctionnelles et pragmatiques) ne s'opposent donc pas mais sont indéniablement complémentaires et indissociables pour une prise en charge optimale du patient aphasique.

## 3. Communication du patient aphasique

---

Selon Brin & coll. (2004), la communication désigne « *tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu* ». La communication consiste donc à transférer des informations de n'importe quelle forme et par n'importe quel canal disponible.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs auteurs (Holland, 1987 ; Goodwin, 1995) ont montré que les compétences communicatives des sujets aphasiques dépassaient amplement leurs compétences linguistiques. Malgré les limitations langagières dues à l'aphasie, les patients sont donc en mesure de communiquer avec leurs pairs grâce à la multimodalité de la communication.

### 3.1. Généralités

La communication doit être envisagée sous ses trois aspects essentiels retrouvés dans le Test Lillois de Communication, à savoir la motivation, la communication verbale et la communication non verbale (Lefeuvre et coll., 2000).

De nombreuses recherches autour des comportements verbaux et non-verbaux ont confirmé la « *règle des 7% - 38% - 55%* » proposée par Albert Mehrabian (cité par Cataix-Negre, 2011). En effet, selon cette règle, la compréhension du message dépendrait du sens des mots pour seulement 7%. 38% du message serait conditionné par la façon dont la voix de l'interlocuteur est posée (intonation, volume). De ce fait, la compréhension reposerait donc principalement sur les 55% restants correspondant aux gestes et aux expressions du visage.



L'échange entre interlocuteurs ne consiste donc pas seulement à se transmettre des informations grâce au support verbal, mais il est également composé d'attitudes, de regards, d'intonations, etc. De plus, les interlocuteurs doivent être en mesure de savoir gérer tous ces comportements afin que l'échange puisse se construire entre eux mais aussi se poursuivre ou au contraire, se terminer (Hilaire-Debove, 2016).

Ainsi, en situation de communication, la collaboration entre les divers partenaires conversationnels assure le bon déroulement et la réussite de l'échange. Généralement, il convient de distinguer (notamment dans la conversation), la communication verbale qui permet de transmettre des informations via des énoncés oraux ou écrits et la communication non verbale qui correspond à des gestes, des postures et des orientations du corps, des yeux. Malgré cette distinction, ces modes de communication sont intriqués et fortement complémentaires.

### **3.2. Attention et motivation**

La motivation réside dans la capacité et le désir du sujet aphasique à entrer en interaction avec autrui et à s'adapter à la situation communicationnelle. Elle se traduit notamment par l'investissement du patient dans l'interaction. La manifestation de l'envie de communiquer à travers des conduites de salutation, des prises de paroles spontanées, des initiatives de toutes sortes et son envie de se faire comprendre par ses interlocuteurs sont des éléments qui signent la motivation. De plus, lors de l'échange, le sujet fait également preuve d'attention puisqu'il recherche l'attention et l'écoute de ses partenaires de communication tout en portant lui-même attention à leurs propos. La volonté d'entrer en interaction et de maintenir l'échange, autrement dit l'investissement et l'engagement dans l'interaction se traduisent par exemple par une attention visuelle, une attitude attentive et par la présence de feed-back.

L'aphasie est caractérisée par des déficiences perturbant notamment l'initiative des patients à communiquer. En effet, les lésions cérébrales dues à l'AVC sont parfois à l'origine d'un manque d'initiative et d'un désintérêt pour l'échange. Selon la localisation de la lésion et le type d'aphasie, les manifestations sont variables. Dans le cadre des aphasies non-fluents, les patients présentent une aspontanéité verbale et motrice où l'interlocuteur doit fournir des stimulations répétées. Au contraire, les aphasies fluentes sont caractérisées par un

débordement verbal plus ou moins cohérent et par de nombreuses digressions (Lefevre et coll., 2000).

De plus, l'examen d'un patient atteint de troubles du langage doit toujours tenir compte du fait que les tâches cognitives sont complexes et que les performances des sujets peuvent être variables d'un instant à l'autre. Par conséquent, les troubles aphasiques peuvent être aggravés par la fatigue (Gil, 2014). La notion de fatigabilité doit donc être prise en considération dans l'attention et l'investissement du patient aphasique dans l'interaction.

### **3.3. Communication verbale**

La communication verbale est souvent définie comme tout acte de langage accompli entre deux partenaires au moyen d'énoncés oraux et/ou écrits dans le but de transmettre un message. Le patient doit alors être en mesure d'utiliser l'outil langage dans un contexte communicationnel pour interagir et échanger avec ses pairs. Par conséquent, le langage s'inscrit dans un contexte référentiel, situationnel et interactionnel (Lefevre & coll., 2000).

Sur le plan verbal, la capacité de communication du patient aphasique est variable selon le type d'aphasie qui est à l'origine de la présence ou non de certains symptômes. L'importance des troubles expressifs sémantiques, syntaxiques et les désorganisations phonétiques viennent déstabiliser l'échange entre deux partenaires créant une forme d'incohérence. De plus, les troubles de la compréhension peuvent être source de malentendus voire de ruptures de communication. En revanche, les compétences pragmatiques sont généralement plutôt bien conservées chez les patients aphasiques (Lissandre & coll., 2000).

Basée sur les notions de compétence et de conversation, la définition sociale de l'aphasie a donc évolué : il s'agit d'un « *trouble acquis du langage, d'origine neurologique, qui masque la compétence normalement révélée par la conversation* » (Le Dorze & Michallet, 1999).

Dans toute communication, le feed-back est primordial. Il peut être défini comme toute forme de signal informatif renvoyée à l'interlocuteur pour assurer la régulation et la compréhension du message. Ce principe de réciprocité et de rétroaction donne un rôle actif dans l'échange à chacun des deux partenaires de communication. Il désigne la manière dont l'interlocuteur répond et réagit au message transmis par le locuteur : il peut s'agir d'une

réponse verbale ou non verbale. Ce retour permet d'apprécier la compréhension du message et d'ajuster le discours en cas de besoin.

C'est donc principalement grâce à la communication verbale que les partenaires entrent en interaction demandant une utilisation rapide et efficace du langage. Cependant, lorsque celle-ci vient à être perturbée par une pathologie telle que l'aphasie, le patient doit pouvoir trouver des stratégies autres que verbales pour entrer en communication avec les autres. C'est pourquoi la communication non-verbale joue un rôle primordial dans les relations interpersonnelles.

### **3.4. Communication non-verbale**

La communication non verbale « *correspond à des gestes, postures, orientations du corps, singularités somatiques naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est transmise* » (Rousseaux & coll., 2014). Il s'agit donc d'un mode de communication comportant des messages autres que verbaux, parfois qualifié de « langage corporel » dans lequel on n'a pas recours aux mots et où l'information est visuelle. En situation d'interaction, les énoncés verbaux sont généralement accompagnés de signes non verbaux (Sapir, 1971 cité par Lefevre et coll., 2000).

Les informations non verbales et non linguistiques donnent des renseignements sur l'identité des locuteurs, les attitudes, les émotions ainsi que les états affectifs. Le partenaire de communication obtient alors des renseignements sur les intentions du locuteur, son intérêt, son approbation ou non.

Tout comme le mode verbal, le mode non verbal peut influencer sur le locuteur et modifier certains comportements. En effet, ces données contribuent à la régulation de l'écoute et de la parole puisqu'elles indiquent subtilement le changement de locuteur en signifiant la fin de son tour de parole ou le désir de reprendre la parole. Ces actes non verbaux peuvent être successifs ou simultanés à la parole, volontaires ou involontaires, conscients ou inconscients. D'après Marc et Picard (1989), la plupart du temps, les éléments non verbaux sont utilisés en soutien à la parole, mais ils peuvent également avoir valeur de communication à eux seuls.

L'utilisation du geste chez le patient aphasique n'est pas systématique. En effet, même s'il peut venir en soutien ou suppléer le déficit verbal, le recours au geste dépend des capacités résiduelles du patient mais aussi de sa personnalité et de ses troubles associés (troubles praxiques par exemple). Les études ont démontré qu'une personne aphasique présentant une atteinte sémantique utilisait plus fréquemment les gestes car ils favoriseraient l'activation du concept, la récupération phonologique du mot et ainsi que sa production (Mazaux & coll., 2007).

En revanche, les regards et les mimiques conservent leur signification relationnelle habituelle et permettent de maintenir l'échange ou bien d'attirer l'attention du partenaire de communication.

La communication para-verbale concerne quant à elle toutes les unités qui accompagnent la parole et qui sont transmises par le canal auditif. Les patients aphasiques présentent une prosodie variable (montées et chutes intonatives), des modifications de l'intensité de la voix et du débit d'élocution. Ce sont principalement les aspects temporels de la prosodie tels que la durée, le rythme, la segmentation et l'intensité vocale qui sont perturbés dans le cadre de l'aphasie. Ainsi, l'échange est alors ralenti du fait des pauses, des silences et des hésitations pouvant engendrer un sentiment de malaise chez les interlocuteurs. De plus, il a été démontré que la prosodie peut être utilisée par le patient aphasique pour communiquer et cela même quand les ressources linguistiques résiduelles sont très limitées (Goodwin, 1995).

La faculté de communication de l'être humain est fondamentale dans les relations interhumaines. Même si le langage oral est communément considéré comme la forme la plus répandue et aboutie de la communication, le patient aphasique est en mesure de mettre en œuvre d'autres canaux de communication pour échanger.

De plus, qu'elle soit intentionnelle ou non, qu'elle soit corporelle, gestuelle, orale ou écrite, la communication est indispensable pour tout être humain. Comme l'a expliqué Watzlawick (1972, cité par Cataix-Negre, 2011), « *on ne peut pas ne pas communiquer !* ». De ce point de vue, tout comportement d'un individu prend alors valeur de message puisque l'être humain est incapable de ne pas agir. Partant de ce constat, tout devient alors interprétable et de ce fait, tout est communication.

Ainsi, le patient aphasique « *est toujours un " être communicant " même s'il n'est plus un " être parlant "* » (Feuillet & Wagogne-Maréchal, 2005).

# **CHAPITRE 2**

## Problématique et Hypothèses

# 1. Problématique

---

Comme nous l'avons exposé précédemment, les capacités communicationnelles du patient aphasique victime d'un AVC sont mieux préservées que ses capacités linguistiques pures. La production et la compréhension du langage peuvent être atteintes sans pour autant priver le patient de toute communication avec ses pairs.

Dans le cadre de ce mémoire, nous souhaitons voir si la communication des patients aphasiques évolue au fil du temps après un AVC. À travers la passation du Test Lillois de Communication (TLC), nous nous proposons donc d'évaluer de manière qualitative et quantitative les domaines de la communication des patients aphasiques : l'attention et la motivation pour la communication, la communication verbale d'une part et la communication non verbale d'autre part.

L'objet de ce mémoire porte donc sur l'analyse de ces capacités communicationnelles dès la phase aiguë de l'aphasie. Nous avons alors cherché à identifier et à évaluer l'évolution des différents domaines de la communication au cours des premiers mois suivant l'AVC en réalisant un suivi longitudinal des patients.

Pour cela, nous avons suivi des patients aphasiques ayant été victimes d'un AVC depuis la phase aiguë à l'Unité Neurovasculaire jusqu'au retour à domicile. Le parcours de soins est variable selon les patients : retour direct à domicile, séjour en centre de rééducation ou suivi en libéral.

Afin d'analyser leurs capacités communicationnelles, nous leur avons proposé plusieurs fois le même bilan orthophonique centré sur la communication : le TLC. Les passations successives à différents moments de leur parcours de soins nous ont donc permis de comparer les scores obtenus.

Nous tenterons donc de répondre à la question suivante : comment la communication du patient aphasique évolue-t-elle après un AVC ?

## 2. Hypothèses

---

Nous posons donc l'**hypothèse générale** que la communication globale du patient devient de plus en plus fonctionnelle en post-AVC.

Nous posons quatre sous-hypothèses qui précisent l'hypothèse générale d'une amélioration de la communication globale du patient aphasique. En effet, nous nous attendons à observer certains comportements lors des passations successives de notre épreuve standardisée, le TLC.

- **Première hypothèse :**

La communication verbale s'améliore et devient de plus en plus performante au fil des passations de notre épreuve.

- **Deuxième hypothèse :**

La communication non-verbale est investie par les patients aphasiques lorsque le langage oral est déficitaire.

- **Troisième hypothèse :**

Malgré les limitations langagières, les patients aphasiques s'engagent dans l'interaction et font preuve d'attention et de motivation pour la communication.

- **Quatrième hypothèse :**

Le nombre de canaux de communication utilisés par les patients augmente.

# CHAPITRE 3

## Méthodologie

---



# 1. Terrain et passation du test

---

## 1.1. Suivi longitudinal

Afin d'étudier la compétence de communication des patients aphasiques d'un point de vue orthophonique ainsi que l'évolution de celle-ci au cours des premiers mois suivant l'AVC, nous avons choisi de leur faire passer le Test Lillois de Communication (TLC) plusieurs fois au cours de leur parcours de soins.

De plus, nous avons documenté ces passations par des enregistrements vidéo. Ce suivi longitudinal des patients nous a ainsi permis de réaliser un véritable travail de « terrain » et donc d'englober à la fois la collecte de données et l'observation participante (Mondada et Mahmoudian, 1998). Les rencontres multiples avec les patients dans différents contextes ont toujours été suivies par des prises de notes et des réflexions post-rencontres.

Tous les patients recrutés pour notre expérimentation n'ont pas suivi le même parcours de soins. Nous organisons donc les passations en fonction du lieu où se trouvait le patient : centre de rééducation, retour à domicile avec ou sans prise en charge libérale. Le cadre de ces passations était donc très différent selon l'endroit où nous rencontrions les patients.

De plus, la réalisation de ces rencontres et rendez-vous nous a demandé un travail de prise de contact avec les patients et leur entourage, mais aussi avec le centre de rééducation ou l'orthophoniste exerçant en cabinet libéral.

## 1.2. Population

Afin de mener à bien notre expérimentation, nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion pour sélectionner nos patients que nous allons à présent détailler.

### 1.2.1. Critères d'inclusion

- Les patients présentaient une aphasie de degré modéré à sévère, consécutive à un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique gauche.
- L'AVC était récent. Le patient était donc vu pour la première fois à l'unité neurovasculaire (UNV) en phase aiguë.

- Les patients devaient être motivés et étaient informés dès le départ des différentes passations au cours de leur parcours de soins.
- Les patients devaient être de langue maternelle française.

### **1.2.2. Critères d'exclusion**

- Troubles sensoriels auditifs ou visuels majeurs.
- Autres pathologies neurologiques associées (démence, pathologie neurodégénérative).
- Troubles cognitifs majeurs associés.

### **1.2.3. Constitution de l'échantillon**

Pour le recrutement des sujets, nous avons sollicité les orthophonistes de l'unité neurovasculaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Seuls les patients hospitalisés à l'UNV et résidant à proximité de Strasbourg étaient intégrés à l'étude, afin de faciliter le suivi après l'hospitalisation.

Lorsqu'un patient de l'UNV répondait à tous les critères de sélection, l'orthophoniste du service me contactait pour que nous le rencontrions ensemble. Lors de cette première entrevue, nous établissions un premier contact avec le patient et nous lui présentions notre recherche. Nous lui demandions ensuite s'il souhaitait prendre part à l'étude en précisant que cette participation comprendrait trois entretiens d'environ une heure tout au long de son parcours de soins et que les séances seraient filmées. Une fois que le patient avait donné son accord, nous lui faisons signer un consentement de participation (cf : Annexe 1). Nous pouvions alors réaliser la première passation du TLC dans les jours suivants.

Un certain nombre de facteurs a rendu la constitution de l'échantillon particulièrement complexe. Tout d'abord, le recrutement des patients s'est déroulé sur une courte période de septembre 2015 à mars 2016 et les enregistrements ont pris fin au mois d'avril 2016. Notre expérimentation se basant sur un suivi longitudinal de nos patients, nous devions pouvoir fixer les trois rendez-vous dans cet intervalle temporel réduit. En fonction de l'orientation des patients à la sortie de l'UNV, il était parfois inenvisageable de suivre certains d'entre eux.

