



FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG
CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (CFUOS)

Mémoire présenté par **Aurélie SCHIRRU**
en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité en Orthophonie (CCO)

**Effets d'un protocole de récit autobiographique sur les capacités
lexicales, syntaxiques et discursives de deux patients aphasiques
chroniques non fluents, d'atteinte légère et sévère**

Etude expérimentale en cas unique (SCED)

Présidente du jury : Dr Agata KRASNY-PACINI, médecin de Médecine Physique et de Réadaptation, MCU-PH, IURC Clemenceau

Directeur de mémoire : M. Aurélien BRESSON, orthophoniste, chargé d'enseignements au CFUOS

Rapportrice : Mme Elsa WESSBECHER, orthophoniste, chargée d'enseignements au CFUOS

Année universitaire 2020-2021

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Aurélien Bresson, directeur de ce mémoire, d'avoir accompagné et soutenu ce projet pendant près de deux ans. Merci à lui d'avoir cru en cette idée au départ très empirique et de m'avoir aidée à en faire le fondement d'une démarche clinique et scientifique. Enfin, merci pour sa disponibilité et ses encouragements précieux, particulièrement dans les moments où ce projet s'est trouvé impacté par le contexte épidémique.

Je remercie Elsa Wessbecher, rapportrice de ce mémoire, qui fut ma maîtresse de stage tout au long de cette cinquième année. Je lui exprime encore ici toute ma reconnaissance pour ce que j'ai pu apprendre à ses côtés. Enfin, merci à elle d'avoir accepté la relecture de cet écrit et de m'avoir fait bénéficier d'un regard extérieur.

Je remercie le Docteur Agata Krasny-Pacini de me faire l'honneur de présider le jury de ce mémoire. Je la remercie aussi de l'intérêt qu'elle a porté à ce travail, et du crédit qu'elle y a accordé en ayant eu à cœur d'intégrer l'un de ses patients à cette étude, bien que cela n'ait pu aboutir, à mon grand regret.

Mes remerciements et mon immense reconnaissance vont aux deux patients de cette étude, aux aidantes et aux proches. Merci à eux d'avoir eu à cœur de poursuivre l'intervention malgré les conditions de télé-soin. Merci pour leur confiance.

Je remercie Elena Chabran, Tania Régis, Pierre-Olivier François, les enseignants, Lydia Ménager, et l'ancienne direction des études, d'avoir tant œuvré pour les étudiant.e.s du CFUOS.

Un immense merci à toutes les orthophonistes et à tous les patients ayant contribué à ma formation. Merci à Françoise Clairet et à André, d'avoir ouvert la voie à ce mémoire.

Je suis heureuse d'être issue de cette promotion 2016-2021. Un merci tout particulier à mes Bzz... Je suis si reconnaissante d'avoir couru cette aventure orthophonique avec vous ! Vivement la suite !

Aussi, merci à Alice et Céline, d'avoir éclairé presque quinze ans de vie depuis la sixième bilingue.

A mes parents, un infini merci : sans votre soutien de tout ordre, je n'aurais pas pu prétendre à ces études.

A Audrey, ma sœur et fidèle complice. Merci d'être.

A ma famille, Isabelle, Lionel, Pierre, Francine, Chloé, Clémence, Stella, Emma, et Mélissa, pour votre soutien si précieux.

A Alexandre, pour ta patience. Je crois qu'après toutes ces années, on peut dire que c'est enfin le début.

Enfin, à Agnès et Jean, à France et Pierre, mes grands-parents. Aux mémoires qui s'étiolent et au langage abîmé. Aux histoires qui n'ont pas eu le temps d'être racontées.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
SOMMAIRE	
LISTE DES ACRONYMES	
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS & HYPOTHESES	7
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	7
2. HYPOTHESES	7
METHODE	9
1. DESIGN.....	9
2. DESCRIPTION DES MESURES REPETEES	10
2.1 MESURES REPETEES PRINCIPALES.....	10
2.1.1 <i>Définition et construction des critères d'analyse lexicale</i>	12
2.1.1.1 Nombre de manifestations du manque du mot (anomie).....	12
2.1.1.2 Nombre d'informations verbales transmises (informativité).....	12
2.1.2 <i>Définition et construction des critères d'analyse syntaxique</i>	12
2.1.2.1 Nombre de structures verbales correctes à 2 arguments.....	12
2.1.2.2 Nombre de structures verbales correctes à 3 arguments.....	13
2.1.3 <i>Définition et construction des critères d'analyse discursive</i>	13
2.1.3.1 Score de cohésion	13
2.1.3.2 Score de cohérence	14
2.1.4 <i>Liens entre les mesures répétées et les hypothèses</i>	14
2.2 MESURES REPETEES SECONDAIRES	15
3. DESCRIPTION DES TESTS INITIAUX ET FINAUX	16
3.1 LA BATTERIE D'EVALUATION DES TROUBLES LEXICAUX (BETL).....	16
3.2 LA BATTERIE D'EVALUATION DE LA PRODUCTION SYNTAXIQUE (BEPS).....	16
3.3 LE CURTIN UNIVERSITY DISCOURSE PROTOCOL (CUDP)	17
3.4 LE QUESTIONNAIRE LILLOIS DE PARTICIPATION A LA COMMUNICATION (QLPC)	18
4. POPULATION.....	18
4.1 CRITERES DE SELECTION DES PATIENTS	18
4.2 PRESENTATION DES PATIENTS	19
4.2.1 <i>Patient OL</i>	19
4.2.2 <i>Patient EC</i>	20
4.3 CARACTERISATION COGNITIVO-LINGUISTIQUE DES TROUBLES APHASIQUES DES DEUX PATIENTS	21
5. DESCRIPTION DES DIFFERENTES INTERVENTIONS	22
5.1 INTERVENTION EN LIGNE DE BASE	22
5.2 INTERVENTION SPECIFIQUE.....	22
5.2.1 <i>Niveau du mot</i>	23
5.2.2 <i>Niveau de la phrase</i>	23

5.2.3	<i>Niveau du discours</i>	24
5.2.4	<i>Adaptations du protocole pour chacun des patients</i>	25
6.	CHANGEMENTS DE PROCEDURES	27
6.1	DE LA COMPOSANTE EPISODIQUE A LA COMPOSANTE SEMANTIQUE DE LA MEMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE.....	27
6.2	DE LA PRISE EN SOIN A DOMICILE, AU TELE-SOIN.....	27
6.3	CONSTRUCTION DES SCORES A POSTERIORI	27
7.	PRECISIONS METHODOLOGIQUES	27
7.1	FIDELITE PROCEDURALE.....	27
7.1.1	<i>Mesures répétées principales</i>	28
7.1.2	<i>Mesures répétées secondaires</i>	28
7.1.3	<i>Tests initiaux et finaux</i>	28
7.1.4	<i>Intervention en ligne de base</i>	28
7.1.5	<i>Intervention spécifique</i>	29
7.2	FIDELITE INTER-JUGES.....	29
8.	ANALYSES.....	29
8.1	ANALYSES VISUELLES	29
8.2	ANALYSES STATISTIQUES	30
8.3	CHOIX D'APPLICATIONS STATISTIQUES PROPRES A CETTE ETUDE	30
RESULTATS	31
1.	HYPOTHESE GENERALE HG1 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LES COMPETENCES LEXICALES.....	31
2.	HYPOTHESE GENERALE HG2 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LES COMPETENCES SYNTAXIQUES.....	35
3.	HYPOTHESE GENERALE HG3 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LES COMPETENCES DISCURSIVES.....	38
4.	HYPOTHESE GENERALE HG4 : LE TRAVAIL DE RA PERMET UNE GENERALISATION DE L'AMELIORATION DES CAPACITES LEXICALES A D'AUTRES TYPES DE DISCOURS.....	42
5.	HYPOTHESE GENERALE HG5 : LE TRAVAIL DE RA PERMET UNE GENERALISATION DE L'AMELIORATION DES CAPACITES SYNTAXIQUES A D'AUTRES TYPES DE DISCOURS.....	45
6.	HYPOTHESE GENERALE HG6 : LE TRAVAIL DE RA PERMET UNE GENERALISATION DE L'AMELIORATION DES CAPACITES DISCURSIVES A D'AUTRES TYPES DE DISCOURS.....	48
7.	HYPOTHESE SECONDAIRE HS1 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LA COMMUNICATION ENTRE LE PATIENT ET SON ENTOURAGE.....	51
8.	HYPOTHESE SECONDAIRE HS2 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LA PARTICIPATION DU PATIENT.....	54
9.	HYPOTHESE SECONDAIRE HS3 : LE TRAVAIL DE RA AMELIORE LE SENTIMENT DE SOI.....	57
DISCUSSION	58
1.	INTERPRETATION DES RESULTATS	58
1.1	AMELIORATION DE L'ACCES AU MOT SUR DES TACHES NON FONCTIONNELLES : HG1 ET HG4	58
1.1.1	<i>L'accès lexical en dénomination orale d'images (HG1.3 & HG1.4)</i>	58

1.1.1.1	Effet du travail spécifique du niveau lexical dans le protocole de RA.....	58
1.1.1.2	Intérêt du protocole de RA sur l'incitation verbale : d'une situation thérapeutique de discours à la construction d'un récit de soi.....	58
1.1.2	<i>L'accès lexical en lecture à voix haute (HG1.5) : l'intérêt d'un protocole exploitant à la fois une voie de traitement possible et une activité importante pour le patient</i>	59
1.1.3	<i>L'accès lexical lors des discours autobiographique (HG1.1 et HG1.2) et argumentatif (HG4.1) : la charge exécutive des discours écologiques</i>	60
1.1.4	<i>L'accès lexical au discours descriptif (HG4.1 et HG4.2) : un discours non écologique libéré de la charge exécutive.....</i>	60
1.1.4.1	Une amélioration dissimulée par l'analyse statistique.....	60
1.1.4.2	Facilitation de l'accès lexical de EC au discours descriptif, exempt du coût exécutif	60
1.1.5	<i>Données de la littérature : effet restreint d'un travail centré sur le mot & mécanismes de rétroaction entre les différents niveaux linguistiques.....</i>	61
1.1.6	<i>OL à contre-courant de EC : amélioration au discours argumentatif et régression au discours descriptif (HG4.1)</i>	61
1.1.6.1	Potentialisation de l'accès lexical par le caractère rhétorique de l'argumentation ?.....	61
1.1.6.2	Dégradation de l'accès lexical au discours descriptif : la levée de l'inhibition verbale et la recherche active du mot	61
1.2	AMELIORATION DE LA CONSTRUCTION SYNTAXIQUE SUR DES TACHES NON FONCTIONNELLES : HG2 ET HG5.....	62
1.2.1	<i>Intérêt du travail des niveaux d'élaboration syntaxique dans le protocole de RA (HG2.3, HG2.4, HG2.5).....</i>	62
1.2.2	<i>Invalidité des mesures répétées évaluant le niveau syntaxique (HG2.1, HG2.2, HG5.1, HG5.2).....</i>	63
1.2.3	<i>Impact de la dimension autobiographique sur l'élaboration syntaxique</i>	63
1.3	EVOLUTION DE LA STRUCTURATION DISCURSIVE DES PATIENTS : HG3 ET HG6	63
1.3.1	<i>Amélioration, généralisation et maintien de la cohésion du discours chez EC (HG3.1 et HG6.1)</i>	63
1.3.1.1	Intérêt de la démarche descendante suivie avec EC lors de l'intervention de RA	63
1.3.1.2	Intérêt d'un travail « multi-niveaux ».....	64
1.3.2	<i>Contraste entre l'amélioration de la cohérence du discours argumentatif (HG6.2) et l'absence d'évolution de la cohérence du discours autobiographique (HG3.2) chez EC : effet de la rhétorique de l'argumentation.....</i>	64
1.3.3	<i>Corrélation entre l'amélioration de la cohérence du discours argumentatif (HG6.2) et l'amélioration des discours du quotidien (HG3.3) au CUDP chez EC.....</i>	64
1.3.4	<i>Absence d'évolution de la cohésion et de la cohérence chez OL : conséquence potentielle de la démarche ascendante</i>	64
1.3.5	<i>Discours narratif (HG3.4) et discours autobiographique : des mécanismes contraires sur l'incitation verbale</i>	65

1.3.6	<i>Intérêt pour la structuration discursive d'un protocole d'intervention fondé sur une situation de discours rendue hautement pragmatique par la dimension autobiographique</i>	65
1.4	EVOLUTION DE LA COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LEUR ENTOURAGE : HS1.....	66
1.4.1	<i>Absence d'amélioration en mesure répétée & aux tests initiaux et finaux</i>	66
1.4.1.1	Implication de l'aidante : vécu positif de la triade thérapeutique.....	66
1.5	EVOLUTION DE LA PARTICIPATION DES PATIENTS : HS2.....	67
1.5.1	<i>Absence d'amélioration en mesure répétée & aux tests initiaux et finaux</i>	67
1.5.1.1	La démarche d'empowerment permise par le projet de RA.....	67
1.6	EVOLUTION DU SENTIMENT DE SOI : HS3	68
1.6.1	<i>Lien entre le récit autobiographique et le sentiment de soi</i>	68
2.	POINTS FORTS DE L'ETUDE	69
2.1	MESURES REPETEES ET TESTS INITIAUX ET FINAUX	69
2.2	PROTOCOLE DE RA	69
3.	POINTS FAIBLES DE L'ETUDE	71
3.1	MESURES REPETEES PRINCIPALES.....	71
3.2	MESURES REPETEES SECONDAIRES	71
3.3	TESTS INITIAUX ET FINAUX.....	72
3.4	LIGNE DE BASE ET INTERVENTION SPECIFIQUE	72
4.	RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES ET LA CLINIQUE ORTHOPHONIQUE	
	73	
5.	EVALUATION GLOBALE DE L'INTERVENTION A TRAVERS LES CRITERES DE L'ECHELLE	
	RoBiNT (RISK OF BIAS IN N-OF-1 TRIALS).....	74
	CONCLUSION	75
	BIBLIOGRAPHIE	76
	ANNEXE	79

LISTE DES ACRONYMES

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEPS : Batterie d'Evaluation de la Production Syntaxique

BETL : Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CUDP : Curtin University Discourse Protocol

EBP : Evidence-Based Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IS : Intervention Spécifique

LDB : Ligne de Base

LUNA : Linguistic Underpinnings of Narrative in Aphasia

NAP : Nonoverlap of All Pairs

NARNIA : Novel Approach to Real-life communication : Narrative Intervention in Aphasia

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEM : Percent of data points Exceeding the Median

QLPC : Questionnaire Lillois de Participation à la Communication

RA : Récit Autobiographique

SCED : Single Case Experimental Design

2SD Bands : Two Standard-Deviation Bands

INTRODUCTION

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la première cause de handicap non traumatique. D'après l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), il se caractérise par une atteinte cérébrale obstructive ou hémorragique. Les séquelles de gravité diverse concernent 40% des victimes d'AVC (HAS, 2019). La symptomatologie aphasique touche 21 à 38% des patients (Saikaley *et al.*, 2018, cité par HAS, 2019).

L'aphasie est définie par Damasio (1992, p.531) comme étant « *la perturbation de la compréhension et de la formulation des messages verbaux qui résulte d'une affection nouvellement acquise du système nerveux central* ». Le Dictionnaire d'Orthophonie (2018a) reconnaît l'existence de plusieurs types d'aphasie, classés dans des taxonomies diverses. Nous opterons ici pour la classification opposant les aphasies fluentes et non fluentes. Les aphasies fluentes se traduisent par « *la capacité à produire un énoncé verbal avec une certaine fluidité* », tandis que les aphasies non fluentes sont de l'ordre d'une « *émission orale très réduite* » (Dictionnaire d'Orthophonie, 2018a, p.148).

En effet, des atteintes de degrés divers concernant davantage le versant expressif sont caractéristiques des aphasies non fluentes ; la compréhension est moindrement altérée (Dictionnaire d'Orthophonie, 2018a). La symptomatologie expressive orale peut se caractériser par un mutisme, des stéréotypies, une anarthrie, une apraxie de la parole, des persévérations, une anomie, des paraphrasies diverses, ou encore un agrammatisme (Sabadell *et al.*, 2018). Le point commun des aphasies non fluentes est une réduction quantitative et qualitative du langage (Sabadell *et al.*, 2018). Les troubles peuvent donc s'étendre de la programmation motrice de la parole à l'élaboration du discours, en passant par la production du mot et la construction de la phrase. En effet, « *dans l'aphasie, les troubles acquis du langage peuvent concerner tous les niveaux de structuration linguistique (phonétique, phonologique, sémantique, syntaxique ou pragmatique) de manière conjointe ou isolée* » (Tran, 2018, p.119). L'accès au langage écrit, sur les versants expressif et réceptif, est souvent perturbé (Dictionnaire d'Orthophonie, 2018a).

Néanmoins, l'aphasie n'implique pas que des troubles acquis du langage. Si la dépression touche 30% des victimes d'AVC avec ou sans symptomatologie aphasique (INSERM), elle serait aussi une conséquence spécifique de l'aphasie : « *60 à 70% des personnes aphasiques éprouvent des sentiments dépressifs* » (Michallet *et al.*, 1999, p.262, d'après Robinson *et al.*, 1985 et Malpelli *et al.*, 1980).

D'après Michallet (1999, p.262), les personnes aphasiques « *vivent un sentiment de perte ayant trois dimensions* ». Il y a « *la perte de soi* », autrement dit l'étiollement du sentiment identitaire. Il y a aussi le sentiment d'« *isolement face à ceux qu'on aime* ». En effet, l'aphasie peut être envisagée comme une « *maladie familiale* » (Degiovanni, 2000, cité par Sainson, 2018, p.8) et comme une « *maladie sociale* » (Lauricella, 2016, p.17) : « *l'aphasie [...] représente un terrible drame psychologique et socio-familial, qui altère gravement la communication du patient avec ses semblables, entraîne isolement, repli sur soi, frustration et dépression* » (Mazaux, 2008, cité par Martin, 2018a, p.171). Enfin, la troisième perte est celle des « *objets symboliquement investis (objets de travail ou de loisirs)* » (Michallet, 1999, p.262), s'incarnant dans une restriction de la participation,

connue pour être un déterminant majeur de la qualité de vie (Algurén *et al.*, 2012) et un élément principal pour caractériser une bonne récupération en post-AVC (Obembe *et al.*, 2016).

En résumé, « *l'aphasie a un impact négatif profond sur l'identité du sujet, sa confiance, ses relations, son cadre social, son engagement dans des activités et sa participation aux différents événements de vie* » (Martin, 2018b, p.193).

Il semble dès lors nécessaire d'appréhender et de traiter l'aphasie en tenant compte de la globalité du patient.

L'orthophonie est reconnue comme utile dans la prise en soin post-AVC, notamment si elle est intensive et de longue durée (HAS, 2019, d'après Brady *et al.*, 2016 & Saikaley *et al.*, 2018). Même en phase chronique, qui débute six mois après l'AVC, la prise en soin orthophonique est décrite comme pertinente et bénéfique (Pradat-Diehl *et al.*, 2001, cité par Sabadell *et al.*, 2018). Toutefois, dans la plupart des cas, les progrès s'amenuisent au fil du temps : ils peuvent être importants lors des six premiers mois, se prolongeant sur les deux premières années (Nicholas, 1993, cité par Sabadell *et al.*, 2018). Mais même au-delà, l'orthophonie conserve son intérêt, car « *il est reconnu que c'est au cours de [la] phase [chronique] que la thérapie orthophonique joue un rôle primordial dans l'optimisation des chances de récupération du langage* » (Kahlaoui et Ansaldo, 2009, p.235). Selon l'évolution du patient, la prise en soin orthophonique peut cibler des objectifs de récupération, de réorganisation ou d'adaptation (Sabadell *et al.*, 2018).

Il existe différentes approches dans la prise en soin orthophonique : d'une part, les approches formelles (empiriques, neuropsycholinguistiques, cognitives) ; d'autre part, les approches fonctionnelles (pragmatiques et psychosociales). Ces dernières tendent à être de plus en plus recourues en vue de prendre en compte le patient dans sa réalité et dans sa globalité. Cette orientation des thérapeutiques vient de la révision de la Classification Internationale du Handicap, qui avait été adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980 mais remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Cette révision établit un nouvel angle de vue faisant entrer en jeu les facteurs environnementaux : « *La lésion de l'organe aura un impact sur son fonctionnement qui, à son tour, provoquera chez la personne affectée des situations de handicap dont l'importance sera fonction de facteurs personnels et environnementaux* » (Martin, 2018a, p.173).

Dans cette veine, considérant que « *trop de cliniciens sont préoccupés par les seuls éléments linguistiques* » (Martin, 2018a, p.173) dans le champ de la prise en soin orthophonique notamment, Aura Kagan et collaborateurs ont proposé en 2008, sur la base du modèle de la CIF, un modèle transposable aux troubles du langage acquis : « *Living with Aphasia : Framework for Outcome Measurement (A-FROM)* ». S'y retrouvent les grands pôles du modèle biopsychosocial de la CIF : difficultés de langage ; communication fonctionnelle et lien avec l'environnement ; participation aux situations de vie quotidienne ; sentiment d'identité, attitudes et émotions.

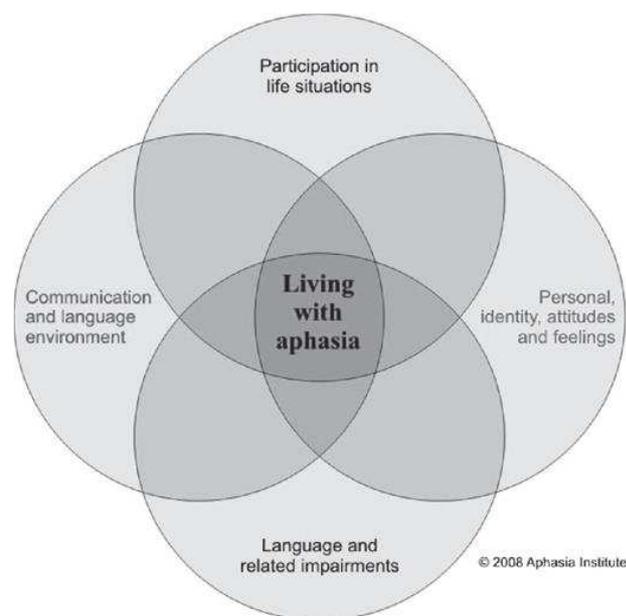


Schéma 1 : Modèle Living with Aphasia : FFramework for Outcome Measurement (A-FROM), d'après Kagan et al., 2008

Ce modèle vise donc l'orientation des thérapeutiques sur des aspects plus personnels, pragmatiques et psychosociaux, en plus des traditionnels aspects linguistiques.

Le travail des aspects linguistiques peut être éclairé par deux principes édictés par Kleim et Jones en 2008, traduits ici par : « *Utilisez-le ou perdez-le* » et « *Utilisez-le et améliorez-le* ». Ces deux principes font écho aux concepts de non-utilisation acquise de la fonction et de langage par contrainte induite. Ainsi, pour augmenter les capacités langagières résiduelles, il s'agirait de les mobiliser et non de les contourner. L'efficacité des thérapies par contrainte induite est à ce jour discutée : si ces thérapies n'ont pas été reconnues comme concluantes (HAS, 2019), elles seraient susceptibles de l'être dans un contexte de rééducation d'orientation psychosociale, et prendraient encore sens en phase chronique (Zhang et al., 2017).

Comme évoqué précédemment, l'aphasie peut concerner « *différents niveaux de structuration linguistique* » (Tran, 2018, p.119). Elle peut donc toucher, en raison de lésions et de mécanismes divers, la sélection, la programmation et la production du son isolé, l'agencement et l'enchaînement des sons dans le mot ; la recherche, la sélection, le maintien et la production du mot ; la construction de la phrase et l'élaboration du discours. Néanmoins, il existe peu de travaux sur la remédiation discursive en aphasiologie. Cela peut s'expliquer par la difficulté pratique de mise en œuvre d'un tel travail (Whitworth, 2015b), par la priorité donnée à la remédiation lexicale et syntaxique (Whitworth, 2015b), et enfin par la complexité du discours, contenue dans sa définition même : il « *organise la langue dans un aspect dynamique de communication et requiert de la part du locuteur l'utilisation de règles d'enchaînement des idées, et des phrases* » (Dictionnaire d'Orthophonie, 2018b, p.104-105). Ses composantes sont denses : il se décline en différents genres (narratif, argumentatif, procédural, etc.) (Whitworth, 2015a) et se construit par le biais d'éléments relatifs à sa microstructure (dimensions lexicale et morphosyntaxique) et à sa macrostructure (dimensions logique et pragmatique) (Dictionnaire d'Orthophonie, 2018c).

En 2015, Anne Whitworth et collaborateurs remettent en question la focalisation des interventions orthophoniques sur l'accès au mot et la production de phrases dans des situations

contraintes souvent peu écologiques. Ils mettent en évidence les enjeux d'un travail axé sur le discours pour l'amélioration de la communication en vie quotidienne. Au sein d'un essai randomisé contrôlé auprès de 14 patients aphasiques d'atteinte légère à modérée, ils initient une approche métalinguistique et dite « *multi-niveaux* » (trad.) qui place le discours au cœur de la méthodologie. L'intervention est appelée « *Novel Approach to Real-life communication : Narrative Intervention in Aphasia* » (NARNIA) (Whitworth, 2015b). Leur postulat est que la macrostructure du discours est le pilier des autres niveaux linguistiques. Leur intervention consiste à enseigner explicitement aux patients les éléments servant à construire chacun des différents genres discursifs travaillés (narratif, personnel, argumentatif, procédural), afin de leur permettre de structurer et d'étayer davantage leurs propres productions. D'après le postulat, cette procédure se répercuterait sur les niveaux inférieurs et soutiendrait l'accès au mot et la construction phrastique. Les résultats encourageants de l'essai semblent conforter l'idée que « *le discours offre une unique opportunité de cibler simultanément les altérations linguistiques d'accès lexical et de productions de phrases* » (trad., Whitworth, 2015b, p.1348). Toutefois, la cohorte était réduite et ne comportait pas de patient aphasique d'atteinte sévère.

Pour autant, même si une atteinte aphasique sévère limite les capacités de communication verbale d'un patient à des paraphrasies diverses, voire à des stéréotypies et du jargon, on peut prendre le parti de considérer que le discours existe chez ces patients tant qu'ils prennent part à des situations de discours. Cela renvoie à la conception du linguiste Emile Benveniste (1966, p.242), pour qui le discours est « *toute énonciation supposant un locuteur et un auditeur* ».

L'approche NARNIA s'est articulée autour de différents genres discursifs, dont un (« *recount* ») que nous pourrions traduire comme « personnel », ou « autobiographique », ou encore « narratif autobiographique ». De même que les émotions influencent la récupération des souvenirs chez les sujets non déments (Sava et Chainay, 2014), on pourrait questionner l'influence de la charge émotionnelle d'un souvenir sur la production langagière des sujets sains et/ou aphasiques. Nous n'avons pas de données pour étayer cette question. Néanmoins, le discours axé sur des aspects autobiographiques pourrait permettre de toucher simultanément les diverses composantes du modèle A-FROM.

Au-delà de l'idée d'une éventuelle facilitation du langage par les émotions associées aux souvenirs, il y a le fait que l'AVC soit un traumatisme et un moment de rupture. Certains auteurs parlent de « *rupture biographique* » dans les pathologies chroniques (Bury, 1982). Cette notion rejoint les théories de l'élaboration identitaire. En effet, pour de nombreux auteurs, on construit son identité à travers les histoires que l'on raconte de soi-même, à travers les récits que l'on fait de soi (Paulin, 2018 ; De Fina, 2019). Le récit est le pendant du discours, il s'en différencie par l'absence de situation d'énonciation mettant en jeu des interlocuteurs.

De ce point de vue, c'est le récit autobiographique qui renvoie à chacun la personne qu'il est en la construisant tout à la fois. Le genre autobiographique, difficile à définir en littérature, a fait l'objet de nombreux débats. La définition consensuelle est celle de Lejeune en 1975, qui l'envisage comme un pacte engageant à dire la vérité sur soi bien que celle-ci soit inéluctablement biaisée, car nous remanions inconsciemment les faits de notre propre histoire, du fait des interactions entre mémoires épisodique et sémantique. Ce « *caractère dynamique et restructuratif de la mémoire humaine* » (Desgranges et Eustache, 2011, p.102) est notamment illustré dans le Modèle NÉoStructural InterSystémique (MNESIS), par le lien entre deux de ses composantes. La mémoire épisodique est le creuset de la conscience auto-néotique des sujets, profondément identitaire, qui permet la reviviscence des événements du passé. La mémoire sémantique abrite une autre conscience,

la conscience noétique, celle des connaissances générales sur le monde, sur soi et sur son parcours de vie (Tulving, 1995). Les actions réciproques des mémoires épisodique et sémantique permettent d'expliquer « *les transformations de la trace mnésique* » (Desgranges et Eustache, 2011, p.101).

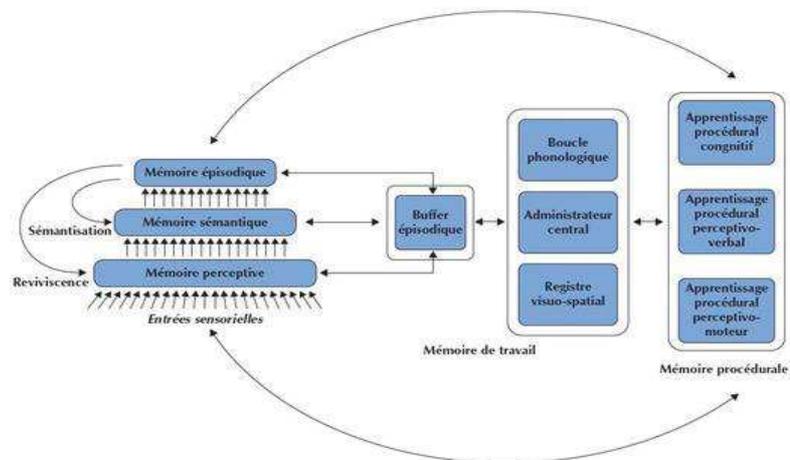


Schéma 2 : Modèle NÉoStructural InterSystémique (MNESIS), d'après B. Desgranges et F. Eustache, 2008

Ainsi, les récits que nous faisons de nous-mêmes au détour des conversations parfois les plus hasardeuses élaborent en nous une continuité phénoménologique (le Soi d'aujourd'hui est celui d'hier et celui de demain) et une continuité sémantique (trames de vie ou « *lifestories* ») : il s'agit de deux composantes du modèle de Prebble (2013) cité par Nathalie Philippi en 2017. Ces deux composantes forment le Self, c'est-à-dire le sentiment de soi, que l'on peut rapprocher du sentiment d'identité.

	Self subjectif « I-Self »	Self objectif « Me-Self »
Self présent « Unité synchronique »	A. Sens subjectif de soi Expérience pré-réflexive "Self awareness"	B. Self-conceptuel Traits personnels Estime de soi Image de soi
Self à long terme « Unité diachronique »	C. Continuité phénoménologique Conscience auto-noétique (voyage mental dans le passé et dans le futur)	D. Continuité sémantique Sémantique personnelle Souvenirs sémantisés Chronologie temporelle Continuité narrative

Schéma 3 : N. Philippi, Modèle de Prebble (2013), illustré dans *Mémoire autobiographique et Self dans la maladie d'Alzheimer : étude neuropsychologique et en neuro-imagerie*, Thèse doctorale en neurosciences cognitives, 2017

Ainsi, le fait de rappeler à soi le passé, de le raconter avec ses capacités langagières résiduelles, peut être questionné en tant qu'éventuel levier pour intégrer l'AVC à son parcours de vie et rétablir une continuité identitaire. L'effet d'une telle entreprise sur le sentiment subjectif de qualité de vie reste méconnu. Une étude et sa réplique (Corsten *et al.*, 2014 & 2015) menées dans le champ de la psychologie ont montré une amélioration de la qualité de la vie chez des patients aphasiques auxquels on avait proposé des sessions de récit de soi en individuel et en groupe. Toutefois, les résultats, positifs, doivent être nuancés devant le biais représenté par l'atelier de groupe qui, à lui seul, pourrait suffire à améliorer le sentiment de qualité de vie.

Dans la lignée de l'essai NARNIA, Dipper et Cruice ont mis au point en 2018 la thérapie LUNA (« *Linguistic Underpinnings of Narrative in Aphasia* »), au sein d'une étude menée auprès d'une patiente dont le profil et le degré d'atteinte aphasique ne sont pas renseignés. Seule une description générale de l'intervention est donnée : celle-ci s'est articulée autour de récits d'événements importants pour la patiente tout en ciblant différents niveaux linguistiques (mot, phrase, discours). Les résultats ont mis en évidence des améliorations au niveau lexical (augmentation de la part de verbes), au niveau syntaxique (réduction des structures verbales intransitives au profit des structures verbales transitives) et au niveau de la macrostructure. Ces informations ne sont toutefois pas accessibles car il n'existe pas de document plus étayé.

Dans NARNIA comme dans LUNA, il n'est pas accordé de place à l'aidant lors des séances d'intervention. Néanmoins, les situations de discours dont il est question dans ces deux études sont en réalité très pragmatiques : le thérapeute ignore tout des souvenirs du patient et ne peut guère l'étayer sur le contenu narratif à exprimer. Selon le niveau d'atteinte aphasique du patient, la communication peut ainsi en être bridée. Nous ignorons si la présence de l'aidant lors des séances pourrait à la fois permettre de faire un pont entre le patient et le thérapeute dans les situations d'incompréhension, mais aussi favoriser la communication aidant-patient, à travers l'évocation d'une histoire en partie commune que l'AVC peut souvent figer.

Enfin, raconter son histoire avec ses capacités langagières résiduelles, et, de fait, intégrer l'AVC à son parcours de vie, ces éléments n'ont pas été envisagés jusqu'ici comme pouvant éventuellement conduire à éveiller ou à relancer des projets, en tenant compte des nouvelles limitations fonctionnelles ; ni comme vecteur d'incitation à la reprise de certains rôles sociaux même s'ils doivent être redéfinis. Plus directement, le seul fait de donner la parole au patient sur sa propre histoire n'a pas encore été appréhendé comme éventuel levier sur la participation. La CIF définit la participation comme « *l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle* » (2001, p.10).

Yves Martin (2018b, p.198-199) écrivait ceci à propos d'un outil de communication alternative ou augmentée permettant le recours à des photographies personnelles et à des phrases associées : « *[Cet outil] peut réveiller des souvenirs enfouis en mémoire autobiographique, susciter des émotions et provoquer une forte appétence à la narration. Il contribue aussi à la « reconstruction » identitaire du sujet. [...] pour des patients aphasiques, en particulier chroniques, ces photographies porteuses de sens pour eux engendrent bien plus d'envie de réagir et d'interagir que des photographies impersonnelles. Pour l'interlocuteur, le plus proche si possible, c'est une base de discussion, une source d'inspiration, un thème d'échange à partir duquel peut se construire un vrai dialogue. La sollicitation d'éléments autobiographiques, chargés d'émotions et d'histoire, peut faciliter l'accès à des habiletés linguistiques résiduelles, entre autres lorsque le patient veut clarifier le contexte ou apporter des éléments associés à la situation. ».*

Ainsi, qu'il s'appuie sur des photographies personnelles ou qu'il s'affranchisse de tout support d'évocation, le discours autobiographique (et son corollaire le récit autobiographique dès lors qu'il s'agira de le construire à l'écrit) doit être questionné en tant que potentiel levier sur plusieurs dimensions ciblées dans les prises en soin orthophoniques : la récupération linguistique à travers ses différents niveaux, la communication avec l'entourage, la participation et le sentiment de soi.

