



Université Lille 2
Droit et Santé

Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Laura BAUD
Valentine PAPON

soutenu publiquement en juin 2013 :

**Protocole d'entraînement des stratégies
communicationnelles dans le langage
spontané chez les patients aphasiques
présentant un manque du mot**

MEMOIRE dirigé par :

Yves MARTIN, Chef du service Orthophonie et Neuropsychologie, Centre l'Espoir,
Hellemmes

Florian MERLE, Orthophoniste, Centre l'Espoir, Hellemmes

Lille – 2013

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement :

Nos maîtres de mémoire Yves Martin et Florian Merle pour nous avoir aiguillées et soutenues tout au long de ce travail,

Nos maîtres de stage Marianne Martinez, Florence Avril, Marie-Agnès Farriol, Florian Merle pour leur expérience clinique, pour leur aide précieuse dans la recherche de patients et dans la résolution de problèmes techniques,

Madame Tran Thi Mai, chercheuse et chargée d'enseignements à l'université Lille 2, pour ses travaux de recherche (en particulier sa grille d'analyse mise à notre disposition avant sa publication) et ses conseils qui nous ont permis de construire notre projet de mémoire,

Les équipes respectives des centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles l'Espoir à Hellemmes et la clinique des Trois Soleils à Boissise-le-Roi,

Les patients et leur famille pour leur participation et leur investissement tout au long du projet,

Les patients qui se sont prêtés aux évaluations bien qu'ils n'aient finalement pas été inclus dans le protocole,

Notre famille et nos amis proches pour leur écoute attentive et patiente ainsi que leurs conseils.

Résumé :

Le manque du mot et la rééducation de ce déficit linguistique ont été largement abordés dans la littérature. Plus spécifiquement, Tran (2000) a étudié les diverses stratégies mises en place chez le locuteur aphasique dans les épreuves de dénomination. Régnier et Roinel (2002) les ont comparées avec celles employées dans le discours. Tran (1998) insiste sur l'importance du renforcement des stratégies efficaces, l'inhibition des stratégies inadaptées et la mise en place de celles qui paraissent mobilisables.

Le but de ce mémoire est de créer un protocole d'entraînement à l'emploi des stratégies dans le langage spontané. Il s'adresse à des patients présentant un manque du mot. L'objectif étant réduire le handicap communicationnel engendré par le manque du mot dans les échanges quotidiens. Si certains patients parviennent à compenser leurs difficultés spontanément, il semblerait que d'autres aient besoin d'un entraînement spécifique. Ce protocole a été proposé à quatre patients pendant deux mois, à raison de trois fois par semaine afin d'atteindre cet objectif.

Mots-clés :

Neuropsychologie - Aphasie - Communication - Rééducation - Adulte - Manque du mot

Abstract :

Anomia and the rehabilitation of this linguistic disorder have been widely dealt with the literature. More specifically, Tran (2000) studied the different strategies used by anomic patients during the naming tasks. Régnier et Roinel (2002) compared them with strategies used in speaking. Tran (1998) emphasises the importance of strengthening the efficient strategies, limiting the inappropriate ones and setting up those that seem accessible.

The purpose of this report is to create a training programm for the use of strategies in the spontaneous language. This protocol targets patients suffering from anomia. The aim is to reduce the communication disability caused by anomia in daily

communications. Some patients succeed in compensating for these difficulties spontaneously. It seems that others need specific training. To achieve this, the training protocol has been applied to four patients, three times a week over a two-month period.

Keywords :

Neuropsychology - Aphasia - Communication - Rehabilitation - Adult - Anomia

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	4
1.L'aphasie et la notion de handicap communicationnel.....	5
1.1.La Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap	5
1.2.Les conséquences de l'aphasie dans la vie quotidienne.....	6
1.3.L'évaluation de la communication	7
1.3.1.Les outils pour évaluer la communication.....	8
1.3.1.1.ECVB (Échelle de Communication Verbale de Bordeaux) de Darrigrand et Mazaux (2000).....	8
1.3.1.2.TLC (Test Lillois de Communication) Rousseaux et al. (2001).....	8
1.3.1.3.L'analyse conversationnelle	8
1.3.2.Les compétences communicationnelles préservées.....	9
1.3.2.1.Variations interindividuelles.....	10
1.3.2.2.Les compétences non - verbales.....	10
1.3.2.3.Les comportements non - verbaux.....	11
1.3.2.4.Le dessin.....	12
1.3.3.Répercussions psychosociales du handicap communicationnel.....	13
2.Les troubles de la production lexicale dans l'aphasie	15
2.1.Manifestations de surface des troubles de la production lexicale.....	15
2.2.Les modèles issus de la psycholinguistique et de la neuropsychologie cognitive.....	16
2.2.1.Modélisation des niveaux de production lexicale.....	16
2.2.2.Modélisation de la dénomination d'images ou d'objets.....	17
2.2.3.Modélisation des traitements lexicaux.....	18
2.2.3.1.Le modèle sériel et discret de Levelt et al. (2000).....	18
2.2.3.2.Le modèle interactif de Dell et al. (1997).....	19
2.2.3.3.Le modèle " en cascade " de Caramazza et al. (1997).....	20
2.3.Les différents déficits sous-jacents.....	21
2.3.1.Les troubles du traitement sémantique	21
2.3.2.Les troubles du traitement phonologique	21
2.3.3.Les troubles lexicaux mixtes	22
3.L'évaluation du manque du mot.....	23
3.1.Les épreuves pour évaluer le manque du mot.....	23
3.1.1.Les épreuves de langage induit.....	23
3.1.2.Les épreuves de langage spontané.....	24
3.1.3.Différences entre production lexicale en situation induite et spontanée	24
3.1.4.Langage induit et langage spontané : intérêts et limites pour l'évaluation.....	25
3.2.L'analyse des productions lexicales.....	26
3.2.1.L'approche traditionnelle.....	26
3.2.2.L'approche dynamique.....	27
3.2.3.Approche dynamique et analyse des stratégies mises en œuvre par le patient.....	29
3.2.3.1.Typologie des stratégies dénominatives de Tran et Corbin	29
3.2.3.2.Typologies des stratégies dénominatives de Tran	31
3.2.3.3.Grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination d'images de Tran.....	32
3.2.3.4.Grille des savoirs lexicaux, aides efficaces et autres modes de production possibles du mot-cible de Tran	32

3.2.3.5. Profil dénominatif en situation discursive de Tran	33
3.2.3.6. Comparaison des stratégies utilisées en dénomination d'images et en situation conversationnelle.....	33
4. La rééducation du manque du mot.....	35
4.1. Les approches formelles.....	35
4.1.1. L'approche empirique	35
4.1.2. L'approche behaviouriste	35
4.1.3. L'approche cognitive	36
4.2. Les approches fonctionnelles	38
4.2.1. Les thérapies pragmatiques.....	38
4.2.2. La thérapie PACE (Promoting Aphasic Communicative Effectivness).....	38
4.3. Les thérapies de type écologique.....	39
Sujets, matériel et méthode.....	41
1. Principes généraux du protocole.....	42
1.1. Fondements et objectifs du protocole	42
1.2. Caractéristiques de la population recrutée	43
1.2.1. Critères d'inclusion	43
1.2.2. Critères d'exclusion.....	43
1.3. Méthodologie employée.....	44
1.3.1. Outils diagnostiques utilisés pour le recrutement de la population.....	44
1.3.2. Ligne de base	45
2. Élaboration du protocole.....	45
2.1. Descriptif des situations conversationnelles de la ligne de base	45
2.1.1. Supports proposés.....	45
2.1.2. Consignes de passation.....	47
2.2. Descriptif des situations conversationnelles du protocole.....	47
2.2.1. Les différents niveaux d'intervention.....	47
2.2.1.1. Niveau fonctionnel	48
2.2.1.1.1. Commentaires à partir d'une scène imagée	48
2.2.1.1.2. Situations conversationnelles naturelles	49
2.2.1.1.3. Situations conversationnelles fictives	49
2.2.1.2. Niveau écologique	50
2.2.2. Progression dans l'utilisation des supports	50
3. Démarche d'entraînement des stratégies.....	51
3.1. Les différentes stratégies communicationnelles	51
3.2. Progression dans l'entraînement des stratégies	52
3.3. Sollicitations proposées pour entraîner les stratégies.....	52
3.4. Ordre d'entraînement des stratégies	54
4. Présentation des sujets	55
4.1. E.M.	55
4.1.1. Éléments diagnostiques.....	55
4.1.1.1. Langage spontané	55
4.1.1.2. Dénomination orale	56
4.1.1.3. Traitement sémantique.....	56
4.1.1.4. Résultats complémentaires.....	57
4.1.1.5. Communication.....	58
4.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	58
4.1.3. Lignes de base	59
4.1.4. Plan d'entraînement des stratégies.....	59
4.2. P.M.	60
4.2.1. Éléments diagnostiques.....	60
4.2.1.1. Langage spontané	60
4.2.1.2. Dénomination orale	61
4.2.1.3. Traitement sémantique	61

4.2.1.4.Résultats complémentaires.....	62
4.2.1.5.Communication.....	63
4.2.2.Critères d'inclusion et d'exclusion	63
4.2.3.Lignes de base	64
4.2.4.Plan d'entraînement des stratégies.....	64
4.3.A.B.....	65
4.3.1.Eléments diagnostiques.....	65
4.3.1.1.Langage spontané.....	65
4.3.1.2.Dénomination orale.....	66
4.3.1.3.Traitement sémantique.....	66
4.3.1.4.Résultats complémentaires.....	67
4.3.1.5.Communication	68
4.3.2.Critères d'inclusion et d'exclusion.....	68
4.3.3.Lignes de base.....	69
4.3.4.Plan d'entraînement des stratégies.....	69
4.4.M.M.....	70
4.4.1.Eléments diagnostiques.....	70
4.4.1.1.Langage spontané.....	70
4.4.1.2.Dénomination orale.....	71
4.4.1.3.Traitement sémantique.....	71
4.4.1.4.Résultats complémentaires.....	72
4.4.1.5.Communication.....	72
4.4.2.Critères d'inclusion et d'exclusion.....	73
4.4.3.Lignes de base.....	74
4.4.4.Plan d'entraînement des stratégies.....	74
Résultats.....	75
1.Entraînement des sujets.....	76
1.1.Entraînement de E.M.....	76
1.1.1.Déroulement de l'entraînement.....	76
1.1.1.1.Déroulement des séances.....	76
1.1.1.1.1.Niveau fonctionnel.....	76
1.1.1.1.2.Niveau écologique.....	79
1.1.1.2.Choix de progression dans l'entraînement des stratégies	80
1.1.2.Ligne de base post-entraînement.....	80
1.1.3.Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement.....	81
1.1.3.1.Efficacité de l'entraînement.....	81
1.1.3.2.Évolution de la prise en charge classique.....	81
1.1.3.3.Opinion du patient sur l'entraînement proposé	81
1.2.Entraînement de P.M.....	82
1.2.1.Déroulement de l'entraînement.....	82
1.2.1.1.Déroulement des séances.....	82
1.2.1.1.1.Niveau fonctionnel.....	82
1.2.1.1.2.Niveau écologique.....	85
1.2.1.2.Choix de progression dans l'entraînement des stratégies.....	85
1.2.2.Ligne de base post-entraînement.....	86
1.2.3.Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement.....	86
1.2.3.1.Efficacité de l'entraînement.....	86
1.2.3.2.Évolution de la prise en charge classique.....	87
1.2.3.3.Opinion du patient sur l'entraînement proposé.....	87
1.3.Entraînement de A.B.....	88
1.3.1.Déroulement de l'entraînement.....	88
1.3.1.1.Déroulement des séances.....	88
1.3.1.1.1.Niveau fonctionnel.....	88
1.3.1.1.2.Niveau écologique.....	90

1.3.1.2.Choix de progression dans l'entraînement des stratégies.....	91
1.3.2.Ligne de base post-entraînement.....	92
1.3.3.Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement.....	92
1.3.3.1.Efficacité de l'entraînement.....	92
1.3.3.2.Évolution de la prise en charge classique.....	92
1.3.3.3.Opinion du patient sur l'entraînement proposé.....	92
1.4.Entraînement de M.M.....	93
1.4.1.Déroulement de l'entraînement.....	93
1.4.1.1.Déroulement des séances.....	93
1.4.1.1.1.Niveau fonctionnel.....	93
1.4.1.1.2.Niveau écologique.....	95
1.4.1.2.Choix de progression dans l'entraînement des stratégies.....	96
1.4.2.Ligne de base post-entraînement.....	97
1.4.3.Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement.....	97
1.4.3.1.Efficacité de l'entraînement.....	97
1.4.3.2.Évolution de la prise en charge classique.....	98
1.4.3.3.Opinion du patient sur l'entraînement proposé.....	98
2.Synthèse générale du déroulement de l'entraînement.....	99
2.1.Élaboration du plan d'entraînement individuel.....	99
2.2.Constatations concernant l'évolution des sujets.....	100
2.3.Conclusion générale.....	101
Discussion.....	102
1.Rappel des objectifs, résultats principaux et éléments issus de la littérature... ..	103
2.Interrogations et difficultés rencontrées.....	105
2.1.Recrutement de la population.....	105
2.2.Utilisation du matériel.....	106
2.3.Entraînement des stratégies	107
2.4.Déroulement des séances.....	108
2.5.Méthodologie.....	108
2.6.Difficultés pratiques.....	109
3.L'enrichissement personnel.....	109
3.1.Compétences orthophoniques.....	109
3.2.Compétences relationnelles.....	110
3.3.Compétences méthodologiques.....	110
3.4.Compétences personnelles.....	111
4.Élargissement au champ de l'orthophonie.....	111
Conclusion.....	112
Bibliographie.....	114
Liste des annexes.....	120
Annexe 1 : Grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination d'images de Tran (communiquée par l'auteur à titre personnel).....	121
Annexe 2 : Descriptif des tests utilisés.....	121
Annexe 3 : Supports de la ligne de base.....	121
Annexe 4 : Présentation des conventions de transcription du D.E.L.I.C.....	121
Annexe 5 : Photographies du protocole.....	121
Annexe 6 : Situations naturelles du protocole.....	121
Annexe 7 : Situations fictives du protocole.....	121
Annexe 8 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de E.M.....	121
Annexe 9 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de P.M.....	121
Annexe 10 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de A.B.....	121
Annexe 11 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-	

<u>entraînement de M.M.....</u>	<u>121</u>
<u>Annexe 12 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de E.M.....</u>	<u>121</u>
<u>Annexe 13 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de P.M.....</u>	<u>121</u>
<u>Annexe 14 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de A.B.....</u>	<u>121</u>
<u>Annexe 15 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de M.M.....</u>	<u>122</u>

Introduction

L'**aphasie** se définit comme un trouble linguistique acquis pouvant altérer de manière inégale tous les niveaux de langage. L'atteinte peut toucher davantage l'expression, la compréhension, le langage écrit ou parlé. Les tableaux cliniques sont donc souvent variés.

La manifestation commune à l'ensemble des aphasies est le **manque du mot**. Ce phénomène ou "sensation du mot sur le bout de langue", que n'importe quel locuteur tout-venant peut connaître un jour, devient très gênant chez le locuteur aphasique du fait de sa fréquence. Il peut être plus ou moins sévère et parfois engendrer un **handicap communicationnel**. Les conséquences de ce déficit dans la vie quotidienne sont liées non seulement à son degré de gravité mais également aux difficultés de **compensation** que le patient peut rencontrer.

Dans la littérature, les recherches ont porté sur la production du mot isolé et se sont, par ailleurs, focalisées sur le discours et le **langage spontané**. La rééducation de l'aphasie s'intéresse à la réduction du trouble linguistique mais aussi au **transfert des compétences** en situation de communication réelle. Tran (1998) a intégré la notion d'**approche dynamique** des réponses des locuteurs aphasiques, l'auteur estimant que l'on doit aller au-delà d'une simple analyse des réponses isolées. En effet, les patients utilisent des **stratégies** pour pallier leur manque du mot ou pour parvenir au mot-cible lors des épreuves de dénomination. Certaines de ces stratégies sont mises en place spontanément par le locuteur aphasique dans le langage spontané.

Le manque du mot, et plus largement l'aphasie, peuvent engendrer un handicap communicationnel. Les conséquences familiales, psychosociales et communicationnelles seront étudiées dans une **première partie**. Il s'agira également de décrire les différents tests permettant d'évaluer la communication du patient aphasique.

Une **deuxième partie** sera dédiée à la description de modèles théoriques afin de comprendre à quel(s) niveau(x) cognitif(s) se trouve l'atteinte et quelles peuvent être les conséquences linguistiques.

Une **troisième partie** sera consacrée aux différentes épreuves d'évaluation du manque du mot selon l'approche classique et l'approche dynamique. De ceci découlera une typologie des stratégies en dénomination (Tran) ainsi qu'une comparaison des stratégies utilisées par les locuteurs en dénomination et dans le discours, ce qui constituera le point de départ de ce travail.

Une **quatrième partie** portera sur la rééducation du manque du mot et décrira les approches classiques, pragmatiques et écologiques.

Une partie sera consacrée au protocole d'entraînement élaboré dans le cadre de ce travail : fondements et objectifs, recrutement de la population, plan d'évaluation, supports proposés et énumération des stratégies à développer. La partie suivante décrira les caractéristiques cliniques des quatre sujets inclus dans le protocole ainsi que le plan d'entraînement individuel élaboré. Enfin, dans une dernière partie, les résultats de l'entraînement auprès de la population recrutée seront exposés.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'aphasie et la notion de handicap communicationnel

1.1. La Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap

L'Organisation Mondiale de la Santé (2001) distingue différentes notions dans la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (**Tableau I**) :

Fonctions organiques : Fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques.

Structures anatomiques : Parties du corps humain telles que les organes, les membres et leurs composantes.

On parle de "**déficience**" (déficits des fonctions organiques ou des structures anatomiques, comme un écart ou une perte importante).

Activité : Exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. On parle de "**limitation**" d'activité.

Participation : Fait de prendre part à une situation de vie réelle. On parle de "**restriction**" de participation.

Appliquée à :	Personne aphasique
Déficience	altération des zones du traitement du langage
Activité	altération dans les tâches langagières
Participation	conséquences des troubles dans la vie familiale et sociale du patient

Tableau I : Illustration de la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap de l'Organisation Mondiale de la Santé

1.2. Les conséquences de l'aphasie dans la vie quotidienne

Les déficits langagiers ont un impact sur la communication, en-dehors des séances de rééducation au cours desquelles le thérapeute cherche à réduire les troubles linguistiques du patient. Lors des échanges divers, et à son retour au domicile, la personne aphasique se trouve en relation avec son environnement et notamment avec ses **partenaires de communication**. La qualité de ces interactions permet de définir le degré de **handicap communicationnel** auquel le patient est confronté.

Les aphasiques les plus pénalisés sont ceux dont la compréhension est fortement altérée. En production, les troubles concernant le lexique phonologique de sortie sont moins pénalisants. En effet, ils nécessitent moins d'efforts de la part de l'interlocuteur pour restituer le discours de la personne aphasique que lorsque les troubles sont syntaxiques ou sémantiques. Néanmoins, en situation de manque du mot, le patient peut se retrouver dans une situation telle qu'il ne parviendra pas à poursuivre son discours. C'est par la conversation que " l'individu manifeste ses connaissances, ses pensées, ses sentiments, ses opinions et qu'il entretient des relations interpersonnelles. " (De Partz, 2008). Ainsi, lorsque les mots manquent, l'échange est biaisé et la communication s'en trouve altérée. Le handicap communicationnel touche aussi bien le patient aphasique que ses partenaires de communication. Il s'agit donc d'un **handicap partagé**.

Les déficits linguistiques limitent le patient dans les activités de vie quotidienne car le langage est un facteur important dans la plupart des activités. Il peut se retrouver dans une situation d'inconfort se manifestant de diverses manières. Le sujet peut éprouver du stress, une gêne vis-à-vis de son interlocuteur, ou encore s'irriter plus facilement quand il ne comprend pas ou qu'il ne parvient pas à exprimer ce qu'il souhaite.

Mazaux et *al.* (2006) ont relevé les **difficultés principalement rencontrées** dans la vie quotidienne :

- Écrire des lettres et des documents
- Lire des documents administratifs

- Tenir une conversation sur un sujet complexe
- Utiliser des chèques et des cartes de crédits
- Téléphoner à des inconnus ou des personnes non familières
- Initier la parole avec des personnes inconnues ou non familières

Le Dorze et Brassard (1995) ont recensé **les comportements adaptatifs (Tableau II)** que la personne aphasique et son interlocuteur vont adopter afin de maintenir au maximum les échanges. Ces moyens seront plus limités chez l'aphasique du fait de ses déficits linguistiques.