De plus, les patients devaient accepter d'être filmés à plusieurs reprises au cours de leur parcours de soins. Le respect de tous ces paramètres expérimentaux et des facteurs contextuels nous a finalement permis de recruter six patients pour notre étude.

Notre échantillon final comportait donc six patients : trois hommes et trois femmes allant de 47 à 88 ans. Dans le tableau suivant, nous allons présenter ces patients en précisant leur sexe, leur âge, la localisation de l'AVC ainsi que les lieux où se sont déroulées les différentes passations du TLC.

**Tableau 1 : Données récapitulatives des patients de l'étude<sup>2</sup>**

	Patients	Sexe	Âge	AVC	Passations TLC		
					1 <sup>ère</sup> passation	2 <sup>ème</sup> passation	3 <sup>ème</sup> passation
1	M. F.	M	47	AVC ischémique sylvien gauche	UNV	IURC	IURC
2	M. G.	M	49	AVC ischémique sylvien gauche	UNV	IURC	IURC
3	Mme H.	F	88	AVC ischémique sylvien gauche	UNV	Domicile	Domicile
4	Mme I.	F	70	AVC ischémique sylvien gauche	UNV	Orthophoniste libérale	Orthophoniste libérale
5	M. J.	M	69	AVC fronto-insulaire gauche	UNV	Domicile	Domicile
6	Mme K.	F	76	AVC ischémique sylvien gauche	UNV	Domicile	Domicile

<sup>2</sup> Afin de préserver l'anonymat des patients recrutés, nous avons choisi de modifier l'initiale de leur nom de famille.

Pour tous les patients, la première passation du test se déroulait donc toujours à l'unité neurovasculaire (UNV) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

Les patients sont hospitalisés dans ce service en phase aiguë après l'AVC. Cet environnement est très médicalisé afin de surveiller leur état de santé. Les patients sont donc généralement alités et scopés (surveillance de la tension, rythme cardiaque...). Ainsi, les câbles viennent parfois gêner leur mobilité.

De plus, à la suite d'un AVC, les patients sont très fatigables et leur concentration est parfois plus limitée. Il était donc parfois nécessaire d'ajuster la passation du TLC en fonction des possibilités de chacun.

Par la suite, la deuxième et la troisième passation de notre test se déroulaient après l'hospitalisation à l'UNV.

Deux des six patients ont été suivis à l'Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau (IURC) sur le site d'Illkirch (à proximité de Strasbourg), à savoir M. F. et M. G. En effet, ces deux patients ont été pris en charge en centre de rééducation en raison de troubles moteurs importants. Du fait de la durée de leur séjour, les deuxième et les troisième passations ont donc également été réalisées au centre. Pour ces séances, l'orthophoniste du centre programmait nos rendez-vous avec le patient. Il nous mettait également son bureau à disposition.

Une des patientes, Mme I., a quant à elle été suivie dans le cadre de ses séances d'orthophonie en cabinet libéral. En effet, nous organisons les rencontres directement avec l'orthophoniste et les passations se déroulaient dans son bureau au cabinet.

Enfin, pour les trois derniers patients (Mme H., M. J. et Mme K.), les passations ont eu lieu directement à domicile puisqu'ils sont rentrés chez eux directement après l'hospitalisation à l'UNV. Ce cadre était donc particulier puisque nous entrions au sein de l'environnement familial du patient. À plusieurs reprises, le conjoint ou les enfants du patient étaient également présents au moment de la passation.

## 2. Test Lillois de Communication

---

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons nous intéresser à l'évolution de la communication des patients aphasiques tout au long de leur parcours de soins. Pour mener cette expérimentation, nous avons choisi d'utiliser la grille d'évaluation du Test Lillois de Communication (Lefevre, Delacourt, Wyrzykowsky, et Rousseau, 2000). En effet, ce test orthophonique permet d'apprécier trois composantes de la communication à savoir la motivation du sujet à communiquer, ses comportements verbaux et ses comportements non-verbaux. Cette évaluation écologique nous a donc permis de mettre en évidence d'éventuels progrès au cours de notre expérimentation.

La passation du Test Lillois de Communication (TLC) est basée sur un entretien direct en situation de communication duelle entre le patient et l'examineur. Les conditions doivent alors être reproductibles et standardisées afin d'obtenir une fiabilité satisfaisante. Généralement, ce test n'est pas proposé en première intention aux patients puisqu'il s'intéresse particulièrement aux compétences communicationnelles du patient et non pas à ses compétences linguistiques pures. Ce mémoire étant centré sur la communication des sujets aphasiques, ce test nous a alors semblé pertinent pour observer comment le patient parvient à transmettre son message, quel que soit le canal de communication utilisé et la sévérité initiale de l'aphasie. De plus, grâce à un score chiffré, le TLC nous a permis de mettre en évidence une éventuelle évolution au fil du temps en comparant les profils successifs d'un même patient.

La performance communicationnelle est alors évaluée d'après le comportement du patient dans trois épreuves successives : une interview dirigée, une discussion ouverte ainsi qu'une situation d'inspiration PACE. Chaque passation du TLC se déroule donc en trois temps.

### 2.1. Composition du test

Le Test Lillois de Communication se compose donc de trois exercices décomposant la passation en trois temps : l'interview dirigée, la discussion et l'épreuve d'inspiration PACE.

### **2.1.1. Interview dirigée**

La première partie du test consiste à mener une interview dirigée pour entrer en interaction avec le patient et établir une situation de communication la plus naturelle possible. Les questions posées par l'examineur sont supposées susciter l'intérêt du patient et faciliter son investissement puisqu'elles concernent des sujets affectifs à savoir sa vie familiale et professionnelle. Il s'agit également de se montrer attentif aux propos du patient pour que cette épreuve ressemble à un échange naturel et non pas à un interrogatoire.

### **2.1.2. Discussion**

Dans un second temps, l'examineur doit amener progressivement la discussion qui constitue la seconde épreuve du test. L'objectif de celle-ci est d'amener le sujet à produire un discours de type informatif. Le thème proposé par l'examineur doit alors susciter des divergences d'opinions entre les interlocuteurs afin que chacun puisse prendre position et proposer des arguments. Cette épreuve permet alors d'affiner les observations notamment sur la capacité du sujet à s'investir dans la communication et sur ses compétences pragmatiques.

### **2.1.3. Épreuve d'inspiration PACE**

Enfin, la dernière épreuve s'inspire de la thérapie PACE en intégrant les paramètres d'une conversation naturelle : échange d'informations nouvelles, alternance des tours de parole, communication multicanale, émission de feed-back. À travers cette épreuve, l'examineur peut alors apprécier la compréhension et l'utilisation des signes non verbaux du patient. Les deux interlocuteurs disposent tous les deux du même jeu d'images représentant des objets, des actions ou des personnes disposées sur un lutrin. Le but de l'épreuve est de faire deviner à l'autre la carte choisie par n'importe quel canal (langage oral et/ou écrit, mimes, gestes, dessins). Dans un premier temps, avec la première série d'images doubles, on laisse faire le patient en précisant tous les moyens qu'il a à sa disposition pour évoquer les images. Ainsi, les productions du patient sont relativement spontanées et ne sont pas influencées par les gestes de l'examineur. Dans un second temps, avec la deuxième série d'images, l'examineur fait à son tour deviner au patient en utilisant de nombreux gestes pour analyser la compréhension non verbale du patient.

## 2.2. Passation du TLC

Dans la plupart des cas, la passation du TLC s'est faite en relation duelle mais parfois l'orthophoniste du service ou une stagiaire étaient également présentes. Nous étions donc nous-même assise face au patient, généralement séparés par un bureau ou une tablette si le patient était encore alité.

Au cours des passations, notre objectif était de mettre le patient en confiance et d'établir une situation de communication la plus naturelle possible. En se plaçant au même niveau que lui, nous évitions ainsi qu'il ne se sente en situation d'évaluation ou d'interrogatoire. Il s'agissait alors d'instaurer une discussion spontanée au cours de laquelle le patient pouvait s'exprimer librement.

Lors de nos entretiens avec les patients, nous leur faisons passer le TLC sur une séance d'un peu moins d'une heure. Selon les capacités et les performances du sujet, nous adaptons les épreuves. En effet, lors de la première séance au sein de l'UNV, l'épreuve de discussion n'était pas systématiquement réalisée car la production orale des patients était souvent réduite. De plus, pour réduire le temps de passation compte tenu de la fatigabilité des patients, l'épreuve d'inspiration PACE était parfois modifiée en proposant un nombre réduit de cartes. Cependant, les cartes étaient sélectionnées de manière à observer tous les comportements non verbaux potentiellement attendus.

Chaque passation était espacée de la suivante par un intervalle suffisant afin d'être en mesure de comparer les scores obtenus aux passations successives du TLC. Notre expérimentation s'est déroulée entre les mois de septembre 2015 et avril 2016. Cependant, tous les patients n'ayant pas été recrutés au même moment, les intervalles entre les passations n'ont pas été tous équivalents. Globalement, les intervalles allaient de huit jours au minimum à deux mois maximum. En effet, pour les patients rencontrés à la fin de l'expérimentation, les passations ont été relativement rapprochées en raison du temps imparti pour cette étude.

# 3. Enregistrement vidéo

---

## 3.1. Choix méthodologique

Comme nous l'avons expliqué auparavant, cette étude utilise l'approche méthodologique de l'analyse conversationnelle (Sacks, Schegloff, Jefferson, 1979) et donc une démarche de constitution de corpus de données naturelles, enregistrées en audio et vidéo (Mondada, 2012).

Traditionnellement, les passations des tests orthophoniques ne sont pas systématiquement filmées. Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons trouvé judicieux de filmer et d'enregistrer chaque séance, et donc, les trois passations du TLC. En effet, en enregistrant les séances, nous avons alors pu nous focaliser sur l'interaction avec nos patients.

De plus, la cotation de ce test nécessitant une analyse fine de tous les comportements de communication, le support vidéo nous a permis de visionner les données autant de fois que nécessaire. Par la suite, revoir les enregistrements à distance des passations a été riche d'un point de vue analytique nous permettant ainsi de relever certains comportements nous ayant échappé lors des passations.

Nous avons ainsi utilisé une prise de vue particulière, qui prend en considération le contexte dans lequel la passation du TLC se déroule et donc tous les participants à l'interaction. En effet, en suivant un principe de base de l'approche conversationnelle, nous avons reconnu la place centrale que joue l'interlocuteur du patient aphasique pour le déroulement de l'interaction et la réalisation de l'activité. Nous avons ainsi choisi de filmer à la fois le patient et nous-même. Nous avons donc accès aux regards et à leurs directions, aux mimiques et aux gestes des deux participants (manipulation des cartes par exemple). De plus, lorsque les passations se déroulaient à domicile, nous entrons dans l'environnement familial du patient.

En outre, ce choix méthodologique a rendu possible l'établissement d'une relation de confiance entre les patients et nous-même. Comme l'explique Witko (2010), la confiance constitue la base de la relation médicale mais est aussi un gage d'une meilleure qualité de travail.



### 3.2. Dispositif d'enregistrement

Au fur et à mesure de notre expérimentation, les conditions d'enregistrement ont évolué pour gagner en précision et en qualité. En effet, l'Université de Bâle a mis à notre disposition une caméra numérique HD, un dictaphone ainsi qu'un trépied.

Lors des séances, nous installons ce matériel dans la pièce avant le début de la passation. Nous disposons la caméra sur le trépied à hauteur des visages des participants et nous posons le dictaphone sur la table.

Le corpus de données a donc été constitué grâce à l'enregistrement de 18 passations d'une durée variable allant de 20 minutes à une heure.

Les logiciels Quick Time, VLC et iMovie ont été utilisés pour le visionnage des films.



*Extrait de la deuxième passation avec Mme I.*

## 4. Visionnage et cotation

---

L'enregistrement vidéo nous a permis d'être plus investie lors de la passation du test et d'être en réelle interaction avec le patient mais aussi de créer un support pour le travail de cotation des grilles et d'analyse. Au cours des passations, nous pouvions alors échanger facilement avec le patient sans se soucier des items à coter et sans prendre de notes en même temps. Le support vidéo nous permettait alors de visionner la séance par la suite afin de coter la grille d'évaluation du patient plus précisément et d'observer finement chaque comportement communicationnel produit.

La cotation de la grille du TLC permet d'établir un profil de communication du patient à travers quatre rubriques : attention et motivation, communication verbale, communication non verbale ainsi qu'un score global. Afin d'obtenir une bonne fiabilité, nous cotions nous-même les grilles en faisant appel à notre jugement clinique personnel.

Chacune des quatre rubriques comporte plusieurs items permettant d'obtenir un score. Chaque item comporte lui-même plusieurs propositions auxquelles il faut attribuer un certain nombre de points en fonction de notre appréciation qualitative. On accorde alors un certain nombre de points selon les observations réalisées.

Nous allons maintenant détailler la cotation des grilles des trois domaines de la communication explorés à travers le TLC : attention et motivation, communication verbale, communication non verbale.

### **4.1. Attention et motivation**

La grille d'attention et de motivation à la communication comporte trois items portant sur les conduites de salutation, l'attention mais aussi l'investissement et l'engagement dans l'interaction. Les résultats obtenus par le patient totalisent un score global de 6 points au maximum.

## **4.2. Communication verbale**

La grille de communication verbale permet d'évaluer les capacités du patient à transmettre un message au moyen d'énoncés verbaux. Les déficits relevés ne sont pas analysés d'un point de vue linguistique mais permettent de constater leur retentissement sur la communication. Les trois premiers items concernent les prérequis à la communication verbale à savoir la compréhension verbale, le débit verbal et l'intelligibilité de la parole. Les trois autres items portent quant à eux sur l'informativité et la pertinence du discours. Cette grille totalise un score global maximum de 30 points.

## **4.3. Communication non verbale**

La grille de communication non verbale s'appuie sur l'épreuve d'inspiration PACE mais aussi sur les premières situations de communication entre le patient et l'examineur. Elle comporte cinq items portant sur la compréhension des signes non verbaux d'une part et leur utilisation en situation de communication d'autre part. L'informativité non verbale du discours est évaluée au niveau pragmatique et interactionnel, au niveau lexical ainsi qu'au niveau idéique. Cette dernière grille totalise elle aussi un score global maximum de 30 points.

## **4.4. Score global**

Enfin, ce test permet de dresser un score global correspondant à l'ensemble des compétences communicatives du patient. Le score maximum est de 100 points et correspond à une somme pondérée des scores obtenus dans chacune des trois grilles du test. Ainsi, environ cinquante pour cent des points possibles sont accordés à la communication verbale, vingt pour cent à l'attention et motivation et trente pour cent à la communication non verbale. Le score global correspond donc à :  $2,5 \times (\text{total attention et motivation}) + 1,3 \times (\text{total communication verbale}) + 1,53 \times (\text{total communication non verbale})$ .

# CHAPITRE 4

## Analyse des résultats

Le Test Lillois de Communication permet donc de dresser un profil communicationnel (cf : Annexe 2) à partir des résultats obtenus dans les trois parties du test. Par la suite, nous allons détailler ces résultats en proposant pour chaque patient une description des trois domaines évalués par le TLC : attention et motivation, communication verbale et communication non verbale. Volontairement, nous n’analyserons pas les scores globaux que nous jugeons peu représentatifs de la communication globale des patients.

D’une part, nous avons réalisé une analyse quantitative grâce aux scores chiffrés obtenus par les patients. Ainsi, nous avons accompagné l’analyse des résultats par un graphique en bâtons pour chacun des six patients. Chaque graphique représente alors les scores obtenus dans les trois domaines de la communication explorés à chacune des trois passations de notre test, symbolisées par trois couleurs différentes. Par ailleurs, nous avons également regroupé tous les scores de nos six patients dans un tableau récapitulatif (cf : Annexe 3).

