

**UNIVERSITE DE POITIERS**

**Faculté de médecine et de pharmacie  
Ecole d'orthophonie**

Année 2012-2013

-----

Directeur du mémoire : Docteur Thierry Dabbadie, Médecin Rééducateur  
Co-directrice du mémoire : Madame Céline Petit, Orthophoniste

-----

<p>La prise en charge du couple aphasique : quels impacts sur la communication multimodale du patient ?</p>
---

MEMOIRE présenté  
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
par

Marie Joffre

Membres du jury : Madame Claudette Pluchon, Orthophoniste  
Madame Marie-Noëlle Fargeau, Orthophoniste

Poitiers le 21 juin 2013

## Remerciements

Je souhaite remercier Céline Petit, co-directrice et maître de stage pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Je la remercie pour le temps qu'elle m'a accordé ainsi que son écoute et ses conseils qui ont guidé mon travail tout au long de cette année.

Je remercie également le Docteur Dabbadie, maître de mémoire qui a suivi les avancés de mon travail malgré un emploi du temps chargé.

Je remercie toutes les orthophonistes qui m'ont accueillie avec énormément de gentillesse durant mes stages de Quatrième Année : Emmanuelle Ammeux, Brigitte Calvez, Virginie Guérineau, Magalie Moison et Céline Petit. Elles ont su me transmettre leur passion et leurs connaissances à travers leurs pratiques professionnelles qui ne manqueront pas d'inspirer mon futur exercice.

Je remercie aussi Madame Aurélie Iché pour m'avoir autorisée à utiliser le PTECCA avant sa publication, pour le temps qu'elle a pu m'accorder et pour l'ensemble des renseignements qu'elle m'a transmis.

Je remercie également Madame Marie-Noëlle Fargeau et Madame Claudette Pluchon, Orthophonistes au service Neuropsychologie du CHU de Poitiers, qui ont accepté d'assister à la présentation de ce mémoire en tant que jury.

Enfin, je souhaite remercier vivement tous mes proches, famille et amis, qui m'ont soutenue et encouragée tout le long de cette Quatrième Année d'Orthophonie, riche sur le plan professionnel et humain mais également intense dans l'élaboration de cette étude.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
I) La communication.....	4
1) Définition et ancrage théorique.....	4
1.1) Définitions de la communication.....	4
1.2) Le modèle de Shannon et Weaver repris par Wiener.....	5
1.3) L'acte de communication selon Jakobson.....	5
1.4) Les maximes conversationnelles de Grice.....	6
2) La communication verbale.....	7
3) La communication non verbale et para-verbale.....	8
II) Les aphasies.....	9
1) Définitions et étiologies des aphasies.....	9
1.1) Définition.....	9
1.2) Etiologies.....	10
2) Les troubles aphasiques.....	11
2.1) Troubles du langage.....	11
2.1.1) Versant expressif.....	11
2.1.2) Versant réceptif.....	13
2.1.3) Le langage écrit.....	14
2.2) Troubles de la communication verbale.....	14
2.3) Troubles de la communication non verbale et para-verbale.....	15
2.4) D'autres fonctions altérées favorisant le handicap communicationnel.....	15
3) Les différentes approches en aphasiologie.....	16
3.1) Les approches formelles.....	16
3.2) Les approches non linguistique, pragmatique et sociale.....	17
4) Handicap et répercussions socio-familiales de l'aphasie.....	19
4.1) Le patient face à l'aphasie.....	19

4.2)	Les bouleversements socio-familiaux.....	21
4.3)	Le vécu du couple aphasique.....	22
5)	L'importance de l'accompagnement familial.....	24
5.1)	Les besoins de la famille.....	24
5.2)	Pourquoi un accompagnement familial.....	25
5.3)	Les résultats d'un accompagnement.....	26
III)	Applications de l'approche écosystémique.....	27
1)	Des outils d'évaluation du patient et du couple aphasique.....	27
2)	Des méthodes de rééducation et de réadaptation.....	27
2.1)	Le plan de communication.....	27
2.2)	Les études sur l'information et/ou l'entraînement du partenaire.....	28
3)	Les stratégies de communication augmentée et les méthodes alternatives..	30
3.1)	Les stratégies de communication augmentée.....	31
3.1.1)	Les prérequis à la communication.....	31
3.1.2)	La communication multimodale.....	32
3.2)	Les méthodes alternatives.....	33
3.2.1)	Intérêt et choix d'une méthode alternative.....	33
3.2.2)	Les limites et contraintes des méthodes alternatives.....	34
3.2.3)	Différentes méthodes alternatives.....	35

**PARTIE PRATIQUE.....36**

I)	Objectifs de l'étude et hypothèses de travail.....	36
II)	Méthodologie.....	37
1)	Population.....	37
1.1)	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	37
1.2)	Présentation de la population.....	37
2)	Démarche d'évaluation pré-thérapeutique.....	38
2.1)	Présentation du TLC.....	39
2.2)	Présentation du PTECCA.....	39
2.3)	Présentation d'une épreuve fonctionnelle.....	40
2.4)	Présentation de l'échelle de satisfaction à la communication.....	40
3)	Phase d'intervention.....	41
3.1)	Lignes directrices théoriques de l'intervention.....	41
3.2)	Elaboration d'un plan de communication.....	44

4)	Démarche d'évaluation post-thérapeutique.....	45
III)	Présentation et analyse des résultats.....	45
1)	P1.....	45
1.1)	Présentation de P1.....	45
1.2)	Evaluation pré-thérapeutique.....	46
1.2.1)	Passation du TLC.....	46
1.2.2)	Passation du PTECCA.....	47
1.2.3)	Déroulement de l'épreuve fonctionnelle.....	47
1.2.4)	Echelle de satisfaction à la communication.....	48
1.3)	Programme d'intervention.....	48
1.3.1)	Première séance d'information.....	48
1.3.2)	Les séances d'entraînement.....	49
1.4)	Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention).....	50
1.4.1)	Comparaison pré et post-intervention des scores.....	50
1.4.2)	Nouvelle passation du TLC.....	50
1.4.3)	Passation du PTECCA version B.....	51
1.4.4)	Nouvelle passation de l'épreuve fonctionnelle.....	52
1.4.5)	Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication.....	53
2)	P2.....	54
2.1)	Présentation de P2.....	54
2.2)	Evaluation pré-thérapeutique.....	54
2.2.1)	Passation du TLC.....	54
2.2.2)	Passation du PTECCA.....	55
2.2.3)	Déroulement de l'épreuve fonctionnelle.....	56
2.2.4)	Echelle de satisfaction à la communication.....	56
2.3)	Intervention.....	57
2.3.1)	La première séance d'information.....	57
2.3.2)	Les séances d'entraînement.....	58
2.4)	Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention).....	58
2.4.1)	Comparaison pré et post-intervention des scores.....	58
2.4.2)	Nouvelle passation du TLC.....	59
2.4.3)	Passation du PTECCA version B.....	60
2.4.4)	Nouvelle passation de l'épreuve fonctionnelle.....	60
2.4.5)	Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication.....	61

3)	P3.....	62
	3.1) Présentation de P3.....	62
	3.2) Evaluation pré-thérapeutique.....	63
	3.2.1) Passation du TLC.....	63
	3.2.2) Passation du PTECCA.....	64
	3.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle.....	64
	3.2.4) Echelle de satisfaction à la communication.....	65
	3.3) Intervention.....	65
	3.3.1) La première séance d'information.....	65
	3.3.2) Les séances d'entraînement.....	66
	3.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention).....	67
	3.4.1) Comparaison pré et post-intervention des scores.....	67
	3.4.2) Nouvelle passation du TLC.....	67
	3.4.3) Passation du PTECCA version B.....	68
	3.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle.....	69
	3.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication.....	69
4)	P4.....	71
	4.1) Présentation de P4.....	71
	4.2) Evaluation pré-thérapeutique.....	71
	4.2.1) Passation du TLC.....	71
	4.2.2) Passation du PTECCA.....	72
	4.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle.....	73
	4.2.4) Echelle de satisfaction à la communication.....	73
	4.3) Intervention.....	74
	4.3.1) La première séance d'information.....	74
	4.3.2) Les séances d'entraînement.....	74
	4.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention).....	75
	4.4.1) Comparaison pré et post-intervention des scores.....	75
	4.4.2) Nouvelle passation du TLC.....	75
	4.4.3) Passation du PTECCA version B.....	76
	4.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle.....	77
	4.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication.....	77
5)	P5.....	78
	5.1) Présentation de P5.....	78

5.2) Evaluation pré-thérapeutique.....	79
5.2.1) Passation du TLC.....	79
5.2.2) Passation du PTECCA.....	79
5.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle.....	80
5.2.4) Echelle de satisfaction à la communication .....	80
5.3) Intervention.....	81
5.3.1) La première séance d'information.....	81
5.3.2) Les séances d'entraînement.....	82
5.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention).....	83
5.4.1) Comparaison pré et post-intervention des scores.....	83
5.4.2) Nouvelle passation du TLC.....	83
5.4.3) Passation du PTECCA version B.....	84
5.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle.....	84
5.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication.....	84
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>86</b>
I) Effets de l'intervention et validation des hypothèses.....	86
II) Les limites de l'étude.....	88
1) La population.....	88
2) L'évaluation.....	89
3) La méthodologie.....	90
III) La communication multimodale et ses limites.....	92
1) La prise de conscience et la place de la communication chez le couple ....	92
2) Le partenaire.....	93
3) Les troubles associés du patient.....	94
4) La récupération linguistique du patient .....	95
5) Les différentes formes de communication multimodale.....	95
IV) Intérêts et pistes de poursuite de l'étude.....	96
1) Intérêts de l'étude.....	96
2) Quelles évolutions dans le temps ?.....	98
3) L'inclusion simultanée de plusieurs partenaires.....	98
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>101</b>
<b>TABLE DES ANNEXES.....</b>	<b>104</b>

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>Figure 1:</b> Modèle de communication de Shannon et Weaver revu par Wiener.....	5
<b>Figure 2:</b> Schéma de la communication de Jakobson (1963).....	6
<b>Tableau 1:</b> Caractéristiques des couples aphasiques participant à l'étude.....	38
<b>Tableau 2:</b> Lignes directrices théoriques de la phase d'intervention.....	43
<b>Tableau 3:</b> Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P1/I1.....	50
<b>Figure 3:</b> Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P1/I1.....	53
<b>Tableau 4:</b> Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P2/I2.....	59
<b>Figure 4:</b> Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P2/I2.....	61
<b>Tableau 5:</b> Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P3/I3.....	67
<b>Figure 5:</b> Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P3/I3.....	70
<b>Tableau 6:</b> Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P4/I4.....	75
<b>Figure 6:</b> Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P4/I4.....	77
<b>Tableau 7:</b> Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P5/I5.....	83
<b>Figure 7:</b> Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P5/I5.....	85

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AVC:** Accident Vasculaire Cérébral

**I:** Interlocuteur ou partenaire conversationnel

**P:** Patient

**PACE:** Promoting Aphasic Communicative Effectiveness

**PTECCA:** Protocole Toulousain d'Evaluation Ecosystémique du Couple Aphasique

**SCA:** Supported Communication for adults with Aphasia

**TLC:** Test Lillois de Communication

# INTRODUCTION

Les Hommes ont toujours communiqué entre eux par quelque canal de communication que ce soit. La communication est omniprésente et indispensable. C'est à travers elle que le sujet peut échanger en se construisant et en construisant ses relations avec autrui et son environnement.

Les lésions faisant suite à un accident vasculaire cérébral altèrent la communication et peuvent entraîner une aphasie. L'aphasiologie est la science qui étudie les symptômes et les types d'aphasie et qui détermine l'orientation de la rééducation. Initialement ancrée dans une perspective médicale centrée sur les déficiences langagières, cette science a opéré un tournant ces dernières années avec l'apparition de l'approche écosystémique ou sociale. Ce courant tient compte non seulement des altérations langagières mais aussi des facteurs personnels et environnementaux influençant la communication du patient aphasique.

La prise en charge orthophonique est indispensable afin de restaurer une communication la plus fonctionnelle possible. Pour ce faire, conjointement au travail de rééducation des altérations langagières, les professionnels doivent mettre en place une évaluation et une adaptation de l'environnement de la personne aphasique. Ces approches écosystémiques impliquent notamment la prise en charge du couple aphasique, soit le patient et son partenaire conversationnel.

C'est dans cette approche écosystémique que s'inscrit notre étude consacrée à la prise en charge du couple aphasique. Nous avons choisi d'intégrer dans notre étude, l'environnement social et familial du patient afin d'optimiser ses aptitudes communicationnelles au sein du système dans lequel il évolue.

Nous avons mis en place cette approche auprès de cinq couples à distance de la survenue de l'aphasie. Notre objectif était de savoir si intervenir sur le couple aphasique avait un impact sur la communication multimodale du sujet et si cela pouvait se généraliser à toutes les situations d'échange.

Dans la première partie de notre exposé, nous présenterons le cadre théorique de la communication, de l'aphasie ainsi que les approches liées à cette dernière, avant de présenter plus précisément l'approche écosystémique et ses applications.

Dans la seconde partie, nous présenterons nos hypothèses initiales et les lignes directrices de notre protocole. Puis nous exposerons précisément la prise en charge de chaque couple aphasique, le déroulement de l'expérimentation, la présentation et l'analyse des résultats. Nous décrirons pour chacun les trois étapes qui nous ont permis de mener à bien cette étude :

- La phase pré-thérapeutique d'évaluation des capacités communicationnelles du patient, en interaction ou non avec son partenaire conversationnel.
- La phase d'intervention composée de séances d'information puis d'entraînement du couple.
- La phase post-thérapeutique de réévaluation de l'interaction dans la dyade ainsi que de la communication fonctionnelle.

Nous discuterons dans la dernière partie des effets de notre intervention, des limites de notre démarche et plus largement de celles de la communication multimodale avant de nous pencher sur les perspectives de notre étude.

# PARTIE THEORIQUE

## I) La communication

### 1) Définition et ancrage théorique

#### 1.1) Définitions de la communication

La communication est un concept difficile à appréhender. Sa définition varie en fonction des sciences, des courants ou encore des auteurs qui l'étudient.

Le dictionnaire d'orthophonie (2004) recoupe différentes approches en définissant la communication comme « *tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu* ».

Ainsi, communiquer induit la notion d'établir une relation avec autrui. Cette faculté est partie intégrante de la socialisation des individus. Comme le soulignent Cutica, Bucciarelli et Bara (2006), cité par Mazaux, Nespoulos, Pradat-Diehl et Brun (2007), les comportements de communication doivent être envisagés comme une forme d'activité sociale et comme une volonté intentionnelle de modifier l'état mental du partenaire.

Aussi la psychologie sociale se propose d'étudier la communication au sein de l'environnement social dans lequel s'effectue l'échange d'information et de signification. Les processus de communication sont définis comme des actes sociaux s'exprimant grâce à l'interaction de différents canaux, vecteurs d'informations. Ainsi, nous parlons de comportements de communication : le verbal (langage) mais aussi le non verbal (regard, silences, gestes, mimiques, posture).

La pragmatique, pour sa part, s'intéresse à l'ensemble des paramètres linguistiques et extralinguistiques qui modifient la manière dont l'information est transmise, tout en étudiant l'impact de ces paramètres. Cette science englobe à la fois les paramètres verbaux et non-verbaux, en soulignant l'importance d'appréhender la communication dans sa globalité.

Ainsi la communication revêt diverses formes. Il est possible de différencier la communication : verbale, gestuelle (langue des signes) ou encore non verbale. Dans les deux premiers cas, elle se base sur des systèmes symboliques (langage oral, écrit ou gestuel).

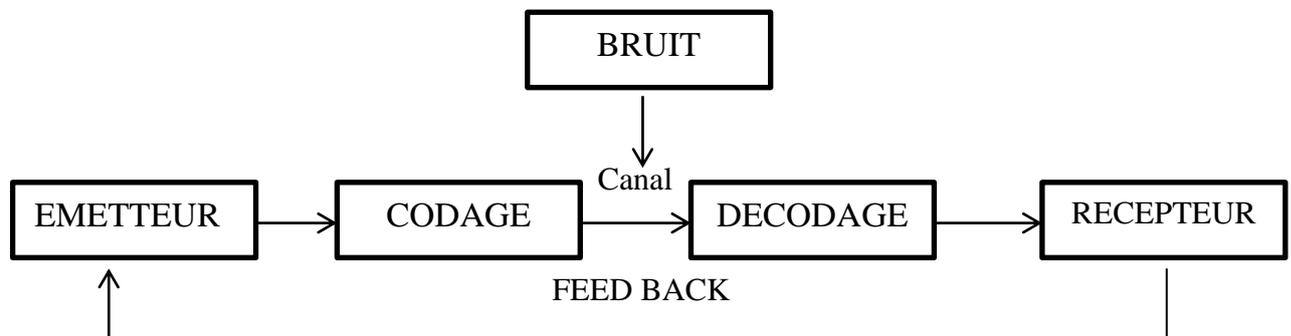
Malgré des approches différentes, nous retrouvons chez tous les auteurs suivants l'idée que communiquer permet de transmettre des informations entre un émetteur et un récepteur.

## 1.2) Le modèle de Shannon et Weaver repris par Wiener

Shannon et Weaver, présentent en 1949, le premier modèle de communication mettant en avant un enchaînement de processus et l'assimilant à une simple transmission d'informations.

Ce modèle linéaire repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un récepteur dans le but de transmettre un message. L'émetteur code l'information et transmet le message grâce au canal de transmission. Le récepteur décode l'information pour comprendre le message. Le bruit englobe toutes les interférences présentes lors d'un échange et qui peuvent parasiter la transmission du message.

En 1972, Wiener, mathématicien américain approfondit le schéma originel, en proposant un modèle circulaire et non plus linéaire. Il introduit le feed-back, boucle de rétroaction allant du récepteur vers l'émetteur, qui permet un contrôle et un traitement des erreurs en offrant un constant ajustement de la communication. Le feed-back, verbal ou non-verbal, est essentiel à l'acte de communication, induisant une réciprocité dans l'échange. Grâce à ce modèle, nous pouvons distinguer la transmission d'information (linéaire) de la communication (circulaire) (**Figure 1**).

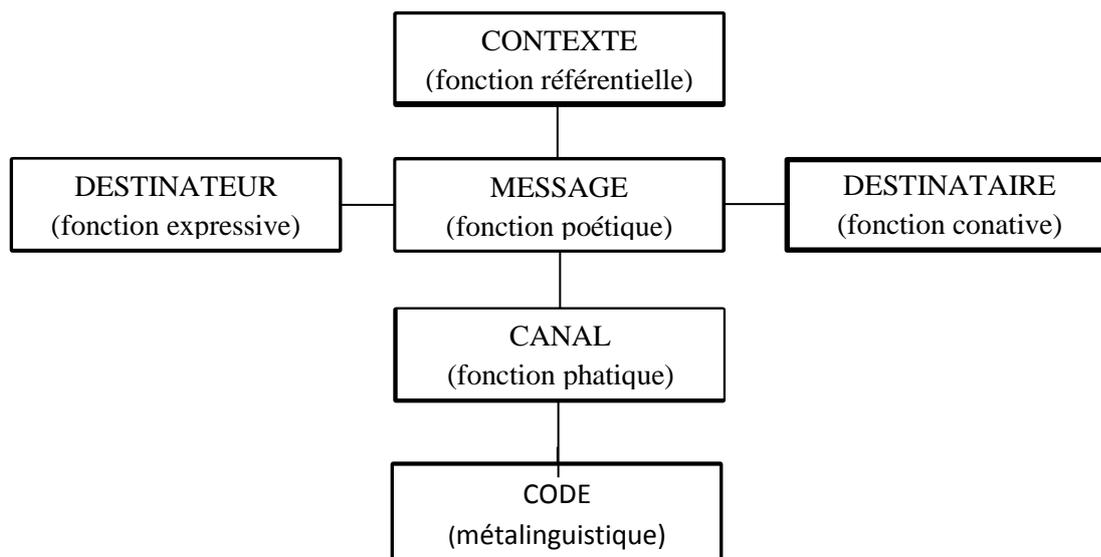


**Figure 1** : Modèle de communication de Shannon et Weaver revu par Wiener

Toutefois ce schéma ne prend pas en compte le contexte de l'acte de communication. Aussi par la suite Jakobson, s'inspire de ce schéma, en introduisant six nouveaux paramètres.

## 1.3) L'acte de communication selon Jakobson

Le schéma de Jakobson (1963), se propose de décrire n'importe quel acte de communication à l'aide des six fonctions des éléments qui coexistent durant l'échange. Ces fonctions ne s'excluent pas, au contraire elles se superposent dans l'acte de communication (**Figure 2**).



**Figure 2:** Schéma de la communication de Jakobson (1963)

Il présente deux protagonistes, l'un émetteur ou destinataire (fonction expressive), produisant le message, et l'autre récepteur ou destinataire (fonction conative), recevant l'énoncé. Le canal ou contact (fonction phatique), auditif et/ou visuel, est la voie qu'emprunte le message pour établir et maintenir la communication. L'émetteur cherche à transmettre un message sous une certaine forme (fonction poétique). Le récepteur ne peut appréhender l'information que grâce à un code partagé, le langage, et grâce à la possibilité de prendre du recul sur ce code (fonction métalinguistique). La communication se fait dans un contexte d'énonciation particulier et a pour objectif de transmettre une information (fonction référentielle).

Pourtant, pour que la communication soit efficace et puisse aboutir, il est nécessaire que l'émetteur et le récepteur fassent preuve d'une même motivation à échanger et coopèrent. Ainsi, l'acte de communication est un acte de construction collective où chaque interlocuteur joue un rôle dans le bon déroulement et la réussite de l'échange. Cet aspect, non pris en compte dans le schéma de Jakobson est développé par la suite par Grice.

#### 1.4) Les maximes conversationnelles de Grice

Les théories de Grice (1979) s'intéressant aux situations de conversation, développent l'idée que l'efficacité d'une communication dépend du respect du principe de coopération. Pour l'auteur, afin de faciliter la compréhension du message, les protagonistes vont tenter de participer à la conversation de manière rationnelle et coopérative.

Le principe de Grice est résumé en quatre maximes conversationnelles, partagées implicitement par les interlocuteurs :

- La maxime de quantité : pour que le locuteur comprenne le message, il faut que le nombre d'informations transmises soit suffisant : ni trop, ni trop peu ;

- La maxime de qualité : elle assure des informations transmises vraies et fondées ;

- La maxime de relation : elle impose à chaque protagoniste de rester pertinent quant au contexte d'énonciation et de respecter le thème de la conversation ;

- La maxime de manière : elle nécessite que chacun des interlocuteurs communique de manière claire et structurée de sorte que l'information soit compréhensible et sans ambiguïté.

Pour Grice, tout échange conversationnel nécessite le respect de ces maximes. Dès lors que l'une des règles n'est pas respectée, l'échange n'aboutit pas: des ambiguïtés, des malentendus et des incompréhensions surviennent dans la conversation.

La communication revêt diverses formes que nous tenterons succinctement de présenter.

## 2) La communication verbale

La communication verbale est la plus fréquente. Elle correspond à la transmission d'informations grâce à la production d'énoncés.

Seul l'être humain possède un appareil phonatoire et un système de signes permettant le langage. Toutefois, le langage seul n'est pas suffisant pour communiquer, il faut savoir l'utiliser dans un contexte communicationnel en tenant compte des circonstances de l'échange. La communication verbale ne se cantonne pas à un codage et un décodage du message, les interlocuteurs doivent être capables d'interpréter l'énoncé. Pour cela, ils doivent tenir compte du contexte référentiel de l'énonciation, du contexte situationnel (culturel, social) et du contexte interactionnel (l'effet de l'acte de langage entre les interlocuteurs).

La communication verbale s'accompagne toujours d'éléments de communication non-verbales influant le discours, c'est «*la multicanalité de la communication*» (Cosnier, 1982).

### 3) La communication non verbale et para-verbale

Dans l'acte de communication, les énoncés verbaux sont accompagnés d'informations non verbales et para-verbales, conscientes, volontaires, intentionnelles ou non, qui permettent d'enrichir le message en le complétant, s'y substituant, le connotant ou encore le contredisant.

On peut définir la communication non verbale comme la transmission d'informations entre des individus par le biais de parties du corps : gestes, postures, orientations du corps, mimiques (expressions faciales émotionnelles) ou encore regards. La communication non verbale peut-être plus expressive que la verbale car sa perception est immédiate.

Le non-verbal comprend également la communication para-verbale qui englobe les éléments dépendants de la voix. On y retrouve le ton, l'intonation, le timbre, la prosodie, le rythme, le débit et les pauses. Le canal para-verbal donne des informations comme l'état émotionnel de l'émetteur, sa motivation à communiquer ou le temps qu'il a à consacrer à l'interlocuteur.

Le geste occupe une place particulière dans la communication non verbale. Il permet de soutenir, renforcer, moduler le langage oral et d'établir et de maintenir le contact avec l'interlocuteur. Selon Colletta (2004, p. 2), il existe deux catégories de gestes qui servent directement à la communication verbale: les mouvements « *emblèmes* » et les « *co-verbaux* ».

Les premiers « *ont un sens conventionnel, peuvent se substituer à la parole et sont interprétables hors contexte* ». Grâce à eux, nous réalisons des actes de parole, comme hocher la tête pour signifier l'approbation. C'est la gestualité quasi linguistique définie par Cosnier (1996) qui, associée à un message verbal peut le renforcer, le compléter ou le contredire.

Les gestes co-verbaux en revanche sont toujours associés à la parole et ne prennent sens qu'en fonction du rôle qu'ils jouent par rapport à celle-ci. Ils peuvent prendre la forme de gestes manuels ou céphaliques, de changement de posture, de mimiques faciales, de contact ou d'évitement oculaire. Selon Cosnier (1996), ils peuvent illustrer le discours verbal (« *gestes illustratifs*»), le connoter (« *gestes expressifs*») ou le renforcer et/ou souligner des traits phonétiques, syntaxiques ou idéiques (« *gestes para-verbaux* »).

L'auteur décrit plusieurs catégories de gestes co-verbaux illustratifs :

- les déictiques désignant le référent de la parole,
- les spatiographes schématisant la structure spatiale,
- les kinémimiques mimant l'action du discours,
- les pictomimiques schématisant la forme ou la qualité du référent.

Les gestes para-verbaux, liés aux traits phonétiques et syntaxiques, permettent de souligner l'intonation ou l'emphase du discours, de scander les mouvements clé du raisonnement.

McNeill (1992), cité par Ferré (2011) propose une autre classification des gestes manuels en fonction de leur relation avec la parole. Ainsi il différencie :

- les battements : des mouvements simples de la main qui montent et descendent et qui selon McNeil, seraient utilisés pour marquer les différentes étapes du discours;
- les butterworths : des gestes désordonnés utilisés lors de difficultés de formulation;
- les déictiques : des gestes de pointage ayant une fonction référentielle;
- les emblèmes : des gestes conventionnels;
- les iconiques : des gestes pouvant soit reprendre une caractéristique physique d'un objet ou d'une personne soit constituer un mime d'action. La différence entre les gestes emblèmes et iconiques est mince car certains de ces derniers ont été conventionnalisés.

En parallèle, le contexte, qui prend en compte le lieu, les conditions environnementales (bruit, lumière...) ou le positionnement physique, est également important dans l'efficacité de l'échange. Un bon positionnement des locuteurs et un environnement adapté est primordial pour percevoir l'ensemble des éléments non verbaux complétant la communication verbale.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à l'aphasie, une pathologie pouvant altérer la communication dans sa globalité.

## II) Les aphasies

### 1) Définitions et étiologies des aphasies

#### 1.1) Définition

Le dictionnaire d'orthophonie (2004) présente, d'après Trousseau (1864), l'aphasie comme «*une perturbation du code linguistique affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension) et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit.* » Ce trouble est lié «*à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale* ».

On parle d'aphasie « *chez un individu qui maîtrisait normalement le langage avant l'atteinte cérébrale.* » (Pillon & De Partz, 2003, p. 661).

## 1.2) Etiologies

Les patients de notre recherche souffrant d'aphasie faisant suite à des accidents vasculaires cérébraux (AVC), nous avons choisi de ne présenter que les aphasies d'origine vasculaire. Pourtant, les atteintes cérébrales conduisant aux troubles aphasiques peuvent avoir différentes étiologies (cause traumatique, dégénérative, inflammatoire, infectieuse ou encore tumorale).

La principale cause de la survenue d'une aphasie est l'AVC. L'Organisation Mondiale de la Santé le définit comme « *la survenue brutale d'un déficit d'une fonction cérébrale, le plus souvent focal (hémiplégie, aphasie), parfois global (confusion, coma), sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire* ».

En France, on évoque près de 100 000 à 145 000 nouveaux accidents par an (Peskine & Pradat-Diehl, 2007). Ils représentent la première cause neurologique d'hospitalisation et la première cause de handicap acquis chez l'adulte dans les pays occidentaux avec près de 75% des personnes qui conservent un handicap persistant.

On répertorie deux types d'AVC :

- Les AVC ischémiques représentant 85% des cas. Ils surviennent suite à l'obstruction d'un vaisseau sanguin, le plus fréquemment d'une artère cérébrale. L'arrêt de l'irrigation sanguine entraîne l'hypoperfusion et un ramollissement ou une nécrose du territoire impliqué.
- Les AVC hémorragiques, soient 15 % des cas. Ils découlent de la rupture d'une artère provoquant une hémorragie cérébrale.

Les séquelles qui résultent d'un AVC sont très diverses car elles dépendent du type de l'AVC, de son étendu, de sa localisation et de l'état de santé antérieur de la personne. Au départ, de forte intensité, elles vont régresser ou être compensées grâce aux prises en charges thérapeutiques. Lors de la phase aiguë post AVC, on estime que 38% des patients touchés présentent une aphasie. Dans près de 18% des cas, cet état persistera par la suite.

L'aphasie d'origine vasculaire toucherait au moins 30 000 sujets par an (Gatignol, 2008).

## 2) Les troubles aphasiques

### 2.1) Troubles du langage

#### 2.1.1) Versant expressif

Dans toutes les formes d'aphasies, la production orale est altérée.

- Le volume verbal et le débit

Comme le souligne Gil (2006, p. 33), le volume verbal peut être « *logorrhéique, adapté ou réduit, ce qui permet d'opposer les aphasies fluides ou « fluentes » aux aphasies « non fluentes » ou « réduites »* ».

Dans le cas d'une aphasie non fluente, le débit verbal peut être gêné par un défaut de programmation, un manque du mot ou un défaut d'incitation verbale. Les temps de parole sont allongés, des nombreuses hésitations et pauses apparaissent. La réduction du volume verbal peut aller dans des cas extrêmes jusqu'au mutisme.

Certains sujets peuvent présenter un langage réduit à des **stéréotypies**. Ces productions involontaires mais conscientes apparaissent automatiquement à chaque tentative de production verbale.

Chez certains patients, une **persévération verbale** peut être observée. Suite à la production appropriée d'un mot ou d'une phrase, la forme phonologique précédemment émise est répétée involontairement et parfois inconsciemment malgré un contexte inadéquat.

Une aphasie réduite peut coexister avec la production involontaire de formules automatiques du langage (formules de politesses, jurons...) appelée **dissociation automatico volontaire** (Baillarger & Jackson, 1865).

Dans les aphasies fluentes, la quantité de productions sonores est normale voire augmentée. Le patient éprouve des difficultés à finir son émission sans en enchaîner une autre aussitôt. Dans le cas d'une **logorrhée** comme dans l'aphasie de Wernicke, on observe un volume verbal important ainsi qu'une fluidité du discours. L'aphasique devient intarissable, et ne respecte alors pas les tours de parole de l'interlocuteur. En parallèle, le sujet n'est que très peu compréhensible par le partenaire conversationnel, le discours pouvant aller jusqu'au **jargon**.

- Les troubles de la réalisation phonétique

On observe dans l'aphasie des perturbations de l'expression orale à mettre en lien avec des difficultés de réalisation phonétique portant sur l'émission ainsi que l'enchaînement de phonèmes. Ces troubles arthriques se retrouvent sous le terme de **désintégration phonétique**. La parole, difficilement compréhensible, sera syllabée, lente, coûteuse et présentera la répétition ou la suppression de phonèmes.

Le syndrome de désintégration phonétique découle de **l'apraxie bucco-faciale** qui empêche l'exécution volontaire des mouvements de la bouche et de la langue.

- Les troubles de la dénomination

Dans toutes les aphasies, on observe un **manque du mot**. Il se définit selon le Dictionnaire d'Orthophonie comme « *l'impossibilité pour le sujet de produire le mot au moment où il en a besoin, soit en langage spontané, soit au cours d'une épreuve de dénomination* ».

Pour les aphasies non fluentes, le manque du mot prend le plus souvent la forme d'une **anomie**. Cliniquement on observe l'absence de production de l'item adéquat, une interruption dans le discours ou encore des phrases inachevées.