Patient aphasique	Proche du patient
<ul style="list-style-type: none"> - post poser la conversation - arrêter de parler - s'isoler - manifester d'un signe son intention de parler - arriver à s'exprimer même quand le thème de la conversation a changé - utiliser des gestes - prendre le temps de parler - expliquer aux autres les raisons de ses difficultés d'expression - demander à pouvoir parler - anticiper le moyen de compenser une difficulté - accepter que d'autres parlent à leur place - demander aux proches de passer un coup de téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - s'éloigner en cas d'irritation - essayer de ne pas s'étendre sur les difficultés du patient - essayer de deviner ce qu'il veut dire - parler à la place du patient pour le protéger - prêter plus d'attention à ce qu'il dit - prendre le temps de l'écouter - vérifier le contenu des messages - éviter de corriger ses productions - s'empêcher de parler à sa place - éviter certains thèmes de conversation - expliquer aux autres interlocuteurs les causes de difficultés du patient - corriger les erreurs du patient

Tableau II : Recensement des comportements adaptatifs chez le patient aphasique et ses proches (Le Dorze et Brassard, 1995, p. 248-249)

La conversation avec la personne aphasique peut être perturbée au niveau global mais aussi au niveau local. Par exemple, un patient présentant un manque du mot va essayer d'expliquer ce qu'il veut dire mais ce trouble peut être également présent au moment de la production de la périphrase. Le discours ne sera alors pas forcément clarifié. D'après Jimenez et Puech (2006), le langage fonctionnel, du quotidien, serait plus accessible à la personne aphasique que le langage plus élaboré.

1.3. L'évaluation de la communication

Les capacités communicationnelles ne sont pas toujours spécifiquement prises en compte dans les évaluations classiques. Or, mesurer ces possibilités paraît

nécessaire pour pouvoir établir un projet thérapeutique personnalisé. Aujourd'hui, des tests standardisés permettent une évaluation de la communication mais les indices donnés peuvent rester assez globaux (De Partz, 2008).

1.3.1. Les outils pour évaluer la communication

1.3.1.1. ECVB (Échelle de Communication Verbale de Bordeaux) de Darrigrand et Mazaux (2000)

Cet outil permet l'**évaluation du handicap communicationnel** engendré par l'aphasie dans la vie quotidienne. Il tient compte des interactions de l'individu dans l'environnement et des retentissements de l'aphasie dans son quotidien. Cette échelle a un but écologique et permet d'**identifier les besoins du patient** concernant ses échanges.

Elle se présente en deux niveaux :

- Niveau familial : il concerne la communication avec les proches
- Niveau non familial : il concerne les interactions avec des interlocuteurs non familiaux, avec lesquels aucun savoir commun n'est susceptible d'aider la communication.

Il s'agit d'un questionnaire que l'on propose au patient et/ou à sa famille proche.

1.3.1.2. TLC (Test Lillois de Communication) Rousseaux *et al.* (2001)

Ce test contient trois subtests : une interview dirigée, un sujet polémique et une situation PACE (Promoting Aphasic for Communicative Effectiveness) d'après la méthode de Davis et Wilcox (1981). Il permet de constater les capacités d'expression mais aussi de compréhension du patient ainsi que de mettre en évidence les **compétences communicatives** des patients, d'évaluer leurs **capacités de compensation** et d'observer leurs compétences non verbales.

1.3.1.3. L'analyse conversationnelle

Elle consiste à analyser les conversations des patients avec leurs proches. Le discours ne s'appréhende pas de la même manière que le mot isolé. Son analyse

permet d'aller au-delà du mot simple et des déficits linguistiques qui en découlent pour s'approcher au maximum des situations naturelles d'échange (Cardebat et Joannette, 1998).

Ce sont la **conséquence de ces déficits sur la conversation** et le **choix des stratégies** développées par le partenaire qui sont essentiels dans l'analyse conversationnelle (De Partz, 2007). Les thérapeutes s'intéressent à la **collaboration** entre le patient et ses partenaires pour que l'échange soit réussi. Ils analysent les interruptions, les recouvrements d'informations, le partage du temps de parole ainsi que les réparations (De Partz, 2007). D'après Schlegloff *et al.* (1977) cités par De Partz (2007, p.243) , les stratégies de réparation viennent " du locuteur lui-même (auto-signalisation) ou de l'interlocuteur (hétéro-signalisation) ".

Chez le patient aphasique, le travail de **réparation** est d'autant plus important et il sera utile que son partenaire intervienne. C'est pourquoi la rééducation s'orientera davantage sur le partenaire de communication et sur la gestion de son comportement dans l'interaction.

1.3.2. Les compétences communicationnelles préservées

Si ses compétences linguistiques sont effectivement atteintes, le patient aphasique est-il tout de même capable de communiquer ? Ses compétences communicationnelles et linguistique sont-elles atteintes de la même façon ? Si les compétences pragmatiques sont mieux conservées, le patient pourrait alors s'appuyer sur des compétences résiduelles afin de contourner certains troubles linguistiques.

D'après Hymes (1972), nos connaissances sur le langage sont linguistiques mais nous sommes également capables d'adapter nos actes de langage. Il considère la " compétence " comme un terme générique qualifiant les possibilités de la personne et selon lui, elle revêt un aspect communicatif. Elle s'acquiert au fil des expériences sociales. Il estime qu'un modèle théorique devrait être conçu afin d'expliquer les aspects communicatifs du langage. Dans son ouvrage, " Vers la compétence de communication " (1984), après avoir énuméré les différentes utilisations du terme de " compétence " faites par divers linguistes, Hymes parle de

" **compétence de communication** ". Ce terme est à prendre au sens large et se démarque du terme de " compétence linguistique ". Tout d'abord, parce que la compétence varie d'un individu à l'autre. Puis, parce qu'au-delà de la langue, quand un individu participe à une conversation, il met en corrélation son langage avec d'autres canaux (gestes, mimiques, etc.) et prend donc en compte tous les modes de communication.

Toutefois, d'après Cruz (2006), une dichotomie compétence linguistique / compétences pragmatique, communicative, interactionnelle n'est pas tant marquée. Ces dernières ne sont pas seulement un moyen de contourner des déficits linguistiques. Toutes ces compétences seraient complémentaires lorsqu'il s'agit de mener à bien l'interaction.

Les performances du patient peuvent varier selon de nombreux critères et les variations individuelles sont nombreuses. Ici plus particulièrement, l'échange sera bien sûr modulé par la sévérité du manque du mot.

1.3.2.1. Variations interindividuelles

Des **variabilités intra - sujets** en fonction des situations mais aussi des **variations intra - situations** en fonction des sujets sont recensées. Mazaux et *al.* (2006) estiment que les capacités conversationnelles sont influencées par le caractère étranger ou non de l'interlocuteur et par la complexité des thèmes abordés. Les conditions de déplacement, la motivation ainsi que les habitudes du patient vont également favoriser ou non les contacts. Au-delà de la conversation simple, des difficultés sont notées concernant la manipulation de l'argent et également dans le domaine du langage écrit influencé là aussi par le degré d'abstraction et de complexité des documents.

1.3.2.2. Les compétences non - verbales

Selon Costaz et Villard (1995) cités par Jimenez et Puech (2006), les aphasiques perçoivent bien le **rythme** et l'**intonation** de la parole même si certaines aphasies peuvent comporter dysprosodie ou aprosodie.

1.3.2.3. Les comportements non - verbaux

Il s'agit des comportements qui **accompagnent ou se substituent** à la production verbale :

- Gestes déictiques, symboliques (appelés aussi " emblématiques "), iconiques ou de frustration dont mimes d'action, d'utilisation ou de la forme d'objet
- Regards, orientation corporelle, position dans l'espace, expression faciale, mimiques
- Onomatopées, prosodie, soupirs
- Bruits buccaux (raclements de gorge, claquements de langue, ébauches de sifflements, etc.) pour pallier les défauts d'expression

Ci-après (**Tableau III**) sont décrites les principales hypothèses du **rôle communicationnel du geste**. Ce tableau est adapté d'après Goldin-Meadow (1999) *cité par Daviet et al. (2007)*.

Fonction pour le locuteur	Fonction pour le récepteur
<ul style="list-style-type: none"> - facilite l'accès à la forme verbale par activation du concept ou aide à trouver les mots par priming moteur - augmente les ressources cognitives par transfert de la mémoire verbale vers la mémoire spatiale - format de représentation différent : peut permettre d'exprimer une idée qu'on ne peut pas exprimer avec ses mots - dissipe l'excès d'énergie - produit en parallèle, de façon obligatoire, sans aucun rôle facilitateur 	<ul style="list-style-type: none"> - facilite la compréhension : même message - enrichit et complète le message - format de représentation différent : accès plus facile et plus rapide à un format de représentation commun avec l'orateur - peut être plus difficile à interpréter ou être source d'erreurs : un geste trop appuyé peut faire oublier le discours et entraîner une mauvaise interprétation

Tableau III : Rôle du geste dans la communication, adapté d'après Goldin-Meadow (1999) cité par Daviet et al. (2007, p.78)

Hadar *et al.* (1998) *cité par Daviet et al. (2007)* propose une classification des gestes co-verbaux (**Tableau IV**). D'après les auteurs, lorsque les systèmes phonologique et lexical sont atteints, ces gestes pourraient faciliter l'accès au lexique.

Gestes coverbaux	
Geste simple :	Rythme et ponctue le discours
Geste complexe :	
- iconique	par sa forme, sa dynamique, sa configuration, a un lien sémantique ou pragmatique clair avec un mot ou une phrase (ex : mime de forme ou d'usage)
- déictique	geste de pointage dans l'espace
- emblématique	sens conventionnel dans une culture donnée (ex : tourner son index sur sa tempe pour dire que quelque chose est fou)
- indéfini	inclassable

Tableau IV : Classification des gestes co-verbaux par Hadar *et al.* (1998) cité par Daviet *et al.* (2007, p.82)

Les gestes déictiques et emblématiques correspondent à la fonction référentielle. Cependant, il reste très difficile de classer la fonction d'un geste dans la communication car elle est fortement liée au contexte.

Selon Labourel (1982) le geste peut accompagner la prosodie et donc se coupler au discours.

Il existe une distinction entre les gestes à **visée communicative** dirigés vers l'interlocuteur et les gestes pour **recupérer le mot-cible** qui sont auto-centrés (Scharp *et al.*, 2007).

Les patients aphasiques n'utiliseraient que les gestes ayant une visée purement communicationnelle et n'utiliseraient que très peu la mimogestualité. En effet, son interprétation est très subjective (Labourel, 1982).

Cette compensation varie d'un individu à l'autre en fonction des troubles associés (hémiplégie, apraxie par exemple).

1.3.2.4. Le dessin

Le dessin, n'ayant pas un caractère linguistique, peut s'avérer utile notamment pour les personnes ayant une aphasie sévère. D'après une étude de Farias *et al.* (2005), le dessin peut aider à la récupération d'un mot car il permet d'accéder au lexique et **facilite la production du mot**. Le dessin serait plus bénéfique aux patients présentant une aphasie globale ou une anomie.

Ces différentes compétences pourraient donner lieu à une rééducation non - linguistique. On utiliserait alors les canaux non-verbaux de la communication.

1.3.3. Répercussions psychosociales du handicap communicationnel

Les déficits linguistiques et le handicap communicationnel vont avoir un impact direct sur le patient au niveau émotionnel et au niveau psychologique notamment concernant son rapport avec les membres de sa famille. La plupart du temps les symptômes observés sont négatifs. Il peut s'agir de la dépression, de l'anxiété, de la perte d'intérêt, de la perte d'autonomie, de la stigmatisation, etc.

La vie familiale est bouleversée :

- Les contacts sociaux de la famille peuvent se trouver réduits. En effet, le patient aphasique passe souvent beaucoup plus de temps à son domicile qu'à l'extérieur.
- Le conjoint se voit attribuer des responsabilités nouvelles et le patient ne participe plus à l'effort économique du foyer ni aux diverses tâches de la maison.
- Certains membres de la famille ou proches peuvent appréhender d'entrer en contact avec le sujet aphasique. Il peuvent se sentir démunis dans une situation d'incompréhension.

Le patient sent qu'il est une charge pour sa famille et peut se sentir dépendant voire inutile.

Le caractère du patient est parfois modifié et ceci peut être lié à la nature de la lésion. Il est difficile d'effectuer un recensement exhaustif des modifications de caractère. Cependant, Lezak (1978) propose une énumération de certaines modifications possibles :

- Diminution des conduites d'ajustement social et apparition de comportements auto-centrés mais sans auto-critique
- Diminution de l'auto-contrôle émotionnel : les patients sont impulsifs, impatients, irritables, souvent agités
- Diminution des conduites de prise d'initiative : absence de projets, difficultés de planification d'actions longues
- Désordres émotionnels les plus fréquents : apathie, labilité émotionnelle, irritabilité, modification des conduites sexuelles
- Difficulté parfois radicale de réacquérir de nouvelles conduites sociales adaptées

La dépression serait la conséquence la plus fréquente. D'après certaines études, le degré de sévérité de la dépression dépendrait de la localisation de la lésion mais aussi de l'importance que le patient accordait à la communication avant cette lésion. D'après Starkstein et Robinson (1988) cités par De Partz (2008), les patients non-fluents seraient plus atteints par la dépression du fait de la situation lésionnelle frontale de leur lésion.

Les patients aphasiques, d'après Andersen (1997) et Gainotti (1997), manifestent également des troubles du contrôle émotionnel se manifestant par : l'expression faciale, l'articulation, la prosodie ainsi que les rires et pleurs pathologiques. Ces symptômes pourraient faire penser à tort à une dépression.

L'aphasie peut engendrer un handicap communicationnel qui concerne autant les partenaires de communication que la personne présentant un trouble langagier. La personne aphasique est confrontée à des déficits linguistiques mais dispose également de compétences communicationnelles (gestuelles, pragmatiques, prosodiques, etc.). Ces capacités préservées peuvent permettre au patient de dépasser ses difficultés pour maintenir une communication efficace avec ses interlocuteurs.

2. Les troubles de la production lexicale dans l'aphasie

Les troubles de la production lexicale ont une place centrale dans l'aphasie. Leur fréquence est élevée, et ils constituent le symptôme commun à tous les types d'aphasies. Ils correspondent à une difficulté ou une impossibilité à produire un mot-cible, à l'oral et/ou à l'écrit. Les termes d'anomie, manque du mot, trouble de la dénomination, d'évocation ou de lexicalisation sont fréquemment utilisés pour qualifier ces troubles.

Les difficultés de production lexicale peuvent s'exprimer par différentes manifestations de surface. Ces éléments observables révèlent des déficits sous-jacents et des composants langagiers préservés auxquels le patient a recours pour développer des stratégies compensatoires (Tran, 2007).

2.1. Manifestations de surface des troubles de la production lexicale

Le manque du mot ou anomie peut se manifester par : (Tran, 2007)

- une **absence de production**, un **temps de latence** dans la réponse, des **pauses** dans l'énoncé
- une **production erronée** : paraphasie lexicale sémantique ou formelle, paraphasie phonémique, transformation phonétique, stéréotypie, persévération
- l'usage de **stratégies compensatoires** : dénomination postiche (ex : "truc", "machin"), périphrase, conduite d'approche, recours aux gestes, aux onomatopées
- la production d'**énoncés modalisateurs** : les modalisations sont des commentaires sur la production (elles témoignent alors d'une conscience de l'erreur) ou sur l'acte de production (elles témoignent dans ce cas d'une conscience du trouble de production lexicale)

Ces manifestations des troubles peuvent être étudiées grâce à des situations de langage induit (épreuves de dénomination d'images, de fluences). Il est

également intéressant de déterminer si les troubles sont également présents en situation de langage spontané. Dans certains cas, l'anomie s'exprime beaucoup moins en situation conversationnelle. En effet, le patient met en place des stratégies pour pallier ses difficultés. Dans d'autres cas, l'anomie est sévère et le patient ne parvient pas à la contourner suffisamment. Cela peut alors conduire à une situation de **handicap communicationnel**.

Ces manifestations de surface permettent de décrire le trouble de la production lexicale. Toutefois, elles ne suffisent pas à cerner les déficits sous-jacents qui en sont à l'origine. En effet, le déficit peut être différent chez des patients présentant les mêmes manifestations de surface.

2.2. Les modèles issus de la psycholinguistique et de la neuropsychologie cognitive

Les approches psycholinguistique et neuropsychologique cognitives fournissent des modèles permettant d'identifier les mécanismes sous-jacents à l'origine de la production lexicale, et de repérer le niveau et la nature des déficits.

2.2.1. Modélisation des niveaux de production lexicale

Il est actuellement admis que trois étapes principales régissent la production lexicale :

- L'**étape conceptuelle**, qui consiste à sélectionner les concepts qui seront verbalisés
- L'**étape de formulation linguistique**, appelée lexicalisation. Elle comporte une phase de sélection lexicale (axe paradigmatique) et une phase de combinaison des mots (axe syntagmatique). La phase de sélection lexicale consiste à récupérer les informations sur le sens (informations sémantiques) et sur la forme (informations phonologiques) des mots.
- L'**étape d'articulation** qui consiste à convertir les informations linguistiques en une forme sonore pour produire l'énoncé.

2.2.2. Modélisation de la dénomination d'images ou d'objets

Les modèles de dénomination d'images impliquent une étape supplémentaire, non linguistique : l'**étape d'analyse perceptive**. Ces modèles permettent d'identifier le niveau d'atteinte de la production lexicale, afin de déterminer s'il s'agit d'un trouble central ou périphérique. Le trouble de lexicalisation est central, il atteint le traitement langagier. Quant aux atteintes de l'analyse perceptive ou de la production, ce sont des troubles périphériques.

Nous reprendrons ici la terminologie du modèle logogène de Morton (1984) *citée par* Kremin (1994). Lorsqu'un sujet est confronté à une tâche de dénomination orale ou écrite d'image, les étapes du traitement lexical sont les suivantes : **(Figure 1)**

- Les **étapes perceptives** : analyse visuelle de l'image puis catégorisation des stimuli visuels.
- La **représentation sémantique** : activation de la représentation sémantique correspondant à l'image.
- Les **mécanismes post-sémantiques** : la représentation sémantique active une représentation correspondante dans le lexique phonologique de sortie (en dénomination orale) ou dans le lexique orthographique de sortie (dénomination écrite). Les lexiques phonologique et orthographique de sortie constituent le "système logogène".
- La **production orale ou écrite** : l'information est transmise aux mécanismes phonologiques et articulatoires pour permettre la production finale du mot cible.

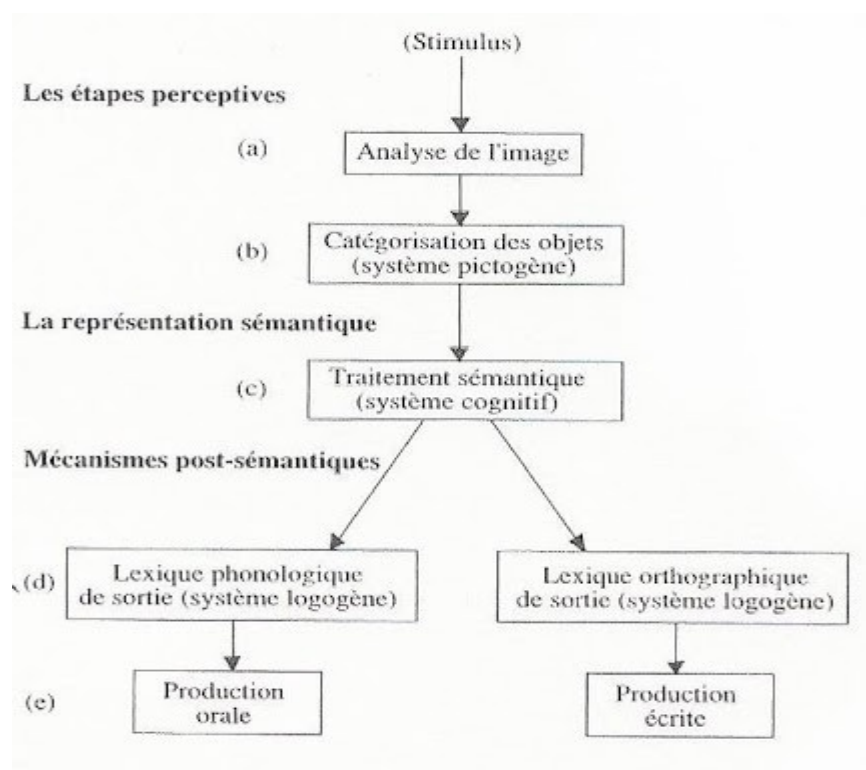


Figure 1 : Schéma simplifié concernant les stades successifs du traitement de l'information lors de la dénomination d'une image d'après le modèle logogène (Morton, 1984 cité par Kremin, 1994)

2.2.3. Modélisation des traitements lexicaux

Les modèles du traitement lexical ont pour objectif de décrire les différentes étapes de la lexicalisation. S'il est communément admis qu'il existe une étape lexico-sémantique et une étape lexico-phonologique, leur enchaînement temporel ne fait pas l'objet d'un consensus. Les recherches issues de la psycholinguistique et de la neuropsychologie ne permettent pas pour l'instant de statuer sur le caractère sériel ou interactif des processus langagiers.