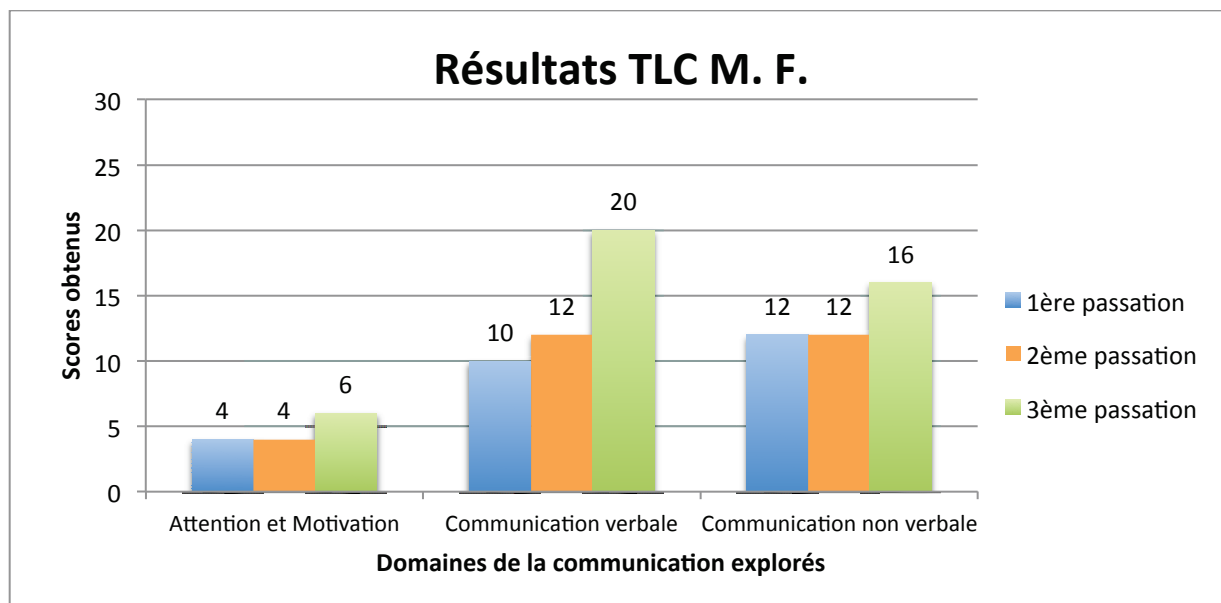
D’autre part, au delà du TLC, les enregistrements des passations nous ont permis de réaliser une analyse plutôt qualitative de la communication des patients à travers des observations cliniques. Nous reprendrons donc chaque item du profil communicationnel du TLC tout en détaillant spécifiquement les compétences et difficultés observées pour chaque patient.

## 1. Monsieur F.

---

Lorsque nous rencontrons M. F. à l’UNV pour la première fois, il présente une aphasie d’expression à la suite d’un AVC ischémique sylvien gauche. Le discours est non-fluent, marqué par un manque du mot et quelques persévérations, mais l’échange est possible au moyen de questions fermées. La compréhension est également perturbée et fluctuante. De plus, les troubles langagiers de M. F. sont aggravés par la fatigue et des troubles attentionnels.

Les résultats obtenus par M. F. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



## 1.1. Attention et motivation

Lors des trois passations, M. F. nous accueille et nous salue spontanément lorsque nous entrons dans la pièce. Nous avons pu observer une évolution au niveau de l'attention portée à nos propos ainsi qu'au niveau de l'investissement du patient dans l'interaction. En effet, lors des deux premières séances, l'attention de M. F. n'est pas constante mais nos sollicitations permettent de maintenir l'échange. De plus, le patient répond à nos questions mais ne prend pas d'initiatives (verbales ou non verbales). D'un point de vue qualitatif, M. F. n'est que très peu engagé et peu coopérant dans la passation de notre test et le manque de motivation apparaît au niveau des scores obtenus puisqu'ils sont relativement faibles. Lors de la dernière séance, M. F. est plus présent et investi dans l'interaction lui permettant alors d'obtenir le score maximum (6 points sur 6).

## 1.2. Communication verbale

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale :** Lors de la première séance, la compréhension verbale de M. F. est perturbée et fluctuante. Les réponses à nos questions sont très éloignées et le oui et le non ne semblent pas très fiables à ce moment. Cependant, l'échange est possible avec le patient grâce aux questions fermées, aux répétitions et aux

simplifications. Par la suite, la compréhension s'est nettement améliorée pour devenir satisfaisante à la dernière séance.

- **Débit** : le débit de M. F. reste limité au fil des séances. Malgré une amélioration progressive de celui-ci, la fluence du patient reste diminuée.
- **Intelligibilité de la parole** : une légère dysarthrie est présente due à la paralysie faciale droite du patient. L'intelligibilité de la parole reste correcte même si l'interlocuteur doit parfois suppléer à ses difficultés de décodage par une mobilisation attentionnelle et par des inférences.
- **Informativité et pertinence du discours** :
  - *Au niveau lexical* : le manque du mot de M. F. est très prononcé lors des deux premières séances. Il n'est pas compensé et l'informativité de son discours est donc très réduite. Au cours de la dernière séance seulement, les troubles d'évocation sont moins importants, rendant alors son discours plus fluide et plus informatif.
  - *Au niveau syntaxique* : la syntaxe employée par M. F. ne contribue pas à la communication. En effet, les tournures sont élémentaires et réduites mais l'interlocuteur peut tout de même en déduire le sens.
  - *Au niveau idéique et pragmatique* : Au cours des trois passations, les réponses données par M. F. ne sont pas explicites et nous devons alors poser des questions fermées pour obtenir des précisions. Le patient maintient le thème de l'échange mais n'apporte des informations nouvelles qu'à la dernière passation. De plus, d'un point de vue pragmatique, M. F. adapte son discours aux connaissances de son interlocuteur seulement lors de notre dernière séance.
- **Feed-back verbaux** : M. F. n'envoie pas de feed-back verbaux témoignant d'éventuelles difficultés de compréhension mais est capable de réajuster son discours quand nous lui envoyons un feed-back négatif.
- **Utilisation du langage écrit** : ce canal n'est pas utilisé par le patient.

Les scores obtenus par M. F. en communication verbale ont donc augmenté à chaque passation. Au départ, le patient est très limité en expression verbale notamment en raison d'un manque du mot important et de difficultés en compréhension. De plus, le patient commence à avoir conscience de ses troubles et refuse parfois les questions lorsqu'elles le mettent en échec. M. F. nous répond souvent « *je sais pas, je sais plus, je vois pas* » et ne s'engage que très peu dans l'interaction.

Dès la deuxième passation, M. F. est plus présent dans l'échange et prend des initiatives verbales. Lorsque nous posons des questions au patient, il répond souvent par « oui » et reprend les mots clés de nos phrases. Les réponses sont peu explicites et nous devons poser de nombreuses questions fermées pour satisfaire nos interrogations. Le discours de M. F. reste donc laconique en raison de ses troubles langagiers encore importants.

Enfin, lors de la dernière passation, le manque du mot de M. F. est plus discret lui permettant alors d'expliquer plus aisément ses idées. De plus, nous avons pu observer une différence notable entre le langage spontané et le langage contraint chez M. F. En effet, en fin de séance, le patient s'exprime plus aisément et de manière plus fluide qu'au cours de la première passation.

### **1.3. Communication non verbale**

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux :** M. F. ne saisit pas les signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel lors de la première séance. En revanche, par la suite, il comprend tous les gestes et mimes que nous lui proposons.
- **Expressivité :** au cours des deux premières passations, les signes non verbaux exprimés par M. F. sont peu évocateurs des affects. Son visage est peu expressif. Lors de la dernière séance, M. F. produit plus de signes non verbaux comme des hochements de tête, des froncements de sourcils ou des soupirs.
- **Informativité :**
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel :* M. F. respecte les règles conversationnelles en utilisant une prosodie adaptée, un regard régulateur ainsi qu'une mimogestualité satisfaisante. Le patient respecte les tours de parole.
  - *Au niveau lexical :* M. F. n'a pas recours à la communication non verbale de manière spontanée. Ainsi, le patient ne produit aucun geste ni mime au cours des épreuves PACE. Lorsqu'il n'est pas en mesure de dire le mot verbalement, M. F. abandonne et refuse de poursuivre l'exercice. En effet, ayant conscience de ses troubles, le patient refuse toute situation le mettant directement en échec.



- *Au niveau idéalique* : M. F. n'utilise pas de séquences de signes non verbaux pour définir plus précisément le référent évoqué.
- **Feed-back non verbaux** : À partir de la deuxième séance, M. F. est capable d'émettre des feed-back non verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension. Lors de la dernière séance, il est en mesure de réajuster son discours lorsque nous lui envoyons des feed-back non verbaux négatifs.
- **Dessin** : M. F. n'a pas recours à cette modalité.

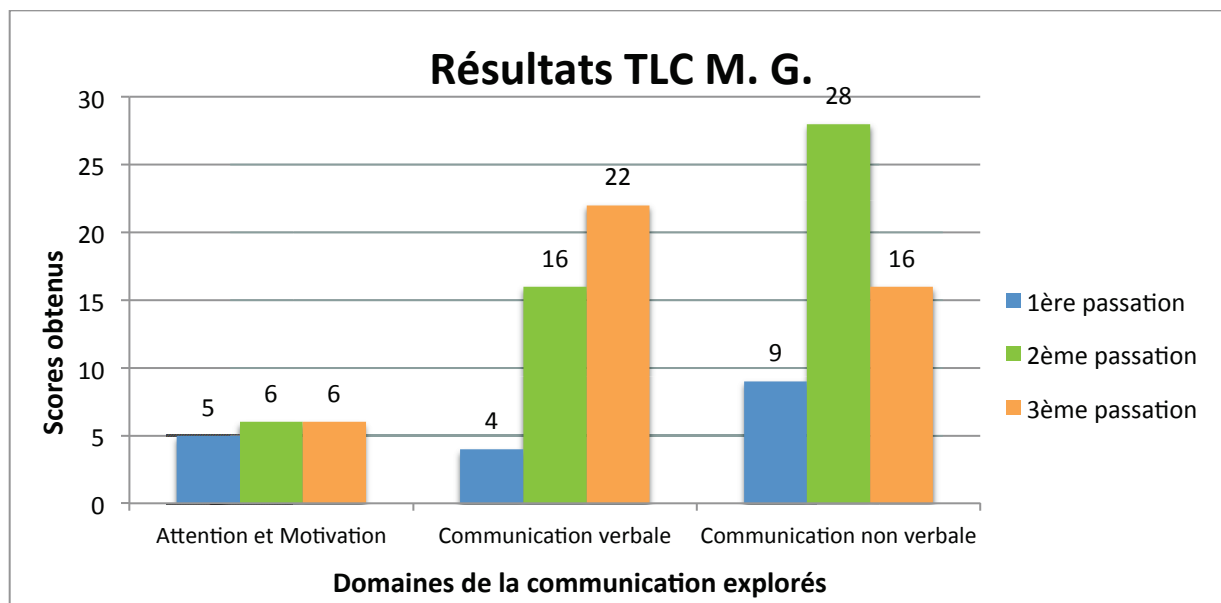
Les scores obtenus en communication non verbale par M. F. montrent clairement qu'il n'a pas recours à cette modalité. En effet, malgré nos incitations, le patient refuse catégoriquement d'utiliser les gestes ou les mimes pour nous faire deviner les cartes. Il explique ne pas comprendre l'intérêt de nous faire deviner par des gestes alors qu'il peut le dire. Il utilise le langage oral même si celui-ci le met parfois en échec en raison d'un manque du mot persistant. De plus, M. F. est un homme assez peu expressif dans son discours mais également au niveau de ses gestes ou de ses expressions faciales.

## 2. Monsieur G.

---

Lorsque nous rencontrons M. G. pour la première fois, il présente une aphasie d'expression sévère consécutive à un AVC ischémique sylvien gauche. Il est non-fluent et sa production orale verbale se limite donc à quelques mots isolés. La communication avec le patient est possible seulement au moyen de questions fermées appelant une réponse par « oui » ou « non ». L'échange sera plus facile lors des passations successives grâce à la récupération du patient.

Les résultats obtenus par M. G. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



## 2.1 Attention et motivation

Lors des trois passations, M. G. nous accueille et nous salue spontanément. De plus, il se montre très attentif à nos propos. Nous constatons que l'attention et la motivation à la communication du patient ont évolué entre la première et la deuxième passation. En effet, lors de la première passation à l'UNV, M. G. répond aux questions mais ne prend pas d'initiatives. En revanche, dès la deuxième séance, ses comportements verbaux et non verbaux, ses regards et ses postures indiquent qu'il s'engage pleinement dans l'interaction. M. G. est très investi dans l'échange malgré la réduction majeure de son langage. Le score de cette partie est donc maximal (6 points sur 6) dès la deuxième passation.

## 2.2 Communication verbale

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale** : elle est totalement préservée chez M. G.
- **Débit** : son débit verbal est très réduit en raison d'un trouble majeur de l'évocation et de difficultés syntaxiques. Dès la deuxième passation, M. G. peut produire quelques mots isolés grâce au phénomène de récupération. Il n'est cependant pas en mesure de faire des phrases.

- **Intelligibilité de la parole :** sa parole n'est pas toujours intelligible. En effet, une importante dysarthrie s'est révélée lorsque M. G. a pu produire des mots. Nous devons donc recourir à une mobilisation attentionnelle importante ainsi qu'à des inférences pour comprendre ses productions verbales.
- **Informativité et pertinence du discours :**
  - *Au niveau lexical :* les troubles d'évocation (manque du mot) de M. G. limitent considérablement l'informativité de son discours. En revanche, il ne produit pas de paraphasies.
  - *Au niveau syntaxique :* la construction syntaxique des phrases se limite à des formes élémentaires, des mots isolés. Cependant, malgré l'agrammaticalité des tournures, l'interlocuteur peut en déduire le sens.
  - *Au niveau idéique et pragmatique :* les réponses fournies par M. G. sont adaptées mais insuffisantes pour satisfaire nos interrogations. Nous devons alors poser des questions fermées pour obtenir des précisions. Le thème de l'échange est peu développé mais néanmoins maintenu. En effet, le patient ne peut apporter des informations nouvelles qu'au cours de la troisième passation seulement mais n'est pas en mesure d'introduire de nouveaux thèmes. En revanche, M. G. veille toujours à ce que son discours soit adapté à nos connaissances et que tous les référents évoqués soient connus.
  - **Feed-back verbaux :** M. G. n'est capable de nous envoyer des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension qu'au cours de la dernière passation. En revanche, dès la deuxième séance, il est en mesure de réajuster son discours lorsque nous produisons nous-même des feed-back négatifs.
  - **Utilisation du langage écrit :** Ce canal de communication n'est jamais utilisé par le patient, y compris sur incitation. Lors du bilan orthophonique réalisé à l'UNV, M. G. écrivait avec la main gauche (patient droitier) mais les automatismes étaient touchés. L'écriture était difficile et il rencontrait des difficultés au niveau de l'orthographe.

Les scores obtenus par M. G. dans le domaine de la communication verbale ont donc nettement augmenté entre les passations. En effet, nous avons observé une progression constante des scores grâce à la récupération de son langage oral. Lors de la première rencontre, M. G. ne pouvait produire seulement que quelques mots isolés comme « *oui, non* ». En revanche, lors des rencontres successives, nous avons pu observer une diversification des productions verbales du patient. Il est par exemple en mesure de m'expliquer qu'il a des

séances d'orthophonie, d'ergothérapie et qu'il participe à l'atelier chant à l'IURC. Il produit également des phrases simples « *c'est bien ; bonne chance ; plus maintenant* ».