Le questionnement suivant est donc soulevé : **quels seraient les effets d'un protocole de récit autobiographique sur les capacités lexicales, syntaxiques et discursives des patients aphasiques chroniques non fluents, d'atteinte légère et sévère ?**

OBJECTIFS & HYPOTHESES

1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les effets d'un protocole de récit autobiographique (RA) sur les capacités lexicales, syntaxiques et discursives de deux patients aphasiques chroniques non fluents, d'atteinte légère et sévère. L'objectif secondaire est d'évaluer les effets de ce protocole sur la communication avec l'entourage, la participation et le sentiment de soi.

2. Hypothèses

Hypothèse générale HG1 : Le travail de RA améliore les compétences lexicales.

Hypothèse opérationnelle HG1.1 : Le nombre de manifestations du manque du mot obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.

Hypothèse opérationnelle HG1.2 : Le nombre d'informations verbales transmises au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG1.3 : Le score de dénomination orale d'images (représentant des noms communs) obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.

Hypothèse opérationnelle HG1.4 : Le score de dénomination orale d'images (représentant des verbes) obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

Hypothèse opérationnelle HG1.5 : Le score de lecture à voix haute obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.

Hypothèse générale HG2 : Le travail de RA améliore les compétences syntaxiques.

Hypothèse opérationnelle HG2.1 : Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG2.2 : Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG2.3 : Le score d'assignation des rôles thématiques obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

Hypothèse opérationnelle HG2.4 : Le score d'assemblage des constituants obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

Hypothèse opérationnelle HG2.5 : Le score de flexion de verbes obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

Hypothèse générale HG3 : Le travail de RA améliore les compétences discursives.

Hypothèse opérationnelle HG3.1 : Le score de cohésion obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG3.2 : Le score de cohérence obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG3.3 : Les scores de macrostructure des discours personnel, argumentatif et procédural obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.

Hypothèse opérationnelle HG3.4 : Les scores de macrostructure du discours narratif obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.

Hypothèse générale HG4 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités lexicales à d'autres types de discours.

Hypothèse opérationnelle HG4.1 : Le nombre de manifestations du manque du mot obtenu aux discours descriptif et argumentatif lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG4.2 : Le nombre d'informations verbales transmises lors du discours descriptif en mesure répétée augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse générale HG5 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités syntaxiques à d'autres types de discours.

Hypothèse opérationnelle HG5.1 : Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG5.2 : Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

Hypothèse générale HG6 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités discursives à d'autres types de discours.

Hypothèse opérationnelle HG6.1 : Le score de cohésion obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HG6.2 : Le score de cohérence obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention.

Hypothèse secondaire HS1 : Le travail de RA améliore la communication du patient avec son entourage.

Hypothèse opérationnelle HS1.1 : Les appréciations de la communication réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.

Hypothèse opérationnelle HS1.2 : Les items du QLPC relatifs à la communication s'améliorent en post-intervention.

Hypothèse secondaire HS2 : Le travail de RA améliore la participation du patient.

Hypothèse opérationnelle HS2.1 : Les appréciations de la participation réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention.

Hypothèse opérationnelle HS2.2 : Les items du QLPC relatifs à la participation s'améliorent en post-intervention.

Hypothèse secondaire HS3 : Le travail de RA améliore le sentiment de soi.

Hypothèse opérationnelle HS3.1 : Les appréciations du sentiment de soi réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention.

METHODE

1. Design

La méthodologie de type SCED (Single Case Experimental Design, « étude expérimentale en cas unique ») a été choisie pour mener cette recherche.

Cette méthodologie a été classée de niveau de preuve 1 par le *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* en 2011 (Krasny-Pacini et Chevignard, 2017). Elle se fonde sur le concept d'Evidence-Based Practice (Cattini et Clair-Bonaimé, 2017) et présente des avantages pour évaluer l'efficacité et la spécificité d'une intervention, notamment dans le champ rééducatif (Krasny-Pacini et Evans, 2018).

Tout d'abord, chaque patient recruté est son propre sujet contrôle :

- ce qui présente l'intérêt d'évaluer sa progression par rapport à lui-même ;
- ce qui permet de recruter des patients n'ayant pas nécessairement un profil homogène ;
- ce qui permet, malgré un nombre réduit de patients, d'obtenir des résultats statistiquement significatifs ;
- ce qui permet de mener une étude pilote, avec des critères de mesure inhabituels et des outils de mesure qui peuvent être construits et qui ne doivent pas nécessairement être validés.

Plusieurs types de SCED existent ; il s'agit ici d'une méthodologie en ligne de base multiple à travers deux sujets.

Cette méthodologie se définit par une introduction séquentielle (et randomisée préférentiellement) de l'intervention spécifique, précédée d'une ligne de base au cours de laquelle chaque patient reçoit une intervention ne suscitant pas les mêmes mécanismes (cognitifs, langagiers, etc.) que la rééducation spécifique. Les mesures visant à évaluer l'efficacité de la rééducation spécifique sont relevées à une fréquence préalablement définie, du début de la ligne de base à la fin de l'intervention spécifique. La ligne de base reflète alors le niveau du patient avant l'introduction de la rééducation spécifique, et la phase d'intervention spécifique permet d'apprécier l'effet spécifique de la rééducation sur les critères de mesure choisis. Le caractère répété des mesures (qui seront appelées « mesures répétées » ou « critères de jugement ») permet de réduire un certain nombre de biais pouvant influencer les performances du patient, en ligne de base comme en phase d'intervention spécifique. Une dernière phase de follow-up peut être également menée à distance de l'intervention, afin d'évaluer un éventuel maintien dans le temps des potentiels effets de la rééducation spécifique (Krasny-Pacini et Evans, 2018).

L'étude comportait deux phases : une phase A correspondant à la ligne de base, et une phase B correspondant à l'intervention spécifique de récit autobiographique. Un follow-up (maintien) a été réalisé trois mois et demi après la fin de l'intervention.

La durée de la ligne de base a été randomisée pour les deux patients recrutés dans cette recherche. Le patient OL a bénéficié de 5 séances, tandis que le patient EC a bénéficié de 6 séances.

La durée de la phase d'intervention spécifique a été la même pour les deux patients, qui ont chacun bénéficié de 12 séances.

	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.5	Sem.6	Sem.7	Sem.8	Sem.9	F-U (+ 3,5 mois)
OL										
EC										

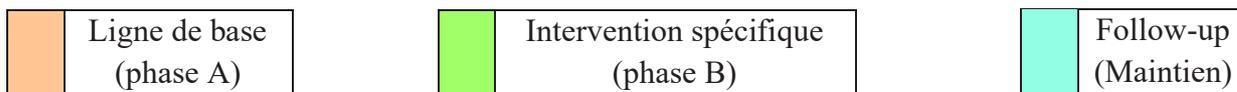


Tableau 1 : Déroulé global des passations (Sem. : Semaine)

Les mesures répétées principales ont été relevées à la fin de chaque séance. Les mesures répétées secondaires ont été relevées au début de la première séance hebdomadaire, décalant ainsi les points de mesure par rapport aux séances, hormis les mesures secondaires concernant l’aidante du patient EC qui étaient relevées en fin de semaine.

Malgré la volonté de maintenir un temps de séance identique entre les deux phases, les séances de la phase A ont duré entre 30 et 35 minutes ; celles de la phase B entre 45 et 50 minutes.

Les patients savaient quel contenu rééducatif ils recevaient à chacune des deux phases. Toutefois, ils étaient en aveugle sur la supériorité d’une phase sur l’autre, même si la phase à orientation linguistique (phase B) pouvait facilement les orienter quant à sa supériorité sur la phase A.

Les interventions ont d’abord eu lieu au domicile des patients, avant de basculer en télé-soin lorsque le confinement du 29 octobre 2020 a été décrété. La première séance en télé-soin du patient EC correspondait à sa 3^{ème} séance de la phase B ; celle du patient OL correspondait à sa 4^{ème} séance de la phase B.

Les séances du patient OL se sont faites en présence de l’aidante (observation en phase A, participation en phase B). L’aidante du patient EC n’a pu être présente lors des séances, en raison de son activité professionnelle.

Les patients ont continué à bénéficier de leur suivi orthophonique habituel, en parallèle de cette intervention.

2. Description des mesures répétées

Les mesures répétées correspondent aux évaluations administrées de manière répétée, depuis le début de la ligne de base (phase A) jusqu’à la fin de l’intervention spécifique (phase B), et au follow-up (maintien).

Les effets de notre étude ont été appréhendés à partir de trois mesures répétées principales, et de trois mesures répétées secondaires.

2.1 Mesures répétées principales

Ces trois mesures répétées ont été élaborées à partir d’un matériel orthophonique¹ regroupant 40 grandes photographies illustrant divers thèmes de la vie quotidienne (anniversaire, voyage, etc.).

¹ Grandes photos pour parler et cogiter, Martine Menu (orthophoniste), Bertrand Meunier (illustrateur), Cit’Inspir Editions.

A chaque fin de séance, huit minutes en moyenne étaient consacrées à la passation des trois mesures répétées principales. Une photographie tirée du matériel était présentée au patient, et trois questions lui étaient posées, une à une :

- Une question visant à susciter un discours de type descriptif.
- Une question visant à susciter un discours de type autobiographique.
- Une question visant à susciter un discours de type argumentatif.

Les questions posées pouvaient parfois s’inspirer du matériel : au dos de chaque photographie figuraient des questions à visée autobiographique et argumentative. Prenons l’exemple d’une photographie illustrant le Tour de France.

- La consigne visant à susciter un discours descriptif était toujours celle-ci, quel que soit le thème : « Essayez de décrire ce que vous voyez. ».
- La question visant à susciter un discours autobiographique pourrait être celle-ci : « Est-ce que vous êtes déjà allé voir le Tour de France ? Pouvez-vous me raconter ce moment ? ».
- La question visant à susciter un discours argumentatif pourrait être celle-ci : « Pour vous, est-ce que le cyclisme est un sport difficile ? Pourquoi ? ».

Quand le patient n’avait pas de souvenir à évoquer à une question autobiographique, ou n’avait pas d’opinion à donner à une question argumentative, une autre question plus ou moins proche du thème lui était posée.

Les photographies étaient différentes à chaque séance ; les questions aussi, en dehors de l’invariable question à visée descriptive. 21 photographies ont ainsi été choisies aléatoirement pour couvrir l’ensemble des passations, depuis la phase A jusqu’au follow-up.

Les mesures répétées étaient relevées à l’aide d’un enregistreur vocal ; les corpus produits par les patients faisaient ensuite l’objet d’une transcription écrite, avant d’être cotés d’après différents critères d’analyse. Ces critères ont été définis a posteriori du recueil et de la transcription des corpus, afin d’être au plus près de la réalité des productions des patients. En effet, bien qu’il ait toujours été question d’investiguer les productions sous des angles lexicaux, syntaxiques et discursifs, il était difficile et peu pertinent d’établir des mesures déconnectées des corpus produits.

Chaque type de discours a donné lieu à différentes analyses linguistiques.

	Critères d’analyse lexicale	Critères d’analyse syntaxique	Critères d’analyse discursive
<i>Discours descriptif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de manifestations du manque du mot • Nombre d’informations verbales transmises 		
<i>Discours autobiographique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de manifestations du manque du mot • Nombre d’informations verbales transmises 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures verbales correctes à 2 arguments • Nombre de structures verbales correctes à 3 arguments 	<ul style="list-style-type: none"> • Score de cohésion • Score de cohérence
<i>Discours argumentatif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de manifestations du manque du mot 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures verbales correctes à 2 arguments • Nombre de structures verbales correctes à 3 arguments 	<ul style="list-style-type: none"> • Score de cohésion • Score de cohérence

Tableau 2 : Critères d’analyse par niveau linguistique et par type de discours

Pour l'ensemble des analyses, il n'a pas été tenu compte des déformations phonologiques (défaut dans l'enchaînement des sons/syllabes), phonémiques (substitution/inversion/omission de phonèmes) ou phonétiques (néophonème au sein du mot) ; tant que les mots étaient reconnaissables ils étaient traités comme tels.

2.1.1 Définition et construction des critères d'analyse lexicale

2.1.1.1 Nombre de manifestations du manque du mot (anomie)

Nombre total obtenu à l'issue du cumul des manifestations d'anomie suivantes : suspension de la phrase, recherche lexicale, manifestation d'agacement, modalisations sur la recherche du mot, persévération, mot vide, périphrase.

Si plusieurs manifestations correspondent à un manque du mot, elles ne valent que pour 1 manque du mot et ne sont pas cumulées.

Exemple : « J'étais avec...avec...[claquement de langue en signe d'agacement]...mon fils...comment il s'appelle... » = 1 manque du mot (prénom du fils).

NB : Pas de prise en compte des difficultés qui semblent imputables à des difficultés de planification syntaxique ou discursive.

2.1.1.2 Nombre d'informations verbales transmises (informativité)

Nombre total obtenu à l'issue du cumul des termes sémantiquement chargés (et non répétés) et prenant sens dans le contexte d'énonciation. Il peut s'agir de substantifs (noms), d'adjectifs, de verbes, d'adverbes.

Exemple : à partir d'une photographie représentant un enfant jouant dans un jardin, le patient produit les termes de « petit » et « dehors » = 2 informations verbales.

2.1.2 Définition et construction des critères d'analyse syntaxique

2.1.2.1 Nombre de structures verbales correctes à 2 arguments

Nombre total obtenu à l'issue du cumul des verbes correctement produits avec leurs deux arguments (qu'il s'agisse de transitifs directs ou indirects). Les arguments sont des éléments syntaxiques qui dépendent du verbe et qui précisent son sens. Ils renseignent sur le niveau de complexité syntaxique amené par le verbe.

Exemples :

- Verbes transitifs directs : Il (1) **aide** sa mère (2) ; Il (1) l'(2) **aide**.

Le verbe « aider » prend son sens avec deux arguments.

- Verbes transitifs indirects (présence d'une préposition) : Il (1) **parle à son ami** (2) ; Il (1) lui(2) **parle**.

*Le verbe « parler » pourrait n'avoir qu'un seul argument (« Il (1) **parle** »), mais dans les exemples ci-dessus il en a deux, ce qui vient préciser son sens. Il pourrait aussi en avoir trois : Il (1) **parle à son ami** (2) de sa rencontre (3).*

NB : En cas d'agrammatisme entraînant une élision des déterminants et/ou des prépositions dans les structures indirectes (« *Garçon parle mère* » pour « *Le garçon parle à sa mère* »), il sera choisi de ne pas comptabiliser cette structure verbale ; malgré la présence apparente des arguments, la structure verbale est considérée comme incorrecte.

NB : Les verbes attributifs dits aussi « verbes d'état » (être, sembler, devenir, etc.) ne sont pas comptabilisés car les attributs du sujet ne sont pas des arguments.

2.1.2.2 Nombre de structures verbales correctes à 3 arguments

Nombre total obtenu à l'issue du cumul des verbes correctement produits avec trois arguments. On les appelle les verbes « ditransitifs ». Ils traduisent un niveau de complexité supérieure dans l'élaboration de la phrase.

Exemples : Il (1) parle à son ami (2) de sa rencontre (3) ; Il (1) dit des mensonges (2) à tout le monde (3).

2.1.3 **Définition et construction des critères d'analyse discursive**

2.1.3.1 Score de cohésion

La cohésion est définie par le Dictionnaire d'Orthophonie (2018d, p.72) comme « *le ciment linguistique du texte [...]. Au niveau lexical, [elle] est réalisée grâce à la maîtrise des champs lexicaux et aux manipulations qui s'y effectuent (polysémie, homonymie, synonymie, antonymie...).* Au niveau morphosyntaxique, elle est assurée par les procédés diaphoriques (anaphore, cataphore) et par l'emploi de connecteurs (et puis, alors, après...). ». Le niveau lexical n'apparaîtra pas dans la construction de ce score. Par ailleurs, nous augmenterons cette définition par la concordance des temps, évoquée par Michel Charolles (1995, p.125) à propos de la difficulté à recenser toutes les marques cohésives d'une langue : « *Dans la période récente, un grand nombre d'études ont en effet paru sur les marques temporelles, l'anaphore, les connecteurs* ».

Ce score se caractérise par le cumul de trois analyses :

- celle de la concordance des temps verbaux sur l'ensemble du discours analysé ;
- celle de la gestion des référents et de leurs anaphores : « *Les anaphores codent des liens entre les participants aux situations.* » (Charolles, 2011, p.12) ;
- celle de la présence significative de connecteurs discursifs : « *Les connecteurs codent des liens entre les énoncés et les situations.* » (Charolles, 2011, p.12).

Ce score est établi sur 3 points :

- Concordance des temps sur l'ensemble du corpus produit (1 point)
 - totale (*Il est parti à la guerre, et ma mère nous a élevés seule ; il est revenu des années après.*) : 1 point (pt)
 - partielle (*Il est parti à la guerre, et ma mère nous a élevés seule ; il revient des années après.*) : 0,5 pt
 - absente (*Il part à la guerre, et ma mère nous a élevés seule ; il était revenu des années après.*) : 0 pt.
- Gestion des référents et des anaphores sur l'ensemble du corpus produit (1 pt)
 - Chaque anaphore a un référent explicité (*Pierre est parti, il va rejoindre Paul ; ils vont à un concert.*) : 1 pt
 - Au moins une anaphore a un référent explicité (*Pierre est parti, il le va rejoindre ; ils vont à un concert.*) : 0,5 pt.
 - Aucune anaphore n'a de référent explicité (*Il est parti, il va le rejoindre ; ils vont à un concert.*) : 0 pt.
- Présence significative de connecteurs discursifs adéquats sur l'ensemble du corpus produit (adverbes de temps, de lieu, prépositions, conjonctions de coordination, de subordination) (1 pt)
 - Présence d'au moins 4 connecteurs discursifs adéquats (*D'abord il est parti faire ses études à Lyon, mais il a abandonné rapidement.*) : 1 pt.
 - Présence de moins de 4 connecteurs discursifs adéquats (*Après, elle a choisi de faire le tour du monde pour profiter de la vie.*) : 0,5 pt.
 - Absence de connecteur discursif ou connecteurs inadéquats (*Elle a été blessée pour l'accident.*) : 0 pt.

2.1.3.2 Score de cohérence

Il s'agit ici de la cohérence globale (et non locale). Sa définition n'est pas consensuelle ; nous choisirons celle donnée par Chuy et Rondelli en 2010 (p.85) : « *La cohérence globale [...] dépend de la structure des macro-propositions et tend à montrer comment l'unité textuelle contribue au développement du thème général.* ». Nous prendrons le parti de rapprocher la notion de « cohérence globale » de celle de « macrostructure », qui désignera ici les composantes organisationnelles du discours (éléments d'introduction, de développement et de conclusion) (Whitworth, 2015b), bien que ceci soit réducteur.

Ce score a été établi pour deux types de discours (autobiographique et argumentatif). Toutefois, la macrostructure de ces deux discours étant différente, le score de cohérence a été construit différemment pour chacun d'eux.

Score de cohérence établi pour le discours autobiographique (4 pts) (travaux de Whitworth, 2015b)

- Présence d'éléments introductifs : + 1 pt (« *C'était il y a longtemps, j'étais avec ma femme et mon fils.* »)
- Présence d'éléments de développement : + 1 pt (« *On avait beaucoup marché, et après on était allé dormir dans une auberge de jeunesse.* »)
- Présence d'éléments de conclusion : + 1 pt (« *C'est un bon souvenir.* »)
- Progression discursive riche et étayée : + 1 pt (« *C'était il y a longtemps, j'étais avec ma femme et mon fils, on faisait un voyage. Ce jour-là on avait beaucoup marché, et je me souviens qu'on était allé dormir dans une auberge de jeunesse où il y avait beaucoup de monde. On avait parlé avec des gens, on avait mangé.... C'est un bon souvenir.* »)

Score de cohérence établi pour le discours argumentatif (5 pts) :

- Enonciation d'un point de vue : + 1 pt (« *Oui, je trouve que les footballeurs gagnent trop.* »)
- Justification d'un point de vue : + 1 pt (« *Ils ont des salaires à plusieurs millions.* »)
- Développement d'un argumentaire : + 1 pt (« *Les coureurs cyclistes ne sont pas payés comme ça.* »)
- Richesse thématique des arguments : + 1 pt (« *Pourtant ils travaillent autant.* »)
- Progression discursive riche et étayée : + 1 pt (« *Oui, je trouve que les footballeurs gagnent trop, ils ont des salaires à plusieurs millions. J'aime beaucoup le foot, mais là c'est excessif. En plus, dans les autres sports ce n'est pas du tout pareil, alors que c'est aussi difficile. Prenez les coureurs cyclistes : ils travaillent dur aussi mais ils ne sont pas payés comme ça.* »).

2.1.4 **Liens entre les mesures répétées et les hypothèses**

La primauté a été donnée à l'analyse du discours autobiographique. En effet, puisque l'intervention spécifique porte sur le récit autobiographique, c'est sur le discours autobiographique que l'on s'attend à voir une amélioration. Les critères d'analyse lexicale, syntaxique et discursive du discours autobiographique constituent donc les premières hypothèses générales (HG1, HG2, HG3).

Les analyses relatives aux discours descriptif et argumentatif concernent les hypothèses de généralisation (HG4, HG5, HG6) : il s'agit d'évaluer si le travail de RA a permis de généraliser les éventuels progrès à d'autres types de discours que le discours autobiographique.

Le discours descriptif ne donne pas d'éléments sur la construction syntaxique, ni discursive : en effet, les corpus faisaient surtout apparaître des énumérations d'éléments descriptifs (accumulation de substantifs).

Le discours argumentatif ne renseigne pas sur l'informativité verbale, car celle-ci est considérée comme étant fortement liée aux composantes du score de cohérence.

Une mesure est commune aux discours descriptif et argumentatif : le nombre de manifestations du manque du mot. Ces deux analyses ont été regroupées dans une hypothèse commune aux deux discours (HG4.1).

2.2 Mesures répétées secondaires

Les mesures répétées secondaires visaient à évaluer les effets de l'intervention spécifique sur la communication avec l'aidant, la participation du patient, et le sentiment de soi du patient.

Chacune de ces trois mesures se présentait sous la forme d'une question oralement posée une fois par semaine. Une échelle visuelle analogique de 0 à 5 était présentée. Deux questions étaient à l'adresse de l'aidante, une question était à l'adresse du patient.

- Mesure répétée secondaire 1 (communication avec l'aidante), adressée à l'aidante
« 5, c'est avant l'AVC. Plus on se rapproche de 5, plus on se rapproche de la communication telle qu'elle était avant l'AVC. A quel point de distance situeriez-vous la qualité de la communication avec votre époux par rapport à avant l'AVC ? ».

- Mesure répétée secondaire 2 (participation du patient), adressée à l'aidante
« 5, c'est avant l'AVC. Plus on se rapproche de 5, plus on se rapproche du niveau de participation tel qu'il était avant l'AVC. A quel point de distance situeriez-vous la participation de votre époux dans la vie quotidienne, par rapport à sa place au sein de sa famille, dans ses relations sociales, dans ses loisirs, par rapport à avant l'AVC ? ».

- Mesure répétée secondaire 3 (sentiment de soi du patient), adressée au patient
« 5, c'est avant l'AVC, c'est comme vous étiez avant. Vous sentez-vous très loin de la personne que vous étiez (0-1 pointés sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous loin de la personne que vous étiez (2-3 pointés sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous proche de la personne que vous étiez (4 pointés sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous comme avant, la même personne qu'avant ? (5 pointés sur l'échelle visuelle). »

Les questions étaient posées à OL, son aidante, et EC au début de chaque première séance hebdomadaire. Le premier point de mesure a donc été relevé au début de la 3^{ème} séance. Il a été choisi que chaque mesure relevée soit envisagée comme valant pour les deux séances de la semaine. En effet, il ne paraissait pas pertinent de poser ces questions à chaque séance, d'autant que les séances avaient lieu d'un jour sur l'autre (mardi et mercredi). Néanmoins, chez OL et son aidante, cela aurait pu entraîner un biais dans l'évaluation du dernier point de la ligne de base, puisqu'une première séance d'intervention spécifique avait déjà été effectuée avant le relevé de la mesure. Par ailleurs, une autre erreur méthodologique a conduit à ne pas relever les mesures répétées la semaine ayant suivi la fin de l'intervention : les deux dernières séances d'intervention n'ont donc pas fait l'objet d'une évaluation, ce qui porte le nombre de points en phase spécifique à 10, au lieu de 12. Seules les mesures répétées de l'aidante de EC sont exemptes de ces aspects, puisqu'en raison de son activité professionnelle les mesures étaient relevées en fin de semaine, après les deux séances hebdomadaires, par contact téléphonique. Il n'y a donc ni décalage, ni oubli de mesure. Chaque point relevé comptait aussi pour les deux séances hebdomadaires effectuées.

3. Description des tests initiaux et finaux

Deux mois séparent le bilan initial et le bilan final. Quatre à cinq séances ont été consacrées aux bilans, pour limiter la fatigabilité des patients et les effets d'apprentissage entre les subtests.

3.1 La Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux² (BETL)

La BETL a pour fondement théorique le modèle cognitiviste de Caramazza et Hillis (1990). Les huit épreuves qu'elle contient ont pour but d'investiguer les différents traitements lexico-sémantiques. Chaque épreuve réemploie les mêmes 54 items lexicaux, sélectionnés d'après les variables neuropsycholinguistiques de longueur, de fréquence et de catégorie sémantique. La passation est informatisée et permet un recueil automatique des scores et des temps. Cette batterie est sensible à l'évolution des patients.

Dans le cadre de cette étude, seuls les scores ont été pris en compte. En effet, la passation du bilan final ayant dû se faire en télé-soin, les temps de réponse ont été faussés par les décalages temporels inhérents à cette modalité de passation.

En bilan pré-intervention, cinq épreuves sur les huit contenues dans la BETL ont été soumises aux patients. L'objectif était à la fois de caractériser le profil aphasique des patients (cf Méthode 4.3) et de réaliser une évaluation initiale des capacités en dénomination orale d'images (noms communs) et en lecture à voix haute, qui sont les deux subtests ayant été réévalués en post-intervention.

A l'épreuve de dénomination orale d'images, le patient doit dénommer les 54 items imagés en noir et blanc. A l'épreuve de lecture à voix haute, le patient doit lire les 54 items écrits.

Ces deux épreuves présentent un intérêt particulier pour appréhender les bénéfices de l'intervention : le protocole a effectivement ciblé ces deux voies de production orale.

3.2 La Batterie d'Évaluation de la Production Syntaxique (BEPS³)

La BEPS a pour fondement théorique le modèle sériel de Bock et Levelt (1994), de nature psycholinguistique. Si sa visée diagnostique conduit à un plafonnement rapide des scores, elle a été choisie pour ses quatre épreuves qui permettent d'évaluer les différents traitements impliqués dans la production syntaxique, qui ont été ciblés dans notre protocole.

Le bilan final s'est effectué à partir de la version numérique de la BEPS, en raison du contexte de télé-soin.

L'étape primaire d'élaboration sémantique du message (non investiguée dans la BEPS) est suivie d'un niveau « fonctionnel » d'élaboration (Bock et Levelt, 1994).

- Le niveau fonctionnel se bâtit tout d'abord sur la sélection lexicale par la « *récupération des lemmes nécessaires à la transmission du message* » (Monetta *et al.*, 2018, p.5). Ce traitement sera appréhendé par l'épreuve de dénomination orale d'images illustrant des verbes. Cette épreuve participe aux analyses menées au niveau lexical, et non syntaxique, dans cette étude.
 - ➔ Le patient a une image sous les yeux, illustrant une action ; le thérapeute pose une question qui oriente le patient vers la dénomination de l'action illustrée.

² GODEFROY, O., TRAN, T.M. (2015, novembre). *Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux*, OrthoEdition.

³ MONETTA, L., PERRON, M., COULOMBE, V., FOSSARD, M. (2018). *Batterie d'Évaluation de la Production Syntaxique*. Université de Laval.

- Le niveau fonctionnel s'élabore ensuite par l'assignation des « *fonctions syntaxiques et des rôles grammaticaux* » (Monetta *et al.*, 2018, p.5) des mots sélectionnés. Ce traitement sera appréhendé par l'épreuve d'assignation des rôles thématiques.
 - ➔ Le patient a une image sous les yeux, accompagnée de mots. Une flèche pointe un élément de l'image, lequel doit être mis au début de la phrase à formuler.

Le niveau fonctionnel est suivi d'un niveau positionnel dans l'élaboration de la phrase.

- Ce niveau implique un premier traitement : la mise en ordre des éléments pour former une phrase correcte. Ce traitement sera appréhendé par l'épreuve d'assemblage des constituants.
 - ➔ Le patient a une image sous les yeux, et des mots dans le désordre ; il doit les remettre dans l'ordre afin de créer une phrase correcte illustrant l'image.
- Le niveau positionnel implique un second traitement : la flexion des morphèmes grammaticaux pour former une phrase grammaticalement conforme au message transmis. Ce traitement sera appréhendé par l'épreuve de flexions de verbes.
 - ➔ Le patient a une image sous les yeux, accompagnée d'une phrase dont le verbe est manquant. Le verbe figure en fin de phrase, à l'infinitif, entre parenthèses. Le thérapeute lit la phrase amputée du verbe, et le verbe à l'infinitif. Le patient doit formuler le verbe avec la bonne flexion verbale.

3.3 Le Curtin University Discourse Protocol⁴ (CUDP)

Il s'agit d'un outil d'évaluation du discours, non francophone et normalisé sur un effectif réduit de sujets sains (30 personnes ; 10 par classe d'âge). Le CUDP découle des veines structuralistes et fonctionnalistes, mais son fondement est cognitiviste (Whitworth, 2010). Le discours est envisagé comme un module linguistique lié de façon interactive aux modules de la phrase et du mot. Il se construit à partir de deux composantes : la cohésion (anaphores, connecteurs) et la cohérence globale, envisagée à travers l'orientation (introduction), le développement et la conclusion d'un discours.

Malgré des qualités psychométriques incomplètes, l'intérêt du CUDP réside dans l'investigation des différents types de discours du quotidien, en plus du traditionnel discours narratif. De plus, cet outil a servi à évaluer les effets de l'essai pilote randomisé contrôlé NARNIA (Whitworth *et al.*, 2015b), ayant nourri cette étude. Il a permis d'évaluer les capacités d'élaboration du discours au niveau de la cohérence uniquement (les analyses de la cohésion étant trop liées aux éléments linguistiques intrinsèques à la langue anglaise pour être transposées à des corpus français). La traduction du protocole de passation a été réalisée dans le cadre de ce travail. Aucune adaptation n'a été nécessaire pour la passation du bilan final en télé-soin.

La passation vise à susciter dix corpus discursifs : trois discours à visée « personnelle » (« recount », Whitworth *et al.*, 2015a), trois discours à visée procédurale, trois discours à visée argumentative, et un discours narratif. Les thèmes sont à chaque fois différents, et des thèmes secondaires sont proposés si les thèmes principaux ne suscitent aucune production.

⁴ WHITWORTH, A., CLAESSEN, M., LEITAO, S., WEBSTER, J. (2015a). *Beyond narrative : Is there an implicit structure to the way in which adults organise their discourse?* Clinical Linguistics & Phonetics, 29:6, 455-481.

En raison de la proximité macrostructurale des discours personnels, procéduraux et argumentatifs, ces derniers sont cumulés dans le calcul des scores. Le discours narratif, présentant une structure différente, fait l'objet d'une cotation distincte.

3.4 Le Questionnaire Lillois de Participation à la Communication⁵ (QLPC)

Le Questionnaire Lillois de Participation à la Communication a pour fondement théorique le modèle biopsychosocial de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (révisions de l'OMS, 2001). Il est composé de 95 questions visant à évaluer la participation du patient à des situations quotidiennes de communication. Il existe une version « patient », étalonnée et validée ; et une version « entourage », permettant d'appréhender qualitativement les corrélations entre les différentes subjectivités.

Dans le cadre de ce travail, seules 42 questions ont fait l'objet d'une évaluation par les patients et leurs aidantes. Après avoir été sélectionnées, les questions ont été reclassées en deux volets, distinguant celles davantage axées sur la « communication », de celles concernant plus spécifiquement la « participation ». Ce reclassement avait pour but de permettre l'évaluation spécifique des hypothèses secondaires de cette étude, qui distinguent « communication » (HS1) et « participation » (HS2). Les questions relatives à la lecture ont été intégrées au volet « participation », en ce qu'elle est une activité à part entière.

Une échelle visuelle analogique de 0 à 10 a été créée conformément aux instructions de passation (en version papier pour le bilan initial, en version numérique pour le bilan final en télésoin) pour permettre aux patients de signifier le score attribué à chaque question posée oralement. Les aidantes ont complété le questionnaire en dehors des séances, échelle visuelle à l'appui.

4. Population

4.1 Critères de sélection des patients

<p>Pour être inclus, un patient devait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - présenter une aphasie non fluente faisant suite à un AVC - être en phase chronique - avoir plus de 30 ans (période du « pic de réminiscence » constituée) - avoir le français pour langue maternelle - consentir à aborder son histoire de vie personnelle⁶. 	<p>Pour être exclu, un patient devait présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un mutisme - une anarthrie sévère - une inintelligibilité massive - une efficacité cognitive considérablement altérée - un trouble majeur de la compréhension - une altération des gnosies visuelles (ce qui aurait entraver le traitement visuel des supports autobiographiques, qui étaient initialement prévus).
--	--

Tableau 3 : critères de sélection des patients

⁵ BOUSQUET, L., CHATELAIN, A. (2008). BEYAERT, V., MARQUANT, S. (2010). MARLE, A., RAY, O. (2012). *Questionnaire Lillois de Participation à la Communication*. Université Lille 2 Droit et Santé. Institut d'orthophonie Gabriel Decroix.

⁶ Lors du recrutement, afin de préserver l'« aveugle patient », il a été demandé aux orthophonistes de préciser que l'une des phases porterait sur du récit autobiographique, sans évoquer sa supériorité sur l'autre phase, aussi présentée.