2.2.3.1. Le modèle sériel et discret de Levelt *et al.* (2000)

Ce modèle considère que les opérations langagières se déroulent de manière strictement séquentielle. Chaque processus doit être correctement achevé pour pouvoir fournir le résultat de son traitement au processus suivant.

La première étape est celle de la préparation conceptuelle, qui conduit à l'activation d'un concept lexical. Ce concept activé conduit à l'activation du lemma

cible dans le lexique mental. Le lemma est une étiquette lexicale porteuse de traits sémantiques et syntaxiques (catégorie grammaticale, genre, etc.). Le lemma active à son tour les étapes d'encodage morpho-phonologique puis de syllabation. Le mot phonologique peut alors être encodé phonologiquement, en activant la syllabe mentale parmi le lexique de syllabes. La syllabe mentale peut alors activer son patron articulaire (**Figure 2**).

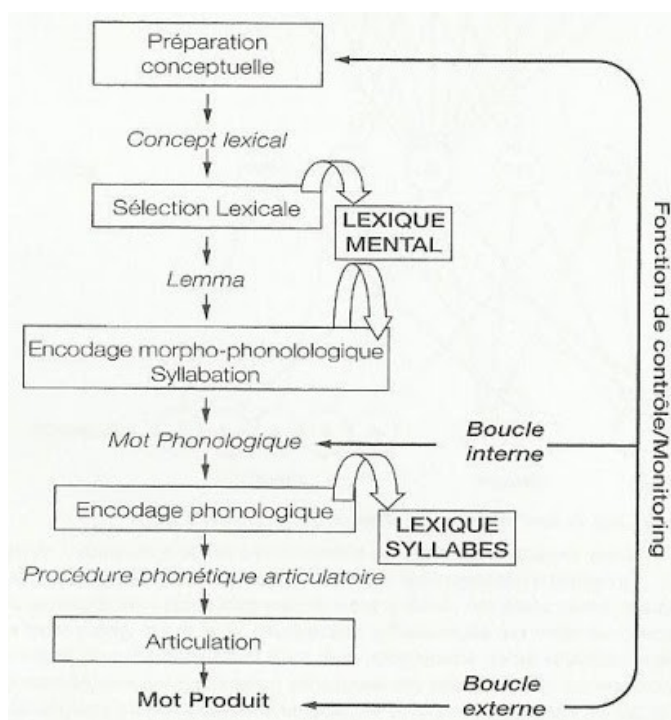


Figure 2 : Illustration schématique des étapes de production langagière adapté de Levelt et Meyer (2000), cité par Sauzón (2007)

2.2.3.2. Le modèle interactif de Dell et al. (1997)

Le principe d'interactivité postule que les processus du traitement lexical sont activés simultanément et interagissent de manière rétro-active.

Dans ce modèle, trois niveaux entretiennent des relations interactives bidirectionnelles : le niveau sémantique, le niveau lexical et le niveau phonologique. Le concept à transmettre dans le message active les traits sémantiques. Les deux étapes suivantes, lexicale (recouvrement lexical) et phonologique (encodage morpho-phonologique) se déroulent de façon sérielle et non discrète, en interagissant de manière bidirectionnelle. Ainsi, tous les niveaux peuvent être activés simultanément (**Figure 3**).

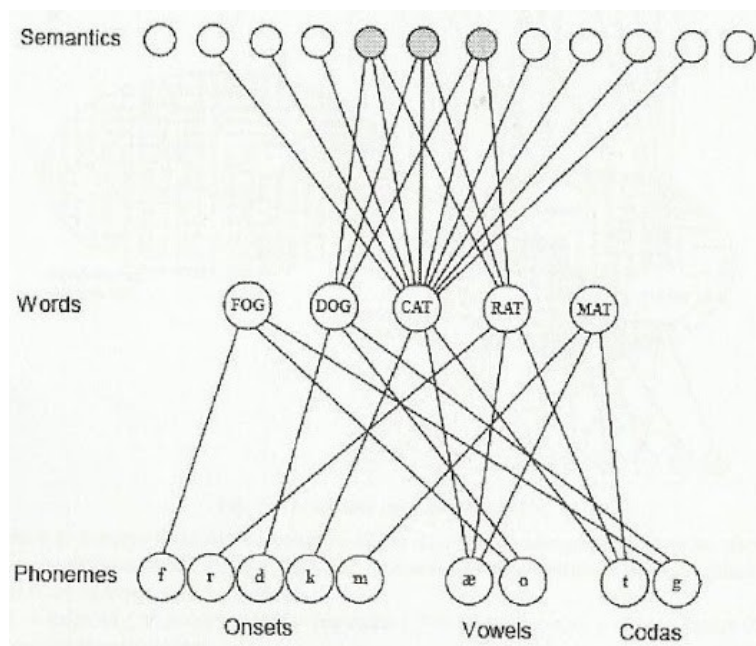


Figure 3 : Fragment du modèle interactif de Dell *et al.* (1997) cité par Sauzéron (2007)

2.2.3.3. Le modèle " en cascade " de Caramazza *et al.* (1997)

La conception en cascade, également qualifiée d'hybride, postule une sérialité non discrète. Le traitement est donc séquentiel, mais chaque processus exécute sa tâche sans la nécessité d'avoir obtenu au préalable le produit fourni par le processus précédent. Ce modèle adhère donc au concept de séquentialité des modèles sériels, tout en reconnaissant le concept de parallélisme proposé par les modèles interactifs.

Ce modèle n'a pas encore fait l'objet d'une modélisation informatique, contrairement aux deux modèles présentés précédemment. Il permet de rendre compte de la production orale et écrite. La notion de lemma est rejetée dans ce modèle. Accéder à une unité lexicale ne permet pas forcément d'accéder à ses traits sémantiques. Les auteurs décrivent un premier niveau, celui des propriétés sémantiques, et un deuxième niveau lui-même composé d'un système " traits syntaxiques ", d'un système " lexèmes phonologiques " (destiné à la production orale) et d'un système " lexèmes orthographiques " (destiné à la production écrite). La représentation sémantique sélectionnée peut activer les systèmes du deuxième niveau de manière différente. Ainsi, un lexème peut être activé sans que ses traits syntaxiques soient totalement activés. En revanche, pour que les traits syntaxiques soient intégralement activés, le lexème doit être lui-même activé totalement (**Figure 4**).

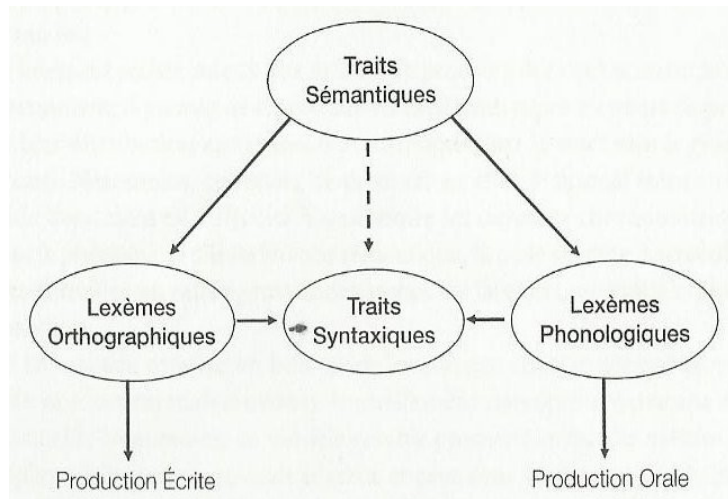


Figure 4 : Représentation schématique du modèle "Independent network" de Caramazza (1997) citée par Sauzéon (2007)

2.3. Les différents déficits sous-jacents

2.3.1. Les troubles du traitement sémantique

Le système sémantique est atteint, les connaissances sur les mots et les concepts sont donc altérées. Les erreurs sont présentes en modalité orale et écrite, en compréhension et en expression. Les aides formelles se révèlent inefficaces. Dans certains cas, le **stock de représentations sémantiques** lui-même est endommagé. Les réponses du patient seront alors constantes. Dans d'autres cas, c'est l'**accès au système sémantique** qui fait défaut. Dans ce cas, on constatera une absence de réponse ou une inconstance dans les réponses.

2.3.2. Les troubles du traitement phonologique

Le système phonologique est atteint mais le système sémantique est préservé. Il s'agit d'un trouble post-sémantique, portant sur la récupération des informations phonologiques. La compréhension n'est pas altérée, ce qui permet au patient de produire des stratégies adaptées et informatives. On distingue les **troubles d'accès au lexique phonologique de sortie**, et les **troubles spécifiquement phonologiques**. Le trouble d'accès ne perturbe pas la lecture à voix haute ni la répétition. Les aides formelles sont généralement efficaces. Il s'agit du phénomène

du mot sur le bout de la langue : le patient ne parvient pas à récupérer la forme phonologique du mot recherché. Le trouble plus spécifiquement phonologique conduit le patient à produire des paraphasies phonémiques ou des conduites d'approche phonémique, et ce dans toutes les tâches de production orale, y compris en répétition et en lecture à voix haute. Les représentations et la planification phonologiques sont atteintes.

2.3.3. Les troubles lexicaux mixtes

En clinique, les atteintes sont souvent mixtes : la récupération des informations sémantiques et phonologiques est déficitaire.

3. L'évaluation du manque du mot

Le manque du mot étant l'une des manifestations centrales dans l'aphasie, des épreuves destinées à l'évaluer sont incluses dans tous les tests généraux utilisés en aphasiologie. Il existe également des tests explorant spécifiquement la production lexicale, afin d'affiner l'observation du manque du mot.

3.1. Les épreuves pour évaluer le manque du mot

La production lexicale est explorée en situation de langage induit et spontané. Cela permet d'identifier l'éventuelle présence d'un manque du mot, d'en évaluer la sévérité et de mesurer ses répercussions sur la communication du patient dans la vie quotidienne. Parfois, il existe une dissociation importante entre les manifestations du manque du mot en situation induite et en situation de conversation plus naturelle.

3.1.1. Les épreuves de langage induit

Différentes épreuves peuvent être utilisées : la **dénomination d'images** (orale et/ou écrite), les **fluences** ou encore l'**évocation** à partir d'un contexte donné. Dans la pratique clinique, la tâche la plus utilisée est la dénomination orale d'images. En effet, cette épreuve métalinguistique offre au clinicien un moyen privilégié de contrôler l'adéquation de la réponse par rapport à un mot-cible dont il a connaissance. De plus, la tâche de dénomination permet de mesurer l'effet des variables linguistiques sur la performance du patient (effets de longueur, de fréquence, de catégorie sémantique ou grammaticale, etc.). Toutefois, si cette tâche permet d'évaluer la présence d'un manque du mot, elle se produit rarement en situation naturelle de communication et est éloignée des actes de production lexicale que les patients effectuent au quotidien. Il est donc important de compléter l'évaluation par l'observation du langage spontané.

3.1.2. Les épreuves de langage spontané

L'exploration du langage spontané permet de mesurer les répercussions du trouble sur la communication du patient. D'après Tran (1997), chez certains patients fluents, le manque du mot peut parfois passer inaperçu ou paraître moins sévère en contexte conversationnel. La situation discursive peut effectivement permettre au locuteur aphasique de mobiliser de nombreuses stratégies afin de compenser ses difficultés. A l'inverse, un locuteur présentant une anomie importante et ne mettant pas en œuvre de stratégies peut voir ses difficultés se majorer en langage spontané. Le discours peut alors être peu informatif.

Le manque du mot dans le langage spontané s'évalue en engageant le locuteur aphasique dans une conversation. L'examinateur peut proposer des **questions ouvertes**, une **description d'image**, un **débat**, un **récit** ou encore un **discours procédural**.

3.1.3. Différences entre production lexicale en situation induite et spontanée

D'après Wilshire (2008), les différents mots contribuant à la production de la phrase ont des propriétés sémantiques et grammaticales diverses. Ces propriétés ont probablement une influence sur la facilité avec laquelle le locuteur va produire ces mots. Lorsque le patient doit élaborer une phrase, cela fait appel à des processus cognitifs qui ne sont pas mis à l'œuvre en production lexicale isolée. Selon Wilshire (2008), la production lexicale en contexte demande également d'activer parallèlement les représentations de plusieurs mots à la fois. Cela peut rendre difficile la production des énoncés chez le locuteur aphasique. L'auteur ajoute que certains patients non fluents sont plus performants en production lexicale isolée qu'en situation de discours. D'après Wilshire (2008) et Tran (1997), les mécanismes œuvrant lors d'une épreuve de dénomination diffèrent de ceux mis en jeu en situation conversationnelle. Il semble que de nombreux facteurs, tels que la syntaxe ou le contexte, puissent influencer la production des énoncés.

3.1.4. Langage induit et langage spontané : intérêts et limites pour l'évaluation

La comparaison des intérêts et limites respectifs de l'évaluation du manque du mot par le biais du langage induit et spontané est décrite dans le tableau ci-dessous (Tableau V).

	Intérêts	Limites
Langage induit	<ul style="list-style-type: none"> - Tran (1997) : Identifier un manque du mot parfois discret en situation naturelle - Evaluer la production d'un mot-cible grâce à un référent connu du patient et de l'examinateur - Contrôler différentes variables linguistiques (fréquence, longueur, catégorie sémantique ou grammaticale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wilshire (2008) : La production lexicale isolée ne rend pas compte de l'ensemble des processus de lexicalisation - Wilshire (2008) : Ne peut prédire les compétences en situation conversationnelle - Tâches éloignées des situations naturelles de communication
Langage spontané	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les répercussions sur la vie quotidienne - Repérer les stratégies palliatives mises en place 	<p>Plus difficile à évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tran (1997) : Méconnaissance du mot-cible par l'examinateur - Tran (1997) : Erreurs pouvant passer inaperçues (notamment les approximations sémantiques) - Régnier et Roinel (2002) : Temps requis pour réaliser une analyse de corpus, maîtrise nécessaire des règles de transcription (le corpus est plus adapté à la recherche qu'à la pratique clinique)

Tableau V : Comparaison des intérêts et limites de l'évaluation du manque du mot à partir du langage induit et spontané

3.2. L'analyse des productions lexicales

3.2.1. L'approche traditionnelle

Tran (1998) considère que l'approche traditionnelle des productions aphasiques en dénomination d'images se focalise sur l'aspect déficitaire. La plupart des travaux aphasiologiques opèrent un classement des réponses en deux catégories : correctes et erronées. Cette approche permet d'identifier le manque du mot par une analyse quantitative, de le catégoriser et de mesurer son degré de sévérité par une analyse qualitative. Ainsi, elle s'intéresse davantage aux réponses qui étayent directement le diagnostic et ne tient pas compte de certains énoncés (Tran *et al.*, 2000).

Selon Tran *et al.* (2000), l'approche traditionnelle est nécessaire mais doit être complétée par une approche plus dynamique. Cette analyse classique décontextualise les réponses plutôt que de rendre compte de leur dynamique. De plus, elle ne tient compte que d'une partie des réponses tandis que les productions des patients aphasiques sont généralement hétérogènes et constituées de plusieurs énoncés. Tran *et al.* estiment qu'il est nécessaire d'aller au-delà de la notion d'erreur et de considérer l'ensemble des réponses des locuteurs aphasiques afin de rendre compte de la dynamique de la production.

Deux types d'énoncés peuvent être produits : **référentiels** et **modalisateurs**. Nespoulous (1980) distingue ces " deux comportements verbaux de base ". L'énoncé référentiel consiste à émettre un contenu propositionnel. Quant à l'énoncé modalisateur, il met en lumière le positionnement du locuteur vis-à-vis de ce contenu ou de l'acte de production lexicale. Nespoulous souligne la dissociation qui peut exister entre ces deux comportements chez le locuteur aphasique. En effet, les énoncés modalisateurs seraient généralement mieux préservés sur le plan syntaxique, et seraient plus fluides et plus riches en verbes et en adverbes. Cet " habillage discursif " (interjections, commentaires, etc.) est souvent accessible et prend parfois une place démesurée dans le langage spontané du locuteur aphasique (Nespoulous, 2010). Pourtant, les travaux en aphasiologie se penchent davantage sur les énoncés référentiels que modalisateurs, parce qu'ils sont les plus perturbés par l'aphasie et constituent la principale entrave à la communication.

3.2.2. L'approche dynamique

Tran (1998) propose d'analyser l'ensemble des réponses produites en dénomination d'images. Cela conduit à révéler l'hétérogénéité et la complexité des énoncés recueillis. La typologie des énoncés produits proposée par Tran différencie les énoncés référentiels, modalisateurs et métalinguistiques, en s'appuyant sur la distinction entre les deux comportements verbaux identifiés par Nespoulous. Une réponse peut être constituée de plusieurs énoncés, appartenant à ces différentes catégories.

Ainsi, selon la typologie de Tran :

- Les **énoncés référentiels** peuvent être objectifs ou subjectifs. Ils sont **objectifs** lorsqu'ils renseignent l'interlocuteur sur les propriétés typiques et/ou connues des locuteurs. Ils apportent une efficacité communicationnelle en informant l'interlocuteur sur le référent (ex : " c'est pour manger " pour *fourchette*). Quant aux énoncés référentiels **subjectifs**, ils informent peu l'interlocuteur sur le référent évoqué mais renseignent sur l'expérience ou le jugement personnel du locuteur vis-à-vis du référent (ex : " ça j'en ai " pour *livres*).
- Les **énoncés modalisateurs** apportent des informations sur le jugement du locuteur vis-à-vis de sa production. Ces commentaires peuvent porter sur l'acte de dénomination (ex : " je ne trouve pas le mot ") ou sur la dénomination elle-même (ex : " pas tout à fait un chat "). Ces énoncés peuvent être plus ou moins explicites.
- Les **énoncés métalinguistiques** expriment les connaissances préservées du locuteur sur la langue (exemple 1), ou un jugement ou un questionnement linguistique (exemple 2). Les exemples suivants sont issus du travail du Tran (1998).
(1) *gland* " c'est pas une noix, ça commence par un g "
(2) *bocal* " un...,comment ça s'appelle? facile mais..."

Les modalisations permettent, d'après Tran (1998), de renseigner l'examineur sur le niveau de conscience du patient sur son trouble de production lexicale. Elles sont également un indicateur du degré de sévérité de l'anomie et de son évolution. Ces informations contribuent à la classification sémiologique de l'aphasie que présente le patient. Enfin, les énoncés modalisateurs informent sur le déficit sous-

jaçant notamment en renseignant sur la préservation ou l'altération du système sémantique.

Le Dorze (1985), *cité par* Tran (1998) considère également qu'il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des éléments de réponse. L'auteur montre que les paraphasies sémantiques sont souvent accompagnées d'énoncés modalisateurs qui témoignent du fait que le locuteur a conscience de l'inexactitude de sa production. Il estime alors que ces paraphasies sémantiques ne sont pas l'expression d'un trouble sémantique mais plutôt des stratégies de compensation du locuteur aphasique confronté au manque du mot.

D'après Duvignau *et al.* (2004), le recours à un mot proche sémantiquement du mot-cible est parfois une stratégie palliative chez le patient aphasique, tout comme chez le jeune enfant. Ces productions, parfois proches de la métaphore, ne devraient alors pas être considérées comme des erreurs. Classiquement répertoriés comme des paraphasies sémantiques, ces énoncés témoignent pourtant de la préservation d'une flexibilité de la dynamique du système lexical. Le locuteur aphasique y a recours dans une visée pragmatique, afin de dépasser le handicap communicationnel. Ces productions doivent donc parfois être reconnues comme des atouts, permettant au patient de pallier son déficit.

Selon Nespoulous (2010), le fait que les patients aient recours aux modalisations pour expliquer leurs difficultés donne des informations importantes sur leur niveau de conscience du trouble. Nespoulous (1996, 2010) recommande d'étudier le comportement discursif en repérant les phénomènes négatifs, mais aussi les phénomènes positifs que sont les stratégies palliatives mises en place par le patient. L'auteur considère que ces éléments positifs doivent être favorisés et être intégrés à la prise en charge orthophonique.