Cependant, d'un point de vue qualitatif, son langage reste très réduit en raison des troubles majeurs d'évocation et des difficultés syntaxiques persistantes. Nous avons donc constaté d'importants temps de latence dans l'échange en raison du manque du mot important. Afin d'étayer le patient, nous devons utiliser majoritairement des questions fermées pour l'aider à répondre plus facilement. Par exemple, lorsqu'il évoque son métier de carreleur, nous lui demandons s'il fait plutôt des chantiers chez des particuliers, s'il est employé ou s'il a sa propre entreprise. Le patient peut alors répondre par oui ou non ou même reprendre certains mots de notre question pour y répondre : « *chez des particuliers* », « *à mon compte* ».

### **2.3. Communication non verbale**

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux :** Lors de la première passation, M. G. ne comprend pas les déictiques (regard ou pointage). En revanche, par la suite, il saisit correctement tous les types de gestes et de mimes que nous lui proposons.
- **Expressivité :** Dès notre première rencontre, le patient exprime des affects par des signes non verbaux clairs et adaptés au contexte. En effet, M. G. émet de nombreux soupirs, fronce les sourcils ou souffle quand la question est trop difficile. De plus, il nous regarde toujours avec grande attention et acquiesce en hochant la tête.
- **Informativité :**
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel :* M. G. respecte les règles conversationnelles et les tours de parole. Son regard et sa mimogestualité sont de bons régulateurs. Malgré la faible quantité des productions verbales, sa prosodie est adaptée.
  - *Au niveau lexical :* Lors de la première passation, le patient n'utilise pas la communication non verbale pour s'exprimer et ne produit aucun geste. En revanche, dès la deuxième séance, M. G. a spontanément recours à la communication non verbale pour compenser son trouble verbal. En effet, il produit alors des déictiques, des gestes symboliques, des gestes d'utilisation (d'objet ou d'action) ainsi que des mimes de la forme de l'objet.

- *Au niveau idéique* : Lors de la deuxième séance seulement, il est capable d'utiliser des séquences de signes non verbaux pour définir plus précisément un référent (concret ou abstrait).
- **Feed-back non verbaux** : Hormis au cours de la première passation, M. G. émet des feed-back non-verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension. En effet, il porte la main à sa tête ou soupire par exemple. De plus, le visage de M. G. est très expressif ce qui nous permet d'interpréter aisément ses affects.
- **Dessin** : il n'utilise jamais le dessin.

L'évolution des scores en communication non verbale est donc très riche chez M. G. En effet, lors de la première passation au sein de l'UNV, le patient n'a pas recours à ce canal de communication.

Lors de la deuxième séance, M. G. présente une communication verbale encore très réduite et se saisit alors des gestes pour communiquer. Nous observons donc un grand investissement de la communication non verbale. Il s'agit alors d'un relai fonctionnel lui permettant d'échanger et de s'investir dans l'interaction.

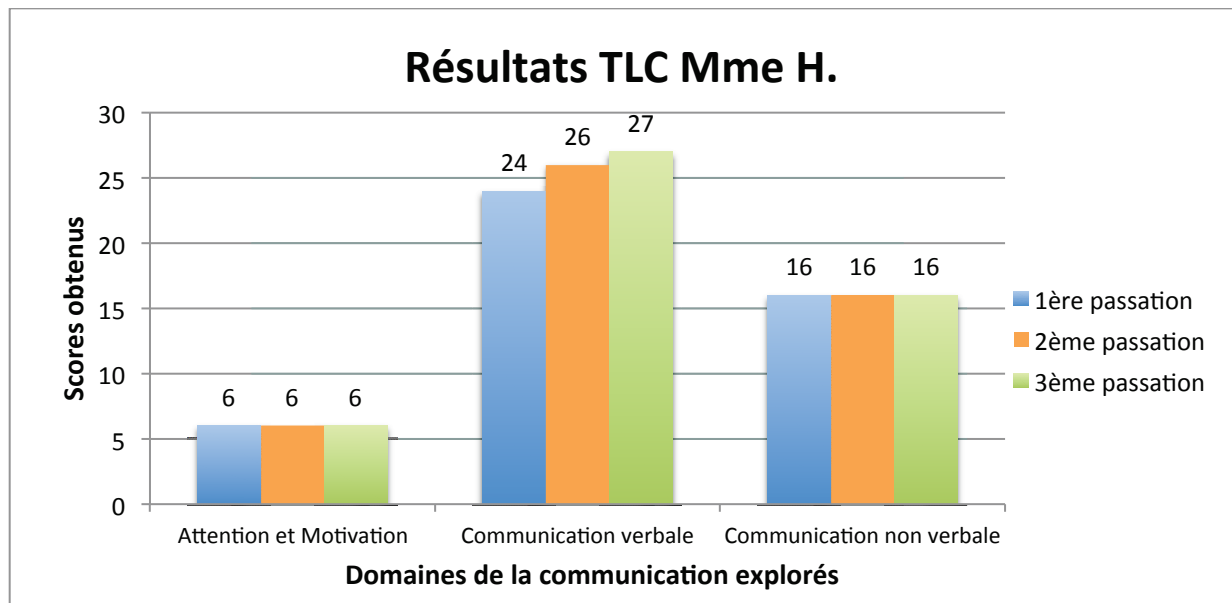
Enfin, lors de la dernière séance, nous constatons de nouveaux changements. Le score de communication non verbale est alors plus faible car il s'en sert nettement moins. En effet, M. G. a récupéré sur le plan verbal et peut alors produire des mots isolés. Il n'a alors recours aux gestes seulement lorsqu'il ne peut pas dire un mot en particulier. Il s'efforce de chercher le mot et de le dire pour n'utiliser le canal non verbal qu'en dernier recours. Au cours de la discussion par exemple, nous parlons d'un chantier auquel il a participé et il produit principalement des explications verbales.

### 3. Madame H.

---

Mme H. est hospitalisée à l'UNV à la suite d'un AVC ischémique sylvien gauche responsable d'une aphasie d'expression modérée. En effet, la production est non-fluente marquée par un manque du mot important.

Les résultats obtenus par Mme H. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



### **3.1. Attention et motivation**

Mme H. nous accueille et nous salue spontanément lors de nos trois rencontres. La patiente est attentive à nos propos et s'engage dans l'interaction. En effet, son regard, ses postures et ses réponses verbales et non verbales assurent le maintien de l'échange. Malgré la réduction langagière, Mme H. recherche notre attention et montre une grande volonté pour communiquer. De ce fait, elle obtient le score maximal (6 points sur 6) aux trois passations.

### **3.2. Communication verbale**

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale** : elle est totalement préservée chez Mme H.
- **Débit** : le débit verbal de la patiente est normal. En revanche, Mme H. présente des difficultés pour initier le mot. De plus, nous remarquons qu'au cours des trois séances, sa parole est saccadée. Sa langue maternelle étant l'alsacien, il est possible que la patiente soit moins à l'aise en français, expliquant ainsi cette particularité.
- **Intelligibilité de la parole** : sa parole est tout à fait intelligible.
- **Informativité et pertinence du discours** :
  - *Au niveau lexical* : Mme H. présente des troubles d'évocation assez importants. Elle peine à exprimer ses idées de manière fluide puisque certains mots lui manquent. Ils

n'entravent cependant pas l'informativité du discours car ils sont compensés par des explications, des périphrases.

- *Au niveau syntaxique* : la syntaxe employée est correcte.
- *Au niveau idéique et pragmatique* : les réponses de la patiente sont de plus en plus précises au fil de séances et satisfont nos interrogations. Le thème de l'échange est maintenu et Mme H. apporte des nouvelles informations dès la deuxième passation. En revanche, elle n'introduit pas spontanément de nouveaux thèmes. Les éléments de son discours sont organisés de façon logique et sont tout à fait adaptés aux connaissances de l'interlocuteur.
- **Feed-back verbaux** : Mme H. émet des feed-back verbaux comme des questions mots et réajuste spontanément son discours lorsque nous lui signalons nous-même des difficultés de compréhension au moyen de feed-back verbaux négatifs.
- **Utilisation du langage écrit** : la patiente n'utilise pas ce canal de communication. En effet, elle nous explique avoir d'importantes difficultés pour lire et écrire : « *je ne comprends pas, je n'enregistre pas* ».

Les scores de Mme H. en communication verbale montrent donc une progression constante. Cependant, les scores obtenus sont assez élevés dès le départ. Dès notre première rencontre, la patiente peut s'exprimer verbalement mais est gênée par un manque du mot marqué. De ce fait, son discours est ponctué de temps de latence plus ou moins importants. Par ailleurs, des troubles des fonctions exécutives perturbent parfois les productions de la patiente sous forme d'écholalies (reprise du dernier mot de la phrase ou de la dernière syllabe de la phrase de l'interlocuteur).

La deuxième et la troisième séance ont eu lieu au domicile de Mme H. en présence de son mari. Lors de ces séances, la patiente s'appuie sur son mari lorsqu'elle peine à trouver un mot ou une information. En effet, elle se tourne alors vers lui, le regarde et il termine sa phrase. Nous observons ce comportement plusieurs fois au cours des passations réalisées à domicile. En échangeant avec la patiente autour de ses troubles langagiers, elle nous explique à quel point elle se sent « *handicapée* » et « *gênée* » par son manque du mot. Elle est d'ailleurs plus gênée en français qu'en alsacien. De ce fait, elle n'ose plus parler avec des personnes inconnues à cause de sa parole qu'elle juge trop lente et pas assez fluide. Les troubles de Mme H. sont donc légers d'un point de vue orthophonique mais se révèlent être source d'une réelle souffrance chez cette patiente.

### 3.3. Communication non verbale

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux :** Mme H. saisit correctement tous les types de gestes et mimes que nous lui proposons.
- **Expressivité :** Mme H. est très expressive au niveau des gestes et des expressions faciales principalement. Ses sourires et ses mimiques sont donc significatifs d'un point de vue non-verbal.
- **Informativité :**
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel :* Mme H. respecte les règles conversationnelles et les tours de parole. Sa prosodie est adaptée, et son regard ainsi que sa mimogestualité sont de bons régulateurs.
  - *Au niveau lexical :* la patiente n'a pas recours à la communication non verbale spontanément. Au cours des trois passations, Mme H. ne produit aucun geste ni mime lors de l'épreuve PACE. Elle n'utilise que le langage verbal pour décrire les images.
  - *Au niveau idéique :* elle n'utilise donc pas de séquences de signes non verbaux.
- **Feed-back non verbaux :** Dès la première séance, Mme H. est capable d'émettre des feed-back non verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension (regard interrogateur, froncement de sourcils etc.). De plus, elle peut réajuster son discours en fonction de nos propres réactions non verbales.
- **Dessin :** elle n'a jamais recours au dessin.

Mme H. obtient le même score aux trois passations successives à savoir 16 points sur 30. En effet, la patiente est expressive et émet des signes non verbaux mais ne produit aucun geste ou mime lors de l'épreuve PACE. Elle fait des courtes phrases pour nous faire deviner les images « *je reste assis* » pour la chaise ou encore « *je vais me coucher* » pour le lit. Elle utilise seulement le langage verbal, relativement fonctionnel, et n'investit donc pas du tout le canal non verbal pour cet exercice. Malgré son manque du mot, la patiente est en mesure de s'exprimer verbalement donc elle ne ressent pas le besoin d'avoir recours aux gestes.

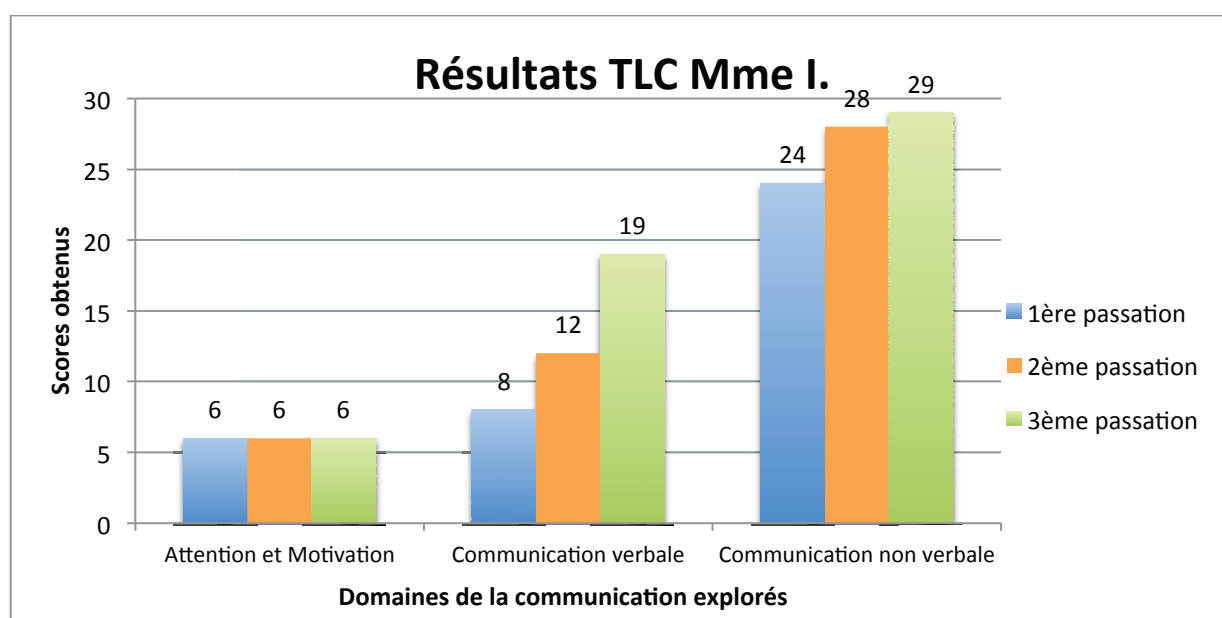


## 4. Madame I.

---

Mme I. est admise à l'UNV à la suite d'un AVC ischémique sylvien gauche et présente alors une aphasie d'expression sévère. La fluence verbale est réduite au maximum puisque la patiente est mutique lors de notre première rencontre. L'échange est possible grâce aux autres modalités investies par Mme I.

Les résultats obtenus par Mme I. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



### 4.1. Attention et motivation

Mme I. nous accueille et nous salue spontanément de manière non verbale lors de la première rencontre puis verbalement par la suite. Lors des trois passations, malgré la réduction massive du langage oral, la patiente est très attentive à nos propos comme le montrent de nombreux signes non verbaux. De plus, elle s'engage dans l'interaction grâce à des initiatives témoignant de sa grande volonté à communiquer. De ce fait, elle obtient le score maximum (6 points sur 6) dès la première passation.

## 4.2. Communication verbale

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale** : elle est totalement préservée chez Mme I.
- **Débit** : lors de la première passation, le débit est nul puisque la patiente est mutique. Au cours de la deuxième et de la troisième séance, le débit est très réduit et donc peu informatif par conséquent. En effet, la patiente ne peut produire que quelques mots isolés comme « *cuisine, ménage, docteur* ».
- **Intelligibilité de la parole** : l'intelligibilité est réduite en raison des perturbations articulatoires liées à la désintégration phonétique. L'interlocuteur doit donc suppléer à ses difficultés de décodage par une mobilisation attentionnelle importante et par des inférences.
- **Informativité et pertinence du discours** :
  - *Au niveau lexical* : lors des trois séances, le manque du mot est massif et Mme I. ne peut pas le compenser. L'informativité de ses propos est donc très réduite.
  - *Au niveau syntaxique* : Mme I. peut seulement produire des mots isolés à partir de la deuxième séance donc il n'y a pas d'énoncés, pas d'organisation syntaxique.
  - *Au niveau idéique et pragmatique* : les réponses aux questions sont peu explicites en raison de la réduction majeure du langage oral de Mme I. Cependant, elle parvient à maintenir le thème de l'échange et répond à nos questions par écrit. De plus, le discours est adapté aux connaissances de l'interlocuteur.
- **Feed-back verbaux** : Mme I. émet des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension à travers la production de « *non* » et d'onomatopées essentiellement. Elle est capable de réajuster son discours quand nous émettons des feed-back négatifs.
- **Utilisation du langage écrit** : le langage écrit est très investi par Mme I. En effet, dès la première séance, la patiente écrit spontanément pour communiquer et répondre à nos questions. De plus, un cahier de communication a été mis en place avec son orthophoniste. Mme I. s'en sert notamment pour nous parler de ses enfants et de ses petits-enfants dont les noms ont été consignés dans ce cahier. Cependant, nous constatons que la communication est modifiée lorsque la patiente a recours au langage écrit car le contact visuel est rompu.