Le sujet aphasique peut aussi avoir recours à une définition par l'usage ou produire des formes circonlocutoires pour compenser le manque du mot.

Dans certains cas, une autre production peut remplacer le mot cible attendu. On parle alors de **paraphasie**. Celle-ci peut-être :

- **littérale** : par distorsion de l'agencement des phonèmes du mot.
- **verbale** : avec la production d'un autre mot du lexique à la place de l'item cible.
- **Sémantique** : s'il existe un rapport de sens avec le mot cible.
- **Morphologique** : si aucun rapport de sens ne peut être fait.

Lorsque la production est trop éloignée du mot cible, on parle de **néologisme**.

Quelle que soit la forme que prennent ces troubles lexico sémantiques, leur impact sur le discours entrave la capacité de mener à bien un échange conversationnel.

- Les troubles grammaticaux et syntaxiques

Dans le cas d'aphasie réduite, on observe des défauts de construction grammaticale dans la production de phrases caractérisés par une diminution des marqueurs syntaxiques ainsi que des difficultés d'utilisation des accords et des temps. On parle alors d'**agrammatisme**. Toutefois, ce trouble n'altère pas le contenu informatif de la production.

A l'opposé, les aphasiques fluents peuvent présenter une **dyssyntaxie**. Il s'agit d'une mauvaise utilisation des règles syntaxiques ainsi qu'un emploi inapproprié des liaisons morphosyntaxiques lors de la production de phrases. Le contenu informatif de la production peut en devenir incompréhensible pour le partenaire conversationnel.

### 2.1.2) Versant réceptif

Les troubles de la compréhension représentent l'obstacle principal à la communication. Qu'elles soient fluentes ou non fluentes, les aphasies s'accompagnent presque toujours de difficultés ou de troubles sur le versant réceptif.

On parle de **surdité verbale** dans le cas d'une atteinte de l'analyse phonético-phonologique. Les lésions typiquement situées en amont de l'aire de Wernicke conduisent à un déficit d'intégration des sons verbaux et donc un trouble de leur identification et de leur discrimination. La compréhension contextuelle reste pourtant partiellement conservée.

Dans certains cas, **une atteinte du traitement sémantique** de certains mots peut être présente. Le sujet ne peut plus accéder aux sens des mots et on peut observer un déficit dans la compréhension des phrases. C'est l'opposé de la surdité verbale, les capacités phonologiques étant indemnes.

Lors d'une atteinte du versant réceptif, il est fréquent de retrouver un effet de classe grammaticale. Les substantifs sont mieux compris que les verbes, ou les morphèmes grammaticaux libres ou liés. De la même manière, la compréhension de certains mots est liée à leur fréquence dans le lexique.

Très souvent, **la compréhension syntaxique** est aussi atteinte, considérée comme plus sensible que la compréhension lexicale. Les items isolés sont bien traités, mais des difficultés de compréhension apparaissent pour les items syntaxiques et les phrases.

La **compréhension des phrases longues et du discours** est liée à celle des items lexicaux et syntaxiques qui les constituent bien qu'il soit possible d'observer parfois des dissociations.

### 2.1.3) Le langage écrit

Au niveau expressif comme au niveau réceptif, les troubles du langage écrit dans l'aphasie sont analogues à ceux observés en modalité orale. Lorsque la lecture est touchée on parle d'**alexie**, en cas de trouble de l'écriture c'est une **agraphie**.

On pourra donc observer dans la production écrite ou la lecture de ces patients : une réduction quantitative voire la suppression de la fluence écrite, des paraphrasies/paralexies sémantiques ou phonologiques, des néologismes, une jargonographie/jargonalexie, un agrammatisme ou une dyssyntaxie.

### 2.2) Troubles de la communication verbale

Pour Daviet, Muller, Stuit, Darrigrand et Mazaux (2007), si la communication verbale se définit par la capacité du patient à adapter son discours à la situation, au contexte d'énonciation, à ses compétences et à celles de son partenaire conversationnel, l'existence de détériorations psycholinguistiques l'empêche de communiquer correctement.

Les troubles de la compréhension représentent l'obstacle principal à l'échange verbal. Ils peuvent être sources de malentendus, de ruptures de la communication, d'abandon d'échange, et ce malgré les efforts d'ajustement ou de reformulation de l'interlocuteur.

Sur le versant expressif, les troubles phonétiques et les paraphrasies phonémiques sont moins pénalisants et nécessitent moins d'effort au partenaire pour reconstituer le discours que les troubles sémantiques, syntaxiques ou le jargon qui altèrent la cohérence du discours.

On peut observer chez un patient aphasique, en plus des atteintes phonologique, lexicale, sémantique et morphosyntaxique, des troubles pragmatiques qui perturbent l'échange verbal. D'après Joannette (2004), une lésion hémisphérique droite entraînerait un trouble de la pragmatique avec une utilisation inadéquate du langage dans la situation donnée.

Cependant chez les patients cérébrésés gauches, Rousseaux, Daveluy et Kozlowski (2010), observent aussi des difficultés verbales se présentant sous la forme de difficultés d'ordre pragmatique. On peut retrouver chez ces sujets des difficultés à introduire de nouveaux thèmes, ou à maintenir le thème de la conversation, à organiser le discours de manière logique et à s'adapter au savoir de l'interlocuteur. Les maximes conversationnelles de Grice et les tours de parole ne sont alors pas respectés. La compréhension fine nécessitant un haut niveau d'intégration est elle aussi touchée, tout comme la capacité à faire des inférences.

### 2.3) Troubles de la communication non verbale et para-verbale

La communication non verbale, hormis le para-verbal, compense les troubles d'expression orale et reste le plus souvent globalement préservée chez les patients réduits. En revanche, elle semble plus altérée chez les patients anosognosiques ou présentant des troubles de compréhension orale. Mais, comme le soulignent Daviet et al. (2007), les variations inter-individuelles et de situations rendent impossible toute tentative de systématisation.

Les signes non verbaux prennent chez des personnes aphasiques une place importante, comme le remarquait déjà Bouillaud en 1825, cité par Feyereisen et Seron (1982, p. 213) «*le langage du geste acquérait une grande activité, comme s'ils s'efforçaient de suppléer par ce moyen d'expression celui qu'ils ont perdu c'est-à-dire la parole*».

En accord, les résultats obtenus par Rousseaux et al. (2010), suite à la passation du Test Lillois de Communication, montrent que le groupe de patients aphasiques présente une préservation de l'expression de l'affectivité, ainsi qu'un meilleur niveau de production de gestes que le groupe contrôle.

De manière analogue, les mimiques et le regard chez la personne aphasique gardent leur intentionnalité communicationnelle habituelle.

La communication para-verbale, quant à elle, présente des troubles du débit (pauses, hésitations, silences), qui ralentissent l'échange et peuvent déstabiliser l'interlocuteur. Il est possible d'observer une modification de la prosodie, tantôt exagérée avec un accent tonique très marqué, tantôt diminuée avec une voix monotone et un pseudo accent étranger.

Des études avancent que les composantes temporelles de la prosodie pourraient être atteintes (rythme, intensité, variations, segmentation) alors que les composantes émotionnelles seraient respectées ou peu altérées.

### 2.4) D'autres fonctions altérées favorisant le handicap communicationnel

Selon la localisation des lésions cérébrales, d'autres troubles peuvent s'associer à l'aphasie.

Dans toutes les formes d'aphasie, il est possible de retrouver des troubles dysexécutifs, des déficits d'attention ou mnésiques. Les troubles de la mémoire de travail sont particulièrement handicapants, au vu de son implication dans les processus de production et de compréhension du langage. Il est fréquent de retrouver une grande fatigabilité chez les patients.

Dans les aphasies consécutives à une atteinte hémisphérique antérieure, il est possible de retrouver une hémiparésie droite associée ainsi qu'une apraxie bucco-faciale.

Suite à une atteinte hémisphérique postérieure, on peut observer chez le patient une anosognosie, une hémiparésie gauche, une hémianopsie latérale homonyme, une apraxie idéatoire ou une apraxie idéomotrice.

Tous ces troubles doivent être considérés pour la prise en charge du sujet aphasique.

### 3) Les différentes approches en aphasiologie

L'objectif de la rééducation du patient aphasique quelle que soit l'approche est une récupération optimale de la communication.

#### 3.1) Les approches formelles

Leur objectif est de ramener à leur niveau antérieur, ou du moins au meilleur niveau possible, les capacités langagières altérées chez le patient (Michallet & Le Dorze, 1999).

L'approche empirique, aussi appelée sémiologique, met en avant la description précise des troubles linguistiques. Elle repose sur l'hypothèse que les altérations observées découlent d'une perturbation de l'accès aux compétences linguistiques et non de leur perte.

L'approche cognitive propose quant à elle d'interpréter les troubles du patient au regard des modèles de fonctionnement langagier chez le sujet normal. Pour Lambert (2008, p. 43), *« cette interprétation consiste à identifier le ou les mécanismes perturbés au sein de modèles cognitifs représentant les différents composants impliqués dans des tâches linguistiques »*.

Ces deux approches formelles s'inscrivent dans une perspective médicale de réduction des déficits langagiers. Les exercices rééducatifs sont proposés dans un contexte extralinguistique et le transfert des acquis de rééducation dans la vie quotidienne n'est pas constant.

Par ailleurs, ces approches ne prennent pas en compte le rôle de l'environnement de la personne aphasique. Pourtant, pour Rousseau (2000, p. 33) pour être efficace, la prise en charge se doit de *« prendre en compte tous les facteurs environnementaux influents et tenir compte de l'influence réciproque du patient et du système dans lequel il évolue »*.

Les questionnements quant aux limites des approches formelles ont permis l'apparition d'approches ciblées sur la communication et l'environnement de la personne aphasique.

### 3.2) Les approches non linguistique, pragmatique et sociale

Elles se basent sur le constat que les compétences de communication sont mieux préservées que les compétences linguistiques. Pour Michallet et Le Dorze (1999), la préservation des capacités communicationnelles s'expliquerait notamment, par le rôle de l'interlocuteur, qui en situation d'échange fournirait les occasions et les moyens au sujet aphasique de se reposer sur lui.

L'approche pragmatique choisit d'aborder le langage dans sa dimension communicationnelle, considérant les difficultés du patient dans la vie quotidienne. Complémentaires, les approches sociales ou écosystémiques abordent la communication du sujet aphasique dans son environnement familial. Le handicap communicationnel est abordé dans sa globalité et l'objectif est d'en amoindrir les conséquences sur la qualité de vie du sujet. Dans cette continuité sont proposées des aides et techniques de communication améliorée ou alternative mises en avant dans l'approche non-linguistique.

- L'approche non-linguistique

Elle a pour objectif le rétablissement d'une communication par les canaux non verbaux, connus pour être préservés chez les aphasiques et qui seront renforcés par la rééducation. Elle s'adresse à des patients dont la communication verbale est impossible (aphasie globale ou non fluente) ou elle peut servir de support de renforcement de la communication verbale. On parle de méthodes alternatives à la communication verbale telles que le geste, le dessin et l'image. Ces méthodes non verbales permettent en phase aiguë de rétablir une communication et en phase séquelle d'établir un moyen alternatif à la communication verbale.

Cependant, l'utilisation de ces méthodes n'est pas facile à transférer au quotidien. La principale limite reste la nécessité d'être compris par l'interlocuteur d'où la connaissance par ce dernier de la méthode utilisée. Ainsi, sensibiliser et former l'entourage aux nouveaux modes de communication utilisés paraît primordial.

- L'approche pragmatique

D'après Wilcox et al. , cités par Pradat-Diehl, Mazevet, Marchal, Durand et Tessier (1997), les capacités à communiquer des patients aphasiques sont souvent supérieures dans un contexte pragmatique à leurs capacités linguistiques. D'autre part, les acquis linguistiques de la rééducation sont difficilement utilisés dans la vie quotidienne. C'est donc dans cette visée

que Davis et Wilcox ont développé en 1985 une méthode de rééducation, the Promoting Aphasic Communicative Effectiveness (PACE), ayant pour objectif de favoriser ces capacités préservées de communication linguistique ou non linguistique et le transfert des acquis.

Cette approche a pour objectif d'optimiser la communication, par les moyens les plus efficaces possibles, qu'ils soient verbaux ou non verbaux. Cependant, ce n'est pas une méthode de rééducation exclusive et comme le soulignent Pradat-Diehl et al. (1997, p. 199), « elle doit être associée à une rééducation analytique, en particulier linguistique ou cognitive ».

- L'approche sociale ou écosystémique

Elle se fait dans une perspective sociale, envisageant les troubles langagiers au niveau de l'individu mais aussi du système dans lequel le sujet aphasique évolue. L'approche écosystémique se centre sur l'environnement, utilisant des situations d'interaction « naturelles » pour refléter le déroulement réel de la communication.

De nombreux auteurs comme Kagan ou Lyon, qui préconisent l'entraînement du partenaire conversationnel, ont contribué au développement de ce courant.

De son côté, Michallet (2000), propose une intervention ciblée sur les besoins du conjoint du sujet aphasique sévère. Les objectifs tiennent compte des besoins qui évoluent avec le temps, selon les phases d'hospitalisation, de réadaptation et de retour à domicile.

La prise en charge écosystémique peut revêtir plusieurs formes, qui souvent se combinent (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney 2010) :

- des programmes d'éducation pour étoffer les connaissances sur la pathologie et les troubles associés, avec comme supports des plaquettes d'informations, des films...
- des programmes dits « de conseil » (« *counseling* ») pour attirer l'attention sur les conséquences psychosociales de l'aphasie, à partir de discussions sur les conséquences vécues, sur l'ajustement des stratégies utilisées...
- des entraînements dits directs du partenaire communicationnel, en groupe ou en dyade, en présence ou non du sujet aphasique, par le biais de situations de jeu de rôle ou par des interactions réelles, orientées par les feed-back de l'orthophoniste.

C'est au travers de l'approche sociale que nous avons axé notre travail de recherche. En travaillant auprès du couple aphasique, nous avons pour volonté d'amoindrir l'impact de la pathologie pour le patient dans sa vie socio-familiale.

#### 4) Handicap et répercussions socio-familiales de l'aphasie

La survenue de l'aphasie est un événement majeur dans la vie de la victime et de son entourage, tant sur le plan social que psychoaffectif.

##### 4.1) Le patient face à l'aphasie

Les études sur le sujet s'accordent à dire que le trouble de la communication retentit d'autant plus sur la vie socio-professionnelle que la performance linguistique est touchée. D'après le Comité québécois de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH), repris par Michallet et Le Dorze (1999), « *la situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles)* ». En ce sens, l'aphasie entraîne une situation de handicap par l'interaction entre les perturbations du langage et les dimensions sociales, culturelles et physiques constituant l'environnement du sujet aphasique.

Une étude de 1995 de Le Dorze et Brassard, citée par Michallet, Le Dorze et Tetreault (1999, p. 263), souligne que la cause majeure des situations de handicap vécues par les sujets aphasiques est liée à leurs difficultés langagières. Ces situations de handicap consistent en :

- Des modifications dans les situations communicationnelles : « *communiquer demande des efforts, maintenir la communication provoque de la fatigue, trouver les bons mots n'est pas toujours facile [...] le fait que les interlocuteurs ne s'ajustent pas toujours à la conversation est irritant...* ».

- Des modifications dans les relations interpersonnelles: rupture ou diminution des contacts familiaux et amicaux, difficultés relationnelles avec le conjoint, ou les enfants...

- Une perte d'autonomie : dépendance physique, perte de l'emploi...

- Une diminution de l'activité : réduction des activités et des loisirs...

- Une stigmatisation de l'aphasie perçue par la personne aphasique, ce qui a des conséquences sur l'image d'elle-même et sur sa gêne à s'exprimer.

Michallet et al. (1999) décrivent une perte en trois dimensions pour le sujet aphasique :

- La première dimension concerne le sentiment d'isolement face aux personnes qu'il aime, et conduit à une douloureuse séparation psychologique. Le patient peut avoir du mal à

manifester ses états, et parallèlement, ses proches ont des difficultés à les interpréter. On parle de handicap communicationnel partagé.

- Le patient doit aussi faire face à la « perte de soi », en acceptant que son intégrité physique ou psychologique ait été touchée, en particulier sa capacité à communiquer.

- Enfin la dernière dimension de perte vient des objets symboliquement investis (objets de travail ou de loisirs), impossibles à utiliser suite aux incapacités. La reprise du travail par la personne aphasique va dépendre de différents critères : le pronostic précoce de l'aphasie, les séquelles qui en résultent, mais aussi le contexte socio-économique. D'après l'étude d'Aïach et Baumann (2007), seulement 18,5% des personnes aphasiques reprennent le travail.

Toujours d'après ces auteurs, bien que l'on repère dans l'aphasie des difficultés d'ordre professionnel, une réduction des activités de loisirs ainsi qu'une dépression, l'isolement social reste la conséquence la plus déstabilisante et la plus observée. Le patient reproche l'éloignement de ses amis alors qu'il induit lui-même cette situation, fuyant les contacts sociaux par peur de se retrouver en difficulté. Les discussions à plusieurs interlocuteurs sont souvent mal vécues, induisant des difficultés de participation et de compréhension.

Ainsi, nous pouvons catégoriser l'aphasie de maladie « sociale », car c'est par le langage que l'on prend place dans la société et que l'on se fait connaître comme individu. L'aphasie est d'autant plus invalidante qu'elle touche tous les domaines culturels (lecture, écriture, calcul...), en jetant un doute sur l'intégrité intellectuelle du patient aux yeux de la société. Il se sent dépossédé de cet acquis culturel qui constitue le fondement de sa personnalité. Si la famille finit par s'adapter et décoder la nouvelle forme de communication du sujet, il n'en est pas de même pour la société en règle générale. En effet, pour capter l'information de la personne aphasique, un effort de concentration plus important peut être nécessaire pour l'interlocuteur qui n'y est pas habitué.

En ce qui concerne les troubles phasiques, il est fréquent d'observer une irritation ou une frustration face à un manque du mot, une incompréhension de son interlocuteur ou encore un partenaire parlant à sa place ou le corrigeant. Pour la plupart, une gêne peut apparaître lors de productions involontaires ou inappropriées (paraphasies, phrases automatiques...).

Les productions langagières demandent désormais un contrôle permanent et des efforts de concentration qui accentuent la fatigabilité lors d'échange, induisant une fluctuation des

performances. Par ailleurs, le patient se retrouve dans une sorte de dépendance aux ajustements nécessaires de son interlocuteur, une situation qui peut générer des tensions dans les relations interpersonnelles avec les partenaires conversationnels privilégiés.

Quelles que soient les séquelles associées, l'aphasie engendre des troubles de la communication retentissant sur la qualité de vie du sujet cérébrolésé. La prise en charge écosystémique du patient nécessite de prendre en compte son bien-être dans sa vie quotidienne. L'auto-évaluation de la qualité de vie est une démarche importante pour connaître les troubles qui handicapent la personne aphasique et retentissent sur sa famille.

#### 4.2) Les bouleversements socio-familiaux

Dès les premiers jours d'hospitalisation du patient, le système familial est modifié. Des questionnements et des doutes apparaissent en ce qui concerne le devenir du sujet aphasique, et les réponses apportées par le personnel médical restent difficiles à intégrer en cette période de bouleversement. Le retour à domicile, marque une rupture. Patient et famille sont confrontés aux conséquences des lésions qui font désormais partie de leur quotidien. Il faut se réorganiser et apprendre à vivre avec le handicap physique et/ou communicationnel.

Les troubles phasiques vont entraîner une modification des comportements au sein de la famille. Parmi les réactions observées, on peut retrouver l'anxiété, la culpabilité, l'irritabilité, la dépression ou encore la fatigue. Aidantes ou négatives, ces réactions sont toujours une réponse à l'équilibre familial brisé. L'aphasie survenant de manière brusque, il est difficile pour le patient et sa famille de faire le deuil de l'état antérieur et de ses fonctions perdues.

L'absence de la personne aphasique du domicile familial pendant la période d'hospitalisation a entraîné des modifications de l'organisation familiale. L'ancienne répartition des responsabilités entre conjoints est bouleversée par l'arrivée de l'aphasie. Il faut donc retrouver une place au sein de la nouvelle organisation quotidienne.

Il est fréquent de retrouver une perte d'autorité sur les enfants dans la mesure où celle-ci est difficilement verbalisable. Une attitude de retrait et de mise à distance dans l'éducation peut apparaître. Les réactions des enfants vont être étroitement liées à leur âge au moment de la survenue de l'aphasie, à la qualité de la relation entre les parents et au climat familial.

Aïach et Baumann (2007, p. 134) constatent « *qu'on assiste en général à une forme de repli sur soi et de rétrécissement de l'espace de vie du sujet et du couple* ». Le regard extérieur,

parfois stigmatisant, atteint la personne aphasique mais aussi ses proches, alors confrontés à une image dévalorisée du patient, différente de celle antérieure. Aussi, l'isolement social touche non seulement la personne aphasique mais aussi sa famille.

La souffrance du patient, qui a l'impression de perdre le contrôle de sa vie, de perdre son autonomie, a un retentissement important sur ses proches et surtout sur le couple aphasique.

#### 4.3) Le vécu du couple aphasique

Nous envisageons ici le terme de couple aphasique pour désigner le patient et son interlocuteur privilégié : le conjoint, un enfant, ou encore un proche. Il est difficile d'apprécier ce qui se vit à l'intérieur du couple aphasique, cependant il paraît évident que les conséquences de la pathologie sont profondes et diverses, aussi bien au niveau affectif et psychologique que matériel et social.

Le vécu et les réactions du partenaire vont dépendre du contexte antérieur. Face à l'aphasie, les liens deviennent plus intenses, il y a renforcement ou éloignement des liens préexistants à la maladie. Il est possible d'observer un proche actif, maternant, encourageant, ou au contraire gêné ou entravé par un sentiment de culpabilité.

Lorsque les liens résistent face aux bouleversements, le partenaire devient le « *soutien* » du patient et joue un rôle quant à sa réadaptation et sa récupération (Seron, 1979). Son rôle va se redéfinir et inclure celui d'aidant.

L'Union Nationale des Associations Familiales définit l'aidant comme « *la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne* ». Il doit accomplir différentes tâches, comme des soins personnels, des tâches domestiques, des démarches administratives, mais aussi apporter un soutien affectif. Ce partenaire, non préparé, va « se mettre de côté » pour aider le patient à réaliser des actions de la vie quotidienne qu'il pouvait auparavant faire seul. Ce rôle est lourd, engendrant de la fatigue physique et morale, de l'anxiété, parfois une dépression pouvant aller jusqu'à une perte de l'identité personnelle.

L'échec en conversation constitue l'un des obstacles les plus importants du couple et représente la principale cause du handicap vécu. Dans une étude d'Aïach et Baumann (2007) portant sur l'aphasie comme facteur aggravant du vécu de l'AVC par les proches, 72% des

proches parlent d'un « *bouleversement considérable* », face à 41% des proches de patients non aphasiques. Les troubles langagiers vont limiter les échanges avec l'entourage. Les difficultés pour se faire comprendre, lire, écrire, téléphoner, converser en groupe, empêchent le sujet de participer aux tâches de communication quotidiennes.

Pour le partenaire, la frustration et l'irritation sont partagées, face aux difficultés expressives du patient, mais aussi face à sa propre incapacité à le comprendre ou à interpréter ses productions, une situation qui peut être stressante. L'interlocuteur peut ressentir de la tristesse face au sujet aphasique qui fuit la communication, ou de la culpabilité à ne plus éprouver de plaisir dans l'échange. A l'opposé, certains proches s'adaptent bien aux nouvelles capacités communicationnelles du patient mettant en place des stratégies de compensation efficaces.

L'apparition de l'aphasie va modifier la perception que le partenaire peut avoir de l'aphasique. Au premier plan, et la plupart du temps dans le rôle de l'aidant principal, le conjoint est le plus exposé aux difficultés du patient. Il peut alors réagir en le protégeant excessivement.

On parle de surprotection dans un couple lorsque l'un des partenaires souffre d'une maladie chronique telle que l'aphasie et que son proche fait preuve d'une attention excessive. La protection démesurée de la personne aphasique implique une sous-estimation de ses capacités et se caractérise d'après Croteau et Le Dorze (1999) par :

- une aide non nécessaire,
- des encouragements exagérés compte tenu des réalisations,
- des tentatives de limiter ou cloisonner les activités du patient, avec une surveillance, des interdictions et des inquiétudes totalement injustifiées.

Le risque de la surprotection est principalement d'infantiliser involontairement la personne aphasique, qui a le sentiment de perdre sa place d'adulte dans le système familial. On peut observer une tendance du partenaire à privilégier le canal oral, et à parler à la place du patient. Ses interventions sont alors réduites à des tours minimaux, il reste passif dans la conversation, en retrait. Ainsi la participation du sujet aphasique à la conversation va dépendre de l'importance de ses altérations langagières mais aussi du degré de surprotection vécu au quotidien.

D'après de nombreuses études, le comportement de surprotection favoriserait le sentiment dépressif du patient aphasique et inhiberait le vrai potentiel du sujet. Il peut se complaire dans

cette situation et voir sa motivation et son investissement dans la rééducation diminuer. De plus, la «surprotection communicative» persistante peut compromettre le travail rééducatif langagier et communicationnel.

Le comportement de surprotection, le plus souvent inconscient, peut être nocif à la fois pour la personne aphasique mais aussi pour l'aidant. Il doit être décelé par les thérapeutes.

Le partenaire, par un soutien adapté, joue un rôle primordial auprès du sujet aphasique, et doit donc être inclus dans les programmes de réadaptation.

## 5) L'importance de l'accompagnement familial

Les familles et en particulier les conjoints présentent des besoins spécifiques dans leur processus d'adaptation à la déficience et aux incapacités du patient. Prendre en compte ces besoins est primordial pour éviter de créer ou d'accentuer certaines situations de handicap.

### 5.1) Les besoins de la famille

L'étude de Michallet, Le Dorze et Tétreault (1999) s'est ciblée sur les besoins spécifiques des conjoints dans le cas d'une aphasie sévère. Les résultats mettent en exergue une modification des besoins selon les périodes d'hospitalisation en phase aiguë, de réadaptation en centre ou de retour à domicile. Différentes catégories de besoins ont ainsi été identifiées :

- le besoin d'information : les conjoints ont besoin d'informations sur l'aphasie et l'impact qu'elle peut avoir sur la communication de la personne aphasique.

- le besoin d'un mode de communication efficace avec la personne aphasique : tout particulièrement lors du retour à domicile, les conjoints se sentant démunis face aux difficultés de leur proche.

- le besoin d'être considéré comme un partenaire compétent par les professionnels.

- le besoin de meilleures relations avec les membres de la famille et les amis : avec le retour à domicile, beaucoup de conjoints parlent d'un sentiment d'exclusion et d'isolement comparativement aux relations socio-familiales antérieures.

- le besoin de soutien aux niveaux pratique et émotionnel : suite aux bouleversements qu'induit l'aphasie, les conjoints évoquent la nécessité d'un soutien aux niveaux pratique et émotionnel en particulier après le retour à domicile.

- le besoin de répit: avec leur nouveau rôle d'aidant et les nouvelles responsabilités associées, les conjoints parlent de la nécessité à la fois de repos physique et psychologique.

C'est à ces besoins qu'essaie de répondre l'accompagnement proposé par les professionnels.

## 5.2) Pourquoi un accompagnement familial

De l'avis de tous les thérapeutes, l'entourage de la personne aphasique, par son comportement général ainsi que son comportement verbal, influence sa récupération et/ou réadaptation. L'implication familiale va conditionner en grande partie l'évolution et la qualité de la rééducation. Il est donc important, afin de favoriser la réintégration sociale des personnes aphasiques, de « *permettre à celle-ci et à ses proches d'accéder au statut de partenaires dans la réadaptation* » (Michallet & al., 1999, p. 260).

Les bouleversements peuvent induire une attitude négative chez les membres de la famille « *entraînant pour la personne aphasique, une diminution de l'estime de soi et de la motivation dans la réadaptation ainsi qu'une tendance au retrait social* » (Michallet & al., 1999, p. 263). Comme le soulignent ces auteurs, la notion de partenariat est fondamentale. En réadaptation, celle-ci s'inscrit « *dans des valeurs de société à travers lesquelles il est présumé que les personnes vivant avec des incapacités, leurs proches ainsi que les intervenants disposent de ressources et qu'ils sont compétents dans leurs domaines respectifs* ». Ce sont ces dernières qui s'actualisent dans le contexte du partenariat. Le rééducateur ne doit pas être le seul « expert », il doit favoriser un sentiment de compétence et de confiance envers ses propres ressources, pour le patient aphasique et sa famille. Cette appropriation des savoirs et des savoir-faire est centrale et ce sentiment de compétence permet à la famille de jouer son rôle de soutien et de devenir partenaires des thérapeutes qui œuvrent pour la réadaptation.

Dans cette optique, la démarche **d'éducation thérapeutique** se développe de plus en plus dans les prises en charge. Informer la famille, c'est éviter des incompréhensions au niveau des dires et des comportements du patient, en guidant l'entourage dans son accompagnement. Pour cela il est important que les proches reçoivent des informations appropriées sur les troubles et les difficultés qui peuvent être associées à l'aphasie.

La prise de conscience de la famille sur son rôle dans les progrès du sujet est primordiale. Par son soutien, sa stimulation et sa présence, elle favorise l'implication du sujet dans sa prise en charge. Il est nécessaire d'expliquer l'importance de la rééducation, de préciser le rôle des

thérapeutes et de leur intervention qui peut être longue et dont les résultats ne sont pas toujours ceux escomptés. L'implication de la famille permet de créer un lien entre la vie quotidienne et les séances, ce qui favorise le bien être de la personne aphasique.

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique passe par des conseils, à la fois sur les comportements négatifs à éviter mais aussi sur les moyens d'aider le patient sans entraîner de dépendance.

L'information sur les adaptations et les moyens de facilitation qui peuvent être envisagés et l'entraînement adéquat, permettent de soutenir au maximum la personne dans ses échanges.

Personne ne peut connaître l'évolution des troubles phasiques sur le long terme, toutefois, il est nécessaire que les proches du patient réalisent que des difficultés peuvent subsister. De cette manière, ils pourront mieux accompagner le sujet dans un deuil de l'état antérieur. L'acceptation va passer par la recherche de nouvelles activités et de nouveaux intérêts.

Plusieurs études s'accordent à dire que l'implication de la famille par son éducation contribue à améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches, en apaisant les angoisses.

### 5.3) Les résultats d'un accompagnement

Bakas (2010), présente les conséquences positives de dix études sur l'accompagnement des aidants. On peut observer les effets positifs que la prise en charge a pu avoir sur la qualité de vie des conjoints (diminution de la dépression, amélioration des connaissances, de la qualité de vie, du fonctionnement familial et des activités sociales...). L'éducation thérapeutique apparaît comme bénéfique pour les proches mais aussi pour le patient. En effet, dans la même étude, Bakas montre que l'accompagnement permet une diminution de la dépression et de l'anxiété ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie du patient.

D'autre part, l'orthophoniste peut lui-même tirer un grand bénéfice de cet accompagnement. La famille est capable de décrire les problèmes de communication du patient d'un point de vue différent de celui du thérapeute. Le conjoint en particulier peut renseigner sur l'état pré-morbide, les observations du quotidien, la personnalité...Par ailleurs la famille représente une grande aide dans le cadre d'une approche écosystémique en renseignant sur les principales difficultés ou les gênes rencontrées dans la vie quotidienne.

L'accompagnement thérapeutique permet d'améliorer non seulement la qualité de vie de la famille mais aussi celle du patient, l'objectif principal d'une approche écosystémique.

### III) Applications de l'approche écosystémique

#### 1) Des outils d'évaluation du patient et du couple aphasique

Il existe de nombreux tests évaluant les capacités communicationnelles du patient tels que le *Functional Communication Profile* de Sarno (1969), l'échelle *Communicative Ability in Daily Living* de Holland (1980), le *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication de Joannette.*, Ska et Côté (2004) ou encore le *Test Lillois de Communication (TLC)* de Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, et Lefeuvre, (2001).

Différents questionnaires d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation permettent une évaluation de la communication du patient aphasique. Le TLC contient un *Questionnaire Complémentaire à la Famille* pour enrichir l'évaluation en offrant un nouveau regard non professionnel sur la communication fonctionnelle du patient au quotidien. *L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux* par Darrigand et Mazaux (2000) permet une évaluation des capacités de communication du patient dans sa vie quotidienne.

Différents outils se proposent d'évaluer le patient et son interlocuteur en situation d'échange comme le *Conversational Profil for People with Aphasia (CAPPA)* ou encore le *Protocole Toulousain d'Évaluation Ecosystémique du Couple Aphasique (PTECCA)*, que nous présenterons et utiliserons dans la suite de notre étude.

Ces différents outils permettent d'orienter la mise en place de méthodes de rééducation et de réadaptation, ciblées sur les besoins du patient mais aussi de ses proches.