4.2 Présentation des patients

4.2.1 Patient OL⁷

OL	
Age	67 ans
Latéralité	Droitier
Langue maternelle	Français
Profession, NSC	Ancien militaire, ancien assistant de magistrat < Baccalauréat
Pathologie	Aphasie chronique non fluente Communication non fonctionnelle au quotidien = atteinte « sévère »
Type d'AVC	Infarctus cérébral frontal gauche
Etiologie	Fibrillations cardiaques
Contexte médical	Aucun antécédent, bonne hygiène de vie, bonne condition physique (sportif)
Date de survenue de l'AVC	25 juin 2018 ; phase chronique (+ 2 ans et 3 mois)
Expression orale	Syndrome de désintégration phonétique Trouble massif de la programmation phonologique Dissociation automatico-volontaire Tournures de phrases persévératives Discours peu informatif Aucune ébauche aidante Répétition d'un mot possible sur décomposition syllabique
Compréhension orale	Efficiente mais à nuancer en situation écologique
Système sémantique	Intègre mais accès légèrement ralenti
Accès à l'écrit	Relativement possible en réception (lecture), impossible en production
Vision	Port de lunettes
Suivi orthophonique	Initialement 5 fois par semaine, par 2 orthophonistes libérales. Aujourd'hui 4 fois par semaine, en transition vers 3.
Autres suivis	Aucun
Situation familiale	Marié, père de deux fils adultes
Centres d'intérêt	Grande curiosité intellectuelle, goût pour la lecture (ouvrages sur l'Histoire, sur le Droit) et l'écriture ; photographe amateur ; sportif (faisait partie d'un club de marche).
Limitations fonctionnelles impactant ses centres d'intérêt	Accès extrêmement réduit à la lecture. Impossibilité de produire de l'écrit. Impossibilité de reprendre la photographie (technicité). Continue de faire du sport, mais seul.

Tableau 4 : Présentation du patient OL

⁷ Les lettres choisies ne correspondent pas aux initiales du patient, dans le but de préserver son anonymat.

4.2.2 Patient EC⁸

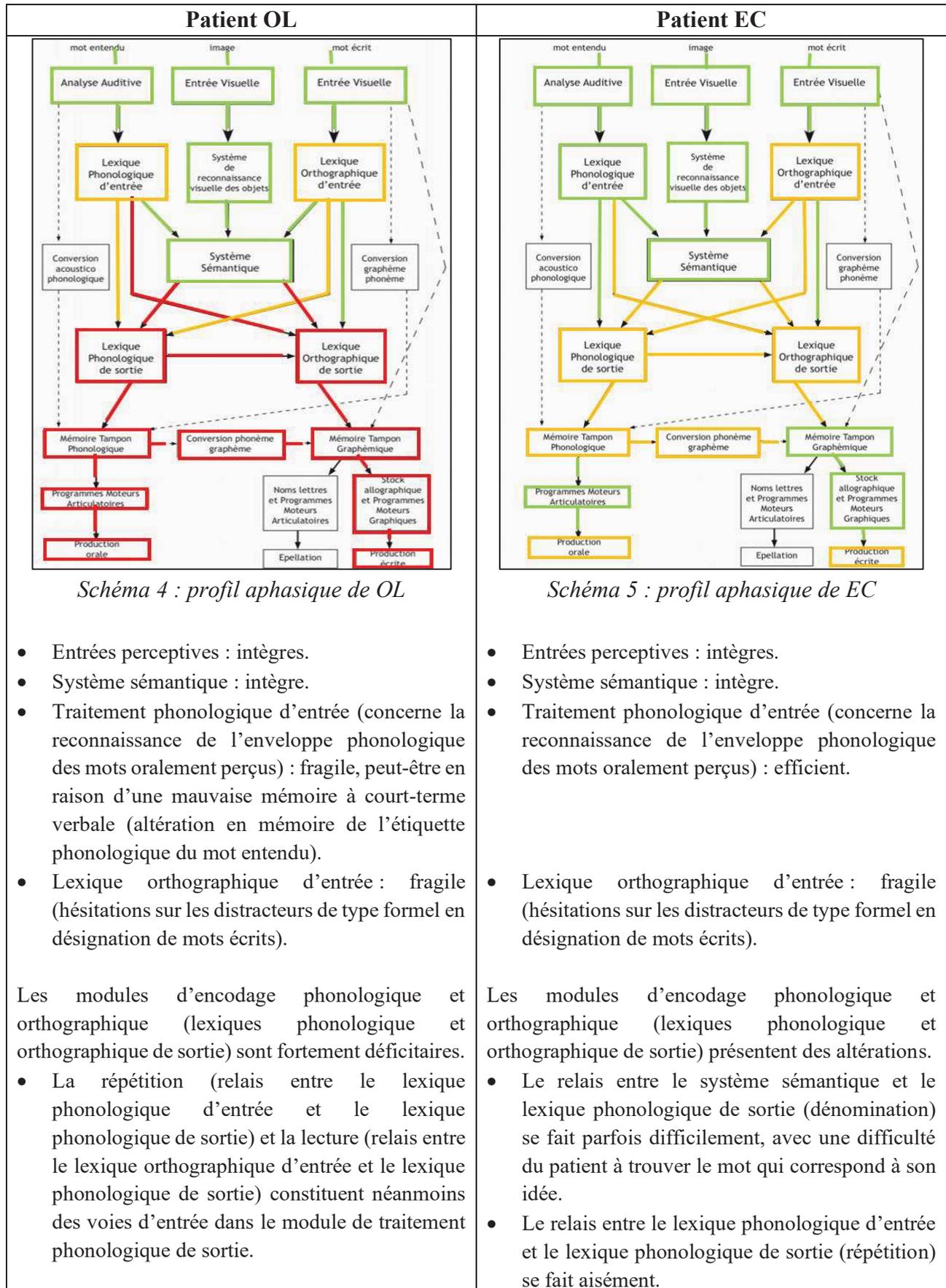
EC	
Age	67 ans
Latéralité	Gaucher
Langue maternelle	Français, alsacien
Profession, NSC	Ancien menuisier, ancien auto-entrepreneur < Baccalauréat
Pathologie	Aphasie chronique non fluente Communication fonctionnelle au quotidien = atteinte « légère » Hémiplégie du membre supérieur droit et paralysie faciale droite
Type d'AVC	AVC ischémique sylvien gauche antérieur
Etiologie	Cardiaque
Contexte médical	Antécédents cardiaques lourds et précoces ; sous Previscan au moment de l'AVC
Date de survenue de l'AVC	30 août 2019 ; phase chronique (+ 1 an et 1 mois)
Expression orale	Assourdissement des consonnes et sigmatisme latéral Manque du mot Paraphasies sémantiques Réduction syntaxique Discours peu informatif Répétition efficiente Ebauche orale facilitante
Compréhension orale	Efficiente grâce à une régression des troubles lexico-sémantiques ; encore laborieuse sur des phrases complexes (passives, enchâssées)
Système sémantique	Troubles lexico-sémantiques, largement réduits aujourd'hui
Accès à l'écrit	Paralexies visuelles, phonologiques et sémantiques Compréhension fine sur textes encore difficile Production écrite laborieuse (erreurs phonologiquement plausibles et non phonologiquement plausibles), écriture automatique préservée
Vision	Port de lunettes
Suivi orthophonique	2 fois par semaine depuis mars 2020
Autres suivis	Kinésithérapie
Situation familiale	Marié, père de deux fils adultes
Centres d'intérêt	Président d'une association sportive
Limitations fonctionnelles impactant ses centres d'intérêt	A repris son rôle de président, mais communication qui reste difficile et qui l'empêche de s'adresser à une assemblée.

Tableau 5 : Présentation du patient EC

⁸ Les lettres choisies ne correspondent pas aux initiales du patient, dans le but de préserver son anonymat.

4.3 Caractérisation cognitivo-linguistique des troubles aphasiques des deux patients

D'après le modèle de Caramazza et Hillis (1990), repris par Joffrey Trauchessec (2018) :



<ul style="list-style-type: none"> • En revanche, la dénomination (relais entre le système sémantique et le lexique phonologique de sortie), est presque impossible. Le patient ne récupère pas la forme phonologique du mot à produire (dans un contexte volontaire du moins), il produit hasardeusement des phonèmes qui pourraient le mettre sur la piste du mot phonologique qu'il souhaite émettre. • La mémoire tampon phonologique est aussi très possiblement altérée. • La programmation motrice est laborieuse comme cela peut être observable en répétition notamment. • Le recouvrement orthographique est impossible, empêchant toute production écrite, en dehors de la copie (relais entre le lexique orthographique d'entrée et le lexique orthographique de sortie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le relais entre le lexique orthographique d'entrée et le lexique phonologique de sortie (lecture) est fragile, la lecture est laborieuse et marquée par des paralexies. • La programmation motrice ne présente pas de difficulté notable. • La réalisation motrice de la parole est compliquée par une paralysie faciale. • La production écrite spontanée (relais entre le système sémantique et le lexique orthographique de sortie) ou sous dictée (relais entre le lexique phonologique d'entrée et le lexique orthographique de sortie) est fragile au niveau de l'encodage orthographique (substitutions de graphèmes par exemple). • La copie (voie de traitement du lexique orthographique d'entrée au lexique orthographique de sortie) est intègre.
---	---

Tableau 6 : Caractérisation cognitivo-linguistique des troubles aphasiques des deux patients

5. Description des différentes interventions

5.1 Intervention en ligne de base

La phase de ligne de base permet d'établir les capacités initiales des patients sur les critères de jugement ciblés par l'étude, en dehors du contenu de l'intervention. Elle permet aussi d'introduire un temps avec thérapeute et de niveler les améliorations éventuelles dues à « l'effet thérapeute ».

La ligne de base a commencé la même semaine pour les deux patients.

Les séances s'articulaient autour d'activités de raisonnement non verbal, de type exécutif, logique et visuo-spatial : Rushhour (Thinkfun), Puissance 4 (Hasbro Gaming), Tangram (Schmidt) ; ou encore autour d'activités de mémoire visuelle : Tam-Tam (AB ludis Editions).

5.2 Intervention spécifique

Les deux patients ont démarré la phase spécifique à une semaine de décalage.

Le protocole d'intervention spécifique s'est articulé autour du discours. Nous avons considéré, dans la veine des travaux de Whitworth *et al.* (2015b), que le discours était une voie privilégiée d'accès aux niveaux linguistiques inférieurs sur lesquels il se construit et par lesquels il s'exerce : la phrase et le mot. Nous avons aussi repris l'idée que le discours soit une porte d'entrée sur la fonctionnalité au quotidien, car l'individu s'exprime avec ses pairs non par mots ni par phrases, mais bien lors de situations d'énonciation qui supposent une production de discours, même si celle-ci se réduit à des mots isolés ou à des phrases agrammaticales. La visée fonctionnelle de ce protocole prend aussi effet à travers une dimension autobiographique. En effet, le projet a initialement été pensé à travers l'hypothèse d'une éventuelle facilitation du langage par les émotions associées aux souvenirs

et par le désir éventuel de se raconter. Cette idée s'est trouvée confortée par les termes de « rupture biographique » retrouvés dans la littérature pour caractériser les brusques changements survenant au décours d'une maladie ou d'un traumatisme (Bury, 1982). Elle a aussi trouvé écho dans les théories de l'élaboration identitaire, dont certaines imputent le sentiment d'identité aux récits de vie que nous formulons au détour des conversations (Paulin, 2018 ; De Fina, 2019). Elle s'est enfin retrouvée dans la modélisation du « Self » par Prebble *et al.* (2013), qui aborde les consciences subjectives et objectives de nous-mêmes, ancrées dans le présent, au regard du passé et en projection vers le futur.

Le protocole d'intervention spécifique consiste donc en un travail de récit autobiographique (RA), ayant pour cible les différents niveaux linguistiques du mot, de la phrase et du discours.

Le terme de « récit » a été préféré à celui de « discours », quoique les deux soient des entités très proches qui ont chacune été sollicitées dans ce travail. Le discours concerne l'énonciation dans une situation d'échange entre des interlocuteurs, c'est un processus dynamique et écologique rattaché à un contexte. Le récit s'apparenterait plutôt à un monologue, il n'est le fait que d'un locuteur, et peut être oral ou écrit. Dans cette recherche, l'intervention a pris effet dans une situation écologique d'échange, et donc de discours. Néanmoins, le terme de « récit » a été privilégié car les corpus obtenus oralement ont servi de socle à un travail plus spécifiquement écrit, qui visait à former un récit cohérent de l'ensemble des productions.

Le protocole s'est articulé autour de questions, préalablement construites, souvent remaniées en fonction des directions prises par les récits de vie des patients, mais toujours pensées pour activer des cibles particulières (Annexe).

5.2.1 Niveau du mot

- Questions semi-fermées propices à l'émergence de mots précis (*Où avez-vous grandi ? → Duppigheim ; Comment étaient vos parents ? → Gentils, généreux, sévères, etc.*).
- Dans les cas où la réponse attendue est très précise (noms de lieux, prénoms, etc.), et que le patient se trouve dans une impasse malgré les étayages donnés, l'aidant, s'il est présent, est sollicité pour apporter la réponse.
- Dans les cas où les réponses attendues sont moins spécifiques, des étayages divers sont donnés aux patients : étayages phonologiques, sémantiques, morphologiques, etc.

5.2.2 Niveau de la phrase

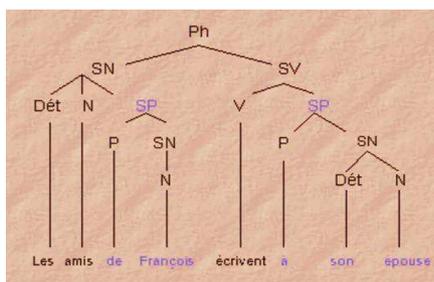
- Questions contenant une structure syntaxique cible, permettant une manipulation implicite des différents constituants de la phrase :
 - **phrases actives simples** : *Qui gardait les enfants ? → Ma grand-mère gardait les enfants.*
 - **phrases négatives** (surgissent au gré des événements évoqués).
 - **phrases clivées** : *C'est à quel âge que vous avez quitté la maison ? → C'est à 18 ans que j'ai quitté la maison.*
 - **phrases passives** : *Par qui avez-vous été élevé ? → J'ai été élevé par mon père.*

- **phrases passives tronquées** : *Combien de temps avez-vous été engagé ?* → *J'ai été engagé* (sous-entendu « par cette entreprise/par l'armée ») *pendant 10 ans*.
 - **phrases complexes avec subordonnées conjonctives** : *On dit que vous ressemblez à qui ?* → *On dit que je ressemble à ma mère*.
 - Les **propositions subordonnées relatives** ont également été travaillées, mais elles se rapportent davantage au niveau discursif (gestion des redondances par les anaphores).
- Travail sur la structure argumentale des verbes :
- **Verbe intransitif** : « *Où avez-vous grandi ?* » (quelqu'un grandit : 1 argument) + syntagme prépositionnel (on grandit à tel endroit).
 - **Verbe transitif direct** : « *Quel métier exerçaient vos parents ?* » (qqn exerce quelque chose : 2 arguments) + syntagme prépositionnel avec le complément du nom « le métier de... ».
 - **Verbe transitif indirect** : « *On dit que vous ressemblez à qui ?* » (qqn ressemble à qqn : 2 arguments)
 - **Verbe ditransitif** : « *Quelles valeurs vos parents vous ont-ils transmises ?* » (qqn transmet qqch à qqn : 3 arguments)

NB : Si le patient ne répond que par un mot, il lui est demandé de reformuler par une phrase en s'appuyant sur la question. Un exemple écrit peut être donné.

- Travail de développement/complexification des syntagmes :

Introduction de propositions subordonnées relatives, de syntagmes prépositionnels : *on exerce le métier de qqch*. Cela permet de faire le lien avec la grammaire générative de Noam Chomsky (1971).



Ph : Phrase
 SN : Syntagme Nominal
 SV : Syntagme Verbal
 SP : Syntagme Prépositionnel
 Dét : Déterminant
 N : Nom
 V : Verbe
 P : Préposition

<https://www.linguistes.com/phrase/representations.html>

Schéma 6 : principe de grammaire générative

Les questions étaient proposées dans un ordre bien précis, du thème de l'enfance jusqu'à celui de la vie actuelle, et cela dessinait une trame narrative (Annexe).

5.2.3 Niveau du discours

Ce niveau est celui permettant d'unifier l'ensemble des productions issues du niveau de la phrase. En effet, le discours est travaillé dans le lien qu'il est fait entre les phrases préalablement construites :

J'ai été élevé par ma mère. Ma mère était quelqu'un de... (redondance : « ma mère »)

⇒ *J'ai été élevé par ma mère, qui était quelqu'un de...* (anaphore via pronom relatif)

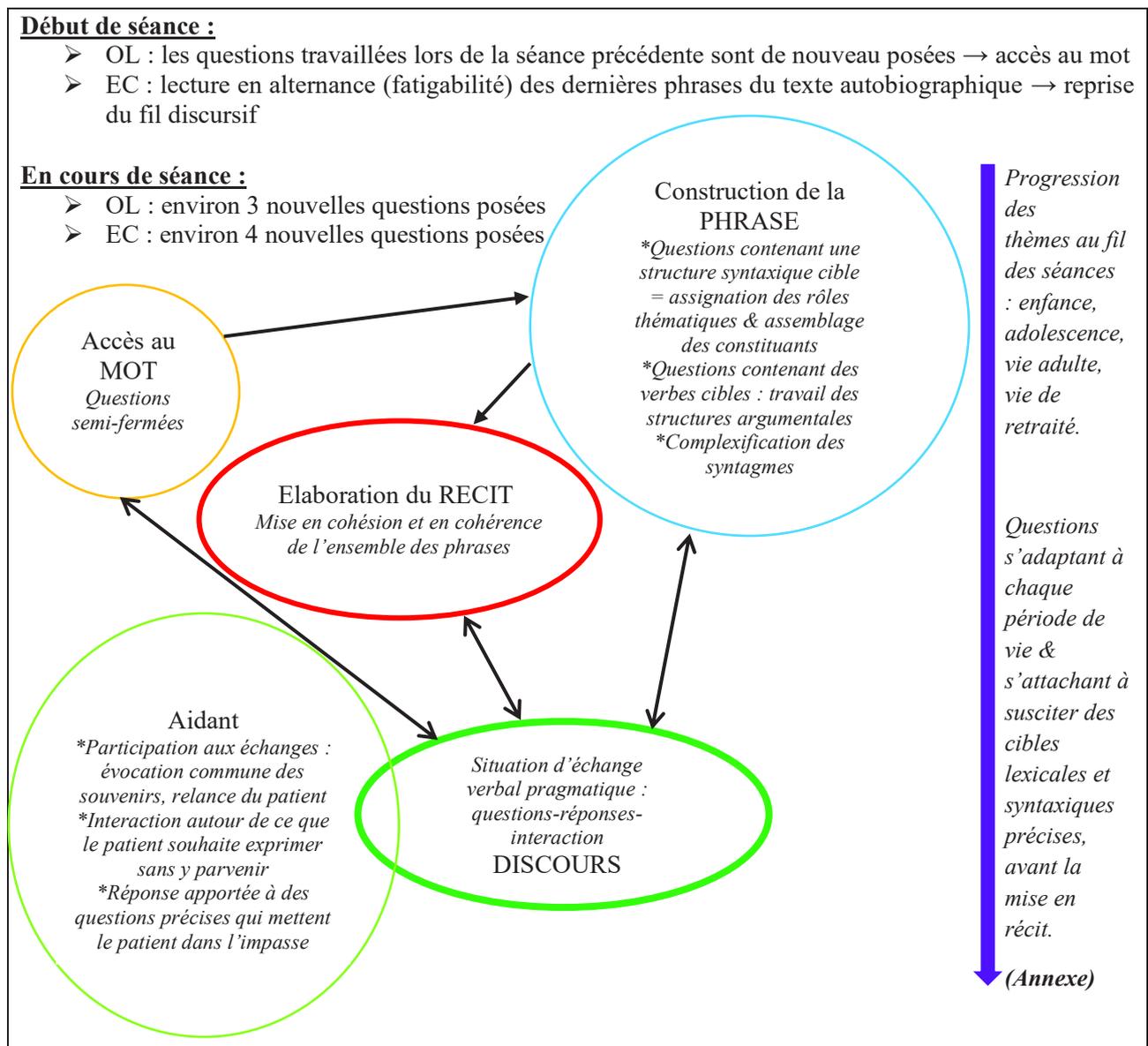
⇒ *J'ai été élevé par ma mère. Elle était quelqu'un de...* (anaphore via pronom personnel)

Le niveau discursif donne lieu au récit autobiographique final. Il cible les axes suivants :

- Cohérence globale (introduction générale, axes de développement, liens entre les thèmes)
- Gestion des référents et des anaphores (introduction de pronoms anaphoriques, explicitation de référents non évoqués)
- Liens cohésifs (coordination, juxtaposition ; subordonnées relatives ; connecteurs exprimant les liens de causalité, de conséquence, de but)
- Concordance des temps
- Planification des idées (davantage avec le patient EC)

5.2.4 Adaptations du protocole pour chacun des patients

Néanmoins, le protocole a été adapté en fonction des difficultés et ressources de chaque patient.



Démarches suivies en cours de séance :

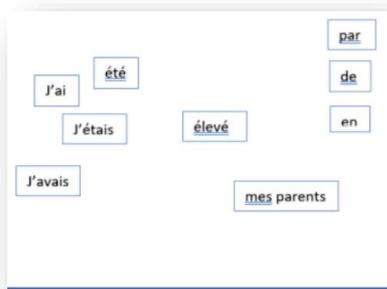
➤ **OL. Démarche ascendante : du mot au discours**

1° Questions (Annexe) systématiquement posées au patient afin de susciter une réponse verbale, mais souvent impossibilité d'accéder au mot précis → accès au mot retravaillé à chaque début de séance à partir des questions travaillées la séance précédente (accès lexical favorisé par le travail déjà effectué).

2° Travail d'élaboration de la phrase à partir d'étiquettes : tous les éléments de la phrase sont présentés au patient dans des étiquettes distinctes (présence de distracteurs, proposition de qualificatifs divers lors des questions ouvertes), y compris la réponse ciblée par les questions semi-fermées (réponse donnée par l'aidante quand les interactions avec le patient n'ont pas suffi à susciter la compréhension). Les questions sont reformulées plusieurs fois pour que le patient prenne appui dessus, afin de construire la phrase d'après la structure syntaxique visée et contenue dans la question.

« Par qui avez-vous été élevé ? »

« Quel petit garçon étiez-vous ? »



Le niveau de vocabulaire était adapté aux capacités de compréhension mais aussi aux aspirations du patient (qui appréciait de travailler avec du vocabulaire moins fréquent).

3° Durant les 6 premières séances, travail d'élaboration des phrases uniquement, long et coûteux.

4° A partir de la 6^{ème} séance et à chaque séance ayant suivi : travail discursif par la mise en récit → lien fait entre toutes les phrases constituées (gestion des anaphores, concordance des temps, connecteurs discursifs, progression globale cohérente). Des étiquettes comportant ces nouveaux éléments linguistiques ont alors été proposées (avec distracteurs).

5° Chaque phrase nouvellement constituée est relue (solicitation de l'accès au lexique phonologique par la voie de la lecture).

➤ **EC. Démarche descendante : du discours au mot**

1° Questions (Annexe) posées au patient : réponses relevées de manière brute (telles que prononcées par EC) sur le Word en partage d'écran. Quand un seul mot ou une réponse laconique est formulée, il est demandé au patient de reformuler par une phrase, en reprenant les mots de la question.

2° Les phrases sont ensuite reprises et corrigées (grammaticalité des phrases, respect des structures verbales, structures de phrases parfois imposées pour manipuler les éléments syntaxiques), pour finalement être liées entre elles : ce qui amorce le travail sur le niveau supérieur qu'est le discours, par la mise en récit (gestion des anaphores, connecteurs, ...).

3° Le niveau lexical était travaillé parallèlement :

- en cas d'anomie ou de périphrases, via des étayages classiques de type phonologique (« Vous alliez à l'é...(cole) »), sémantique (« Comment on peut dire autrement « mon grand-père du côté de ma mère » ? Quand on parle du lait que les mères donnent à leur bébé, on parle de lait...(maternel) : donc on va dire « mon grand-père... (maternel) »), ou morphologique (« si je suis boulanger je travaille dans une boulangerie, donc si votre père était ébéniste il travaillait dans une...(ébénisterie). ») ;

- lors de recherches de synonymes pour éviter la redondance des termes (noms, verbes, adjectifs, etc.).

4° Chaque phrase nouvellement constituée est relue (appréciation par le patient de la cohérence et de la cohésion de cette nouvelle phrase par rapport aux phrases précédentes du texte autobiographique).

En fin de séance & après la séance :

➤ OL : le patient relisait l'ensemble des nouvelles phrases constituées. Puis, le récit autobiographique nouvellement enrichi était envoyé par mail au patient, qui avait souhaité le copier sur un cahier.

➤ EC : le patient relisait l'intégralité des phrases constituées. Ensuite, le récit autobiographique nouvellement enrichi était envoyé par mail au patient, qui avait pour habitude de l'imprimer et de le faire lire à son épouse et parfois à ses enfants.

Tableau 7 : Structuration & adaptations du protocole pour chacun des patients

6. Changements de procédures

6.1 De la composante épisodique à la composante sémantique de la mémoire autobiographique

Initialement, le protocole devait recourir aux photographies personnelles des patients. Le récit autobiographique devait se construire à partir de ces supports, et il devait s'orienter vers des éléments davantage épisodiques. Mais plusieurs problèmes sont apparus, dès la première séance avec le patient OL : les photos n'évoquaient pas toujours de souvenir particulier, le cadre spatio-temporel était flou, le déroulé de l'événement représenté était dégradé en mémoire, il était compliqué pour l'entourage de savoir quelles photographies donneraient lieu à des souvenirs précis ; cela entravait le travail.

Dans la littérature, il est établi que les souvenirs des personnes âgées se sémantisent et perdent en épisodicité (Conway *et al.*, 2000). Le protocole a donc été remanié, intuitivement et dès cette toute première séance : la composante épisodique (expérientielle) de la mémoire autobiographique a été relayée au second plan, au profit de la composante sémantique (narrative). Ce travail allait donc, dès lors, consister en un récit chronologique de faits sémantisés (« *Je suis né en... Mes parents exerçaient le métier de...* »), donc plus présents en mémoire, plus accessibles et plus verbalisables.

6.2 De la prise en soin à domicile, au télé-soin

Le bilan initial, la première phase d'intervention (ligne de base, phase A), et quelques séances de la phase d'intervention spécifique (RA, phase B) se sont effectués au domicile des patients. Néanmoins, le confinement du 29 octobre 2020 a entraîné une bascule en télé-soin pour la suite de l'intervention et pour le bilan final. Un biais de changement de modalité pourrait être incriminé. Le travail mené lors de l'intervention de RA a été adapté mais non pas remanié ; le contenu des interventions est resté le même. Le bilan final a dû être adapté : passation en partage d'écran, non prise en compte des temps aux épreuves de la BETL, recours à la version numérique de la BEPS. La passation du CUDP et du QLPC n'a pas été impactée. Le follow-up a pu être réalisé au domicile.

6.3 Construction des scores a posteriori

Ce point déjà mentionné doit être rappelé comme changement de procédure : les mesures répétées ont été choisies antérieurement à l'intervention, mais les scores par lesquels elles prennent effet n'ont été établis qu'après une première étude des corpus, en raison du caractère exploratoire de cette étude.

7. Précisions méthodologiques

7.1 Fidélité procédurale

La fidélité procédurale n'a pu être évaluée par une tierce personne ; néanmoins, différents critères de fidélité procédurale ont été établis afin de guider de façon aussi contrôlée que possible les différentes interventions menées au cours de cette recherche.

7.1.1 Mesures répétées principales

Discours descriptif	<ul style="list-style-type: none"> - Poser la même question : « Essayez de décrire ce que vous voyez. » - Une seule relance : « Que pouvez-vous dire d'autre ? »
Discours autobiographique	<ul style="list-style-type: none"> - Question posée en lien avec le thème - Une seule relance : « Que pouvez-vous dire d'autre ? »
Discours argumentatif	<ul style="list-style-type: none"> - Question posée en lien avec le thème - Question « Pourquoi ? » posée en cas de réponse laconique.

Tableau 8 : Eléments de fidélité procédurale lors des mesures répétées principales

7.1.2 Mesures répétées secondaires

Communication avec l'aidant	<ul style="list-style-type: none"> - Poser la même question - Présenter l'échelle visuelle analogique lors de la première mesure, et si besoin est lors des mesures suivantes
Participation	<ul style="list-style-type: none"> - Idem
Sentiment de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Poser la même question - Présenter l'échelle visuelle analogique à chaque mesure

Tableau 9 : Eléments de fidélité procédurale lors des mesures répétées secondaires

7.1.3 Tests initiaux et finaux

BETL	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas donner de feedback correctif - Soutenir l'effort de recherche du patient sur des épreuves très difficiles par des encouragements verbaux concernant la collaboration du patient
BEPS	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas donner de feedback correctif - Limiter raisonnablement le temps de recherche après écoulement du délai de réponse autorisé - Soutenir l'effort de recherche du patient sur des épreuves très difficiles par des encouragements verbaux concernant la collaboration du patient
CUDP	<ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les thèmes d'échange initialement prévus ; recourir aux thèmes de secours si le patient ne parvient pas à s'exprimer sur l'un d'eux - Soutenir l'expression orale du patient par des manifestations para-verbales (« Mm... ») et non-verbales (hochement de tête, soutien visuel)
QLPC	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter l'échelle visuelle analogique de 0 à 10 au patient - Inciter à la production de réponses chiffrées - Confier cette échelle à l'aidante (pour la version entourage)

Tableau 10 : Eléments de fidélité procédurale lors des tests initiaux et finaux

7.1.4 Intervention en ligne de base

Au moins 30 minutes de séance devaient être menées autour de supports d'activités non verbales.

7.1.5 Intervention spécifique

Patient EC	Patient OL
En début de séance : relire les dernières phrases du récit (lecture en alternance avec le thérapeute).	En début de séance : reposer deux à trois questions semi-fermées traitées lors des séances précédentes afin de solliciter l'accès au mot.
Recours possible aux étayages phonologiques, sémantiques et morphologiques pour favoriser l'accès au mot.	Le patient peut aller chercher dans son texte autobiographique des mots fréquents qu'il souhaiterait exprimer.
En cours de séance : relecture de chaque phrase nouvellement constituée.	En cours de séance : relecture de chaque phrase nouvellement constituée.
En fin de chaque séance : relecture des phrases constituées.	En fin de chaque séance : relecture des phrases constituées.
Envoi par mail du récit nouvellement enrichi.	Envoi par mail du récit nouvellement enrichi.

Tableau 11 : *Eléments de fidélité procédurale lors de l'intervention spécifique*

7.2 Fidélité inter-juges

Il n'y a pas eu de cotation effectuée par un juge externe. Il n'est donc pas possible d'assurer la reproductibilité de l'évaluation des mesures répétées principales notamment. A noter qu'il a été veillé à randomiser la cotation des corpus dans une recherche d'objectivité.

8. Analyses

Tous les résultats, issus des mesures répétées comme des tests initiaux et finaux, ont été illustrés à partir de graphiques réalisés sur Excel. Les graphiques laissent apparaître les données brutes, et constituent les aides visuelles élémentaires. Des calculs de moyenne et de médiane effectués à partir d'Excel apparaissent sur les graphiques.

8.1 Analyses visuelles

Les résultats concernant uniquement les mesures répétées ont été complétés par des analyses visuelles issues du site de Rumen Manolov (Manolov, 2014 ; <https://manolov.shinyapps.io/Overlap/>).

Percent of data points Exceeding the Median (PEM) : Le PEM est un calcul de chevauchement. Par définition, moins les points de la ligne de base et de la phase spécifique se chevauchent, plus probable est l'effet de l'intervention. Le PEM se base sur la médiane de la ligne de base, et calcule le pourcentage de points de la phase spécifique qui se situent strictement en-dessous (ou au-dessus, selon le critère sélectionné) de la médiane de la ligne de base. Plus le pourcentage se rapproche de 100, plus l'effet semble significatif.

Two Standard-Deviation Bands (2SD Bands) : Le 2SD Bands est un calcul de variabilité. A partir des valeurs de la ligne de base, une enveloppe de +2 écarts-types et -2 écarts-types est calculée et projetée sur les points de la phase spécifique. L'effet d'une intervention est probable lorsqu'au moins 2 points consécutifs de la phase spécifique sortent de l'enveloppe de déviation-standard, soit strictement au-dessus, soit strictement en-dessous, selon ce que l'on cherche à prouver. Ce calcul n'est pas pertinent en présence d'une tendance en ligne de base.

Dual Criterion (d'après Fisher, 2003 ; repris Manolov, 2014) : Le Dual Criterion est un calcul de niveau et de tendance. À partir des valeurs de la ligne de base, une ligne de tendance et une ligne de niveau (moyenne) sont calculées et projetées sur la phase spécifique. L'effet d'une intervention est probable si les points de la phase spécifique sont strictement au-dessus (ou en-dessous, selon ce que l'on veut prouver) des lignes de moyenne et de tendance. Ce calcul est pertinent en cas de tendance en ligne de base.

8.2 Analyses statistiques

Les résultats concernant uniquement les mesures répétées ont été complétés par des analyses statistiques issues des sites de Rumen Manolov et de Kevin Tarlow (Tarlow, K. R., 2016 ; <http://ktarlow.com/stats/tau/>).

Non-Overlap of All Pairs (NAP) (Manolov, 2014) : Le NAP est une analyse statistique basée sur le taux de chevauchement entre les points de la ligne de base et les points de la phase d'intervention spécifique. Plus le NAP est proche de 1, moins les points se chevauchent, plus l'effet de l'intervention est probable. Le NAP est pertinent s'il n'y a pas de tendance en ligne de base.

$$\begin{aligned} NAP < 0,66 & : \text{effet nul} \\ 0,66 < NAP < 0,92 & : \text{effet medium} \\ NAP > 0,92 & : \text{effet large} \end{aligned}$$

Baseline Corrected Tau (Tarlow, 2016) : Le Baseline Corrected Tau est une analyse statistique basée sur le taux de chevauchement entre les points de la ligne de base et les points de la phase spécifique. Sa spécificité est de prendre en compte la tendance en ligne de base.

Baseline Corrected Tau proche de -1 : scores de la phase B inférieurs à ceux de la phase A.

Baseline Corrected Tau proche de 0 : effet nul.

Baseline Corrected Tau proche de +1 : scores de la phase B supérieurs à ceux de la phase A.

Il s'accompagne du calcul d'un p , qui doit être inférieur à 0,05 pour que le calcul statistique soit significatif. Il s'accompagne aussi d'un calcul d'erreur standard (SE_{Tau}), valant comme intervalle de confiance : la valeur du SE_{Tau} doit être ajoutée et retranchée à la valeur du Baseline Corrected Tau ; si la valeur 0 est incluse dans l'ajout ou le retranchement, il n'y a pas d'effet de l'intervention.

8.3 Choix d'applications statistiques propres à cette étude

Le Baseline Corrected Tau sera systématiquement appliqué en cas de tendance en baseline, en dehors d'un graphique où cette application est d'emblée inadaptée (HG4.1, OL, discours descriptif).

L'analyse statistique primera sur l'analyse visuelle.