La communication verbale de Mme I. est donc extrêmement réduite. Mutique lors de la première séance, la patiente peut produire quelques mots isolés par la suite. Les scores obtenus dans ce domaine sont donc très faibles, même si nous constatons une progression au fil des séances. De plus, en raison de la désintégration phonétique dans le cadre de son aphasie, la patiente présente des difficultés arthriques qui rendent ses productions verbales difficilement compréhensibles.

Au cours de la troisième séance, Mme I. essaye davantage de s'exprimer verbalement même si elle doit parfois répéter plusieurs fois en raison des déformations de la parole. Nous devons donc faire preuve d'une grande attention et de suppléance mentale pour déduire le sens des énoncés en fonction du contexte. Le langage écrit est moins investi qu'auparavant rendant alors la communication plus aisée.

### **4.3. Communication non verbale**

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux :** Mme I. interprète correctement tous les types de gestes et de mimes que nous lui proposons.
- **Expressivité :** Mme I. est une femme très expressive et tente spontanément de se faire comprendre par des gestes et des mimiques. Les affects de la patiente sont donc facilement compréhensibles grâce aux nombreux indices non verbaux émis.
- **Informativité :**
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel :* la patiente respecte les règles conversationnelles et les tours de parole. Elle utilise une prosodie adaptée et son regard et sa mimogestualité sont de bons régulateurs.
  - *Au niveau lexical :* la patiente a donc massivement recours à la communication non verbale de manière spontanée. Durant la première séance, elle produit des gestes déictiques, des gestes d'utilisation d'objets ou d'action ainsi que des mimes de la forme de l'objet. Lors de la deuxième séance, elle reproduit à nouveaux tous ces gestes et des gestes symboliques apparaissent. Enfin, au cours de la dernière séance, la patiente peut utiliser un mime pour évoquer un état physique ou émotionnel mais celui-ci est imprécis. Un trouble de l'exécution en limite la compréhension.

- *Au niveau idéique* : Mme I. produit des séquences de signes non verbaux pour définir plus précisément le référent évoqué. En effet, elle est en mesure de préciser son geste ou d'en ajouter un second lorsque nous peinons à comprendre de quelle carte il s'agit.
- **Feed-back non verbaux** : au cours des trois séances, la patiente émet de nombreux feed-back non verbaux lorsqu'elle est en difficulté. De plus, elle est capable de réajuster efficacement son discours (oral ou écrit) lorsque nous lui signalons nous-même des difficultés de compréhension.
- **Dessin** : ce canal n'est jamais utilisé par la patiente.

Mme I. est une patiente très attentive et investie dans la communication malgré son aphasie. Ses expressions faciales sont très évocatrices et nous renseignent sur ses affects. De plus, la patiente mobilise de nombreux gestes qui illustrent ses propos. Lors de la dernière séance, nous remarquons qu'elle essaye plus spontanément de dire mais qu'elle accompagne son discours de gestes. Par exemple, elle nous explique qu'elle fait la sieste l'après-midi et nous mime le fait de dormir simultanément ou nous montre par exemple le ciel pour nous faire comprendre que son mari est décédé. Elle mobilise tous les types de gestes lorsqu'elle ne peut pas expliquer verbalement. En langage spontané, elle a également recours à la modalité écrite pour exprimer certaines idées qu'elle ne peut dire oralement.

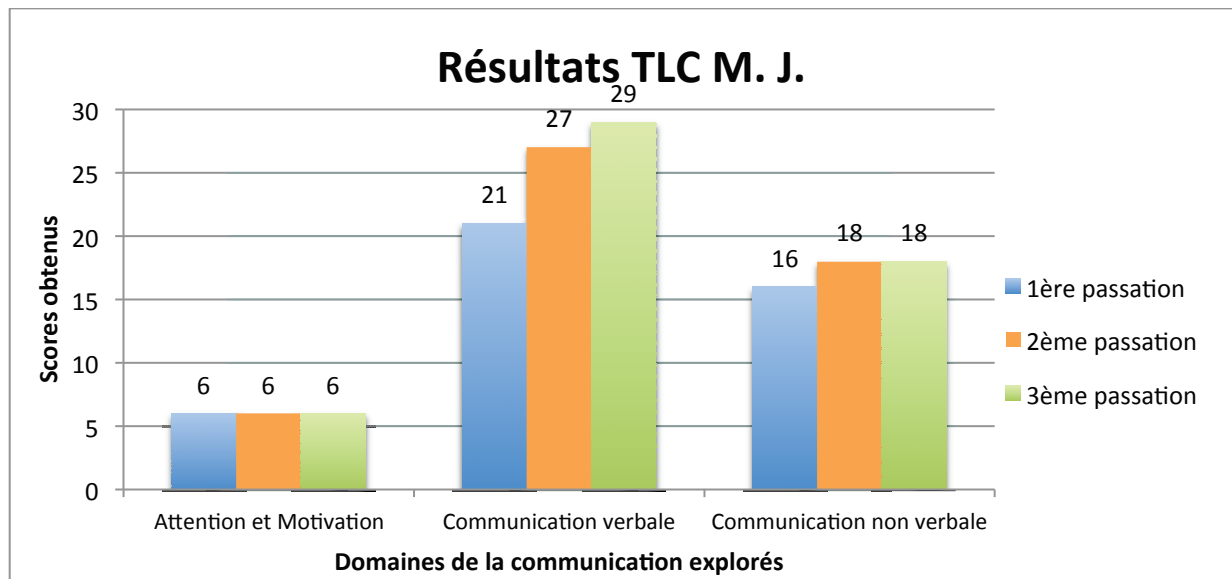
Mme I. s'engage donc pleinement dans l'interaction et met en place une communication multimodale afin de s'assurer de la bonne compréhension de son interlocuteur.

## 5. Monsieur J.

---

M. J. est hospitalisé à l'UNV à la suite d'un AVC fronto-insulaire gauche. Il présente alors une aphasie mixte se rapprochant d'une aphasie transcorticale. Le discours de M. J. est fluent même si le langage oral est marqué par un manque du mot. L'échange avec le patient est donc tout à fait possible avec quelques aménagements de la part de l'interlocuteur.

Les résultats obtenus par M. J. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



### 5.1. Attention et motivation

Dès la première passation de notre test, M. J. nous accueille et nous salue spontanément de manière verbale. Il se montre attentif à nos propos : son regard, sa posture et ses réponses en témoignent et assurent le maintien de l'échange. De plus, M. J. s'engage pleinement dans l'interaction à travers de nombreuses initiatives verbales. Comme nous pouvons le voir sur le graphique, le patient a obtenu un score maximal (6 points sur 6) lors des trois passations.

### 5.2. Communication verbale

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale** : il présente une compréhension conversationnelle relativement préservée.
- **Débit** : le débit verbal est normal chez M. J.
- **Intelligibilité de la parole** : la parole est parfaitement intelligible.
- **Informativité et pertinence du discours** :
  - *Au niveau lexical* : M. J. présente un manque du mot qui ponctue son discours de temps de latence. Cependant, les troubles d'évocation entravent peu l'informativité du

discours car le patient peut les compenser. Spontanément, il utilise le terme « *truc* » dès qu'un mot lui manque. Lorsque nous intervenons pour lui demander de préciser, il est capable de faire une périphrase pour nous expliquer son idée.

Par ailleurs, lors de la première passation, il présente quelques paraphasies (phonologiques et sémantiques) que nous n'avons pas retrouvées par la suite.

- *Au niveau syntaxique* : les constructions syntaxiques sont correctes.
- *Au niveau idéique et pragmatique* : lors de la première séance à l'UNV, les réponses de M. J. ne sont pas très explicites. En posant des questions fermées, nous parvenons à obtenir des précisions. Le thème de l'échange est maintenu et développé grâce à des nouvelles informations. De plus, le patient ne s'assure pas systématiquement que tous les référents évoqués nous soient accessibles et n'initie pas de nouveaux thèmes.

En revanche, lors des deux séances suivantes, le discours de M. J. est tout à fait adapté d'un point de vue idéique et pragmatique.

- **Feed-back verbaux** : M. J. n'envoie pas systématiquement des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension. En revanche, le patient est tout à fait capable de réajuster son discours sous la forme de reformulations lorsque nous lui envoyons des feed-back négatifs.
- **Utilisation du langage écrit** : M. J. n'utilise jamais le langage écrit lors des passations.

Nous pouvons observer une progression constante grâce aux scores obtenus par M. J. en communication verbale. En effet, le score a augmenté entre chaque passation pour atteindre 29 points lors de la dernière séance (sur 30 points maximum).

Lors de la première passation de notre test, le discours de M. J. est fluent mais assez confus. L'usage massif des termes « *truc* » ou « *l'autre* » perturbent considérablement l'informativité du discours. Le patient se perd parfois dans des phrases trop longues et trop complexes. De plus, M. J. utilise parfois des termes non adaptés aux connaissances de son interlocuteur comme « *mimi* » pour parler de son chien ou « *colonie de Granville* » pour évoquer le port. Cependant, lorsque l'on pose des questions fermées au patient, il est capable de se recentrer et de nous faire comprendre son idée. En effet, l'échange est possible mais nécessite de nombreuses déductions et questions de la part de l'interlocuteur.

Au fil des passations, nous observons une bonne récupération du langage oral. Nous pouvons échanger sur des thèmes variés que le patient introduit lui-même (sport, travail,

loisirs etc.). Le manque du mot est toujours présent mais assez peu marqué. M. J. est fluent et en mesure de développer un sujet, d'exprimer toutes ses idées.

### **5.3. Communication non verbale**

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux :** M. J. est capable de comprendre tous les signes non verbaux (gestes, mimes).
- **Expressivité :** le patient émet des signes non verbaux pour exprimer ses affects. Nous retrouvons surtout des gestes plus ou moins significatifs et des expressions faciales.
- **Informativité :**
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel :* le regard du patient et sa mimogestualité sont des régulateurs adaptés. M. J. respecte les tours de parole et présente une prosodie adaptée au contexte de l'interaction.
  - *Au niveau lexical :* le recours à la communication non verbale n'est pas spontané chez ce patient. En effet, lors de l'épreuve PACE, il utilise systématiquement le langage oral pour nous faire deviner les cartes. Il décrit ce qu'il voit, raconte des anecdotes en lien avec l'image. Cependant, lors de chaque passation, nous observons la production d'un ou deux gestes (d'utilisation de l'objet ou mime de la forme de l'objet) pour compenser le trouble d'évocation.
  - *Au niveau idéique :* il n'utilise pas de séquences de signes non verbaux pour définir plus précisément le référent évoqué.
- **Feed-back non verbaux :** le patient n'émet jamais de feed-back non verbaux témoignant d'éventuelles difficultés de compréhension. En revanche, il est capable de réajuster son discours lorsque nous lui envoyons un feed-back négatif non verbal.
- **Dessin :** le dessin n'est jamais utilisé par M. J.

La communication non verbale est donc très peu investie chez M. J. Les scores obtenus successivement dans ce domaine illustrent cette faible utilisation : il comprend les gestes non verbaux que nous produisons mais ne n'en saisit qu'en ultime recours. Au cours des trois passations, malgré nos incitations, M. J. ne produit que cinq gestes pour nous faire deviner les

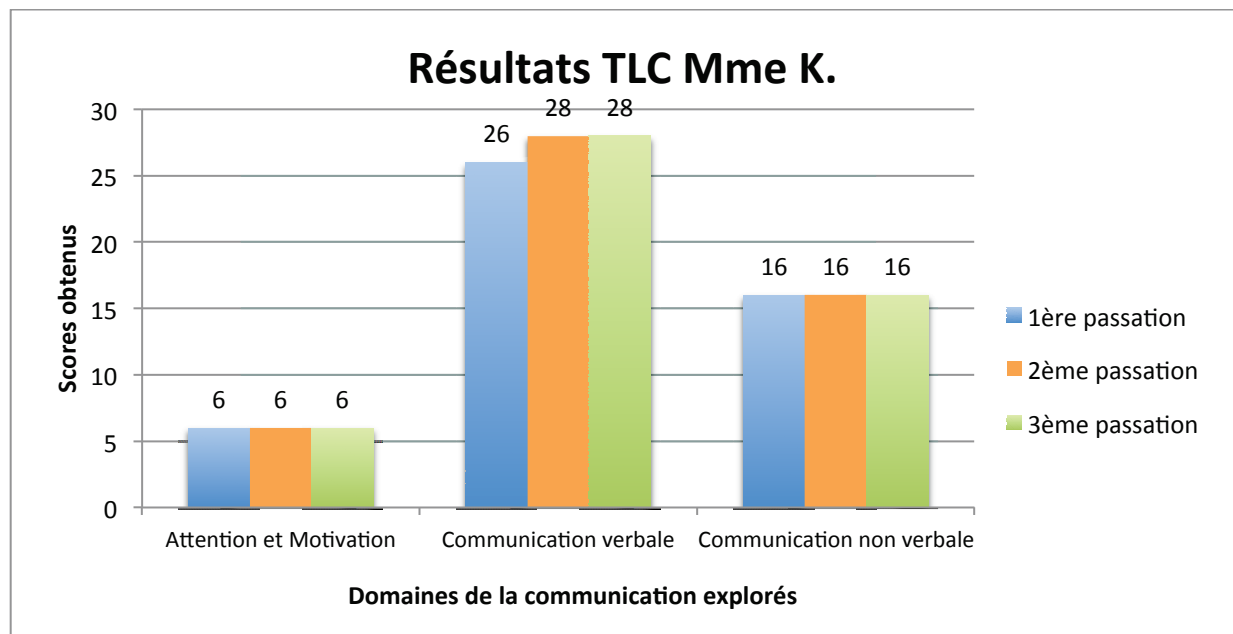
cartes cibles en PACE (verser de l'eau, microscope, se laver les cheveux etc.). En effet, la communication verbale de ce patient étant relativement fonctionnelle, il n'a que très peu besoin de ce canal non verbal.

## 6. Madame K.

---

Mme K. est hospitalisée à l'UNV à la suite d'un AVC ischémique sylvien gauche responsable d'une aphasie modérée à prédominance expressive. La patiente peut produire de courtes phrases, simples mais informatives. Par ailleurs, elle présente une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) qui complique considérablement l'épreuve PACE.

Les résultats obtenus par Mme K. au TLC lors des trois passations sont donc présentés dans le graphique suivant.



### 6.1. Attention et motivation

Mme K. nous accueille et nous salue verbalement de manière spontanée lors des trois passations. Lors de la première séance, la patiente est peu vigilante et très fatigable. Cependant, elle est tout de même volontaire et attentive à nos propos. Les initiatives verbales



de la patiente attestent de son investissement dans l'interaction. Lors des séances suivantes, la patiente est moins fatigable et encore plus engagée dans l'échange. Le score obtenu est donc maximal dès la première séance avec 6 points sur 6.

## 6.2. Communication verbale

La communication verbale a été analysée à partir des différentes composantes issues du TLC que nous allons à présent détailler.