#### 2) Des méthodes de rééducation et de réadaptation

##### 2.1) Le plan de communication

C'est un outil qui permet d'ajuster sa communication aux compétences et difficultés du sujet aphasique en interaction, à l'instar de celui de Généreux, Julien, Larfeuil, Lavoie Soucy et le Dorze (2004).

Il est constitué d'une page détaillant les capacités langagières et les caractéristiques communicationnelles du patient, ainsi que les moyens pouvant être utilisés par le partenaire conversationnel pour favoriser l'échange. Le plan est personnalisé selon le patient et peut être complété par les proches. Son utilisation a pour but de sensibiliser les interlocuteurs aux

caractéristiques communicationnelles en permettant de s'adapter à celles-ci, tout en favorisant la qualité des échanges.

## 2.2) Les études sur l'information et/ou l'entraînement du partenaire

Parmi les nombreuses études menées sur le sujet, nous avons choisi de présenter deux des travaux les plus connus, ceux de Kagan et de Lyon.

En 1993, Kagan et Gailey présentent le Supported Communication for adults with Aphasia (SCA), une aide à la conversation avec des adultes aphasiques. Face au constat que l'aphasie réduit les opportunités d'échanges naturels, Kagan a introduit ce programme au centre d'Aphasie North-York à Ontario. L'objectif est de réduire les conséquences psychosociales de l'aphasie et de favoriser un sentiment d'autonomie chez le patient (Kagan, 1998).

L'intervention se base sur deux principes fondamentaux : la reconnaissance des compétences du patient aphasique et le rôle du partenaire conversationnel qui est de l'aider à révéler ses compétences. Par la notion de collaboration qui sous-tend la communication, Le Dorze (1997) cité par Simmons-Mackie (1998) souligne qu'un système de communication alternatif peut aussi bien être mis entre les mains du partenaire que du sujet aphasique.

L'interaction est au centre de la réflexion de Kagan, elle seule pouvant mettre en exergue les compétences du patient aphasique aux yeux de l'interlocuteur. Pour Kagan et Gailey (1993, p. 200), une fois entraîné, le partenaire de communication devient une « *communication ramp* » (rampe d'accès à la communication), favorisant les opportunités de participer à la conversation. Les partenaires volontaires sont formés et entraînés par l'orthophoniste.

Cette approche définit le rôle du thérapeute selon trois axes :

- l'orthophoniste se doit d'être un « *partenaire de conversation* » en reconnaissant les compétences du patient et en cherchant à les mettre en avant. L'approche ne se fait pas en fonction des incapacités linguistiques mais dans une interaction avec le sujet aphasique.

- le thérapeute est « *formateur* », expliquant les principes du SCA pour aider les partenaires volontaires à reconnaître les compétences des patients et les aider à devenir des « *rampes d'accès à la communication* ».

- l'orthophoniste a également pour rôle d'encourager et de faciliter la communication dans toutes les situations sociales, en agissant sur l'atténuation des situations de handicap social. Par exemple, par la sensibilisation du public ou des professionnels à l'aphasie.

La méthode présentée par Kagan (1998) débute par plusieurs heures d'observation par le partenaire volontaire puis se compose de quatre modules :

- Le premier module apporte aux personnes non familiarisées des informations sur l'aphasie et introduit la notion de « *supported conversation* » (Kagan, 1998, p. 819). Les situations de jeux de rôles ainsi que le support vidéo permettent d'aborder les concepts clés de « *conversation* », « *compétence masquée* » et de « *rampe d'accès à la communication* ».

- Durant le second module, les participants se familiarisent avec diverses techniques de communication du SCA pour reconnaître et révéler les compétences de la personne aphasique par divers moyens : utilisation de questions fermées, vérification des informations, utilisation de gestes, d'une trace écrite, de pictogrammes... Le partenaire apprend durant ce module à systématiser ces techniques et à les utiliser simultanément.

- Le troisième module est centré sur des scénarios de jeux de rôles choisis spécifiquement pour appliquer et intégrer les techniques présentées précédemment et illustrer certains points spécifiques. L'orthophoniste joue alors le rôle de la personne aphasique.

- Le dernier module est axé autour du visionnage d'une vidéo d'échange entre un patient et son partenaire conversationnel. Les participants évaluent les compétences requises pour être un partenaire dans le but d'encourager par la suite l'auto-évaluation.

Après cette première étape de formation, les volontaires peuvent travailler en période d'essai dans un groupe d'aphasiques sévères, supervisés par l'orthophoniste. Si l'évaluation ainsi que l'auto-évaluation du participant sont satisfaisantes, la période d'essai prend fin.

Le SCA de Kagan est utilisé par de nombreux thérapeutes dans leur pratique. Comme le souligne Holland (1998), cette méthode lui permet d'améliorer l'efficacité de ses interventions en sensibilisant proches et cliniciens à la communication augmentée.

Lyon (1997) a aussi orienté ses recherches sur la formation d'un partenaire. L'auteur part du postulat que l'aphasie touche les processus langagiers et la communication, leur utilisation sociale et le bien-être psychosocial de la personne aphasique et de son entourage.

Les compétences conversationnelles altérées nécessitant plus de temps et d'effort, cela conduit à des situations de ruptures communicationnelles avec l'interlocuteur, qui perçoit alors le sujet aphasique dans l'incapacité à converser. Le but de la rééducation est alors

d'améliorer l'utilisation des processus langagiers dans les diverses situations de la vie quotidienne. L'orthophoniste propose au patient et à sa famille les moyens de faire face à l'aphasie, en les guidant dans le processus de réadaptation. La prise en charge se décompose en plusieurs étapes et tient compte du bien-être du patient mais aussi de l'aidant.

Dans un premier temps, le couple aphasique évalue son bien être psychosocial, les composantes du langage et de la communication selon un gradient temporel : avant l'aphasie, lors de l'évaluation et à la fin du traitement.

Dans un second temps, le soignant présente les possibilités de restauration des capacités altérées, les objectifs de la prise en charge et les moyens mis en œuvre, en accord avec le couple aphasique. Lors de l'étape de facilitation, le thérapeute propose un tableau présentant « *les facilitateurs de vie* », contrebalançant les « *obstacles de vie* », Dans son approche, Lyon recommande d'utiliser sur la base du volontariat, une personne du réseau social du patient, qui après avoir été formé en milieu clinique deviendra le partenaire de communication. Ce dernier accompagnera la personne aphasique à l'extérieur pour des activités ciblées.

L'arrêt de la prise en charge est décidé par consensus, un compromis entre ce que souhaite le couple aphasique et les capacités effectives du patient.

Les approches de Kagan et de Lyon se rejoignent, cherchant toutes deux à augmenter les capacités de communication et la participation du patient aphasique dans la vie quotidienne. Pour atteindre ce but, ces auteurs incluent un partenaire conversationnel entraîné utilisant des supports adaptés et permettant de favoriser les opportunités de communication.

### 3) Les stratégies de communication augmentée et les méthodes alternatives

Les approches pragmatique et sociale abordent le handicap communicationnel dans sa globalité. Les aides ou les techniques de communication augmentée et alternative sont proposées dans ce cadre, offrant à l'aphasique et à ses proches des outils de communication fonctionnels pour limiter le retentissement de la pathologie sur la qualité de vie.

Nègre (2008, p. 1), définit la communication alternative et améliorée comme comprenant « *toutes les formes différentes de communication utilisables lorsque la parole fait défaut : des comportements, gestes et signes, aux nouvelles technologies (...) qui font référence à un concept : images, dessins, (...) objet-réel, pictogrammes, symboles en tout genre* ». Les moyens sont divers et souvent complémentaires c'est pourquoi on parle de multimodalité de la communication.

Actuellement, les recherches de stratégies et d'outils alternatifs à la communication verbale s'inscrivent dans une démarche de réadaptation, en se basant sur les processus altérés et ceux opérants. Il s'agit de contourner les déficiences tout en améliorant la communication. Gonzales et Brun (2007, p. 252) définissent l'objectif de ces recherches comme « *la revalidation d'une communication entre deux partenaires aux compétences inégales* ».

### 3.1) Les stratégies de communication augmentée

La communication augmentée s'offre de compléter le langage oral déficitaire. Julien et Dechelette (2011) se proposent de regrouper les conseils et stratégies de communication dans un formulaire multimodal à destination des intervenants. Ainsi elles définissent deux niveaux sur lesquels agir pour augmenter la communication.

#### 3.1.1) Les prérequis à la communication

Afin d'être dans des conditions favorables pour l'échange, l'environnement physique ainsi que l'attitude de l'interlocuteur sont pris en compte comme prérequis essentiels.

Le contexte fait partie intégrante de la situation de communication et doit être adapté pour ne pas perturber l'échange. Pour cela, l'environnement doit être un lieu calme, éclairé, l'interlocuteur doit faire face à la personne aphasique et le matériel proposé visible et accessible « *physiquement* ». L'adaptation de l'environnement limite au maximum les éléments parasites et permet de favoriser la perception d'indices fournis par la communication non verbale, pour le patient mais aussi pour le partenaire conversationnel.

L'attitude de l'interlocuteur est primordiale en situation de communication et permet de montrer au patient aphasique la reconnaissance de ses compétences communicatives malgré ses difficultés langagières (Kagan, 1998). L'attitude influence la motivation du patient à communiquer. Par les stratégies verbales et non verbales mises en œuvre, la personne aphasique perçoit l'intérêt de l'interlocuteur et la volonté qu'il a de voir la situation d'échange aboutir. En revanche, si l'information n'est pas comprise pas le partenaire, il est important d'être honnête et de reconnaître sa difficulté. Pour ces auteurs citant Kagan et al. (1996), il est préférable de s'excuser et de reconnaître les compétences du patient par une formule comme : « *Je sais que vous savez, mais nous ne parvenons malheureusement pas à nous comprendre* ».

### 3.1.2) La communication multimodale

La communication multimodale, définie par Julien & Dechelette (2011), se compose d'adaptations verbales et non verbales combinées à la parole (gestes, dessin..) ainsi que de techniques de vérification. L'utilisation de plusieurs canaux permet de favoriser la compréhension de la personne aphasique. Elle offre aussi au patient des moyens de communiquer en s'appropriant les modalités utilisées par l'interlocuteur.

Les adaptations verbales se font sur la parole de l'interlocuteur pour favoriser l'échange. Il est important de parler d'une voix modérée avec un débit un peu plus lent pour permettre au patient d'intégrer l'information. Il est préférable de formuler des phrases courtes, avec une syntaxe et un lexique simples, ne contenant qu'une information à la fois. L'utilisation de questions fermées, dont les réponses sont de la forme oui ou non, conduit à un échange plus confortable en évitant les contre-sens.

Les stratégies non verbales accompagnent toujours la parole mais ne la remplacent jamais. Ces auteurs proposent, pour accompagner la communication verbale, les gestes naturels, les pictogrammes ainsi que la trace écrite grâce à des mots-clés.

Le geste dit naturel permet d'appuyer la parole et de faciliter spontanément l'accès au sens, sans matériel complémentaire. Les gestes utilisés doivent être faciles à identifier en étant imagés ou conventionnalisés et faciles à exécuter pour que le patient puisse se les approprier.

Pour faciliter la communication, les auteurs proposent l'appui sur des pictogrammes illustrant des concepts clés. A l'instar des gestes, les symboles doivent être simples et facilement interprétables. L'utilisation des pictogrammes permet d'amener une aide à la compréhension et d'offrir un support que le patient peut pointer pour faciliter son expression.

Julien et Dechelette (2011) préconisent l'utilisation d'une trace écrite via des mots clés écrits en gros caractère et ce même si l'usager présente une atteinte du langage écrit. Cette trace aide à la compréhension et permet de matérialiser un changement de sujet. Par ailleurs, l'écriture certifie la représentation d'un pictogramme ou d'une photographie.

Les techniques de vérifications sont primordiales pour s'assurer, grâce au feed-back la compréhension mutuelle du patient mais aussi de son interlocuteur. Une des difficultés de l'aphasie, dans certains cas, est la non fiabilité du oui / non qui entrave l'échange. Pour cela, il est important que l'interlocuteur utilise des questions fermées, reformule sa parole et utilise

une trace écrite. La communication non verbale joue un rôle important dans les techniques de vérifications. En restant attentif aux indices non verbaux (posture, gestes, regard, mimiques), le partenaire conversationnel peut percevoir d'autres informations.

### 3.2) Les méthodes alternatives

Les méthodes alternatives à la communication verbale, aussi appelées palliatives, cherchent à rétablir la communication par un canal de communication non verbal comme le dessin et l'image. Ces méthodes assurent au patient une communication minimale avec son entourage.

#### 3.2.1) Intérêt et choix d'une méthode alternative

L'objectif des méthodes alternatives est de contourner les troubles aphasiques, c'est-à-dire de rétablir les capacités de transmission d'informations dans la vie quotidienne en diminuant la situation de handicap. Ici, le thérapeute, par une démarche palliative, se décentre des déficiences linguistiques et se tourne vers le patient et sa qualité de vie. Il cherche à offrir des outils efficaces au sujet aphasique et à ses partenaires. L'action palliative doit être mise en place, sans attendre l'échec des méthodes de rétablissement ou de réorganisation. Permettre le maintien d'une communication en dépit des troubles linguistiques est vital. Les méthodes palliatives vont soutenir l'envie de communiquer et maintenir un lien avec l'environnement en retrouvant une place d'interlocuteur au sein des communicants.

Le choix d'un outil alternatif va dépendre des processus opérants, être limité par les processus altérés et adapté au patient et à son handicap. Pour présenter un code alternatif au sujet aphasique, il est fondamental dans un premier temps d'analyser les compétences cognitives nécessaires à son utilisation, comme le précisent Gonzales et Brun (2007, p. 257) :

- Dans son rôle d'informateur, la personne aphasique « *doit avoir l'initiative d'utiliser spontanément son répertoire, une maîtrise suffisante du code pour aller y chercher le geste ou symbole, ou l'enchaînement approprié, d'aider les ajustements de son vis-à-vis* ».

- Dans son rôle de récepteur, le patient doit pouvoir différencier les gestes ou symboles proches, et posséder des capacités attentionnelles, mnésiques et de flexibilité mentale. Elles lui permettront « *d'analyser leur signification ou d'interpréter leurs combinaisons, de les modifier en fonction des interprétations de l'interlocuteur* ».

### 3.2.2) Les limites et contraintes des méthodes alternatives

Pour Gonzalez et Brun (2007, p. 255), « *forcer l'apprentissage d'un autre code symbolique, qui a prouvé par le passé qu'il ne répondait pas aux objectifs d'une communication fonctionnelle* », ne permettra pas de soutenir ou remplacer le premier code linguistique. Le choix d'une méthode doit prendre en considération sa fonctionnalité et les capacités grammaticales résiduelles du patient. Comme tout moyen de communication, les méthodes alternatives nécessitent certaines conditions pour être efficaces, et présentent leurs limites.

Le moyen alternatif nécessite d'être adapté aux capacités visuo-motrices du patient, à sa capacité de pointer et à ses capacités cognitives. Pour être fonctionnel, il doit être facilement utilisable dans différents contextes de la vie quotidienne d'où la question du format.

D'autre part, comme pour tout apprentissage, investir un nouvel outil, nécessite pour le patient, sa famille et son rééducateur d'y consacrer du temps et de l'énergie. L'objectif étant de rétablir l'échange, il est primordial que le partenaire comprenne et utilise le nouveau système. Ainsi pour être fonctionnels lors des échanges, le nouveau code et son lexique doivent être appris et pratiqués, ce qui nécessite une formation du patient et de l'interlocuteur.

Par ailleurs, le rôle de l'aidant est primordial dans l'acquisition d'une méthode alternative, mais cela lui demande des ressources psychologiques importantes. Or le bouleversement familial et l'épuisement physique et psychologique faisant suite à l'accident doivent être pris en compte et évalués pour « *comprendre les capacités de mobilisation de l'entourage* ». Pour Gonzalez et Brun (2007), le choix de la méthode passe par l'évaluation des « *besoins actuels et futurs, la mobilisation de l'entourage : quelles sont les demandes, les attentes, quelle est la conscience des troubles, la qualité de la disponibilité, et [...] les aspects psycho-affectifs ?* ». Comme le soulignent Pradat-Diehl et al. (1997), la qualité de communication du patient avec des méthodes alternatives « *sera favorisée par la sensibilisation de son entourage à l'utilisation de ce mode de communication* ».

Enfin, un moyen de communication alternatif ne permet pas de faire face à une grande variété de situations communicatives car les possibilités d'expression et la richesse des échanges seront proportionnelles au niveau d'élaboration lexical et syntaxique de l'outil.

Aussi, malgré de grands avantages, les méthodes alternatives ne remplacent pas le langage oral.

### 3.2.3) Différentes méthodes alternatives

Il existe une liste non exhaustive d'outils de communication alternative. Nous avons choisi pour notre étude de nous focaliser sur les aides non technologiques.

- Les classeurs/carnets/cahiers de communication

Comme nous l'avons précédemment évoqué, le code symbolique est difficile à mettre en place et ne répond pas forcément aux besoins fonctionnels. Pour ces raisons, la photographie semble utilisable et appropriée, offrant un médiateur non codé et assurant une transparence de lecture. Ce support permet un accès sémantique immédiat, évitant que le patient ait recours à une analyse déductive ou à une combinaison d'indices. Ainsi le couple n'a ni code, ni lexique à apprendre, et l'accès au sens est instantané, l'utilisation directe.

Les classeurs de communication sont des répertoires de photographies, de dessins, de pictogrammes, de symboles, voire de mots écrits, organisés en catégories et permettant de cibler un message dans un contexte réel.

Lorsqu'ils ne sont pas standardisés, ces supports sont personnalisables et évolutifs, répondant aux besoins du patient, de ses proches ou des situations. Ils offrent une grande facilité d'utilisation et une adaptation possible aux situations quotidiennes. Cet outil s'utilise en expression ou en réception, par le patient et par son entourage. Toutefois, le classeur nécessite un entraînement pour être utilisé efficacement.

- Les pictogrammes

Ce sont des représentations graphiques symboliques ou figurées servant à transmettre une information. Ils sont également classés par catégories et utilisés dans un classeur ou encore un tableau selon les capacités motrices du patient.

- Les codes alphabétiques

La personne aphasique pointe ou valide d'une autre manière la lettre inscrite sur la planche qui reprend le code. L'interlocuteur propose des mots dès les premières lettres identifiées pour trouver l'information. Le code peut être aussi énoncé par le partenaire qui s'arrête lorsque le patient fait le signe convenu. Différents codes existent, mais cette méthode est inutilisable auprès de patients aphasiques présentant une atteinte du langage écrit.

- Le dessin

Ce moyen alternatif n'est que très rarement mis en place, en revanche il peut être naturellement utilisé comme aide augmentative.

## **PARTIE PRATIQUE**

### I) Objectifs de l'étude et hypothèses de travail

L'aphasie touche la communication dans sa globalité, induisant des répercussions sur la qualité des rapports du sujet avec son entourage et tout particulièrement son partenaire conversationnel. Face aux difficultés, l'interlocuteur se sent souvent démuné dans sa communication avec la personne aphasique.

Depuis plusieurs années, l'approche écosystémique se propose d'intégrer l'environnement social et familial du patient afin d'optimiser ses aptitudes communicationnelles au sein du système dans lequel il évolue. Aussi, les études se situant dans cette approche incluent l'entraînement de la dyade partenaire conversationnel-sujet aphasique.

Nous avons cherché à savoir si intervenir sur le couple aphasique avait un impact sur la communication multimodale du patient, et si cela était généralisable à toutes les situations d'échange. Nous avons tout particulièrement porté attention à la communication non verbale.

Pour mener à bien cette étude, nous avons mis en place une phase pré-thérapeutique d'évaluation des capacités communicationnelles du patient, en interaction ou non avec son partenaire conversationnel. Cette étape nous a permis de cibler les objectifs de l'intervention, composée de séances d'information puis d'entraînement du couple aphasique.

Enfin la phase post-thérapeutique propose une réévaluation des interactions de la dyade ainsi que de la communication fonctionnelle du sujet, afin d'objectiver une évolution.

Nous avons fait l'hypothèse générale que notre intervention améliorerait les capacités de communication fonctionnelle du patient grâce à une augmentation du nombre de canaux utilisés. Nous espérons observer une généralisation à toutes les situations d'échange.

Nous avons également supposé observer :

- une modification des habitudes de communication au sein du couple aphasique,
- une amélioration de la communication du sujet avec son partenaire conversationnel,
- une appropriation par le patient des stratégies de compensation,
- une amélioration de la satisfaction quant aux échanges au sein du couple aphasique, retentissant sur la qualité de vie.

## II) Méthodologie

### 1) Population

#### 1.1) Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour sélectionner les participants à notre étude, nous avons au préalable listé des critères d'inclusion et d'exclusion précis, pour le patient aphasique et son interlocuteur.

Les critères retenus pour la participation des sujets aphasiques à l'étude sont les suivants :

- Une aphasie plus ou moins sévère, présente depuis un minimum de temps de six mois, afin de limiter l'impact de la récupération spontanée sur nos résultats.
- Une compréhension relativement préservée pour tirer bénéfice de l'intervention.
- Une motivation, un intérêt et une disponibilité pour participer à l'étude.
- Une conscience des difficultés communicationnelles pour favoriser l'efficacité de notre intervention. Il nous a semblé primordial que les patients expriment une gêne pour communiquer et soient demandeurs d'une prise en charge pour améliorer leurs capacités.
- L'absence de pathologies neurodégénératives, d'aphasie évolutive, de troubles du comportement sévères ou de maladie psychiatrique associés (Kagan, 1998).
- L'absence d'atteintes perceptives sévères comme la surdité ou la cécité.

Les critères retenus pour les partenaires conversationnels de notre étude sont les suivants :

- Une motivation, un intérêt et une disponibilité.
- Notre étude se plaçant dans une démarche fonctionnelle et écologique, il semblait primordial que le partenaire ait des occasions fréquentes de communiquer avec le patient.
- L'absence de pathologie ou de troubles pouvant entraver la communication et s'ajoutant aux troubles communicationnels aphasiques du patient.

#### 1.2) Présentation de la population

Pour offrir une intervention personnalisée et adaptée à chaque couple aphasique, nous avons été contraints de sélectionner une population réduite de cinq couples, présentés dans le **Tableau 1**.

Notons que les abréviations « P » et « I » sont utilisées respectivement pour désigner le patient aphasique et son interlocuteur principal.

Couple	Sexe P	Age P	NE* P	Temps post-AVC	Sexe I	Age I	NE*I	Statut de I
P1/I1	F	42 ans	NE2	29 mois	F	37 ans	NE2	cousine
P2/I2	H	63 ans	NE2	39 mois	F	63 ans	NE2	conjoint
P3/I3	F	63 ans	NE2	29 mois	H	63 ans	NE2	conjoint
P4/I4	H	76 ans	NE3	30 mois	F	74 ans	NE3	conjoint
P5/I5	H	65 ans	NE3	30 mois	F	62 ans	NE3	conjoint

\*Niveau d'éducation : NE 1= absence de diplôme, Certificat d'études ou durée scolarité inférieure à 8 ans  
NE 2= CAP, BEP, BEPC, ou durée de scolarité comprise entre 8 et 12 ans  
NE 3= Baccalauréat et plus ou durée de scolarité supérieure à 12 ans

**Tableau 1** : Caractéristiques des couples aphasiques participant à l'étude

Pour la sélection des participants, nous avons été confrontés à la problématique du pronostic dans le cadre des aphasies sévères, puisque pour certains auteurs, des progrès seraient susceptibles d'apparaître encore entre 2 et 10 ans post AVC.

Notre intervention s'est située entre 29 et 39 mois à distance de la survenue de l'aphasie. A ce stade, les patients avaient pour certains observé une récupération langagière (P4 et P5), mais pour d'autres la rééducation n'avait permis que peu d'amélioration (P1, P3 et P2).

Nous sommes partis de l'hypothèse qu'une évolution était encore possible, et nous avons tenté de diminuer les difficultés communicationnelles en proposant une nouvelle approche, intégrant l'environnement.

## 2) Démarche d'évaluation pré-thérapeutique

Par cette première phase d'évaluation, nous avons cherché à analyser la communication globale du patient. Avec les passations filmées du TLC et du PTECCA nous avons obtenu des profils de communication. Nous avons complété l'évaluation par une épreuve fonctionnelle ainsi qu'une échelle de satisfaction à la communication. Les pré-tests nous ont permis d'observer la manière de communiquer des couples mais aussi de connaître les possibilités des patients dans les échanges.

Nous avons choisi d'utiliser des enregistrements vidéo pour conserver des situations d'interaction les plus naturelles possibles en permettant une cotation différée. D'autre part, des extraits des corpus vidéo recueillis ont été sélectionnés et réutilisés lors de l'intervention.

## 2.1) Présentation du TLC

Nous avons débuté la phase pré-thérapeutique par la passation du TLC (**Annexe 1**). Cet outil évalue l'attention et la motivation à la communication, la communication verbale et non verbale. Il permet de mettre en avant les stratégies utilisées par le patient.

Notre choix s'est porté sur ce test car il offre une vision globale de la communication du patient. Cependant, nous n'avons utilisé que l'interview dirigée et l'épreuve PACE. Nous n'avons pas sélectionné l'épreuve de discussion car les situations d'échange proposées dans le PTECCA nous ont paru plus pertinentes.

La cotation différée nous a permis d'obtenir un profil de communication chiffré situant le patient par rapport à une norme et d'objectiver une amélioration ou non des différents canaux de communication du patient.

Nous avons regroupé tous les résultats détaillés en **Annexe 7**.

## 2.2) Présentation du PTECCA

Pour l'évaluation de la communication au sein du couple aphasique, nous avons choisi le PTECCA qui permet une observation des comportements communicationnels en situation d'échange. Il évalue simultanément et qualitativement l'interaction des partenaires conversationnels (**Annexe 2**).

Cet outil d'évaluation s'avère intéressant car il s'inscrit directement dans une évaluation écosystémique du patient et de son partenaire. Il permet d'appréhender les comportements adaptés ou au contraire entravant la communication du patient, tout en rendant compte de l'utilisation de la multimodalité de la communication.

Pour chaque patient nous avons réalisé la passation des quatre épreuves principales, mais nous n'avons pas réalisé de cotation pour l'entretien final. Pour compléter l'évaluation, nous avons utilisé l'épreuve référentielle afin de la comparer avec l'épreuve PACE du TLC. Ainsi nous avons pu observer si l'interlocuteur avait une influence sur la communication du patient.

La grille informatisée qui permet d'obtenir des profils de communication pour chaque épreuve est cotée en fonction de l'observation ou non des comportements, sans notion de quantité. Beaucoup de comportements n'ayant été mis en œuvre qu'une seule fois, les profils obtenus ne reflétaient pas les observations faites.

Avec l'accord d'A. Iché, nous avons modifié cette cotation. Aussi nous avons décidé de noter « non observé » pour les comportements absents ou apparus une fois et « observé » pour ceux apparus au minimum à deux reprises.

Afin d'obtenir des données quantitatives, nous avons ainsi choisi d'attribuer 1 point si le comportement avait été coté comme « observé » dans l'épreuve et 0 dans le cas contraire. Nous obtenons ainsi à chaque passation un score sur 4 pour chacun des 26 items, soit un score global sur 104, nous permettant de confirmer ou non une évolution. Ces données ne sont pas normées mais la communication étant directement liée aux comportements conversationnels, le score sera proportionnel à l'efficacité de la communication.

Nous avons synthétisé les scores détaillés de chaque couple dans un tableau (**Annexe 7**).

La passation du PTECCA nous a permis d'observer l'utilisation spontanée de certains comportements. Ainsi nous avons pu proposer d'autres adaptations mais aussi mettre en avant celles qui avaient été observées mais qui n'étaient pas systématisées.

Nous avons ainsi ciblé notre intervention sur les difficultés du patient et du partenaire.

### 2.3) Présentation d'une épreuve fonctionnelle

Nous avons pensé qu'il serait pertinent de compléter notre évaluation de la communication par une épreuve fonctionnelle. Les passations filmées, du TLC avec un orthophoniste et du PTECCA avec un interlocuteur habitué, pouvaient influencer les productions du patient et n'offraient donc pas une vision objective de la communication.

Nous avons décidé de reproduire le plus fidèlement possible une situation écologique d'échange d'informations avec un interlocuteur neutre, comme dans la vie quotidienne. Pour assurer un caractère naturel à cette épreuve, nous n'avons pas filmé l'échange.

### 2.4) Présentation de l'échelle de satisfaction à la communication

Nous avons élaboré une échelle de satisfaction à la communication s'inspirant du Questionnaire à la famille, issu du TLC. Deux versions reprenant les mêmes items sont proposées au patient (**Annexe 3**) et à son partenaire (**Annexes 4**).

Les questions proposées abordent la qualité générale de l'échange, la perception des difficultés de l'interlocuteur, l'appétence à la communication, ou encore l'utilisation des

moyens de compensation. Les dix questions sont cotées de 0 (pas du tout satisfaisant) à 10 (très satisfaisant) et permettent l'obtention d'un profil de satisfaction et d'un score sur 100.

Ces échelles offrent une évaluation fonctionnelle de la communication avec un regard non professionnel. La comparaison des profils obtenus par le couple permet de noter s'il y a adéquation entre les perceptions des interlocuteurs. Par ailleurs, l'outil met en avant la prise de conscience ou non des dysfonctionnements communicationnels. Les réponses aux items offrent des pistes pour l'intervention.

Nous avons présenté le questionnaire au patient en modalité orale, détaillant chaque item avec des exemples. Nous y avons apposé une échelle verticale afin de pallier tout problème d'héminégligence ou d'hémianopsie latérale homonyme.

L'échelle de satisfaction du partenaire lui a été détaillée puis laissée à disposition jusqu'à la prochaine rencontre. Ce temps de réflexion a permis une cotation la plus réfléchie et la plus juste possible concernant ses ressentis.

Les mêmes questionnaires ont été proposés en phase post-thérapeutique. Notre hypothèse était d'observer une amélioration de la satisfaction à la suite de notre intervention.

### 3) Phase d'intervention

#### 3.1) Lignes directrices théoriques de l'intervention

L'intervention s'est composée de quatre séances d'une durée comprise entre 1h30 et 2h, à raison d'une séance hebdomadaire.

La première séance post-évaluation était ciblée sur l'information du partenaire, un préalable crucial à notre intervention. Nous sommes partis de l'hypothèse que la communication au sein des couples est, entre autre, influencée par les représentations que les interlocuteurs se sont bâtis autour des causes, des symptômes et des troubles liés à l'aphasie.

Selon Währborg et Borenstein, (1990) ce manque de connaissances sur l'aphasie induit des croyances non fondées et une mauvaise interprétation des réactions du patient, qui peut alors être décrit comme capricieux ou encore exigeant. Ces perceptions erronées contribuent à une dégradation des liens et de la communication entre le partenaire et la personne aphasique. Informer les proches permet d'éviter des incompréhensions et de les guider vers de nouveaux comportements adaptés.

Afin que le partenaire puisse être « *une rampe d'accès à la communication* » pour le patient (Kagan, 1998), il est nécessaire de lui expliquer les troubles du sujet aphasique pour lui permettre une adaptation dans ses comportements. Pour ce faire, nous avons utilisé comme support une fiche d'information personnalisée (**Annexe 5**).

Durant cette séance dite « d'information », nous avons comme autre objectif d'amener les partenaires à prendre conscience des adaptations possibles et des comportements inadaptés. Cette étape est complexe et délicate, car elle nécessite une adhésion de l'interlocuteur à ce qui va être proposé. Cette adhésion est étroitement liée à la manière dont sont présentés les comportements adaptés ou non (Feuillet & Wagogne-Maréchal, 2005). Comme le soulignent Michallet et al. (2001), le partenaire a besoin d'un mode de communication efficace avec son proche, tout en étant considéré comme un partenaire compétent par les intervenants.

Dans cette optique, nous avons présenté en premier lieu des extraits obtenus lors de la passation du PTECCA. L'utilisation d'un support vidéo permet une appréhension plus aisée et en temps réel des comportements adaptés et inadaptés. Après visionnage, nous avons discuté du ressenti face aux images, de ce qui semblait efficace ou non. L'objectif était d'induire une réflexion pour renforcer les comportements adaptés et tenter de faire disparaître ceux inadaptés, au profit de nouveaux moyens.

Nous avons par la suite exposé des situations problématiques extraites de la passation du TLC, lorsque le patient était en interaction avec nous. Nous avons ainsi montré que les blocages pouvaient survenir avec n'importe quel interlocuteur. Insister aussi bien sur les points négatifs que sur ceux positifs aura permis une adhésion du partenaire.

Cette première approche nous a offert des axes pour l'élaboration d'un plan de communication personnalisé en collaboration avec l'interlocuteur.

Dans la seconde partie de l'intervention, nous avons réalisé des séances consacrées à l'entraînement direct du couple, à l'utilisation du canal non verbal et de stratégies d'adaptation. Nous présentons dans le **Tableau 2** les lignes directrices théoriques que nous avons tenté de suivre.