Prod'homme (2008) considère que la modalisation doit être étudiée comme une partie importante du discours du locuteur aphasique. Ces énoncés doivent être intégrés au bilan et faire l'objet d'un travail rééducatif spécifique. L'auteur considère que les énoncés modalisateurs sont les marqueurs de la fonction de communication

du langage. Cette fonction est donc préservée chez les patients aphasiques qui n'ont recours qu'aux modalisations sans pouvoir produire le contenu propositionnel.

L'approche dynamique de l'analyse des réponses permet de tenir compte des éléments positifs que contiennent les productions. Les réponses, bien que ne correspondant pas au mot-cible, peuvent contenir des savoirs sur le référent et être pertinentes. Toutefois, malgré l'adéquation sémantique de l'énoncé, la réponse n'est pas toujours efficace sur le plan communicationnel.

Cette approche permet d'affiner les objectifs rééducatifs en analysant les connaissances préservées, qui pourront servir de support à la prise en charge, et les stratégies qui pourront être renforcées ou développées pour augmenter l'efficacité communicationnelle du patient (Tran, 1998).

3.2.3. Approche dynamique et analyse des stratégies mises en œuvre par le patient

L'observation des stratégies dénominatives utilisées par le locuteur aphasique renseigne sur les connaissances résiduelles du patient sur le mot-cible ou sur son référent. Ces stratégies s'appuient sur les savoirs lexicaux que le patient a conservés.

Le thérapeute peut identifier les stratégies efficaces, c'est-à-dire celles qui facilitent la production du mot-cible ou celles qui permettent de se faire comprendre par l'interlocuteur. Il est important d'observer si le patient a recours à des stratégies, si elles sont adaptées et efficaces, s'il n'exploite pas ou peu certaines stratégies qui pourraient être pertinentes et s'il utilise des stratégies qui s'avèrent inefficaces voire parasitaires. Le thérapeute peut ainsi cibler les stratégies à renforcer, à développer et à inhiber.

3.2.3.1. Typologie des stratégies dénominatives de Tran et Corbin

Nespoulous et Sahraoui (2008) considèrent qu'un patient présentant un déficit est parfois un locuteur stratégique, qui s'appuie sur un moyen particulier pour pallier

les difficultés qu'il rencontre. Le locuteur aphasique met ainsi en place des " schèmes de compensation " afin de maintenir la communication.

Tran et Corbin (1998) évoquent la notion de stratégie lorsque les locuteurs aphasiques font appel à leurs compétences langagières et connaissances linguistiques pour pallier l'anomie. Ces stratégies peuvent être conscientes ou non, et sont classées par les auteurs en trois catégories.

- Les **stratégies s'appuyant sur la forme du mot-cible** :

Ces stratégies regroupent les circonlocutions utilisant des connaissances phonémiques et/ou graphémiques et les conduites d'approche par la forme orale ou écrite.

- Les **stratégies s'appuyant sur le sens du mot-cible** :

Ces stratégies comprennent les approches **référentielles** (circonlocutions sur le référent du mot-cible) et **constructionnelles** (constructions de mots constituant ou non un mot de la langue).

- Les **stratégies ou conduites contextuelles** :

Elles consistent à intégrer le mot-cible dans une phrase afin de faciliter sa production.

Enfin, les stratégies mixtes combinent différents types de stratégies parmi les trois catégories sus-citées.

Kioua (1998) précise que les stratégies de compensation peuvent être utilisées spontanément, sur demande de l'examineur ou grâce à un apprentissage réalisé avec le thérapeute. Le besoin du patient de recourir à des stratégies qui lui sont propres peut évoluer au fur et à mesure de la récupération du trouble. L'auteur précise que l'usage de stratégies de compensation demande au patient davantage de temps et un effort cognitif important. De plus, il serait plus facile de mobiliser des stratégies en situation naturelle de conversation qu'en situation de test.

Tompkins *et al.* (2006) considèrent que les comportements auxquels les patients ont recours pour tenter de produire un mot-cible ont une valeur communicative importante, qui augmente si la production est contextualisée. D'après

les auteurs, les descriptions et gestes ont une efficacité communicative supérieure aux approches sémantiques.

3.2.3.2. Typologies des stratégies dénominatives de Tran

Tran (2000) propose une classification complémentaire des stratégies dénominatives. L'auteur précise que l'on ne peut identifier une production comme étant stratégique que si le patient manifeste sa conscience du manque du mot et fait appel à tous les moyens dont il dispose pour aboutir à la production du mot-cible ou tout au moins se faire comprendre. Tran distingue ainsi trois types de stratégies :

- Les **stratégies adaptatives** :

Le patient cherche à s'adapter à ses difficultés en utilisant les éléments linguistiques dont il dispose. Il produit ainsi des paraphrasies accompagnées de modalisations, des dénominations vides ou génériques ou des circonlocutions linguistiques ou référentielles.

- Les **stratégies facilitatrices** :

Le patient cherche à faciliter la production du mot-cible en ayant recours aux connaissances linguistiques ou référentielles conservées. Ces stratégies sont **linguistiques** si le patient utilise des propriétés formelles phonologiques ou graphémiques, contextuelles ou constructionnelles, ou s'il exploite le caractère homophonique du mot. Les stratégies **référentielles** reposent sur les connaissances référentielles que le patient détient sur le mot-cible, ou sur l'expérience personnelle qu'il entretient avec le référent. Les stratégies facilitatrices gestuelles consistent à employer un geste pour aider la production du mot-cible.

- Les **stratégies de compensation** :

Le patient contourne consciemment ses difficultés à produire le mot en utilisant un néologisme, c'est-à-dire une nouvelle dénomination respectant les règles constructionnelles (morphologiques, sémantiques et syntaxiques). Le patient peut également avoir recours à un geste qui se substitue à la production du mot-cible.

3.2.3.3. Grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination d'images de Tran

Tran a développé une version enrichie de grille d'analyse des réponses permettant de rendre compte de l'ensemble des énoncés produits par les locuteurs aphasiques en dénomination d'images. Cet outil, ainsi que les deux autres présentés ci-dessous, ne sont pas encore publiés et nous ont été communiqués par l'auteur à titre personnel.

L'auteur propose notamment de calculer la proportion d'erreurs ainsi que la proportion des stratégies dénominatives, leur adaptation et leur efficacité. L'examineur relève aussi l'influence des variables linguistiques sur les performances dénominatives du patient.

Dans cette grille (**Annexe 1, page 3**), l'ensemble des comportements dénominatifs est pris en compte. L'examineur répertorie donc les comportements déficitaires (absence de réponse, erreur de reconnaissance visuelle, paraphasie lexicale sans modalisation, etc.) ainsi que stratégiques (s'appuyant sur la forme, le sens ou la structure). Deux approches stratégiques sont ajoutées : les approches s'appuyant sur le genre ou le nombre et les celles s'appuyant sur les possibilités combinatoires du mot recherché. Les approches mixtes sont également comptabilisées et consistent en plusieurs comportements dénominatifs ou plusieurs niveaux de déficit. Les réponses non verbales et les modalisations sont également répertoriées. Chaque stratégie est qualifiée en terme d'adéquation. Le temps de réponse est pris en compte.

3.2.3.4. Grille des savoirs lexicaux, aides efficaces et autres modes de production possibles du mot-cible de Tran

Tran propose d'utiliser une grille complémentaire à celle décrite précédemment afin de relever les éléments suivants :

- Les **aides proposées** : elles sont amenées en situation de dénomination d'images, lorsque le patient est confronté au manque du mot. Elles peuvent porter sur le sens, la forme, le genre ou le nombre ou le caractère combinatoire du mot recherché.

- Les **savoirs lexicaux** : ce sont les connaissances linguistiques que le patient détient sur le mot-cible ou sur son référent. Ils peuvent être repérés au travers des conduites stratégiques du patient ou par le biais d'épreuves telles que le classement par genre grammatical, la longueur, le jugement de rime ou encore la vérification de propriétés sémantiques. Tran (2000) a répertorié ces savoirs lexicaux puis les a réorganisés dans cette nouvelle grille à paraître. Ils peuvent être de nature **formelle** (informations phonologiques ou graphémiques, ou relatives à la longueur du mot), **sémantique** (savoirs sur la catégorie, les propriétés perceptuelles, fonctionnelles ou situationnelles), **flexionnelle** (savoirs sur le genre ou le nombre) ou **dérivationnelle** (savoirs sur le caractère composé ou affixé). Bajon (2001) a proposé une série de questions pouvant être utilisée en situation de dénomination d'images lorsque le patient est confronté au manque du mot.
- **Autres modes de production possibles du mot-cible** : le mot ne pouvant être produit en dénomination d'images peut parfois l'être par écrit, en lecture à voix haute ou sur répétition.

3.2.3.5. Profil dénominatif en situation discursive de Tran

Cet outil complète les deux précédents et permet d'estimer la fréquence des recherches lexicales et des productions déviantes, de qualifier le déroulement et l'informativité du discours, le comportement verbal à travers l'usage de stratégies, et le handicap communicationnel.

3.2.3.6. Comparaison des stratégies utilisées en dénomination d'images et en situation conversationnelle

Régnier et Roinel (2002) ont réalisé un mémoire comparant les stratégies dénominatives utilisées dans le discours et en dénomination d'images par les locuteurs aphasiques confrontés au manque du mot. Elles ont conclu qu'il n'était pas possible de réaliser une telle comparaison, dans la mesure où ces deux situations langagières sont différentes. L'objectif est davantage communicationnel en discours, et linguistique en dénomination d'images. En situation de langage spontané, il n'est pas pertinent de qualifier les stratégies d'adaptatives, facilitatrices ou

compensatoires. Ces termes font référence à une recherche de production de mot-cible, qui ne peut pas être contrôlée en situation conversationnelle. Les auteurs n'ont donc pas utilisé ces trois catégories de stratégies pour analyser le discours. Elles ont toutefois conservé la nature des approches : référentielle et formelle. Elles n'ont pas utilisé l'approche contextuelle car dans le discours toute production lexicale est réalisée dans un contexte.

Le travail de Régnier et Roinel visait également à évaluer l'efficacité des stratégies dans les deux situations langagières citées ci-dessus. Les auteurs constatent qu'il est rare d'avoir recours à une seule stratégie pour une même recherche lexicale. Cela a rendu difficile l'évaluation de l'efficacité de chaque stratégie et a posé la question de la nécessité pour les patients aphasiques de combiner plusieurs aides. Quant à la comparaison de l'efficacité des aides dans les deux situations, elle est difficile puisque les objectifs du locuteur y sont différents.

Les auteurs ont ainsi estimé pertinent de tenir compte de stratégies qui ne sont pas considérées comme telles en tâche de dénomination d'images :

- **Phrases inachevées avec tentative de reformulation** : aider la production du mot en l'insérant dans une autre phrase (comparable à l'approche combinatoire en dénomination d'images) ou utiliser une autre formulation
- **Stratégies par élimination** : manifester la conscience de l'inadéquation de la production, ce qui peut conduire l'interlocuteur à déduire le mot recherché.
- **Demande d'aide** : éviter une interruption du discours grâce à l'intervention de l'interlocuteur.

Les compétences et déficits relevés lors des évaluations permettent d'orienter les besoins rééducatifs des patients.

4. La rééducation du manque du mot

La prise en charge des patients aphasiques et plus particulièrement présentant un manque du mot s'aborde suivant différentes approches. Celles-ci couvrent les aspects linguistiques jusqu'aux aspects écologiques en fonction de ce qu'elles privilégient.

4.1. Les approches formelles

Les approches formelles de l'aphasie regroupent **approches empiriques, behaviouristes et cognitives**. L'objectif de ce type d'approche est de permettre au patient de récupérer sa parole ou en tout cas de **réduire un déficit langagier spécifique**. Elles se focalisent davantage sur les troubles linguistiques que sur l'aphasique lui-même.

4.1.1. L'approche empirique

Elle est basée sur **l'analyse du symptôme** : contexte d'apparition, moyens pour le réduire, etc. L'entraînement est ensuite intensif et progressif. La rééducation est perçue comme une stimulation et non comme un apprentissage car d'après les empiristes, ce sont les compétences sous-jacentes qui seraient momentanément inactives.

4.1.2. L'approche behaviouriste

Elle est basée sur la **modification de comportements** des patients pour obtenir un apprentissage. Elle fonctionne selon un système de renforcement d'après lequel les réponses correctes sont renforcées et les réponses incorrectes sont inhibées. D'après Lambert (2004), le point négatif de cette thérapie est de ne pas distinguer le déficit linguistique. En effet, le traitement serait le même pour tous les patients et donc ne prendrait pas en compte l'individualité du patient.

4.1.3. L'approche cognitive

Les thérapies cognitives se sont développées dans un second temps et se basent sur **l'analyse de modèles**. Elles sont issues de la recherche en neuropsychologie cognitive. Le thérapeute compare les productions des patients à des modèles et essaie de comprendre quels niveaux sont perturbés et quels niveaux sont encore intacts. Plus précisément, une analyse du fonctionnement des différentes composantes est effectuée comparativement à un modèle. Les résultats sont donc individualisés. Le thérapeute sollicite ensuite le patient via des tâches spécifiques qui entraînent les différents **domaines altérés qui sont sous-jacents aux troubles de surface**. D'après De Partz (2007), c'est au thérapeute, ensuite, de décider quelle stratégie utiliser concernant la rééducation. De plus, l'évaluation par ligne de base constitue l'indice majeur de l'efficacité ou non de la rééducation.

Les rééducations cognitives se basent sur les modèles théoriques les plus élaborés, et les modèles concernant la dénomination en font partie.

Selon cette approche, plusieurs thérapies sont possibles. Lambert (2004) explique qu'il est possible d'utiliser des techniques de facilitation ou bien de s'aider de l'orthographe.

Il est possible de travailler par l'évocation (de noms ou de verbes) en suivant la progression suivante : évocation fermée, semi-fermée puis ouverte.

Bon nombre des thérapies cognitives traitent des effets bénéfiques ou non des différentes **techniques de facilitation** pour retrouver le mot-cible. Quel que soit le type d'aphasie, la liste des diverses facilitations varie peu. Voici quelques exemples:

- Ébauche orale
- Lecture à haute voix
- Répétition
- Complétion de phrases
- Appariement

Le déblocage du mot-cible serait efficace via l'écrit chez les patients anomiques d'après Bachy-Langedock et De Partz (1989).

Dans ce type de prise en charge se pose la question des effets à long terme des techniques de facilitation.

L'exemple de la thérapie lexico-phonologique est présenté ci-dessous. Il constitue une partie de la thérapie " Au fil des mots " de Weil-Chounlamountry, *et al.* (2011) qui est une rééducation informatisée de la dénomination orale chez le sujet aphasique.

Les auteurs sont partis du constat que l'indiçage phonémique ne permettait pas un maintien à long terme du mot récupéré. Ils ont ensuite constaté que, couplé à d'autres tâches (répétition par exemple), il pouvait être efficace.

Cette thérapie comprend :

1. la reconstitution d'un mot écrit à partir de lettres présentées dans le désordre
2. la répétition de l'épellation du mot réalisée par le système puis la lecture du mot reconstitué
3. la copie avec verbalisation simultanée de chaque lettre
4. la copie différée du mot en verbalisant de nouveau chaque lettre simultanément
5. la lecture à haute voix
6. la dénomination écrite
7. la dénomination orale

Cet exemple de thérapie informatisée est cité car il s'agit d'une référence récente, que la thérapie s'approche d'une thérapie " papier " et que l'influence de l'ordinateur seul n'a pas été prouvée.

D'après Mazaux *et al.* (2007), même si elle est aujourd'hui incontournable, l'approche cognitive s'avère efficace dans des formes pures ou relativement modérées. En effet, dans les cas d'aphasie sévère, il paraît difficile d'entraîner spécifiquement des composantes altérées.

Concernant les limites de ces thérapies, une question de hiérarchie se pose alors. Les thérapeutes se demandent s'il faut privilégier l'efficacité communicationnelle, se concentrer sur la récupération linguistique ou encore combiner les différents types d'approches.

4.2. Les approches fonctionnelles

4.2.1. Les thérapies pragmatiques

Ces thérapies ont pour but d'aider le patient à mieux communiquer. Il est replacé dans un contexte social. Il est considéré dans son interaction avec ses interlocuteurs et c'est l'aspect fonctionnel du langage qui est mis en avant (la récupération linguistique est considérée dans un second plan). Les thérapies pragmatiques s'intéressent à la restauration d'une communication efficace en s'appuyant sur le potentiel présent du patient. On s'appuie sur ses **capacités verbales, non verbales mais aussi paraverbales** (Iché *et al.*, 2012). L'approche pragmatique utilise donc tous les canaux à disposition du patient.

Lissandre *et al.* (2007) considèrent que les stratégies alternatives telles que les langages gestuels (Langue des Signes Française, signes amérindiens), les langages visuels (ex : Visual Action Therapy), le dessin, les carnets de communication et les aides techniques font partie des thérapies pragmatiques.

Pour réduire le handicap communicationnel, les thérapeutes cherchent à contourner le déficit linguistique afin de maintenir au maximum les échanges sociaux participant à la qualité de vie du patient.

Le thérapeute propose au patient d'une part des situations d'échange naturel, et d'autre part des stratégies palliatives. L'approche pragmatique se centre sur les compétences communicatives du patient et sur les capacités d'adaptation des partenaires de communication.

4.2.2. La thérapie PACE (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness)

La PACE de Davis et Wilcox (1981) permet de constater si le patient est capable de fournir un maximum d'informations pertinentes via tous les canaux de communication pour faire deviner à son interlocuteur les divers référents qu'il a sous les yeux. Il s'agit d'une thérapie qui vise l'**efficacité communicationnelle** et permet d'améliorer ses deux versants: expressif et réceptif. Le comportement du patient vis-

à-vis de son interlocuteur et l'alternance des rôles sont analysés et travaillés lors des séances.

La thérapie comprend trois étapes :

- **L'observation** : entre 5 et 10 séances durant lesquelles le thérapeute est observateur et note les possibilités communicatives du patient.
- **Le modelage** : le thérapeute oriente le patient dans l'utilisation de certaines stratégies.
- **L'après - PACE** : utilisation de la PACE de façon plus écologique (en thérapie de groupe par exemple).

4.3. Les thérapies de type écologique

Malgré des prises en charge intensives et le constat de réels progrès en séance, le fait est que ces progrès ne se retrouvent pas forcément dans les échanges quotidiens.

Les approches écosystémiques et psychosociales s'intéressent au handicap de façon plus globale. L'environnement du patient est donc pris en compte.

Feuillet et Wagogne-Marechal (2005) ont expérimenté une thérapie écosystémique. Les auteurs ont travaillé avec un patient présentant un manque du mot. Plusieurs rendez-vous avec la famille ont permis aux auteurs de constater des échanges peu efficaces et de donner des conseils pour faciliter la communication. Lors de la première séance, les auteurs ont filmé puis analysé des échantillons de conversations familiales. Elles ont relevé des attitudes freinant la communication (non-respect des tours de parole, exclusion du patient de la conversation, etc.) mais également des attitudes la favorisant (recours aux gestes et aux expressions faciales de la part du patient, feed-backs de la part de la famille). La deuxième séance consistait à visionner le film, avec analyse. Les troubles cognitifs et phasiques du patient ont été ré-expliqués, et les auteurs ont proposé d'intégrer de nouveaux comportements communicatifs. Lors de la troisième séance, la thérapie PACE a été utilisée avec des objectifs à atteindre, définis au préalable (tours de parole, reformulation, feed-backs). Les quatrième et cinquième séances visaient à renforcer

ces comportements. Les sixième et septième séance ont servi à la visualisation d'un nouveau film.

Des progrès ont été notés concernant les objectifs à atteindre et des difficultés pour le patient à utiliser divers canaux de communication ont été relevées. Cette étude montre qu'une guidance et un entraînement peuvent faire varier les comportements de l'entourage et permet ainsi d'adapter l'environnement communicationnel du patient. Cette thérapie écosystémique aurait pu être proposée plus tôt et être couplée à une intervention traditionnelle en amont.

Salthouse (1987) et Eustache (1991) cités par Kioua (1998) émettent l'idée que la mise en œuvre de stratégies compensatoires serait plus simple dans la vie quotidienne qu'en séance. Le contexte serait facilitateur pour les développer.

L'auto-indiçage pourrait être un lien entre les séances et la vie quotidienne. Entraîner les patients à s'auto-indicer pourrait faire évoluer favorablement le langage spontané (Méthé *et al.*, 1993).