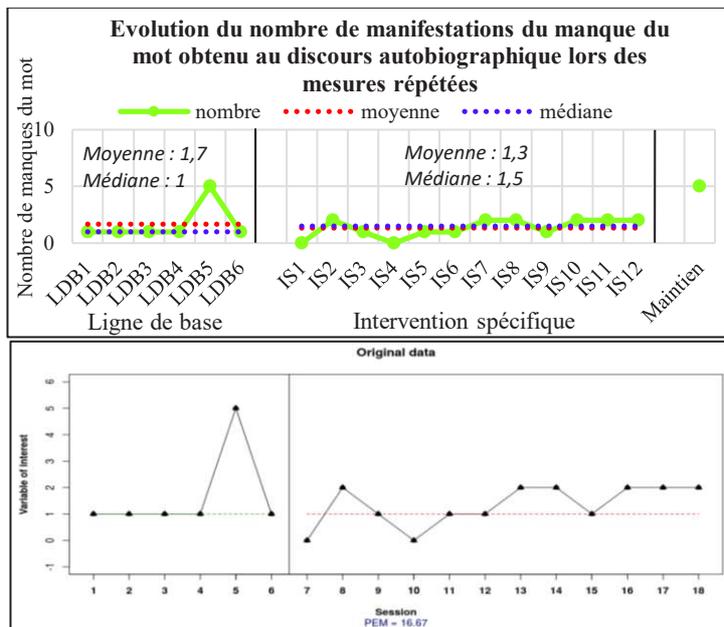
RESULTATS

1. Hypothèse générale HG1 : Le travail de RA améliore les compétences lexicales.

Hypothèse opérationnelle HG1.1 : Le nombre de manifestations du manque du mot* obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.

*Suspension de la phrase, recherche lexicale, manifestation d'agacement, persévération, mot vide, périphrase.

Patient EC



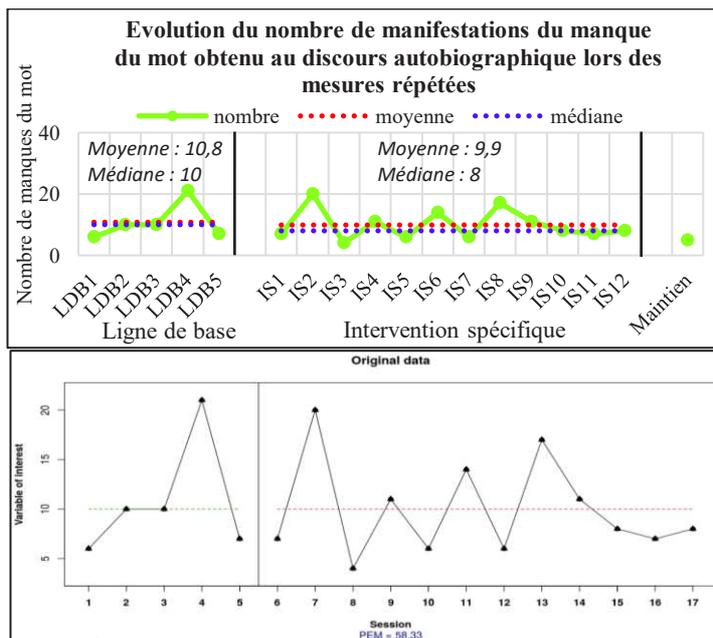
Aide visuelle Excel : La ligne de base est stable mais présente un point atypique (LDB5). La phase d'intervention spécifique est légèrement variable avec une tendance à la dégradation par une hausse de la médiane. Le point de maintien signe un score atypique.

Analyse visuelle PEM : Seulement 16,67% des points de la phase d'intervention se situent en-dessous de la médiane, ce qui ne traduit pas de bénéfice de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,44 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse d'une réduction des manifestations du manque du mot au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable, tout comme l'intervention spécifique. Les indicateurs de niveau diminuent légèrement lors de la phase spécifique. Le point de maintien se situe dans la moyenne haute.

Analyse visuelle PEM : 58,33% des points de la phase d'intervention se situent en-dessous de la médiane, ce qui traduirait un effet léger de l'intervention.

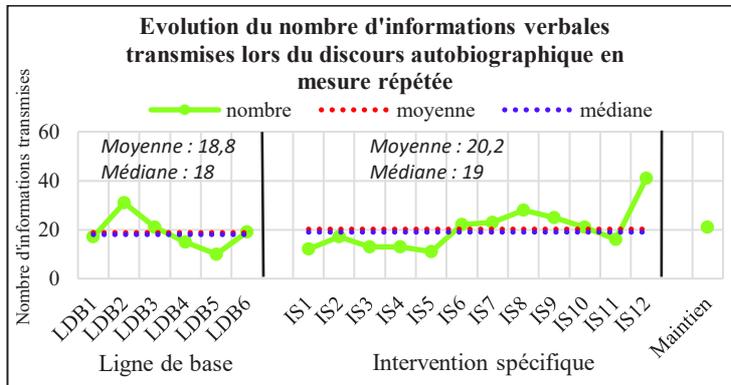
Analyse statistique : Le NAP est de 0,53 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse d'une réduction des manifestations du manque du mot au discours autobiographique.

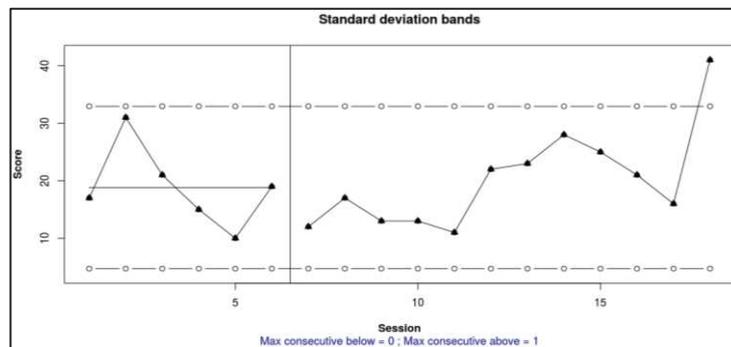
Hypothèse opérationnelle HG1.2 : Le nombre d'informations verbales transmises* au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.

*Termes chargés sémantiquement et prenant sens dans le contexte d'énonciation. Exemple : photo d'un enfant jouant dans un jardin : « petit », « dehors » = 2 informations verbales.

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable sans tendance apparente. La phase d'intervention spécifique est variable avec une tendance à l'augmentation par une hausse du niveau (moyenne et médiane). Le point de maintien se situe dans la moyenne.

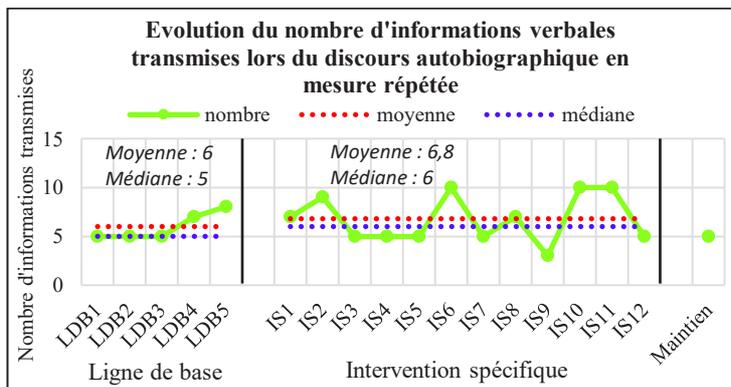


Analyse visuelle 2SD Bands : Seulement un point se situe au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui ne traduit pas d'amélioration de l'informativité verbale.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,54 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de l'informativité verbale au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base présente une tendance à l'augmentation. La phase d'intervention spécifique est variable avec une tendance à l'augmentation par une légère hausse du niveau (moyenne et médiane). Le point de maintien reste dans la moyenne basse.

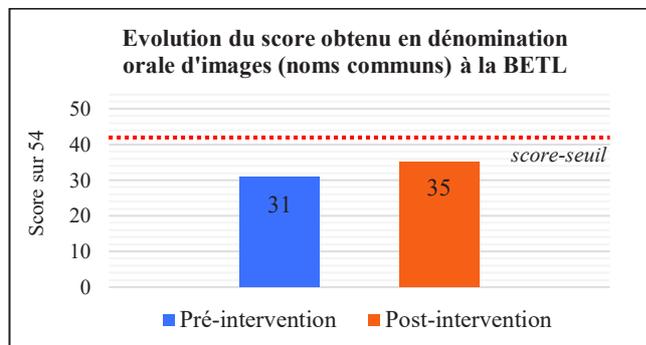
Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui est en faveur d'une augmentation de l'informativité verbale.

Analyse statistique : *Baseline Corrected Tau* = -0.642, $p = 0.003$ ($SE_{Tau} = 0.263$) : le retrait de la tendance annule le bénéfice apparent de l'intervention sur l'informativité verbale.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de l'informativité verbale au discours autobiographique.

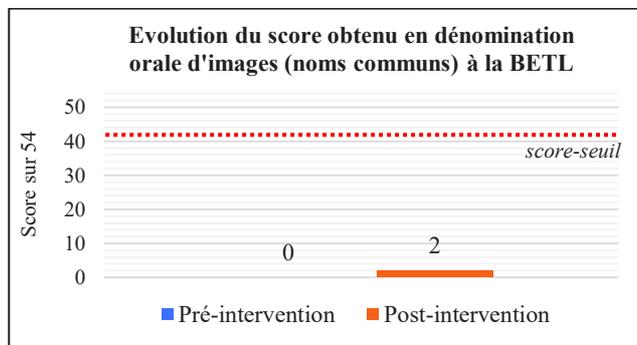
Hypothèse opérationnelle HG1.3 : Le score de dénomination orale d'images (représentant des noms communs) obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.

Patient EC



Le score du patient EC est légèrement supérieur en post-intervention, **ce qui traduirait un effet positif de l'intervention** sur l'accès au mot (de type nom commun) sur une entrée imagée.

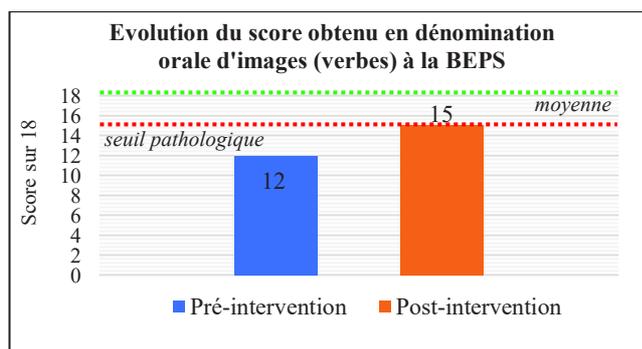
Patient OL



Le score du patient OL est légèrement supérieur en post-intervention, **ce qui traduirait un effet positif de l'intervention** sur l'accès au mot (de type nom commun) sur une entrée imagée.

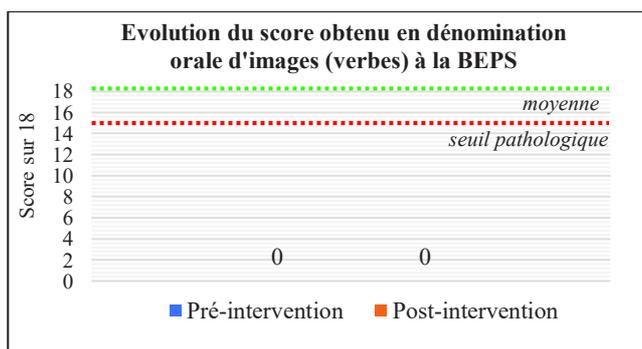
Hypothèse opérationnelle HG1.4 : Le score de dénomination orale d'images (représentant des verbes) obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

Patient EC



Le score du patient EC est légèrement supérieur en post-intervention, **ce qui traduirait un effet positif de l'intervention** sur l'accès au mot (de type verbe) sur une entrée imagée.

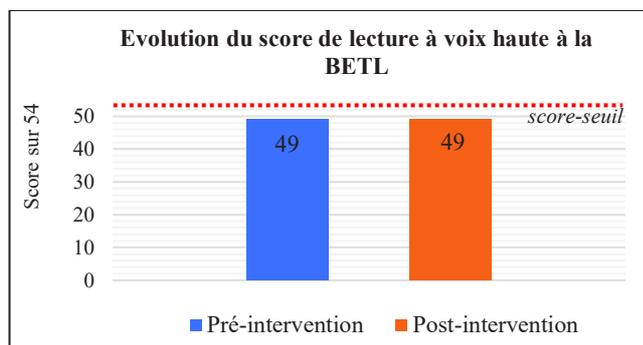
Patient OL



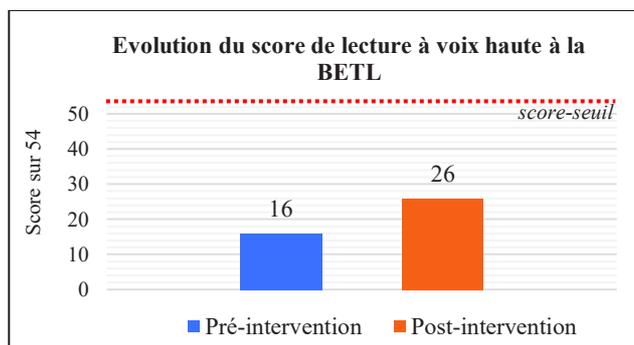
Les scores du patient OL sont restés nuls, **ce qui traduit une absence d'effet de l'intervention** sur l'accès au mot (de type verbe) sur une entrée imagée.

Hypothèse opérationnelle HG1.5 : Le score de lecture à voix haute obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.

Patient EC



Patient OL



Les scores du patient EC restent inchangés, ce qui traduit une absence d'effet de l'intervention sur l'accès au mot sur une entrée orthographique.

Le score du patient OL s'améliore significativement en post-intervention, ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention sur l'accès au mot sur une entrée orthographique.

Tableau 12 : Résumé de la validation de HG1 pour chacun des patients

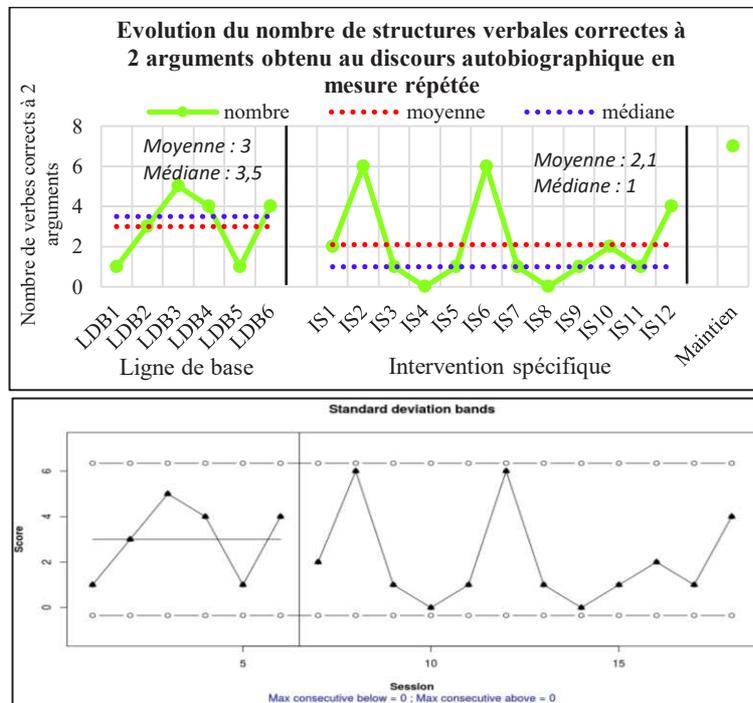
HG1	Le travail de RA améliore les compétences lexicales.	Patient EC	Patient OL
HG1.1	Le nombre de manifestations du manque du mot obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HG1.2	Le nombre d'informations verbales transmises au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HG1.3	Le score de dénomination orale d'images (noms communs) obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.	Validé	Validé
HG1.4	Le score de dénomination orale d'images (verbes) obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.	Validé	Non validé
HG1.5	Le score de lecture à voix haute obtenu à la BETL s'améliore en post-intervention.	Non validé	Validé

2. Hypothèse générale HG2 : Le travail de RA améliore les compétences syntaxiques.

Hypothèse opérationnelle HG2.1 : Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments* obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

*Exemples de verbes à 2 arguments : faire (quelqu'un (1) fait quelque chose (2)) ; penser (quelqu'un (1) pense à quelque chose (2)).

Patient EC



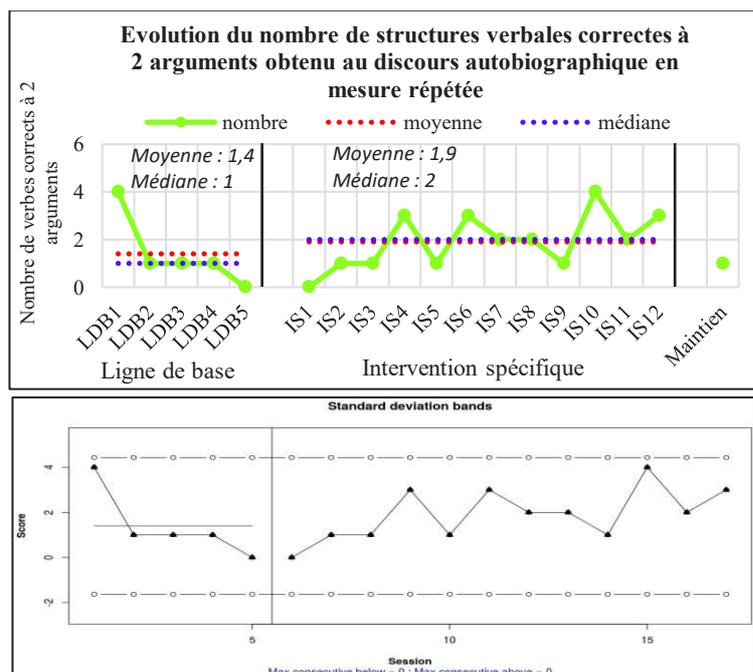
Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable, ainsi que la phase d'intervention spécifique. La phase spécifique présente une baisse globale du niveau. Le point de maintien est élevé de façon atypique.

Analyse visuelle 2SD Bands : Aucun point n'est situé au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui traduit l'absence d'effet de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,35 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une augmentation des verbes à 2 arguments au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base présente une tendance décroissante. L'intervention spécifique présente une tendance croissante traduite par la hausse du niveau. Le point de maintien se situe dans la moyenne basse.

Analyse visuelle 2SD Bands : Aucun point n'est situé au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui traduirait une absence d'effet de l'intervention.

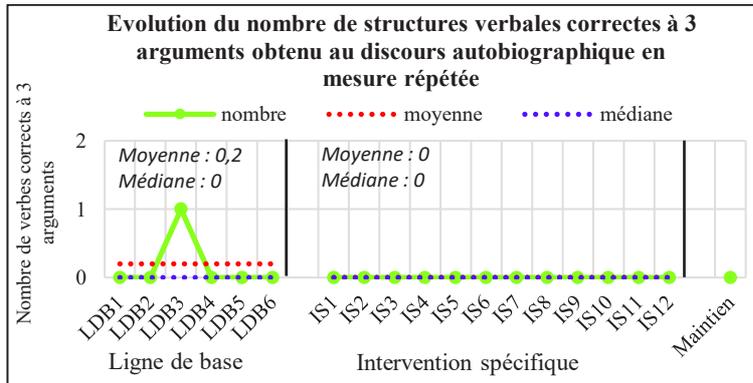
Analyse statistique : *Baseline Corrected Tau* = 0,642, $p = 0,003$ ($SE_{Tau} = 0,263$) : le retrait de tendance permet de conclure à un effet positif de l'intervention.

Les résultats vont dans le sens d'une augmentation des verbes à 2 arguments au discours autobiographique.

Hypothèse opérationnelle HG2.2 : Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments* obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention.

*Exemples de verbes à 3 arguments : dire (quelqu'un (1) dit quelque chose (2) à quelqu'un (3)) ; hériter (quelqu'un (1) hérite quelque chose (2) de quelqu'un (3)).

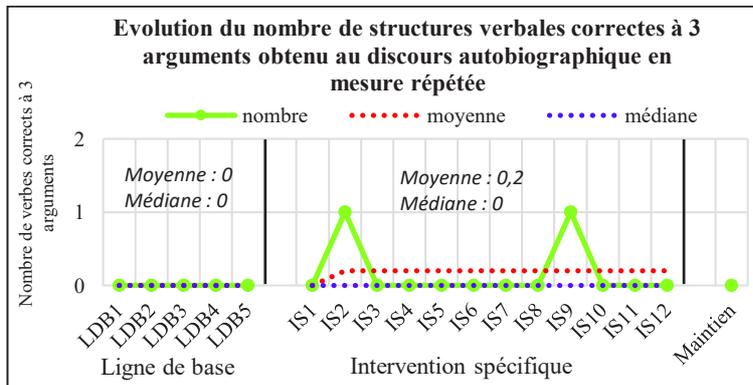
Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate et nulle en dehors d'un point atypique (LDB3). L'intervention spécifique est plate et nulle. Le point de maintien est nul. L'effet de l'intervention est nul.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une augmentation des verbes à 3 arguments au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate et nulle. L'intervention spécifique est plate et nulle en dehors de deux points atypiques non consécutifs (IS2 et IS9). Le point de maintien est nul.

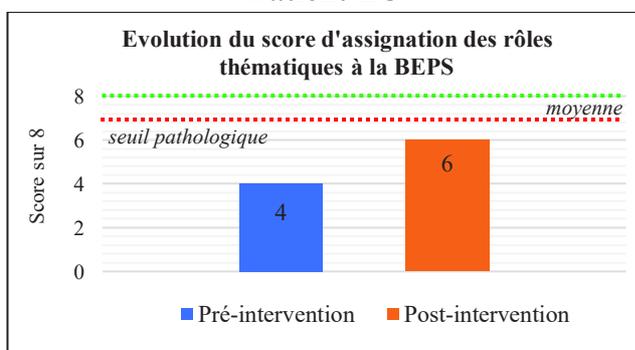
Analyse statistique : Le NAP est de 0,58 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une augmentation des verbes à 3 arguments au discours autobiographique.

Hypothèse opérationnelle HG2.3 : Le score d'assignation des rôles thématiques* obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

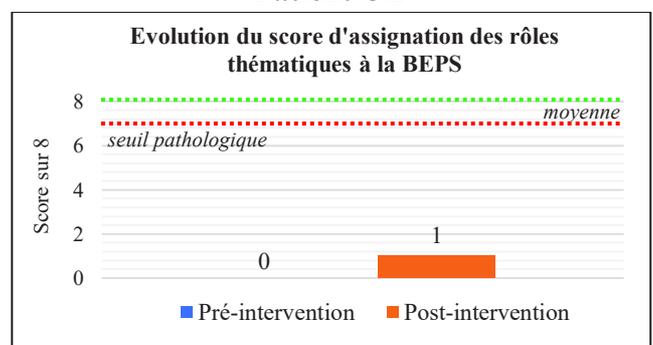
*Une image (la fille choisit une carte) et trois mots écrits donnés (choisir, fille, carte) : phrase à faire en commençant par l'élément désigné par une flèche (la carte est choisie par la fille).

Patient EC



Le score du patient EC s'améliore en post-intervention, ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention sur l'assignation des rôles thématiques.

Patient OL

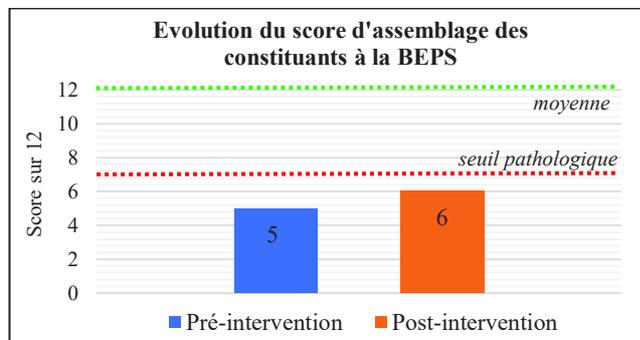


Le score du patient OL s'améliore en post-intervention, ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention sur l'assignation des rôles thématiques.

Hypothèse opérationnelle HG2.4 : Le score d'assemblage des constituants* obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

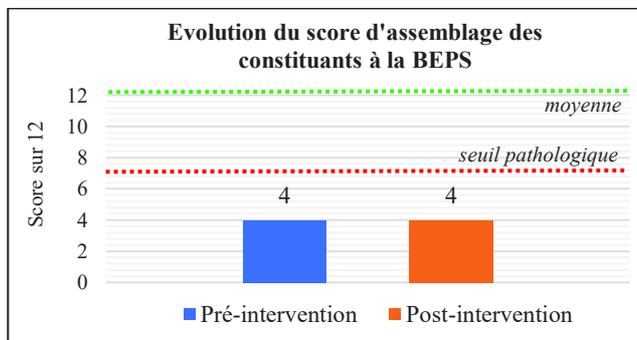
*Etiquettes de mots à remettre dans l'ordre pour constituer une phrase en accord avec une image présentée au patient : le – il – poursuit.

Patient EC



Le score du patient EC s'améliore en post-intervention, ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention sur l'assemblage des constituants.

Patient OL

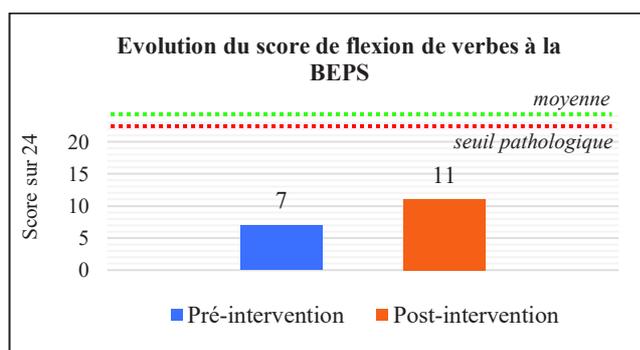


Les scores du patient OL restent inchangés, ce qui traduit une absence d'effet de l'intervention sur l'assemblage des constituants.

Hypothèse opérationnelle HG2.5 : Le score de flexion de verbes* obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.

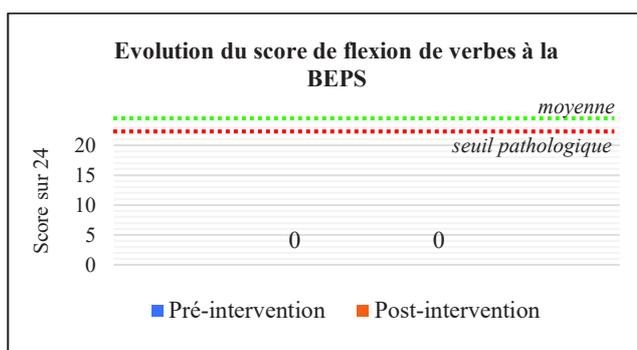
*Exemple : Demain, elle ... toute la nuit. Le verbe à conjuguer est « danser ».

Patient EC



Le score du patient EC s'améliore en post-intervention, ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention sur la flexion de verbes.

Patient OL



Les scores du patient OL sont restés nuls, ce qui traduit une absence d'effet de l'intervention sur la flexion de verbes.

Tableau 13 : Résumé de la validation de HG2 pour chacun des patients

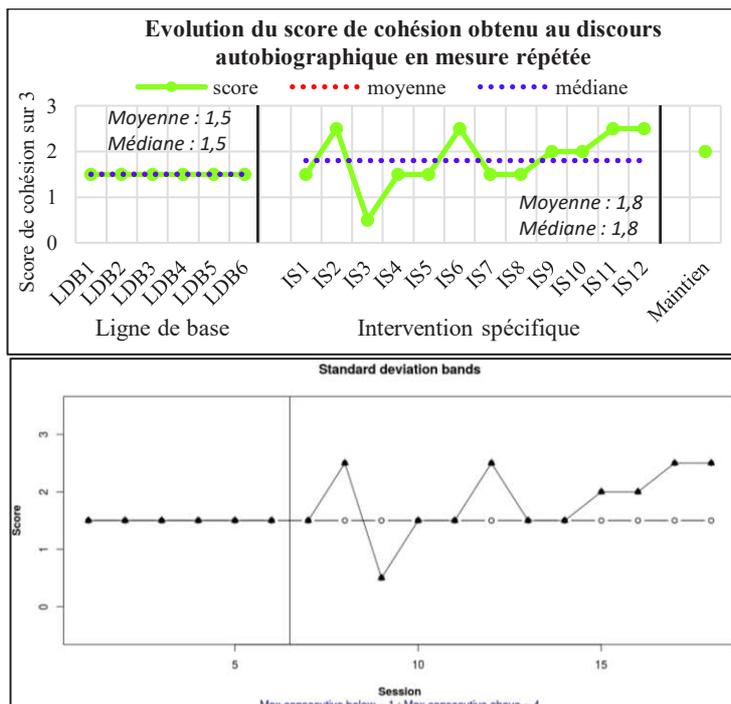
HG2	Le travail de RA améliore les compétences syntaxiques	Patient EC	Patient OL
HG2.1	Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Validé
HG2.2	Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HG2.3	Le score d'assignation des rôles thématiques obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.	Validé	Validé
HG2.4	Le score d'assemblage des constituants obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.	Validé	Non validé
HG2.5	Le score de flexion de verbes obtenu à la BEPS s'améliore en post-intervention.	Validé	Non validé

3. Hypothèse générale HG3 : Le travail de RA améliore les compétences discursives.

Hypothèse opérationnelle HG3.1 : Le score de cohésion* obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.

*Score établi sur une cotation de la concordance des temps verbaux, la gestion des anaphores et la présence significative de connecteurs discursifs.

Patient EC



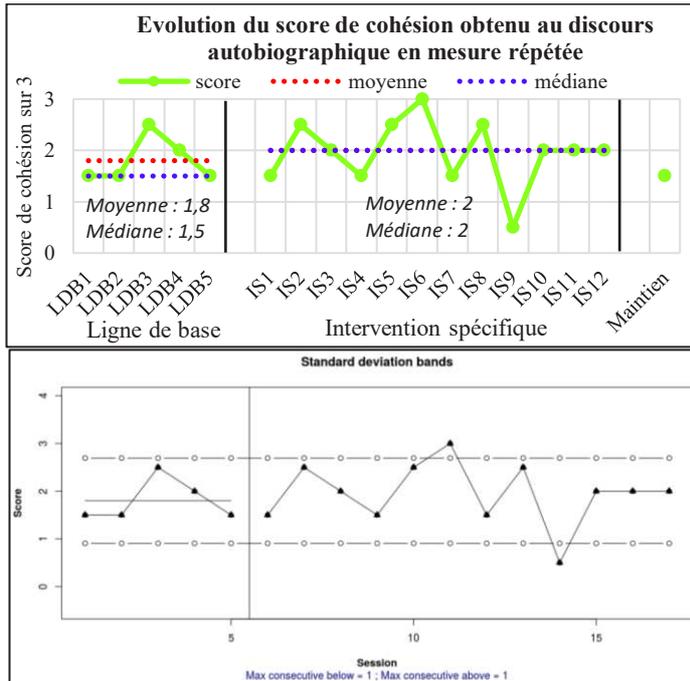
Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate. La phase spécifique est variable avec une tendance à l'augmentation, entraînant une légère hausse du niveau. Le point de maintien est dans la moyenne haute.

Analyse visuelle 2SD Bands : Quatre points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui signerait un bénéfice de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,71 et signe un effet modéré de l'intervention.

Les résultats vont dans le sens d'une amélioration de la cohésion au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase spécifique est variable avec une légère hausse du niveau. Le point de maintien se situe dans la moyenne basse.

Analyse visuelle 2SD Bands : Seulement un point est situé au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui n'est pas en faveur d'un bénéfice de l'intervention.

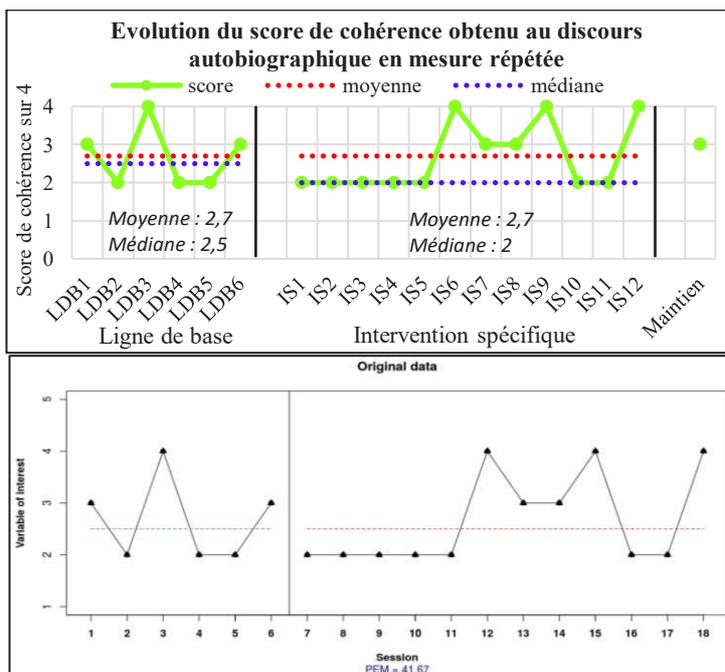
Analyse statistique : Le NAP est de 0,62 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la cohésion au discours autobiographique.

Hypothèse opérationnelle HG3.2 : Le score de cohérence* obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.

*Score établi sur le niveau de développement discursif : présence d'éléments d'introduction, de développement, de conclusion & richesse globale de la progression discursive.

Patient EC



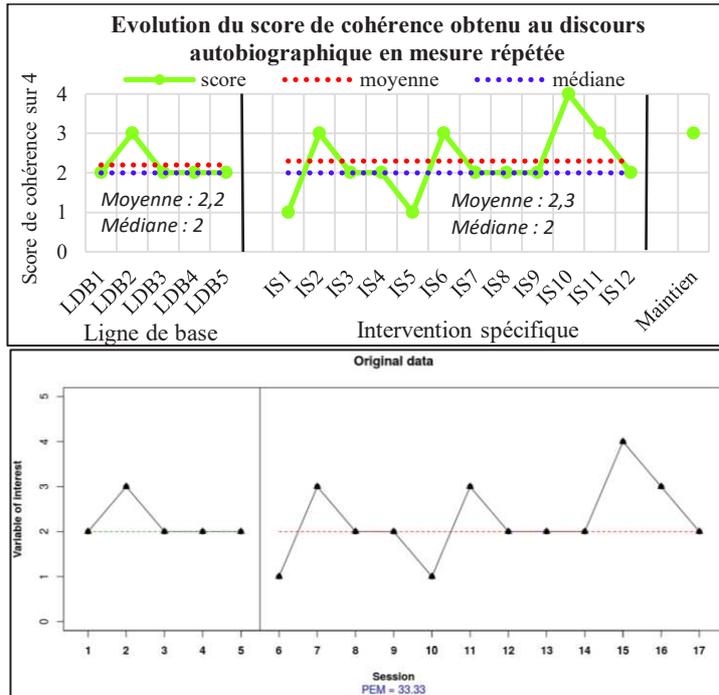
Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase spécifique est d'abord linéaire puis variable, avec une légère baisse de la médiane. Le point de maintien se situe dans la moyenne haute.

Analyse visuelle PEM : Seulement 41,67% des points de la phase d'intervention se situent au-dessus de la médiane, ce qui ne traduit pas de bénéfice de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,49 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la cohérence au discours autobiographique.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate en dehors d'un point atypique (LDB2). La phase spécifique est variable avec une infime hausse de la moyenne. Le point de maintien se situe dans la moyenne haute.