<b><u>Première séance</u></b>	
<i><u>Destinataire :</u></i>	le partenaire conversationnel
<i><u>Objectifs :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information sur l'aphasie et les troubles rencontrés par le patient</li> <li>• Repérage des situations problématiques en communication</li> <li>• Réflexion autour de la communication du patient et des stratégies adaptées ou non</li> <li>• Réalisation d'un plan de communication</li> <li>• Conseils généraux sur les pré-requis à la communication et les adaptations possibles sur l'environnement</li> </ul>
<i><u>Moyens :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feuille informative adaptée sur les troubles du patient</li> <li>• Extraits de vidéos obtenues lors de la passation du PTECCA et du TLC</li> <li>• Plan de communication préalablement établi et complété avec l'interlocuteur</li> </ul>
<b><u>Deuxième séance</u></b>	
<i><u>Destinataire :</u></i>	le couple aphasique
<i><u>Objectifs :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprise du plan de communication avec la dyade</li> <li>• Réflexion autour d'une situation problématique rencontrée depuis la dernière séance</li> <li>• Entraînement à l'adaptation verbale du discours</li> <li>• Entraînement à la vérification automatique de l'information</li> <li>• Entraînement sur la technique de la trace écrite</li> <li>• Feed-back sur les comportements qui ont été efficaces</li> <li>• Réflexion sur la possible mise en place d'un outil alternatif</li> </ul>
<i><u>Moyens :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de communication personnalisé</li> <li>• Jeux de rôles sur une situation quotidienne comme l'élaboration d'un menu avec un élément imposé</li> <li>• Classeur de Communication prototype</li> </ul>
<b><u>Troisième séance</u></b>	
<i><u>Destinataire :</u></i>	le couple aphasique
<i><u>Objectifs :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion autour d'une situation problématique rencontrée depuis la dernière séance</li> <li>• Entraînement à la communication non verbale et selon le cas, à l'utilisation de méthode alternative par le patient mais aussi l'interlocuteur</li> <li>• Feed-back et réflexion sur les stratégies mises en place et leur efficacité</li> <li>• Possible enrichissement du support de communication alternatif en fonction des besoins du couple</li> </ul>
<i><u>Moyens :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'images en situation de PACE</li> </ul>
<b><u>Quatrième séance</u></b>	
<i><u>Destinataire :</u></i>	le couple aphasique
<i><u>Objectifs :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion autour d'une situation problématique rencontrée depuis la dernière séance</li> <li>• Entraînement à la communication non verbale et selon le cas à l'utilisation d'une méthode alternative</li> <li>• Possible enrichissement du support de communication alternatif</li> <li>• Discussion sur les changements depuis le début de l'intervention et les situations restant problématiques</li> </ul>
<i><u>Moyens :</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeux des 7 familles de Gonzales</li> </ul>

**Tableau 2** : lignes directrices théoriques de la phase d'intervention

Nous avons proposé des situations d'interaction qui nous permettaient la production de feedback immédiats, favorisant la compréhension et l'automatisation du recours à la communication multimodale. La valorisation des comportements a permis de renforcer les adaptations et de maintenir l'adhésion des partenaires à l'intervention.

Chaque début de séance était consacré à l'identification des problèmes de communication rencontrés. Par ces événements générateurs de blocages, nous avons disposé de pistes orientant notre intervention (proposer de nouvelles stratégies, un réentraînement sur un moyen d'adaptation...).

Comme nous avons pour objectif de nous adapter aux besoins spécifiques de chaque couple, aux plaintes et aux observations faites, il nous a fallu établir un protocole modulable.

### 3.2) Elaboration d'un plan de communication

Nous nous sommes librement inspirés du plan de communication de Généreux et al. (2004), à destination des soignants présentant des difficultés de communication avec des résidents.

Le plan de communication se compose d'une page de description simple et détaillée de la communication du patient ainsi que les moyens qui peuvent être mis en œuvre avec lui pour communiquer. Le plan présenté par Généreux et al. (2004) se compose de quatre rubriques :

- 1- Comment le résident communique ?
- 2- Comment communiquer avec le résident ?
- 3- Un comportement, une signification ?
- 4- Ce qu'il faut savoir de ses préférences et habitudes pour éviter des difficultés de communication ou des réactions négatives

Nous avons adapté ce plan à nos besoins en réalisant pour chaque patient un plan organisé en trois rubriques (**Annexe 6**) :

- 1- Comment le patient communique ?
- 2- Comment communiquer avec lui ?
- 3- Observations et remarques

La mise en place d'un tel outil nous a paru indispensable pour guider l'interlocuteur vers des stratégies de communication adaptées. Initialement à destination du partenaire, le document se

voulait aussi accessible à toute personne en relation avec le patient. Par ailleurs, ce document a servi de fil conducteur entre les séances et s'est enrichi des annotations des proches.

#### 4) Démarche d'évaluation post-thérapeutique

A la suite de notre intervention, nous avons présenté les mêmes épreuves et la même échelle de satisfaction qu'en phase pré-thérapeutique. Nous nous attendions à observer une amélioration des scores et la mise en place de nouvelles stratégies communicationnelles.

### III) Présentation et analyse des résultats

#### 1) P1

##### 1.1) Présentation de P1

P1 est une femme de 42 ans, ancienne secrétaire de mairie, séparée et mère d'un jeune garçon. Elle habite seule mais sa cousine I1 est très présente et joue le rôle d'aidant principal.

La patiente a présenté en juillet 2010 un AVC ischémique massif et brutal des suites duquel elle souffrait d'une importante aphasie, une hémiplégie droite sévère proportionnelle, et une paralysie faciale centrale droite modérée.

Elle a été suivie en service de rééducation jusqu'en décembre 2010 puis la prise en charge s'est arrêtée jusqu'en juin 2012. Elle a alors bénéficié d'une prise en charge orthophonique bihebdomadaire en libéral, puis P1 est entrée en hospitalisation de jour au centre des Glamots en octobre 2012, bénéficiant alors d'une prise en charge orthophonique journalière.

P1 présentait un tableau d'aphasie proche d'une aphasie de Broca. Son expression limitée était caractérisée par une désintégration phonétique et un manque du mot majeur. La compréhension, qui semblait au premier abord préservée, était limitée aux énoncés simples et concrets, les reformulations étant nécessaires. Le recours au langage écrit était impossible.

Un classeur de communication a été mis en place dès 2010, mais P1 ne s'en servait pas et cherchait en priorité à verbaliser.

## 1.2) Evaluation pré-thérapeutique

### 1.2.1) Passation TLC

La passation s'est révélée complexe mais riche en informations, particulièrement concernant la communication non verbale (**Annexe 7**).

Pour la *Grille d'attention et la motivation à la communication*, P1 a obtenu 4/6, un score significativement inférieur à la normale. Elle était motivée et attentive, cependant ses troubles phasiques la handicapaient et la gênaient fortement. Ainsi P1 manquait d'engagement, restant passive dans l'échange, d'où un faible score.

Sur le *plan verbal*, sa communication était peu efficace avec un score pathologique de 5/30. Malgré une grande difficulté expressive, P1 utilisait ce canal, allant jusqu'à la persévération. Tous les niveaux de production, lexical, syntaxique et pragmatique étaient atteints.

Sa compréhension était limitée aux énoncés simples avec des difficultés de compréhension lexicales et syntaxiques. Lors de l'épreuve PACE, nous avons dû pour chaque item poser des questions fermées dont les réponses par oui ou non n'étaient pas fiables. Parfois, P1 pouvait envoyer un feed-back par une onomatopée (« *hein ?* ») signalant ainsi ses difficultés de compréhension. Bien qu'interprétant correctement les difficultés de réception de son interlocuteur, elle ne reformulait pas ses productions persévérant sur des paraphasies.

L'évaluation de la *communication non verbale* a abouti au score de 13/30 significativement inférieur à la norme. La passation de l'épreuve PACE a duré plus d'1h. Malgré une motivation visible, P1 a cherché à oraliser durant toute l'épreuve, n'utilisant à aucun moment la communication non verbale ou son classeur de communication. Aucun geste, de quelque type que ce soit, n'a été produit alors que la compréhension non verbale était efficiente. Les feed back non verbaux étaient produits mais les nôtres n'étaient pas pris en compte.

P1 a obtenu un score pondéré de 36.39/100, inférieur au seuil pathologique du centile 5 (score de 68.36/100). Au vu des résultats, la communication de P1 paraissait sévèrement altérée. L'absence d'utilisation d'autres canaux de communication ne permettait pas de compenser les atteintes du domaine verbal.

### 1.2.2) Passation du PTECCA

Les situations d'échange au sein du couple étaient complexes, P1 et I1 ont obtenu respectivement les scores de 28/104 et de 63/104 (**Annexe 8**).

P1 s'est montrée très passive et en retrait dans les échanges, laissant I1 mener les discussions. Elle acquiesçait à toutes ses propositions sans prendre position, malgré les encouragements et les efforts de sa cousine. Les échanges étaient difficiles car P1 ne participait pas, limitant ses réponses à quelques oui/non.

I1 avait tendance à enchaîner plusieurs questions ouvertes sans laisser le temps à P1 de répondre. Cette dernière se retrouvait souvent dans des situations de multitâche, cherchant dans son classeur de communication et devant en même temps répondre aux sollicitations orales. Nous n'avons observé qu'à une seule occasion une vérification de l'information, or le oui/non de P1 n'était pas fiables.

Les situations de communication au sein du couple aphasique étaient peu naturelles et tendues. I1 avait tendance à parler pour P1 ou à essayer de la faire parler en posant des questions dont elle connaissait déjà la réponse. A plusieurs reprises, I1 a essayé de faire produire des mots à la patiente durant plusieurs minutes, ce qui a coupé l'échange. Toutefois elle a utilisé quelques ébauches orales efficaces mais les débuts de phrases automatiques bien que facilitants ne s'inscrivaient pas dans une situation d'échange.

I1 n'utilisait que le canal verbal. P1 ne tenait pas compte des feed-back et n'utilisait aucun geste de quelque nature que ce soit malgré les encouragements. Elle feuilletait son classeur de communication sans réussir à l'utiliser. L'outil ne nous a alors pas semblé fonctionnel.

### 1.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle

Nous avons proposé à P1 qui devait subir une intervention chirurgicale, d'informer sa kinésithérapeute de son absence durant deux jours. Nous avons au préalable vérifié la présence des items nécessaires dans son classeur de communication.

La patiente était stressée par cette épreuve et essayait de préparer l'échange. P1 a attendu que la kinésithérapeute vienne et pose des questions. Cette dernière s'est montrée patiente, essayant d'orienter P1 sur les différentes catégories de son classeur (« *est-ce-que ça concerne le domaine du médical ?* »). P1 tentait d'oraliser et a persévéré durant toute la conversation.

Les informations qu'elle tentait de transmettre se mélangeaient et nous n'avons pas observé d'adéquation entre les canaux de communication. Par exemple, montrant 2 doigts elle disait « *là et là* » pour signifier 2 jours, mais sorti de tout contexte, la soignante n'a pas compris.

Malgré 10 minutes de tentatives, l'information n'a pas pu être transmise. P1 n'était pas informative et n'a pas été aidée par le classeur de communication. Cependant cet échec lui a permis de prendre conscience de ses difficultés. Elle nous a sollicité afin d'enrichir et de réorganiser son classeur.

#### 1.2.4) Echelle de satisfaction à la communication

La comparaison des profils indiquait des divergences (**Figure 3**). Il a annoté le questionnaire de remarques pertinentes corroborant les observations faites durant les épreuves et nous a orientés sur les difficultés quotidiennes.

Contrairement à II, P1 se disait satisfaite de leurs échanges. De la même manière, les points de vue quant aux moyens de compensation de P1, son envie de communiquer et sa prise d'initiative étaient totalement contradictoires. P1 n'avait pas conscience de ses difficultés communicationnelles. Les perceptions de l'adaptation de II, de ses connaissances sur l'aphasie ainsi que sa compréhension concordaient et étaient jugées comme insatisfaisantes.

L'analyse des résultats obtenus a orienté notre intervention sur une préalable prise de conscience des difficultés. Nous avons alors décidé de travailler sur les moyens d'adaptation et de compensation possibles ainsi que sur l'utilisation d'une communication non verbale et de l'outil alternatif.

### 1.3) Programme d'intervention

#### 1.3.1) Première séance d'information

La première séance avec II s'est avérée riche en échanges. La partenaire s'est montrée intéressée et demandeuse d'informations, posant de nombreuses questions.

Nous avons présenté l'aphasie et les troubles de P1 à l'aide d'une fiche d'information personnalisée. Nous avons traité de l'aphasie, du manque du mot, des paraphasies, des difficultés réceptives ainsi que des adaptations possibles sur l'environnement.

A partir des observations faites lors de l'évaluation, nous avons proposé des extraits de corpus vidéo organisés en six rubriques :

- *Les comportements généraux lors de l'échange* : dans cette rubrique nous avons évoqué le manque d'implication de P1, les encouragements et le recours à l'humour de I1.
- *La gestion du temps* : nous avons abordé la pression temporelle et les situations de multitâche.
- *Les productions orales et les moyens de facilitation* : nous avons traité du manque de naturel des échanges, mais aussi de l'efficacité de l'ébauche orale.
- *La compréhension et les méthodes de vérification* : nous avons abordé les difficultés de compréhension, les questions ouvertes ou au contraire trop précises, l'efficacité des questions fermées, la non fiabilité du oui/non, l'importance de la vérification des réponses, ainsi que la tendance à la persévération de la patiente.
- *Le classeur de communication* : nous nous sommes centrés sur les difficultés de P1 à utiliser ce moyen non automatisé, sur l'importance des encouragements et de l'utilisation de cet outil alternatif par I1.
- *Les gestes* : nous avons observé sur les corpus vidéo les difficultés de P1 dans la réalisation des gestes, ainsi que l'intérêt pour l'interlocutrice d'en utiliser.

Enfin, nous avons présenté le plan de communication qui reprenait ce qui avait été évoqué.

### 1.3.2) Les séances d'entraînement

Nous avons ciblé l'entraînement sur l'utilisation systématique de gestes et du classeur de communication ainsi que sur les comportements d'adaptation et les stratégies facilitatrices. Le couple s'est montré motivé et attentif à tous les feed-back émis lors des séances. Nous avons utilisé divers supports et exercices parmi lesquels l'élaboration d'une liste de courses, un jeu de 7 familles élaboré par I. Gonzales, des situations de PACE à partir d'images d'objets, d'aliments, d'actions, ou encore des scènes de vie.

Dès la première séance d'entraînement, I1 avait intégré les éléments du plan de communication. Nous avons observé un ralentissement du débit, l'utilisation de questions fermées, de gestes et du classeur de communication. La proposition de l'ébauche orale ou du mot diminuait les persévérations. La compréhension de P1 était facilitée par tous ces comportements. Nous avons assisté à quelques situations de contresens, toutefois I1 a mis en

place des techniques de vérification, reformulant ses énoncés pour s'assurer de la fiabilité de la réponse.

P1 participait plus volontiers aux échanges, et l'utilisation de son classeur nous a paru plus automatique et efficace. Nous avons remarqué que P1 pouvait désormais se détacher des supports. Elle était capable de pointer une photo de son fils pour signifier un bébé ou des pictogrammes « *j'ai chaud* » et « *j'ai froid* » pour parler d'un problème de chauffage.

Grâce aux encouragements de I1, la patiente a produit des gestes, en particulier des mimes d'action ainsi que des gestes symboliques et déictiques. Même si leur réalisation pouvait être difficile et qu'ils manquaient parfois de précision, ils participaient efficacement à l'interaction. I1 prenait soin d'oraliser chacun des gestes de P1, qui les répétait.

Nous avons observé une efficacité et une congruence entre les différents canaux de communication utilisés. La transmission d'informations au sein du couple lors des exercices était plus rapide et plus efficace. Les échanges semblaient plus apaisés et agréables, loin des situations de frustration de l'évaluation.

#### 1.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention)

##### 1.4.1) Comparaison pré et post intervention des scores

Le tableau suivant reprend les scores obtenus en phase pré et post thérapeutique ainsi que leur évolution.

	TLC pré /100	TLC post /100	évolution	PTECCA pré /104	PTECCA post /104	évolution	Grille de satisfaction pré. /100	Grille de satisfaction post/100	évolution
<b>P1</b>	36.39	67.55	+ 31.16%	28	80	+50%	58	84	+26%
<b>I1</b>				63	104	+40%	33	74	+41%

**Tableau 3** : Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P1/I1

##### 1.4.2) Nouvelle passation du TLC

Elle a été plus rapide. P1 a spontanément eu recours à divers moyens alternatifs tels que les gestes ou le classeur de communication (**Annexe 7**).

Concernant *l'attention et la motivation à la communication*, P1 a obtenu le score maximum de 6/6. Plus à l'aise dans les interactions, elle prend des initiatives et cherche spontanément à transmettre des informations, loin de la passivité observée lors de la première passation.

Sur le *plan verbal*, elle a obtenu un score de 11/30, qui s'est amélioré de 20%. Nous avons observé moins de persévérations et une fiabilité du oui/non. La compréhension verbale a beaucoup progressé, P1 pouvant désormais comprendre des énoncés complexes.

L'évaluation de la *communication non verbale* a mis en avant une amélioration de 40%, soit un nouveau score de 25/30, supérieur à la moyenne (15,74/30). La compréhension non verbale de la patiente reste très efficace. En expression, nous avons remarqué l'utilisation spontanée de gestes. Même si leur réalisation est parfois approximative, leur signification peut être directement appréhendée. Nous avons observé des mimes d'action, et d'utilisation d'objet, des gestes déictiques et symboliques. Les signes non verbaux évoquant un état physique restent cependant difficiles. Les nombreuses productions para-verbales favorisent l'informativité de P1. Elle peut désormais tenir compte des feed-back et utiliser des stratégies alternatives comme son classeur de communication ou des gestes pour reformuler son énoncé.

La patiente a obtenu un score pondéré de 67.55/100, qui s'est considérablement amélioré depuis la première passation (**Tableau 3**), bien qu'il soit resté inférieur à la moyenne (76.28). P1 utilise spontanément d'autres modalités pour pallier ses difficultés expressives. Elle semble plus encline à communiquer grâce à des moyens alternatifs mieux maîtrisés.

#### 1.4.3) Passation du PTECCA version B

Elle a été plus rapide et les échanges plus efficaces (**Tableau 3**). Les observations faites sont conformes à celles réalisées durant l'intervention. Les résultats obtenus se sont améliorés : +50% pour P1 avec un nouveau score de 80/104 et +40% pour I1 avec le score maximal de 104/104 (**Annexe 8**). Les épreuves ont été le lieu de véritables échanges. Nous n'avons pas assisté à des situations de blocage, et la frustration initialement présente semble avoir disparu. Les deux interlocutrices ont paru prendre beaucoup plus de plaisir dans l'échange.

Les adaptations verbales mises en place par I1 permettent de favoriser la compréhension de P1. Des gestes sont spontanément utilisés pour encourager la patiente à l'imitation.

P1 n'est plus dans la passivité, au contraire elle présente ses idées et fait comprendre la raison de ses choix. Nous avons pu observer une congruence dans les canaux de communication utilisés. Même si cela prend parfois du temps, P1 peut transmettre correctement l'information. Les gestes non verbaux produits sont bien interprétés par I1. P1 est désormais en capacité de produire des feed-back verbaux mais aussi non verbaux.

Toutefois, comme le nécessitent certaines épreuves, l'enrichissement des réponses et les justifications restent difficiles. En effet, lorsque l'item nécessaire n'est pas dans le classeur ou que la communication non verbale ne peut pallier cette absence, P1 sollicite I1 pour qu'elle lui pose des questions. Par exemple, lors de l'épreuve référentielle il a été impossible pour P1 de transmettre l'information de pompier, en revanche elle a précisé leur nombre, information décisive pour le choix multiple.

#### 1.4.4) Nouvelle passation de l'épreuve fonctionnelle

Cette évaluation écologique a été réalisée en deux fois, avec deux interlocuteurs distincts.

Dans un premier temps, la patiente a spontanément cherché à nous parler de son déménagement et de la venue de sa curatrice. P1 semble plus sereine, prenant plus d'initiatives, et elle paraît prendre plaisir à échanger. Elle utilise spontanément son classeur de communication, cherchant directement les items dans les bonnes catégories. Même si comparativement au classeur, leur production nécessite plus de temps et de réflexion, nous avons observé la production de plusieurs gestes. Sa communication para-verbale ainsi que ses mimiques enrichissent son message. P1 s'est montrée parfaitement informative.

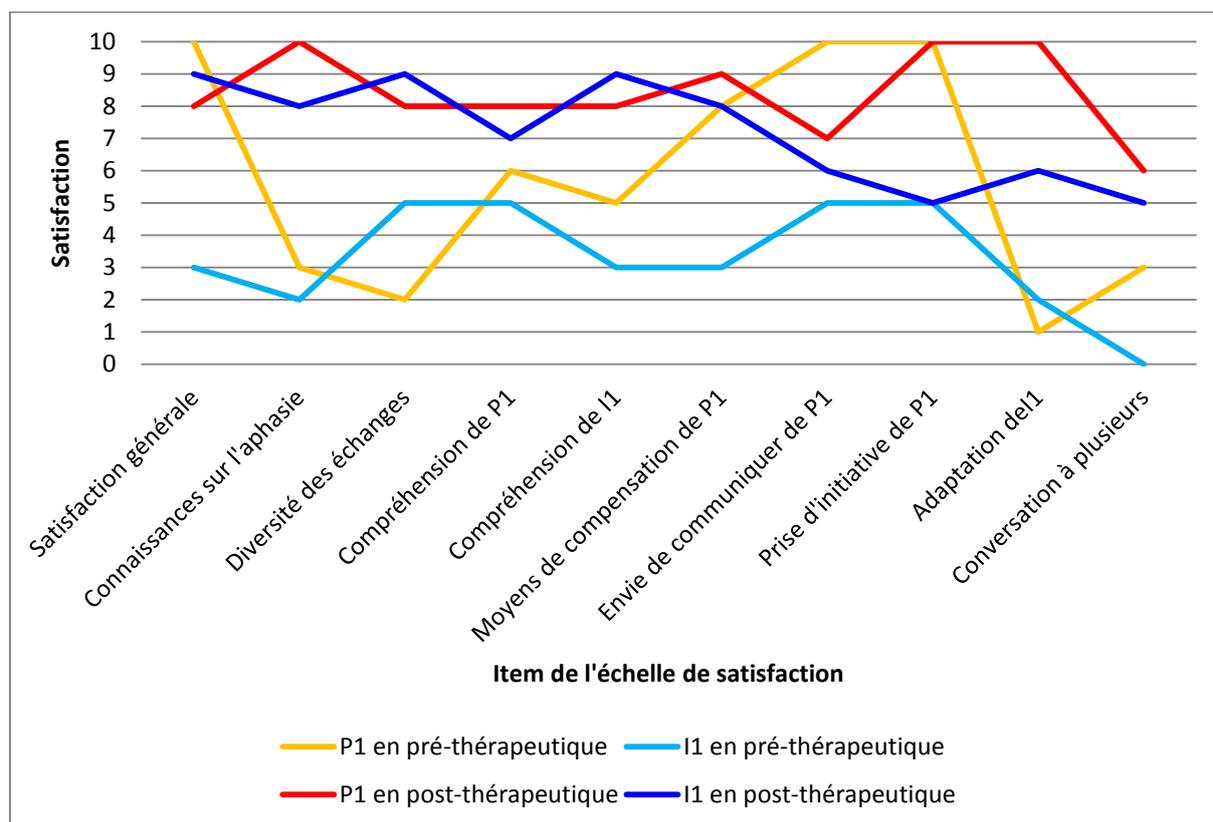
Dans un second temps, nous avons observé l'interaction entre P1 et sa nouvelle curatrice, non habituée à échanger avec la patiente. Malgré une volonté de s'exprimer, et une bonne compréhension, le classeur de communication, les gestes et les mimiques ont ici montré leurs limites. Les items n'étaient pas présents dans le classeur et des notions abstraites sont difficilement représentables avec des gestes. Les questions fermées sont adaptées mais cela prend beaucoup de temps. Par ailleurs il est difficile pour P1 de nuancer ses réponses. Les informations sont transmises mais cela reste coûteux pour les deux interlocuteurs.

La communication de P1 nous a paru plus fonctionnelle car elle est capable de transmettre des informations à des personnes non habituées à échanger avec elle. Cependant les échanges

doivent rester sur des éléments concrets, dans le cas inverse, la patiente est dépendante des questions de son interlocuteur.

#### 1.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication

Contrairement aux profils obtenus en phase pré-thérapeutique, les ressentis se sont améliorés (**Tableau 3**) et les réponses des interlocutrices sont très proches (**Figure 3**).



**Figure 3** : Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P1/I1

Le seul item divergeant significativement est la prise d'initiative de P1. Cette dernière se sent être plus apte à engager un échange que ce que I1 perçoit. En outre, les réponses de la patiente paraissent plus justes que pour la première passation. Elle a pris conscience de ses difficultés et des progrès faits, en particulier au niveau de la compréhension et des moyens alternatifs et compensatoires mis en place.

Comparativement à la première présentation de l'échelle, le ressenti de I1 s'est amélioré pour tous les items. Comme elle l'a précisé, les échanges lui paraissent « *nettement plus faciles et plus rapides* », la patiente participant beaucoup plus et semblant « *moins renfermée sur elle-même* ». La compréhension de P1 lui a paru améliorée et elle a signalé que désormais elle reformule automatiquement ses énoncés pour s'assurer une bonne réception. La patiente

utilise systématiquement le classeur de communication ainsi que des gestes déictiques et des gestes « courants », facilitant la compréhension de I1.

En résumé, la communication au sein de ce couple aphasique nous a paru améliorée et plus fonctionnelle, non seulement au vu des résultats aux différentes épreuves, mais aussi par les ressentis des partenaires conversationnelles. P1 utilise préférentiellement son classeur de communication, cependant de nombreux gestes non verbaux sont utilisés principalement pour des actions ou des objets et pour pallier les items manquants dans l'outil alternatif.

## 2) P2

### 2.1) Présentation de P2

P2 est un homme de 63 ans retraité, ancien surveillant pénitentiaire, marié et père de trois enfants. Il habite avec sa femme, I2, son aidant principal qui présente un important syndrome dépressif ayant fortement impacté notre intervention.

P2 a brutalement présenté en septembre 2009 une hémiparésie droite massive, une dysphagie et une aphasie associée à un syndrome frontal des suites d'un AVC hémorragique. Il a depuis bénéficié d'un suivi orthophonique à raison de trois puis deux séances hebdomadaires.

P2 présentait une aphasie massive de type mixte. L'expression était caractérisée par une jargonaphasie avec un important manque du mot ainsi qu'une stéréotypie. Le oui/non n'était pas fiable. Le versant réceptif était lui aussi gravement atteint. Le recours au langage écrit était impossible et aucun outil alternatif n'était utilisé.

Le tableau était accentué par un syndrome dysexécutif qui, malgré une légère évolution, restait important. P2 présentait un défaut d'inhibition, des difficultés attentionnelles ainsi qu'un trouble de la flexibilité mentale, accentuant ses difficultés communicationnelles. Le patient présentait en outre une anosognosie, qui bien qu'ayant régressée, restait présente.

### 2.2) Evaluation pré-thérapeutique

#### 2.2.1) Passation du TLC

Malgré la motivation du patient, la passation s'est avérée compliquée et les performances très variables d'un item à l'autre (**Annexe 7**).

P2 a obtenu le score de 4/6 à la *Grille d'Attention et motivation à la communication*, ce qui le situait en deçà du seuil pathologique. Le patient s'investissait dans l'interaction cependant, il était souvent nécessaire de le recentrer et d'attirer son attention sur les épreuves.

Sur le plan *verbal*, la communication était peu efficace, avec un score pathologique de 3/30. Les deux versants du langage étaient sévèrement altérés. Les questions fermées n'amélioraient que peu son informativité, les réponses oui/non de P2 n'étant pas fiables. Aucun feed-back verbal n'était émis, et ceux produits n'étaient pas pris en compte.

L'évaluation de la *Communication non verbale* a conduit au score de 2/30, significativement inférieur à la norme. Les mimiques et productions para-verbales étaient adaptées, mais aucun geste de quelque type que ce soit n'a été produit. Nous avons retrouvé ici les mêmes difficultés réceptives qu'en modalité verbale. Lors de l'épreuve PACE, plusieurs répétitions ont été nécessaires pour que le patient comprenne le geste déictique. Le mime d'action bien que correctement interprété, a conduit à un contresens du fait de la précipitation de la réponse. Nous avons émis l'hypothèse que cela était dû à un manque d'inhibition, verser de l'eau étant assimilé au pichet alors que nous ciblions l'arrosoir. Par ailleurs, le patient n'a pas tenu compte des feed-back non verbaux et n'en a pas émis lui-même.

Le score pondéré de 16.96/100, le situait en deçà du seuil pathologique. La communication verbale était sévèrement altérée et aucun moyen alternatif ne compensait cette modalité.

### 2.2.2) Passation du PTECCA

P2 et I2 ont respectivement obtenu les scores de 26 et 42/104. Les troubles réceptifs du patient n'étant pas perçus par l'épouse; aucune adaptation verbale n'avait été mise en place (**Annexe 8**).

Le débit de I2 était très rapide, et les questions ouvertes. En revanche, on observait de nombreux encouragements de sa part. Durant les épreuves, nous avons pu remarquer que I2 essayait d'anticiper les réponses de P2, lui prêtant parfois de fausses intentions. P2 n'avait que peu de place dans les échanges, ce qui entraînait chez lui des réactions hostiles. Lors de l'épreuve de l'île déserte par exemple, le patient s'est emporté pour imposer son choix à I2. Malgré quelques tentatives pour initier un échange avec son époux, le non-respect des tours de parole par I2, ses digressions et la rapidité de débit empêchaient P2 d'intervenir.

Le patient a utilisé quelques mimes d'action, des onomatopées ainsi qu'une intonation, tous adaptés au contexte. Son épouse les verbalisait à notre intention, mais sans vérifier la véracité de ses interprétations. Par ailleurs, P2 avait tendance à persévérer sur l'utilisation de l'écrit, cherchant à recopier des mots. Ces comportements, sans lien avec la situation de communication, coupaient l'échange et I2 le laissait faire en l'encourageant. Durant l'épreuve référentielle, P2 a commencé par produire un geste symbolique matérialisant une trompe d'éléphant. Cependant I2 n'y a pas prêté attention et ses multiples questionnements et encouragements à passer par l'écrit ont déstabilisé P2 qui n'a plus tenté de réitérer le geste.

L'enchaînement de questions rapides et la non fiabilité du oui/non ont conduit à de nombreux contre-sens, mettant en exergue les dysfonctionnements communicationnels.

### 2.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle

Ne rencontrant le patient qu'à domicile, nous avons joué le rôle d'interlocuteur lambda lors de notre première rencontre.

P2 a tenté de nous transmettre une information mais nous n'avons pas réussi à comprendre son message malgré 10 minutes d'échanges. Le patient persévérait ne prenant pas en compte nos feed-back. L'intonation était modulée et semblait adaptée, toutefois la stéréotypie rendait très difficile l'interprétation des productions. Il n'a eu recours à aucun moyen de compensation ou alternatif et semblait frustré par le blocage.

P2 n'était pas informatif, sa communication fonctionnelle était inefficace.

### 2.2.4) Echelle de satisfaction à la communication

L'échelle remplie par I2 confirmait nos premières observations (**Figure 4**). Elle n'avait pas conscience des importantes difficultés de compréhension de P2, lui prêtant de nombreuses intentions et capacités en endossant la « responsabilité » des dysfonctionnements communicationnels. Le patient partageait cette vision, n'ayant pas lui-même conscience de ses troubles. Il semblait reprocher le manque d'adaptation de son épouse.

Cependant, contrairement à I2, P2 considérait la diversité de leurs échanges et les moyens de compensation mis en place comme non satisfaisants. De plus, P2 objectivait mieux ses difficultés à converser avec plusieurs interlocuteurs.

Les résultats obtenus lors de ces différentes épreuves nous ont amené à orienter l'intervention sur une prise de conscience des difficultés, un travail sur les adaptations verbales, l'utilisation d'une communication non verbale et la mise en place d'un classeur de communication.

## 2.3) Intervention

### 2.3.1) La première séance d'information

La première séance s'est déroulée en compagnie du couple. P2 s'est montré attentif, semblant approuver les remarques faites. I2 paraissait intéressée mais semblait parfois décontenancée par ce qu'elle observait.

Nous avons présenté l'aphasie et les troubles attentionnels et dysexécutifs de P2 à l'aide d'une fiche d'information personnalisée. I2 semblait découvrir certains troubles.