La question du transfert consiste à passer progressivement de situations travaillées en rééducation à des situations naturelles. Cependant, ce fait n'est pas toujours abordé dans la rééducation et fait souvent défaut au patient.

Les thérapies de groupe peuvent être une solution pour travailler des thèmes abordés en séance ou encore être le lieu d'utilisation de diverses stratégies.

Pourquoi le transfert est-il problématique dans la prise en charge? L'orthophoniste a l'habitude dans son quotidien professionnel de s'adapter aux capacités communicationnelles de ses patients. Or, les interlocuteurs, familiers ou non, n'ont pas cette habitude. Le transfert ne se fait donc pas naturellement, il doit être préparé avant le retour au domicile du patient. Lorsque les proches ne sont pas inclus dans le traitement, le patient peut vite perdre confiance en lui. En effet, s'il ne parvient à reproduire ce qu'il a appris en séance et que ses aidants n'ont pas les clés pour lui venir en aide, le sujet se trouvera découragé bien plus vite. D'après Ferguson (1992), les partenaires participent au développement de la conversation en les aidant à trouver leurs mots.

Sujets, matériel et méthode

1. Principes généraux du protocole

1.1. Fondements et objectifs du protocole

Dans ce travail le terme manque du mot sera employé pour faire référence au **déficit de production lexico-phonologique** : trouble d'accès au lexique phonologique de sortie ou trouble plus spécifiquement phonologique. Les troubles sémantiques ne seront donc pas concernés par ce travail.

Les patients aphasiques présentant un manque du mot disposent généralement de **compétences communicationnelles préservées** (pragmatiques, gestuelles, prosodiques, etc.) Ils peuvent avoir recours à ces capacités, ainsi qu'à leurs compétences linguistiques résiduelles, pour compenser leur trouble lexical. Certaines personnes aphasiques mettent en place spontanément des stratégies pour pallier le manque du mot et maintenir ainsi une communication efficace. D'autres ont besoin d'un accompagnement par l'orthophoniste pour réussir à développer des stratégies, et/ou à inhiber des stratégies inadaptées.

Ce travail a consisté à élaborer un **protocole d'entraînement** pour permettre au patient aphasique de développer des **stratégies communicationnelles** efficaces en situation de **langage spontané**. Le but n'est pas d'amener le patient à la production d'un mot-cible, mais de l'inciter à utiliser ses compétences préservées pour se faire comprendre par l'interlocuteur. L'objectif visé est l'**efficacité communicationnelle**.

Ce protocole est destiné à être utilisé en complément de la rééducation classique du manque du mot. En effet, la prise en charge traditionnelle est un travail analytique visant à réduire les déficits linguistiques. Dans le cas du manque du mot, la rééducation a pour objectif de restaurer l'accès à la forme du mot-cible. Quant au travail ici présenté, il ne prétend pas diminuer le trouble langagier. Il vise à limiter les conséquences du trouble sur les échanges dans la vie quotidienne. Ce protocole s'inscrit dans les **approches pragmatique et écologique** de la rééducation de l'aphasie.

1.2. Caractéristiques de la population recrutée

Le protocole a été expérimenté auprès de **quatre patients aphasiques**, à raison de **trois séances par semaine** pendant **deux mois** afin de vérifier son efficacité. Toutes les séances ont été filmées pour permettre une analyse précise de l'évolution de l'emploi des stratégies.

1.2.1. Critères d'inclusion

Les patients ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants :

- présence d'un **manque du mot** au sens de trouble d'accès au lexique phonologique de sortie et/ou trouble spécifiquement phonologique
- préservation relative de la **compréhension orale simple** afin que le patient puisse comprendre les situations conversationnelles et les sollicitations proposées par l'orthophoniste : 100% des questions posées lors des entretiens doivent être comprises.

1.2.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- trouble de production lexicale lié à un **déficit sémantique** : le patient doit pouvoir s'appuyer sur les connaissances sémantiques qu'il détient sur les mots auxquels il ne peut accéder. 75 % des items d'appariement sémantique doivent être réussis.
- signes cliniques de **pathologie neurodégénérative** : la conscience du trouble et les connaissances sémantiques, mnésiques et exécutives doivent être préservées durant toute la mise en œuvre du protocole.
- absence d'**anosognosie** car le protocole consiste à amener le patient à dépasser lui-même ses difficultés.

Il a paru important de sélectionner des patients ne présentant pas tous le même type d'aphasie. Cela permettra de démontrer l'efficacité éventuelle du protocole auprès de patients dont le tableau clinique est différent.

1.3. Méthodologie employée

1.3.1. Outils diagnostiques utilisés pour le recrutement de la population

Ces outils ont permis de sélectionner les patients en vérifiant que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés.

Un bref descriptif des tests suivants est présenté en **annexe 2, page 4**.

- **Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86) de Nespoulous et al. (1992)** : ce test a permis d'obtenir un profil global des capacités et difficultés des patients. Ces épreuves concluent sur le degré de préservation de la compréhension orale et sur le type de manque du mot présenté par les patients.

- **Batterie d'Examen de la Dénomination (Exadé) de Bachy-Langedock (1988)** : ce test a permis d'identifier la présence d'un manque du mot. Seule l'épreuve de base de 90 items a été utilisée. Les réponses des patients ont été étudiées à l'aide de la grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination d'images de Tran.

- **Test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique (Lexis) de Partz et al. (2001)** : cet outil est constitué de trois épreuves : dénomination d'images, désignation d'images, appariement sémantique d'images. Seules les épreuves de désignation et d'appariement ont été utilisées. Ce test a permis de s'assurer de l'absence d'un déficit lexico-sémantique et d'un trouble de la compréhension lexicale orale.

- **Test Lillois de Communication (TLC) de Rousseaux et al. (2001)** : cet outil est constitué de trois épreuves : interview, débat, situation PACE. Il a permis d'analyser les compétences pragmatiques, non verbales et verbales préservées chez les patients.

La fréquence et l'efficacité des stratégies utilisées ont été analysées.

Le protocole complet d'évaluation diagnostique a été proposé à un patient qui n'a pu faire partie de l'étude. En effet, la compréhension orale simple était très altérée. Moins de 50% des questions étaient correctement comprises lors des entretiens dirigés. De plus, le patient avait déjà mis en place des stratégies de compensation efficaces, malgré un discours fortement réduit.

1.3.2. Ligne de base

Pour ce travail, des tâches similaires mais non identiques à celles du protocole ont été présentées aux patients afin de constituer une ligne de base. Ces tâches ont été à nouveau proposées à la fin du protocole. Cela pourra permettre de montrer ou non **l'efficacité de l'entraînement** réalisé.

Une seconde tâche n'ayant aucun lien avec les compétences testées par la première ligne de base a été présentée. Il s'agit de l'empan de chiffres endroit et envers. Cela devrait permettre d'identifier si les progrès réalisés par le patient sont liés aux séances réalisées ou à la **récupération spontanée**.

2. Élaboration du protocole

2.1. Descriptif des situations conversationnelles de la ligne de base

2.1.1. Supports proposés

Les supports de la ligne de base sont composés d'une **photographie**, d'un **thème de conversation classique** et d'une **situation fictive d'échange (Annexe 3, page 6)**. La photographie représente des jeunes filles qui boivent un verre. La consigne donnée est : " Pouvez-vous me raconter ce qui se passe sur cette image? " La conversation classique est un débat sur les enfants et les jeux vidéos. La sollicitation est : " Que pensez-vous des enfants et des jeux vidéos? " La situation fictive consiste pour le patient à raconter un évènement qui l'a agacé dans la file d'attente d'un magasin. La consigne est la suivante : " Imaginez qu'un évènement s'est produit dans la file d'attente d'un magasin. Racontez-moi ce qui a pu vous vexer ".

Dans chaque situation proposée, nous cherchons à relancer le discours

du patient aussi souvent que nécessaire. Les énoncés de relance n'ont pas été écrits préalablement puisqu'ils dépendent de la production du patient.

Les corpus recueillis lors de la passation des lignes de base pré et post-entraînement sont transcrits selon les conventions utilisées dans le Corpus du Français parlé (Université de Provence) mises en place par l'équipe D.E.L.I.C. (Description Linguistique Informatisée sur Corpus). Les conventions de transcription sont présentées en **annexe 4, page 7**.

Cette ligne de base a été soumise à trois patients pris en charge en centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. Un bilan général de l'aphasie avait déjà été réalisé. Les patients correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion et présentaient un manque du mot (au sens de trouble d'accès au lexique phonologique de sortie ou de trouble plus spécifiquement phonologique). Le TLC leur a été proposé, ainsi que la ligne de base. Cela a permis de vérifier la pertinence des épreuves choisies.

Il a en effet été possible d'identifier, grâce aux supports proposés, les stratégies communicationnelles utilisées par les patients. L'efficacité de ces stratégies a pu être évaluée et un plan d'entraînement a été dressé.

Ces trois essais ont également permis une réflexion sur le degré de sévérité du manque du mot ciblé par ce travail. En effet, l'un des patients présentait un léger trouble de production lexicale mais aurait pu bénéficier de cet entraînement car les difficultés étaient compensées de façon peu adéquate et altéraient parfois l'informativité. Un second patient présentait une expression orale très altérée, limitée à des stéréotypies. L'entraînement n'aurait pu lui être proposé dans l'immédiat mais sans doute à un stade de récupération plus avancé. En effet, le langage oral était trop réduit. Un troisième patient aurait pu bénéficier du protocole car il correspondait aux critères fixés.

Ces trois patients n'ont pas été inclus dans le protocole définitif dans la mesure où ils avaient déjà été confrontés à la ligne de base.

2.1.2. Consignes de passation

Les épreuves de la ligne de base sont présentées une première fois avec uniquement les consignes simples décrites ci-dessus permettant un échange conversationnel à partir des supports.

Dans un second temps, nous expliquons précisément au patient l'objet du protocole de rééducation proposé dans le cadre du mémoire. L'énoncé explicatif est le suivant : " Notre mémoire a pour but de travailler les stratégies de compensation du manque du mot. (Ré expliquer éventuellement ce qu'est le manque du mot). Quand vous vous trouvez dans une situation dans laquelle vous cherchez un mot, le but sera de contourner ce problème en essayant de trouver d'autres façons de vous faire comprendre. L'important est que la personne avec laquelle vous discutez vous comprenne, même si vous ne parvenez pas à retrouver le mot exact. Par exemple, vous pouvez faire des gestes, écrire, dessiner, décrire l'objet dont vous parlez, dire à quoi il sert, etc. ". Il est possible de s'appuyer éventuellement sur l'exemple d'une stratégie utilisée par le patient dans une situation précédente pour expliciter.

Après cette explication, les supports de la ligne de base sont présentés une seconde fois au patient. Les sollicitations proposées lors des échanges recueillis ensuite sont destinées à relancer le discours et non à inciter l'emploi de stratégies lors de situations de manque du mot. Cela permet d'identifier les stratégies facilement mobilisables et de constater si cette consigne suffit à elle-seule pour inciter le patient à utiliser des stratégies communicationnelles ou si un entraînement spécifique est nécessaire.

2.2. Descriptif des situations conversationnelles du protocole

2.2.1. Les différents niveaux d'intervention

Le protocole suit une **progression logique**. Il propose dans un premier temps des situations conversationnelles fonctionnelles, et dans un second temps des situations écologiques. Le travail analytique de rééducation du manque du mot n'a pas été inclus dans le protocole car il est réalisé au cours de la rééducation classique

dont le patient bénéficie lors de ses séances habituelles. En effet, la rééducation classique inclut généralement des exercices de traitement sémantique (tri catégoriel, formulation de définitions à partir des traits sémantiques du référent), de traitement phonologique, d'élaboration de phrases ou encore d'emploi des gestes, du dessin et de l'écrit (dans le cadre de supports tels que la PACE). Les compétences développées lors de ces activités facilitent l'accès aux stratégies communicationnelles. Par exemple, le travail autour des traits sémantiques rend plus accessibles les circonlocutions référentielles, les approches sémantiques et les mots sémantiquement proches (ces stratégies sont décrites ci-dessous dans la partie " Démarche d'entraînement des stratégies ").

2.2.1.1. Niveau fonctionnel

Les situations fonctionnelles visent à se rapprocher au maximum des échanges conversationnels de la vie quotidienne. **Trois types de situations conversationnelles** sont proposés et décrits ci-dessous.

2.2.1.1.1. Commentaires à partir d'une scène imagée

Le patient commente la photographie proposée (ce qui se passe, les émotions des personnages, ce qui a pu se passer avant, ce qui pourrait se passer après, etc.). Proposer des situations imagées permet de limiter la **charge mnésique** et de ménager les **capacités d'abstraction**. Cela permet également de contrôler davantage la production attendue.

Les photographies (**Annexe 5, page 9**) ont été choisies pour leur capacité à susciter l'intérêt du patient, et pour la variété des échanges qu'elles permettent. Certaines photographies ont été sélectionnées car elles permettent d'aborder l'expression des émotions.

2.2.1.1.2. Situations conversationnelles naturelles

En comparaison avec les scènes imagées, ces situations d'échange entre le sujet et nous-mêmes sont plus **naturelles** et plus proches des conversations de la vie quotidienne. En comparaison avec les situations conversationnelles fictives, elles ont l'intérêt de ne pas faire appel aux **capacités d'abstraction** du patient. Ces situations consistent à proposer des sujets de conversation autour desquelles le patient et nous-mêmes pouvons échanger (ex : Films/Livres préférés, Raconter un évènement précis). Les thèmes de discussion (**Annexe 6, page 16**) ont été choisis pour susciter l'intérêt du patient. Différentes situations de discours sont proposées : discours procédural, descriptif/explicatif, narratif et argumentatif. En effet, il semble important de varier les **types de discours** afin de représenter l'ensemble des types d'échange que le patient peut avoir au quotidien.

2.2.1.1.3. Situations conversationnelles fictives

Il s'agit de conversations aux thèmes imaginés (**Annexe 7, page 17**). Une première série de cartes contient des **contextes d'échange** (ex : dans un magasin), chacun écrit d'une couleur différente. Une seconde série de cartes contient les **contenus d'échange** se rapportant aux contextes (ex : se renseigner sur un produit, signaler une erreur de facturation, etc.). Les différentes cartes de contenu se rattachant au même contexte portent la même couleur que celle du contexte. Cela facilite le tri des cartes. Le patient pioche une carte sur laquelle il y a une proposition de contexte et nous la montre. Le contexte est donc connu des deux interlocuteurs. Le patient joue toujours son propre rôle tandis que nous tenons celui de l'interlocuteur fictif. Le patient pioche ensuite une carte avec un contenu de discours sans nous la montrer. Cela permet de rester dans une situation d'**échange réel d'informations** puisque nous ne savons pas à l'avance ce que le patient va dire.

Nous avons créé des contenus de discours proches, à partir du même contexte, pour que nous ne devinions pas de quelle carte il s'agit. Les cartes ayant déjà été utilisées sont retirées au fur et à mesure afin de ne pas présenter plusieurs fois la

même situation au patient. Le nombre de cartes créées est supérieur au nombre de séances réalisées, afin que nous ne puissions pas connaître les cartes restantes lors des dernières séances du protocole.

Les situations fictives ont l'intérêt de mettre le patient en situation d'**initier l'échange**, ce qui représente souvent une difficulté pour les personnes aphasiques. Puisque nous ne connaissons pas le contenu du discours, c'est au patient de débiter la conversation et de faire comprendre à l'interlocuteur l'objet de la discussion.

Tout comme pour les situations conversationnelles naturelles, différents types de discours sont proposés : discours procédural, descriptif/explicatif, narratif, argumentatif. Pour éviter trop d'efforts cognitifs, il sera possible de prévoir à l'avance quelques éléments de l'échange afin que le patient se concentre davantage sur son discours que sur l'imagination du scénario.

La carte expliquant le contenu de l'échange peut être adaptée : histoire en images ou enregistrement vocal à écouter au casque si le patient a une alexie ou des troubles visuels.

2.2.1.2. Niveau écologique

Des **situations conversationnelles écologiques** sont proposées au patient, d'abord **au sein de la structure** qui l'accueille puis **à l'extérieur**, ainsi qu'**au téléphone**. Les interlocuteurs rencontrés sont d'abord des personnes proches, puis des partenaires de communication occasionnels et enfin des partenaires nouveaux. Cette étape permet de vérifier le **transfert** des stratégies à la vie quotidienne. Les situations proposées s'adaptent aux difficultés et à la demande des patients.

2.2.2. Progression dans l'utilisation des supports

Pour la partie fonctionnelle, nous avons d'abord pensé utiliser toutes les situations imagées, puis toutes les situations naturelles et enfin l'ensemble des situations fictives. Il nous a finalement semblé qu'une telle hiérarchisation des différents supports n'était pas pertinente car les trois types de situations ne sont pas

classables en degré de complexité. Finalement, à chaque séance, un élément de chacun des trois types de supports est proposé au patient.

Au départ il a été question de sélectionner des supports qui se prêtent davantage à une stratégie en particulier (gestes, dessin par exemple). Cela n'était finalement pas pertinent car n'importe quel support permet de développer l'ensemble des stratégies.

3. Démarche d'entraînement des stratégies

3.1. Les différentes stratégies communicationnelles

Cette liste des stratégies pouvant être développées est fondée sur la grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination orale de Tran. Seules les conduites applicables à l'échange conversationnel ont été retenues. Les comportements liés à l'activité de dénomination ne sont pas visés par ce protocole d'entraînement.

Les mimiques faciales, le dessin, la représentation schématique et le langage écrit ont été ajoutés pour les besoins du protocole car ils représentent des stratégies mobilisables dans le discours (la production écrite du mot est intégrée dans la grille concernant " les autres modes de production possibles " de Tran).

Le terme de " mots sémantiquement proches associés à des modalisations " a été inclus pour faire référence aux conduites d'approche sémantique construites à partir d'un seul mot (ex : pour le mot-cible " métro ", la production " bus, non " sera ici qualifiée de " mot sémantiquement proche " ; la production " bus, train, tram, non " sera qualifiée de conduite d'approche sémantique, conformément à la classification de Tran).

Les différentes stratégies sont les suivantes :

- **Circonlocutions référentielles**
- **Gestes** (référentiels, déictiques, etc.), mimiques faciales, dessin, représentation schématique, langage écrit
- **Mots sémantiquement proches** associés à des modalisations (il ne s'agit pas de

paraphrasies sémantiques car le patient a conscience de l'inexactitude du mot produit)

- **Conduites d'approche sémantique** (plusieurs mots proches sémantiquement produits successivement)
- **Conduites d'approche formelle** (si le patient en produit déjà, elles peuvent être encouragées car elles sont plus informatives qu'une absence de production)
- **Conduites d'approche constructionnelle**, ce qui correspond aux néologismes (si le patient en produit déjà)
- **Modalisations et demandes d'aide** (les demandes d'aide sont considérées comme des stratégies dans le mémoire de Régnier et Roinel, 2002)

3.2. Progression dans l'entraînement des stratégies

Il a d'abord été question de renforcer toutes les stratégies à la fois. Cela aurait permis au patient de s'apercevoir que lors de la recherche lexicale, différentes stratégies peuvent être efficaces pour un même mot-cible. Cela aurait également entraîné la flexibilité du patient, qui aurait dû rapidement trouver la stratégie la plus à même de maintenir l'échange.

Finalement, chaque stratégie a été entraînée **une par une** pendant plusieurs séances consécutives. Il a en effet semblé que le développement simultané de toutes les stratégies aurait été trop complexe pour le patient. Lorsque le recours à la compensation n'est pas spontané, le patient a besoin de temps pour s'approprier chaque stratégie, découvrir son intérêt et l'utiliser dans différentes situations. Au fur et à mesure des séances, nous veillons à inciter le patient à continuer d'employer les stratégies entraînées précédemment. Cela permet de maintenir les nouvelles habitudes prises et de continuer à renforcer leur **transfert** en situation spontanée. Cela développe également la **flexibilité** car le sujet doit sélectionner une stratégie parmi plusieurs disponibles.

3.3. Sollicitations proposées pour entraîner les stratégies

Lorsque nous introduisons une nouvelle stratégie, nous expliquons au patient en quoi elle consiste et insistons sur son intérêt communicationnel. Nous étayons par des exemples concrets. Si le patient utilise déjà la stratégie visée de façon occasionnelle, les exemples proposés s'appuient sur les situations où il les a employées. Dans le cas contraire, les exemples peuvent être inventés.