- **Compréhension verbale** : elle est totalement préservée chez Mme K.
- **Débit** : dès notre première rencontre, le débit est tout à fait normal.
- **Intelligibilité de la parole** : la parole est parfaitement intelligible.
- **Informativité et pertinence du discours** :
  - *Au niveau lexical* : la patiente présente un manque du mot qui se retrouve durant les trois séances. Celui-ci est relativement discret et compensé garantissant alors l'informativité du discours de Mme K.
  - *Au niveau syntaxique* : la syntaxe employée est correcte et contribue elle aussi à l'informativité des propos de la patiente.
  - *Au niveau idéique et pragmatique* : Dès notre première rencontre, Mme K. est en mesure de maintenir le thème et d'apporter des informations nouvelles afin d'enrichir l'échange. De plus, le discours est organisé de façon logique et adapté aux connaissances de l'interlocuteur. En revanche, ses réponses sont explicites et informatives seulement à partir de la deuxième passation satisfaisant ainsi nos interrogations. Mme K. introduit également de nouveaux thèmes au cours de la discussion.
- **Feed-back verbaux** : Mme K. émet des feed-back verbaux adaptés et réajuste son discours lorsque nous lui signalons des difficultés de compréhension. Elle est capable de reformuler ses énoncés.
- **Utilisation du langage écrit** : Mme K. ne sollicite pas l'écrit au cours des passations.

Les scores obtenus par Mme K. en communication verbale montrent que les capacités langagières de la patiente sont relativement préservées. Nous observons une légère progression mais les scores obtenus sont assez élevés dès la première passation. La patiente

présente un léger manque du mot qu'elle parvient à compenser. Elle nous explique d'ailleurs « *avoir du mal à coordonner les mots* ». Nous pouvons également étayer la patiente au moyen de questions fermées : nous devinons ainsi son métier dont elle ne trouvait plus le nom. En revanche, la syntaxe, l'intelligibilité et le débit sont corrects. De ce fait, l'échange avec Mme K. est aisé et elle est capable de donner son avis sur un thème de discussion dès la première passation. Cependant, nous remarquons qu'en fin de séance, la patiente oublie parfois ce qu'elle voulait dire à cause de la fatigue.

### **6.3. Communication non verbale**

Tout comme la communication verbale, nous avons analysé la communication non verbale grâce aux différentes composantes issues du TLC.

- **Compréhension des signes non verbaux** : la patiente saisit correctement le sens de nos gestes et mimes dès la première séance.
- **Expressivité** : Mme K. est expressive surtout au niveau des expressions faciales. Elle ferme les yeux lorsqu'elle réfléchit, fronce les sourcils quand elle ne comprend pas ou hoche la tête pour approuver.
- **Informativité** :
  - *Au niveau pragmatique et interactionnel* : Mme K. respecte les règles conversationnelles et les tours de parole. Sa prosodie est adaptée, et son regard ainsi que sa mimogestualité sont de bons régulateurs.
  - *Au niveau lexical* : Mme K. n'investit pas la communication non verbale spontanément. Lors des trois passations, la patiente ne produit aucun geste ni mime pour décrire les images mais décrit verbalement ce qu'elle voit.
  - *Au niveau idéique* : elle n'utilise donc pas de séquences de signes non verbaux.
- **Feed-back non verbaux** : Dès la première séance, Mme H. est capable d'émettre des feed-back non verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension comme des froncements de sourcils. De plus, elle peut réajuster son discours lorsque nous envoyons nous-même des feed-back négatifs.
- **Dessin** : elle n'a jamais recours au dessin.

Mme K. obtient donc le même score aux trois passations successives à savoir 16 points sur 30. Elle ne produit donc aucun geste ou mime pour nous faire deviner les images. Généralement, elle produit directement le mot cible ou alors décrit l'image verbalement. En effet, la communication verbale de la patiente étant parfaitement fonctionnelle, la patiente n'a pas investi la communication non verbale lors de l'épreuve PACE.

Nous avons d'ailleurs rencontré des difficultés durant l'épreuve PACE en raison des troubles visuels de Mme K. En effet, la DMLA ne lui permet pas de voir aisément ce qui est représenté sur les photos. Elle nous dit voir du linge par exemple pour l'image représentant l'action de verser de l'eau dans un verre. Nous sélectionnons donc les images pour écarter les plus sombres tout en permettant l'émergence de tous les comportements non verbaux potentiellement attendus.

# CHAPITRE 5

## Discussion

# 1. Interprétation des résultats et confrontation aux hypothèses

---

L'objectif de cette expérimentation était d'analyser l'évolution de la communication des patients aphasiques à la suite d'un AVC. Nous allons donc à présent mettre en relation les résultats analysés ci-dessus avec les hypothèses formulées au départ, qui pourront être validées ou invalidées.

Pour rappel, nous envisagions que la communication des patients aphasiques devenait de plus en plus fonctionnelle au fil des passations successives. Afin de vérifier cette hypothèse générale, nous avons posé quatre sous-hypothèses :

- 1- La **communication verbale** s'améliore et devient de plus en plus performante au fil des passations de notre épreuve ;
- 2- La **communication non-verbale** est investie par les patients aphasiques lorsque le langage oral est déficitaire ;
- 3- Malgré les limitations langagières, les patients aphasiques s'engagent dans l'interaction et font preuve **d'attention et de motivation pour la communication** ;
- 4- Le **nombre de canaux de communication** utilisés par les patients augmente.

## 1.1. Première hypothèse

L'exploration de la communication verbale de nos six patients montre une amélioration générale de celle-ci au fil des passations. Pour tous les patients, nous observons une progression des scores. Elle est variable d'un patient à un autre en fonction de la sévérité initiale de l'aphasie.

Par exemple, pour M. G., le score en communication verbale passe de 4 points pour la première passation à 22 lors de notre dernière rencontre. En revanche, pour Mme K., le score passe seulement de 26 points à 28 points, sachant que le score maximal est de 30 points. De ce fait, les plus fortes progressions correspondent aux récupérations les plus importantes et apparaissent donc chez les patients dont l'aphasie était sévère au départ.

De plus, d'un point de vue qualitatif, notre observation clinique nous montre que la communication verbale de nos six patients est devenue de plus en plus fonctionnelle au fil de nos trois passations. L'échange devenait de plus en plus aisé et informatif avec les patients.

Enfin, ce mode de communication est privilégié si les capacités linguistiques du patient le permettent. En effet, ce canal étant le plus rapide et le plus efficace pour communiquer, les patients aphasiques l'utilisent préférentiellement dès que possible.

Les résultats montrent donc que la communication verbale des patients aphasiques post-AVC évolue et devient de plus en plus performante au fil des passations de notre épreuve.

Comme attendu, notre première hypothèse concernant *l'amélioration de la communication verbale* est **validée**.

## **1.2. Deuxième hypothèse**

Pour analyser les performances non verbales des patients, il convient de préciser la composition de la grille du TLC. En effet, le total de 30 points est divisé entre plusieurs items : compréhension des signes non verbaux, expressivité, informativité (production de signes non verbaux) et feed-back non verbaux.

Les résultats du TLC obtenus par nos patients en communication non verbale nous permettent donc d'observer plusieurs tendances.

Tout d'abord, nous notons que pour quatre patients (M. F., Mme H., M. J. et Mme K.), les scores sont relativement bas. Ils oscillent en effet entre 12 et 18 points (sur un maximum de 30). De plus, nous observons pour Mme H. et Mme K. des scores identiques lors des trois passations : les résultats des patientes plafonnent à 16 points. M. F. obtient d'abord 12 points aux deux premières passations puis 16 points à la dernière. M. J. obtient quant à lui 16 points lors de la première passation puis 18 aux deux suivantes.

Les scores obtenus par ces quatre patients montrent donc une bonne compréhension des signes non verbaux ainsi qu'une expressivité correcte. Cependant, ils n'obtiennent pas de points concernant l'informativité puisqu'ils ne produisent aucun geste et qu'ils n'ont pas recours spontanément à la communication non verbale. Il s'agit donc des patients dont l'aphasie est modérée et qui sont capables de communiquer verbalement.

En revanche, les deux autres patients obtiennent des scores témoignant d'une évolution dans le domaine non verbal. Pour Mme I., les scores augmentent au fil des passations pour atteindre 29 points sur 30 lors de la dernière séance. En revanche, M. G. obtient un score élevé lors de la deuxième passation (28 points sur 30) puis un score plus faible (16 points). Ces deux patients, très limités d'un point de vue verbal, ont donc massivement investi la communication non verbale, autant sur le versant expressif que réceptif, comme le montrent les scores élevés obtenus dans ce domaine.

D'après certains auteurs, la communication est par essence multimodale (Cataix-Nègre, 2011). Les résultats obtenus par les patients illustrent cette affirmation et nous montrent que la communication non verbale est toujours présente parallèlement à la communication verbale.

Cependant, nous observons que les scores obtenus en communication non verbale sont très variables d'un patient à un autre. En effet, en fonction des compétences verbales, la communication non verbale est plus ou moins investie.

Les patients qui présentent une réduction majeure du langage oral investissent pleinement la communication non verbale afin de pallier leurs troubles d'expression. De ce fait, ils obtiennent des points à la fois en production et en compréhension non verbale. En revanche, les patients qui sont en mesure d'utiliser le langage verbal pour s'exprimer ne produisent pas de signes non verbaux tels que les gestes. Ainsi, ils présentent un faible score en communication non verbale, n'obtenant alors des points qu'en compréhension. Même si ce canal non verbal est investi à minima, il reste secondaire au profit du langage oral qui reste le canal privilégié.

Les résultats en communication non verbale révèlent donc une utilisation de ce canal seulement lorsque les patients aphasiques sont limités en expression verbale.

Nous pensons ainsi que notre deuxième hypothèse concernant *l'investissement de la communication non verbale* est **validée**.

### 1.3. Troisième hypothèse

Pour quatre de nos six patients, les scores d'attention et de motivation obtenus dans la première partie du TLC sont maximums et constants durant les trois passations.

En revanche, pour M. F. et M. G., nous obtenons des résultats qui évoluent au fil des passations successives. Ces deux patients étaient très limités et fatigables lors de la première passation à l'UNV et peinaient à prendre part à l'interaction. Leurs scores dans ce domaine ont donc augmenté progressivement pour finalement atteindre le score maximal lors de la dernière passation.

Globalement, les résultats témoignent des capacités des patients aphasiques à entrer en interaction avec autrui et à s'adapter à la situation de communication. Dès le départ, la majorité des patients est en mesure de prendre des initiatives dans la conversation, de faire attention aux propos de l'interlocuteur et fait preuve de volonté pour échanger des informations. Tous ces facteurs sont primordiaux et veillent à l'établissement et au maintien de l'interaction (Lefeuvre & coll., 2000).

Nous estimons donc que notre troisième hypothèse concernant *l'engagement des patients aphasiques dans l'interaction* est **validée**.

### 1.4. Quatrième hypothèse

Comme nous l'avons exposé auparavant, la communication verbale de tous nos patients s'est améliorée au fur et à mesure de nos passations. En effet, le score augmente à mesure que les capacités linguistiques du patient s'améliorent. Le canal verbal, rapide et efficace, est donc privilégié dès que possible par les patients aphasiques.

Nous avons par ailleurs remarqué que la communication non verbale est massivement investie lorsque le langage oral est déficitaire. Les patients utilisent alors plus de gestes lorsque la communication verbale n'est pas suffisante pour exprimer une idée.

Les enregistrements vidéo nous ont d'ailleurs permis d'observer une grande expressivité et une diversité des signes non verbaux utilisés par les patients aphasiques. Les expressions faciales sont fondamentales dans la communication permettant de repérer et d'exprimer



diverses émotions. De plus, nous constatons que le regard et le sourire sont des éléments significatifs dans l'instauration d'un climat de confiance entre les partenaires. Tous ces paramètres sont donc à prendre en compte dans l'interaction puisqu'ils traduisent efficacement des messages non verbaux.

Dans l'ensemble, nous remarquons que les patients aphasiques utilisent à la fois la communication verbale et non verbale afin d'optimiser la qualité de l'échange. Plus l'aphasie est sévère, plus le nombre de canaux investis est important.

Nous pouvons donc dire que notre quatrième hypothèse concernant *l'augmentation du nombre de canaux de communication* est **validée**.

## **1.5. Validation de l'hypothèse générale**

Suite à nos trois passations successives, nous observons une augmentation des scores du TLC dans les différents domaines de la communication chez nos six patients.

La méthodologie adoptée nous a permis de faire de nombreuses observations cliniques autour des comportements communicatifs des patients aphasiques. Nous avons notamment constaté que la motivation était un facteur essentiel dans la réussite de l'échange. En effet, en fonction des thèmes de discussion proposés, les patients étaient plus ou moins prolixes. Il semblerait alors que la motivation augmente proportionnellement avec l'intérêt du patient pour le thème de discussion proposé. Au gré des passations, nous nous sommes donc efforcée de suggérer des thèmes en lien avec les intérêts personnels de chaque patient pour susciter une réelle envie d'échanger et de communiquer avec nous.

Les quatre sous-hypothèses formulées sont donc validées : nous pouvons ainsi affirmer, dans la limite des données collectées, que la communication des patients aphasiques est améliorée dans les mois qui suivent l'AVC.

L'hypothèse générale selon laquelle la *communication globale du patient aphasique devient de plus en plus fonctionnelle en post-AVC* est donc **validée**.

## 2. Difficultés rencontrées, interrogations et limites

---

Notre étude comporte certains biais méthodologiques que nous allons à présent mentionner, de manière à nuancer les tendances précédemment dégagées.

### 2.1. Population

La contrainte temporelle pour la réalisation de ce mémoire nous a donc limitée pour la constitution de l'échantillon de patients. Le nombre de patients recrutés pour cette expérimentation est trop faible pour permettre une analyse statistique. De ce fait, nous ne sommes pas en mesure de généraliser les résultats obtenus.

De plus, cette contrainte temporelle a également limité le nombre de passations du TLC. Au niveau des résultats, nous n'avons pu observer que des évolutions sur un temps relativement restreint. Il aurait été intéressant de ne pas se limiter à trois passations et d'en réaliser plus.

Par ailleurs, la sémiologie des troubles de nos six patients est variable. En effet, globalement, trois des six patients présentaient une aphasie d'expression plutôt sévère alors que celle des trois autres patients était plutôt modérée. Nos résultats montrent une évolution différente en fonction de la sévérité initiale de l'aphasie. De ce fait, nous aurions pu séparer nos patients en deux groupes en fonction de la sévérité initiale de leur aphasie afin de comparer leurs résultats.

Enfin, tous les patients de notre étude ne suivaient pas de rééducation orthophonique en parallèle. En effet, M. G., Mme I. et Mme K. ont bénéficié de séances de rééducation entre les passations contrairement aux trois autres patients. De ce fait, nous ne pouvons pas distinguer les progrès attribuables à la rééducation orthophonique, de ceux attribuables à la récupération spontanée de l'aphasie. Il est donc impossible d'affirmer que la rééducation orthophonique ait influé sur les performances de nos patients.

## **2.2. Test Lillois de Communication**

### **2.2.1. Conception du test**

Lors de l'élaboration du protocole expérimental de ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser le TLC en raison de son aspect novateur. Ce test ne se contente pas d'évaluer les troubles langagiers des patients aphasiques mais permet d'évaluer leur impact sur la communication duelle.

Au cours des passations du TLC, nous nous sommes interrogée sur différents points concernant le test en lui-même. En effet, dans la présentation du TLC, les auteurs expliquent l'importance du caractère naturel des situations de communication mises en place avec les patients. Lors de la passation de ce test, nous proposons au patient d'échanger sur des thèmes imposés dont il n'a pas l'initiative. Or, comme l'explique Traverso (2007) les conversations émergent d'ordinaire spontanément et se construisent autour d'un thème libre. Au gré des passations, nous avons pris conscience de l'importance de la motivation dans le déroulement de l'échange. Nous avons donc petit à petit orienté la discussion vers des thèmes choisis en fonction des intérêts particuliers de chaque patient comme le sport, la télévision, la vie urbaine et la vie rurale. S'intéresser aux intérêts de chaque patient permet ainsi de créer une situation de communication plus écologique. Ce concept s'inspire d'ailleurs des approches fonctionnelles et pragmatiques que nous avons précédemment développées.