Nous avons ensuite présenté des extraits de corpus vidéo, organisés en quatre rubriques :

- *Les comportements généraux lors de l'échange et la gestion du temps* : nous avons traité des difficultés attentionnelles de P2, de la rapidité de débit de I2 et de sa tendance à anticiper les réponses de son époux. Nous avons évoqué la difficulté de ce dernier à participer à un échange où I2 lui laissait peu de place et les réactions agressives qui en découlaient.

- *Les comportements compensateurs et facilitateurs* : nous avons présenté la nécessité pour I2 de produire des mimiques et des intonations adaptées et d'utiliser d'autres canaux de communication.

- *La compréhension et les méthodes de vérification* : nous avons abordé les difficultés de compréhension de P2, la difficulté des questions ouvertes et l'efficacité des questions fermées. En traitant la non fiabilité du oui/non, nous avons souligné l'importance de la vérification des réponses et de la reformulation des énoncés.

- *Les moyens alternatifs* : nous nous sommes centrés sur les gestes produits par I2 qui aidaient à la compréhension, mais aussi l'importance de porter attention à ceux de P2, ainsi qu'aux onomatopées produites.

A l'issue des visionnages, nous avons présenté le plan de communication.

### 2.3.2) Les séances d'entraînement

Nous nous sommes fixés comme objectifs la mise en place progressive d'un classeur de communication ainsi qu'un entraînement à l'utilisation de gestes pour d'améliorer l'informativité et la compréhension du patient. En parallèle, nous avons cherché à développer des comportements d'adaptation verbale chez I2. Selon les objectifs des séances, nous avons utilisé divers supports principalement en situation de PACE. Malgré la motivation du couple, l'intervention durant certaines séances a été complexe.

Le syndrome dépressif de I2 et le comportement agressif de P2 à son égard rendaient la patiente psychiquement peu disponible. D'une séance à l'autre, elle semblait au fil des feedback, redécouvrir ce qui avait été évoqué précédemment. Elle essayait, par exemple, de poser des questions fermées mais trop précises puis se reprenait pour tenter formuler une question plus générale. Malgré ses efforts, elle ne parvenait pas à utiliser spontanément la communication non verbale et les comportements d'adaptation. Elle ne portait pas toujours attention aux gestes de P2, ou ne comprenait pas leur signification.

Le patient, quant à lui, n'a nullement investi le classeur de communication, refusant certains jours de l'utiliser ou de le voir à proximité. Les résultats au cours d'une même séance étaient très fluctuants. P2 pouvait se montrer capable de réaliser de nombreux gestes informatifs : des gestes déictiques (la télévision, les lunettes...), des mimes d'action (scier, jouer du piano...) ou encore des onomatopées (animaux...), jusqu'à ce qu'il décide subitement de ne plus en produire. Malgré de bonnes capacités d'expression non verbale, le patient ne mettait pas systématiquement en œuvre ce qui avait été travaillé au cours de la séance.

Les situations d'échange restaient difficiles et nous avons noté une dégradation des relations de couple corrélée au niveau de fatigue psychologique de I2.

## 2.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention)

### 2.4.1) Comparaison pré et post intervention des scores

Le tableau suivant reprend les scores obtenus avant et après l'intervention, ainsi que leur évolution.

	TLC pré /100	TLC post /100	évolution	PTECCA pré /104	PTECCA post /104	évolution	Grille de satisfaction pré. /100	Grille de satisfaction post/100	évolution
<b>P2</b>	16.96	35.32	+ 18.36%	26	46	+19.23%	36	57	+21%
<b>I2</b>				42	91	+47.11%	58	49	-9%

**Tableau 4** : Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P2/I2

#### 2.4.2) Nouvelle passation du TLC

Elle s'est révélée complexe et nous nous sommes heurtés à un manque de participation du patient durant l'épreuve PACE (**Annexe 7**).

P2 a obtenu le score pathologique inchangé de 4/6 pour l'*Attention et la motivation à la communication*. Il s'investi dans l'interaction cependant, son attention est fluctuante et dépend de son intérêt pour le thème abordé.

Sur le plan *verbal* il n'y a pas eu d'évolution, avec le même score pathologique de 3/30.

L'évaluation de la *Communication non verbale* a conduit au score de 14/30, nettement supérieur à celui obtenu lors de la première passation avec une amélioration de 40%, mais qui reste encore légèrement inférieur à la norme (15.74/30). Cependant il nous a semblé important de tempérer ces résultats. Nous avons observé une forte inadéquation entre ses productions non verbales lors de l'interview dirigée et celles durant l'épreuve PACE où P2 n'a pas semblé comprendre ce qui était demandé, et n'a pas voulu produire d'énoncé. Nous pouvons donc nous demander dans quelle mesure les résultats à cette grille sont représentatifs de ses capacités non verbales.

La compréhension non verbale a légèrement évolué depuis l'évaluation initiale. Toutefois, à l'instar de la modalité verbale, des répétitions sont parfois nécessaires. Les mimiques et les productions para-verbales restent adaptées et même s'il émet des feed-back non verbaux, le patient ne prend toujours pas en compte ceux que nous émettons.

Bien qu'ayant fortement progressé au niveau des productions non verbales (**Tableau 4**), le score pondéré de P2 est de 35.32/100, ce qui le situe en-deçà du seuil pathologique du centile 5 soit un score de 66.52. Les moyens de compensation mis en place restent aléatoires selon les situations.

#### 2.4.3) Passation du PTECCA version B

Elle a été plus rapide et les échanges plus efficaces, exception faite de l'épreuve référentielle. P2 et I2 ont respectivement obtenu les scores de 46 et 91/104 (**Annexe 8**), avec des améliorations respectives avoisinant 20% et 47% (**Tableau 4**).

Durant les épreuves, I2 s'est montrée plus à l'écoute de son époux, lui laissant plus de place dans les échanges. Elle le canalise beaucoup, attirant son attention sur les consignes. Nous avons pu observer des comportements d'adaptation avec un ralentissement du débit, des énoncés à la formulation plus simple et ne contenant qu'une information. Lorsque P2 n'arrive pas à transmettre l'information, elle propose une ébauche orale ou verbalise à sa place, en demandant à P2 son approbation. Toutefois elle ne signale pas systématiquement les incidents de parole, corrigeant juste les productions de P2. Nous avons observé l'utilisation fréquente de gestes non-verbaux par I2 pour appuyer ses productions verbales.

P2, quant à lui, utilise des éléments para-verbaux, des mimiques et un regard adaptés et porteurs de sens. Par exemple il regarde sa femme de manière insistante avec un ton ascendant pour l'interroger. Comparativement à la première passation et aux séances d'entraînement, cette dernière tient plus compte des productions non-verbales de P2 qui utilise de nombreux gestes déictiques et des mimes d'action.

L'épreuve référentielle a mis en avant les troubles dysexécutifs de P2 qui n'a pas essayé de transmettre l'information à I2. Décontenancée, celle-ci a alterné les questions ouvertes et fermées (« *qu'est-ce que tu as vu ?* ») ainsi que les questions précises hasardeuses (« *il se rasait ? il s'habillait ?...* ») et les questions organisées (« *il y a une personne dessus ?* »). Nous avons constaté que I2 porte encore trop de considération aux réponses oui/non de P2 qui restent non fiables. Malgré plusieurs reformulations, le patient a persévéré dans la réponse erronée et I2 n'a pas pensé à l'inciter à utiliser un canal différent.

#### 2.4.4) Nouvelle passation de l'épreuve fonctionnelle

P2 a pris l'initiative de nous parler de son hémiplégie et des difficultés liées à son orthèse.

Il a utilisé beaucoup de gestes déictiques en nous désignant, par exemple, son hémicorps atteint. De la même manière, nous avons observé des mimes d'action, des mimiques et une communication para-verbale adaptés et informatifs. Toutefois P2 n'a pas toujours conscience de sa stéréotypie et il a tendance à s'emporter lorsque nous lui signalons nos difficultés de

compréhension. Il ne tient toujours pas compte des feed-back émis et persévère dans ses productions verbales erronées.

Lors de cette situation, la communication fonctionnelle du patient nous a semblé globalement efficace. En revanche, les résultats lors de cette épreuve ne nous ont pas paru représentatifs des observations faites durant l'intervention et les épreuves post-thérapeutiques.

#### 2.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication

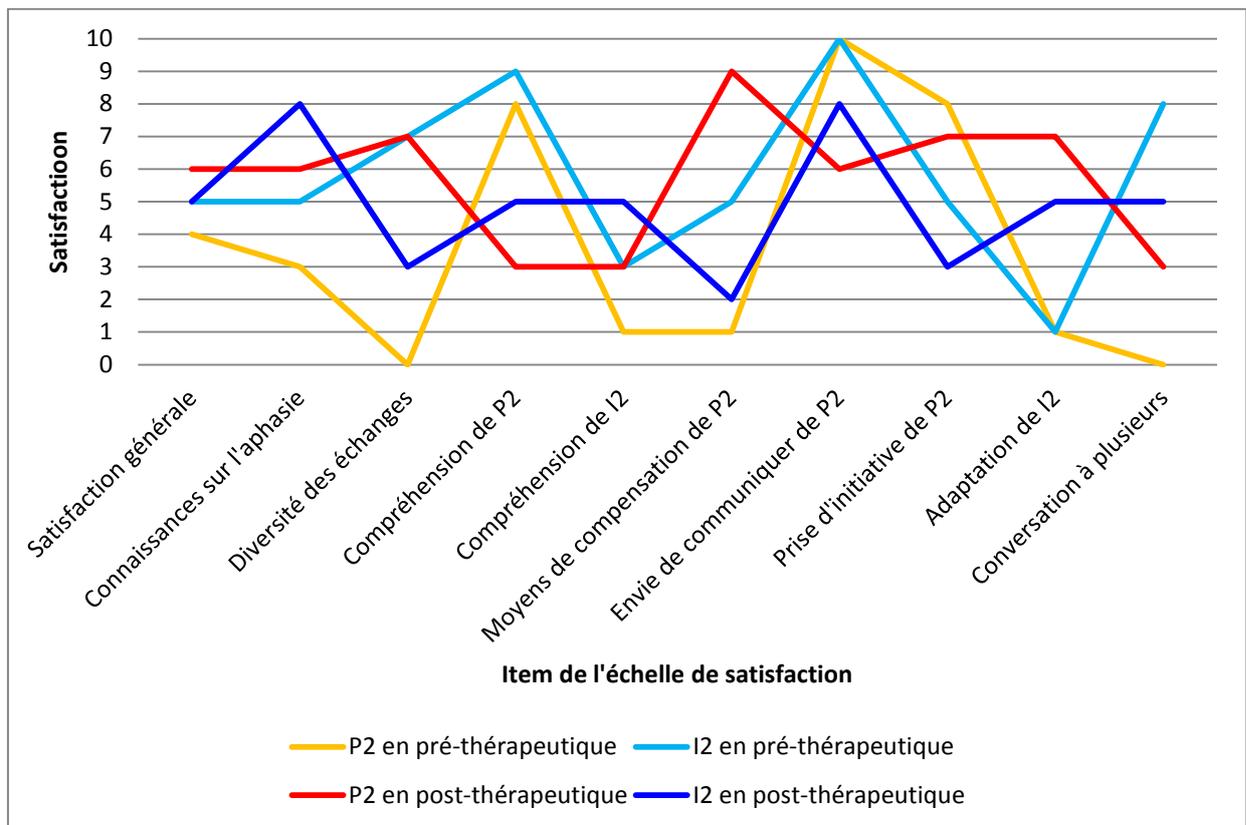


Figure 4 : Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P2/I2

Comparativement à la première passation (**Tableau 4**) la satisfaction à la communication est moins positive pour I2 qui semble avoir pris conscience des difficultés du patient et des dysfonctionnements communicationnels. De son côté, P2 paraît légèrement plus satisfait, hormis l'item concernant ses capacités de compréhension (**Figure 4**).

Les réponses des époux se recoupent en plusieurs points. Toutefois, leurs avis divergent significativement sur les moyens de compensation mis en place par P2, lesquels sont

considérés comme insuffisants par I2. Cette dernière s'est montrée plus exigeante, ainsi les prises d'initiatives et la diversité des échanges lui semblent désormais insatisfaisantes.

Les troubles anosognosiques du patient et les troubles thymiques de I2 nous ont poussés à analyser ces résultats avec beaucoup de précaution.

De manière générale, il semble que l'intervention auprès de ce couple ait permis une prise de conscience des difficultés jusque-là ignorées. Bien que des dysfonctionnements dans les situations d'échange subsistent, la communication entre les conjoints nous a paru améliorée. Les performances en communication non verbale de P2 restent très variables selon la concrétude des sujets et la forme de l'échange. Ainsi le patient utilise spontanément des gestes pour être informatif, en revanche avec un cadre imposé, il se montre plus réticent. Face à ce constat, nous nous sommes interrogés sur l'influence des troubles dysexécutifs.

Les séquelles de l'atteinte frontale de P2 et les troubles dépressifs de I2 ont fortement impacté la prise en charge et les résultats obtenus avec le couple.

### 3) P3

#### 3.1) Présentation de P3

P3 est une femme de 63 ans, retraitée de la restauration, mariée et mère d'une fille, F3 de 24 ans. Elle habite avec son mari I3 qui joue le rôle d'aidant principal. Toutefois, F3 est très présente et investie auprès de sa mère.

En juillet 2010, elle a présenté un AVC ischémique sylvien gauche secondairement hémorragique responsable d'une importante hémiparésie droite et d'une aphasie proportionnelle. Elle a été depuis suivie par une orthophoniste en libéral à raison de deux séances hebdomadaires.

P3 présentait un tableau d'aphasie mixte massive associé à un syndrome frontal. Malgré l'amélioration de ce dernier, des troubles dysexécutifs restaient présents.

Le bilan orthophonique mettait en avant une expression orale limitée à des mots isolés, non appropriés. Les automatismes verbaux n'étaient pas préservés et seule la répétition de mots simples et courts était possible. On notait un important manque du mot. La compréhension orale n'était préservée que pour des énoncés simples, en contexte. Le recours au langage

écrit était difficile. Un classeur de communication avait commencé à être mis en place, cependant P3 refusait de l'utiliser.

### 3.2) Evaluation pré-thérapeutique

#### 3.2.1) Passation du TLC

La passation s'est révélée complexe mais informative (**annexe 7**).

Concernant *l'attention et la motivation à la communication*, P3 a obtenu le score pathologique de 4/6. Son faible score s'expliquait par son manque d'initiative, P3 restant passive et attendant nos questions.

Sur le *plan verbal*, sa communication était peu efficace avec un score de 5/30, significativement inférieur à la norme. P3 présentait de grandes difficultés expressives, tous les niveaux de production lexical, syntaxique et pragmatique étant atteints. Ses seules productions spontanées oui/non n'étaient pas fiables et elle présentait une forte tendance à la persévération. Sa compréhension, qui pouvait sembler préservée, était en réalité limitée, nécessitant de nombreuses répétitions et reformulations.

L'évaluation de la *communication non verbale* a abouti au score pathologique de 9/30. L'épreuve PACE a mis en avant des capacités non verbales qui n'étaient pas spontanément utilisées. P3 a présenté un investissement relatif dans cette épreuve, préférant trouver les items plutôt que de les faire deviner. Aucun geste n'a été spontanément produit lors de la première partie de l'épreuve. Toutefois, notre utilisation de gestes lors de la seconde partie l'a incitée à en utiliser quelques-uns. La compréhension non verbale était relativement préservée, nécessitant tout de même des réitérations. Dans une minorité de cas, P3 pouvait envoyer un feed-back négatif par le biais d'un regard. Comme pour la modalité verbale, elle percevait ceux produits, mais était incapable d'utiliser spontanément des stratégies alternatives pour étayer ses productions. Nous avons dû poser des questions fermées dont les réponses oui/non n'étaient pas fiables, ce qui a conduit à plusieurs contre-sens.

P3 a obtenu un score pondéré de 30.27/100, inférieur au seuil pathologique du centile 5. Au vu des résultats, sa communication paraissait sévèrement altérée. Les canaux non verbaux n'étaient pas utilisés, alors qu'ils auraient pu pallier en partie les difficultés verbales.

### 3.2.2) Passation du PTECCA

Cette passation a mis en avant les dysfonctionnements communicationnels du couple dans les échanges. F3 et I3 ont respectivement obtenu les scores de 43 et 37/104 (**annexe 8**).

Lors des différentes épreuves, nous n'avons pas réellement assisté à des échanges, il n'y avait pas de coopération entre eux. Par exemple, lors de l'épreuve de l'île déserte I3 a laissé P3 exposer ses choix avant de présenter les siens.

Les tours de parole n'étaient pas respectés, I3 parlant pour le couple et ne laissant pas à P3 de place dans l'échange. Le débit de l'époux était rapide et le volume verbal important, avec de nombreuses digressions. La patiente se contentait de dire « *oh oui* », mais cette réponse automatique paraissait sans réel lien avec le contexte.

La patiente se retrouvait fréquemment en situation de multitâche et semblait confuse, I3 répétant inlassablement la consigne alors que P3 réfléchissait à sa réponse. Durant l'épreuve de l'île déserte, I3 a utilisé le pointage en adéquation avec le canal verbal. Malgré cette tentative d'adaptation, la dénomination et les gestes étaient réalisés trop rapidement pour faciliter la compréhension de P3, ce qui a conduit à un contre-sens. P3 n'a alors pas compris que I3 parlait de ses propres réponses et non de celles de la patiente. P3 a réalisé un mime d'action (signer un chèque), mais I3 ne portait pas attention à ses productions non verbales, exigeant que P3 passe par le canal verbal.

Les difficultés de compréhension compliquaient les échanges. Durant l'épreuve référentielle l'époux a montré sa capacité à utiliser des questions fermées. Cependant la non fiabilité du oui/non et l'inadéquation entre la production verbale de P3 et ses mouvements de tête engendraient de l'agacement chez I3. Il cherchait alors à lui faire produire le bon mot ce qui n'aboutissait pas du fait des persévérations de P3 et coupait tout naturel à l'échange.

A plusieurs reprises, des blocages et des contresens sont apparus. L'incompréhension mutuelle engendrait frustration et énervement en particulier chez I3 qui pouvait parfois sembler hostile et dévalorisant pour P3.

### 3.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle

Nous avons joué le rôle de l'interlocuteur neutre lors de la première rencontre avec P3. Elle cherchait à nous faire comprendre que I3 était sorti et serait rapidement de retour.

La patiente restait passive dans l'échange, attendant que nous posions des questions. Elle n'a utilisé aucun moyen alternatif ou de compensation en dehors de hochements de tête et de mimiques qui étaient en opposition avec ses productions verbales.

En dehors de tout contexte, il était très difficile pour un interlocuteur non habitué d'interpréter ce que P3 cherchait à transmettre d'autant plus qu'elle n'initiait pas l'interaction.

#### 3.2.4) Echelle de satisfaction à la communication

Les profils obtenus ont mis en avant les divergences de perception des conjoints (**Figure 5**).

P3 semblait satisfaite par la communication, ce qui mettait en avant des éléments anosognosiques. I3 percevait des difficultés, malgré un manque de prise de conscience des troubles réceptifs de P3, se positionnant entre peu et moyennement satisfait à la majorité des items.

La passation de ces épreuves nous aura permis de collecter des informations enrichissant l'intervention. En plus d'un entraînement du couple à la communication multimodale, une prise de conscience des difficultés de P3 semblait primordiale. En parallèle, nous avons essayé d'introduire des comportements d'adaptation et de compensation chez I3.

### 3.3) Intervention

#### 3.3.1) La première séance d'information

La première séance a eu lieu en présence des deux interlocuteurs. I3 n'a posé que peu de questions et nous nous sommes heurtés à un époux assez revendicatif, qui attribuait l'ensemble des difficultés communicationnelles à P3. Il ne semblait pas enclin à se remettre en question tandis qu'il formulait beaucoup de plaintes à l'encontre de son épouse. Selon lui, elle n'avait « *pas de problème pour comprendre* » et les difficultés expressives étaient dues à un « *manque de volonté* » et un « *mauvais caractère* ».

Nous avons présenté l'aphasie et les troubles de P3 en utilisant une fiche d'information personnalisée comme support.

Afin de leur faire prendre conscience des difficultés présentes et des comportements plus ou moins adaptés, nous avons organisé les extraits sélectionnés en cinq rubriques :

- *Les comportements généraux lors de l'échange* : dans cette partie nous avons abordé la passivité de P3, sa difficulté à trouver une place au sein de l'échange ainsi que l'importance pour I3 d'adoucir son expression en encourageant et valorisant sa femme

- *Les productions orales et les moyens de facilitation* : nous avons ici évoqué le manque de naturel des échanges, et l'inefficacité de s'appesantir sur les paraphrasies de son épouse en cherchant à tout prix à lui faire produire le bon mot.

- *La compréhension et les méthodes d'adaptation* : nous avons abordé les difficultés de compréhension de P3, la non fiabilité du oui/non avec l'inadéquation des productions verbales et des hochements de tête et les persévérations de P3 dans ses réponses. Nous avons ainsi introduit la pertinence des questions fermées et l'importance des reformulations et de la vérification systématique.

- *Les moyens de compensation* : nous avons souligné l'intérêt pour l'époux d'utiliser des gestes pour aider la compréhension de P3 et encourager l'imitation, ainsi que l'importance de porter attention à ses productions non verbales qui avaient une valeur informative.

A l'issue des visionnages, nous avons présenté le plan de communication élaboré.

### 3.3.2) Les séances d'entraînement

Nous nous étions fixés comme objectifs la mise en place progressive d'un classeur de communication ainsi que l'utilisation de gestes pour améliorer l'informativité de P3. Nous avons envisagé de travailler avec I3 sur la prise de conscience des difficultés et des capacités de P3 et sur les comportements d'adaptation verbale. P3 s'est montrée enthousiasmée par notre intervention, mais I3 semblait y voir plus de contraintes que de bénéfices.

La fille du couple, F3, se montrant intéressée par le travail réalisé, nous lui avons proposé de participer aux séances. Sa présence dès la seconde séance a été très bénéfique, insufflant une nouvelle dynamique à l'intervention. F3 s'est montrée investie en participant énormément et s'est rapidement appropriée les conseils du plan de communication.

I3 qui, initialement, ne semblait pas intéressé par l'utilisation de gestes non verbaux s'est progressivement mis à en utiliser, à l'instar de sa fille. Cependant, seule F3 utilise

quotidiennement les adaptations proposées. I3 ne s'en sert pas en dehors des séances car « ça demande trop de temps ».

Sur incitation au départ puis progressivement de manière spontanée, P3 a réalisé de nombreux gestes, en particulier des mimes d'action, des gestes symboliques et déictiques. Face à cette nouvelle communication, l'époux a semblé se rendre compte des capacités non verbales de P3, et de l'informativité dont elle était capable. Cependant, son comportement restait parfois hostile et nous avons observé de nombreuses tensions au sein du couple. Parallèlement, les échanges avec F3 étaient plus détendus et P3 prenait plaisir à interagir.

Le classeur de communication, pour sa part, n'a pas été pleinement investi par P3 qui ne l'utilisait que pour des notions précises non exprimables par gestes (aliments, vêtements..).

Malgré d'importants progrès, nous avons noté un comportement communicationnel et une communication multimodale très différents selon que P3 échangeait avec F3 ou I3.

### 3.4) Effets de l'intervention

#### 3.4.1) Comparaison pré et post intervention des scores

Le tableau suivant reprend les scores obtenus ainsi que leur évolution.

	TLC pré /100	TLC post /100	évolution	PTECCA pré /104	PTECCA post /104	évolution	Grille de satisfaction pré. /100	Grille de satisfaction post/100	évolution
<b>P3</b>	30.27	63.88	+ 33.61%	43	65	+21.15%	95	90	-5%
<b>I3</b>				37	63	+25%	42	44	+2%
<b>F3</b>					104		42	74	+32%

**Tableau 5** : Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P3/I3

#### 3.4.2) Nouvelle passation du TLC

La seconde passation du TLC a été plus rapide. La patiente est plus informative et sa communication non verbale a positivement évolué (**Annexe 7**).

Pour la grille d'*attention et de motivation à la communication*, P3 a obtenu le score maximal de 6/6. Elle produit désormais spontanément une salutation verbale, est plus attentive et cherche spontanément à s'exprimer, loin du comportement passif antérieur.

La communication *verbale* est restée peu efficace avec une progression de 6.67% conduisant au score de 7/30. Malgré les importants troubles expressifs, nous avons pu observer des feedback verbaux (« *hein ?* ») témoignant de ses difficultés réceptives.

Concernant la *communication non verbale*, d'importants progrès ont été observés avec une amélioration de 57%. P3 a obtenu le nouveau score de 26/30. Elle utilise spontanément tous les gestes non verbaux répertoriés dans la grille. Dans leur réalisation, certains sont approximatifs, en particulier les mimes de forme d'objet. Pourtant, les gestes produits sont facilement identifiables car la patiente sélectionne des traits pertinents (par exemple, le mime d'action de prier pour le prêtre). P3 est capable de produire des séquences de gestes pour améliorer son informativité, mimant l'action de verser puis de boire pour signifier l'image du pichet. Les mimiques et l'intonation de la patiente restent très significatives.

La compréhension non verbale est efficace et ne nécessite que peu de répétitions. P3 peut envoyer des feedback négatifs par le biais de mimiques. Dans certains cas, elle est capable de reformuler son énoncé face aux feedback perçus, mais nous avons tout de même observé quelques persévérations sur les précédentes productions.

P3 a obtenu un score pondéré de 63.88/100, qui a fortement augmenté (**Tableau 5**), bien qu'il soit resté inférieur au seuil pathologique de 68.36/100. Elle utilise naturellement les gestes non-verbaux pour pallier ses difficultés expressives et semble plus à l'aise dans les échanges. Ces progrès se traduisent par une participation plus prononcée dans les interactions.

#### 3.4.3) Passation du PTECCA version B

Pour établir une comparaison objectivant l'impact de l'interlocuteur sur la communication de P3, il nous a semblé pertinent de faire également passer le PTECCA à F3 (**Annexe 8**). Les échanges entre P3 et I3 se sont améliorés respectivement de 21.15% et 25%. Ils ont respectivement obtenu 65 et 63/104 (**Tableau 5**). Bien que nous n'ayons pas de score de comparaison pré-thérapeutique, les échanges entre P3 et F3 sont efficaces, et elles ont respectivement obtenu 91 et 104/104.

Durant la passation, I3 a fait des efforts de reformulation, de simplification des énoncés et d'utilisation de techniques de facilitation. Toutefois, face à un blocage, il perd patience, utilise un ton hostile et abandonne tous les efforts réalisés, ce qui fait perdre ses moyens à P3, la conduisant à des incohérences thématiques. I3 a utilisé la communication non-verbale dans l'épreuve référentielle en reprenant les gestes produits par P3 sous forme de feed-back pour s'assurer des réponses. La patiente a plus de place dans les échanges, mais la fonction conative n'est toujours pas respectée. I3 expose son avis sans le discuter et peut se monter critique envers les réponses de P3. Malgré des évolutions positives au sein de ce couple, des dysfonctionnements communicationnels subsistent.

Les échanges avec F3 respectent quant à eux les fonctions de la communication et les interactions sont plus détendues avec de nombreux recours à l'humour. F3 encourage beaucoup P3, lui proposant systématiquement en cas de blocage d'autres moyens de communication (gestes ou classeur). Le comportement valorisant de sa fille motive P3 qui se montre plus entreprenante et tente de reformuler ses productions en fonction des feed back perçus. F3 utilise systématiquement les moyens adaptatifs et alternatifs évoqués dans le plan de communication. Elle reformule et simplifie tous ses énoncés, donne des exemples, et produit des gestes pour soutenir sa parole, ce qui facilite la réception de la patiente.

#### 3.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle

La patiente a spontanément cherché à nous informer qu'elle allait être grand-mère. Pour cela, elle a spontanément produit le mime d'action de bercer pour nous parler d'un enfant. Elle a aussi utilisé des gestes déictiques pour montrer une photo ainsi que le calendrier. En revanche, quand nous lui avons demandé où habitait sa fille, P3 n'a pas pu nous renseigner.

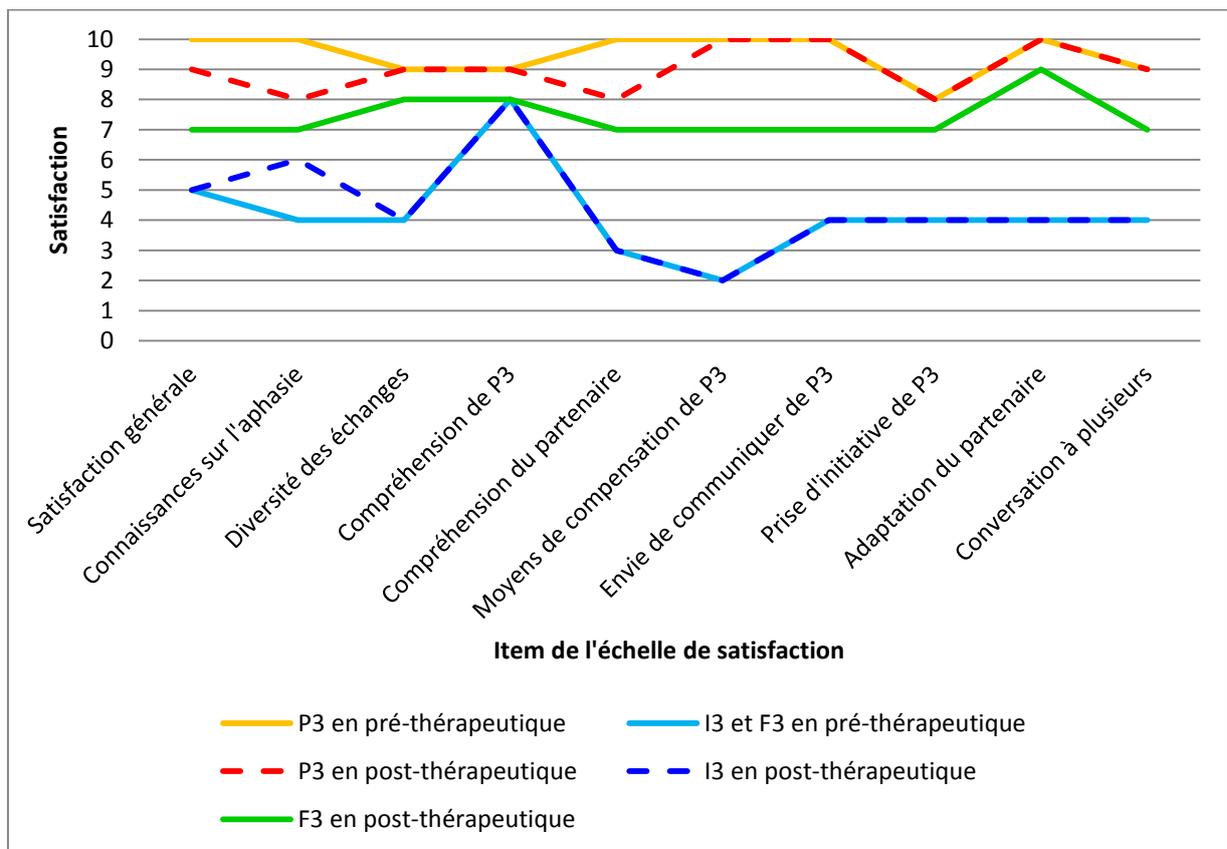
La communication fonctionnelle est plus efficace, P3 pouvant se montrer informative sur des sujets concrets la concernant.

#### 3.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication

Lors de la phase pré-thérapeutique, I3 et F3 partageaient la même vision quant aux situations d'échange et la satisfaction qui en découlait. Cependant, tandis que l'époux dit ne pas percevoir de réelles modifications, il reconnaît que leurs proches, et en particulier F3, ne partagent pas cet avis. Pour I3, seules ses connaissances concernant l'aphasie se sont améliorées depuis la phase pré-thérapeutique (**Tableau 5**).

F3 note une évolution positive pour l'ensemble des items avec une amélioration de sa satisfaction de 32%. Elle constate que sa mère présente une meilleure compréhension et qu'elle utilise plus de gestes et peut se servir ponctuellement du classeur. Elle qualifie leurs échanges de « *plus détendus* ».

P3 semble plus consciente des difficultés de réception de ses interlocuteurs. Les perceptions de P3 et F3 sont assez proches, et elles se disent relativement satisfaites de leur communication (**Figure 5**).



**Figure 5** : Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P3/I3

La communication au sein de cette famille nous a paru améliorée et plus fonctionnelle, non seulement au vu des résultats aux épreuves, mais aussi par les ressentis de F3 et de P3. Cette dernière utilise préférentiellement les gestes non verbaux, mais pour des objets ou des notions difficilement matérialisables, elle a recours au classeur de communication. Toutefois, les résultats obtenus ont mis en avant une fluctuation du comportement et des performances de P3 selon son interlocuteur. Le comportement peu valorisant de I3 influe négativement sur sa

motivation à communiquer. En revanche les encouragements et le positivisme de F3 permettent à leurs échanges d'aboutir plus facilement et sans tension.