Concernant les gestes, les explications peuvent être les suivantes au début de l'entraînement : " Lorsque vous bloquez sur un mot, essayez de me faire comprendre de quoi il s'agit en faisant un geste. S'il s'agit d'un objet, vous pouvez le désigner si celui-ci est autour de vous. Vous pouvez aussi mimer pour me montrer comment il s'utilise ou quelle forme il a ". Plusieurs exemples sont ensuite fournis.

Après cette consigne, l'entraînement de la stratégie débute. Cette explication est réitérée à chaque début de séance et étayée par des exemples. De plus, lors de chaque situation de manque du mot, nous incitons le patient à avoir recours à la stratégie visée (ex : " Vous cherchez à décrire physiquement votre soeur. Pouvez-vous faire un geste pour désigner la partie du corps dont vous voulez parler? " ; ou encore " Vous parlez de ses cheveux. Vous pouvez montrer leur longueur sur vous-même, ou encore me montrer leur couleur en désignant un objet de même couleur qui se trouve dans la pièce.").

Si le patient se focalise encore sur la production du mot-cible, dès que nous comprenons le message (souvent après un temps de latence important) nous fournissons la façon dont la stratégie aurait pu être utilisée (ex : " J'ai bien compris que vous vouliez dire qu'elle est brune, mais cela a pris du temps. En utilisant un geste, j'aurais pu comprendre plus vite ce que vous vouliez me dire. Vous avez eu des difficultés à utiliser un geste comme je vous l'ai proposé. Vous auriez pu désigner vos cheveux, puis cet objet qui est noir. Vous auriez aussi pu désigner mes cheveux, qui sont noirs également. ").

Chaque fois que le patient emploie la stratégie, que ce soit sur incitation ou spontanément, nous insistons sur l'efficacité communicationnel de cet emploi. Au fur et à mesure des séances, nous laissons un temps de latence plus important au

patient avant de l'inciter à employer une stratégie. L'objectif est en effet que le patient puisse avoir recours à la stratégie sans incitation.

Le patient est informé du passage à la stratégie suivante et celle-ci lui est présentée de la même manière que la précédente. Nous lui expliquons également que cette nouvelle stratégie sera proposée à chaque situation de manque du mot, mais que la ou les stratégies précédentes seront encore sollicitées, notamment lorsque la nouvelle stratégie met le patient en difficulté dans une situation précise, ou si la stratégie est peu adaptée au message visé (ex : stratégie gestuelle pour décrire un concept abstrait).

3.4. Ordre d'entraînement des stratégies

Suite aux épreuves diagnostiques et à celles de la ligne de base, nous dressons la liste des stratégies à renforcer, à mettre en place et à inhiber. L'ordre d'entraînement des stratégies dépend de leur facilité à être mobilisées. Celles qui le sont facilement sont travaillées les premières. Nous estimons au cas par cas le nombre de séances à allouer à chaque stratégie, selon l'ensemble des compétences du patient. Les critères pour se consacrer à la stratégie suivante sont : l'utilisation plus fréquente de la stratégie (en comparaison avec son emploi lors de la ligne de base), son utilisation spontanée ou au contraire l'échec de l'entraînement (le patient n'utilise pas la stratégie, y compris sur demande, au-delà de dix séances). Ces éléments peuvent être modulés en fonction de l'évolution du patient et de sa demande.

4. Présentation des sujets

4.1. E.M.

4.1.1. Éléments diagnostiques

Age : 50 ans

Latéralité : dextre

Profession : employée de banque

Langue maternelle : Français

Étiologie : Accident vasculaire cérébral en Juillet 2012

Motricité : hémiparésie droite

Dates d'évaluation : du 11/12/2012 au 21/12/2012

Date de la ligne de base pré-entraînement : 21/12/2012

Dates des séances : du 08/01/2013 au 07/03/2013

Date de la ligne de base post-entraînement : 08/03/2013

4.1.1.1. Langage spontané

- Non fluent mais informatif
- Stéréotypie "Je sais pas, je sais plus"
- Manque du mot : temps de latence ou absence de production
- Appui des déterminants pour produire les mots-cibles
- Pas d'emploi de gestes pour compenser les difficultés
- Réalisation phonétique préservée
- Pas de paraphrasies phonémiques ni sémantiques
- Présence d'un agrammatisme difficilement évaluable compte-tenu de la réduction langagière

4.1.1.2. Dénomination orale

	Score (sans ébauche, sans latence)	Ébauches efficaces/total ébauches	Types d'erreurs	Commentaires
MT86	20/31	7/10 (8 phonémiques, 2 phonémiques et contextuelles)	- 1 item hors-temps - Nombreuses absences de réponse et stéréotypies - 2 paraphasies sémantiques (" paysage " pour " montagne ", " duffle-coat " pour " manteau ")	- Emploi adapté des déterminants - 2 conduites d'approche syllabique (" po...pomme ", " vi...village ")
Exadé	50/89	22/33 (phonémiques)	- Nombreuses absences de réponse et stéréotypies - 8 paraphasies sémantiques (ex : " coussin " pour " fauteuil ") - 1 paraphasie formelle (" lampe " pour " loupe ") - 1 paraphasie lexicale simple (" compas " pour " boussole ") - 1 paraphasie morphologique (" sucre " pour " sucrier ") - 1 circonlocution (" il passe le temps " pour " sablier ")	- Effet de fréquence et de longueur - 11 ébauches inefficaces : 5 conduisent à absence de réponse et 6 à des paraphasies

Tableau V : Résultats aux épreuves de dénomination de E.M.

Exadé : item " manteau " retiré des scores car réponse " duffle-coat " correcte mais ne correspondant pas aux critères linguistiques attendus

4.1.1.3. Traitement sémantique

Lexis appariement sémantique : score de 152/160.

On ne constate pas d'effet de fréquence. Parmi les erreurs réalisées, cinq sont des distracteurs visuels et trois sont des distracteurs neutres.

Le traitement sémantique n'est pas altéré et le taux de réussite s'élève à 95%. Le seuil de réussite minimale pour ce travail est fixé à 75%.

4.1.1.4. Résultats complémentaires

Expression orale	Praxies bucco-faciales sur commande verbale : 1/6 sur imitation : 4/6 (faible amplitude) Apraxie bucco-faciale sur commande verbale	Langage automatique préservé	Répétition pas de troubles de la répétition des mots, des phrases et des chiffres		
Compréhension orale	Interviews dirigées préservée	Images préservée (6/6 au MT86 et 76/80 en désignation du Lexis)	Parties du corps 2 absences de réponse	Phrases altérée (31/38) pour les phrases complexes	Manipulation sur consignes altérée (6/8)
Expression écrite	Copie préservée	Dictée altérée (13/35) mots : préservée phrases : impossible	Dénomination altérée (26/31)	Questionnaire écrit réponses réduites, paragraphes lexicales sur les chiffres	Discours narratif fortement réduit
Compréhension écrite	Images préservée	Parties du corps 2 absences de réponse	Phrases préservée	Texte préservée	
Lecture	Mots 25/30 substitutions phonémiques, lexicalisation des logatomes	Chiffres 2/8 très altérée, paralexies lexicales et/ou sémantiques	Phrases 1/3 substitutions de mots visuellement ou sémantiquement proches	Textes substitutions de mots visuellement et sémantiquement proches, corrections spontanées	

Tableau VII : Résultats aux épreuves du MT86 et au Lexis - Désignation de E.M.

4.1.1.5. Communication

Attention et motivation à la communication	6/6 : + 0,38 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Communication verbale	23/30 : - 4,49 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets ; - 5,63 écart-type par rapport à la moyenne des sujets de la même classe d'âge ; - 5,84 écart-type par rapport à la moyenne des sujets de niveau socio-culturel 2
Communication non verbale	16/30 : + 0,16 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Score global	69,38/100 : - 1,71 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Epreuve PACE : manifeste sa difficulté à trouver un moyen pour faire deviner; malgré plusieurs exemples - Pas d'emploi de gestes, y compris lors de la 2e série (descriptions verbales succinctes uniquement) - Engagée dans l'interaction, compétences pragmatiques préservées, bonne compréhension des sollicitations verbales et non verbales

Tableau VIII : Résultats du TLC de E.M.

4.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le bilan met en évidence :

- un manque du mot
- des connaissances sémantiques préservées (152/160)
- une bonne compréhension orale simple (100% des questions posées en interviews dirigées sont comprises)
- une conscience des difficultés

E.M. présente un manque du mot important probablement dû à un trouble d'accès au lexique phonologique de sortie. En effet la répétition est préservée, la lecture à voix haute est peu altérée (mots : 25/30) et l'ébauche phonémique est efficace à 67% sur le total des deux épreuves de dénomination.

4.1.3. Lignes de base

Empan arithmétique : L'empan endroit est de trois items et l'empan envers est de deux.

Situations discursives : Aucune stratégie de compensation n'a été utilisée pour pallier la réduction discursive, ni dans la première phase ni dans la seconde. La sollicitation donnée lors de la seconde phase n'a pas eu d'impact ; un entraînement paraît donc nécessaire à la mise en place des stratégies. Le corpus est présenté en **annexe 8, page 23**.

4.1.4. Plan d'entraînement des stratégies

Stratégies à développer :

Elles sont présentées dans l'ordre d'entraînement prévu :

- Gestes, expressions faciales, dessin, représentation schématique
- Circonlocutions référentielles
- Conduites d'approche sémantique et mot sémantiquement proche
- Modalisations et demandes d'aide

Les approches formelles et constructionnelles ne seront pas développées car la patiente ne produit pas de paraphrasies formelles ni de néologismes. L'écrit ne fera pas l'objet d'un travail spécifique car il sera peu aidant compte-tenu de son altération.

Stratégies à inhiber :

Aucune, la patiente n'utilisant actuellement pas de stratégie.

Stratégies à renforcer :

Les stratégies citées ci-dessus sont à mettre en place et non à renforcer car aucune n'est pour l'instant utilisée.

4.2. P.M.

4.2.1. Eléments diagnostiques

Age : 47 ans

Latéralité : droite

Profession : opératrice internet

Langue maternelle : Français

Étiologie : Accident vasculaire cérébral en Mai 1988

Motricité : hémiparésie droite

Dates de l'évaluation : du 05/02/2013 au 14/02/2013

Date de la ligne de base pré-entraînement : 14/02/2013

Dates des séances : du 15/02/2013 au 16/04/2013

Date de la ligne de base post-entraînement : 19/04/2013

P.M. a bénéficié d'une prise en charge orthophonique très régulière depuis l'apparition des troubles. Elle a souhaité interrompre le suivi depuis un an et demi par lassitude. Compte-tenu de cela et de l'ancienneté de l'aphasie, ni l'effet d'une rééducation extérieure ni celui de la récupération spontanée ne seront à constater.

En raison de son activité professionnelle, P.M. a souhaité que l'entraînement s'effectue à raison de deux séances par semaine au lieu de trois. Les séances duraient donc 45 minutes au lieu de 30, afin que la durée soit identique pour les quatre sujets suivis.

4.2.1.1. Langage spontané

- Non fluent mais informatif
- Réduction quantitative modérée
- Grande appétence à la communication
- Manque du mot : temps de latence suivi de modalisations (ex : " Comment ça s'appelle déjà? " " Attends! ")

- Coût cognitif important lors des recherches lexicales et de l'élaboration de phrases
- Emploi de deux gestes référentiels (mimes d'usage) aboutissant à la production orale du mot recherché, et d'un geste déictique. Les gestes employés sont adaptés et informatifs.
- Réalisation phonétique préservée
- Paraphasies phonémiques par assourdissement des phonèmes voisés
- Pas de paraphasies sémantiques
- Dyssyntaxie modérée n'entravant pas l'informativité

4.2.1.2. Dénomination orale

	Score (sans ébauche, sans latence)	Ébauches efficaces/total ébauches	Types d'erreurs	Commentaires
MT86	26/31 (avec souvent quelques secondes de latence)	5/5 (phonémiques)	- Conduites d'approche sémantique avec modalisations aboutissant parfois à la production du mot-cible (ex : " Ah! Scie, non... Hache ") - Quelques paraphasies phonémiques	- Approche par l'article systématique mais souvent inadéquate dans un premier temps, ce qui n'empêche pas la production du mot-cible - Deux circonlocutions référentielles adaptées
Exadé	80/89	1/9 (phonémiques)	- Nombreux items corrects comportant des paraphasies phonémiques - La plupart des mots sont produits sans temps de latence - Quelques conduites d'approche formelle et sémantique avec modalisations	- Effet de fréquence et de longueur - Approche par l'article systématique mais souvent inadéquate dans un premier temps, ce qui n'empêche pas la production du mot-cible - Quelques circonlocutions et gestes référentiels adéquats - Plusieurs réponses successives pour de nombreux items, correspondant à différents types de stratégies dénominatives

Tableau IX : Résultats aux épreuves de dénomination de P.M.

Exadé : item " capuchon " retiré des scores car réponse " capuche " correcte mais ne correspondant pas aux critères linguistiques attendus.

4.2.1.3. Traitement sémantique

Lexis appariement sémantique : score de 157 sur 160. Parmi les erreurs réalisées, deux sont des distracteurs visuels et l'un est neutre.

Le traitement sémantique n'est pas altéré et le taux de réussite est de 98%. Le seuil de réussite minimale est fixé à 75% pour ce travail.

4.2.1.4. Résultats complémentaires

Expression orale	Praxies bucco-faciales sur commande verbale : 6/6 Pas d'apraxie bucco-faciale	Langage automatique préservé (quelques déformations phonémiques)	Répétition mots/Phrases : 28/33 Chiffres : 7/10 (assourdissement des phonèmes)		
Compréhension orale	Interviews dirigées préservée	Images préservée (6/6 et 78/80)	Parties du corps 2 erreurs	Phrases altérée (32/38) erreurs sur phrases complexes	Manipulation sur consignes altérée , coût cognitif important (7/8)
Expression écrite	Copie préservée	Dictée altérée (27/35)	Dénomination altérée 28/31 ébauche non nécessaire, paragraphes phonémiques, temps de latence important, tendance à subvocaliser	Questionnaire écrit énoncés laborieux	Discours narratif charge cognitive importante, phrases complètes et informatives, paragraphes phonémiques, recherche de mot proche lorsque manque du mot
Compréhension écrite	Images préservée	Parties du corps préservée	Phrases préservée (coût cognitif nettement plus faible qu'à l'oral)	Texte préservée	
Lecture	Mots altérée (19/30) erreurs : assourdissement phonémique, échec aux logatomes sans lexicalisation	Chiffres 6/8 altérée (laborieux, nombreuses approches)	Phrases 1/3 erreurs : assourdissement de phonèmes	Texte à voix haute : altérée, poursuite silencieusement	

Tableau X : Résultats aux épreuves du MT86 et au Lexis-Désignation de P.M.

4.2.1.5. Communication

Attention et motivation à la communication	6/6 : + 0,38 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Communication verbale	28/30 : - 0,73 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets ; - 1,17 écart-type par rapport à la moyenne des sujets de la même classe d'âge ; - 1,21 écart-type par rapport à la moyenne des sujets de niveau socio-culturel 2
Communication non verbale	17/30 : + 0,79 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Score global	77,41/100 : + 0,28 écart-type par rapport à la moyenne de l'ensemble des sujets
Commentaires	- Pas d'emploi de gestes, y compris lors de la 2e série (descriptions verbales uniquement) - Engagée dans l'interaction, compétences pragmatiques préservées, bonne compréhension des sollicitations verbales et non verbales

Tableau XI : Résultats au TLC de P.M.

4.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le bilan met en évidence :

- un manque du mot
- des connaissances sémantiques préservées (157/160)
- une bonne compréhension orale simple (100% des questions posées en interviews dirigées sont comprises)
- une conscience des difficultés

P.M. présente un manque du mot important caractérisé par un temps de latence, des conduites d'approche formelle et sémantique, des paraphrasies phonémiques et des circonlocutions et gestes référentiels. Il s'agit probablement d'un trouble plus spécifiquement phonologique. En effet, la répétition et la lecture à voix haute sont également altérées. De plus, l'ébauche orale est efficace à hauteur de 43% sur le total des ébauches proposées lors des deux épreuves de dénomination.

4.2.3. Lignes de base

Empan arithmétique : L'empan endroit est de trois items, l'envers est de deux.

La répétition de chiffres altérée intervient dans cette épreuve.

Situations discursives : (Annexe 9, page 25)

Lors de la première phase, P.M. utilise un geste déictique, un geste non informatif, une onomatopée et une circonlocution référentielle. On relève quelques conduites d'approche formelle qui indiquent l'interlocuteur et aboutissent parfois à la production correcte. Les énoncés sont ponctués de nombreuses modalisations sur la difficulté à produire les termes adéquats. Plusieurs énoncés n'ont pas été achevés pour cette raison. Quelques modalisations sont apparentées à des demandes d'aide (ex : " Comment ça s'appelle? "). Lors de la deuxième phase, P.M. a recours aux mêmes stratégies dans les mêmes proportions. Un énoncé reste inachevé. La sollicitation de la seconde phase n'a donc pas eu d'impact ; un entraînement paraît nécessaire au développement des stratégies.

4.2.4. Plan d'entraînement des stratégies

Stratégies à développer :

- Conduites d'approche sémantique et mot sémantiquement proche avec modalisations et demandes d'aide (3)

Stratégies à renforcer :

- Conduites d'approche formelle (cela ne fera pas l'objet d'un travail spécifique mais l'intérêt sera expliqué)
- Gestes, dessin, représentation schématique, langage écrit (1)
- Circonlocutions référentielles (2)

L'écrit sera utilisé ponctuellement mais ne fera pas l'objet d'un renforcement spécifique. En effet, étant altéré, il sera peu aidant.

Stratégies à inhiber :

- Faire prendre conscience de la portée communicationnelle des gestes de même que les expressions faciales (déjà utilisées) pour limiter les gestes non informatifs.
- Les numéros correspondent à l'ordre d'entraînement des stratégies.

4.3. A.B.

4.3.1. Eléments diagnostiques

Age : 38 ans

Latéralité : gaucher

Profession : Adjoint chef d'équipe

Langue maternelle : Arabe

Étiologie : Accident vasculaire cérébral en Septembre 2012

Motricité: hémiparésie gauche

Dates de l'évaluation : du 19/12/12 au 27/12/12

Date de la ligne de base pré-entraînement : 28/12/12

Dates des séances : du 17/01/13 au 14/03/13

Date de la ligne de base post-entraînement : 15/03/13

4.3.1.1. Langage spontané

- Fluent
- Informatif
- Réponses réduites au niveau quantitatif
- Manque du mot : peu de retentissement dans le discours, cependant une gêne est exprimée lors des échanges et le patient est très demandeur de rééducation
- Réalisation phonétique préservée
- Quelques modifications phonémiques sont relevées du fait de l'accent maghrébin
- Pas de paraphasies phonémiques ni sémantiques
- Présence d'une légère dyssyntaxie n'entravant pas l'informativité

4.3.1.2. Dénomination orale

	Score (sans ébauche, sans latence)	Ébauches efficaces/total ébauches	Types d'erreurs	Commentaires
MT86	20/31	1/1 (phonémique)	<ul style="list-style-type: none"> - 3 paraphasies visuelles (ex : " la montagne " pour " il grimpe ") - 1 paraphasie formelle (ex : " chaise " pour " échelle ") - 7 paraphasies sémantiques (ex : " clémentine " pour " pomme ", " rateau " pour " hache ") - 1 circonlocution référentielle (" une maison qui prend feu " pour " incendie ") 	<ul style="list-style-type: none"> - Emploi inadapté des déterminants - 1 autocorrection hors-temps
Exadé	47/90	3/22 (phonémiques) l'ébauche syllabique a été proposée, elle est plus efficace que la phonémique mais l'amélioration est faible	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses absences de réponse - 11 paraphasies sémantiques (ex : " coussin " pour " fauteuil ") - 7 paraphasies visuelles - 1 paraphasie formelle (après-aide) - 1 néologisme (" décoffre-fort " pour " clé ") - 1 circonlocution (" il passe le temps " pour " sablier ") - 2 modalisations - 2 termes génériques 	- Effet de fréquence et de longueur

Tableau XII : Résultats aux épreuves de dénomination de A.B.

4.3.1.3. Traitement sémantique

Lexis appariement sémantique : score de 145/160. On ne constate pas d'effet de fréquence. Parmi les erreurs réalisées, 11 sont des distracteurs visuels et 4 sont des

distracteurs neutres.

Le traitement sémantique est altéré mais les réussites atteignent 90%. Le seuil de réussite minimale fixé pour ce travail est de 75%.