Cependant, comme le requiert le test, nous avons veillé à ce que les thèmes évoqués permettent toujours aux patients de produire un discours à dominante informative. Ils devaient également susciter une divergence d'opinions afin que le patient puisse prendre position et développer des arguments.

Par ailleurs, les comportements non verbaux des patients sont évalués seulement au cours de l'épreuve d'inspiration PACE. De ce fait, cet exercice inscrit la communication dans un contexte référentiel puisque le patient doit nous faire découvrir une image. Cette situation ne reflète donc pas vraiment l'utilisation spontanée du canal non verbal tel qu'il peut l'être dans les échanges quotidiens des patients aphasiques.

### 2.2.2. Cotation

Comme nous l'avons vu auparavant, nous avons nous-même coté chaque passation afin de limiter les variations inter-juges. L'utilisation de ce test est soumise à notre propre subjectivité et à notre seule appréciation clinique. Certains items, notamment ceux concernant la communication non verbale, se sont révélés difficiles à coter. En effet, nous hésitions parfois entre le score maximal à attribuer ou le score intermédiaire lorsque le comportement observé ne correspondait pas précisément à la description de l'item proposée par le TLC.

Toutefois, nous avons développé une certaine expérience clinique au fil des passations nous permettant alors d'affiner l'observation des compétences communicatives de nos patients. De ce fait, la finesse et la justesse de notre jugement clinique s'est donc renforcée progressivement. Notre appréciation est donc certainement plus fine et par conséquent, plus fiable à la fin de l'étude qu'au début de celle-ci.

Nous avons émis quelques réticences quant au score global calculé par le TLC. En effet, celui-ci prend en compte les trois scores obtenus dans les domaines explorés en se basant sur une somme pondérée :  $2,5 \times (\text{total attention et motivation}) + 1,3 \times (\text{total communication verbale}) + 1,53 \times (\text{total communication non verbale})$ . Il nous semble que ce score ne soit pas très représentatif de la communication globale des patients aphasiques. Pour M. G. par exemple, son score global est plus faible lors de la troisième passation que lors de la deuxième. Cette diminution ne signe cependant pas une régression de ses compétences mais une modification de son comportement communicatif. En effet, lors de la dernière séance, il a moins eu recours à la communication non verbale pour pallier ses difficultés en raison de la récupération d'une communication verbale plus fonctionnelle.

De ce fait, nous n'avons pas utilisé ce score dans l'analyse des résultats ni dans les graphiques réalisés pour chaque patient. Nous avons tout de même consigné tous les scores globaux de nos patients dans le tableau récapitulatif (cf : Annexe 3).

Concernant la communication non verbale, essentiellement évaluée à partir de l'épreuve PACE, nous nous questionnons sur la cotation. En effet, l'absence de certains comportements non verbaux donne un score faible dans cette partie du test et donc abaisse le score de communication globale. Or, lorsque le patient utilise préférentiellement le langage oral pour communiquer, comme Mme H. ou Mme K, nous ne pouvons pas pour autant affirmer que la communication est moins efficace.

## **2.3. Conditions de passation du TLC**

### **2.3.1. Passation du test**

Comme nous l'avons expliqué dans la méthodologie, nous avons réalisé trois passations successives du TLC avec chaque patient. Nous nous sommes donc questionnée sur un probable effet retest puisque nous avons administré à nouveau le même test aux mêmes sujets après un certain intervalle de temps. Cependant, il ne nous a pas semblé significatif dans la mesure où les questions ouvertes et la discussion ne se faisaient jamais autour du même thème lors des passations successives. Le patient développait donc d'autres types de réponses et d'arguments. De plus, lors de l'épreuve PACE, même si nous reprenions les deux mêmes séries d'images, nous avons remarqué que les moyens de communication mis en œuvre par les patients étaient totalement différents d'une séance à une autre.

Par ailleurs, en raison des contraintes temporelles inhérentes à la réalisation de cette étude, les intervalles entre les passations n'ont pas toujours été réguliers. En effet, en fonction de la date de recrutement des derniers patients, nous avons dû raccourcir l'intervalle entre les séances afin d'être tout de même en mesure de réaliser trois passations. Par exemple, pour Mme K., la deuxième et la troisième passation sont seulement espacées de deux semaines. De plus, au début de notre expérimentation, la première et la deuxième passation de M. F. ont eu lieu à seulement huit jours d'intervalle. Il aurait été intéressant d'augmenter les intervalles entre les passations afin d'obtenir des évolutions à plus long terme.

De plus, les enregistrements vidéo nous ont servi de support au travail d'analyse. Nous nous sommes questionnée sur le fait que la caméra ait pu influencer le comportement des patients et donc modifier leur attitude et leurs performances communicatives en situation d'enregistrement. Cependant, nous avons constaté que tous nos patients avaient facilement et rapidement omis la présence de la caméra faisant preuve d'une grande capacité d'adaptation.

### **2.3.2. Aspect langagier de la passation**

Au cours des passations successives de notre test, nous avons émis plusieurs réflexions autour de la formulation de nos questions. Nous avons remarqué que d'une manière générale, il était plus aisé pour les patients de répondre à des questions fermées qu'à des questions ouvertes. En effet, il fallait alors les étayer et limiter les possibilités de réponses. De plus, en

fonction des feed-back verbaux et non verbaux envoyés par les patients, nous devons nous-même ajuster en permanence notre discours afin de s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci.

Concernant la compréhension et l'attitude des patients au cours des épreuves, nous avons constaté l'importance des pauses et des feed-back. En raison des répercussions cognitives de l'AVC, il est essentiel de laisser aux patients des temps de réflexion pour qu'ils puissent programmer et formuler leurs idées. Nous avons également remarqué que les soupirs étaient typiques chez les patients aphasiques, signe non verbal de leur compréhension mais également de leurs difficultés.

Enfin, l'expérimentation de ce mémoire nous a permis de constater l'impact de l'aphasie sur les performances communicatives des patients mais également sur l'entourage du patient. Les proches des patients aphasiques doivent s'adapter davantage pour se faire comprendre, être très à l'écoute et faire face aux interruptions de la conversation. Comme le montrent Cruz (2006) et De Partz (2001), l'échange repose sur une co-construction de l'interaction dont les partenaires doivent tous avoir conscience pour la réussite de celui-ci. L'aphasie et l'AVC ne sont donc pas des pathologies du locuteur seulement mais affectent également l'entourage du patient.

### **2.3.3. Lieu d'intervention**

Notre interrogation porte ici sur l'influence du lieu d'intervention sur les performances des patients. Les premières passations ont toutes eu lieu à l'UNV puis au centre de rééducation pour certains, à domicile pour d'autres ou encore au cabinet libéral de l'orthophoniste.

Lors des passations à l'UNV, nous intervenons durant la phase aiguë, c'est-à-dire quelques jours après l'AVC. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les patients étaient vus en chambre, parfois alités et scopés ce qui rendait les conditions de passation plus difficiles. Nous cherchions alors à les installer confortablement de manière à ce qu'ils soient semi-assis pour voir correctement les cartes (de l'épreuve PACE) disposées sur le lutrin. Nous étions donc parfois en présence d'une tierce personne à savoir le/la voisin(e) de chambre de notre patient.

Par ailleurs, pour la moitié de nos patients, nous sommes donc intervenue à domicile pour les deux dernières passations du TLC. Nous pensons que ces séances à domicile procuraient un cadre plus rassurant à notre intervention en raison du contexte familial. Cependant, les conditions n'étaient parfois pas optimales (présence du mari dans la pièce, présence d'animaux domestiques etc.). De plus, les interventions des proches de nos patients durant les passations se sont révélées être des éléments perturbateurs.

## 3. Intérêts de l'étude

---

Malgré les limites énoncées précédemment, nous pensons que cette étude présente des intérêts et des perspectives de travail.

### 3.1. Apports personnels

La réalisation de cette étude auprès de patients aphasiques a été une expérience très enrichissante. Ce projet nous a permis d'approfondir nos connaissances autour de l'aphasiologie et d'envisager cette pathologie sous plusieurs dimensions. Nous avons alors pu aborder les déficits liés à l'aphasie mais aussi les limitations que génèrent ces troubles au quotidien. Nous avons ainsi été confrontée à la réalité de cette maladie et donc aux conséquences linguistiques, communicationnelles mais aussi psychologiques et sociales de celle-ci. Nous avons alors entrevu l'intérêt majeur de favoriser l'utilisation des différentes approches complémentaires au service de la rééducation afin de permettre aux patients de retrouver une communication fonctionnelle le plus rapidement possible.

Le travail entrepris nous a également permis de nous exercer à la passation et à la cotation de bilan orthophonique. Nous avons donc appris à mener une séance en autonomie avec le patient, à évaluer les comportements communicatifs puis à analyser les résultats obtenus. De plus, nous nous sommes initiée à l'utilisation de l'outil vidéo dont nous avons clairement perçu l'intérêt au cours de la passation de test comme le TLC. Le visionnage de la séance à posteriori s'est révélé être un support très précieux pour affiner nos observations cliniques.

D'un point de vue personnel et clinique, la rencontre avec ces patients, les contacts avec les différents professionnels et le travail en autonomie au cours de ces quelques mois ont été des expériences très formatrices pour la future pratique du métier d'orthophoniste. En effet, ce travail nous a demandé de développer une attitude professionnelle avec nos patients. Nous avons dû nous adapter continuellement à chaque patient, ses troubles, mais aussi son histoire, son vécu afin d'instaurer un climat de confiance. Pour la réussite de notre passation, nous devions valoriser les échanges en faisant preuve d'écoute et de respect. Nous devions alors ajuster notre discours à leurs compétences et faire émerger implicitement tous les comportements attendus pour l'analyse de leur communication.

### **3.2. Bénéfices secondaires pour les patients**

La réalisation de ce mémoire a permis aux patients de tirer des bénéfices des séances que nous réalisions ensemble. En effet, ils ont ainsi bénéficié de séances en dehors de celles prévues dans leur parcours de soins. Nous intervenions parallèlement aux autres thérapeutes des structures d'accueil. La passation du TLC se révélait donc être un véritable exercice rééducatif pour nos patients.

De plus, nous avons remarqué, notamment au cours de l'épreuve PACE, que certains patients prenaient conscience de leurs difficultés mais également de tous les canaux de communication qu'ils avaient à leur disposition. En début d'exercice, nous rappelions toujours qu'ils pouvaient utiliser n'importe quel moyen pour nous faire deviner les cartes comme la parole, les gestes, le mime, l'écriture ou encore le dessin.

Enfin, au fil des rencontres, nous avons pu instaurer un réel climat de confiance offrant aux patients un espace de parole et d'écoute. À plusieurs reprises, des patients nous ont parlé de leurs difficultés, de leur souffrance et des répercussions que l'aphasie avait sur leur quotidien. Nous nous sommes cependant efforcée de cadrer notre intervention afin de ne pas aller au delà de notre champ de compétences.

Ainsi, la confiance accordée par nos patients nous a permis de créer des situations de communication les plus naturelles possibles lors des passations de notre test. Nous avons alors évité la relation hiérarchique soignant-soigné au profit d'une relation plus écologique entre le patient et nous-même.



### 3.3. Perspectives

Dans une perspective pragmatique et fonctionnelle, nous avons donc concentré notre attention sur les performances communicationnelles des patients, sur l'utilisation du langage en situation naturelle d'interaction plutôt que sur les performances langagières. Nous avons ainsi mesuré l'importance d'évaluer la communication des patients aphasiques, dès la phase aiguë, dans le but de valoriser les autres canaux disponibles notamment en rééducation.

Il pourrait donc être intéressant de réaliser des bilans centrés sur la communication dès le début de la prise en charge et donc de ne pas se focaliser seulement les compétences linguistiques de ces patients. Le TLC pourrait être davantage être utilisé et exploité car il nous donne de nombreuses pistes et valorise la communication globale des patients aphasiques contrairement aux bilans orthophoniques classiques. La passation peut être adaptée, notamment en phase aiguë, pour réduire la durée du test.

Il est donc tout à fait envisageable d'inclure ce test dans les bilans orthophoniques initiaux en complément des tests langagiers pour avoir une idée précise des compétences communicationnelles des patients aphasiques.

# CONCLUSION

---

L'objectif de notre mémoire était d'étudier la communication des patients aphasiques après un accident vasculaire cérébral au cours de leur parcours de soins. Comme nous l'avons vu, même si le langage est perturbé, les compétences communicationnelles sont généralement mieux préservées.

Pour mener cette étude, nous avons réalisé un suivi longitudinal de six patients aphasiques dès la phase aiguë à l'UNV jusqu'au retour à domicile. Nous les avons ainsi rencontrés dans différents contextes : hospitalisation à l'UNV, séjour en centre de rééducation et retour à domicile avec ou sans prise en charge libérale. Au cours de ce suivi, nous leur avons proposé trois fois le même bilan orthophonique de communication, le Test Lillois de Communication (TLC). Nous avons ainsi pu évaluer l'évolution des compétences communicatives de ces patients au cours de leur parcours de soins.

Afin d'affiner l'observation clinique des comportements communicatifs, nous avons filmé chaque passation. Nous avons ensuite visionné les enregistrements au moment de la cotation du TLC.

Les résultats de notre étude montrent que la communication globale des patients aphasiques devient de plus en plus fonctionnelle. Nous observons une amélioration de la communication verbale au fil des passations et une augmentation du nombre de canaux de communication investis par les patients. Nous remarquons également que la communication non verbale est d'autant plus investie lorsque le langage oral est très déficitaire. De plus, les performances montrent que les patients s'investissent dans l'interaction. Cet engagement dans l'échange se manifeste par une attention et une motivation pour la communication. En phase aiguë, l'investissement est moindre en raison de la grande fatigabilité des patients victimes d'AVC.

Cette étude met en avant la complémentarité de la communication verbale et de la communication non verbale. En effet, elle permet aux patients de participer et de s'investir dans l'interaction dès la phase aiguë de l'aphasie.

Cependant, cette étude n'ayant été menée que sur un faible échantillon, nous ne sommes pas en mesure de généraliser les résultats obtenus. Il aurait également été intéressant d'augmenter le nombre de passations du TLC ainsi que l'intervalle entre chaque séance.

Notre étude montre l'intérêt d'utiliser de tests comme le TLC davantage centrés sur la communication, et ce, dès la phase aiguë de l'aphasie. En effet, dans une perspective pragmatique et fonctionnelle, ce type de tests permet d'évaluer précisément les moyens de communication mis en place par les patients aphasiques. Le TLC prenant en considération les compétences communicatives, il s'avère être un outil intéressant à exploiter dès la phase aiguë. Il permet alors d'enrichir le bilan langagier en apportant des informations complémentaires utiles à la rééducation orthophonique. En effet, le thérapeute peut orienter son plan thérapeutique et s'adapter le plus possible aux besoins communicatifs de chacun. Les moyens de communication à disposition du patient peuvent ainsi être renforcés afin de faciliter l'échange.

Au delà des compétences linguistiques pures, il est donc très enrichissant d'un point de vue orthophonique de s'intéresser à la communication globale des patients aphasiques. La reconnaissance et la prise en compte des capacités communicationnelles des patients permet de repenser l'évaluation précoce de l'aphasie mais aussi la prise en charge rééducative. Les approches fonctionnelles, pragmatiques et plus récemment écologiques, suggèrent ainsi d'adopter cette conception pour la rééducation des pathologies du langage en général.

# **BIBLIOGRAPHIE**

André, V. (2016). Apports de la sociolinguistique *In* : Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C., *Guide de l'orthophoniste : Savoirs fondamentaux de l'orthophoniste, volume I* (pp. 87-101). Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences.

Bénichou, D. (2015). *Rééduquer l'aphasie : méthode PACE*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck-Solal.

Bonnans, C., & Delieutraz, C. (2014). La parole reprise comme réparation conversationnelle dans le cadre de l'aphasie, *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistiques)*, 60, 85-96.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, France : Ortho Édition.

Cataix-Negre, E. (2011). *Communiquer autrement - Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives*. Marseille, France : Solal.