#### 4) P4

##### 4.1) Présentation de P4

P4 est un homme âgé de 76 ans, retraité d'une chaîne de supermarché, marié et père de deux enfants. Il vit avec son épouse I4, qui est son aidant principal.

En 2009, il a présenté un AVC ischémique droit avec hémiparésie gauche, avec une récupération complète. En juin 2010, un nouvel AVC ischémique gauche est survenu, causant une hémiparésie droite accompagnée d'une aphasie. P4 a bénéficié d'une prise en charge orthophonique hebdomadaire en libéral.

Initialement, le patient présentait un tableau d'aphasie s'apparentant à une aphasie de conduction. Les troubles, profonds au départ, avaient favorablement évolués.

L'expression de P4 était fluente et le discours spontané était caractérisé par un manque du mot, des paraphrasies principalement phonémiques accompagnées de nombreuses tentatives d'autocorrection. La répétition de mots et de phrases complexes était altérée.

Sur le versant réceptif, la compréhension lexicale était normale, cependant on notait des troubles de la compréhension syntaxique (phrases, consignes et textes) accentués par des troubles attentionnels.

Malgré leur évolution favorable, des atteintes dysexécutives restaient présentes.

##### 4.2) Evaluation pré-thérapeutique

###### 4.2.1) Passation du TLC

La première passation a été longue du fait des interventions de I4 et des digressions de P4.

Pour *l'attention et la motivation à la communication*, P4 a obtenu le score de 5/6. Il participait à l'échange, mais, il fallait fréquemment solliciter son attention.

En ce qui concerne *la communication verbale*, P4 a obtenu le score pathologique de 12/30. Nous avons noté de nombreuses digressions, principalement après un manque du mot ou une paraphrasie. P4 persérait sur la production erronée ce qui avait tendance à lui faire perdre le fil de son discours. Il utilisait de nombreux termes familiers, et les troubles de l'inhibition

conduisaient à des remarques surprenantes, voire non adaptées au contexte. P4 n'adaptait pas son discours aux connaissances de l'autre, par exemple, il nous a décrit l'image du nourrisson par « *c'est Maxime* ».

La compréhension était globalement préservée, mais elle présentait des limites selon la complexité et la longueur des énoncés. Pour autant, le patient n'envoyait aucun feed-back et ne prenait pas en compte ceux reçus, P4 persévérant, sans chercher à reformuler ses propos.

L'évaluation de la *communication non verbale* a abouti au score pathologique de 7/30. P4 a utilisé uniquement le canal verbal, malgré un manque du mot et de nombreuses paraphasies. Aucun geste n'a été produit alors que la compréhension non verbale était efficiente. Nous avons pu observer un non-respect des tours de parole ainsi que l'absence de mimogestualité ou de regard régulateur. La communication para-verbale était très limitée. Comme en modalité verbale, aucun feed back n'était produit ou pris en compte. Les canaux non verbaux n'étant pas utilisés, ils ne pouvaient compenser les difficultés expressives.

P4 a obtenu un score pondéré de 38.81/100, inférieur au seuil pathologique du centile 5 (score de 68.36/100). Malgré un langage fluent, sa communication verbale n'était que partiellement efficace (**Annexe 7**). La communication non verbale était inexistante et ne permettait pas de pallier les difficultés expressives.

#### 4.2.2) Passation du PTECCA

Nous avons observé de nombreux dysfonctionnements dans les situations d'échange du couple. P4 et I4 ont respectivement obtenu les scores de 39 et 56/104 (**Annexe 8**).

Conformément au bilan, nous avons observé beaucoup de paraphasies et un manque du mot, non systématiquement relevés par I4. Parfois, cette dernière préférait ignorer ce que P4 cherchait à dire et donnait sa propre opinion à la place. Face à ce manque d'aide, P4 s'impatientait et il pouvait alors s'emporter et se montrer hostile envers son épouse.

On observait une rapidité dans le débit de parole de I4. Or le ralentissement du patient conduisait à des contresens, P4 persévérant sur le thème antérieur. L'épouse avait tendance à faire des digressions, en cherchant à converser avec nous durant les épreuves, n'incluant que peu le patient dans l'échange. En retour, P4 ne respectait pas les tours de parole et avait tendance à couper I4, en prenant la parole dès qu'il voulait s'exprimer.

Les seuls gestes utilisés ont été observés lors de l'épreuve de l'île déserte. P4 et I4 ont produit des gestes déictiques en pointant les items proposés sur la feuille.

Lors de cette passation, nous avons observé de nombreuses tensions dans les situations d'échange et les règles conversationnelles n'étaient pas respectées.

#### 4.2.3) Déroulement de l'épreuve fonctionnelle

P4 a spontanément cherché à nous parler d'un de ses voyages. Nous sommes restés neutres et nous avons laissé le patient s'exprimer.

Le manque du mot et les paraphasies rendaient très difficile l'interprétation des productions. P4 présentait un débit très rapide et persévérait sur les paraphasies. Il cherchait absolument à produire le terme correct même lorsque l'information avait été transmise. Ce comportement coupait l'échange et rendait le suivi de la conversation difficile, d'autant plus que P4 fait souvent des digressions. Aucun moyen d'adaptation ou de compensation n'était utilisé.

Le patient n'étant pas toujours informatif, la communication fonctionnelle de P4 ne nous a alors paru que partiellement efficace,

#### 4.2.4) Echelle de satisfaction à la communication

Les réponses de I4 étaient difficilement interprétables. N'arrivant pas à se prononcer, elle a décidé d'attribuer la note moyenne à tous les items. En revanche, P4 semblait considérer que les difficultés communicationnelles venaient principalement de son épouse (**Figure 6**).

Nous avons observé de nombreux dysfonctionnements lors des situations de communication au sein du couple. Les échanges étaient tendus et les interlocuteurs ne semblaient pas prendre de plaisir à communiquer. Il nous a paru pertinent de cibler l'intervention sur la prise de conscience des adaptations et des stratégies facilitatrices possibles. Nous avons essayé de faire réaliser au patient la complexité du rôle d'interlocuteur. Nous avons tenté de travailler sur la multimodalité de la communication pour faciliter l'expression et la compréhension de P4.

### 4.3) Intervention

#### 4.3.1) La première séance d'information

La première séance a permis de nombreux échanges. Le couple s'est montré très attentif et intéressé. A l'aide d'une fiche d'information personnalisée, nous avons présenté l'aphasie et les troubles de P4.

Nous avons par la suite présenté des extraits vidéo, organisés en cinq rubriques:

- *Les comportements généraux durant l'échange* : dans cette rubrique nous avons évoqué la tendance de I4 à ne pas prêter attention aux troubles du patient, l'agressivité qui en découlait et l'importance de laisser la parole à P4 en le soutenant dans son expression.

- *La gestion du temps* : nous avons abordé les difficultés face aux situations de multitâches, la rapidité de débit de I4 en opposition au ralentissement présenté par le patient.

- *Les paraphasies, le manque du mot et les moyens facilitateurs*: nous avons illustré dans cette partie les difficultés expressives du patient ainsi que les aides possibles pour aider son expression, comme la proposition du bon terme.

- *La compréhension et les méthodes d'adaptation verbale* : nous avons évoqué les légères difficultés de compréhension de P4, en lien avec la complexité et la longueur des énoncés ainsi que les possibles adaptations verbales.

- *Les gestes* : nous avons montré l'aide que pouvait représenter l'utilisation de gestes dans la réception mais aussi pour l'expression du patient.

A l'issue des visionnages, nous avons présenté le plan de communication.

#### 4.3.2) Les séances d'entraînement

Durant l'intervention, nous nous sommes fixés comme objectifs l'adaptation verbale et l'utilisation de stratégies facilitatrices par I4, ainsi que l'utilisation de gestes non verbaux par P4 en cas de manque du mot ou de paraphasies. Le couple s'est montré intéressé par les exercices et participait avec plaisir. Nous avons principalement utilisé des images très proches en situation de PACE ainsi qu'un jeu de 7 familles élaboré par I. Gonzales.

I4 était attentive aux feed-back et au bout de la troisième séance, nous avons pu voir une modification significative de son comportement. Le débit s'était progressivement ralenti, les

phrases produites étaient plus synthétiques et claires. I4 accordait plus d'importance à la parole de P4 et l'aidait à produire le terme cible en cas de manque du mot ou de paraphasie.

Elle utilisait ponctuellement des gestes non-verbaux pour optimiser la compréhension de P4, en revanche celui-ci avait des difficultés à passer par une communication autre que verbale car selon lui « *c'est pas naturel* ». Toutefois, bien que ce ne soit que des productions isolées, nous avons observé quelques mimes d'action réalisés spontanément lors de blocage. Ces gestes se sont révélés facilitateurs, aidant P4 à produire le terme cible.

Les difficultés d'expression de P4 ont parfois conduit à quelques tensions, mais globalement le couple semblait plus détendu durant les exercices et nous avons pu observer de nombreux recours à l'humour pour désamorcer des situations de blocage. Le patient perséverait moins sur les productions erronées et ses énoncés étaient plus informatifs et précis.

La transmission d'informations lors des exercices était plus rapide et efficace. Les échanges semblaient apaisés et agréables, loin des tensions observées lors de l'évaluation.

#### 4.4) Effets de l'intervention

##### 4.4.1) Comparaison pré et post intervention des scores

Le tableau suivant reprend les scores obtenus pré et post thérapeutique et leur évolution.

	TLC pré /100	TLC post /100	évolution	PTECCA pré /104	PTECCA post /104	évolution	Grille de satisfaction pré. /100	Grille de satisfaction post/100	évolution
<b>P4</b>	38.81	75.04	+36.23%	39	80	+39.42%	39	78	+39%
<b>I4</b>				56	94	+36.54%	50	68	+18%

**Tableau 6** : Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P4/I4

##### 4.4.2) Nouvelle passation du TLC

Elle a été plus rapide, avec moins de digressions (**Annexe 7**).

Concernant *l'attention et la motivation à la communication*, P4 a obtenu le score maximal de 6/6. Il s'est montré plus attentif lors de la nouvelle passation des épreuves.

Pour la *communication verbale*, P4 a obtenu 25/30, un score qui bien que s'étant amélioré de 43.34% reste pathologique. Le manque du mot et les paraphasies sont encore présents, toutefois ils sont mieux compensés (« *ganaziste, gana...enfin qui travaille dans un garage* »). Nous notons moins de persévérations et de digressions, le thème pouvant être maintenu.

La compréhension s'est sensiblement améliorée. Désormais, P4 peut signaler ses difficultés réceptives par un feed back verbal et tente de reformuler ses productions en tenant compte de ceux produits par l'interlocuteur.

La *communication non verbale* a progressé de 36.67%. L'évaluation a abouti au score de 18/30, supérieur à la moyenne. Lors de la passation le patient a utilisé préférentiellement le canal verbal, cependant, nous avons observé l'utilisation spontanée de deux mimes d'action informatifs et pertinents. Les règles conversationnelles sont dorénavant respectées A l'instar de la modalité verbale, nous avons noté l'apparition de feed-back non verbaux adaptés.

P4 a obtenu un score pondéré de 75.04/100, qui bien qu'ayant augmenté, reste légèrement inférieur à la moyenne des sujets normaux (76.28/100). Même si les gestes non verbaux ne sont pas volontairement produits, la communication non verbale de P4 s'est améliorée, en particulier au niveau de la pragmatique (**Tableau 6**). Toutefois celle-ci ne permet pas encore de pallier entièrement les difficultés expressives.

#### 4.4.3) Passation du PTECCA version B

Les échanges se sont améliorés et sont moins tendus (**Tableau 6**). P4 et I4 ont respectivement obtenus 80 et 94/104 soit une progression de 39.5% et 36.5% (**Annexe 8**).

Nous notons l'utilisation de nombreux gestes par I4 dans la majorité des épreuves, en particulier des gestes symboliques et des mimes d'action. D'autres gestes co-verbaux sont produits et structurent les énoncés. P4 quant à lui en a produit spontanément quelques-uns lors de l'épreuve de l'île déserte (mime d'action de descendre à la corde) et de la situation référentielle (geste symbolique de « 4 » en inadéquation avec la paraphasie verbale « cinq »)

I4 reste prolixe et peut parfois faire des digressions, cependant, elle laisse plus de place à P4 lors des échanges et les tours de parole sont respectés. En diminuant la contrainte temporelle initiale, I4 favorise les interventions de P4. Elle signale désormais les incidents de parole et les corrige en proposant des mots ou en aidant à formuler les productions.

Nous avons observé plus de discussions et de coopération au sein du couple. Nous avons noté beaucoup de recours à l'humour dans des échanges plus apaisés.

#### 4.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle

Le patient a spontanément cherché à parler d'un film qu'il avait récemment vu, en restant neutre nous avons pu observer l'informativité dont il fait preuve.

Malgré de nombreuses paraphrasies, P4 persévère moins et semble plus détendu même s'il ne réussit pas à produire le terme exact. Il paraît plus intéressé par la transmission des informations que par la forme de ses productions. Nous avons observé la production d'un mime d'action involontaire, tirer au pistolet, qui a permis la production du terme recherché. Face à un manque du mot, le patient utilise des périphrases ou des définitions par l'usage. Le débit s'est ralenti et les échanges sont plus aisés et informatifs qu'auparavant.

Même si le patient présente encore d'importantes difficultés expressives et se refuse à utiliser la communication non verbale, sa communication semble plus fonctionnelle.

#### 4.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication

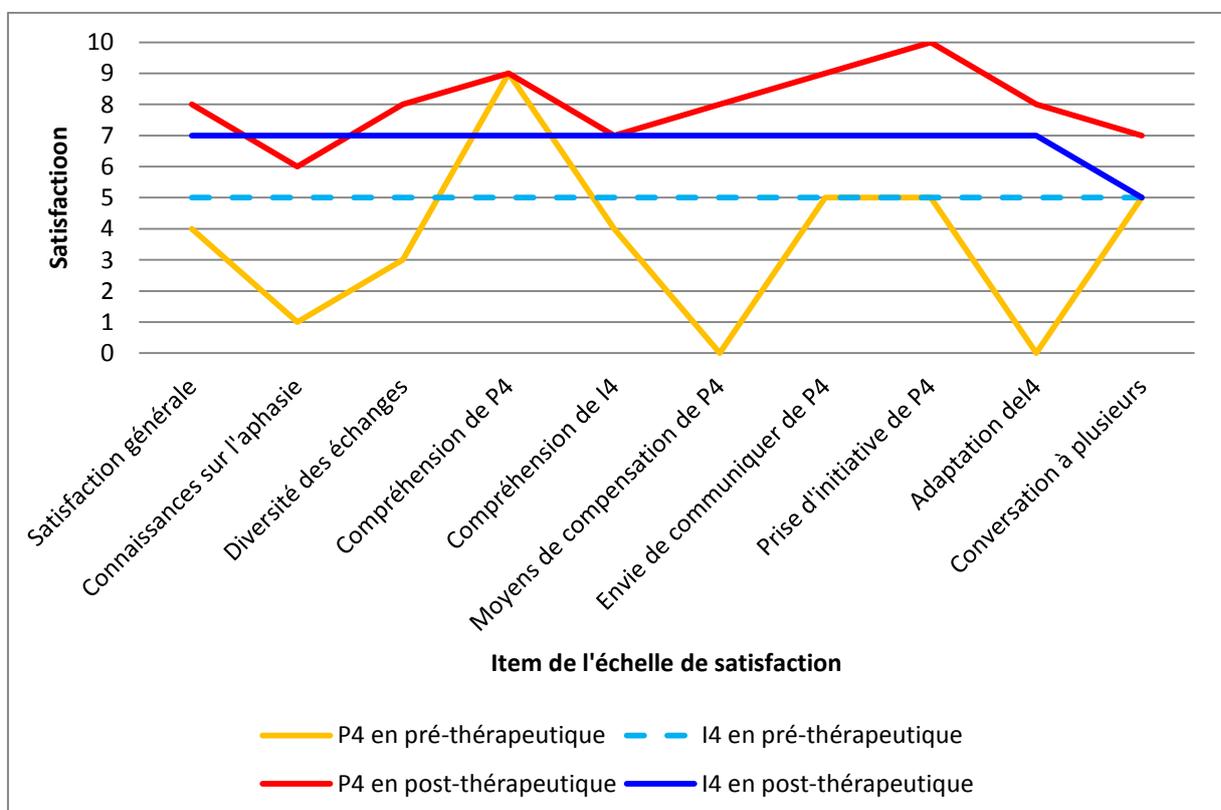


Figure 6 : Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P4/I4.

Les résultats obtenus nous ont permis de remarquer que les ressentis à l'ensemble des items se sont améliorés, ou sont restés constants (**Figure 6**)

Le couple s'est dit satisfait de l'intervention (**Tableau 6**). De leur aveu, ils n'avaient pas l'habitude de prendre du temps pour discuter. Notre intervention aura permis de faire un lien, prouvant que les échanges n'étaient pas forcément générateurs de tension. Ils signalent qu'ils communiquent plus fréquemment et rapidement qu'auparavant. P4 précise que les gestes non verbaux ne sont pas automatiques et qu'il préfère chercher un autre terme à la place du mot erroné.

La communication au sein du couple s'est améliorée et est plus agréable. Même si P4 ne s'est pas approprié la communication non verbale, les productions involontaires auxquelles nous avons assisté confirment une efficacité non exploitée.

I4 quant à elle a réalisé de nombreuses modifications dans son expression, ses adaptations verbales et non verbales impactant positivement les échanges.

## 5) P5

### 5.1) Présentation de P5

P5 est un homme de 64 ans, médecin généraliste retraité, marié et habitant avec I5, son aidant principal. Il présente une hypoacousie appareillée.

Le patient a déclaré en février 2010 une hémiparésie gauche suite à une lésion pariétale corticale droite. En juin de la même année, des troubles phasiques apparaissaient et il a été retrouvé un volumineux hématome temporo pariétal gauche.

P5 présentait initialement une aphasie de Wernicke ayant favorablement évoluée.

P5 était fluent et ne présentait que peu de difficultés sur le versant expressif hormis un manque du mot et quelques paraphasies. En revanche, il présentait des éléments de surdité verbale. La compréhension lexicale était normale, cependant on notait des troubles de la compréhension syntaxique. Le langage écrit était quant à lui totalement récupéré.

## 5.2) Evaluation pré-thérapeutique

### 5.2.1) Passation du TLC

Elle a été compliquée par les difficultés réceptives de P5 (**Annexe 7**).

Concernant *l'attention et la motivation à la communication*, P5 a obtenu le score maximum de 6/6. Il était motivé pour communiquer et malgré l'effort que cela pouvait nécessiter, il essayait de maintenir son attention durant l'échange.

En ce qui concerne la *communication verbale*, P5 a obtenu le score pathologique de 14/30. Nous avons observé chez le patient une expression verbale correcte, malgré un manque du mot et des paraphrasies qui ne modifiaient pas l'informativité du discours.

Toutefois, les éléments de surdité verbale impactaient fortement le niveau idéique et pragmatique du discours. Nous avons assisté à de nombreux contresens, P5 persévérant sur le thème pr c dent, ou ne comprenant pas les questions posées. Les échanges paraissaient d couus et n'aboutissaient pas. Il n'émettait pour autant aucun feed-back négatif et ne prenait pas en compte ceux que nous  mettions.

L'évaluation de la *communication non verbale* a abouti au score pathologique de 9/30. Lors de la passation, P5 n'a utilisé aucun geste. La compréhension non verbale était fortement altérée. Son faible score s'expliquait par la nécessité de réitérer systématiquement à plusieurs reprises chaque geste. Aucun feed-back non verbal n'était produit, mais contrairement à la modalité verbale, P5 interprétait correctement les nôtres.

P5 a obtenu un score pondéré de 46.97/100, inférieur au seuil pathologique de 68.36. Malgré un langage fluent, la communication verbale n'était que partiellement efficace du fait de ses importantes difficultés réceptives. Le recours à un autre canal était inexistant.

### 5.2.2) Passation du PTECCA

Durant la passation, nous avons observé combien les difficultés de réception de P5 rendaient les échanges complexes. P5 et I5 ont respectivement obtenu 41 et 73/104 (**Annexe 8**).

Fréquemment, P5 persévérait sur un sujet, ou ne comprenait pas les questions et ce, sans en avoir conscience. Nous avons observé de nombreuses réponses inadaptées et des contre-sens. Conformément au bilan, nous retrouvons un manque du mot et des paraphrasies. P5

fournissait plus d'informations que nécessaire, évitant ainsi de se retrouver dans une situation d'échec, en anticipant les possibles interrogations de I5. Ainsi nous avons noté à plusieurs reprises un non-respect de l'alternance. Il était très difficile pour P5 de maintenir son attention durant les épreuves. Il n'a utilisé à aucun moment un autre canal que verbal.

Le débit de parole de I5 était très rapide, et on remarquait de brusques changements de thème qui avaient tendance à échapper à P5. Elle le sollicitait énormément, sans pour autant l'aider à émettre son message lorsqu'un manque du mot se présentait. Parfois elle lui signalait les incidents de parole, mais face aux difficultés de compréhension de P5, elle durcissait son intonation puis abandonnait rapidement, semblant frustrée. A une seule reprise I5 a utilisé une autre modalité que l'expression orale en pointant certains items dans l'épreuve de l'île déserte, ce sont par ailleurs les seules énoncés bien interprétés par P5 durant la passation.

Les échanges semblaient très difficiles au sein du couple et les règles conversationnelles n'étaient pas toutes respectées.

### 5.2.3) Déroutement de l'épreuve fonctionnelle

Cette épreuve a été réalisée grâce à un membre du personnel des Glamots, P5 cherchant spontanément à échanger quant à son évolution depuis sa sortie.

La communication fonctionnelle semblait au premier abord efficace, le patient se montrant informatif et adapté. En revanche, nous avons remarqué que c'était lui qui allait vers l'interlocuteur et initiait l'échange tout en s'exprimant beaucoup. Par ce comportement d'anticipation, P5 menait la conversation et essayait de pallier ses difficultés réceptives. Par moment nous avons pu observer des réponses inadaptées ou des persévérations sur un thème antérieur. Le patient n'exprimait jamais ses difficultés de compréhension. Nous n'avons observé aucune utilisation de moyens de compensation ou d'adaptation.

Bien qu'informatif, le patient n'avait pas une communication fonctionnelle efficiente.

### 5.2.4) Echelle de satisfaction à la communication

Les résultats obtenus nous permettent de remarquer que sur une majorité d'items, les ressentis du couple se recourent (**Figure 7**).

P5 et I5 se disaient moyennement satisfaits de la communication, de leur compréhension réciproque ainsi que des moyens de compensation mis en place par P5. Par ailleurs, une des plaintes majeure du couple se retrouvait au niveau de la conversation à plusieurs interlocuteurs, vécue comme peu satisfaisante.

P5 percevait une meilleure diversité dans les échanges, ainsi qu'une prise d'initiative et une envie de communiquer plus importantes que celles vécues par son épouse.

La passation des épreuves a mis en relief l'impact des difficultés de compréhension sur les échanges du couple. P5 et I5 semblaient avoir une bonne perception des difficultés rencontrées. Pour autant, aucun moyen d'adaptation ou de compensation n'était mis en œuvre et les échanges semblaient sources de frustration, pour l'épouse en particulier.

### 5.3) Intervention

#### 5.3.1) La première séance d'information

Durant la première séance, P5 et I5 se sont montrés intéressés, posant de nombreuses questions, proposant des exemples de difficultés rencontrées au quotidien. Cette rencontre a permis de véritables échanges offrant aux époux l'occasion de formuler certaines plaintes qui ne l'étaient pas jusque-là et pouvaient générer de la frustration.

A l'aide d'une fiche personnalisée d'information, nous avons présenté l'aphasie et les troubles de P5. Nous avons ainsi laissé une place particulière à la surdité verbale tout en traitant du manque du mot, des paraphasies, ainsi que des adaptations possibles sur l'environnement.

Nous avons présenté des extraits vidéo, organisés en trois rubriques :

- *Le comportement général et la compréhension lors de l'échange* : nous avons parlé dans cette partie de l'importance pour P5 de reconnaître ses difficultés de compréhension en demandant de répéter ou de reformuler. Nous avons aussi présenté le comportement d'adaptation que le patient utilisait pour contourner ses difficultés en essayant d'anticiper. Ainsi nous avons pu introduire l'importance de la vérification de la réception par I5. Nous avons aussi abordé les difficultés que représentent les changements de sujet implicites d'où l'intérêt de l'utilisation d'un autre canal d'expression (trace écrite, geste...).

- *Le manque du mot et les paraphrasies* : nous avons abordé ces difficultés en présentant des extraits où les troubles coupaient tout échange, en opposition à des situations où l'ébauche orale ou la mise en contexte aidaient à la production.

- *Les moyens d'adaptation verbale et l'intérêt du geste* : nous avons présenté les possibilités d'adaptation verbale, ainsi que l'importance du geste matérialisant un changement de conversation, pour faciliter la compréhension ou pour aider à la production de mots.

A l'issue des visionnages, nous avons présenté le plan de communication. A leur demande, nous avons réfléchi ensemble à la manière de le mettre en œuvre dans la vie quotidienne. Le regard critique des conjoints leur a permis de prendre du recul par rapport à des situations de blocage rencontrées et de voir ce qu'il aurait été possible de faire pour les éviter.

### 5.3.2) Les séances d'entraînement

Nous avons ciblé notre intervention sur l'utilisation par I5 de la communication non verbale. Nous avons aussi travaillé sur les comportements d'adaptation et les stratégies facilitatrices. I5 et P5 se sont montrés très motivés et attentifs aux feed-back que nous avons pu émettre lors des séances. Nous avons principalement travaillé à partir d'images très proches en situation PACE. Nous avons fait varier les modalités selon les plaintes des participants, par exemple en proposant des situations où ils se tournaient le dos pour travailler la prise d'informations.

Dès la première séance d'entraînement, le couple, et tout particulièrement I5, s'est dit « *soulagée* » et avec un sentiment « *d'amélioration* ». P5 interprétait plus facilement les difficultés de compréhension de I5 qui cherchait moins à le corriger. Face à un manque du mot, elle proposait une ébauche orale, et si cette dernière n'était pas efficace, elle produisait le terme cible. Les blocages étaient moins présents et nous observions moins de frustration.

L'expression verbale de I5 était adaptée, avec un débit plus lent, une formulation plus simple et une intonation plus appuyée. Elle utilisait beaucoup de gestes non verbaux pour structurer son discours et ainsi marquer les mots-clefs ou les changements de thèmes. Elle n'hésitait pas à vérifier la bonne compréhension de P5 et reformulait spontanément ses énoncés lorsqu'elle avait un doute. Nous assistions parfois à quelques situations de contresens dans des exercices, toutefois I5 désamorçait rapidement le blocage. La réception de P5 était facilitée par tous les comportements d'adaptation de son épouse. Nous avons remarqué que le discours du patient était plus informatif, plus structuré. P5 produisait beaucoup plus de feed-back et n'hésitait pas à reconnaître un défaut de compréhension.

Nous avons été témoins au fil des séances, d'une modification dans les situations d'échanges qui semblaient plus apaisées et agréables. La transmission d'informations au sein du couple lors des exercices était plus rapide et plus efficace.

#### 5.4) Effets de l'intervention (comparaison pré et post-intervention)

##### 5.4.1) Comparaison pré et post intervention des scores

Le tableau suivant reprend les scores obtenus lors des évaluations ainsi que leur évolution.

	TLC pré /100	TLC post /100	évolution	PTECCA pré /104	PTECCA post /104	évolution	Grille de satisfaction pré. /100	Grille de satisfaction post/100	évolution
<b>P5</b>	46.97	70.68	+ 23.71%	41	74	+31.73%	59	74	+15%
<b>I5</b>				73	99	+25%	55	69	+14%

**Tableau 7:** Recueil et évolution des scores obtenus par le couple P5/I5

##### 5.4.2) Nouvelle passation du TLC

A la *Grille d'attention et la motivation à la communication*, P5 a une nouvelle fois obtenu le score maximum de 6/6.

En ce qui concerne la *communication verbale*, P5 a obtenu un score de 24/30 avec une progression de 33.33%. La compréhension du patient s'est améliorée, ce qui explique les scores aux items concernant le niveau idéique et la pragmatique du discours. Nous observons beaucoup moins de contresens et de digressions. P5 peut désormais émettre des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de réception et il prend en compte ceux reçus.

L'évaluation de la *communication non verbale* a abouti au score de 16/30 en hausse de 23.33% légèrement supérieur à la moyenne. A l'instar de la première passation, le patient ne produit aucun geste, de quelque type que ce soit. En revanche, la compréhension non verbale s'est considérablement améliorée. La communication para-verbale reste efficiente et désormais, nous pouvons observer la production de feed-back négatifs, par des froncements de sourcils.

P5 a obtenu le score pondéré de 70.68/100 légèrement supérieur à la norme (68.36/100). La compréhension du patient s'est améliorée (**Tableau 7**) dans les deux modalités, ce qui a eu un

impact positif sur ses productions verbales. Cependant le canal non verbal n'est pas utilisé en expression (**Annexe 7**).

#### 5.4.3) Passation du PTECCA version B

Elle a été plus aisée, et nous avons observé moins de contresens (**Tableau 7**). P5 et I5 ont respectivement obtenu les scores de 74 et 99/104, avec une progression de 31.73% et 25% (**Annexe 8**).

P5 est plus attentif et a une meilleure compréhension des propos mais aussi de la communication non verbale de I5. En effet, cette dernière utilise à raison beaucoup de gestes pour signifier les éléments clés mais aussi pour structurer son discours et matérialiser les changements de thèmes. Ainsi nous avons observé moins de propos incohérents de la part de P5, qui intervient plus aisément dans les échanges.

Nous avons noté une adaptation verbale significative chez I5 qui a ralenti son débit et produit des énoncés plus concis. Elle propose spontanément des reformulations lorsqu'elle a un doute sur la bonne réception du message. La compréhension favorisée de P5 permet des échanges plus riches, et variés. I5 aide le patient à émettre les informations en proposant des ébauches orales à propos, sans s'appesantir sur les incidents de parole.

Conformément à la première passation, le patient n'a pas produit de gestes non verbaux à l'exception des déictiques de l'épreuve de l'île déserte.

#### 5.4.4) Nouvelle passation de l'Epreuve fonctionnelle

P5 a discuté avec un patient de ses projets de vacances. Durant cet échange, P5 a pris plus de temps, respectant mieux les tours de parole comparativement à la première passation. Face à des formulations parfois trop complexes, il a signalé ses difficultés de compréhension, nous n'avons alors pas observé de digressions. Le patient semblait plus détendu dans l'échange.

Durant cette épreuve la communication nous a semblé fonctionnelle, P5 pouvant converser avec un interlocuteur extérieur.

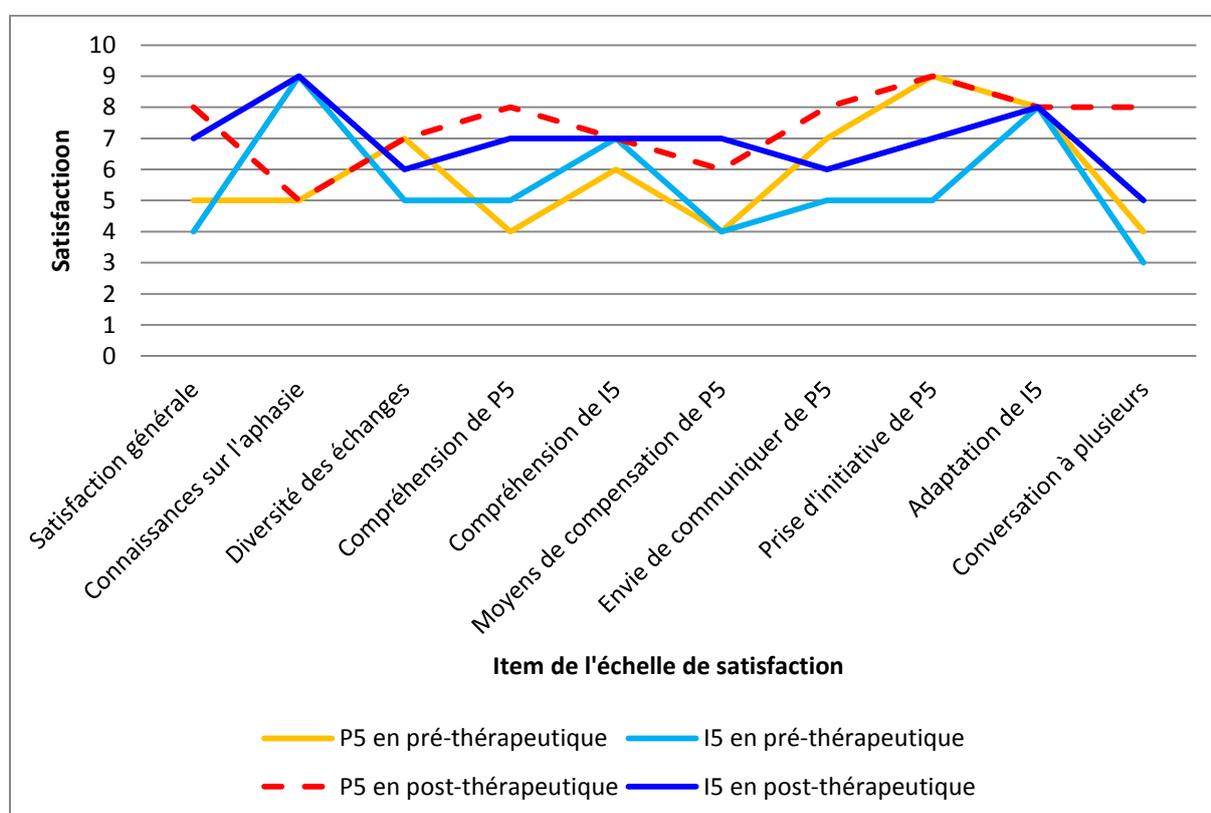
#### 5.4.5) Nouvelle Echelle de satisfaction à la communication

A l'instar des premières échelles, les ressentis du couple sont congruents et la cotation des items s'est de manière générale améliorée ou est restée constante (**Figure7**).