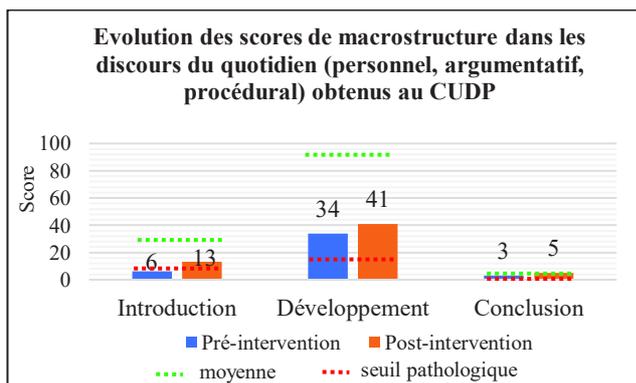
Analyse visuelle PEM : Seulement 33,33% des points de la phase d'intervention se situent au-dessus de la médiane, ce qui ne traduit pas de bénéfice de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,51 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la cohérence au discours autobiographique.

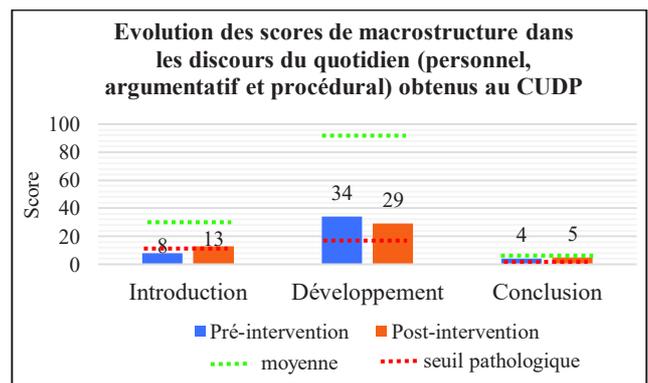
Hypothèse opérationnelle HG3.3 : Les scores de macrostructure des discours personnel, argumentatif et procédural obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.

Patient EC



Les scores du patient EC s'améliorent en post-intervention sur l'ensemble de la macrostructure des discours du quotidien, **ce qui traduirait un bénéfice de l'intervention** sur la macrostructure du discours.

Patient OL

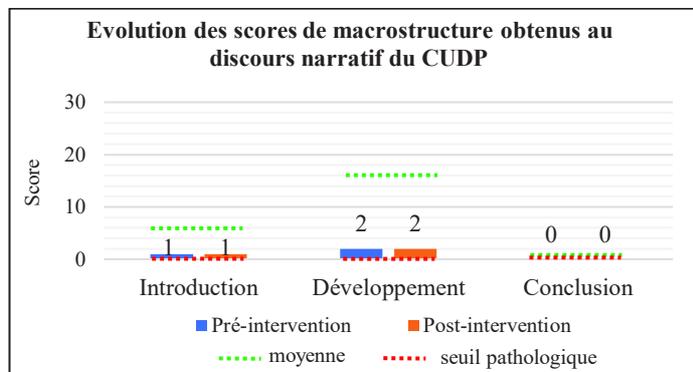


Les scores du patient OL s'améliorent en post-intervention sur les structures introductives et conclusives des discours du quotidien, mais pas sur le développement, **ce qui ne va pas dans le sens d'un bénéfice de l'intervention** sur la macrostructure du discours.

Hypothèse opérationnelle HG3.4 : Les scores de macrostructure du discours narratif obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.

Patient EC

Patient OL



La production du discours narratif s'est avérée impossible en bilan initial comme en bilan final.

Les scores du patient EC restent inchangés sur l'ensemble de la macrostructure du discours narratif, **ce qui traduit l'absence d'effet de l'intervention** sur la macrostructure du discours narratif.

Tableau 14 : Résumé de la validation de HG3 pour chacun des patients

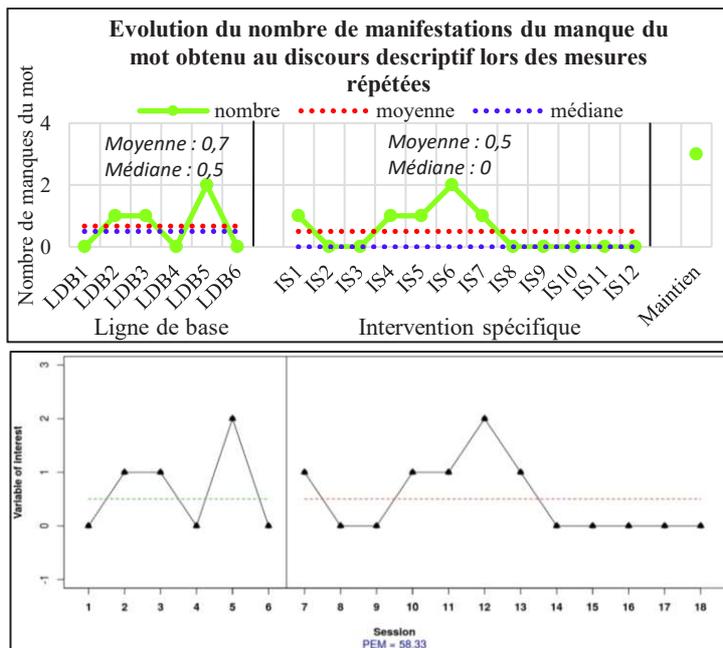
HG3	Le travail de RA améliore les compétences discursives	Patient EC	Patient OL
HG3.1	Le score de cohésion obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.	Validé	Non validé
HG3.2	Le score de cohérence obtenu au discours autobiographique lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HG3.3	Les scores de macrostructure des discours personnel, argumentatif et procédural obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.	Validé	Non validé
HG3.4	Les scores de macrostructure du discours narratif obtenus au CUDP s'améliorent en post-intervention.	Non validé	Non validé

4. Hypothèse générale HG4 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités lexicales à d'autres types de discours.

Hypothèse opérationnelle HG4.1 : Le nombre de manifestations du manque du mot* obtenu aux discours descriptif et argumentatif lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.

*Suspension de la phrase, recherche lexicale, manifestation d'agacement, persévération, mot vide, périphrase.

Patient EC

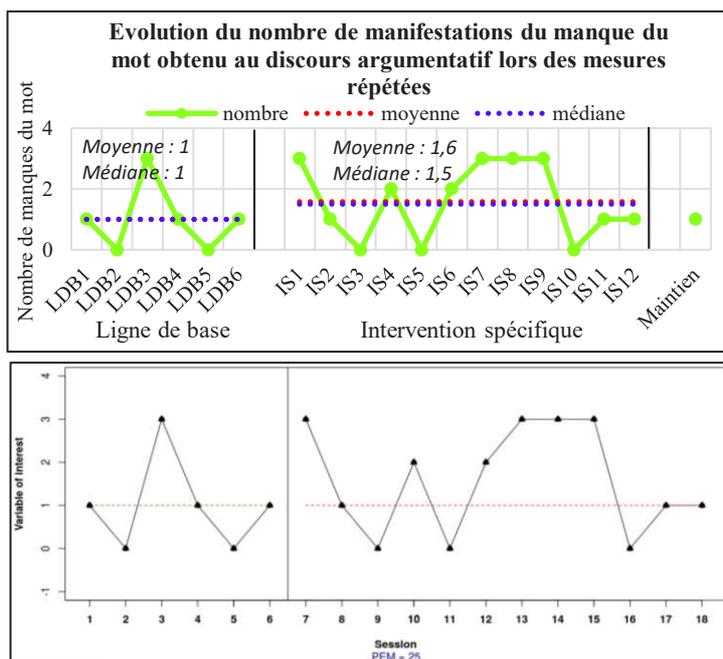


Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable et ne présente pas de tendance. La phase d'intervention spécifique reste variable mais montre une tendance à l'amélioration par un maintien des points sous la moyenne en fin d'intervention. Le point de maintien, atypique, signe une dégradation.

Analyse visuelle PEM : 58,33% des points de la phase d'intervention se situent en-dessous de la médiane, ce qui traduirait un effet léger de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,56 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse d'une réduction des manifestations du manque du mot au discours descriptif.



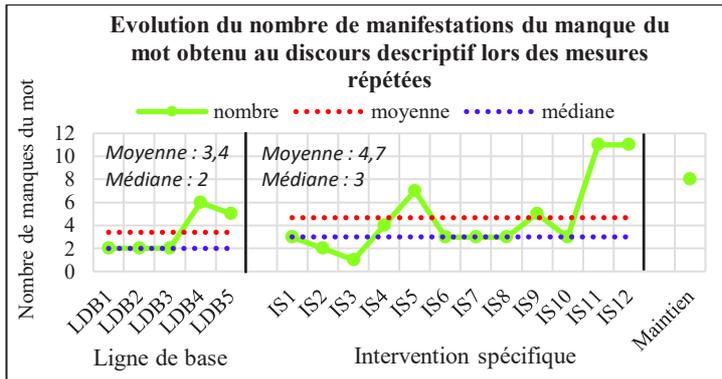
Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase d'intervention spécifique est variable mais montre une tendance à la dégradation avec une hausse de niveau (moyenne et médiane). Le point de maintien est dans la moyenne haute.

Analyse visuelle PEM : Seulement 25% des points de la phase d'intervention se situent en-dessous de la médiane, ce qui ne traduit pas de bénéfice de l'intervention.

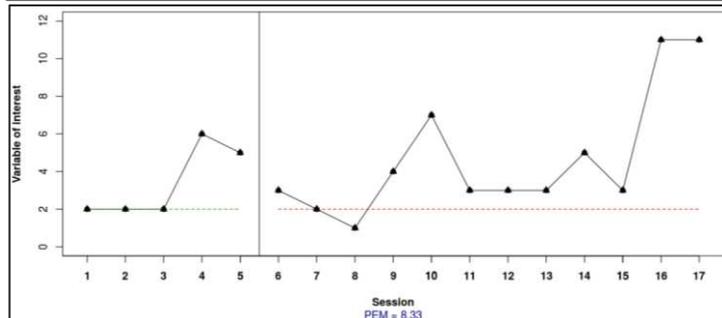
Analyse statistique : Le NAP est de 0,37 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse d'une réduction des manifestations du manque du mot au discours argumentatif.

Patient OL



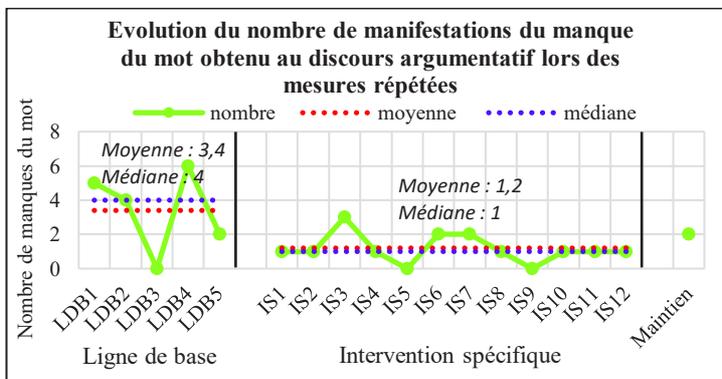
Aide visuelle Excel : La ligne de base présente une tendance à l'augmentation, donc à la détérioration des scores. L'intervention spécifique est variable mais présente une tendance à l'augmentation, avec deux derniers points très élevés (IS11 et IS12), ce qui signe une détérioration des scores. Le point de maintien se situe dans la moyenne faible voire pathologique.



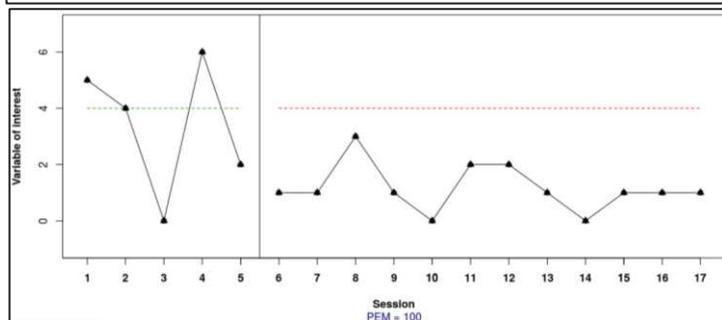
Analyse visuelle PEM : Seulement 8,33% des points de la phase d'intervention se situent en-dessous de la médiane, ce qui ne traduit pas de bénéfice de l'intervention.

Analyse statistique : Malgré la tendance en ligne de base, le Baseline Corrected Tau n'est pas appliqué ici car son utilisation serait cliniquement incorrecte. Le NAP est de 0,37 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse d'une réduction des manifestations du manque du mot au discours descriptif.



Aide visuelle Excel : La ligne de base présente des variations. L'intervention spécifique montre une diminution et une stabilisation des scores. Le point de maintien se situe dans la moyenne faible.



Analyse visuelle PEM : 100% des points de la phase d'intervention sont situés strictement en-dessous de la médiane, ce qui est en faveur d'un bénéfice de l'intervention.

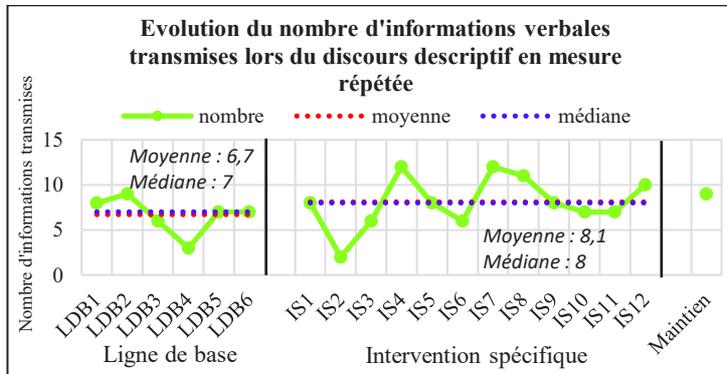
Analyse statistique : Le NAP est de 0,78 et signe un effet modéré de l'intervention.

Les résultats obtenus vont dans le sens d'une généralisation de la réduction des manifestations du manque du mot au discours argumentatif.

Hypothèse opérationnelle HG4.2 : Le nombre d'informations verbales transmises* lors du discours descriptif en mesure répétée augmente au cours de l'intervention spécifique.

*Termes chargés sémantiquement et prenant sens dans le contexte d'énonciation. Exemple : photo d'un enfant jouant dans un jardin : « petit », « dehors » = 2 informations verbales.

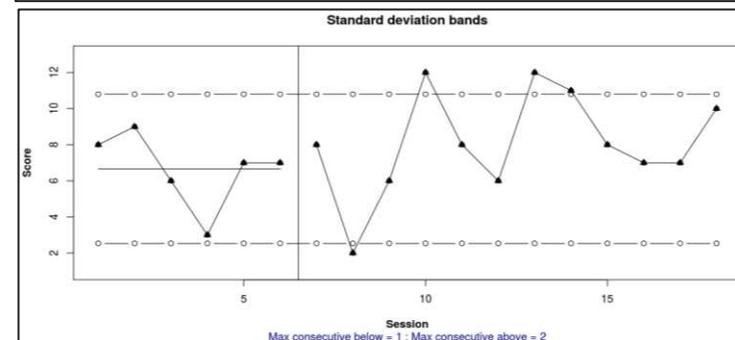
Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base présente des variations sans tendance apparente. La phase d'intervention spécifique est variable mais montre une tendance à l'augmentation par une hausse du niveau (moyenne et médiane). Le point de maintien reste dans la moyenne haute.

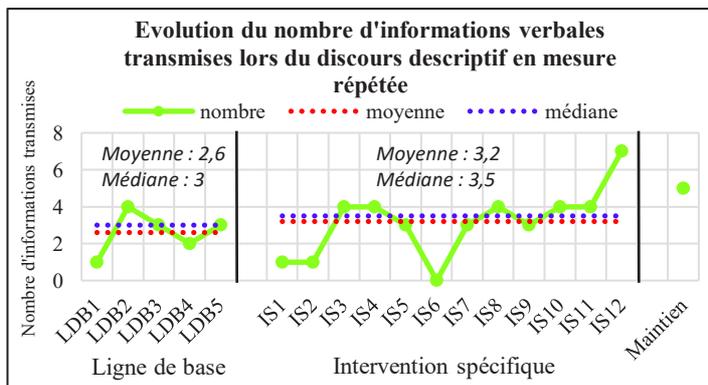
Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui est en faveur d'une augmentation de l'informativité verbale.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,65 et traduit un effet modéré de l'intervention.



Les résultats vont dans le sens d'une amélioration de l'informativité verbale au discours descriptif.

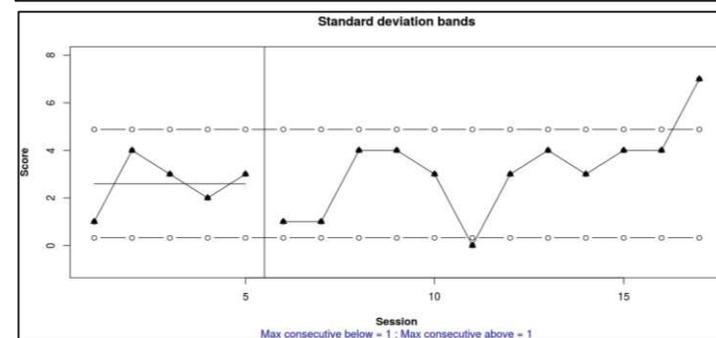
Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase d'intervention spécifique est variable avec une tendance à l'augmentation par une légère hausse du niveau (moyenne et médiane). Le point de maintien reste dans la moyenne haute.

Analyse visuelle 2SD Bands : Seulement un point se situe au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui n'est pas en faveur d'une amélioration de l'informativité verbale.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,62 et signe un effet nul de l'intervention.



Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de l'informativité verbale au discours descriptif.

Tableau 15 : Résumé de la validation de HG4 pour chacun des patients

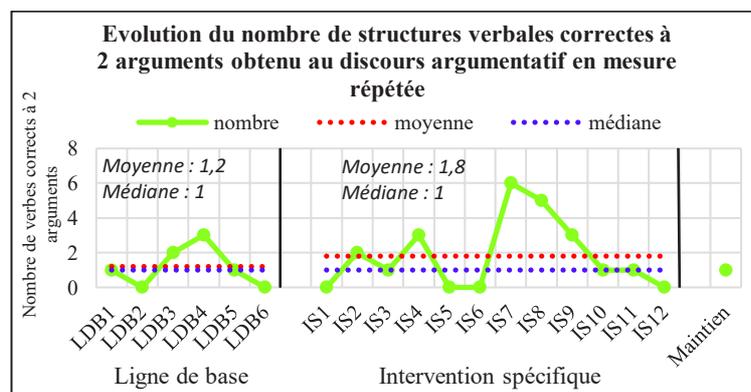
HG4	Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités lexicales à d'autres types de discours.	Patient EC	Patient OL
HG4.1	Le nombre de manifestations du manque du mot obtenu aux discours descriptif et argumentatif lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
	Le nombre de manifestations du manque du mot obtenu aux discours descriptif et argumentatif lors des mesures répétées se réduit au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Validé
HG4.2	Le nombre d'informations verbales transmises lors du discours descriptif en mesure répétée augmente au cours de l'intervention spécifique.	Validé	Non validé

5. Hypothèse générale HG5 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités syntaxiques à d'autres types de discours.

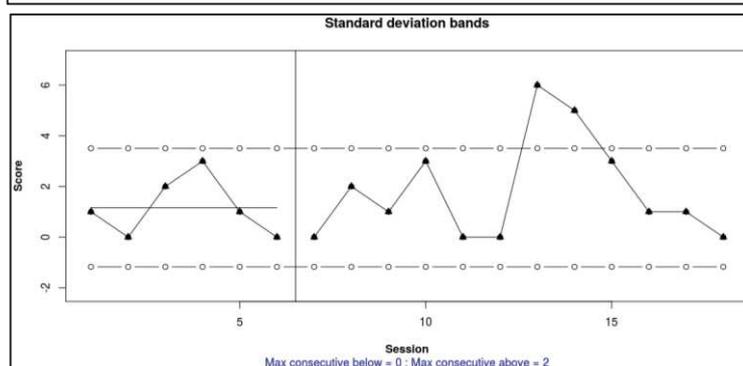
Hypothèse opérationnelle HG5.1 : Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments* obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.

*Exemples de verbes à 2 arguments : faire (*quelqu'un (1) fait quelque chose (2)*) ; penser (*quelqu'un (1) pense à quelque chose (2)*).

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable sans tendance associée, ainsi que la phase d'intervention spécifique. La phase spécifique présente néanmoins deux points atypiques (IS7 et IS8). Le point de maintien se situe dans la moyenne basse.

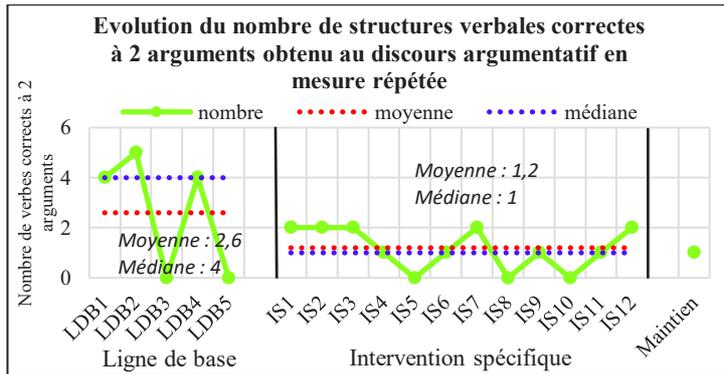


Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs se situent au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui serait en faveur d'un bénéfice de l'intervention.

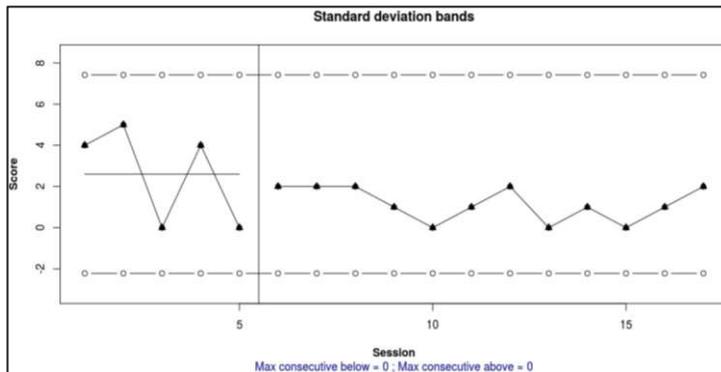
Analyse statistique : Le NAP est de 0,56 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une augmentation des verbes à 2 arguments au discours argumentatif.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. L'intervention spécifique se stabilise et se traduit par une baisse globale du niveau. Le point de maintien se situe dans la moyenne.



Analyse visuelle 2SD Bands : Aucun point de la phase d'intervention n'est situé au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui traduit l'absence d'effet de l'intervention.

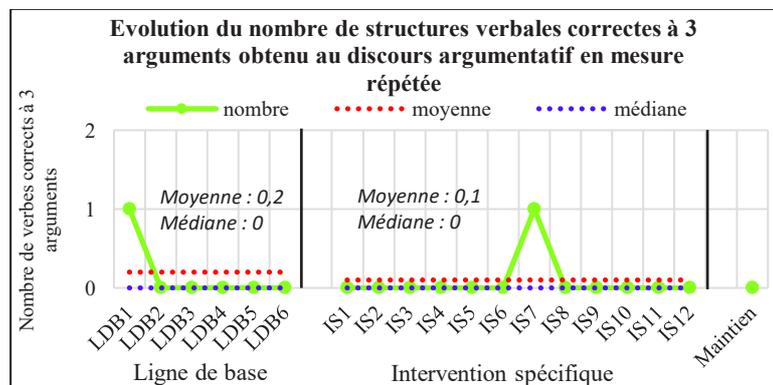
Analyse statistique : Le NAP est de 0,35 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une augmentation des verbes à 2 arguments au discours argumentatif.

Hypothèse opérationnelle HG5.2 : Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments* obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.

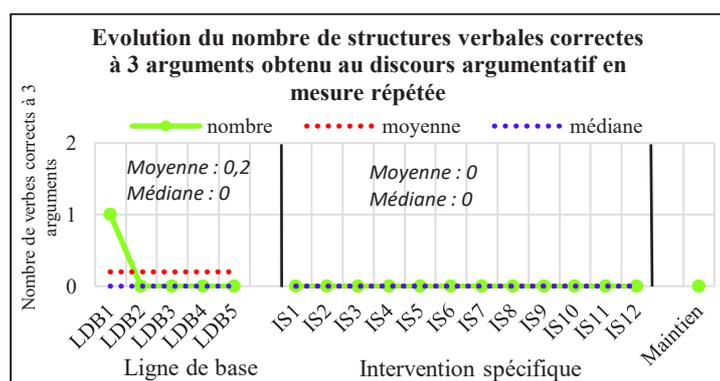
*Exemples de verbes à 3 arguments : dire (quelqu'un (1) dit quelque chose (2) à quelqu'un (3)) ; hériter (quelqu'un (1) hérite quelque chose (2) de quelqu'un (3)).

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate et nulle en dehors d'un point atypique (LDB1). L'intervention spécifique est plate et nulle en dehors d'un point atypique (IS7). Le point de maintien est nul. **L'effet de l'intervention est nul.**

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate et nulle en dehors d'un premier point atypique (LDB1). L'intervention spécifique est plate et nulle. Le point de maintien est nul. **L'effet de l'intervention est donc nul.**

Tableau 16 : Résumé de la validation de HG5 pour chacun des patients

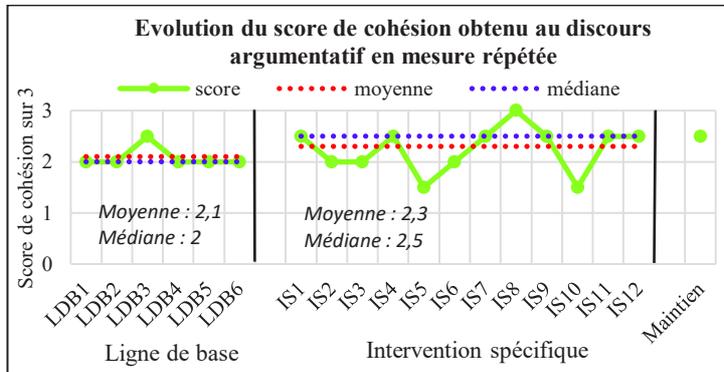
HG5	Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités syntaxiques à d'autres types de discours.	Patient EC	Patient OL
HG5.1	Le nombre de structures verbales correctes à deux arguments obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HG5.2	Le nombre de structures verbales correctes à trois arguments obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées augmente au cours de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé

6. Hypothèse générale HG6 : Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités discursives à d'autres types de discours.

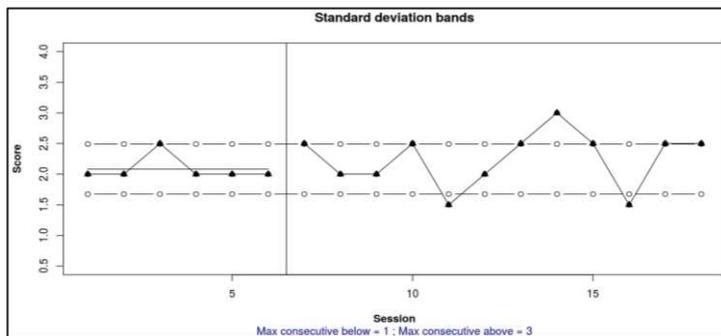
Hypothèse opérationnelle HG6.1 : Le score de cohésion* obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.

*Score établi sur une cotation de la concordance des temps verbaux, la gestion des anaphores et la présence significative de connecteurs discursifs.

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est stable en dehors d'un point atypique (LDB3). La phase spécifique est variable avec une légère tendance à l'augmentation, se traduisant par une légère hausse du niveau. Le point de maintien reste dans la moyenne.

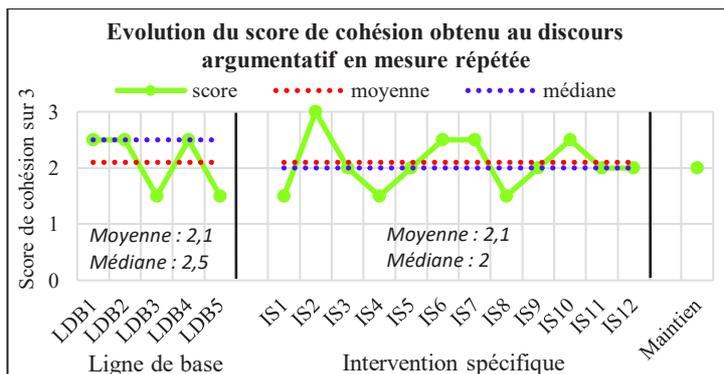


Analyse visuelle 2SD Bands : Trois points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui est en faveur d'une augmentation des performances en cohésion.

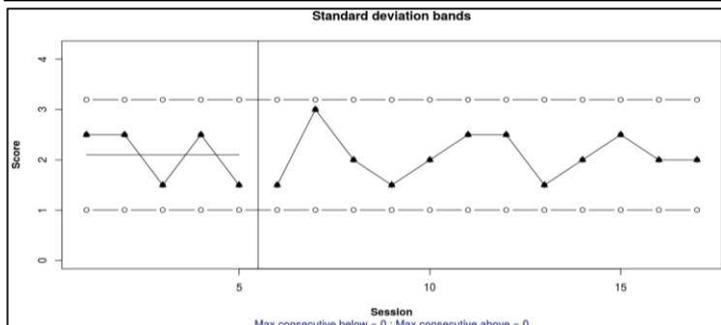
Analyse statistique : Le NAP est de 0,65 et traduit un effet modéré de l'intervention.

Les résultats vont dans le sens d'une amélioration de la cohésion au discours argumentatif.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase spécifique est variable avec une légère baisse de la médiane. Le point de maintien se situe dans la moyenne.



Analyse visuelle 2SD Bands : Aucun point n'est situé au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui signe un effet nul de l'intervention.

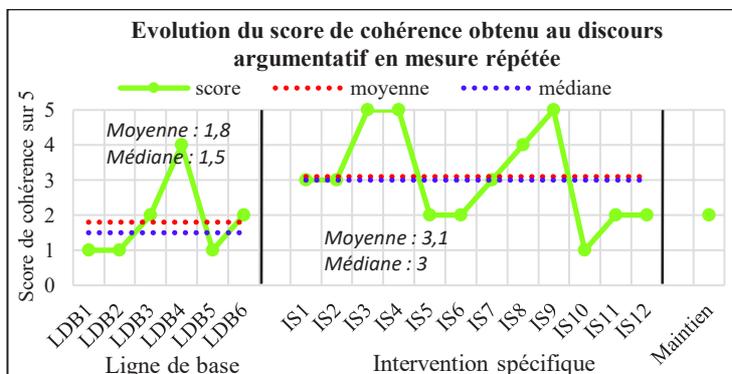
Analyse statistique : Le NAP est de 0,48 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la cohésion au discours argumentatif.

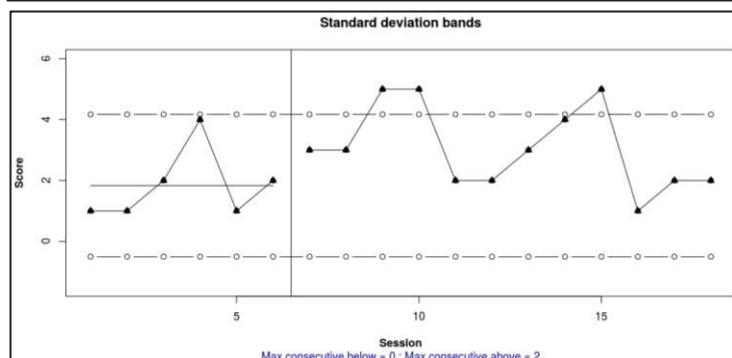
Hypothèse opérationnelle HG6.2 : Le score de cohérence* obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.

*Score établi sur le niveau de développement discursif : énonciation d'un point de vue, justification d'un point de vue, développement d'un argumentaire, richesse thématique des arguments, étayage de la progression discursive.

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable. La phase spécifique est variable mais présente une hausse notable du niveau. Le point de maintien se situe dans la moyenne basse.

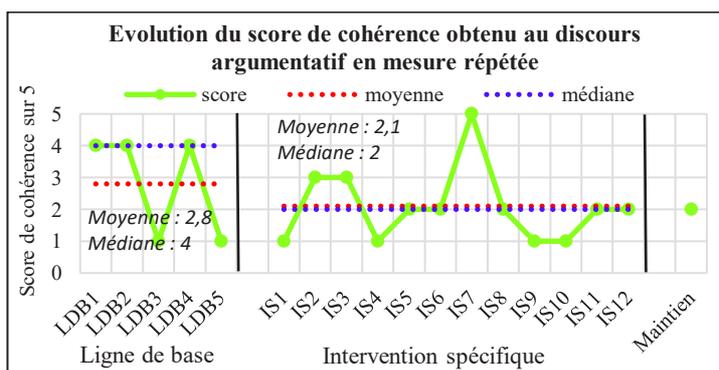


Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs apparaissent au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui est en faveur d'un bénéfice de l'intervention.

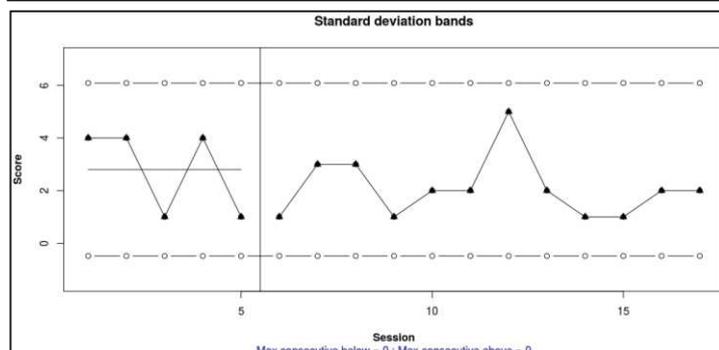
Analyse statistique : Le NAP est de 0,78 et signe un effet modéré de l'intervention.

Les résultats vont dans le sens d'une amélioration de la cohérence au discours argumentatif.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est variable sans tendance associée. La phase spécifique est variable avec une baisse globale du niveau. Le point de maintien se situe dans la moyenne.



Analyse visuelle 2SD Bands : Aucun point n'apparaît au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui signe l'absence d'effet de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,38 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la cohérence au discours argumentatif.

Tableau 17 : Résumé de la validation de HG6 pour chacun des patients

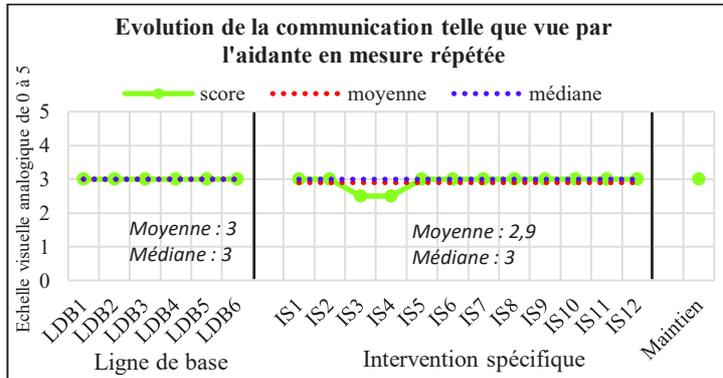
HG6	Le travail de RA permet une généralisation de l'amélioration des capacités discursives à d'autres types de discours.	Patient EC	Patient OL
HG6.1	Le score de cohésion obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.	Validé	Non validé
HG6.2	Le score de cohérence obtenu au discours argumentatif lors des mesures répétées s'améliore au cours de l'intervention spécifique.	Validé	Non validé

7. Hypothèse secondaire HS1 : Le travail de RA améliore la communication entre le patient et son entourage.

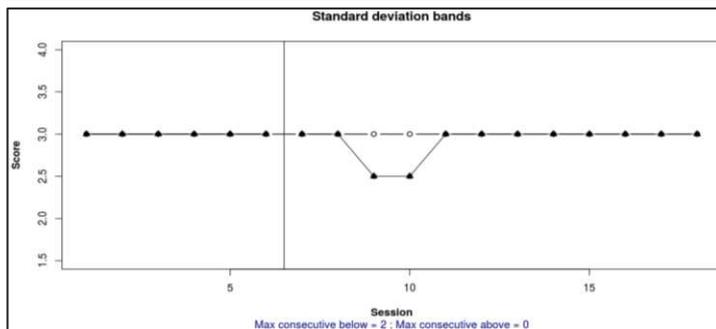
Hypothèse opérationnelle HS1.1 : Les appréciations de la communication* réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.