4.3.1.4. Résultats complémentaires

Expression orale	Praxies bucco-faciales sur commande verbale : 5/6 sur imitation : 6/6	Langage automatique préservé	Répétition pas de trouble de la répétition des mots, des phrases et des chiffres.		
Compréhension orale	Interviews dirigées préservée	Images préservée au MT 86 (9/6) et altérée au Lexis (68/80)	Parties du corps préservée	Phrases préservée (38/38)	Manipulation sur consignes préservée (7/8)
Expression écrite	Copie préservée, graphisme altéré par tremblements (pauses et arrêt avant la fin)	Dictée (24/35) erreurs principalement d'usage	Dénomination préservée (24/31) paragaphies visuelles et sémantiques, erreurs d'usage	Questionnaire écrit réponses réduites mais informatives	Discours narratif n'a pas voulu passer l'épreuve
Compréhension écrite	Images préservée	Parties du corps préservée	Phrases préservée	Texte préservée	
Lecture	Mots préservée, quelques erreurs phonémiques dues à l'accent	Chiffres (7/10) légèrement altérée	Phrases préservée	Textes texte lu à haute voix, quelques hésitations et paralexies auto-corrigées	

Tableau XIII Résultats aux épreuves du MT86 et au Lexis-Désignation de A.B.

4.3.1.5. Communication

Attention et motivation à la communication	6/6 : + 0,38 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Communication verbale	26/30 : - 2,24 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets - 5,63 écart-type par rapport aux sujets de sa tranche d'âge - 1,49 écart-type par rapport aux sujets de son niveau socio-culturel (1)
Communication non verbale	13/30 : - 1,73 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Score global	68,7/100 : - 1,88 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Commentaires	- Epreuve PACE : les gestes ne sont pas utilisés lors des deux séries - Utilise principalement les descriptions - Engagé dans l'interaction, compétences pragmatiques préservées, bonne compréhension des sollicitations verbales et non verbales

Tableau XIV : Résultats au TLC de A.B.

4.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le bilan met en évidence :

- un manque du mot objectif mais entravant peu le discours. La plainte est supérieure au trouble observé.
- des connaissances sémantiques altérées (90% de réussite à l'épreuve d'appariement sémantique du Lexis) mais sans retentissement dans les échanges. Le seuil de réussite minimale est fixé à 75% dans les critères d'inclusion de ce travail.
- une bonne compréhension orale simple (100% des questions posées lors des interviews dirigées ont été comprises)
- une conscience des difficultés
- bilinguisme

A.B. présente un manque du mot probablement dû à un trouble d'accès au lexique phonologique de sortie. En effet la répétition et la lecture à voix haute ne sont pas altérées. En revanche, l'ébauche orale n'est efficace qu'à hauteur de 17% sur l'ensemble des épreuves de dénomination.

4.3.3. Lignes de base

Empan arithmétique : L'empan endroit est de cinq items, l'envers est de trois.

Situations discursives : (Annexe 10, page 29) A.B. n'utilise pas de stratégie dans la première phase et emploie une modalisation (" je ne trouve pas le mot ") dans la seconde. La sollicitation de la seconde phase n'a donc pas eu d'impact significatif ; un entraînement paraît nécessaire à la mise en place des stratégies.

4.3.4. Plan d'entraînement des stratégies

Stratégies à développer : (présentées dans l'ordre d'entraînement)

- Circonlocutions référentielles
- Gestes, expressions faciales
- Conduites d'approche sémantique et mot sémantiquement proche
- Modalisations et demandes d'aide

L'écrit, le dessin et la représentation schématique ne feront pas l'objet d'un travail spécifique car le patient présente des tremblements importants et apprécie peu ces moyens d'expression. Les conduites d'approche formelle et constructionnelle ne seront pas utilisées car A.B. ne produit pas de paraphrasies formelles ni de néologismes.

Stratégies à inhiber :

Aucune stratégie ne vient perturber le discours.

Stratégies à renforcer :

Les stratégies citées ci-dessus sont à mettre en place et non à renforcer car aucune n'est pour l'instant utilisée (sauf une modalisation).

4.4. M.M.

4.4.1. Éléments diagnostiques

Age : 44 ans

Latéralité : droitier

Profession : Agent commercial

Langue maternelle : Arabe

Etiologie : deux accidents vasculaire cérébraux en Octobre 2011

Motricité : hémiparésie gauche + épaule droite accidentée dans l'enfance

Dates d'évaluation : du 26/11/12 au 17/12/12

Date de la ligne de base pré-entraînement : 19/12/12

Dates des séances : du 22/12/12 au 19/03/13

Date de la ligne de base post-entraînement : 20/03/13

4.4.1.1. Langage spontané

- Fluent
- Informatif
- Réduit au niveau quantitatif
- Manque du mot : temps de latence ou absence de production
- Pas d'emploi de gestes pour compenser les difficultés
- Réalisation phonétique préservée
- Pas de paraphrasies phonémiques ni sémantiques
- Légère dyssyntaxie n'entravant pas l'informativité

4.4.1.2. Dénomination orale

	Score (sans ébauche, sans latence)	Ebauches efficaces/total ébauches	Types d'erreurs	Commentaires
MT86	25/31	0/2	<ul style="list-style-type: none"> - 1 paraphasie formelle (ébauche après latence) - 2 paraphasies morphologiques - 1 paraphasie visuelle - 1 paraphasie sémantique - 1 circonlocution 	- Emploi inadapté des déterminants
Exadé	52/90	1/11 L'ébauche syllabique a été proposée mais ne s'avère pas significativement plus efficace	<ul style="list-style-type: none"> - 8 circonlocutions - 12 paraphasies sémantiques - 1 conduite d'approche formelle - 1 conduite d'approche sémantique - 2 modalisations sur l'activité de dénomination - 3 paraphasies morphologiques - 6 paraphasies visuelles - 1 néologisme - 1 logatome - 3 paraphasies lexicales formelles - 4 échecs dénominatifs 	- Effet de fréquence

Tableau XV : Résultats des épreuves de dénomination de M.M.

4.4.1.3. Traitement sémantique

Lexis appariement sémantique : score de 147/160. On constate un léger effet de fréquence. Parmi les erreurs réalisées, douze sont des distracteurs visuels et un est un distracteur neutre.

Le traitement sémantique est altéré. Le pourcentage de réussite s'élève à 92%. Le seuil minimal de bonnes réponses est fixé à 75% pour ce travail.

4.4.1.4. Résultats complémentaires

Expression orale	Praxies bucco-faciales sur commande verbale : 6/6 Pas d'apraxie bucco-faciale	Langage automatique préservé	Répétition pas de trouble de la répétition des mots, des phrases et des chiffres.	
Compréhension orale	Interviews dirigées préservée	Images (6/6 au MT86 et 63/80 au Lexis) bilinguisme	Phrases 34/38	
Compréhension écrite	Images préservée	Phrases préservée	Texte préservée	
Lecture	Mots préservée (30/30)	Chiffres préservée (10/10)	Phrases préservée (3/3)	Texte préservée, erreurs dues à l'accent, une substitution d'article

Tableau XVI : Résultats aux épreuves du MT86 et au Lexis-désignation de M.M.

4.4.1.5. Communication

Attention et motivation à la communication	5/6 : - 1,62 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Communication verbale	22/30 : - 4,2 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets, - 6,52 écart-type par rapport aux sujets de sa tranche d'âge - 3,53 écart-type par rapport aux sujets de son niveau socio-culturel (1)

Communication non verbale	14/30 : - 1,10 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Score global	62,52/100 : - 3,42 écart-type par rapport à l'ensemble des sujets
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Epreuve PACE : utilise essentiellement le langage oral : définitions et descriptions - Perte de points en communication non-verbale car membres supérieurs non utilisables - Engagé dans l'interaction, compétences pragmatiques préservées, bonne compréhension des sollicitations verbales et non verbales - Capable de signifier son incompréhension - Nécessité de le questionner pour préciser sa pensée - Capable de reformuler si l'interlocuteur n'a pas compris

Tableau XVII : Résultats au TLC de M.M.

4.4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le bilan met en évidence :

- un manque du mot
- des connaissances sémantiques déficitaires mais un contexte de bilinguisme et une certaine fatigabilité. Le taux de réussite s'élève à 92%. Le seuil minimal de réussite est fixé à 75% dans ce travail.
- une bonne compréhension orale simple (100% des questions posées en interviews dirigées sont comprises)
- une conscience des difficultés
- bilinguisme

M.M. présente un manque du mot probablement dû à un trouble d'accès au lexique phonologique de sortie. En effet la répétition et la lecture à haute voix sont préservées. En revanche, l'ébauche phonémique n'est efficace qu'à hauteur de 15% sur l'ensemble des épreuves de dénomination.

4.4.3. Lignes de base

Empan arithmétique : L'empan endroit et envers est de trois items.

Situations discursives : (Annexe 11, page 32) Emploi d'expressions faciales pour accompagner certains propos (mimiques de négation) et d'une dénomination vide dans la première phase. Lors de la seconde phase, une mimique de la tête (pour dire " dépasser ", venant accompagner les termes " il me passe "). La sollicitation de la seconde phase n'a eu d'impact significatif ; un entraînement semble nécessaire au développement des stratégies.

4.4.4. Plan d'entraînement des stratégies

Stratégies à développer : (présentées dans l'ordre d'entraînement)

- Circonlocutions référentielles
- Modalisations et demandes d'aide
- Gestes, expressions faciales (dans la mesure du possible du fait de la motricité)
- Approches sémantiques

Les approches formelles et constructionnelles ne seront pas développées car le patient ne produit pas de paraphrasies formelle ni de néologismes. L'accent sera mis sur les circonlocutions. L'écrit, le dessin et la représentation schématique ne peuvent être utilisés compte-tenu de la motricité du patient.

Stratégies à inhiber :

Le patient n'utilise pas de stratégies perturbant le discours.

Stratégies à renforcer :

Le patient est capable d'utiliser les circonlocutions en dénomination d'images mais pas encore en situation discursive. Cette stratégie sera à développer dans le discours, d'autant plus que M.M. est fluent.

Résultats

1. Entraînement des sujets

1.1. Entraînement de E.M.

1.1.1. Déroulement de l'entraînement

1.1.1.1. Déroulement des séances

L'entraînement de E.M. s'est déroulé du 08/01/2013 au 07/03/2013.

1.1.1.1.1. Niveau fonctionnel

Stratégies travaillées : gestes, expressions faciales, dessin, représentation schématique

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
1	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de commentaires spontanés - Temps de latence importants - Beaucoup de stéréotypies 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 gestes iconiques spontanés dont 1 peu informatif - 1 regard déictique sur incitation suivi de la production orale du mot - 1 absence de geste déictique sur incitation 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste déictique sur incitation - Expressions faciales et prosodie informatives - Proposition d'un dessin d'horloge pour convenir de l'heure
2	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de commentaires - Chiffres sur ses doigts : non informatif, ne correspond pas à la production orale. - 1 geste déictique spontané - Utilisation schématique d'arbre généalogique sur incitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbre généalogique schématique spontanément, deux fois - Pleurs : souhaite poursuivre la séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : difficile

3	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de commentaires - Absence de geste d'imitation sur incitation, puis réussite à l'oral - Désignation d'une ville sur une carte - 3 gestes spontanés (2 déictiques, 1 symbolique) - 2 approches sémantiques spontanées dont 1 efficace - 1 dessin sur incitation, peu informatif 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à argumenter ses choix, malgré de nombreuses relances 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : difficile
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de commentaires malgré de nombreuses relances 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste symbolique spontané, suivi de la production orale adaptée 	<ul style="list-style-type: none"> - 0 geste malgré plusieurs incitations - Initiation de l'échange et introduction du contexte : difficile
5	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste symbolique spontané - 1 incitation au geste symbolique non exploitée - difficulté à imaginer l'histoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste iconique spontané 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte: rapide et plus aisé - 2 gestes déictiques spontanés
6	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste déictique imprécis - 1 incitation au geste déictique non exploitée - 3 gestes spontanés (2 déictiques et 1 expressif) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbre généalogique sur incitation - 2 gestes spontanés (1 déictique, 1 symbolique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé

Tableau XVIII : Déroulement des séances 1 à 6 de E.M.

Stratégie travaillée : circonlocution référentielle

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
7	<ul style="list-style-type: none"> - 2 incitations à la circonlocution référentielle : non exploitées - 1 mot sémantiquement proche avec modalisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'énoncés malgré les relances - Argumentation : difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 gestes déictiques sur incitation - 1 geste iconique spontané - Dessin de thermomètre et d'horloge sur incitation
8	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'énoncés malgré les relances - 1 incitation à la circonlocution, non exploitée - 1 mot sémantiquement proche avec modalisation - Chiffre sur les doigts ne correspondant pas à la production orale, puis geste symbolique spontané 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitations à la circonlocution, au geste puis au dessin, non exploitées, puis production orale du mot-cible - 1 geste symbolique spontané <p>Pleurs, non liés à la longueur ou à la difficulté de la séance, d'après la patiente. Souhaite poursuivre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Désignation du mot écrit pour le titre du film - Introduction du contexte et initiation de l'échange : rapide et aisé

9	<ul style="list-style-type: none"> - Incitations au geste et au dessin non exploitées (1 situation de blocage où le message n'a pu être éclairci) - Chiffre sur les doigts : spontané - 2 emplois de mot sémantiquement proche avec modalisation, spontanés 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 incitation au geste et à la circonlocution, non exploitée, puis dessin sur incitation associé à la production orale d'un mot sémantiquement proche 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du contexte et initiation de l'échange : difficile - 1 incitation à l'arbre généalogique non exploitée, puis mots sémantiquement proches spontanés
10	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste sur incitation, imprécis et peu informatif 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'emploi de stratégies 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du contexte et initiation de l'échange : rapide et aisé - 1 geste expressif et 1 symbolique, spontanés
11	<ul style="list-style-type: none"> - 3 gestes (1 déictique, 2 symboliques) spontanés - Arbre généalogique sur incitation - Désignation de chiffres suite à l'incitation à l'écrit 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation au schéma - Incitation au dessin d'horloge - 1 mot proche sémantiquement, spontané 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - pas d'emploi de stratégies
12	<ul style="list-style-type: none"> - Énoncés nombreux et spontanés - 1 circonlocution spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumentation plus détaillée - 1 circonlocution spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> - Désignation du mot écrit " porte-feuille ", incitation à la circonlocution non exploitée
13	<ul style="list-style-type: none"> - 2 incitations à la circonlocution non exploitées - 1 incitation au schéma 	<ul style="list-style-type: none"> - Explique sa difficulté à verbaliser les étapes dans l'ordre - Dictée des ingrédients à l'oral, sur incitation - 2 gestes d'usage spontanés - 1 incitation au geste d'usage non exploitée - Dessin d'horloge sur incitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - Échec d'une incitation à l'écrit des chiffres, réussite de la désignation des chiffres écrits de 0 à 9
14	<ul style="list-style-type: none"> - Énoncés spontanés nombreux - 1 incitation à la circonlocution non exploitée 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 geste spontané - 1 circonlocution spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du contexte et initiation de l'échange : rapide et aisé - 1 utilisation de l'écrit sur incitation
15	<ul style="list-style-type: none"> - 1 circonlocution spontanée - 1 incitation au geste et à la circonlocution non exploitée 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 incitation à la circonlocution et au dessin non exploitée 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - Pas d'emploi de stratégies
16	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'énoncés spontanés - Échec d'une circonlocution sur incitation, emploi d'un geste d'usage sur incitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumentation plus précise et plus spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 mot sémantiquement proche avec modalisation, spontané

Tableau XIX : Déroulement des séances 7 à 16 de E.M.

Stratégies travaillées : conduites d'approche sémantique et mot sémantiquement proche associé à des modalisations ou à des demandes d'aide

Séance N°	Phtographie	Situation naturelle	Situation fictive
17	- 1 geste déictique spontané - 1 incitation au geste, dessin, circonlocution et mot proche : non exploitée - 1 mot proche sémantiquement suivi d'une circonlocution sur incitation	- Pas d'emploi de stratégies	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - Pas d'emploi de stratégies
18	- 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané	- Pas d'emploi de stratégies	- Pas d'emploi de stratégies - Utilisation de l'écrit dur incitation
19	- 1 mot proche avec modalisation, spontané	- Argumentation plus précise et plus spontanée - 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané

Tableau XXI : Déroulement des séances 17 à 19 de E.M.

1.1.1.1.2. Niveau écologique

E.M. explique qu'il lui est difficile d'échanger avec d'autres personnes et qu'elle ne souhaite pas participer au niveau écologique du protocole. Son mari s'occupe pour elle des démarches administratives avec le personnel de l'hôpital de jour. E.M. échange peu avec les professionnels du centre et ce sont les interlocuteurs qui mènent la conversation. En revanche, E.M. accepte de travailler sur les conversations par téléphone, qu'elle utilise très peu et avec aide. Au fur et à mesure des séances écologiques, E.M. accepte d'échanger avec le personnel du centre.

Séance N°	Situations proposées
20	- Appel fictif (avec nous-mêmes comme interlocuteur) pour réserver un voyage, puis pour réserver des places de cinéma Préparation des informations principales par écrit, à l'aide d'une carte du monde, d'un agenda et du programme de cinéma. Lors des appels, E.M. a réussi à communiquer ses choix et s'aide de l'agenda et du programme.
21	- Conversation avec le second étudiant réalisant le mémoire E.M. paraît d'abord stressée puis prend de l'aisance. Elle utilise 2 gestes (1 iconique et 1 d'imitation), 1 circonlocution sémantique, et 1 mot proche sémantiquement associé à une modalisation, spontanément. Une incitation à l'écrit a été proposée mais E.M. a réussi à produire oralement. Elle corrige immédiatement lorsque l'interlocuteur comprend mal un énoncé.
22	- Réservation d'un voyage par téléphone avec le second étudiant Les informations à communiquer ont été préparées à l'avance par écrit, à l'aide d'une carte du monde et d'un agenda qui ont servi de support également pendant l'appel. E.M. parvient à répondre aux questions qui n'avaient pas été anticipées. Elle rectifie rapidement les énoncés mal compris par l'interlocuteur.

23	<p>- Signaler la fin des séances au secrétaire de l'hôpital de jour (situation réelle) Préparation à l'écrit, aide de l'agenda et du dessin de l'horloge. E.M. parvient à transmettre le message et rectifie les éléments mal compris par l'interlocuteur. Elle utilise 2 gestes déictiques et 1 mot proche sémantiquement spontanément.</p> <p>- Appel téléphonique avec sa belle-fille E.M. ne parvient pas à se présenter et produit le nom de sa fille pour le sien. Face aux encouragements de sa belle-fille, elle pleure et raccroche. E.M. explique qu'elle est émue car c'est la première fois qu'elle lui téléphone. Elle se dit satisfaite d'avoir fait cette tentative.</p>
24	<p>- Conversation avec son mari à propos des séances réalisées Préparation à l'écrit. E.M. est en difficultés pour décrire les supports utilisés et les stratégies développées. Elle se tourne souvent vers nous-mêmes pour obtenir de l'aide. Son mari explique que sa femme a encore des difficultés à raconter des événements dont il n'a pas connaissance et pour initier la conversation. Les échanges incluant plus de deux interlocuteurs posent problème.</p>

Tableau XXII : Déroulement des séances 20 à 24 de E.M.

1.1.1.2. Choix de progression dans l'entraînement des stratégies

- Gestes/Expressions faciales/Dessin/Représentation schématique : 6 séances

L'entraînement a permis de rendre les gestes plus diversifiés et plus informatifs. Leur utilisation est devenue plus fréquente et spontanée. Le dessin, langage écrit et schéma ont été utilisés spontanément à plusieurs reprises. Le visage est plus expressif. Une autre stratégie a donc été introduite lors de la septième séance.

- Circonlocution référentielle : 10 séances

Les gestes ont été moins utilisés à partir de l'introduction de cette stratégie, malgré des incitations fréquentes. Les circonlocutions ont été difficiles à mettre en place, E.M. en réalisait peu sur incitation et aucune spontanément.

- Conduite d'approche sémantique et mot proche sémantiquement associé à une modalisation ou à une demande d'aide : 3 séances

Les mots sémantiquement proches ont été facilement mobilisables, car E.M. en réalisait déjà spontanément depuis quelques séances. Les approches sémantiques sont peu utilisées.

1.1.2. Ligne de base post-entraînement

Empan arithmétique : L'empan endroit est de trois items et l'empan envers est de deux, comme lors de la ligne de base pré-entraînement. Les progrès constatés ne sont donc probablement pas liés à la récupération spontanée.

Situations conversationnelles :

Aucune stratégie n'a été utilisée, comme lors de la première ligne de base. Le corpus est présenté en **annexe 12, page 36**.