Les principaux changements observés concernent la compréhension de P5 et les moyens de compensation mis en place, d'où une amélioration de la satisfaction générale (**Tableau 7**).

I5 souligne que P5 a diminué son débit et fait des efforts pour reformuler ses productions erronées. Elle observe moins de paraphasies et de manque du mot ainsi qu'une attention plus importante portée à la parole de l'interlocuteur.

Le couple considère que les moyens d'adaptations de I5 sont plus efficaces même si les nouveaux profils de satisfaction n'en rendent pas compte. Bien que les capacités de conversation à plusieurs se soient améliorées conjointement à l'attention, elles restent insuffisantes pour le couple. Une des plaintes majeure de P5 reste la discussion téléphonique même si I5 pense que cela vient d'un manque de confiance.



**Figure 7** : Comparaison des profils de satisfaction à la communication pré et post thérapeutiques du couple P5/I5

La communication au sein du couple s'est améliorée comme l'attestent les épreuves et les ressentis. I5 a très vite investi les conseils proposés dans le plan de communication, incluant à son discours divers moyens d'adaptation et de compensation. Ce recours à une communication multimodale a compensé les difficultés de compréhension verbale du patient et a eu pour effet d'atténuer les situations de blocage.

## DISCUSSION

Dans notre intervention, nous avons tenté d'appréhender les difficultés communicationnelles des couples aphasiques dans une perspective écosystémique. Ce modèle considère que le handicap du patient provient d'une interaction entre ses altérations langagières et le système dans lequel il évolue.

En prenant en charge le couple aphasique dans sa globalité, l'objectif était de modifier l'environnement en vue d'améliorer le recours à une communication multimodale chez les patients. Après avoir évalué les capacités communicationnelles des sujets et les situations d'interaction avec leurs partenaires conversationnels, nous avons élaboré des interventions adaptées aux besoins de chacun. Nous avons entraîné les dyades en cherchant à :

- diminuer les comportements de communication inadaptés,
- encourager les comportements adaptés,
- multiplier le nombre de canaux de communication utilisés.

Nous avons réalisé cette démarche dans l'optique d'améliorer la communication multimodale du patient mais aussi d'optimiser les échanges au sein des couples.

### I) Effets de l'intervention sur la population et validation des hypothèses

Pour favoriser un recours à la communication multimodale chez les patients, nous avons combiné deux aspects de la prise en charge écosystémique :

- l'éducation du partenaire, qui a permis une meilleure connaissance des troubles communicationnels ainsi qu'une prise de conscience des stratégies aidantes ou non.
- l'entraînement à l'utilisation de ces stratégies lors de situations écologiques afin de permettre leur appropriation.

En intervenant auprès du couple aphasique, il nous a fallu prendre en compte les caractéristiques du patient mais aussi de son partenaire.

Notre intervention s'est située au stade chronique de l'aphasie, entre 29 et 39 mois à distance de sa survenue. Nous avons dû nous adapter aux besoins spécifiques des partenaires décrits par Michallet et al. (2001), afin de les inclure à notre intervention. Ainsi, les proches ont souvent profité de cette place accordée pour parler des difficultés rencontrées au quotidien, et de l'impact de l'aphasie sur leur vie. D'un avis général, les partenaires se

sentaient souvent oubliés, au détriment de la personne aphasique. Il nous a semblé primordial de leur accorder un temps d'écoute pour pouvoir mettre des mots sur leurs difficultés et leurs ressentis, afin qu'ils sentent que la prise en charge était axée sur le couple et non uniquement sur le patient.

La satisfaction à la communication des couples est variée. Dans notre population, nous avons noté une amélioration moyenne de 19.2% chez les patients et de 25% chez les interlocuteurs.

Les profils obtenus en phase pré-thérapeutique nous ont permis de réaliser que certains sujets et partenaires n'avaient pas une perception objective des capacités et des difficultés présentes.

Pour certains, l'intervention s'est révélée positive et ils ont perçu une nette progression dans la communication du couple, jusqu'à +41% de satisfaction chez I1. Pour d'autres en revanche, l'intervention les aura confrontés à des difficultés qu'ils n'avaient jusque-là pas réalisées, ce qui peut expliquer une diminution de la satisfaction chez I2 et P3 (respectivement -9 et -5%).

Toutefois, nous avons observé une amélioration des performances chez tous les patients lors de la passation du PTECCA version B, avec une progression comprise entre 19.23 et 50%.

Ces résultats prouvent que la phase d'information a permis une réflexion chez les partenaires conversationnels, qui ont obtenu de leur côté des scores progressant entre 25 et 47.11%.

Comme le montraient certains comportements inadaptés initialement présents, les interlocuteurs avaient souvent une méconnaissance des troubles mais aussi de fausses interprétations des capacités et difficultés des patients. Ainsi pour la majorité des partenaires, les patients n'avaient pas de problèmes de compréhension « *parce qu'il/elle répond oui ou non* » (I1, I2 et I3). Par ailleurs, les difficultés de production venaient pour certains d'un « *manque d'effort* » (I3).

L'ensemble des interlocuteurs s'est approprié le plan de communication proposé, en particulier au niveau des adaptations verbales. Pour la moitié, cela s'est fait rapidement, dès la séance d'information (I1, F3 et I5). Les autres ont eu besoin des feed back émis durant les entraînements (I2, I3, et I4).

Sur l'ensemble de notre échantillon, les patients ont vu leur communication non verbale s'améliorer de 39.4% en moyenne. Cependant, les passations post-thérapeutiques du TLC et

de l'épreuve fonctionnelle ont montré que tous les sujets n'ont pas investi le recours aux différents canaux de communication de façon analogue.

P1 et P3, qui présentent des aphasies massives, utilisent désormais de manière systématique et naturelle la communication non verbale tant en expression qu'en réception et P1 a pleinement investi le classeur de communication.

P2, qui présente également une aphasie massive, utilise peu la communication non verbale. Dans les échanges, ses productions et son informativité restent très variables. Il s'est opposé à l'utilisation d'une stratégie alternative.

P4, dont l'aphasie a favorablement évolué, utilise le canal non verbal principalement en réception pour pallier ses difficultés de compréhension verbale. Cependant, il ne produit volontairement aucun geste non verbal bien que ce canal se soit montré facilitateur.

P5 quant à lui, s'appuie sur les productions non verbales de son interlocuteur pour pallier ses importantes difficultés réceptives.

La passation du TLC a par ailleurs mis en exergue chez P1, P4 et P5, une amélioration de la communication verbale, comprise entre 20 et 43.34%. L'évolution des performances verbales est liée à une amélioration de la compréhension verbale. Le travail sur différents canaux de communication a permis une prise de conscience des difficultés réceptives et une attention plus prononcée portée aux productions de l'interlocuteur.

En résumé, la prise en charge des couples a permis, pour la majorité des patients, un recours à la communication multimodale plus ou moins conséquent. L'étape d'«éducation» a sensibilisé les partenaires conversationnels à l'adaptation des productions verbales et à l'importance de multiplier les canaux d'expression. Les entraînements, puis le transfert des comportements adaptés à la vie quotidienne ont amélioré les situations d'échange des couples. Cette évolution aura eu une influence sur la communication des patients et leur qualité de vie.

## II) Les limites de l'étude

### 1) La population

Notre population se composait de 5 couples aphasiques, ce qui constitue un échantillon de petite taille.

Pour mener à bien le protocole de rééducation, il nous paraissait important de ne pas avoir un nombre trop grand de sujets, afin de nous adapter et de nous rendre disponible pour chaque dyade. En effet, nous avons effectué 4 séances d'une durée minimale de 1h30 chacune ainsi que 2 évaluations d'environ 2 heures par couple. Nous pouvons compter plus de 6h de prise en charge et 4 heures d'évaluation pour chaque sujet, ce qui totalise un minimum de 30h de séances et 20 heures d'évaluation réalisées, sans tenir compte du temps consacré à l'analyse de résultats et à la préparation des séances. Il nous était difficile d'augmenter le nombre de participants.

Pour affirmer la pertinence de notre démarche, il conviendrait d'augmenter le nombre de participants et de tenter d'uniformiser les profils des patients pour obtenir des résultats significatifs qui répondraient précisément aux hypothèses de travail.

## 2) L'évaluation

Nous avons utilisé la vidéo comme support d'évaluation lors de la passation de deux tests. Comme le soulignent plusieurs auteurs, la présence d'une caméra est susceptible de modifier le comportement des personnes filmées. La réalisation de films alors que nous n'étions pas familiarisés avec les couples aura pu mettre certains interlocuteurs mal à l'aise. Cela aurait pu être évité par l'intégration de la caméra à l'environnement pour atténuer sa visibilité.

Le PTECCA a permis une évaluation des comportements de communication du couple aphasique en situation d'échange. L'utilisation du TLC a, quant à lui, offert une analyse quantitative et détaillée des différents canaux de communication utilisés par les patients.

Toutefois la forme de certaines épreuves n'a pas paru convenir à tous les patients. Il nous a semblé complexe de trouver des épreuves adaptées à P1 et P3, qui face à leurs difficultés, semblaient découragées. N'ayant pas mis en place de moyens de compensation, elles n'intervenaient que peu, par quelque canal que ce soit.

Aussi, il paraît difficile de trouver des outils d'évaluation permettant de récolter, en phase pré-thérapeutique, des extraits représentatifs face à des patients présentant des aphasies profondes.

Dans une démarche expérimentale, Depatureaux (2011), cité par Iché, Rives et Joyeux (2012), a réalisé une passation du PTECCA auprès de sept couples aphasiques et de sept

couples témoins. L'auteur cherchait à mettre en avant une modification des comportements de communication chez les partenaires de patients aphasiques.

Les résultats obtenus ont mis en exergue chez les partenaires la mise en place de nouveaux comportements de communication, absents chez les témoins. Ainsi les caractéristiques concernant l'adaptation des interlocuteurs de patients aphasiques portaient sur l'aide à émettre l'information, la correction des incidents de parole et l'allègement du discours.

Pourtant, lors des premières passations du PTECCA, ces comportements d'adaptation n'ont pas été observés chez les partenaires évalués. La divergence de ces résultats peut s'expliquer par la méthode de recrutement de notre population. Nous pouvons imaginer que la participation volontaire à l'étude venait d'une prise de conscience des dysfonctionnements communicationnels présents au sein des couples. Le volontariat aura été motivé par une difficulté plus ou moins assumée du partenaire à utiliser des moyens d'adaptation.

En mettant en place une épreuve fonctionnelle, nous espérons comparer les capacités du patient obtenues lors de situations cliniques avec celles mises en place avec un interlocuteur lambda. Nous cherchions à observer une utilisation des divers canaux de communication, généralisée à toutes les situations de communication.

Toutefois cette épreuve a été très compliquée à mettre en place lorsque la prise en charge avait lieu à domicile. Comme il était difficile de faire intervenir un interlocuteur neutre, nous avons dû jouer ce rôle en ne mettant en place aucune stratégie d'adaptation. En phase post-thérapeutique, notre neutralité a enlevé du naturel à l'échange et le fait d'avoir déjà côtoyé le patient a pu influencer sur les résultats. Il est possible qu'il se soit alors senti plus à l'aise et qu'il ait pris plus d'initiatives que s'il avait échangé avec une personne extérieure.

### 3) La méthodologie

La prise en charge d'un patient aphasique dans une perspective écosystémique induit d'agir sur les obstacles et les facilitateurs environnementaux identifiés lors de l'évaluation. Afin d'impacter sur la communication multimodale du patient, notre intervention s'est axée autour de trois étapes:

- l'information du partenaire,
- l'élaboration d'un plan de communication après une réflexion sur les comportements adaptés ou non,
- et enfin l'entraînement de la dyade patient aphasique-partenaire conversationnel.

Il nous a semblé que nous devions intervenir après le retour à domicile. Toutefois, nous avons constaté que les différences inter et intra-individuelles rendaient difficile la détermination d'une période précise pour la mise en place de notre protocole.

Nous nous sommes aperçu que même si notre intervention se déroulait plusieurs années après la survenue de l'AVC, les partenaires semblaient découvrir certains des troubles de leur proche bien qu'ils y soient quotidiennement confrontés.

Il ne semble donc pas exister de période appropriée pour l'information des partenaires et il paraît pertinent de reconduire régulièrement des séances d'information.

Lors du visionnage des extraits sélectionnés, nous avons pu constater que certains interlocuteurs, par leurs remarques en temps réel, avaient une vision claire des comportements inadaptés. Ils étaient donc conscients de ce qui pouvait être amélioré mais pour autant n'avaient pas mis en place ces adaptations. Ainsi I5 nous aura dit « *je me doutais bien qu'il fallait que j'utilise des gestes pour qu'il comprenne mieux, mais que quelqu'un le dise c'est différent* ». Cependant, le support vidéo n'aura pas sensibilisé I3 qui semblait, pour sa part, trouver ses comportements parfaitement adaptés.

L'introduction du plan de communication s'est fait aisément chez la plupart des couples. A la suite des visionnages, des remarques faites par les participants et de celles que nous avons émises pour les compléter, la majorité des items du plan de communication avaient déjà été évoqués. Ainsi nous ne nous sommes pas positionnés dans le rôle d'intervenant omniscient, nous avons essayé de faire lien en permettant un cheminement dans la prise de conscience des dysfonctionnements présents et des adaptations possibles.

Cette démarche nous a semblé avoir facilité l'adhésion au plan de communication évoquée par Feuillet et Wagogne-Maréchal (2005), mais aussi l'acceptation des feed back que nous avons émis par la suite lors des séances d'entraînement.

La dernière partie de l'intervention était basée sur l'appropriation des stratégies adaptées à travers un entraînement direct du couple aphasique.

Les situations de type PACE à partir d'images en double exemplaire, avaient des niveaux de difficultés adaptées aux capacités des patients. Ces exercices ont bien été accueillis par les couples et les images ont été le point de départ de discussions. Ce support aura engendré des situations naturelles d'interaction en laissant aux couples la possibilité ou non d'échanger sur les items. Dans ce cas les discussions nous ont semblé plus écologiques que celles « provoquées », dans le PTECCA ou le TLC, nous offrant la possibilité d'émettre des conseils en temps réel.

En revanche le jeu des sept familles de I. Gonzales s'est avéré difficile à mettre en place dans son utilisation première. Tous les patients de notre étude ont eu du mal à faire abstraction des diverses informations imagées sur les cartes, et le fait de demander ce qui leur manquait n'a été possible pour aucun. Nous avons donc détourné le support en l'utilisant comme une situation de type devinette de PACE.

Nous n'avons pas proposé l'élaboration d'une liste de courses en vue d'un repas aux patients présentant une bonne récupération verbale, car cela n'était pas pertinent.

Il est donc difficile d'établir une procédure d'intervention fixe, car notre protocole se repose sur un réajustement et une adaptation permanente aux capacités et aux besoins des couples.

### III) La communication multimodale et ses limites

Bien que la communication au sein de tous les couples se soit améliorée, l'utilisation en expression ou en réception de la communication multimodale par les patients reste variable. De nombreux facteurs ont influé sur les résultats de l'intervention.

#### 1) La prise de conscience et la place de la communication chez le couple

La prise de conscience par le couple aphasique est primordiale dans notre démarche.

L'introduction de la notion de communication multimodale renvoie à l'idée de contourner les déficiences langagières et induit le « deuil » des capacités langagières antérieures.

Comme l'évoque Lyon (1997), nous avons pu observer lors des premières rencontres, des attentes irréalistes de la part des patients mais surtout des partenaires quant à notre intervention. Ainsi, plusieurs années après la survenue de l'aphasie, certains interlocuteurs espéraient encore un retour aux capacités langagières pré-morbides de leur proche. Cela peut expliquer que la proposition de passer par un autre canal de communication et/ou d'utiliser un

outil alternatif n'ait pas été accueillie de la même manière. Ainsi, P2 qui présente des éléments anosognosiques n'a pas ressenti l'intérêt d'investir le classeur de communication.

Pour développer un recours à la communication multimodale chez le patient, la famille et en particulier le partenaire conversationnel jouent un rôle majeur (Gonzales & Brun, 2007).

Les nouveaux supports à la communication doivent bien sûr être acceptés par le patient, mais c'est leur utilisation quotidienne et systématique qui va contribuer à leur efficacité. L'acceptation, par le partenaire, du handicap lié à l'aphasie est un prérequis indispensable à la participation au projet thérapeutique et à l'appropriation de supports venant suppléer le langage verbal.

Le couple P3/I3 en est la parfaite illustration. Pour I3 les difficultés langagières de P3 proviennent d'un « *manque de volonté, parce que si elle avait vraiment besoin de dire quelque chose elle le ferait* ». I3 ne trouve pas d'utilité au classeur de communication. Il n'encourage pas son épouse à passer par cet outil alternatif qui, quotidiennement, n'est pas utilisé et P3 ne se l'est pas pleinement approprié. A l'inverse, l'investissement de I1 a permis à P1 d'automatiser le recours au classeur.

Par ailleurs, la place accordée à la communication dans la famille va influencer l'appropriation ou non des éléments du plan de communication.

Ainsi P5 et I5 avaient pour habitude de beaucoup échanger avant la survenue de l'aphasie. Au quotidien, l'épouse a utilisé la communication non verbale pour faciliter la réception de P5 qui désormais y a spontanément recours.

A l'opposé, P4 et I4 n'avaient que peu d'échanges au quotidien, les adaptations proposées n'ont été que peu mises en place hors des séances, un frein à leur automatisation.

## 2) Le partenaire conversationnel

Le recours à la multimodalité de la communication est dépendant des capacités et des ressources du patient mais aussi de son partenaire conversationnel.

L'utilisation d'une méthode alternative et la mise en place de comportements d'adaptation demandent des ressources psychologiques importantes. Cependant, le bouleversement familial et l'épuisement physique et psychologique liés à la survenue de l'aphasie doivent être selon

Gonzales et Brun (2007) pris en compte, car ils influent sur les capacités d'investissement nécessaires du partenaire.

I2 présente un syndrome dépressif, il a donc été compliqué pour elle de s'investir totalement dans le projet. Elle ne s'est pas appropriée les adaptations et les nouveaux supports proposés. Leur mise en place n'a donc pas dépassé le cadre des séances.

D'autre part, les relations au sein du couple aphasique ainsi que le comportement du partenaire envers le patient ont un impact sur le recours à la communication multimodale. Comme le souligne Kagan (1998), l'attitude de l'interlocuteur est primordiale en situation de communication et elle permet de prouver au patient la reconnaissance de ses compétences communicatives malgré ses troubles. L'attitude influence la motivation du patient à communiquer et c'est par le biais des stratégies verbales et non verbales mises en œuvre que la personne aphasique perçoit l'intérêt de son partenaire à échanger.

Comme nous avons pu le constater chez P3, le comportement négatif de son époux influe sur ses productions. I3 ne semble pas prendre de plaisir dans les échanges et il ne se montre pas valorisant. Lors des échanges avec d'autres interlocuteurs à l'instar de sa fille, P3 est plus motivée, prenant des initiatives et utilisant divers canaux de communication.

Ainsi, les caractéristiques du couple aphasique et tout particulièrement du partenaire conversationnel influencent l'élaboration de pistes thérapeutiques et le choix du support de communication. De nombreux auteurs se sont interrogés sur le profil des patients pour savoir s'ils seraient de bons candidats à l'introduction d'un nouveau support à la communication. Il nous semblerait également pertinent de se pencher sur les caractéristiques du partenaire.

### 3) Les troubles associés du patient

Pour Gonzales et Brun (2007), l'utilisation d'un support à la communication nécessite des capacités attentionnelles, mnésiques et de flexibilité mentale.

Nous avons repéré certains troubles associés en amont de notre étude, en outre il ne nous a semblé pertinent ni de les évaluer, ni d'exclure les patients les présentant.

Ainsi les troubles dysexécutifs présentés par P2, rendaient ses performances très variables au cours d'une même séance. Bien que ce ne soit pas le sujet de notre étude, une évaluation

cognitive globale nous aurait permis d'obtenir un profil plus précis pour une intervention encore plus ciblée.

D'autre part, ces mêmes auteurs mettent en avant l'importance de la motivation à communiquer du patient dans l'appropriation de stratégies non verbales.

Ainsi en début de prise en charge, la patiente P1 était renfermée sur elle-même, sans ressentir l'envie ni le besoin de communiquer avec des personnes extérieures. L'épreuve fonctionnelle l'aura confrontée à ses difficultés en lui montrant qu'elle ne pouvait transmettre d'information à une personne non habituée à communiquer avec elle. L'échec de cette situation, aura servi de déclencheur et aura permis à la patiente de progresser.

#### 4) La récupération linguistique du patient

Comme le soulignent Julien et Dechelette (2011), les stratégies non verbales accompagnent toujours la parole mais ne la remplacent jamais.

Afin de pallier le manque du mot ou les paraphasies, nous avons proposé à P5 et P4 de passer par un geste non verbal pour aider la production de mot lors d'un blocage. Ainsi, nous avons pu voir chez ces patients ayant une bonne récupération verbale, qu'ils n'ont pas recours à la communication non verbale en expression. Même s'ils produisent des gestes involontairement, pour eux cela n'est pas nécessaire car ils peuvent « *parler* ». Pour autant ces deux patients s'appuient sur les productions non verbales de leurs épouses pour la bonne réception des messages.

Ainsi le recours à une communication non verbale en production est complexe pour les patients ayant une bonne récupération, car ils apparentent ce canal à un signe visible de leurs difficultés langagières.

#### 5) Les différentes formes de communication multimodale

Parmi les différentes formes de communication multimodale proposées par Julien et Dechelette (2011), les adaptations verbales et para verbales et les techniques de vérification ont été relativement bien investies par les différents partenaires communicationnels. Bien qu'ils nécessitent une modification des habitudes expressives, les entraînements permettent une mise en place et une automatisation rapides de ces adaptations.

Les gestes non verbaux quant à eux sont moins naturels mais leur efficacité pour aider à la réception des messages est facilement appréhendable lors de situations de type PACE. Ce canal de communication demande plus d'entraînement pour une automatisation mais certains patients (P1, P3) et partenaires (I1, F3, I5, I4) l'ont très bien investi.

En plus des adaptations verbales du partenaire, de l'utilisation de gestes non verbaux et d'outils alternatifs, ces mêmes auteurs préconisent la production d'une trace écrite. Cependant, le canal écrit n'a aucunement été investi par quelque patient ou interlocuteur que ce soit. Il semble que cette forme de communication soit adaptée en situation clinique, aidant à la compréhension et permettant une matérialisation des changements de thème. Pourtant dans la vie quotidienne, elle n'a pas semblé fonctionnelle et les couples ont trouvé que cela coupait tout naturel à l'échange.

En résumé, le recours à une communication multimodale est étroitement intriqué avec de nombreux facteurs. Dans l'optique de développer la communication fonctionnelle du patient dans une approche écosystémique, il faut non seulement évaluer les besoins et les ressources du couple mais aussi leur conscience des troubles, et les caractéristiques de la dyade pour cibler les canaux de communication les plus adaptés.

#### IV) Intérêts et pistes de poursuite de l'étude

##### 1) Intérêts de l'étude

Les orthophonistes libéraux sont généralement amenés à suivre des patients présentant une aphasie au stade chronique. Il nous est apparu lors de cette étude que peu d'orthophonistes établissent un véritable bilan de la communication et une prise en charge axée sur celle-ci. En effet, le bilan comme la prise en charge des patients participants étaient essentiellement axés sur le langage alors que la mise en œuvre d'interventions écosystémiques s'est révélée efficace.

Comme notre étude a tenté de le démontrer, la prise en charge des couples aphasiques peut offrir une amélioration des situations d'échange et des capacités communicationnelles des patients, quand bien même leurs déficiences langagières n'évoluaient pas. En développant le

recours à la multimodalité dans la dyade, la communication fonctionnelle du patient s'est améliorée conjointement avec la qualité de vie du couple.

L'entraînement de l'interlocuteur permet d'étendre les éléments avancés en séances de rééducation, en les automatisant et les généralisant à toutes les situations de communication. Ce type d'intervention s'inscrit d'ailleurs dans le décret de compétence des orthophonistes du 2 mai 2002, selon l'article 4 - *"la rééducation orthophonique est accompagnée en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient"*.

Aussi, toute prise en charge d'un patient aphasique devrait s'accompagner d'un travail au sein du couple.

De notre avis, l'attrait du protocole vient en partie de sa forme. Il offre une malléabilité n'impactant pas les résultats obtenus:

- Une latitude dans la durée des séances : dans notre étude nous avons réalisé des séances d'une durée minimale de 1h30. Cependant il est possible de s'adapter à la durée fixée par la nomenclature orthophonique et de mettre en place deux séances hebdomadaires de 45 minutes chacune.
- Une liberté dans la fréquence des séances : afin de s'adapter aux disponibilités des patients, la réalisation d'une séance hebdomadaire a été difficile à maintenir. Il est donc arrivé que les rencontres soient reportées.

Par choix, les outils utilisés dans cette étude sont facilement reproductibles et ils peuvent rapidement être maîtrisés par les orthophonistes. En outre, il semblerait intéressant pour l'entraînement, d'utiliser des supports personnalisés en fonction des couples mais aussi des affinités et de la maîtrise du praticien.

La forme du protocole convient aussi bien à la pratique orthophonique libérale qu'à la pratique en centre. Il nous semblerait intéressant de proposer systématiquement à tous les patients aphasiques, si ce n'est la mise en place du protocole, la réalisation d'une évaluation de leur communication multimodale conduisant à l'élaboration d'un plan de communication.

## 2) Quelles évolutions dans le temps ?

Chez l'ensemble des couples, nous avons observé lors de la réévaluation une amélioration dans leurs échanges. Toutefois, il nous semblerait intéressant de revoir ces couples six mois puis un an après l'intervention. Nous pourrions ainsi constater un maintien, une amélioration ou une dégradation et vérifier si les comportements d'adaptation sont toujours usités.

Aussi, ces nouveaux bilans de la communication multimodale pourraient être l'occasion de proposer quelques séances d'entraînement pour réactiver l'utilisation de certaines stratégies ou pour en acquérir de nouvelles.

De manière analogue, il semblerait pertinent de proposer à tous les couples suivis, des stimulations intensives pendant un court laps de temps afin de pérenniser les acquis de l'intervention. Cette démarche serait adaptée à la pratique professionnelle et s'inscrirait dans la prise en charge du patient aphasique.

## 3) L'inclusion simultanée de plusieurs partenaires

Certains auteurs comme Lyon (2004) ont prouvé l'intérêt d'inclure dans les interventions non seulement le conjoint mais également d'autres membres de la famille.

Notre expérience avec P3 et F3 semble aller dans ce sens. Nous pensons qu'il aurait pu être intéressant de proposer aux enfants des couples suivis de les inclure dans l'intervention. En multipliant les partenaires formés, nous agirions directement sur l'environnement du patient en augmentant les expositions à une communication multimodale par différents interlocuteurs.

D'autre part, en intervenant sur différents partenaires, nous pourrions les sensibiliser aux difficultés rencontrées par la personne aphasique lors de conversations à plusieurs. L'inclusion de proches permettrait une amélioration de la qualité des échanges non seulement dans des situations de dualité, mais aussi dans toutes les interactions quotidiennes.

## CONCLUSION

Les difficultés de communication auxquelles sont confrontés les patients aphasiques résultent à la fois de leurs déficiences langagières et des comportements de leurs interlocuteurs. Cette idée oriente la rééducation vers des approches écosystémiques prenant en compte le partenaire conversationnel. Ce courant de pensée a laissé la voie à de nouvelles méthodes d'évaluation, comme le PTECCA qui est axé sur l'identification des comportements des partenaires conversationnels. Ce protocole permet la mise en place d'un entraînement auprès des interlocuteurs qui vont découvrir les comportements adaptés les plus à même de soutenir la communication de leur proche aphasique.

Face à cette nouvelle approche de l'aphasie, nous nous sommes demandés si la prise en charge du couple permettait une évolution de la communication multimodale du patient, généralisée à toutes les situations de communication.

Pour répondre à notre interrogation, nous avons pris en charge cinq couples à distance de la survenue de l'aphasie. Pour cela nous avons élaboré un programme de remédiation que nous avons personnalisé pour chaque dyade à partir des résultats obtenus lors de l'évaluation.

Il se compose d'une information personnalisée, de l'élaboration d'un plan de communication ainsi que de l'entraînement direct du couple.

D'autres tests évaluant la multimodalité et la fonctionnalité de la communication du patient aphasique nous ont permis d'objectiver des modifications entre les phases pré et post thérapeutiques.

Suite à la prise en charge de ces couples, nous avons constaté chez les partenaires un renforcement des comportements adaptés et un recours à divers canaux de communication. Ces modifications ont eu un impact sur la communication multimodale des patients, en expression et/ou en réception, généralisé à toutes les épreuves d'évaluation.

Parallèlement à l'objectif premier de notre étude, nous avons observé une amélioration des situations d'échange au sein des couples et une amélioration de la satisfaction à la communication. Contre toute attente, nous avons observé chez plusieurs sujets une progression de la compréhension verbale.

Cette étude nous a amenés à porter un nouveau regard sur la prise en charge en aphasiologie. En effet, l'approche écosystémique nous démontre que les difficultés communicationnelles ne sont pas des caractéristiques propres au sujet aphasique mais qu'elles sont le résultat de l'interaction entre un individu et son environnement.

L'entraînement des partenaires conversationnels s'avère aussi important que la prise en charge des déficiences langagières. En contact permanent avec le sujet aphasique, le partenaire est le plus à même à encourager un recours à une communication multimodale, plus fonctionnelle. Par son entraînement, l'interlocuteur peut lui-même développer un recours à divers canaux de communication et des comportements adaptés, qui influenceront le mode de communication du patient.

Le protocole que nous avons élaboré propose une approche plus fonctionnelle incluant l'environnement du patient. Il devrait compléter une prise en charge « classique », axée sur les altérations langagières. Les outils utilisés et la forme du protocole peuvent aisément être inclus dans une pratique orthophonique aussi bien en libéral qu'en centre de rééducation.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aïach, P. & Baumann, M., (2007). L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches. *Médecine*, 93, 130-135.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy, V., (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho-Edition.
- Colletta, J.M., (2004). Communication non verbale et parole multimodale : quelles implications didactiques? Soumis à la revue *Le Français dans le Monde*.
- Cosnier, J., (1982). *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales* (pp255-304). Paris: Dunod.
- Cosnier, J., (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la Motivation*, 21, 129-138.
- Croteau, C. & Le Dorze, G., (1999). Overprotection in couple with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 21, 432-437.
- Cutica, I., Bucciarelli, M. & Bara, B.G., (2006). Extralinguistic pragmatic ability is better preserved in left-hemisphere-damaged patients than in right-hemisphere-damaged patients. *Brain and Language*, 98, 12-25.
- Darrigand, B. & Mazaux, J.M., (2000). *L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux*. Paris: Masson.
- Daviet, J.C., Muller, F., Stuit, A., Darrigand, B. & Mazaux, J.M., (2007). Communication et aphasie. In : Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques* (pp. 76-86). Paris : Masson.
- Ferré, G., (2011). Analyse multimodale de la parole. *Rééducation Orthophonique*, 246, 73-85.
- Feuillet, A. & Wagogne-Marechal, G., (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille. *Glossa*, 94, 70-79.
- Feyereisen, P. & Seron, X., (1982). Nonverbal Communication and Aphasia: a Review. *Brain and Language*, 16, 213-236.
- Gatignol, P., Duffau, H., Le Bornec, G., Oudry, M., Pradat, P., Tessier, C., Thecy, Y. & Weill-Chounlamountry, A., (2008). *Aphasies*. Isbergues : Orthoedition.
- Généreux, S., Julien, M., Larfeuil, C., Lavois, V., Soucy, O. & Le Dorze, G., (2004). Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions. *Aphasiology*, 18 (12), 1161-1175.
- Gil, R., (2006). *Neuropsychologie*. Paris : Masson.
- Gonzales, I. & Brun, B., (2007). Communication alternatives et suppléances fonctionnelles. In : Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques* (pp. 251-261). Paris : Masson.
- Grice, H.P., (1979). Logique et conversation. *Communication*, 30, 52-57.
- Holland, A.L., (1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12, 844-846.