*Question posée chaque semaine à l'aidante : « 5, c'est avant l'AVC. Plus on se rapproche de 5, plus on se rapproche de la communication telle qu'elle était avant l'AVC. A quel point de distance situeriez-vous la qualité de la communication avec votre époux par rapport à avant l'AVC ? ».

Patient EC



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate. La phase spécifique est plate en dehors de deux points légèrement inférieurs à la moyenne. Le point de maintien se situe dans la moyenne.

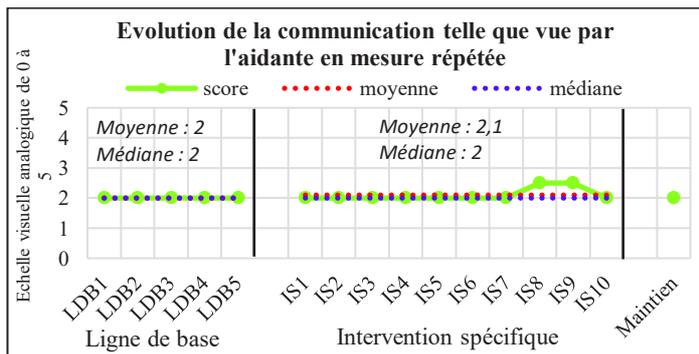


Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs sont situés en-dessous de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui signe une légère détérioration en début d'intervention spécifique.

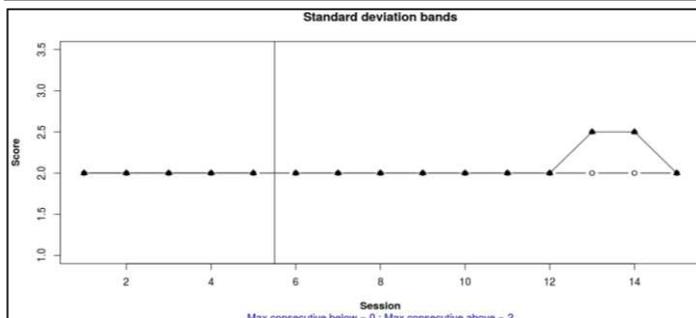
Analyse statistique : Le NAP est de 0,42 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la communication avec l'entourage.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base est plate. La phase spécifique est plate en dehors de deux points légèrement supérieurs à la moyenne. Le point de maintien se situe dans la moyenne.



Analyse visuelle 2SD Bands : Deux points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui serait en faveur d'une légère amélioration en fin d'intervention.

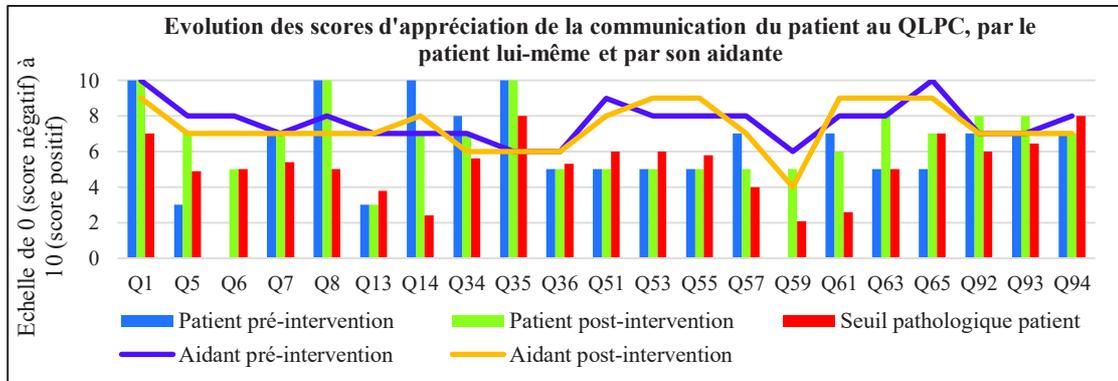
Analyse statistique : Le NAP est de 0,60 et signe un effet nul de l'intervention.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la communication avec l'entourage.

Hypothèse opérationnelle HS1.2 : Les items du QLPC⁹ relatifs à la communication s'améliorent en post-intervention.

NB : Quand les scores pré- et post- évalués par l'aidante sont les mêmes, seule la courbe jaune (post) apparaît car elle masque la courbe violette (pré). L'absence de barre d'histogramme marque une valeur 0.

Patient EC



8 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique et le restent (Q6 *suivre le fil d'une longue discussion*, Q13 *trouver ses mots*, Q36 *raconter une histoire (résumé d'un film, d'un livre)*, Q51 *qualité de la communication lors des conversations avec les proches*, Q53 *qualité de la communication lors des repas avec les proches*, Q55 *qualité de la communication lors des repas avec des amis ou de la famille éloignée*, Q65 *qualité de la communication lors de sorties entre amis*, Q94 *satisfaction de la communication avec les amis*). 3 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique en pré-intervention mais ne le sont plus en post-intervention (Q5 *suivre une conversation avec plusieurs personnes*, Q59 *qualité de la communication lors d'échanges par lettre ou par mail*, Q63 *qualité de la communication lors des activités de loisirs*).

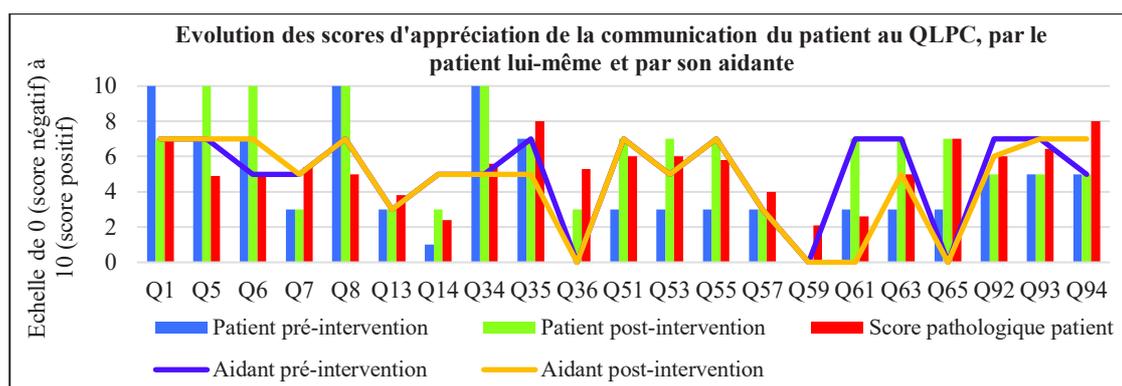
Globalement, 7 items sur 21 évalués par le patient s'améliorent (Q5 *suivre une conversation avec plusieurs personnes*, Q6 *suivre le fil d'une longue discussion*, Q59 *qualité de la communication lors d'échanges par lettre ou par mail*, Q63 *qualité de la communication lors des activités de loisirs*, Q65 *qualité de la communication lors de sorties entre amis*, Q92 *satisfaction de la communication avec le conjoint*, Q93 *satisfaction de la communication avec les enfants*), et 4 items sur 21 se dégradent (Q14 *évoquer des noms de personnes*, Q34 *organiser ses arguments pour essayer de convaincre un interlocuteur*, Q57 *qualité de la communication lors des échanges par téléphone*, Q61 *qualité de la communication lors d'achats*). **Globalement, l'appréciation de la communication du patient par lui-même s'est améliorée.**

5 items sur 21 évalués par l'aidante s'améliorent (Q14 *évoquer des noms de personnes*, Q53 *qualité de la communication lors des repas avec les proches*, Q55 *qualité de la communication lors des repas avec des amis ou de la famille éloignée*, Q61 *qualité de la communication lors d'achats*, Q63 *qualité de la communication lors des activités de loisirs*), 10 items sur 21 se dégradent (Q1 *saluer quelqu'un avec la bonne formule*, Q5 *suivre une conversation avec plusieurs personnes*, Q6 *suivre le fil d'une longue discussion*, Q8 *rester attentif lors d'une discussion avec quelqu'un*, Q34 *organiser ses arguments pour essayer de convaincre un interlocuteur*, Q51 *qualité de la communication lors des conversations avec les proches*, Q57 *qualité de la communication lors des échanges par téléphone*, Q59 *qualité de la communication lors d'échanges par lettre ou par mail*, Q65 *qualité de la communication lors de sorties entre amis*, Q94 *satisfaction de la communication avec les amis*). **Globalement, l'appréciation de la communication du patient par l'aidante reste similaire, voire se dégrade.**

Seul l'item 63 (qualité de la communication lors des activités de loisirs) s'améliore conjointement chez le patient et chez son aidante.

⁹ Bousquet et Chatelain, 2008 ; Beyaert et Marquant, 2010 ; Marle et Ray, 2012.

Patient OL



10 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique et le restent (Q7 répondre à son interlocuteur, Q13 trouver ses mots, Q35 donner une explication, Q36 raconter une histoire (résumé d'un film, d'un livre), Q57 qualité de la communication lors des échanges par téléphone, Q59 qualité de la communication lors d'échanges par lettre ou par mail, Q65 qualité de la communication lors de sorties entre amis, Q92 satisfaction de la communication avec le conjoint, Q93 satisfaction de la communication avec les enfants, Q94 satisfaction de la communication avec les amis). 5 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique en pré-intervention mais ne le sont plus en post-intervention (Q14 évoquer des noms de personnes, Q51 qualité de la communication lors des conversations avec les proches, Q53 qualité de la communication lors des repas avec les proches, Q55 qualité de la communication lors des repas avec des amis ou de la famille éloignée, Q63 qualité de la communication lors des activités de loisirs).

Globalement, 10 items sur 21 évalués par le patient s'améliorent (Q5 suivre une conversation avec plusieurs personnes, Q6 suivre le fil d'une longue discussion, Q14 évoquer des noms de personnes, Q36 raconter une histoire (résumé d'un film, d'un livre), Q51 qualité de la communication lors des conversations avec les proches, Q53 qualité de la communication lors des repas avec les proches, Q55 qualité de la communication lors des repas avec des amis ou de la famille éloignée, Q61 qualité de la communication lors d'achats, Q63 qualité de la communication lors des activités de loisirs, Q65 qualité de la communication lors de sorties entre amis), et 1 item sur 21 se dégrade (Q1 saluer quelqu'un avec la bonne formule). **Globalement, l'appréciation de la communication du patient par lui-même s'est notablement améliorée.**

2 items sur 21 évalués par l'aidante s'améliorent (Q6 suivre le fil d'une longue discussion, Q94 satisfaction de la communication avec les amis), 4 items sur 21 se dégradent (Q35 donner une explication, Q61 qualité de la communication lors d'achats, Q63 qualité de la communication lors des activités de loisirs, Q92 satisfaction de la communication avec le conjoint). Les 15 autres items restent inchangés. **Globalement, l'appréciation de la communication du patient par l'aidante reste similaire, voire se dégrade.**

Seul l'item 6 (suivre le fil d'une longue discussion) s'améliore conjointement chez le patient et chez son aidante.

Tableau 18 : Résumé de la validation de HSI pour chacun des patients

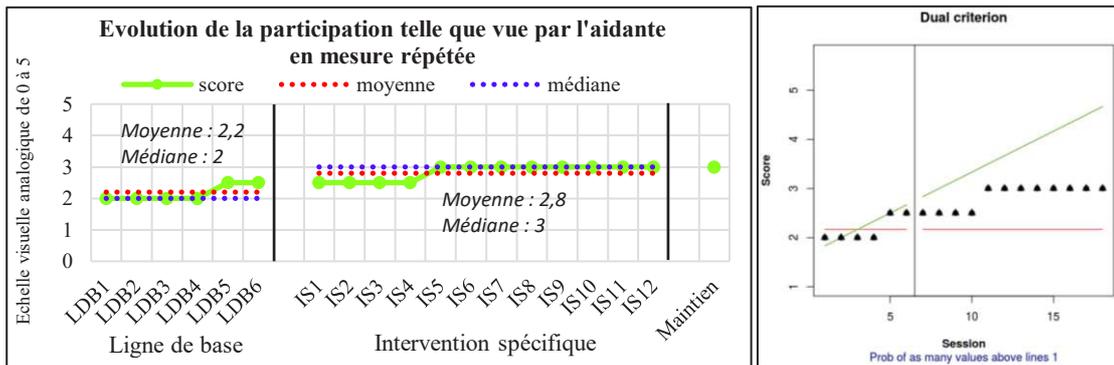
HS1	Le travail de RA améliore la communication entre le patient et l'aidant principal.	Patient EC	Patient OL
HS1.1	Les appréciations de la communication réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HS1.2	Les items du QLPC relatifs à la communication s'améliorent en post-intervention (version aidant).	Non validé	Non validé
	Les items du QLPC relatifs à la communication s'améliorent en post-intervention (version patient).	Validé	Validé

8. Hypothèse secondaire HS2 : Le travail de RA améliore la participation du patient.

Hypothèse opérationnelle HS2.1 : Les appréciations de la participation* réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.

*Question posée chaque semaine à l'aidante : « 5, c'est avant l'AVC. Plus on se rapproche de 5, plus on se rapproche du niveau de participation tel qu'il était avant l'AVC. A quel point de distance situeriez-vous la participation de votre époux dans la vie quotidienne, par rapport à sa place au sein de sa famille, dans ses relations sociales, dans ses loisirs, par rapport à avant l'AVC ? »

Patient EC



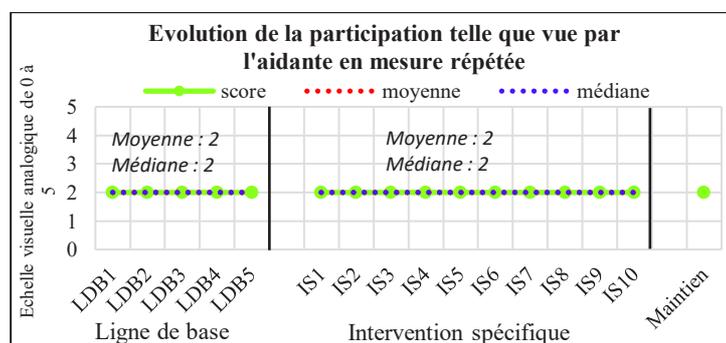
Aide visuelle Excel : La ligne de base présente une tendance à l'amélioration. La phase d'intervention spécifique est stable mais montre une tendance à l'amélioration avec une hausse globale de niveau. Le point de maintien reste dans la moyenne.

Analyse visuelle Dual Criterion : Tous les points de la phase spécifique sont situés au-dessus de la ligne de niveau, mais en-dessous de la ligne de tendance.

Analyse statistique : $Baseline\ Corrected\ Tau = -0.458, p = 0.033 (SE_{Tau} = 0.296)$: le retrait de la tendance annule le bénéfice suggéré de l'intervention sur la participation.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la participation.

Patient OL



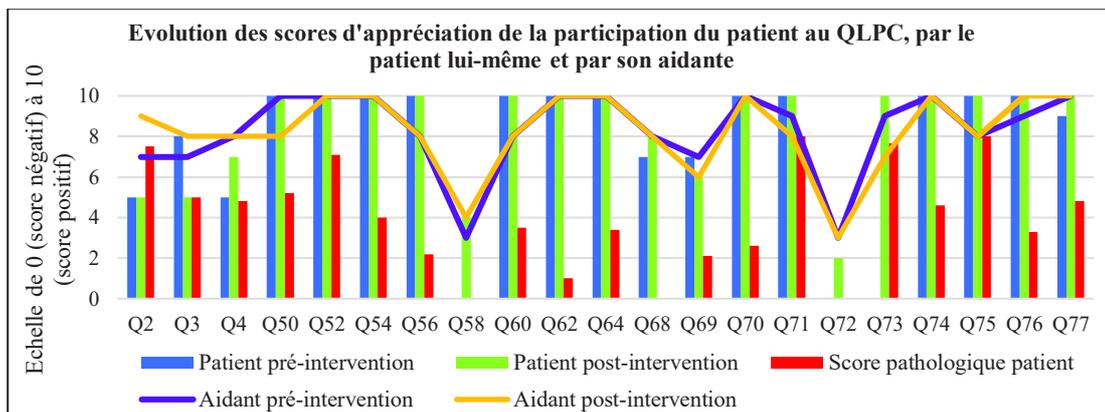
Aide visuelle Excel : La ligne de base et la phase d'intervention spécifique sont plates et identiques. L'intervention n'a eu aucun effet sur la participation.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration de la participation.

Hypothèse opérationnelle HS2.2 : Les items du QLPC relatifs à la participation s'améliorent en post-intervention.

NB : Quand les scores pré- et post- évalués par l'aidante sont les mêmes, seule la courbe jaune (post) apparaît car elle masque la courbe violette (pré). L'absence de barre d'histogramme marque une valeur 0.

Patient EC



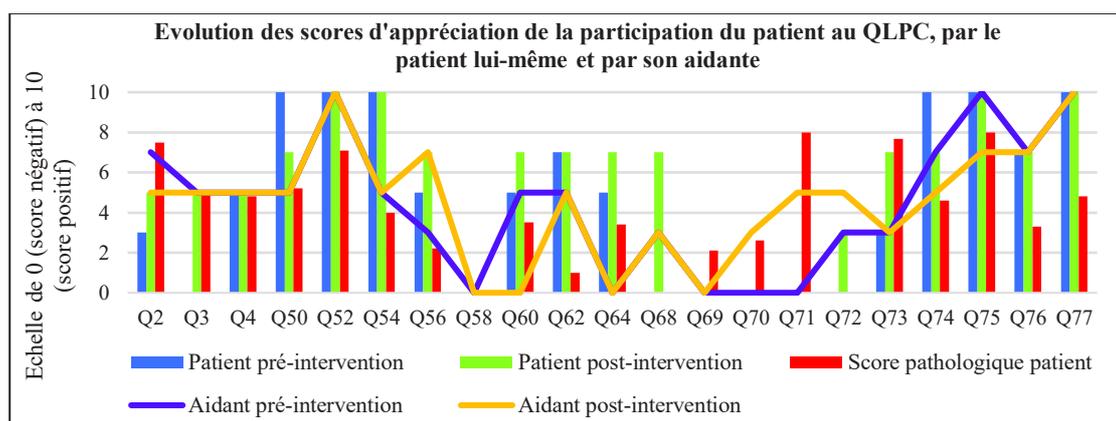
1 item évalué par le patient est situé dans la zone pathologique et le reste (Q2 engager une conversation avec les proches). 3 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique en pré-intervention mais ne le sont plus en post-intervention (Q58 participation à des échanges par lettre ou par mail, Q72 lecture de livres, Q73 compréhension de ce qui est lu dans les textes).

Globalement, 6 items sur 21 évalués par le patient s'améliorent (Q4 entretenir et nourrir une conversation, Q58 participation à des échanges par lettre ou par mail, Q68 participation à la gestion administrative de la maison, Q72 lecture de livres, Q73 compréhension de ce qui est lu dans les textes, Q77 prise en compte de son avis par l'entourage), et 2 items sur 21 se dégradent (Q3 engager une conversation avec les personnes qui ne font pas partie de l'entourage, Q69 compréhension et rédaction d'écrits administratifs). **Globalement, l'appréciation de la participation du patient par lui-même s'est améliorée.**

4 items sur 21 évalués par l'aidante s'améliorent (Q2 engager une conversation avec les proches, Q3 engager une conversation avec les personnes qui ne font pas partie de l'entourage, Q58 participation à des échanges par lettre ou par mail, Q76 participation à des prises de décision en famille ou entre amis), 4 items sur 21 se dégradent (Q50 participation à des conversations avec les proches, Q69 compréhension et rédaction d'écrits administratifs, Q71 compréhension lors de la lecture de magazines ou de journaux, Q73 compréhension de ce qui est lu dans les textes). **Globalement, l'appréciation de la participation du patient par l'aidante reste similaire.**

L'item 58 (participation à des échanges par lettre ou par mail) s'améliore conjointement chez le patient et chez son aidante.

Patient OL



7 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique et le restent (Q2 *engager une conversation avec les proches*, Q3 *engager une conversation avec les personnes qui ne font pas partie de l'entourage*, Q58 *participation à des échanges par lettre ou par mail*, Q69 *compréhension et rédaction d'écrits administratifs*, Q70 *lecture de magazines ou de journaux*, Q71 *compréhension lors de la lecture de magazines ou de journaux*, Q73 *compréhension de ce qui est lu dans les textes*). 2 items évalués par le patient sont situés dans la zone pathologique en pré-intervention mais ne le sont plus en post-intervention (Q68 *participation à la gestion administrative de la maison*, Q72 *lecture de livres*).

Globalement, 8 items sur 21 évalués par le patient s'améliorent (Q2 *engager une conversation avec les proches*, Q3 *engager une conversation avec les personnes qui ne font pas partie de l'entourage*, Q56 *participation à des échanges par téléphone*, Q60 *participation à des achats*, Q64 *participation à des rencontres amicales*, Q68 *participation à la gestion administrative de la maison*, Q72 *lecture de livres*, Q73 *compréhension de ce qui est lu dans les textes*), et 2 items sur 21 se dégradent (Q50 *participation à des conversations avec les proches*, Q74 *écouter la radio ou regarder la télévision*). **Globalement, l'appréciation de la participation du patient par lui-même s'est améliorée.**

4 items sur 21 évalués par l'aidante s'améliorent (Q56 *participation à des échanges par téléphone*, Q70 *lecture de magazines ou de journaux*, Q71 *compréhension lors de la lecture de magazines ou de journaux*, Q72 *lecture de livres*), 4 items sur 21 se dégradent (Q2 *engager une conversation avec les proches*, Q60 *participation à des achats*, Q74 *écouter la radio ou regarder la télévision*, Q75 *comprendre ce qui est dit à la radio ou à la télévision*). **Globalement, l'appréciation de la participation du patient par l'aidante reste similaire.**

Les items 56 (participation à des échanges par téléphone) et 72 (lecture de livres) s'améliorent conjointement chez le patient et chez l'aidante.

Tableau 19 : Résumé de la validation de HS2 pour chacun des patients

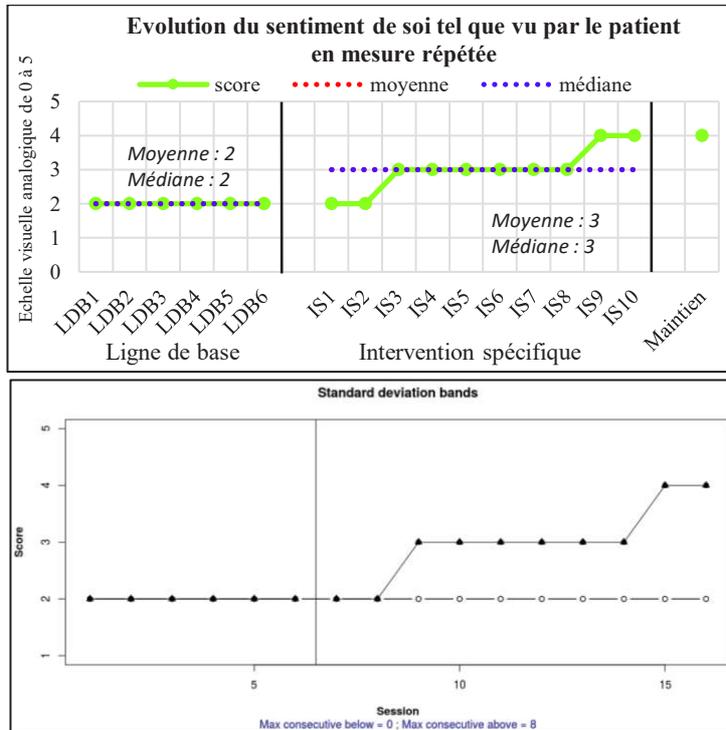
HS2	Le travail de RA améliore la participation du patient.	Patient EC	Patient OL
HS2.1	Les appréciations de la participation réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.	Non validé	Non validé
HS2.2	Les items du QLPC relatifs à la participation s'améliorent en post-intervention (version aidant).	Non validé	Non validé
	Les items du QLPC relatifs à la participation s'améliorent en post-intervention (version patient).	Validé	Validé

9. Hypothèse secondaire HS3 : Le travail de RA améliore le sentiment de soi.

Hypothèse opérationnelle HS3.1 : Les appréciations du sentiment de soi* réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.

*Question posée chaque semaine au patient : « 5, c'est avant l'AVC, c'est comme vous étiez avant. Vous sentez-vous très loin de la personne que vous étiez (0-1 pointés sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous loin de la personne que vous étiez (2-3 pointés sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous proche de la personne que vous étiez (4 pointé sur l'échelle visuelle) ? Vous sentez-vous comme avant, la même personne qu'avant ? (5 pointé sur l'échelle visuelle). »

Patient EC



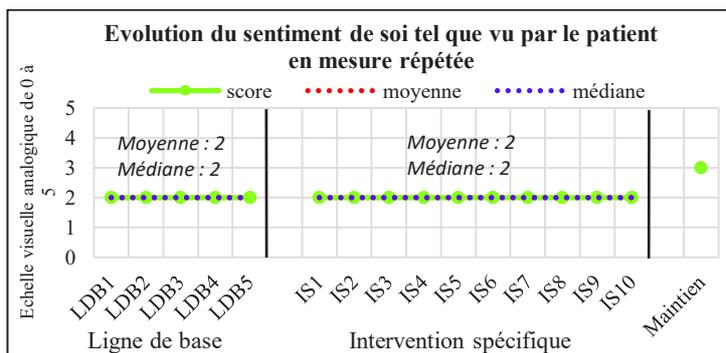
Aide visuelle Excel : La ligne de base est linéaire. La phase spécifique présente une tendance graduelle à l'amélioration. Le point de maintien se situe dans la moyenne haute.

Analyse visuelle 2SD Bands : Huit points consécutifs sont situés au-dessus de l'enveloppe de déviation-standard, ce qui serait en faveur d'une amélioration nette au cours de l'intervention.

Analyse statistique : Le NAP est de 0,90 et signe un effet modéré de l'intervention.

Les résultats vont dans le sens d'une amélioration du sentiment de soi.

Patient OL



Aide visuelle Excel : La ligne de base et la phase d'intervention spécifique sont plates et identiques. Le point de maintien est supérieur à la moyenne, mais ne permet pas de conclure à un effet de l'intervention sur le sentiment de soi.

Les résultats infirment l'hypothèse d'une amélioration du sentiment de soi.

Tableau 20 : Résumé de la validation de HS3 pour chacun des patients

HS3	Le travail de RA améliore le sentiment de soi.	Patient EC	Patient OL
HS3.1	Les appréciations du sentiment de soi réalisées en mesure répétée s'améliorent lors de l'intervention spécifique.	Validé	Non validé

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

1.1 Amélioration de l'accès au mot sur des tâches non fonctionnelles : HG1 et HG4

1.1.1 L'accès lexical en dénomination orale d'images (HG1.3 & HG1.4)

Si EC a présenté une amélioration légère mais nette aux épreuves de dénomination orale d'images évoquant noms communs et verbes, OL s'est uniquement amélioré en dénomination orale d'images évoquant des noms communs. La raison en est peut-être que les zones cérébrales dévolues au traitement et au recouvrement des noms communs et des verbes sont différentes (Shapiro *et al.*, 2006) : le travail de RA ne serait donc pas parvenu à faire levier sur les mécanismes d'accès lexical des verbes. Cela est plausible : avec OL, les verbes n'ont jamais été travaillés pour être produits isolément, à l'inverse des noms communs ciblés par les questions semi-fermées du protocole.

Le lexique phonologique de sortie, très difficilement accessible chez OL par la voie de la dénomination (cf Méthode 4.3), aurait donc été favorisé par le protocole de RA. Néanmoins, cette amélioration en dénomination doit être nuancée : OL est passé d'un score de 0/54 en pré-test à un score de 2/54 en post-test. L'évolution est peu notable mais présente. Toutefois, les items réussis en post-test étaient « chien » et « fourchette », or il s'agit d'items travaillés de manière récurrente lors du suivi orthophonique habituel, qui s'est poursuivi en parallèle de cette étude. Il est donc difficile de conclure à un éventuel effet potentialisateur de l'intervention sur les capacités d'accès au mot à partir d'un support imagé. Cela reste néanmoins à envisager, car OL a également accédé à deux autres mots, non comptabilisés car déformés phonologiquement : « menottes » (dit « menettes ») et louche (dit « luche »).

L'accès lexical isolé a donc pu être favorisé par le travail de RA chez les deux patients.

1.1.1.1 Effet du travail spécifique du niveau lexical dans le protocole de RA

Le protocole de RA s'est articulé autour d'un travail ciblant spécifiquement et respectivement l'accès au mot, l'élaboration de la phrase et du discours. Ceci peut être mis en lien avec les améliorations observées sur les tâches isolées d'accès lexical. A noter que si l'accès lexical des verbes s'est amélioré chez EC, c'est en raison de la démarche de travail différente adoptée avec lui : contrairement à OL, EC était en capacité de formuler ses réponses verbalement en construisant des phrases, et de produire un discours qui permettait ensuite de revenir au niveau lexical par de la recherche de synonymes ou de l'explicitation de périphrases, autour des noms, des verbes, et d'autres catégories grammaticales.

1.1.1.2 Intérêt du protocole de RA sur l'incitation verbale : d'une situation thérapeutique de discours à la construction d'un récit de soi

Le protocole suscitait de l'évocation verbale, or il s'agit précisément du traitement déficitaire chez OL, moindrement altéré chez EC. Mais cette évocation verbale a été augmentée d'un enjeu émotionnellement chargé qui est celui de se raconter. La situation de travail était polarisée autour d'une situation d'échange, hautement pragmatique, au cœur de laquelle les deux patients ont cherché

à se faire comprendre du thérapeute et de l'aidante (pour OL), en recrutant notamment leurs capacités d'accès lexical.

Chez OL, il semble s'être opéré la levée d'une certaine inhibition verbale. Le patient a développé un intérêt à cette communication tournée sur sa propre histoire. Cela l'a inévitablement confronté à ses difficultés d'expression, mais a permis des échanges très pragmatiques, qui ont sollicité l'accès au lexique phonologique de sortie (ce protocole se plaçant dans la veine des études sur le langage par contrainte induite), et qui ont parfois conduit à la compréhension des interlocuteurs. Il a été intéressant de voir que ce que le patient cherchait à dire, n'était parfois qu'une nuance par rapport à ce qui avait été évoqué et échangé entre lui et l'aidante. OL accordait une importance aux détails de son histoire de vie, ce qui l'amenait d'autant plus à solliciter ses capacités d'évocation verbale.

Pour EC, l'enjeu de se raconter était le même, même si sa plus grande aisance dans la communication quotidienne lui permettait d'emblée de se faire comprendre facilement. Néanmoins, nous avons aussi rencontré des situations d'impasse communicationnelle. La situation pragmatique de discours dans laquelle le protocole de RA nous plaçait a donné lieu à des tentatives d'explicitation du patient, en vue d'obtenir la compréhension du thérapeute. Dans ces moments, l'accès lexical a d'autant plus été recruté, au milieu d'autres composantes.

Le protocole de RA a donc pu faire levier sur les capacités d'accès lexical des patients par deux aspects : l'enjeu d'ordre émotionnel et la pragmatique des échanges amenée par la dimension autobiographique.

1.1.2 L'accès lexical en lecture à voix haute (HG1.5) : l'intérêt d'un protocole exploitant à la fois une voie de traitement possible et une activité importante pour le patient

De même que la dénomination orale d'images, la lecture à voix haute est aussi une tâche non fonctionnelle centrée sur l'accès au mot, par une voie différente toutefois. En plus d'être une activité regrettée par OL depuis son AVC, la lecture reste l'une des principales voies d'accès à son lexique phonologique de sortie (cf Méthode 4.3). Elle a donc été largement exploitée :

- d'abord au niveau du traitement des mots, par le biais des questions ouvertes : des étiquettes proposant des qualificatifs divers étaient proposées au patient. Ces qualificatifs étaient plus ou moins fréquents. Il a été intéressant d'observer que la lecture des mots peu fréquents était meilleure que celle des mots fréquents, peut-être en raison du fait que les mots peu fréquents aient moins sollicité les processus phonologiques et davantage les processus orthographiques. L'aidante a aussi mentionné que les mots avec lesquels nous travaillions étaient des mots inhabituels pour le patient, mais avec lesquels il avait plaisir à travailler en raison de son goût pour la littérature ;
- la lecture a aussi été exploitée au niveau du traitement de la phrase, par le fait de devoir lire les étiquettes et en maintenir le contenu pour ensuite pouvoir les réorganiser en une phrase ;
- la lecture a aussi été exploitée au niveau du traitement du discours, par le fait de relire plusieurs phrases et d'en maintenir le sens afin de choisir les connecteurs discursifs les plus adéquats parmi ceux proposés.

L'ensemble de ces éléments peut expliquer l'amélioration notable de OL en lecture à voix haute : le score est augmenté de 10 points sur 54 en post-intervention.

En revanche, EC, dont l'intérêt pour l'écrit est faible, n'a pas présenté d'amélioration en lecture, malgré un travail des corpus orienté sur l'écrit via le document Word en partage d'écran.

1.1.3 L'accès lexical lors des discours autobiographique (HG1.1 et HG1.2) et argumentatif (HG4.1) : la charge exécutive des discours écologiques

Chez EC, si l'accès au mot s'améliore quand il est sollicité en isolé sur des tâches non fonctionnelles (dénomination), il ne se traduit pas par la même amélioration en situation fonctionnelle de discours autobiographique (HG1.1, HG1.2) et de discours argumentatif (HG4.1). Ce contraste peut s'expliquer par le fait que ces différentes épreuves ne prennent pas effet dans les mêmes contextes de production. On peut certes rapprocher les épreuves de dénomination orale d'images et la mesure répétée de manifestation de manque du mot dans le discours, car elles traduisent l'accès lexical. Mais une manifestation du manque du mot sur support imagé relève davantage de l'accès lexical isolé et pur, tandis qu'une manifestation du manque du mot en situation de discours relève davantage d'une difficulté de type exécutif. En effet, la production discursive recrute des mécanismes complexes de planification, de mise à jour, de construction phrastique (avec assemblage des constituants de la phrase, après leur avoir assigné les bons rôles thématiques), d'adaptation pragmatique, de théorie de l'esprit, en plus du recouvrement lexical (Sabadell *et al.*, 2018). L'accès au mot en situation fonctionnelle peut donc se trouver entravé par la charge de traitement et d'organisation du discours.