Chiss, J-L., Filliolet, J., & Maingueneau, D. (2001). *Introduction à la linguistique française. Tome II : syntaxe, communication, poétique*. Paris, France : Hachette.

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

Clerebaut, N., Coyette, F., Feyereisen, P., & Seron, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. *Rééducation Orthophonique, Vol. 22*, 138, 329-345.

Cosnier, J., & Driot, A. (2009). *Prise en charge de la communication à partir d'analyses conversationnelles : étude préliminaire concernant deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié*. Lyon, France : Mémoire d'orthophonie.

Cruz, F. (2006). L'analyse de la compétence dans les conversations entre aphasiques et non-aphasiques : une approche interactionnelle. *Bulletin VALS-ASLA (Association suisse de linguistique appliquée)* 84, 67-82.

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

De Partz, M.P., & Carlomagno, S. (2000). La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication In : Seron, X. & Van Der Linden, M. (Eds). *Traité de neuropsychologie clinique* (pp. 191-213). Marseille, France : Solal.

Del Guidice, K. (2011). *Prise en charge de la communication à partir de l'analyse conversationnelle entre un patient aphasique et son conjoint : utilisation d'une grille d'observation des comportements de communication*. Besançon, France : Mémoire d'orthophonie.

Engelter, ST., Gostynski, M., Papa, S. & coll. (2006). *Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis*. *Stroke* ; 37 : 1379-84.

Fery-Lemonnier, E. (2009). *Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*, ISRN SAN-DHOS/RE-09-2-FR.

Feuillet, A., & Wagogue-Maréchal, G. (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille. *Glossa*, 94, 70-79.

Gil, R. (2014). *Abrégé de neuropsychologie*, 6<sup>ème</sup> édition. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Goodwin, C. (1995). Co-construction meaning in conversations with an aphasic man. *Research on Language and Social Interaction*, 28(3), 233-260.

Haïat, R., & Leroy, G. (2002). *Accidents Vasculaires Cérébraux, Les enseignements des grands essais cliniques*. Paris, France : Frison Roche.

Haute Autorité de Santé (HAS), coordination Dosquet, P., Xerri, B., & Rumeau-Pichon, C. (2005). *Prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral*. Paris, France : Elsevier.

Hilaire-Debove, G. (2016). Apports de la linguistique descriptive/formelle : linguistique descriptive du XXe siècle *In* : Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C., *Guide de l'orthophoniste : Savoirs fondamentaux de l'orthophoniste, volume I* (pp. 87-101). Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences.

Le Dorze, G., & Michallet, B. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 42, 546-556.

Lefevre, M., Delacourt, A., Wyrzykowsky, N., & Rousseau, M. (2000). *Test Lillois de la Communication*. Isbergues, France : Ortho Édition.

Leopold, P. (2010). *Élaboration d'une grille d'observation des comportements de communication manifestés par des couples dont un conjoint présente une aphasie modérée à sévère*. Lyon, France : Mémoire d'orthophonie.

Lesmele-Martin, M., Benatru, I., Rouaud, O., & coll. (2006). *Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux: son impact dans la pratique médicale*. Encyclopédie Médecine Chirurgicale, Neurologie, 17-046-A-10. Paris, France : Elsevier.

Lissandre J.P., Preux P-M., Salle J-Y, Munoz M., Dumas M, Vallat J-M., Moreau, J-J., Dudognon, P. (2000), Les thérapies pragmatiques et la PACE *In* : Mazaux, J.M., Brun, V. & Pelissier, J. (2000). *Aphasie 2000, Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp. 141-148). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Malisani, A., & Valla E. (2012). *Élaboration d'une action thérapeutique sur la communication destinée à la personne aphasique et à son aidant familial principal : Étude pilote*. Lyon, France : Mémoire d'orthophonie.



Marc, E. & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris, France : Presses Universitaires de France (PUF).

Mazaux, J.M., Brun, V. & Pelissier, J. (2000). *Aphasie 2000, Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Mazaux, J.M., De Boissezon, P., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps Médical.

Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique ? In : J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp. 189-196). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Mazaux, J.M. (2007). L'aphasie de l'adulte : évolution des concepts et des approches thérapeutiques. *Glossa*, 100, 36-44.

Merlino, S. (À paraître). Initiatives topicales du client aphasique au cours des séances de rééducation : pratiques interactionnelles et enjeux identitaires. In : Keel S. & Mondada L. (Ed.). *Participation et asymétrie dans l'interaction institutionnelle*. Paris, France : L'Harmattan.

Merlino, S. (2015). *Speech therapy and aphasia in interaction*. Communication invitée dans le cadre de Anthropology Discourse Lab, 7 October 2015, UCLA, Los Angeles.

Merlino, S. (2014). *The interactional competence of aphasic speakers in speech therapy sessions*. International Conference on Interactional Competences in Institutional Practices (ICIP), 21-22 November 2014, Université de Neuchâtel, Switzerland.

Mino, J-C., Douguet, F., & Gisquet, E. (2015). *Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine face à la complexité ?*. Paris, France : Les belles lettres.

Mondada, L. & Mahmoudian, M. (1998). Le travail de chercheur sur le terrain : questionner les pratiques, les méthodes, les techniques de l'enquête. *Cahier n°10, Cahiers de l'Institut de Linguistique et des Sciences du Langage de l'Université de Lausanne (ILSL)*. Lausanne, Suisse : Éditions ILSL.

Mondada, L. (2012). Video recording as the reflexive preservation and configuration of phenomenal features for analysis. *In* : Knoblauch, H., Raab, J., Soeffner, H.-G., Schnettler, B. (Eds). *Video Analysis : Methodology and Methods*. Berne, Suisse : Lang.

Perkins, L. (1995). Traduit par De Pratz, M.P, Godfrind, G. (2001). Analyse conversationnelle et aphasie. *In* : Aubin, G., Belin, C., David, D., De Partz, M.P. (Ed.). *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. (pp.) Marseille, France : Solal.

Perrin, A-G. (2002). *L'analyse de la conversation de sujets aphasiques : l'Approche Pragmatique – Linguistique*. Strasbourg, France : Mémoire d'orthophonie.

Rondal, J.A. & Seron X. (2000). *Troubles du langage, Bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Sprimont, Belgique : Mardaga.

Rousseau, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.

Rousseaux, M., Cortiana, M. & Bénèche, M. (2014). Sémiologie et déficiences de la communication chez la personne aphasique *In* : Mazaux, J.M., De Boissezon, P., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps Médical.

Sacks, H., Schegloff, E.-A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation, *Language*, 50, 696-735.

Saliou, G., Theaudin, M.T., Join-Lambert Vincent C., & Souillard-Scemama R. (2011). *Guide pratique des urgences neurovasculaires*. Paris ; Berlin (etc.) : Springer.

Seron X. (1979). *Aphasie et neuropsychologie : approches thérapeutiques*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.

Tran, T-M. (2016). Apports de la neuropsycholinguistique *In* : Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C., *Guide de l'orthophoniste : Savoirs fondamentaux de l'orthophoniste, volume I* (pp. 75-87). Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences.

Traverso, V. (2007). *L'analyse des conversations*. Barcelone, Espagne : Armand Colin.

Uchino, K., Pary, J., & Grotta, J. (2009). *Urgences neurovasculaires*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Vaillandet, C. (2016). Aphasies et personnes aphasiques *In* : Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C. *Guide de l'orthophoniste : Interventions dans les troubles neurologiques, liés au handicap, soins palliatifs, volume II* (pp 39-59). Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences.

Van Eackhout P. (2001). *Le langage blessé, Reparler après un accident cérébral*. Paris, France : Albin Michel.

Witko, A. (2010). Corpus et pathologie du langage. Quelle approche en orthophonie-logopédie ?. *Cahiers de praxématique 54-55* (pp. 119-144). Montpellier, France : Pulm.

# **ANNEXES**

# Annexe 1 : Formulaire de consentement



**Faculté  
de médecine**



## Formulaire de consentement de participation

**Centre de  
Formation  
Universitaire en  
Orthophonie de  
Strasbourg**

**Jean Sibilia**  
Doyen

**Gilbert Vicente**  
Chef des Services Administratifs

**Carole Roos**  
Chef du Service de la Scolarité

**Pr Philippe Schultz**  
Directeur de l'Ecole

**Anne-Sophie Gilliot  
Claire Heili-Lacan**  
Directrices des Etudes  
Tél. : (33) 03 68 85 35 04

**Secrétariat**  
Lydia Ménager  
Tél. : (33) 03 68 85 35 03 / 10  
lydia.menager@unistra.fr

**Horaires d'ouverture :**  
de 8h30 à 11h30  
et de 13h à 16h

**Localisation :**  
Bâtiment II (administration)  
Rez-de-chaussée  
Couloir Scolarité - Porte 2

**Faculté de médecine  
Etudes d'Orthophonie**  
4 rue Kirschleger  
F-67085 Strasbourg Cedex  
Fax : (33) 03 68 85 35 18  
(33) 03 68 85 34 67  
www-ulpmed.u-strasbg.fr  
medecine@unistra.fr

Je soussigné(e).....  
domicilié(e).....  
accepte librement et volontairement de participer à la recherche menée par  
**Mlle MARY Alizée**  
dans le cadre de son **mémoire sur l'évolution des troubles de la  
communication du patient aphasique après un AVC**  
dirigé par **Mme FURCIERI Emmanuelle (orthophoniste à l'UNV de  
Strasbourg) et Mme MERLINO Sara (chercheuse à l'Université de Bâle)**  
pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste au sein du CFUO de  
Strasbourg.

J'ai été informé(e) des modalités et du déroulement de l'étude.

Il m'a en particulier été précisé que :

- ✓ **Plusieurs consultations auront lieu à différents moments du parcours de soins (UNV, IURC Illkirch, Retour à domicile ou HDJ)**
- ✓ **Ces séances seront filmées et enregistrées dans le cadre de la recherche pour faciliter leur exploitation.**
- ✓ **Ces séances pourront être utilisées à des fins de recherche scientifique plus vastes (articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires). Dans ce cas, les données seront anonymisées (pour toute question concernant ces utilisations veuillez vous adresser à Mme Merlino : [Sara.Merlino@unibas.ch](mailto:Sara.Merlino@unibas.ch)).**
- ✓ **Ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.**
- ✓ **Je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'interrompre à tout moment ma participation sans que cela ne modifie d'aucune façon ma prise en charge médicale.**
- ✓ **Je peux être tenu au courant des résultats globaux de la recherche en m'adressant à **Mlle MARY** : [alizee.mary@hotmail.fr](mailto:alizee.mary@hotmail.fr)**

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissent utiles et on a répondu à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

Fait le.....à.....  
Signature du participant ou de son représentant légal :

*\* précisions quant à ce qui est demandé au patient et quant à la durée de sa participation*

Formulaire de consentement de participation à faire en deux exemplaires dont l'un destiné au patient.



## Annexe 2 : Profil communicationnel du TLC

### Profil de communication du TLC

Nom: ..... Date: .....

#### Attention et motivation à la comm

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)
<b>Total Attention et Motivation</b>	<b>..... / 6</b>			<b>(5,81 ± 0,50)</b>

#### 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				
Manque 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 FB témoignant de diff de compréhension	0	/	2	(2,00 ± 0,00)
Réajustement du discours qd l'interloc émet des FB négatifs	0	/	2	(1,96 ± 0,29)
6- Utilisation du LE	Non		Oui	
<b>Total de Comm Verbale</b>	<b>..... / 30</b>			<b>(28,98 ± 1,33)</b>

#### 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 et 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 comm non verbale	0		2	(0,00 ± 0,00)
Production de déictiques	0	1	2	(0,30 ± 0,72)
Production de gestes symboliques	0	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 signes de signes non verbaux	0	/	2	(0,00 ± 0,00)
4- FB non verbaux				
Emission de FB témoignant de difficultés de compréhension	0	/	2	(1,96 ± 0,29)
Réajustement du discours qd l'interloc émet des FB négatifs	0	/	2	(1,91 ± 0,41)
5- Utilisation du dessin	Non		Oui	
<b>Total de la comm non verbale</b>	<b>..... / 30</b>			<b>(15,74 ± 1,58)</b>

Score TOTAL TLC = (AM x 2,5) + (CV x 1,3) + (CNV x 1,53) = ..... / 100 (76,28 ± 4,03)

### Annexe 3 : Tableau récapitulatif des scores obtenus au TLC

Patients	Passations	Dates	Attention et Motivation	Communication verbale	Communication non verbale	Score total
<b>M. F</b>	<b>T1</b>	08/09/15	4	10	12	41,36
	<b>T2</b>	16/09/16	4	12	12	43,96
	<b>T3</b>	13/10/16	6	20	16	65,48
<b>M. G</b>	<b>T1</b>	12/11/16	5	4	9	31,47
	<b>T2</b>	07/01/16	6	16	28	78,64
	<b>T3</b>	02/03/16	6	22	16	68,08
<b>Mme H</b>	<b>T1</b>	11/02/16	6	24	16	70,68
	<b>T2</b>	01/04/16	6	26	16	73,28
	<b>T3</b>	21/04/16	6	27	16	74,58
<b>Mme I</b>	<b>T1</b>	25/02/16	6	8	24	62,12
	<b>T2</b>	01/04/16	6	12	28	73,44
	<b>T3</b>	21/04/16	6	19	29	84,07
<b>M. J</b>	<b>T1</b>	10/03/16	6	21	16	66,78
	<b>T2</b>	31/03/16	6	27	18	77,64
	<b>T3</b>	20/04/16	6	29	18	80,64
<b>Mme K</b>	<b>T1</b>	10/03/16	6	26	16	73,28
	<b>T2</b>	08/04/16	6	28	16	75,88
	<b>T3</b>	22/04/16	6	28	16	75,88

## **RESUME**

La survenue brutale de l'aphasie entraîne des répercussions sur le langage et la communication des patients victimes d'AVC. De nouvelles approches plus globales complètent désormais les approches traditionnelles de l'aphasie. Les courants pragmatiques et fonctionnels proposent une prise en charge orthophonique globale du patient aphasique en centrant leur intervention davantage sur la communication que sur les compétences langagières. Sensible à ces considérations, nous proposons de réaliser une étude de la communication des patients aphasiques post-AVC. Nous avons réalisé un suivi longitudinal de six patients en leur administrant trois passations successives d'un bilan orthophonique de la communication, le Test Lillois de Communication (TLC), à différents moments de leur parcours de soins. Les résultats témoignent d'une amélioration globale de la communication, à la fois verbale et non verbale, de notre population dans les semaines qui suivent l'AVC. Cette étude met donc en évidence l'intérêt de proposer des tests fonctionnels comme le TLC aux patients aphasiques, et ce, dès la phase aiguë. Ainsi, dès les premières semaines post-AVC, la rééducation peut s'appuyer sur tous les canaux de communication dont le patient dispose et tenir compte davantage des compétences communicationnelles que des compétences langagières.

**Mots-clés :** Aphasie – AVC – Communication – Évaluation – Approches pragmatiques et fonctionnelles

## **ABSTRACT**

Aphasia brings about significant impacts on stroke patients' language and communication. During the last decades, new approaches to aphasia have developed and completed traditional ones. Among them, the pragmatic and functional approaches suggest that aphasia therapy should focus more on communication than on language skills. Taking these approaches into consideration, we analyse the communication of post-stroke aphasic patients. We have conducted a longitudinal follow-up of six patients by submitting to them a test developed in France – the « *Test Lillois de Communication* » (TLC) – at different moments of their recovery. The results show an overall improvement of both verbal and nonverbal communication of aphasic patients during the weeks following their stroke. Consequently, our study highlights the interest of proposing functional assessments such as the « TLC » assessment to aphasic patients from the acute phase. It also suggests that early rehabilitation itself can promote the use of different communication channels and orient more to patients' communication abilities than to purely linguistic abilities.

**Key words :** Aphasia – Stroke – Communication – Assessment – Pragmatic and functional approaches