- Holland, A.L., (1980). *Communicative Ability in Daily Living*. Baltimore : University Park Press.
- Iché, A., Rives, C. & Joyeux, N., (2012). Un bilan orthophonique d'approche écosystémique de la problématique aphasique : le PTECCA. *Les entretiens de Bichat*, 81-94.
- Jakobson, R., (1963). *Essais de linguistique générale* (pp.213-222). Paris : Minuit.
- Joanette, Y., (2004). Impacts d'une lésion droite sur la communication verbale. *Rééducation Orthophonique* 219.
- Joanette, Y., Ska, B., Côté, H., (2004). *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication*. Isbergues : Ortho Edition.
- Julien, M., (2004). Aider les différents interlocuteurs à communiquer avec les personnes aphasiques. Atelier de formation. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.
- Julien, M., & Dechelette, L., (2011). *Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale (NIM) et de la réanimation cardiorespiratoire (RCR)*.
- Kagan, A., (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-28.
- Kagan, A., (1998). Supported conversation for adults with aphasia: perspectives, problems and possibilities, *Aphasiology*, 12, 816-830.
- Kagan, A., Black, S.E., Duchan, J., Simmons-Mackie, N. & Square, P., (2001). Training volunteers as conversation partners using « Supported Conversation for Adults with Aphasia » (SCA) : a controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 624-638.
- Kagan, A. & Gailey, G. F., (1993). Functional is not enough : training conversation partners for aphasic adults. In Holland, A.L. & et Forbes M.M. (Eds), *Aphasia Treatment : World Perspectives* (pp. 199-225). San Diego: Singular Publishing.
- Lambert, J., (2008). Rééducation du langage dans les aphasies. In Rousseau, T., *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, 4, 41-105.
- Lyon, J., (2004). Evolving treatment methods for coping with aphasia approaches that make a difference in everyday life. In J. Felson Duchan & S. Byng (Eds), *Challenging Aphasia Therapies: broadening the discourse and extending the boundaries*. New York: Psychology Press Mazaux
- Lyon, J.G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S. & Blanc, M., (1997). Communication partners: enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11, 693-708
- Mazaux, J.M., Nespoulos, J.L., Pradat-Diehl, P. & Brun, V., (2007). Les troubles du langage oral : quelques rappels sémiologiques. In : Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques* (pp. 54-65). Paris : Masson.
- Michallet, B., & Le Dorze, M., (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation de Médecine Physique*, 42, 546-56
- Michallet, B., Le dorze, M. & Tétreault, S., (1999) : Aphasie sévère et situations de handicap : implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation de Médecine Physique*, 42 , 260-270.

- Nègre, E., (2008). Communication alternative : une approche multimodale. *Motricité cérébrale*, 29, 1–8.
- Peskine, A. & Pradat-Diehl, P., (2007). Etiologies de l'aphasie. In : Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (Eds), *Aphasies et aphasiques* (pp. 44-46). Paris : Masson.
- Pillon, A. & De Partz, M.P., (2003). *Troubles du langage, bases théoriques, diagnostic et rééducation, chapitre 11 : Aphasies*. Mardaga éditions, p.661
- Pradat-Diehl, P., Mazevet, D., Marchal, F., Durand, E. & Tessier, C., (1997). Rééducation du langage ou de la communication chez l'hémiplégique vasculaire : Indications et limites respectives des rééducations linguistique et non-linguistique, *Annales de Réadaptation de Médecine Physique*, 40, 193-203.
- Rousseau, T., (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- Rousseaux, M., Daveluy, W. & Kozlowski, O.,(2010). An analysis of communication in stroke patients, *Journal of neurology*, 257, 1099-1107.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N, & Lefevre, M., (2001). *Test Lillois de Communication*. Isbergues : Orthoédition.
- Sarno, M.T., (1969). *Functional communication profile manual of directions*. New York: University Medical Center.
- Seron, X. (1979). *Aphasie et neuropsychologie : approches thérapeutiques*. Bruxelles : Edition Pierre Mardaga.
- Simmons-Mackie, N., (1998). In support of supported conversation for adults with aphasia, *Aphasiology*, 12, 831-838.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. & Cherney, L., (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814-1837.
- Währborg, P. et Borenstein, P., (1990). The aphasic person and his/her family: what about the future? *Aphasiology*, 4, 371-378.
- Whitworth, A., Perkins, L. et Lesser, R., (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*. London : Whurr.

## TABLE DES ANNEXES

<b>Annexe 1</b> : Présentation du TLC.....	I
<b>Annexe 2</b> : Grille de cotation du TLC.....	II
<b>Annexe 3</b> : Présentation du PTECCA.....	IV
<b>Annexe 4</b> : Exemple de profil de communication obtenu au PTECCA.....	V
<b>Annexe 5</b> : Echelle de satisfaction à la communication à destination du patient.....	VI
<b>Annexe 6</b> : Echelle de satisfaction à la communication à destination de l'interlocuteur.....	VIII
<b>Annexe 7</b> : Exemple de fiche d'information personnalisée.....	X
<b>Annexe 8</b> : Exemple de plan de communication.....	XII
<b>Annexe 9</b> : Grille détaillée des scores obtenus lors des passations du TLC.....	XIV
<b>Annexe 10</b> : Grille détaillée des scores obtenus lors des passations du PTECCA.....	XV

## Annexe 1: Présentation du TLC

Le Test Lillois de Communication a été réalisé par Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre. Il se compose de trois épreuves :

- Une interview dirigée qui permet d'établir une situation de communication avec le patient aphasique.
- Une discussion qui amène à l'observation de l'investissement du patient dans la communication, la pertinence de son discours ainsi que ses compétences pragmatiques.
- Une épreuve PACE s'inspirant de la thérapie Promoting Aphasic Communicative Effectiveness de Davis et Wilcox (1978). Cette épreuve permet d'évaluer l'informativité, l'alternance des tours de parole et la possibilité d'une communication par divers canaux.

L'analyse des résultats se fait au moyen de trois grilles d'évaluation :

- *Une grille d'attention et motivation à la communication* qui permet d'évaluer les compétences interactionnelles du patient à travers sa capacité à entrer en interaction ainsi que son adaptation à la situation de communication.
- *Une grille de communication verbale* qui analyse l'efficacité de la transmission de messages par le canal verbal.
- *Une grille de communication non verbale* ciblant d'une part l'utilisation de gestes non verbaux en situation de communication et d'autre part leur compréhension.

Un score global de communication est établi en faisant une somme pondérée des scores obtenus dans les différentes grilles. Un profil de communication permet de récapituler les résultats et de les apposer aux performances moyennes des sujets normaux.

## Annexe 2 : Grilles de cotation du TLC

<b><u>Grille d'attention et motivation à la communication</u></b>			
1. Conduite de salutation verbale ou non verbale	0	1	2
2. Attention aux propos de l'interlocuteur	0	1	2
3. Investissement dans l'interaction	0	1	2
<b>Total de la grille de motivation à la communication</b>	<b>/6</b>		
<b><u>Grille de communication verbale</u></b>			
1. Compréhension verbale	0	2	4
2. Débit verbal	0	1	2
3. Intelligibilité de la parole	0	1	2
4. Informativité et pertinence du discours			
A) niveau lexical			
- manque du mot	0	1	2
- paraphasies	0	1	2
B) niveau syntaxique			
- syntaxe contribuant à l'informativité et à la communication	0	1	2
C) niveau idéique et pragmatique			
- réponses explicites aux questions ouvertes	0	1	2
- maintien du thème de l'échange	0	1	2
- apport d'informations nouvelles	0	1	2
- introduction de nouveaux thèmes	0	1	2
- organisation logique des éléments du discours	0	x	2
- adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	x	2
5. Feed-back verbaux			
- émission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	x	2
- réajustement du discours face aux feed-back négatifs de l'interlocuteur	0	x	2
6. Utilisation du langage écrit	non	X	oui
<b>Total de la grille de communication verbale</b>	<b>/30</b>		

<b><u>Grille de communication non verbale</u></b>			
1. Compréhension des signes non verbaux			
- déictiques :gestes ou regards	0	1	x
- gestes symboliques	0	1	x
- mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	1	x
- mimes de la forme de l'objet	0	1	x
- signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	0	1	x
2. Expressivité des affects (gestes, expressions faciales)	0	1	3
3. Informativité			
A) niveau pragmatique interactionnel			
- respect des règles conversationnelles en utilisant :			
- une prosodie adaptée	0	1	x
- un regard régulateur	0	1	x
- une mimogestualité régulatrice	0	1	x
- le respect des tours de parole	0	1	x
B) niveau lexical			
- recours spontané à la communication non verbale	0	x	2
- déictiques (gestes ou regard)	0	1	2
- gestes symboliques	0	1	2
- mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	1	2
- mimes de la forme de l'objet	0	1	2
- signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	0	1	2
C) niveau idéique			
- production de séquences de signes non verbaux	0	x	2
4. Feed-back non verbaux			
- émission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	x	2
- réajustement du discours face aux feed-back négatifs de l'interlocuteur	0	x	2
5. Utilisation du dessin	non	x	oui
<b><u>Total de la grille de communication non verbale</u></b>	<b>/30</b>		

### **Annexe 3: Présentation du PTECCA**

Le PTECCA a initialement été réalisé par S. Deka, H. Druelle et A. Iché, puis modifié par l'équipe de l'ERU 27 de l'UNADREO. Il existe deux versions, A et B, afin d'éviter l'effet d'apprentissage.

Le protocole se compose de huit épreuves, dont quatre épreuves principales et quatre complémentaires, permettant d'évaluer la communication du couple aphasique à travers diverses situations écologiques :

- L'épreuve de l'île déserte: le couple aphasique doit imaginer qu'il part sur une île déserte et les interlocuteurs doivent discuter pour choisir parmi dix propositions, les trois objets qui leur seraient le plus utiles dans pareil cas.
- L'entretien semi-dirigé: l'orthophoniste propose au couple aphasique un sujet d'échange.
- Les situations problèmes: durant lesquelles les interlocuteurs sont invités à discuter de la démarche à suivre dans de telles situations.
- L'entretien final: permet un échange avec l'orthophoniste.

Parmi les épreuves complémentaires, on retrouve :

- L'épreuve référentielle: Cette épreuve est inspirée de la PACE. On propose une photographie à la personne aphasique qui doit la faire deviner à son. Dans un deuxième temps, le partenaire doit choisir parmi les huit images présentées, celle décrite par le patient.
- Les photographies floues
- La communication référentielle
- L'épreuve de type PACE

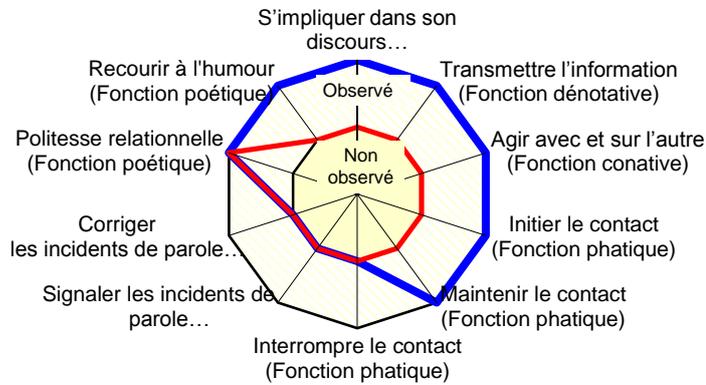
La Grille d'observation du PTECCA évalue simultanément la communication du patient mais aussi de son partenaire selon les mêmes items. Ces derniers sont classés en trois parties :

- La première partie permet de décrire la situation d'interaction en reprenant l'acte de communication selon les six fonctions de Jakobson.
- La seconde partie tient compte des quatre maximes de Grice et permet d'évaluer la coopération du couple pour faire aboutir l'échange.
- La dernière partie permet d'appréhender l'organisation dynamique du discours en observant l'utilisation de la multicanalité, la gestion des tours de parole ainsi que l'efficacité des feed-back.

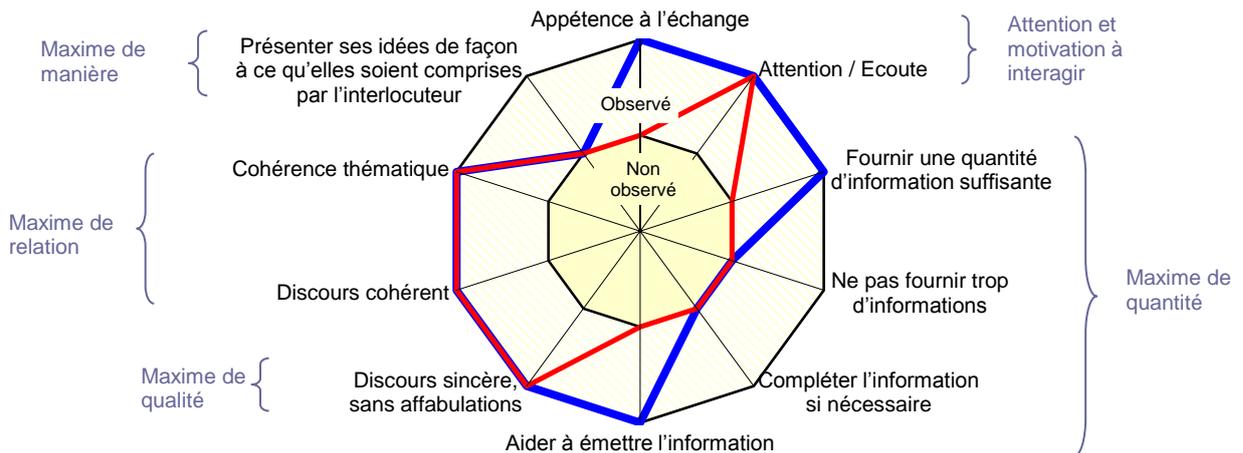
Les épreuves sont filmées puis la cotation est réalisée à l'aide de la Grille informatisée permettant d'obtenir pour chaque épreuve, trois profils de communication selon la classification des items.

## Annexe 4 : Exemple de profil de communication obtenu au PTECCA

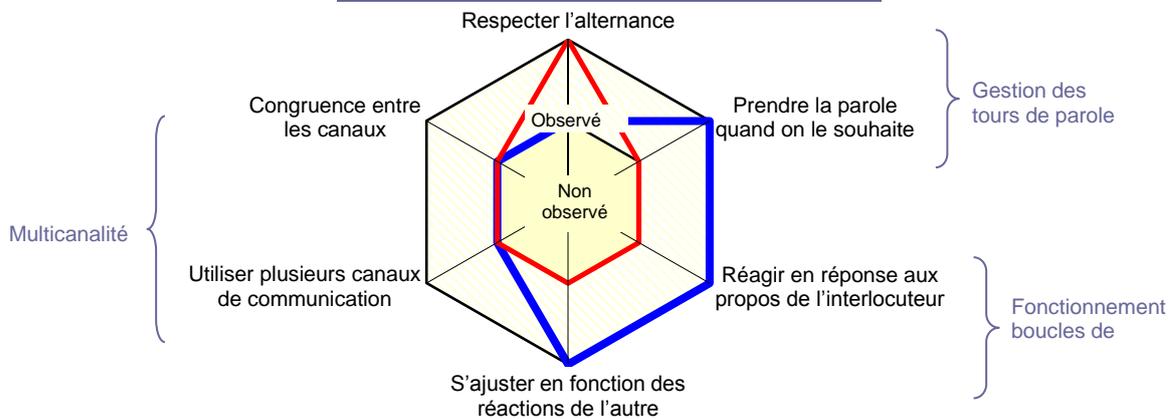
### I - UTILISATION DES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION (JAKOBSON)



### II - RESPECT DU PRINCIPE DE COOPERATION (GRICE)



### III - L'ORGANISATION DYNAMIQUE DU DISCOURS



## Annexe 5 : Echelle de satisfaction à la communication à destination du patient

1) De manière générale, comment qualifieriez-vous les situations d'échange avec votre partenaire?

Pas du tout satisfaisant					Moyennement satisfaisant					Très satisfaisant
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Comment jugeriez-vous ses connaissances sur l'aphasie?

Pas du tout satisfaisant					Moyennement satisfaisant					Très satisfaisant
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Comment évalueriez-vous la diversité de vos échanges, des sujets que vous abordez tous les deux ?

Pas du tout satisfaisant					Moyennement satisfaisant					Très satisfaisant
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Comment jugez-vous votre capacité à comprendre votre proche ?

Pas du tout satisfaisant					Moyennement satisfaisant					Très satisfaisant
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Comment jugez les capacités de votre proche à vous comprendre ? (est-ce rapide, facile ? ou au contraire cela prend du temps et s'avère assez difficile ?)

Pas du tout satisfaisant					Moyennement satisfaisant					Très satisfaisant
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6) Lors d'un échange difficile, comment trouvez-vous les moyens de compensation que vous mettez en place? (si on ne vous comprend pas, utilisez-vous des gestes, des mimiques, votre classeur de communication ...)?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7) Comment jugeriez-vous votre envie de communiquer?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Comment percevez-vous votre prise d'initiative pour engager une conversation ? (est-ce vous qui commencez l'échange ou attendez-vous qu'on engage la conversation ?)

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Comment qualifieriez-vous l'adaptation de votre partenaire à vos difficultés ? (a-t-il mis en place des stratégies nouvelles comme utiliser des gestes, échanger avec le classeur de communication...)

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Que pensez-vous de vos capacités à participer à une conversation avec plusieurs personnes ?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Annexe 6 :Echelle de satisfaction à la communication à destination de l'interlocuteur

1) De manière générale, comment qualifieriez-vous les situations d'échange avec votre proche ?

Pas du tout satisfaisant	Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Comment jugeriez-vous vos connaissances sur les troubles rencontrés par votre proche ?

Pas du tout satisfaisant	Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Comment évalueriez-vous la diversité de vos échanges, des sujets que vous abordez ?

Pas du tout satisfaisant	Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Comment jugez les capacités de votre proche à vous comprendre ?

Pas du tout satisfaisant	Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Comment jugez-vous votre capacité à comprendre votre proche ?

Pas du tout satisfaisant	Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6) Lors d'un échange difficile, comment trouvez-vous les moyens de compensation mis en place par votre proche ? (gestes, mimiques, utilisation du dessin...)

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7) Comment jugeriez-vous l'envie de communiquer de votre proche ?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Comment percevez-vous sa prise d'initiative pour engager une conversation ?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Comment qualifieriez-vous votre adaptation aux troubles de votre proche ? (avez-vous mis en place des stratégies nouvelles comme utiliser des gestes, échanger avec le classeur de communication...)

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Que pensez-vous des capacités de votre proche à participer à une conversation à plusieurs ?

Pas du tout satisfaisant		Moyennement satisfaisant						Très satisfaisant		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Annexe 7 : Exemple de fiche d'information personnalisée

### L'aphasie

L'aphasie désigne un trouble acquis du langage qui survient à la suite d'une lésion cérébrale. Dans le cas de P1, elle fait suite à un accident vasculaire cérébral (AVC).

L'aphasie peut entraîner des difficultés pour parler, comprendre, lire, écrire. Les manifestations vont dépendre de la localisation et de l'importance de la lésion.

### Les principales difficultés présentées par P1:

- le manque du mot :

Elle n'arrive pas à trouver le mot qu'elle veut dire et elle le cherche comme si elle l'avait « sur le bout de la langue ».

On observe ce manque du mot quand P1 essaie de nommer un objet mais aussi quand elle essaie de trouver le nom d'une personne.

Il faut faire attention à ne pas confondre cette difficulté avec un trouble de la mémoire. P1 sait très bien de quoi ou de qui elle veut parler cependant le bon mot ne sort pas quand elle en a besoin.

- la production de paraphasies :

Elle ne produit pas le mot qu'elle voulait dire :

- soit un mauvais mot existant sort à la place,
- soit les sons du mot sont mélangés et donnent un mot inexistant.

Il ne faut pas imaginer qu'elle confond les mots ou ce qu'ils veulent dire. La production de paraphasies vient d'une mauvaise sélection de mots ou de sons lorsque P1 cherche à s'exprimer.

- des difficultés de compréhension :

P1 présente des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit.

On peut avoir l'impression qu'elle comprend ce qui est dit et elle-même pense avoir reçu les informations, car elle fait des réponses qui semblent adaptées.

Pourtant, dans certaines situations on se rend compte qu'elle ne comprend que quelques mots-clés de l'énoncé et qu'elle se fie beaucoup aux indices extérieurs comme la situation, le ton de la voix ou encore les mimiques qui accompagnent le message. C'est cela qui lui permet de capter le sens global de ce qui est dit et de donner l'impression d'avoir une compréhension préservée.

---

Désormais communiquer demande beaucoup plus d'énergie, de temps et de concentration. Pour diminuer tout cela, l'environnement joue un rôle important, il faut donc essayer de l'adapter au maximum en:

- prenant le temps, en se rendant disponible et en lui laissant le temps de répondre pour éviter d'ajouter un stress qui a tendance à la bloquer dans l'échange,
- réduisant le bruit environnant pour aider à la concentration,
- s'asseyant en face de P1 et à sa hauteur pour appréhender toutes ses réactions,
- disposant toujours à proximité le classeur de communication ainsi que du papier et un crayon.

## Annexe 8: Exemple de plan de communication

COMMENT ELLE COMMUNIQUE ?	COMMENT COMMUNIQUER AVEC ELLE ?	OBSERVATIONS ET REMARQUES
<p>○ P1 ne parle que très peu en spontané et n'initie pas l'échange.</p> <p>○ Elle présente un important manque du mot et produit de nombreuses paraphrasies.</p> <p>○ Elle cherche en priorité à verbaliser.</p> <p>○ L'intonation et les mimiques sont adaptées et donnent des indices sur la signification de ce qu'elle veut dire.</p> <p>○ Malgré de grandes possibilités avec le classeur de communication et les gestes, ces moyens ne sont pas utilisés car P1 semble penser ne pas être capable.</p>	<p><u>-Si vous savez ce qu'elle veut dire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ne pas chercher à lui faire dire correctement le mot</b></li> </ul> <p>Par exemple si elle s'est fait comprendre par un autre moyen comme les gestes ou les mimiques, vous pouvez lui donner le bon mot mais ce n'est pas nécessaire de lui faire produire le mot cible.</p> <p>Le plus important est que P1 se fasse comprendre, qu'importe le moyen utilisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ne pas la laisser chercher seule le mot.</b></li> </ul> <p>Vous pouvez lui soumettre les mots ou lui proposer le premier son du mot. Cette ébauche de mot est facilitateur pour P1 qui produit plus facilement le terme cible.</p> <p><u>-Si vous ne savez pas ce qu'elle veut vous dire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Commencer par cerner le sujet</b></li> </ul> <p>Vous pouvez lui proposer différents thèmes généraux (aliments, médical...) puis poser des questions de plus en plus précises, mais toujours fermées nécessitant une réponse comme oui ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vous pouvez l'encourager à utiliser d'autres moyens.</b></li> </ul> <p>Vous pouvez lui proposer le classeur de communication, l'utilisation de gestes ou encore du dessin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prendre du recul</b></li> </ul> <p>Si malgré tous vos efforts, vous ne comprenez toujours pas, vous pouvez reporter la conversation à plus tard ou proposer de demander des informations à quelqu'un d'autre. Ce qu'elle a à transmettre est important mais s'appesantir sur une difficulté peut générer de la frustration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P1 présente une tendance à persévérer quand elle n'arrive pas à produire un mot, un sentiment frustrant pour elle. Il est préférable de passer à autre chose et éviter de s'appesantir sur un échec.</li> <li>• Le oui et le non produits par P1 ne sont pas toujours le reflet de sa pensée et donc ne sont pas fiables. Bien observer son intonation, ses mouvements de tête et les privilégier car ils sont plus informatifs que ses productions orales.</li> <li>• P1 n'utilise quasiment pas le classeur de communication et jamais les gestes. Vous pouvez lui proposer les réponses en utilisant ces moyens afin qu'elle se les approprie par la suite pour communiquer.</li> <li>• Il ne faut pas lui faire croire que vous l'avez comprise alors que ce n'est pas le cas. Il est important de rester honnête et de reconnaître que malgré tout vous n'arrivez pas à la comprendre.</li> </ul>

PLAN DE COMMUNICATION DE P1

<p>○ P1 présente des difficultés de compréhension verbales dont elle ne se rend pas toujours compte.</p> <p>○ La compréhension des signes non verbaux est préservée.</p>	<p>Pour l'aider à vous comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des phrases courtes et simples contenant une seule information</li> <li>• Ne pas hésiter à reformuler systématiquement avec d'autres termes ou moyens pour vérifier que l'information a bien été comprise.</li> <li>• Illustrer vos propos par des gestes, des items du classeur de communication, des dessins ou des objets quand cela est possible, de manière à être sûre que le sujet traité est compris.</li> <li>• Ne pas hésiter à appuyer l'intonation et les mimiques</li> <li>• Ne pas hésiter à utiliser automatiquement le classeur et les gestes pour que cela devienne une habitude et soit repris par P1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le oui et le non n'étant pas fiable et P1 n'ayant pas toujours conscience de ses difficultés de compréhension, il est d'autant plus important de multiplier les vérifications</li> <li>• P1 peut confondre certaines catégories (meubles, personnes...), ce qui aboutit à des contre-sens. En utilisant d'autres moyens vous évitez des conversations qui n'aboutissent pas</li> <li>• vous pouvez de la même manière utiliser une trace écrite en inscrivant au fur et à mesure le mot-clé ou le thème de la conversation de manière à ce qu'elle visualise lorsqu'il y a un changement de sujet</li> </ul> <p>P1 maîtrise très bien le calendrier, donc ne pas hésiter à l'utiliser automatiquement</p>
--	---	--

## Annexe 9 : Grille détaillée des scores obtenus lors des passations du TLC

Moyenne = moyenne des sujets normaux

± = écart type

		P1		P2		P3		P4		P5			
		10/12/12	11/02/13	08/01/13	07/03/13	28/01/13	18/03/13	08/02/13	25/03/13	07/01/13	27/03/13		
Grille d'attention et de motivation à la communication	Conduite de salutation		1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	
	Attention à l'interlocuteur		2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	
	Investissement		1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
	<b>TOTAL DE LA GRILLE (moyenne: 5.81 ±0.5)</b>		<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	
Grille de communication verbale	Compréhension verbale		2	4	0	0	2	2	2	4	0	2	
	Débit verbal		1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
	Intelligibilité de parole		0	1	0	0	0	0	1	1	2	2	
	Informativité et pertinence du discours	Manque du mot		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
		Paraphrasies		0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
		Syntaxe		0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
		Réponses aux questions ouvertes		0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
		Maintien du thème		0	2	1	1	2	2	1	2	0	1
		Apport d'informations		0	1	0	0	0	0	1	2	0	2
		Introduction de thème		0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
		Organisation logique		0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	Feed Back	Adaptations à l'autre		0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
		Emission		2	2	0	0	0	2	0	2	0	2
		Prise en compte		0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
	Utilisation du langage écrit		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
<b>TOTAL DE LA GRILLE (moyenne : 28.98 ± 1.33)</b>		<b>5</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>24</b>		
Grille de communication non verbale	Compréhension de signes non verbaux	Gestes déictiques		1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
		Gestes symboliques		1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
		Mimes d'action		1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
		Mimes de formes		1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
		Etat Physique ou émotionnel		1	1	0	1	0	1	1	1	3	1
	Expressivité des affects		3	3	1	1	3	3	1	3	1	3	
	Informativité et production de signes non verbaux	Prosodie		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Regard régulateur		1	1	0	0	1	1	0	1	1	1
		Mimogestualité régulatrice		0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
		Respect des tours de parole		1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
		Recours spontané au non verbal		0	2	0	2	0	2	0	0	0	0
		Utilisation de gestes déictiques		0	2	0	1	0	2	0	0	0	0
		Utilisation de gestes symboliques		0	2	0	0	1	2	0	0	0	0
		Utilisation de mimes d'action		0	2	0	2	0	2	0	2	0	0
		Utilisation de mimes de formes		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		Etat Physique ou émotionnel		0	1	0	1	0	2	0	0	0	0
	Feed Back	Production de séquences		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Emission		2	2	0	2	0	2	0	2	0	2		
Prise en compte		0	2	0	0	0	0	0	2	2	2		
Utilisation du dessin		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
<b>TOTAL DE LA GRILLE (moyenne : 15.74 ± 1.58)</b>		<b>13</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>16</b>		

## Annexe 10 : Grille détaillée des scores obtenus lors des passations du PTECCA

		COUPLE P1/I1				COUPLE P2/I2				
		12/12/12		12/02/13		11/01/13		07/03/13		
		P1	I1	P1	I1	P2	I2	P2	I2	
UTILISATION DES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION	Expressive		1	3	4	4	3	4	3	4
	Référentielle		1	3	3	4	2	3	2	4
	Conative		0	3	4	4	0	2	1	4
	Phatique	Initier le contact	0	4	3	4	1	3	1	4
		Maintenir le contact	0	3	1	4	0	0	0	4
		Interrompre le contact	0	1	4	4	0	0	3	3
	Méta-linguistique	Signaler les incidents de parole	0	0	0	4	0	0	0	1
		Corriger les incidents de parole	0	1	0	4	0	0	0	3
	Poétique	Politesse relationnelle	3	3	4	4	0	1	3	4
		Recourir à l'humour	1	2	4	4	0	0	1	2
PRINCIPE DE COOPERATION	Attention et motivation	Appétence à l'échange	3	3	4	4	3	4	3	4
		Attention/ écoute	3	4	4	4	1	1	0	4
	Maxime de quantité	Fournir une quantité d'informations suffisante	1	3	3	4	2	2	2	4
		Pas trop d'informations	0	1	4	4	2	1	3	2
		Compléter l'information	0	1	0	4	0	1	0	4
		Aider à émettre l'information	0	2	0	4	0	1	0	3
	Maxime de qualité		4	3	4	4	4	4	3	4
	Maxime de relation	Discours cohérent	2	4	4	4	1	3	3	3
		Cohérence thématique	2	4	4	4	0	3	2	3
	Maxime de manière		1	2	2	4	0	1	1	4
ORGANISATION DYNAMIQUE DU DISCOURS	Gestion des tours de parole	Respect de l'alternance	3	2	4	4	1	1	4	4
		Prendre la parole	1	4	4	4	2	4	4	4
	Feed-back	Réagir en réponse aux propos de l'interlocuteur	1	4	4	4	1	0	2	3
		S'ajuster en fonction des réactions de l'autre	0	3	4	4	0	1	1	4
	multicanalité	Utiliser plusieurs canaux	1	0	4	4	3	1	2	4
		Congruence entre les canaux	0	0	4	4	0	1	2	4
<b>Score total /104</b>		<b>28</b>	<b>63</b>	<b>80</b>	<b>104</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>91</b>	

COUPLE P3/I3						COUPLE P4/I4				COUPLE P5/I5			
04/02/13		19/03/13		19/03/13		08/02/13		26/03/13		07/01/13		27/03/13	
P3	I3	P3	I3	P3	F3	P4	I4	P4	I4	P5	I5	P5	I5
3	2	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
2	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
0	0	1	1	4	4	0	1	3	3	0	4	2	4
1	3	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4
0	2	3	4	4	4	0	3	2	3	0	3	3	4
0	2	4	4	3	4	0	0	2	2	1	3	3	4
0	1	0	3	0	4	0	0	0	4	0	0	0	4
0	0	0	2	0	4	1	2	0	4	0	0	0	4
2	0	3	1	4	4	0	4	3	4	4	3	4	4
0	0	2	2	4	4	0	2	4	4	2	2	2	2
2	2	4	1	4	4	2	4	4	4	2	1	4	4
4	1	4	3	4	4	1	3	4	4	1	4	4	4
3	3	2	3	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4
3	2	4	4	4	4	4	0	4	2	1	4	4	4
0	1	0	1	4	4	1	3	4	4	2	4	3	4
0	1	0	1	0	4	0	0	0	4	0	0	0	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	4	4	4	3	2	4	4	1	4	3	4
4	2	3	3	4	4	3	1	4	2	2	4	4	4
3	0	2	1	4	4	1	1	4	4	1	3	3	4
3	0	4	4	4	4	1	1	4	3	2	4	4	4
0	2	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
3	2	1	1	4	4	3	2	4	4	1	3	3	3
0	0	0	0	4	4	1	1	4	4	0	1	4	4
3	1	4	2	4	4	1	1	1	4	0	1	1	3
1	1	4	2	4	4	1	1	1	3	0	1	1	3
<b>43</b>	<b>37</b>	<b>65</b>	<b>63</b>	<b>91</b>	<b>104</b>	<b>39</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	<b>94</b>	<b>41</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>99</b>