1.1.4 L'accès lexical au discours descriptif (HG4.1 et HG4.2) : un discours non écologique libéré de la charge exécutive

1.1.4.1 Une amélioration dissimulée par l'analyse statistique

Avant tout, il est nécessaire de revenir sur l'analyse visuelle des manifestations du manque du mot au discours descriptif chez EC (HG4.1). Le PEM concluait à un effet léger de l'intervention, avec plus de la moitié des points situés sous la médiane. Mais le calcul statistique du NAP infléchissait cette conclusion. En effet, EC présente 5 points successifs sans manifestation de manque du mot, à la toute fin de l'intervention, mais il présente trois valeurs de zéro manque du mot en ligne de base. Les zéros de la ligne de base et de la phase spécifique se chevauchant forcément, le NAP a conclu à un effet nul de l'intervention. Pourtant, cliniquement, la stabilisation et la pérennité de l'absence de manifestation du manque du mot en fin d'intervention ont une signification clinique. On peut ainsi envisager un effet décalé de l'intervention sur les manifestations du manque du mot au discours descriptif.

1.1.4.2 Facilitation de l'accès lexical de EC au discours descriptif, exempt du coût exécutif

Le discours descriptif n'est pas ce que l'équipe d'Anne Whitworth (2015b) qualifierait de « discours du quotidien ». Il s'agit d'un discours semi-induit par le support de la photographie ; il est plus orienté, plus contrôlé et moins écologique. De plus, il s'agit d'un discours fait de phrases simples, permettant d'introduire une accumulation de signifiants : « *Il y a un chien, une valise, un chapeau, des lunettes...* ». Ce discours est donc plus représentatif d'un accès lexical « pur », libéré de la charge de traitement exécutif des discours écologiques de l'autobiographie et de l'argumentation.

Cette amélioration de l'accès lexical en discours non fonctionnel se trouve corrélée à celle de l'informativité verbale sur ce même discours. L'informativité verbale est l'autre mesure par laquelle l'accès lexical a été évalué. Le discours descriptif permet donc, par son caractère semi-induit et plus

spécifique, de mettre en évidence une facilitation de l'accès lexical sous l'effet de l'intervention de RA. Ces résultats peuvent être mis en lien avec les progrès d'accès lexical objectivés par les tests initiaux et finaux concernant la dénomination orale (HG1.3 et HG1.4), qui permettent aussi d'évaluer l'accès lexical de façon isolée.

En résumé, l'intervention, par son travail spécifique de l'accès lexical potentialisé par les aspects émotionnels et pragmatiques du RA, a pu permettre une amélioration de l'accès au mot chez EC. Toutefois, cet effet n'est visible qu'en dehors des situations de discours écologiques.

1.1.5 Données de la littérature : effet restreint d'un travail centré sur le mot & mécanismes de rétroaction entre les différents niveaux linguistiques

Dans une étude de 2014, Herbert *et al.* ont mis en évidence la portée restreinte d'un travail purement lexical. A l'issue d'une remédiation restreinte au niveau du mot, la production de mots ne se trouverait pas améliorée en situation de narration et de conversation. Ces résultats semblent corroborer ceux de EC, dont les améliorations du niveau lexical apparaissent seulement sur des tâches isolées ou plus pures, telles que la dénomination orale d'images et le discours descriptif. Néanmoins, ces chercheurs ont montré une amélioration de la production lexicale en narration et en conversation sous l'effet d'un travail de la syntaxe. Dans notre étude, le travail syntaxique n'a pas eu cet impact. Toutefois, d'éventuels mécanismes de rétroaction entre les différents niveaux linguistiques ciblés par notre intervention doivent être pris en considération. L'amélioration d'un niveau linguistique ne sera pas forcément dû au travail spécifique de ce niveau linguistique, mais éventuellement aux leviers exercés aux autres niveaux.

1.1.6 OL à contre-courant de EC : amélioration au discours argumentatif et régression au discours descriptif (HG4.1)

1.1.6.1 Potentialisation de l'accès lexical par le caractère rhétorique de l'argumentation ?

A l'inverse des discours autobiographique et descriptif, c'est le discours argumentatif qui marque une progression favorable chez OL. Ce résultat est difficile à expliquer, car il ne trouve pas d'équivalence au discours autobiographique. La ligne de base ayant été variable, on pourrait simplement conclure à des variations normales en phase de RA. Mais la réduction durable des manifestations du manque du mot en fin d'intervention questionne un éventuel effet décalé de l'intervention. Une des pistes explicatives tient au type de discours : l'argumentation. Il n'existe cependant pas de données permettant d'établir le rôle potentialisateur de ce type de discours sur les capacités d'accès lexical.

1.1.6.2 Dégradation de l'accès lexical au discours descriptif : la levée de l'inhibition verbale et la recherche active du mot

Si le discours descriptif favorise un accès lexical détaché de contraintes exécutives, il peut aussi davantage confronter au manque du mot. OL a présenté une tendance défavorable au cours de l'intervention : le nombre de manifestations de manque du mot au discours descriptif a progressivement augmenté. Sous l'effet de l'intervention de RA, le patient a paru se débrider dans sa communication. De fait, il essayait de se confronter à la recherche de mots précis, en accumulant les références aux éléments qu'il voyait sur les photographies. Cela peut expliquer cette augmentation

du nombre de manifestations du manque du mot. D'ailleurs, l'informativité verbale, qui est le corollaire des manifestations de manque du mot dont elle diffère par une évaluation positive des corpus, vient corroborer cette idée d'accumulation des références aux éléments des photographies (HG4.2). En effet, si les deux mesures se sont traduites par une évolution convergente chez EC, elles se traduisent chez OL par une aggravation de l'une et une augmentation de l'autre : une légère tendance à l'augmentation de l'informativité verbale apparaît au cours de l'intervention, quoique non significative, avec une hausse du niveau (moyenne et médiane), et un dernier point nettement plus élevé. Le point de maintien, qui reste dans une moyenne très haute, renforce l'idée que OL ait bénéficié de l'intervention par une certaine levée de son inhibition verbale.

Pour autant, cela ne s'est pas traduit par un rallongement des corpus produits : une mesure de la longueur des productions, basée sur un calcul automatique du nombre de mots verbalisés, a été réalisée chez EC et OL, pour chacune des mesures répétées. Des ratios ont également été calculés pour évaluer la part d'informativité verbale et de manifestations de manque du mot par rapport à la longueur des corpus. Aucune de ces mesures n'a montré d'influence de la variable de longueur sur les performances d'accès lexical. La dégradation des performances d'accès au mot au discours descriptif chez OL peut donc s'expliquer par une plus grande recherche d'informativité.

1.2 Amélioration de la construction syntaxique sur des tâches non fonctionnelles : HG2 et HG5

1.2.1 Intérêt du travail des niveaux d'élaboration syntaxique dans le protocole de RA (HG2.3, HG2.4, HG2.5)

Le travail de RA effectué au niveau syntaxique a ciblé les traitements évalués par les épreuves initiales et finales, ce qui explique leur amélioration. En effet, l'intervention de RA a visé les différents niveaux de programmation syntaxique, particulièrement ceux d'assignation des rôles thématiques et d'assemblage des constituants :

- pour OL, par le biais du traitement des étiquettes qu'il fallait remettre dans l'ordre, en identifiant la place de chaque mot par rapport à chaque autre mot ;
- pour OL et pour EC, par une manipulation des éléments de la phrase, contrainte par des structures phrastiques imposées par les questions, comme les phrases clivées et passives.

La flexion de verbes a également été travaillée puisque le RA oscille entre temps du passé et temps du présent.

La phrase clivée, qui permet de travailler l'assignation des rôles thématiques et l'assemblage des constituants en s'éloignant de la phrase canonique habituelle, est devenue une structure d'appui pour OL. En effet, en début de séance, lorsque les questions de la séance précédente lui étaient posées, il recourait parfois à cette structure phrastique pour soutenir sa production. A noter que cela n'est pas devenu une tournure stéréotypée ni persévérative. Par ailleurs, nous n'avons pas eu le temps d'essayer de nous affranchir de cette structure pour retourner à des phrases plus canoniques.

Ainsi, EC a présenté une amélioration au niveau des trois traitements ; OL, au niveau de l'assignation des rôles thématiques uniquement. Ces évolutions doivent être considérées comme ayant un éventuel lien avec le travail mené aux autres niveaux linguistiques. En effet, si ces niveaux ont été travaillés spécifiquement, ils n'en demeurent pas moins interconnectés, et des actions réciproques ne sont pas à exclure.

1.2.2 Invalidité des mesures répétées évaluant le niveau syntaxique (HG2.1, HG2.2, HG5.1, HG5.2)

L'amélioration, chez EC, des trois niveaux de production syntaxique investigués à la BEPS ne trouve aucun écho dans les mesures répétées évaluant le niveau d'élaboration syntaxique des discours autobiographique et argumentatif. Il s'agissait de décompter le nombre de structures verbales correctes à 2 arguments pour l'une, à 3 arguments pour l'autre. Pourtant, le travail de RA s'est articulé autour de verbes soigneusement choisis pour leur structure argumentale (Annexe). Puisqu'il n'en ressort rien, ces mesures doivent être questionnées. Tout d'abord, le nombre et le type de verbes produits peuvent être variables d'un thème d'expression à un autre, d'un jour à l'autre. De plus, ces mesures se veulent écologiques et fonctionnelles, et reposent sur l'expression libre du patient. De fait, les productions ne sont pas même semi-induites, et le patient peut tout à fait éviter de recourir à certains types de verbes pour privilégier la facilité (par exemple, en recourant aux verbes à un seul argument). Un ratio visant à établir la part de verbes à 2 arguments par rapport à la part de verbes à 1 argument a été réalisé, mais s'est avéré non concluant. Cela rejoint l'idée que la variabilité des corpus empêche ces mesures répétées basées sur un décompte d'être représentatives.

A noter que pour OL, un effet positif de l'intervention a été faussement conclu sur la mesure du nombre de structures verbales correctes à 2 arguments lors du discours autobiographique (HG2.1). C'est en raison d'une tendance décroissante survenue en ligne de base qu'un Baseline Corrected Tau a été appliqué, concluant à un effet positif de l'intervention. En réalité, cet effet positif ne prend pas sens, car rien ne permet d'expliquer pourquoi OL a présenté une diminution des verbes à 2 arguments en ligne de base ; cela doit simplement être rattaché à des fluctuations.

1.2.3 Impact de la dimension autobiographique sur l'élaboration syntaxique

Au-delà du travail spécifique mené lors du protocole de RA sur le niveau syntaxique, la dimension autobiographique à l'œuvre dans le protocole doit être questionnée. Si elle semble avoir favorisé les capacités d'initiation verbale et d'évocation lexicale des patients, elle pourrait avoir suscité chez les patients une recherche d'élaboration syntaxique plus complète et plus développée, en lien avec l'enjeu couvert par le récit de soi. Néanmoins, cette idée n'a pu être mise en évidence.

1.3 Evolution de la structuration discursive des patients : HG3 et HG6

1.3.1 Amélioration, généralisation et maintien de la cohésion du discours chez EC (HG3.1 et HG6.1)

Une nette progression de la cohésion en mesure répétée a pu être objectivée au discours autobiographique de EC, avec un maintien trois mois après l'intervention (HG3.1). Il est intéressant de voir que les scores de cohésion se sont aussi améliorés et maintenus au discours argumentatif (HG6.1). On peut donc parler de généralisation et de maintien des effets du travail de RA au niveau de la cohésion discursive chez EC.

1.3.1.1 Intérêt de la démarche descendante suivie avec EC lors de l'intervention de RA

EC a bénéficié d'une démarche de travail descendante (du discours au mot). Le discours a donc été le point de départ du travail effectué avec ce patient, qui répondait la plupart du temps aux

questions en produisant d'emblée du discours, avec des phrases plus ou moins liées entre elles. EC a donc bénéficié d'un travail précoce et approfondi du niveau discursif, et cela se reflète dans une amélioration de ses résultats à ce niveau, en plus d'une amélioration aux autres niveaux linguistiques.

1.3.1.2 Intérêt d'un travail « multi-niveaux »

Si Whitworth *et al.* (2015b) avancent qu'un travail au niveau du discours se rétroactive sur les niveaux inférieurs de la phrase et du mot, le rôle d'un travail de la phrase et du mot dans l'amélioration du discours ne doit pas être exclu. Ces composantes interconnectées ont des actions réciproques (Herbert *et al.*, 2014), favorisées dans cette étude par la dimension autobiographique.

1.3.2 Contraste entre l'amélioration de la cohérence du discours argumentatif (HG6.2) et l'absence d'évolution de la cohérence du discours autobiographique (HG3.2) chez EC : effet de la rhétorique de l'argumentation

L'amélioration de la cohérence chez EC est uniquement observée au discours argumentatif, alors que c'est le discours autobiographique qui a été spécifiquement travaillé durant l'intervention. Ce contraste interroge. Il est possible que le genre de l'argumentation soit plus apte à mettre en évidence une amélioration de l'organisation du propos énoncé, et donc une cohérence globale. En effet, l'argumentation est par essence plus rigoureuse et plus cadrée qu'un discours autobiographique, qui est moins normé car moins rhétorique. La preuve en est que les scores de cohérence ont été différemment construits pour les deux types de discours, par la prise en compte de leurs particularités respectives. Le travail de RA a pu avoir un effet au niveau de la cohérence globale du discours, mais cet effet ne s'est peut-être rendu visible qu'à travers un discours plus enclin à le mettre en évidence.

1.3.3 Corrélation entre l'amélioration de la cohérence du discours argumentatif (HG6.2) et l'amélioration des discours du quotidien (HG3.3) au CUDP chez EC

Une corrélation était attendue entre la mesure répétée de cohérence et les résultats au CUDP. En effet, le CUDP analyse la macrostructure discursive. Et, comme évoqué dans la méthode, nous avons pris le parti de rapprocher la notion de « cohérence globale » (à l'origine de la construction de la mesure) de celle de « macrostructure ». Ce choix critiquable découle des limites floues et variablement définies entre les différents niveaux de structuration du discours.

Le CUDP porte sur plusieurs discours du quotidien (personnel – qu'on pourrait rapprocher de l'autobiographie – procédural, argumentatif). Or, au CUDP, les performances du patient sur les trois discours sont cumulées dans le calcul des résultats. Puisque la cohérence du discours autobiographique ne s'est pas améliorée, on peut envisager qu'un autre type de discours ait pesé plus lourd dans cette amélioration au CUDP : le discours argumentatif.

1.3.4 Absence d'évolution de la cohésion et de la cohérence chez OL : conséquence potentielle de la démarche ascendante

Le patient OL n'a pas montré de progrès francs aux discours du quotidien en post-test (malgré une progression sur les éléments introductifs et conclusifs du discours, le niveau de développement des corpus a légèrement chuté). Il n'a pas non plus montré d'amélioration au score de cohérence en mesure répétée, ni au score de cohésion, sur aucun des deux discours. Il n'a ainsi pas bénéficié de

l'intervention au niveau de la structuration discursive. Cette absence d'effet de l'intervention peut s'expliquer par les particularités du protocole proposé au patient. OL, dont la communication est fortement bridée, n'a bénéficié d'un travail au niveau discursif qu'à partir de la sixième séance de RA. Ce choix a été fait de manière empirique : il a semblé adapté que les séances précédentes soient uniquement consacrées à l'accès lexical et à l'élaboration de phrase. Lors de la sixième séance, il a été évalué que le patient pouvait passer à un niveau de traitement supérieur, et les séances suivantes ont maintenu le travail discursif. Cette démarche ascendante résulte donc d'une adaptation aux capacités du patient à différents moments de l'intervention. De fait, la réduction des opportunités de travail discursif explique possiblement l'inertie de la structuration du discours chez OL, lors des mesures répétées comme aux tests initiaux et finaux. OL marque davantage de progrès polarisés sur le niveau lexical, et sur le niveau syntaxique dans une moindre mesure.

1.3.5 Discours narratif (HG3.4) et discours autobiographique : des mécanismes contraires sur l'incitation verbale

L'absence d'évolution au discours narratif du CUDP, contrastant avec les discours du quotidien, tient possiblement à la nature même du discours. Il s'agissait de raconter l'histoire de Cendrillon, ou une autre histoire, ou un film. De fait, le discours narratif est plus abstrait que les discours du quotidien. Il est hautement littéraire, s'affranchit du contexte, et la compréhension de l'interlocuteur ne dépend que du « verbe ». Or, est apparue, chez les deux patients, une grande inhibition verbale lors de cette épreuve, en pré- et en post-test. OL a tenté d'ébaucher quelques propositions, avant d'abandonner devant la difficulté de la tâche. La proximité du discours narratif et du discours autobiographique interroge toutefois : ces deux types de discours ne semblent pas susciter les mêmes comportements verbaux mais sont pourtant très proches. Dans la littérature, l'autobiographie est considérée comme une narration, à ceci près qu'elle a la particularité d'être fondée sur un « pacte » (Lejeune, 1985) : l'auteur s'engage à parler en son nom propre et à dire la vérité sur lui-même. Pour autant, l'autobiographie se distingue de la narration pure : elle est moins formelle, plus concrète et aux prises avec le réel, et surtout, elle est bien plus engrammée émotionnellement qu'une histoire ou un film à raconter. La chronologie, les faits sémantiques généraux, les détails épisodiques semblent être naturellement plus présents et plus facilement accessibles lors d'un récit de vie que lors du récit formel d'une histoire extérieure à soi. Le discours autobiographique apparaît encore ici comme un potentialisateur de l'incitation verbale.

1.3.6 Intérêt pour la structuration discursive d'un protocole d'intervention fondé sur une situation de discours rendue hautement pragmatique par la dimension autobiographique

Le protocole prenait effet à partir d'une situation hautement pragmatique d'échange : dans le cadre du récit autobiographique, le thérapeute ne sait rien de l'histoire que le patient a à raconter, de sa chronologie, de ses détails, des personnes impliquées. A cela s'ajoute l'enjeu de « se dire », déjà évoqué. Il s'ensuit donc une mécanique pragmatique d'explicitation des propos à travers la prise en compte du savoir du thérapeute, afin d'atteindre sa compréhension. Cette situation pragmatique de discours mêlée à l'enjeu du récit de soi constitue un potentiel levier sur la structuration globale du discours.

1.4 Evolution de la communication des patients avec leur entourage : HS1

1.4.1 Absence d'amélioration en mesure répétée & aux tests initiaux et finaux

Ni EC ni OL n'ont présenté d'amélioration dans leur communication avec leur entourage, d'après les appréciations des aidantes en mesure répétée. EC est resté à un niveau de 3/5 en dehors de deux points inférieurs, correspondant à une semaine où la communication était plus laborieuse (cette période coïncidait avec l'entrée en confinement). A l'inverse, OL a présenté, d'après son aidante, une amélioration dans sa communication lors d'une semaine proche de la fin de l'intervention. Elle justifiait cette légère hausse par plus de mots dits spontanément, dans un contexte de dissociation automatico-volontaire. Cette impression de progression ne s'est pas maintenue.

Le QLPC version « entourage » corrobore les appréciations des aidantes en mesure répétée : leurs appréciations quant à la communication des patients se sont même dégradées. Cela peut s'expliquer par une cotation plus stricte en fin d'intervention, par l'impact du confinement sur les situations de communication, ou encore par des variations normales imputables à un questionnaire.

Le QLPC version « patient » de EC met en évidence beaucoup d'éléments en contradiction avec les scores de l'aidante. De plus, le seul point d'amélioration commun au patient et à son aidante concerne la qualité de la communication lors d'activités de loisirs. Or, les items concernant la communication en contexte social peuvent être remis en question par le contexte du confinement. Le questionnaire traduit donc difficilement l'évolution de la communication de EC avec son entourage. La suspension des activités de l'association sportive dirigée par EC (contexte sanitaire) n'a pas permis de recueillir une éventuelle évolution de la communication du patient devant une assemblée (plainte).

Le QLPC version « patient » de OL met en évidence de nombreux items améliorés. Ces items concernent la capacité à suivre de longues conversations, la capacité à évoquer le nom de personnes, la qualité de la communication avec la sphère familiale et sociale, et la capacité à raconter une histoire. Ce dernier item peut être contrebalancé par les résultats obtenus au discours narratif du CUDP. Le reste est plausible : la capacité à suivre de longues conversations a peut-être été favorisée par le fait que le travail de RA ait nécessité une attention verbale soutenue, à travers une situation de travail hautement pragmatique et fonctionnelle. D'ailleurs, il s'agit du seul item sur lequel l'aidante ait aussi extrait une amélioration. La capacité à évoquer le nom des personnes a également pu être améliorée, puisque le travail de RA a sollicité maintes fois l'évocation du prénom des personnes de l'entourage.

1.4.1.1 Implication de l'aidante : vécu positif de la triade thérapeutique

L'aidante de OL, présente lors des séances, intervenait lors des impasses communicationnelles entre le patient et le thérapeute, et parfois pour compléter ou relancer son époux sur l'évocation d'une période, d'un fait, ou d'un souvenir. Cette triade a été intéressante et pertinente dans le cadre de ce travail. Tout en admettant qu'elle ne devait pas avoir un rôle de thérapeute, l'aidante a formulé le bénéfice qu'elle trouvait à sa participation aux séances, à travers l'observation de la mise en place du protocole, révélant les difficultés mais aussi les ressources de son époux. Par ailleurs, elle a formulé un vécu très positif de cette intervention pour elle-même, par rapport aux échanges qu'elle a pu avoir avec son époux autour de leur histoire commune. Même si l'aidante n'a pas objectivé d'amélioration de la communication avec son époux, il aurait été intéressant de mener, parallèlement à cette intervention, une étude orientée sur l'analyse conversationnelle des échanges entre OL et son aidante. Cela aurait permis d'identifier d'éventuels changements dans leur dynamique communicationnelle,

ou encore d'éventuelles adaptations de l'aidante, à travers davantage de comportements de facilitation verbale par exemple.

L'absence de l'aidante de EC, en raison de son activité professionnelle, n'a pas permis de recueillir d'autres éléments relatifs au bénéfice de l'implication de l'entourage.

1.5 Evolution de la participation des patients : HS2

1.5.1 Absence d'amélioration en mesure répétée & aux tests initiaux et finaux

En mesure répétée, la courbe d'évolution dessinée par les appréciations de l'aidante de EC montre une amélioration dès la ligne de base, qui continue de croître ensuite. Un retrait de tendance a donc été appliqué, ce qui a annulé les effets positifs présumés. L'aidante associait cette amélioration à des activités qu'elle redécouvrait comme étant possibles pour son époux (assurer des travaux d'intérieur et d'extérieur notamment), sans pouvoir dire si ces capacités étaient tout juste revenues ou si elles se rendaient seulement visibles. La croissance maintenue de la courbe a été associée à la reprise de la conduite chez EC. De fait, rien n'était en rapport avec l'intervention de RA. Pour autant, cette évolution traduite par l'aidante de EC en mesure répétée, bien que non imputable à l'intervention, ne s'est pas nettement observée dans ses réponses au QLPC. Le patient a, en revanche, estimé une légère amélioration de sa participation dans ses propres réponses au QLPC, notamment dans la participation à des échanges écrits, qui est le seul item commun que patient et aidante aient signifié comme s'étant amélioré. Ceci pourrait être mis en lien avec notre intervention très orientée sur l'écrit. Mais cette idée est remise en question par la dégradation d'autres items en lien avec les activités écrites, chez le patient comme chez l'aidante.

L'aidante de OL regrettait la persistance de l'attitude apathique de son époux qui était spontanément peu enclin à réaliser certaines choses qu'il était toutefois en mesure de faire sur demande. Elle a donc maintenu son appréciation de la participation à 2/5 en mesure répétée tout au long de l'intervention. Les réponses de l'aidante au QLPC corroborent les appréciations en mesure répétée : aucune évolution réelle n'apparaît. Le patient, en revanche, estime avoir amélioré sa participation. Néanmoins, les items portant sur les interactions sociales doivent être nuancés par le contexte épidémique. Deux items sont conjointement améliorés chez le patient et chez l'aidante : d'une part, la participation à des échanges téléphoniques, ce qui peut être mis en lien avec la levée de l'inhibition verbale sous l'effet du RA. D'autre part, la reprise de l'activité de lecture. D'ailleurs, trois des quatre items améliorés chez l'aidante concernent l'écrit. L'intervention de RA, qui semble avoir fait levier sur les capacités de lecture du patient (HG1.5), peut ainsi avoir contribué à la reprise progressive de l'activité de lecture chez OL, extrêmement importante à ses yeux et considérée comme l'une des principales pertes engendrées par l'AVC.

1.5.1.1 La démarche d'empowerment permise par le projet de RA

Le travail sur la matière autobiographique a trouvé l'intérêt de OL comme de son entourage : l'aidante nous a ainsi rapporté que les week-ends, un des fils du couple reprenait le texte autobiographique avec son père, et ils cherchaient à associer des photos à chaque phrase écrite dans le texte. Il est donc intéressant de voir que la matière autobiographique donne à travailler en orthophonie, tout en incluant l'entourage, jusqu'à permettre un relais avec celui-ci, et cela peut présenter un intérêt qui dépasse le cadre strict de la remédiation linguistique.

Devant l'intérêt montré par OL et ses proches pour ce travail de récit de vie, l'idée de réaliser un livre des « mémoires de vie » leur a été évoquée. Néanmoins, il a été précisé que ce projet ne pourrait s'élaborer dans le cadre de cette intervention, faute de temps. Pour autant, le patient et son entourage ont gardé l'idée, et ont parlé de réaliser ce projet ensemble.

On peut ici évoquer le concept d'« empowerment », décrit par Huberson (2018, p.4) comme « *un processus qui consiste à restaurer [une] autonomie à travers la rééducation, l'implication de l'entourage, l'adaptation à la maladie et la resocialisation dans la vie quotidienne* ». Le travail de RA a permis, à la fois, de donner la parole au patient et de créer une dynamique d'échange et de partage avec son entourage, tournée sur cette matière autobiographique. En ce sens, la participation a été favorisée par le travail de RA, même si cela ne s'est pas reflété dans les mesures répétées notamment.

Pour EC, le travail s'est effectué uniquement en présence du thérapeute. Néanmoins, le patient avait à cœur d'imprimer chaque semaine son texte autobiographique augmenté des nouvelles productions obtenues en séance, et il le faisait lire à son épouse et à ses enfants. Le RA permet un aspect de l'ordre de la transmission, qui contribue à cette dimension de participation.

Au-delà de donner la parole au patient sur sa propre histoire, le RA présente l'intérêt de le reconnecter à une majorité des fonctions du langage décrites par le linguiste Roman Jakobson en 1963. En effet, le RA recrute :

- la fonction référentielle par le fait de faire référence à son passé ;
- la fonction expressive/émotive par le fait que ce travail soit centré sur l'émetteur (donc le patient) par l'évocation de son histoire personnelle ;
- la fonction conative par le fait que le message soit aussi centré sur le destinataire (thérapeute & aidante) dont le patient cherche à obtenir la compréhension ;
- la fonction métalinguistique par le fait que le travail soit centré sur le langage lui-même, à travers les enjeux de récupération ;
- la fonction poétique par le caractère littéraire de ce récit dont la forme esthétique n'était pas négligée des patients. D'ailleurs, plusieurs structures de phrase étaient parfois réalisées en réponse à une seule question, et le patient avait le choix de celle qu'il allait introduire à son texte autobiographique.

1.6 Evolution du sentiment de soi : HS3

Seule une mesure répétée a été appliquée ici, car le QLPC ne comportait pas d'item qui rejoignait cette notion de sentiment de soi ; il n'a donc pas été proposé de test initial et final relatif à cette hypothèse.

OL a maintenu ses appréciations du sentiment de soi à 2/5. Il exprimait souvent le fait que rien n'avait changé par rapport à la semaine précédente. En revanche, EC a connu une nette et constante amélioration de ce sentiment à partir du moment où il a repris la conduite. Cette évolution n'est donc pas imputable à l'intervention de RA.

1.6.1 Lien entre le récit autobiographique et le sentiment de soi

En donnant la parole au patient sur son histoire de vie, en créant une matière d'échange et de création avec l'entourage, le RA semble contenir la potentialité d'améliorer le sentiment d'identité

du patient. Mais ceci reste une potentialité, qui dépend d'autres facteurs pour devenir effective. Si l'intérêt d'un patient réside dans le fait de se remettre à marcher, il ne trouvera pas forcément l'intérêt porté par ce travail. Cela dépend de la réceptivité de l'individu à ce projet, de sa propension à se raconter et, de fait, à y trouver un bénéfice. Le sentiment d'identité de EC s'est amélioré à partir du moment où il a repris la conduite. L'absence de changement pour OL marque le fait que malgré les bénéfices tirés de ce travail, cela n'ait pas contribué à améliorer son sentiment d'être lui-même. Néanmoins, la complexité de la notion du sentiment de soi doit être questionnée, ainsi que la compréhension de cette notion de la part des patients.

2. Points forts de l'étude

2.1 Mesures répétées et tests initiaux et finaux

Les mesures répétées du niveau lexical (nombre de manifestations du manque du mot et informativité verbale) ont montré leur pertinence à travers diverses corrélations.

Les mesures répétées du niveau discursif (score de cohérence et de cohésion) ont été élaborées à partir de définitions issues de la littérature : leur validité interne semble pouvoir être confirmée. De plus, elles se sont avérées suffisamment fines pour objectiver la progression des patients.

Les scores des mesures répétées secondaires ont été volontairement établis sur une échelle de 0 à 5, afin de limiter la complexité et la variabilité des appréciations.

La BETL est une batterie choisie pour ses qualités psychométriques et notamment pour sa sensibilité à détecter l'évolution des patients.

Le QLPC est un questionnaire étalonné et dont la validité a été prouvée. La validité de la version « entourage » est établie.

2.2 Protocole de RA

Ce protocole semble répliquable tel que détaillé dans cet écrit. Les deux démarches thérapeutiques adoptées avec chacun des patients ont été consignées. Elles apportent des idées d'adaptations à des profils aphasiques différents.

Le travail en situation de discours permet de nombreux avantages, en dehors des difficultés qu'il peut donner au thérapeute : il sollicite à la fois le mot et la phrase, et surtout il est fonctionnel. Ces observations rejoignent les idées énoncées par Whitworth et collaborateurs (2015b). La dimension autobiographique greffée au discours a permis d'apporter un haut niveau de pragmatique dans les échanges, touchant directement la structuration discursive. L'enjeu émotionnel du récit de soi a aussi favorisé l'incitation verbale et, de fait, l'accès lexical. Au-delà du domaine linguistique, le RA a permis un impact écosystémique qui s'est observé de façon qualitative, à défaut de l'objectivation d'un effet sur les aspects de communication, de participation et de sentiment de soi. Ce protocole s'inscrit dans le modèle biopsychosociolinguistique A-FROM (Kagan *et al.*, 2008).

En dehors de l'aspect autobiographique, le protocole s'est attaché à travailler, le plus spécifiquement possible, l'accès lexical, la construction de la phrase, et le niveau discursif à travers la cohésion et la cohérence. Cette entreprise était complexe de mise en œuvre : l'évolution des thèmes

amenés par le récit de vie rendait difficile un travail répétitif tourné sur les mêmes items et les mêmes structures de phrase. Néanmoins, des items lexicaux récurrents embrassant un large panel de catégories grammaticales (noms communs, noms propres, verbes, adjectifs, adverbes) ont pu être remobilisés. Le niveau syntaxique a aussi cherché à être travaillé spécifiquement. D'ailleurs, le protocole tel qu'élaboré à ce niveau rejoint une autre thérapie spécifiquement tournée vers le travail de la phrase : le *Sentence Production Program for Aphasia* (Helm-Estabrooks et Nicholas, 2000). En effet, on y retrouve un principe similaire : celui de poser la question de sorte qu'elle contienne la structure cible. Le niveau du discours a été travaillé à travers deux composantes majeures : la cohésion des syntagmes et la cohérence globale des productions.

Si les différents niveaux linguistiques ont été individuellement ciblés, leur interdépendance amène l'idée qu'ils se soient réciproquement bénéficiés. Cette étude contribue à l'intérêt du travail linguistique « multi-niveaux », d'autant qu'il fait écho à la notion de « fonctionnalité ».

La matière sur laquelle le travail a pris effet est une matière loin d'être formelle : c'est une matière autobiographique. En cours d'intervention, la question s'est posée de savoir s'il était légitime et bienvenu de faire d'un tissu autobiographique l'objet d'une remédiation orthophonique. L'avis des patients a finalement tranché la question puisqu'ils ont trouvé un intérêt à évoquer leur histoire tout en travaillant à partir de celle-ci. Néanmoins, il semble important de proposer une telle intervention à un patient qui y serait enclin ; tout le monde n'est pas disposé à évoquer son histoire, pour diverses raisons.

Une autre question s'est aussi posée : celle du cadre professionnel. Il n'est pas anodin de travailler à partir d'une matière aussi personnelle et intime. Néanmoins, la thérapie en orthophonie s'oriente de plus en plus vers des prises en soin fonctionnelles, pragmatiques et psychosociales. Pour autant, on ne considère pas que cette dimension écosystémique déplace le cadre professionnel de l'intervention. Certes, une plus grande proximité s'instaure, parce qu'une plus grande compréhension du patient et de son entourage s'instaure également. Le rappel de la démarche professionnelle peut être nécessaire pour rester claire à l'esprit des patients. A noter qu'il a souvent été rappelé aux patients qu'ils restaient libres de répondre ou pas aux questions. EC a, par exemple, souhaité passer sous silence une période de sa vie.

Différents éléments ont pu être mis en lumière par cette intervention, trouvant parfois un écho dans la littérature :

- la facilitation du rappel autobiographique à travers sa composante sémantique ;
- la charge exécutive à l'œuvre dans les discours écologiques ;
- l'inhibition verbale suscitée par le discours narratif pur ;
- l'incitation verbale et l'intérêt à la communication suscités par le discours autobiographique, permettant de solliciter l'évocation verbale et donc l'accès lexical ;
- l'intérêt d'un travail linguistique « multi-niveaux », par l'interconnexion et la réciprocité des niveaux linguistiques ;
- la pragmatique des échanges amenée par la dimension autobiographique, et la fonctionnalité du langage à travers les nombreuses fonctions du langage recrutées par le RA ;
- le bénéfice observé qualitativement de la participation de l'aidante aux séances et l'impact écosystémique du RA ;
- la réponse différente de deux patients différents à un protocole adapté à chacun.

3. Points faibles de l'étude

3.1 Mesures répétées principales

La construction des analyses après la transcription des corpus est critiquable, mais a semblé pertinente pour refléter la réalité des productions.

Pour autant, les mesures répétées établies pour apprécier la production syntaxique ne sont pas pertinentes, car basées sur un décompte biaisé par la variabilité des corpus et par le caractère libre des productions des patients.

La construction des scores est de notre ressort et peut être discutée. Néanmoins, ces scores se sont avérés facilitants dans l'analyse ardue du discours, tout en étant représentatifs et suffisamment fins pour mettre à jour des améliorations. Certains positionnements théoriques ayant orienté l'analyse du discours sont critiquables car réducteurs (notamment le rapprochement des notions de cohérence globale et de macrostructure), mais découlent de notions variablement définies dans la littérature.

L'absence de juge externe ne permet pas de garantir la reproductibilité des mesures.

Les tâches de discours sur lesquelles s'exercent les mesures répétées des hypothèses principales se discutent aussi, en raison de la grande variabilité des corpus. En effet, les mesures répétées s'appuient sur un matériel orthophonique composé de grandes photographies représentant des thèmes divers. Ces photographies ne sont pas appariées : elles ne suscitent pas les mêmes items lexicaux au discours descriptif, les thèmes ne parleront pas de la même façon aux patients donc le discours autobiographique qui découlera de chaque thème sera inévitablement variable, de même que le discours argumentatif. Cela empêche effectivement une évaluation normée, répétitive et spécifique d'une composante linguistique précise. Mais cela a le mérite d'éviter un effet d'apprentissage. De plus, le discours est un critère de jugement comportemental et écologique. Il est difficile à analyser car il met en jeu une multitude de traitements, mais il permet un relatif reflet de la fonctionnalité du patient au quotidien.

3.2 Mesures répétées secondaires

L'objectivité recherchée à travers le regard extérieur des aidantes sur les questions de communication et de participation est discutable, car un aidant immergé quotidiennement dans la vie d'une personne aphasique est peut-être moins objectif qu'on pourrait le penser.

Les mesures répétées des hypothèses secondaires, telles que construites, sont critiquables en ce qu'elles évaluent possiblement mal ce qu'elles sont censées évaluer. Si la mesure répétée d'appréciation de la communication patient-aidante semble pertinente, celle de la participation du patient l'est moins. D'une part, en raison du contexte épidémique et du reconfinement survenu en cours d'intervention. D'autre part, car cette appréciation était du ressort de l'aidante et ne traduisait donc pas le sentiment propre du patient.

L'appréciation du sentiment de soi peut être critiquée par la difficulté qu'il y a à définir cette notion et, de fait, à la faire comprendre, qui plus est à des patients en difficulté de compréhension.

Par ailleurs, la formulation même des questions posées pour les mesures répétées secondaires peut être débattue. En effet, il a été demandé aux aidantes et aux patients de mesurer l'évolution de

ces variables qualitatives par rapport à « avant ». Il est vrai que lorsque survient un événement qui nous change et nous limite au quotidien, on prend souvent pour repère ce qu'il en était avant, et tous les efforts sont concentrés pour revenir à cet état antérieur. Or, il est discutable d'introduire cette notion d'« avant » dans les questions posées, quand on sait que tout l'enjeu en post-AVC est d'avancer et de progresser certes, mais en composant avec les limitations fonctionnelles du « maintenant », inévitables et bien souvent pérennes.

Les erreurs méthodologiques commises en faisant valoir une mesure pour les deux séances hebdomadaires, et en omettant d'effectuer la dernière mesure répétée (en dehors des mesures relatives à l'aidante de EC) n'ont toutefois pas interféré dans les résultats.

3.3 Tests initiaux et finaux

Une latence de seulement deux mois sépare les deux passations. Il n'est pas possible de garantir l'absence d'effet d'apprentissage (dit « test-retest »).

La BEPS est une batterie de diagnostic ; elle peut donc vite plafonner en étant utilisée comme batterie d'évolution. Néanmoins, cela n'a pas été le cas, puisque l'évolution des patients a pu se traduire dans les différentes épreuves.

Ce qui reste critiquable est l'utilisation du CUDP puisque le protocole de passation a été proposé à une population anglophone composée de seulement 30 personnes, dont 10 dans la classe d'âge concernée par OL et EC. L'étalonnage n'est donc pas représentatif. Il a toutefois été décidé d'y recourir puisque le CUDP permet une évaluation des discours du quotidien, alors que les batteries francophones n'évaluent souvent que le discours narratif.

Quant au QLPC, ses items ont été sélectionnés et répartis en deux catégories : communication et participation. Or, comme il s'agit d'un questionnaire de participation à la communication, ces deux entités se recoupent souvent, ce qui peut sembler rendre la répartition un peu anarchique.

Le changement survenu entre le bilan initial (en présentiel) et le bilan final (en télé-soin) induit un biais de modalité de passation : les conditions de bilan n'étaient pas strictement identiques. Néanmoins, la passation en télé-soin s'est adaptée et conformée autant que possible à la passation habituelle par le biais du partage d'écran (recours à la version numérique de la BEPS, non prise en compte des temps à la BETL).

3.4 Ligne de base et intervention spécifique

Le déséquilibre observé entre le temps de séance en ligne de base (30-35 minutes) et le temps de séance en phase de RA (45-50) pourrait induire un biais de temps de travail et de temps avec thérapeute, mais il s'agit de variations fréquemment rencontrées dans les séances d'orthophonie.

La ligne de base a été articulée autour d'activités de raisonnement non verbal, impliquant souvent les fonctions exécutives. Le contenu de la ligne de base doit en principe différer du contenu de l'intervention spécifique, afin de ne pas entraîner les composantes qui le seront lors de l'intervention spécifique, au risque de biaiser l'évaluation préalable à l'intervention. Or, l'intervention de RA était portée sur le discours, qui recrute fortement les fonctions exécutives. Nous pouvons toutefois nuancer ce potentiel biais par le fait que les fonctions exécutives aient été recrutées au travers du langage en phase de RA, ce qui n'était pas le cas en ligne de base.

La présence de l'aidante lors des séances avec OL a introduit une variation dans les conditions d'intervention, qui compromet la comparaison des deux remédiations menées auprès de OL et EC.

Le changement de modalité survenu au confinement d'octobre 2020 a pu induire un biais de passation puisqu'il a fallu basculer l'intervention en télé-soin. Néanmoins, l'outil informatique a présenté des intérêts, notamment celui de pouvoir partager un même écran et de pouvoir travailler conjointement sur le support écrit ; cela a permis une souplesse de travail. Le présentiel gardait toutefois la préférence des patients. Par ailleurs, ce changement montre l'adaptation parfois nécessaire de l'intervention orthophonique au contexte global, ce qui constitue l'un des quatre piliers de la pratique fondée sur les preuves (EBP) (Maillart *et al.*, 2020).

4. Recommandations pour les recherches futures et la clinique orthophonique

Pour une éventuelle réplique de l'étude :

- D'autres mesures pourraient être considérées pour investiguer l'accès lexical (nombre de déformations phonologiques, etc.). Des tâches plus contrôlées peuvent aussi être envisagées.
- D'autres mesures doivent être réfléchies pour évaluer plus précisément le niveau syntaxique. Un score de grammaticalité des phrases a été appliqué dans cette étude, mais s'est également avéré non représentatif, en tout cas pour les patients de cette étude. Il faudrait envisager des scores prenant en compte le niveau de développement des syntagmes à travers la présence d'adjectifs, d'adverbes ou de prépositions ; ou encore des scores autour de la qualité des verbes produits, dans une dimension plus sémantique (verbes généraux « faire »/verbes précis « dessiner »). Des tâches plus contrôlées peuvent aussi être envisagées.
- Des mesures de communication et de participation plus orientées sur le patient seraient à considérer pour d'éventuelles répliques.
- La mesure d'appréciation du sentiment de soi gagnerait à être clarifiée et rendue plus accessible, ou encore à être préférée par d'autres notions plus simples à comprendre, comme celle de la qualité de vie, qui n'évalue cependant pas la même chose.
- Des questions autrement formulées (davantage orientées vers le « maintenant » et non plus en comparaison avec « l'avant ») seraient à envisager.
- Le recours à d'autres batteries investiguant le discours doit être envisagé (bien qu'il s'agisse souvent de l'unique discours narratif).

Une réplique de plus longue durée d'intervention et/ou plus intensive pourrait contribuer à objectiver les effets d'un tel travail au-delà des bénéfices linguistiques.

Le recrutement important des fonctions exécutives dans le discours pourrait ouvrir la voie à une étude répliquée auprès de patients présentant notamment des troubles cognitivo-linguistiques acquis.

Plus globalement, nous recommandons la réalisation de protocoles s'appliquant à la population aphasique chronique, dont les prises en soin sont complexes et nécessitent d'être davantage éclairées.

Chaque patient est différent, chaque profil aphasique est différent, et chaque atteinte aphasique impacte différemment la vie des personnes ; ainsi, ce protocole gagnerait à être remanié, repensé, prolongé sur d'autres aspects, pour bénéficier individuellement aux patients.

Le protocole peut être adapté pour servir des objectifs éventuellement plus précis. Il gagnerait à être encore plus contrôlé au niveau des questions posées, pour que celles-ci soient à même de susciter des items ou des structures phrastiques cibles de manière répétée voire systématique. Néanmoins, il paraît aussi important de ne pas perdre de vue la fonctionnalité de ce travail, et de laisser au patient la possibilité d'amener ses propres productions, et de travailler à partir de celles-ci, quand bien même on s'éloignerait des cibles initiales. Là a peut-être été la plus grande difficulté rencontrée au cours de l'intervention : l'équilibre à trouver entre ce que le thérapeute souhaite travailler et ce que le patient amène de lui-même. En plus, travailler sur du discours n'a rien d'évident car c'est une entité linguistique très dense, mais travailler sur du discours tout juste produit n'est pas aisé non plus car le thérapeute ne peut pas préparer son intervention à l'avance. C'est là une des principales difficultés de mise en œuvre de ce travail.

Nous recommandons cette intervention uniquement pour les patients qui auraient un intérêt à travailler à partir de l'évocation de leur propre histoire. Nous recommandons également que cette intervention de RA ne soit pas proposée avant la phase chronique, pour laisser la place aux remédiations linguistiques plus spécifiques en phase aiguë et subaiguë. Néanmoins, un travail mené simultanément sur plusieurs niveaux linguistiques pourrait être envisagé lors d'interventions précoces.

5. Evaluation globale de l'intervention à travers les critères de l'échelle RoBiNT (Risk of Bias in N-of-1 Trials)

Design avec 3 démonstrations d'effet	Non validé
Randomisation	Validé
Au moins 5 points par phase	Validé
Aveugle patient/thérapeute	Non validé
Aveugle évaluateur	Validé
Fidélité inter-juges	Non validé
Fidélité procédurale	Validé
Description des caractéristiques démographiques et cliniques des patients	Validé
Description du contexte de l'intervention (environnement, lieu)	Validé
Description des critères de jugement	Validé
Description de l'intervention	Validé
Apparition des données brutes	Validé
Application d'une méthode d'analyse des données	Validé
Réplication	Non validé
Généralisation	Non validé

Tableau 21 : Evaluation de la qualité méthodologique de l'intervention par l'échelle RoBiNT

Le score de qualité méthodologique attribué à cette intervention est de 10/15, ce qui signe une relative qualité méthodologique pour cette étude très exploratoire.

CONCLUSION

Les atteintes aphasiques issues des AVC impactent le quotidien des patients à travers de nombreux aspects. Elles perturbent la communication avec l'entourage familial et social, l'exercice des rôles familiaux et sociaux, le maintien des activités usuelles, ou encore le sentiment d'identité. Notre SCED a été élaboré en tenant compte de ces différents aspects qui définissent la globalité du patient. Un travail articulé autour du discours a été choisi en ce qu'il constitue une voie privilégiée d'accès à la fonctionnalité dans le quotidien, et aux niveaux linguistiques inférieurs sur lesquels il se construit : la phrase et le mot. L'aspect autobiographique est venu se greffer, d'une part pour potentialiser la récupération des niveaux linguistiques à travers sa teneur émotionnelle, d'autre part pour pouvoir toucher les aspects de communication avec l'entourage, par le biais de la présence de l'aidante aux séances et par l'évocation d'une histoire commune ; de participation, par le fait de donner la parole sur sa propre histoire ; de sentiment de soi, par le fait de raconter le passé avec les capacités langagières du présent, et de rétablir ainsi une continuité phénoménologique par le biais du récit.

Un protocole articulé autour de l'autobiographie a été élaboré pour cibler les différents niveaux linguistiques de façon spécifique : le mot, la phrase, le discours. Il a été adapté pour chaque patient, dont les atteintes aphasiques différentes ne permettaient pas un travail à un même niveau de langage. Le protocole de l'un des patients n'a pu inclure la présence de son aidante aux séances.

La méthodologie SCED permet de fonder statistiquement les résultats obtenus. Il en ressort que cette intervention de RA a permis d'améliorer les capacités d'accès lexical chez les deux patients, mais uniquement sur des tâches isolées. L'effet ne s'est pas généralisé en situation d'énonciation quotidienne. Pour l'un des patients, l'intervention a semblé favoriser une levée de l'inhibition verbale.

L'amélioration des capacités d'élaboration syntaxique chez les deux patients n'a pu être mise en évidence que partiellement par le biais des bilans initiaux et finaux, en raison de mesures répétées inadaptées.

Une évolution significative de la structuration du discours a été objectivée chez le patient ayant pu bénéficier, grâce à une atteinte aphasique moindre, d'une intervention immédiate à ce niveau de langage.

Une action rétroactive entre les différents niveaux linguistiques doit être envisagée. Le rôle potentialisateur de la dimension autobiographique doit aussi être incriminé, par la pragmatique qu'elle introduit dans les échanges et par l'incitation verbale qu'elle suscite.

La communication, la participation et le sentiment de soi n'ont pas montré d'évolution significative d'après les mesures choisies pour évaluer ces aspects. Néanmoins, des observations qualitatives révèlent l'impact écosystémique du RA.

En résumé, cette étude montre l'intérêt d'un travail sur plusieurs niveaux linguistiques, articulé autour d'une matière autobiographique. Il apparaît essentiel que l'intervention orthophonique conjugue les approches cognitive, pragmatique et psychosociale. Il est aussi important que la recherche s'oriente vers des protocoles de remédiation incluant la population aphasique chronique.

BIBLIOGRAPHIE

- Algurén, B., Fridlund, B., Cieza, A., Stibrant Sunnerhagen, K., Christensson, L. (2012, avril). « Factors Associated with Health-Related Quality of Life after Stroke : A 1-Year Prospective Cohort Study ». *Neurorehabilitation and Neural Repair* 26, n° 3 : 266-274.
- Benveniste, E. (1966). « Les relations de temps dans le verbe français », *Problèmes de linguistique générale*, t. I, Paris, Gallimard : 242.
- Bock, K., Levelt, W. (1994). *Language production: Grammatical encoding*. In M. A. Gernsbacher (Ed.), *Handbook of psycholinguistics* (p. 945–984). Academic Press.
- Bousquet, L., Chatelain, A. (2008). Beyaert, V., Marquant, S. (2010). Marle, A., Ray, O. (2012). *Questionnaire Lillois de Participation à la Communication*. Université Lille 2 Droit et Santé. Institut d'orthophonie Gabriel Decroix.
- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ; Issue 6:CD000425.
- Bury, M. (1982). « Chronic illness as biographical disruption ». *Sociology of health & illness* 4, n° 2 : 167-82.
- Caramazza, A., Hillis, A.E. (1990). « Where do semantic errors come from? ». *Cortex*. Volume 26, Issue 1 : 95-122. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(13\)80077-9](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(13)80077-9)
- Cattini, J., Clair-Bonaimé, M. (2017). Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. *Rééducation orthophonique*, Ortho Edition, n°272 : 109-146.
- Charolles, M. (1995). Cohésion, cohérence et pertinence du discours. *Travaux de linguistique*, 29, 125-151.
- Charolles, M. (2011). « Cohérence et cohésion du discours ». In K.Hölker & C. Marengo eds. *Dimensionen der Analyse Texten und Diskursivent – Dimensioni dell'analisi di testi e discorsi*, 153-173. HAL : 1-15.
- Chomsky, N. (1971). *Aspects de la théorie syntaxique*, Paris, Seuil.
- Chuy, M., Rondelli, F. (2010). Traitement des contraintes linguistiques et cognitives dans la construction de la cohérence textuelle. *Langages*, 1(1), 83-111. <https://doi.org/10.3917/lang.177.0083>
- Conway, M. A., Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological review*, 107(2), 261.
- Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E.J., Hardering, F., Keilmann, A. (2014). Improving quality of life in aphasia—Evidence for the effectiveness of the biographic-narrative approach. *Aphasiology*, 28 : 4, 440-452. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.843154>
- Corsten, S., Schimpf, E.J., Konradi, J., Keilmann, A., Hardering, F. (2015). The participants' perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, Vol. 50, No. 6 : 788–800.
- Damasio, Antonio R. « Aphasia ». *The New England Journal of Medicine* 326, n° 8 (1992) : 531-539. <https://doi.org/10.1056/NEJM199202203260806>.
- De Fina, A. (2019) « Discourse and Identity », *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. Edited by Carol A. Chapelle. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/9781405198431.wbeal0326.pub2
- Degiovani, R. (2000). « Des mots au monde : pour une intervention orthophonique renouvelée auprès des personnes aphasiques ». *Actes du 4e congrès du CPLOL*.
- Desgranges, B., Eustache, F. *Les conceptions de la mémoire déclarative d'Endel Tulving et leurs conséquences actuelles*. *Rev Neuropsychol* 2011 ; 3 (2) : 94-103 doi:10.1684/nrp.2011.0169
- Dictionnaire d'Orthophonie : Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2018a). Dictionnaire d'Orthophonie – Quatrième édition. OrthoEdition : 27-29 ; 148.
- Dictionnaire d'Orthophonie : Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2018b). Dictionnaire d'Orthophonie – Quatrième édition. OrthoEdition : 104-105.
- Dictionnaire d'Orthophonie : Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2018c). Dictionnaire d'Orthophonie – Quatrième édition. OrthoEdition : 22-23.
- Dictionnaire d'Orthophonie : Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2018d). Dictionnaire d'Orthophonie – Quatrième édition. OrthoEdition : 72.

- Dipper, L., Cruice, M. (2018, juillet). « Personal Storytelling in Aphasia: A Single Case Study of LUNA Therapy ». *Aphasiology* 32, n° sup1 : 60-61. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1487919>.
- Eustache, F., Desgranges, B. *MNESIS: towards the integration of current multisystem models of memory*. *Neuropsychol Rev* 2008 ; 18 : 53-69.
- Fisher, W.W., Kelley, M.E, Mevers, J. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis* 36(3):387-406 DOI:10.1901/jaba.2003.36-387
- Godefroy, O., Tran, T.M. (2015, novembre). *Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux*, OrthoEdition, Isbergues.
- Haute Autorité de Santé. (2019, mai). *Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC – Note de problématique* : 6-19.
- Helm-Estabrooks, N., Nicholas, M. (2000). *Sentence production program for aphasia*. Pro-ed.
- Herbert, R., Gregory, E., Best, W. (2014). Syntactic versus lexical therapy for anomia in acquired aphasia: differential effects on narrative and conversation. *International Journal of Language & Communication Disorders* 49, n°2 : 162-173. DOI: 10.1111/1460-6984.12054
- Huberson, A. (2018). Définir le phénomène d'empowerment dans une séance de rééducation orthophonique. Travail de séminaire, Université de Bâle : 4.
- Inserm - La science pour la santé. « Accident vasculaire cérébral (AVC) ». Consulté le 10 avril 2021. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>.
- Jakobson, R. (1963) « Linguistique et Poétique », *Essais de linguistique générale*.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T., Sharp, S. (2008). « Counting what counts : A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention ». *Aphasiology* 22, n° 3 : 258-80.
- Kahlaoui, K., Ansaldo, A.I. (2009). Récupération de l'aphasie d'origine vasculaire : facteurs de pronostic et apport de la neuro-imagerie fonctionnelle. *Revue neurologique* 165 (2009) 233–242.
- Kleim, J.A., Jones, T.A. (2008, février). « Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage ». *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Supplement* : Neuroplasticity, Vol.51, Issue 1. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))
- Krasny-Pacini, A., Chevignard, M. (2017). Considérations pratiques sur les difficultés méthodologiques inhérentes aux protocoles de rééducation chez l'enfant. *A.N.A.E.*, 146, 001-007.
- Krasny-Pacini, A., Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Volume 61, Issue 3 : 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Lauricella, T. (2016). La communication de l'aidant avec la personne aphasique : intérêt du jeu de rôle lors d'un programme de formation. *Médecine humaine et pathologie* : 17. dumas-01488123
- Lejeune, P. (1975). *Le pacte autobiographique*, Seuil, coll. "Poétique".
- Maillart, C., Martinez-Perez, T., Willems, S., Durieux, N. (2020) MOOC : *Psychologue et orthophoniste : l'EBP au service du patient*. Fun MOOC. Université de Liège.
- Manolov, R., Gast, D.L., Perdices, M., Evans, J.J. (2014). Single-case experimental designs: reflections on conduct and analysis. *Neuropsychological Rehabilitation* ;24(3-4):634-60. doi: 10.1080/09602011.2014.903199. PMID: 24779416. <https://manolov.shinyapps.io/Overlap/>
- Mapelli, G., Pavoni, M., Ramelli, E. (1980). « Emotional and Psychotic Reactions Induced by Aphasia ». *Psichiatria Clinica* 13, n° 2 : 108-18. <https://doi.org/10.1159/000283866>.
- Martin, Y. (2018a). Les perturbations de la communication chez la personne aphasique. *Rééducation Orthophonique, N° 274 - Les aphasies - Tome I : De la théorie à l'évaluation* : 171-173.
- Martin, Y. (2018b). L'accompagnement des perturbations de la communication fonctionnelle chez la personne aphasique. *Rééducation Orthophonique, N° 275 - Les aphasies - Tome II : Prise en charge* : 191-203.
- Mazaux, J-M. (2008). *Evolution des concepts, évaluation et rééducation*. DES Médecine Physique et de Réadaptation, Module Neuropsychologie, Cofemer.
- Michallet, B., Le Dorze, G., Tetreault, S. (1999, juin). « Aphasie sévère et situations de handicap : implications en réadaptation », *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Volume 42, Issue 5 : 260-270. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(99\)80064-6](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(99)80064-6)

- Monetta, L., Perron, M., Coulombe, V., Fossard, M. (2018). *Batterie d'Évaluation de la Production Syntaxique*. Université de Laval.
- Obembe, A.O., Eng, J.J. (2016, mai). « Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke : A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Neurorehabilitation and Neural Repair* 30, n° 4 : 384-92. <https://doi.org/10.1177/1545968315597072>.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». Genève : OMS : 10.
- Paulin, C. (2018). « L'écriture de soi: genres discursifs, mode discursif ? Le récit des internements de Janet Frame : Faces in the Water, An Autobiography ». *Études de stylistique anglaise*, n° 12 : 269-289.
- Philippi, N. (2017). « Autobiographical memory and self in Alzheimer's disease : neuropsychological and neuroimaging study ; Mémoire autobiographique et self dans la maladie d'Alzheimer : étude neuropsychologique et en neuro-imagerie ». Neurosciences. Université de Strasbourg.
- Pradat-Diehl, P., Tessier, C., Chounlamountry, A. (2001, novembre). Evolution à long-terme d'une aphasie non fluente sévère. Intérêt d'une rééducation prolongée. *Annales de réadaptation et de médecine physique* (Vol.44, No.8 : 525-532). Elsevier Masson.
- Prebble, S.C., Addis, D.R., Tippett, L.J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*. 139(4):815-40. doi: 10.1037/a0030146. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23025923.
- Robinson, R.G., Lipsey, J.R., Price, T.R. (1985). Diagnostic and clinical management of post-stroke depression. *Psychosomatics* : 26 : 769-772.
- Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques : bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck Supérieur : 17-23, 71-81, 271.
- Saikaley, M., Iruthayarajah, J., Orange, J., Welch-West, P., Salter, K., Macaluso, S., Teasell, R. (2018). « Aphasia and Apraxia | EBRSSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation ». Consulté le 11 avril 2021. <http://www.ebrsr.com/evidence-review/14-aphasia-and-apraxia>.
- Sainson, C. (2018). Les aphasies sont plurielles. *Rééducation Orthophonique, N° 274 - Les aphasies - Tome I : De la théorie à l'évaluation* : 8.
- Sava, A-A., Chainay, H. (2013). « Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal ». *Revue de neuropsychologie*. Volume 5, n° 4 : 255-63.
- Shapiro, K.A., Moo, L.R., Caramazza, A. (2006). Cortical signatures of noun and verb production. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* ; 103 : 1644-9.
- Tarlow, K. R. (2016). Baseline Corrected Tau Calculator. <http://www.ktarlow.com/stats/tau>
- Tran, T. M. (2018). Traitement orthophonique des troubles lexico-sémantiques. *Rééducation Orthophonique, N° 275 - Les aphasies - Tome II : Prise en charge* : 119.
- Trauchessec, J. (2018). De l'anamnèse à la modélisation neurolinguistique : démarche clinique en neurologie de l'adulte. *Rééducation Orthophonique, N° 274 - Les aphasies - Tome I : De la théorie à l'évaluation* : 41-60.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 26(1), 1-12. [doi:10.1037/h0080017](https://doi.org/10.1037/h0080017)
- Whitworth, A. (2010) Using Narrative as a Bridge: Linking Language Processing Models with Real-Life Communication. *Seminars in Speech and Language*, Volume 31, Number 1 : 64-75.
- Whitworth, A., Claessen, M., Leitao, S., Webster, J. (2015a). *Beyond narrative : Is there an implicit structure to the way in which adults organise their discourse?* *Clinical Linguistics & Phonetics*, 29:6, 455-481.
- Whitworth, A., Leitão, S., Cartwright, J., Webster, J., Hankey, G.J., Zach, J., Howard, D., Wolz, V. (2015b). « NARNIA: a new twist to an old tale. A pilot RCT to evaluate a multilevel approach to improving discourse in aphasia ». *Aphasiology* 29, n° 11 : 1345-82.
- Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J., Wang, P. (2017, août). « Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials ». *PloS one* 12, n° 8 : e0183349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183349>

ANNEXE

Annexe : Trame autobiographique suivie avec OL

NB : La même trame a été suivie avec EC, mais de façon moins rigoureuse en raison du niveau de développement des productions du patient.

Séance 1 :	<ul style="list-style-type: none">- En quelle année êtes-vous né ? Verbe intransitif + SP (Syntagme Prépositionnel : être né <i>en</i>) + date- Par qui avez-vous été élevé ? Passive (être élevé par)- Où vous avez grandi ? Verbe intransitif + SP (grandir <i>à/en</i>) + NP (Nom Propre)- Comment s'appelaient vos parents ? Verbe attributif + NP
Séance 2 :	<ul style="list-style-type: none">- D'où étaient originaires vos parents ? Verbe attributif (être) + SP (originaire <i>de</i>) + NP- Quel métier exerçaient vos parents ? Verbe transitif direct + SP avec le CDN (Complément du Nom) : exercer le métier <i>de</i>- Combien d'enfants vos parents ont-ils eu ensemble ? Verbe transitif direct + notion numérique
Séance 3 :	<ul style="list-style-type: none">- Qui est l'aîné ? C'est qui qui est l'aîné (pour induire la structure clivée) ? Verbe attributif + Clivée (C'est François qui) + NP- Qui est le cadet ? C'est qui qui est le cadet ? Verbe attributif + Clivée + NP- Qui est le benjamin ? C'est qui qui est le benjamin ? Verbe attributif + Clivée + NP- En quelle année est né Y (le cadet) ? Verbe intransitif + SP (en) + cohésion (pronom ou subordonnée relative à introduire pour éviter la redondance) + date
Séance 4 :	<ul style="list-style-type: none">- En quelle année est né Z (le benjamin) ? Verbe intransitif + SP (en) + cohésion + date- Comment étaient vos parents ? Verbe attributif (proposition d'adjectifs : intelligent, sévère, sensible, charmant, apprécié, généreux, etc.)- Quelles sont les valeurs que vos parents vous ont transmises ? Verbe ditransitif + SP avec le CDN + cohésion- De vos deux parents, c'est à qui que vous ressemblez le plus ? Verbe transitif indirect + clivée
Séance 5 :	<ul style="list-style-type: none">- On dit que vous avez hérité quoi de votre mère ? Subordonnée conjonctive + verbe ditransitif + SP + cohésion- Quel genre de petit garçon vous étiez ? Verbe attributif (proposition de qualificatifs : turbulent, bagarreur, jovial, sage, discret, timide, impulsif, etc.)- Comment a été votre enfance ? Verbe attributif (proposition de qualificatifs : heureuse, malheureuse, contrastée, mitigée)
Séance 6 :	<ul style="list-style-type: none">- Travail de mise en cohésion du texte : pronoms anaphoriques, subordonnées relatives pour éviter la redondance, connecteurs pour lier les phrases.
Séance 7 :	<ul style="list-style-type: none">- Quels souvenirs gardez-vous de votre adolescence ? Verbe ditransitif + SP (propositions de qualificatifs : bons, mauvais, contrastés, mitigés)- Quel âge vous aviez quand vous avez quitté votre maison ? Quand vous avez quitté vos parents ? Verbe attributif & verbe transitif direct.- Donc vous avez quitté la maison à X ans, et c'était pour faire quoi ? Verbe attributif + SP

<p>Séance 8 : (questions plus personnalisées ici)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle formation avez-vous faite à l'armée ? Quelle formation y avez-vous fait ? <i>Verbe transitif direct + SP (une formation <u>de</u>) + cohésion</i> - Pendant combien de temps avez-vous été engagé ? <i>Passive tronquée + SP + notion numérique</i> - Au cours de votre carrière militaire, où êtes-vous parti ? <i>SP + NP x2</i> - Combien de temps ? (<i>SP + notions numériques</i>)
<p>Séance 9 : (questions plus personnalisées ici)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'avez-vous fait ensuite ? <i>Verbe transitif direct</i> - Où avez-vous été affecté ? <i>Passive tronquée + SP</i> - Quand ? (<i>SP + date</i>) - Quel métier avez-vous exercé ? Quel métier y avez-vous exercé ? <i>Verbe transitif direct + SP avec CDN + cohésion</i> - Pendant combien de temps ? (<i>SP + notion numérique</i>)
<p>Séance 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est en quelle année que vous avez rencontré votre épouse ? <i>Clivée + verbe transitif direct + date</i> <p>(Comment s'appelle-t-elle ? <i>Verbe attributif + NP</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - A quelle occasion vous êtes-vous vus pour la première fois ? <i>Verbe pronominal + SP + SP + cohésion</i> - Par quoi avez-vous été séduit ? <i>Passive (proposition de qualificatifs : charme, intelligence, beauté, dynamisme, enthousiasme, simplicité, etc.) + cohésion</i>
<p>Séance 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand vous êtes-vous mariés ? <i>Verbe pronominal + SP (en telle année) + date</i> - Quand a-t-elle donné naissance à votre premier enfant ? <i>Verbe ditransitif + SP + date</i> - Comment l'avez-vous appelé ? <i>Verbe attributif + NP + cohésion</i> - Quand avez-vous accueilli votre deuxième enfant ? <i>Verbe transitif direct + SP + date</i> - Quel prénom lui avez-vous donné ? <i>Verbe ditransitif + SP (le prénom <u>de</u>) + NP + cohésion</i> - Comment étaient vos enfants ? <i>Verbe attributif (proposition de qualificatifs)</i> - Que sont-ils devenus, au niveau professionnel ? <i>Verbe attributif</i>
<p>Séance 12 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aviez-vous hâte d'être à la retraite ? Pourquoi ? <i>SP (avoir hâte <u>de</u> qqch) + cohésion à travers l'introduction du « parce que » en réponse à la question « Pourquoi »</i> - Avez-vous profité de vos premières années de retraité ? <i>Verbe transitif indirect (qqn profite de qqch)</i> - Quel problème de santé avez-vous connu ? Quelles difficultés rencontrez-vous aujourd'hui ? (questions portant sur l'AVC, mais ne sont traitées que si le patient souhaite l'aborder) Cela peut donner lieu, après manipulation des étiquettes par le patient, à une phrase du type : En (<i>date</i>), j'ai fait (<i>verbe transitif direct</i>) un AVC, qui (<i>cohésion via subordonnée relative</i>) m'a laissé des séquelles. Je rencontre (<i>verbe transitif direct</i>) des difficultés pour (<i>SP</i>)... (<i>proposition de verbes : parler, m'exprimer, communiquer, partager avec les autres, lire, écrire, etc.</i>). - Qu'espérez-vous pour demain, pour l'avenir ? <i>Verbe transitif direct + subordonnée conjonctive</i> - Avez-vous des projets ? Lequel/lesquels ? <i>SP (avoir le projet <u>de</u> qqch)</i> - De quoi êtes-vous fier aujourd'hui ? <i>Verbe attributif + SP</i> / Qu'êtes-vous heureux d'avoir accompli dans votre vie ?

Effets d'un protocole de récit autobiographique sur les capacités lexicales, syntaxiques et discursives de deux patients aphasiques chroniques non fluents, d'atteinte légère et sévère (SCED)

RESUME

Introduction. Les atteintes aphasiques consécutives aux AVC impactent le quotidien des patients à travers de nombreux aspects. Elles perturbent la communication avec l'entourage familial et social, l'exercice des rôles familiaux et sociaux, le maintien des activités usuelles, ou encore le sentiment d'identité.

Méthode. Dans le cadre d'une étude expérimentale en cas unique (SCED), nous avons proposé un protocole utilisant le récit autobiographique pour cibler différents niveaux linguistiques (mot, phrase, discours), et toucher la fonctionnalité dans le quotidien, à travers les aspects de communication, de participation et de sentiment de soi. Des mesures répétées ciblées sur chaque aspect, et des bilans initiaux et finaux, ont permis d'évaluer les effets de l'intervention.

Résultats. L'accès lexical est amélioré sur des tâches isolées, sans transfert en situation fonctionnelle. L'élaboration de la phrase apparaît améliorée au bilan final uniquement, en raison de mesures répétées inadaptées. Les effets sur la structuration discursive sont positifs, généralisés et maintenus pour le patient ayant bénéficié d'une intervention précoce au niveau du discours. Aucune amélioration significative n'a été mise en évidence sur la communication, la participation et le sentiment de soi.

Conclusion. Cette étude montre l'intérêt d'un travail linguistique « multi-niveaux » soutenu par une dimension autobiographique, qui favorise un impact écosystémique seulement observé de manière qualitative. De plus, cette étude est valide d'un point de vue scientifique.

Mots-clés : aphasie, récit autobiographique, accès lexical, syntaxe, discours, communication, participation, sentiment d'identité

ABSTRACT

Introduction. Aphasic disturbances from CVA impact daily existence through several aspects. They interfere with communication with relatives, exercise of familial and social roles, maintenance of usual activities, and identity feeling.

Method. As part of a Single-Case Experimental Design (SCED), we built a protocol using autobiographical narrative with the aim of targeting various linguistic levels (lexical, syntactic, discursive) and reaching daily functionality, through communication, participation, and self-feeling. Repeated measures targeting each aspect, as well as tests before and after intervention, allow intervention to be assessed.

Results. Lexical recovery improves in isolated tasks, without any generalization into functional situation. Syntactic construction appears as improved at final test only, because of unsuitable repeated measures. Effects on discursive construction are positive, generalized and maintained for the patient receiving an early intervention at this level. No significant improvement in communication, participation and self-feeling is highlighted.

Conclusion. This study shows the interest of a "multilevel" linguistic work supported by an autobiographical dimension, promoting an impact on ecosystem just qualitatively noticed. Moreover, this study is valid from a scientific point of view.

Keywords: aphasia, autobiographical narrative, lexical recovery, syntax, discourse, communication, participation, identity feeling

80 pages

Présidente du jury : Dr Agata Krasny-Pacini

Directeur de mémoire : M. Aurélien Bresson

Rapporteuse : Mme Elsa Wessbecher

Université de Strasbourg – C.F.U.O.S.

Année universitaire 2020-2021