1.1.3. Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement

1.1.3.1. Efficacité de l'entraînement

Les performances linguistiques et l'usage des stratégies variaient selon les séances. Toutefois, le recours aux stratégies a été plus fréquent, rapide et systématique au fil du travail, y compris lors des séances écologiques. L'entraînement semble donc avoir eu un effet positif sur l'emploi de stratégies. L'allongement des énoncés a été rapidement constaté, ainsi que les capacités à initier une conversation, introduire le contexte et argumenter son opinion. Lors des séances écologiques, E.M. a pu développer son autonomie.

Lors de la ligne de base post-entraînement, E.M. n'a recours à aucune stratégie, comme lors de la première présentation. La variabilité des performances décrite ci-dessus peut probablement s'expliquer par la fatigue, l'humeur et la motivation. Ces facteurs semblent avoir un impact sur la qualité du langage et sur l'emploi des stratégies travaillées.

1.1.3.2. Évolution de la prise en charge classique

Des échanges ont eu lieu entre les orthophonistes travaillant avec E.M. et nous-mêmes, à propos de l'évolution de la prise en charge sur la période de mise en place du protocole. Les supports proposés sont : concaténation de phrases, bandes dessinées avec des bulles vides à remplir, construction de phrases à trois éléments. L'allongement des énoncés a également été constaté en rééducation classique.

1.1.3.3. Opinion du patient sur l'entraînement proposé

- Séances parfois un peu longues mais supports intéressants
- Travail parfois un peu difficile mais intéressant et bénéfique
- Intérêt de l'entraînement
- Utilisation des stratégies en situation encore difficile mais E.M. y pense au quotidien

1.2. Entraînement de P.M.

1.2.1. Déroulement de l'entraînement

1.2.1.1. Déroulement des séances

L'entraînement de P.M. s'est déroulé du 15/02/2013 au 16/04/2013.

1.2.1.1.1. Niveau fonctionnel

Stratégies travaillées : Gestes, dessin, représentation schématique, langage écrit

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
1	- Pas d'emploi de stratégie	- 2 gestes efficaces sur incitation (1 iconique, 1 déictique) - 2 gestes iconiques spontanés - 4 gestes déictiques spontanés - 1 geste symbolique spontané	- Introduction du contexte et initiation de la conversation : aisé et rapide - La patiente est à l'aise dans l'échange fictif et n'a pas de difficultés à se mettre dans la situation proposée - Pas d'emploi de stratégie
2	- 2 paraphrasies sémantiques avec modalisation, spontanées - 1 approche formelle spontanée - Comptage sur les doigts, sans correspondance avec la production orale	- 1 circonlocution référentielle spontanée - 1 incitation à écrire, mais parvient à la production orale	- Difficulté à expliquer sa demande - 1 paraphrasie sémantique avec modalisation, spontanée
3	- 2 gestes déictiques spontanés - 1 paraphrasie sémantique avec modalisation, spontanée - 1 approche formelle spontanée	- Parvient à argumenter ses choix - Pas d'emploi de stratégie	- 1 geste symbolique spontané - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé
4	- 2 gestes symboliques spontanés - 3 gestes déictiques (dont 1 avec demande d'aide), spontanés - 1 recherche lexicale longue avec abandon, suivie d'une circonlocution sur incitation - 2 circonlocutions référentielles spontanées - 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané - 1 incitation à écrire, mais parvient à produire oralement	- 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané - 1 circonlocution référentielle spontanée - 2 gestes (1 d'usage, 1 iconique) spontanés	- pas d'emploi de stratégie - Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé

5	- 1 circonlocution référentielle spontanée - 1 geste d'imitation sur incitation	- 2 gestes iconiques et 1 geste d'usage spontanés - 2 circonlocutions référentielles (dont 1 avec geste d'usage) spontanées	- Initiation de l'échange et introduction du contexte: rapide et aisé - 1 geste d'usage spontané
6	- 1 approche sémantique avec modalisation, spontanée - 2 gestes (1 d'usage, 1 déictique) spontanés - 1 geste usage sur incitation	- 1 circonlocution référentielle spontanée	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide - Recours à l'écrit spontané - Numéros de téléphone : incitation à dicter et faire dicter chiffre par chiffre et aisé
7	- 3 approches sémantiques avec modalisation, spontanées - Recours à l'écrit spontané	- 1 circonlocution référentielle spontanée - 1 geste iconique spontané	- Utilisation spontanée de l'écrit pour les chiffres, mais emploi encore difficile

Tableau XXIII : Déroulement des séances 1 à 7 de P.M.

Stratégie travaillée : circonlocution référentielle

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
8	- 1 circonlocution référentielle spontanée - 1 mot proche sémantiquement associé à une circonlocution, spontané - 3 gestes (1 iconique, 2 d'usage) spontanés	- 1 circonlocution référentielle spontanée - recours à l'écrit des chiffres, spontané	- 1 incitation à la circonlocution non exploitée - 1 approche sémantique et 1 circonlocution référentielle spontanées
9	- pas d'emploi de stratégie	- 1 incitation à l'écrit efficace - 1 approche sémantique spontanée	- Pas d'emploi de stratégie
10	- 2 approches sémantiques et 1 circonlocution référentielle spontanées - 2 gestes (1 déictique, 1 symbolique) spontanés	- 1 incitation à la circonlocution	- Recours à l'écrit spontané - 1 circonlocution référentielle spontanée
11	- 1 circonlocution référentielle spontanée	- 1 mot proche sémantiquement spontané - 1 geste symbolique associé à une production orale - 1 circonlocution référentielle spontanée	- Épellation chiffre par chiffre spontanée
12	- Difficulté à expliquer ses commentaires, clarifie ses énoncés sur demande - 1 mot proche sémantiquement sur incitation - 1 geste d'usage spontané	- 2 gestes (1 symbolique, 1 iconique) spontanés - 2 circonlocutions référentielles spontanées	- Désignation du mot écrit " porte-feuille ", incitation à la circonlocution non exploitée

13	- 1 mot proche sémantiquement avec modalisation, spontané - 3 circonlocutions spontanées, et 1 sur incitation - 1 geste d'usage spontané - Recours à l'écrit spontané	- Recours à l'écrit spontané - 1 mot sémantiquement proche spontané - 4 gestes d'usage, 1 iconique et 1 déictique spontanés - 1 circonlocution spontanée	- Introduction du contexte et initiation de l'échange : rapide et aisé - 1 geste d'usage spontané
----	--	---	--

Tableau XXIV : Déroulement des séances 8 à 13 de P.M.

Stratégie travaillée : conduites d'approche sémantique ou mot sémantiquement proche avec modalisation ou demande d'aide

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
14	- 1 circonlocution référentielle spontanée	- 2 circonlocutions référentielles spontanées	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - Recours à l'écrit spontané
15	- Pas d'emploi de stratégie	- 1 geste d'usage associé à une circonlocution référentielle spontanés - Recours à l'écrit spontané, associé à la production orale - 2 emplois de mots proches sémantiquement, spontanés	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - Pas d'emploi de stratégie
16	- 1 mot proche sémantiquement, spontané	- 1 geste d'usage spontané	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 geste symbolique spontané - Circonlocution référentielle sur incitation
17	- 1 circonlocution référentielle spontanée - 1 geste symbolique avec mot sémantiquement proche spontanés	- 1 geste symbolique spontané et efficace	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 mot proche sémantiquement spontané
18	- 1 circonlocution spontanée - 1 circonlocution associée à 1 geste iconique, spontanés	- Pas d'emploi de stratégies	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 geste déictique spontané - 1 circonlocution spontanée
19	- Pas d'emploi de stratégies	- 1 mot proche sémantiquement spontané - 1 geste symbolique spontané	- Initiation de l'échange et introduction du contexte : rapide et aisé - 1 geste d'usage spontané - recours à l'écrit spontané - 1 mot proche sémantiquement spontané

Tableau XXV : Déroulement des séances 14 à 19 de P.M.

1.2.1.1.2. Niveau écologique

Lorsque la partie écologique du protocole lui a été présentée, P.M., décrit une difficulté et une appréhension pour faire des demandes et converser avec des interlocuteurs inconnus. Le téléphone n'est utilisé qu'avec ses proches. P.M. s'investit immédiatement dans les séances et prépare spontanément d'avance les situations qui l'intéressent.

Séance N°	Situations proposées
20	- Appel téléphonique en réponse à une offre publicitaire (cadeau à commander) : Préparation des informations principales par écrit. P.M. a su introduire sa demande. L'interlocuteur était peu disponible et peu audible, ce qui a compliqué l'appel. P.M. a utilisé une circonlocution et la stratégie de donner son numéro de téléphone chiffre par chiffre. La patiente nous a tendu le téléphone face aux difficultés de compréhension de l'interlocuteur, qui n'étaient pourtant pas dues à l'aphasie. Elle a décrit un sentiment d'échec.
21	- Prise de rendez-vous par téléphone pour un bilan auprès d'un orthophoniste : Face au répondeur, P.M. a choisi de laisser un message et a réussi à se présenter, à introduire sa demande et à transmettre ses coordonnées. Elle a eu recours à la stratégie de donner son numéro de téléphone chiffre par chiffre. - Demande et commande d'un pain spécial dans trois boulangeries : P.M. est parvenue à faire sa demande et a utilisé une circonlocution et un geste symbolique.
22	- Prise de rendez-vous dans un centre esthétique : P.M. a su faire sa demande et a utilisé un geste symbolique - Demande de conseils dans un centre d'esthétique : P.M. a introduit sa demande et argumenté ses critères de choix. Elle a employé plusieurs gestes déictiques.
23	- Demande d'itinéraire à la poste : P.M. a su faire sa demande et s'est aidée du mot-écrit de la rue recherchée - Demande de renseignements dans deux agences de voyages : P.M. a utilisé un geste déictique et un geste symbolique spontanément. Elle a su exposer sa demande et s'est appuyée sur les informations qu'elle avait préalablement préparées à l'écrit.
24	- Demande de conseils dans une librairie : Le sujet a su effectuer une demande claire et poser des questions. Elle a utilisé un geste iconique spontanément, et s'est aidé des informations qu'elle avait préalablement écrites. - Trois demandes d'itinéraire : P.M. a fait une demande précise et a employé une circonlocution spontanée.

Tableau XXVI : Déroulement des séances écologiques de P.M.

1.2.1.2. Choix de progression dans l'entraînement des stratégies

- Gestes/Dessin/Représentation schématique/Langage écrit : 7 séances

Les gestes sont devenus plus spontanés, plus diversifiés, plus précis et ont gagné en informativité. Le langage écrit a été utilisé ponctuellement de façon spontanée. Le dessin et la représentation schématique n'ont pas été nécessaires. La stratégie suivante a donc été présentée après sept séances.

- Circonlocutions référentielles : 6 séances

Cette stratégie est devenue plus spontanée et les descriptions plus précises et variées. P.M. est suffisamment fluente pour avoir recours aux circonlocutions.

- Conduites d'approche sémantique et mots sémantiquement proches associés à des modalisations ou demandes d'aide : 6 séances

Cette stratégie s'était déjà développée au cours du protocole, spontanément, et a été renforcée lors de ces six séances. P.M. a pris conscience de leur intérêt communicationnel et paraît moins gênée lorsque le mot produit n'est pas exactement celui recherché.

1.2.2. Ligne de base post-entraînement

Empan arithmétique : L'empan endroit est de trois et l'envers est de deux comme lors de la première ligne de base.

Situations conversationnelles :

La transcription du corpus de la ligne de base est détaillée en **annexe 13, page 41**. P.M. utilise un mot proche sémantiquement associé à une modalisation et une onomatopée. De nombreuses modalisations et demandes d'aide sont produites pour signifier la difficulté à accéder au mot-cible et l'inexactitude des termes prononcés. Quelques approches formelles sont employées et aboutissent à la production correcte. P.M. n'a pas recours à des gestes non informatifs et aucun abandon de développement d'idée n'est constaté, contrairement à la première ligne de base. Le nombre de stratégies employées est sensiblement identique à celui constaté lors de la première ligne de base.

1.2.3. Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement**1.2.3.1. Efficacité de l'entraînement**

Suite à l'entraînement, P.M. semble avoir pris conscience de l'informativité et de la diversité des gestes pouvant être utilisés. Les abandons d'énoncés sont devenus plus rares, P.M. cherchant davantage à compenser sa difficulté. Le sujet semble avoir gagné en confiance, notamment grâce aux situations écologiques. Cela lui a permis de constater que les interlocuteurs inconnus sont souvent bienveillants,

disponibles et prennent le temps de comprendre sa demande. Contrairement aux autres sujets suivis dans le cadre de ce protocole, moins de variations dans les performances ont été constatées. Cela est probablement dû à l'ancienneté des troubles ; la fatigabilité, la motivation et l'humeur sont sans doute plus stables.

L'entraînement réalisé semble avoir eu un effet positif sur l'emploi des stratégies. Si le nombre de stratégies n'a pas ou peu augmenté, celles-ci se sont diversifiées et certaines conduites déficitaires ont diminué (abandon d'énoncés, gestes non informatifs).

1.2.3.2. Évolution de la prise en charge classique

P.M. ne bénéficie d'aucun suivi orthophonique depuis plus d'un an. Les progrès constatés sont donc dûs à l'entraînement proposé.

1.2.3.3. Opinion du patient sur l'entraînement proposé

- Supports intéressants
- Situations ludiques, peu contraignantes
- Situations écologiques permettant de dépasser ses appréhensions en étant accompagné et rassuré sur ses compétences

1.3. Entraînement de A.B.

1.3.1. Déroulement de l'entraînement

1.3.1.1. Déroulement des séances

L'entraînement de A.B. s'est déroulé du 17/01/2013 au 14/03/2013.

1.3.1.1.1. Niveau fonctionnel

Stratégie travaillée : circonlocution référentielle

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
1	- Pas d'emploi de stratégie	- 2 paraphrasies sémantiques - 1 circonlocution spontanée	- Préfère faire deviner le mot " porte-feuille " - descriptions adaptées
2	- 2 circonlocutions référentielles sur incitation	- 1 circonlocution référentielle spontanée	- Pas d'emploi de stratégie
3	-1 paraphrasie formelle -1 déictique spontané -1 geste spontané qui accompagne les propos	- Mot-cible retrouvé après questions	- Pas d'emploi de stratégie
4	- Pas d'emploi de stratégie	- 3 circonlocutions spontanées - 1 approche sémantique	- Pas d'emploi de stratégie
5	- 1 geste déictique	- 1 circonlocution spontanée	- Pas d'emploi de stratégie
6	- 1 incitation à la description car ne connaît pas le nom de l'instrument - 1 paraphrasie morphologique	- Manque du mot sur les noms propres (questions pour préciser, puis descriptions beaucoup plus automatiques)	- Pas d'emploi de stratégie
7	- 1 circonlocution sur incitation mais non efficace - 2 circonlocutions spontanées	- 1 paraphrasie morphologique	- Pas d'emploi de stratégie

Tableau XXVI : Déroulement des séances 1 à 7 de A.B.

Stratégies travaillées : gestes et expressions faciales

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
8	- 1 paraphrasie morphologique - 1 circonlocution spontanée	- Pas d'emploi de stratégie	- Pas d'emploi de stratégie
9	- 1 mot proche sémantiquement spontané - 1 approche par élimination associé à une modalisation - Incitation aux gestes et à la description d'abord inefficace	- Beaucoup de relances mais pas de manque du mot	- Beaucoup de temps pour initier l'échange
10	- 1 circonlocution spontanée - Temps de latence	- 1 mimique qui accompagne 1 circonlocution	- Pas d'emploi de stratégie
11	- Quelques relances - 1 mot proche sémantiquement spontané	- Temps de latence - quelques relances pour préciser les idées - 2 circonlocutions spontanées	- Incitation nécessaire pour initier l'échange - Pas d'emploi de stratégie
12	- Questions pour contraindre davantage car la plainte est présente mais le manque du mot entrave peu son discours - Latence et modalisation puis description et gestes sur incitation - 2 modalisations	- 1 geste spontané significatif	- 1 paraphrasie sémantique
13	- Beaucoup de temps de latence - 1 geste déictique spontané - 1 modalisation spontanée	- 2 gestes référentiels pour accompagner les propos - 1 circonlocution efficace sur incitation	- Pas d'emploi de stratégie
14	- Latence pour trouver des idées - 1 geste déictique spontané - 1 circonlocution spontanée - Descriptions et modalisations sur incitation	- 1 circonlocution non efficace	- Pas d'emploi de stratégie

Tableau XXVII : Déroulement des séances 8 à 14 de A.B.

Stratégie travaillée : situations fonctionnelles au téléphone

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
15 Téléphone	- Quelques relances - 1 approche sémantique suivie d'un terme sémantiquement proche - 1 approche par élimination	- 1 approche sémantique suivie d'une dénomination générique - 1 circonlocution spontanée qui a dû être reprécisée	- Enumération de termes précis pour évoquer un terme générique
16 Téléphone	- Peu d'énoncés spontanés - Echec d'une circonlocution sur incitation, emploi d'un geste d'usage sur incitation	- 2 circonlocutions spontanées - 1 modalisation	- Pas d'emploi de stratégie

Tableau XXVIII : Déroulement des séances 15 et 16 de A.B.

Concernant son évolution, A.B. se dit à présent peu en difficultés pour retrouver ses mots excepté au téléphone. Deux séances fonctionnelles sur les supports prévus ont donc été faites au téléphone. Ne constatant pas plus de difficultés qu'en échange direct, nous avons choisi de commencer les séances écologiques et de proposer des appels à l'extérieur.

1.3.1.1.2. Niveau écologique

Les séances ont été réalisées par téléphone. Pour chaque situation, des questions ont été préparées à l'avance.

Séance N°	Situations proposées
17	<ul style="list-style-type: none"> - appel pour prendre rendez-vous chez le coiffeur - beaucoup de temps de latence mais pas de manque du mot - a su reformuler quand la coiffeuse a demandé plus de précision - a refusé de passer d'autres appels
18	<ul style="list-style-type: none"> - appel dans quatre agences de voyages pour des renseignements - aucun problème pour composer les numéros - les demandes ont été plus fluides au fur et à mesure des appels - pour l'adresse : " c'est quoi votre numéro d'adresse? "
19	<ul style="list-style-type: none"> - appel à deux services clients de téléphonie mobile - demandes plus fluides au deuxième appel - a su prendre en compte les données du 1er appel pour améliorer le 2ème - plus de questions spontanées lors du 2ème appel - a refusé de passer un 3ème appel

Tableau XXIX : Déroulement des séances 17 à 19 de A.B.

Avant chaque séance, nous incitons à utiliser les stratégies travaillées lors de situations de manque du mot. Il est expliqué préalablement au patient que nous n'interviendrons dans l'échange qu'en cas de difficultés.

Séance N°	Situations proposées
20	<p>CRF</p> <ul style="list-style-type: none"> - demander de la monnaie à l'accueil (a repéré une erreur dans le rendu de la monnaie) - demander ce qu'il faut faire pour poster une lettre depuis le crf - demander un numéro de téléphone - demander la carte de visite des ambulanciers - explication que la sortie est proche mais que le patient reviendra juste pour les séances d'orthophonie - patient très à l'aise
21	<p>Marchand de journaux et demander un itinéraire</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'accueil de l'hôpital : indication de l'itinéraire (ne se rappelait plus de ce qu'il fallait demander) - sur la route, décide d'improviser et de ne pas préparer - achat du journal, demande de renseignements : où trouver une boulangerie, un café, un restaurant

22	Boulangerie et poster une lettre depuis le crf - réutilisation des indications données à la séance précédente pour aller à la boulangerie - commande du pain - poster une lettre (emploi d'une stratégie gestuelle)
23	Supermarché - demander où se trouve un rayon - demander des renseignements dans un rayon (beaucoup de temps de latence) - à l'accueil : demander des renseignements sur la carte de fidélité (a su poser des questions pour relancer l'échange avec l'hôtesse)
24	Gare - demande de renseignements sur les billets régionaux (indication du trajet, horaires, réduction) - demande de renseignements pour les billets grandes lignes

Tableau XXX : Déroulement des séances 20 à 24 de A.B.

Les situations de manque du mot ont été peu nombreuses donc non handicapantes dans les échanges. A.B. a su réagir face à ses difficultés et relancer les échanges lorsqu'il se sentait à l'aise avec son interlocuteur.

1.3.1.2. Choix de progression dans l'entraînement des stratégies

- Circonlocutions référentielles : 7 séances

Le patient étant fluent, cette stratégie a été la première introduite. La progression est assez homogène quant à l'utilisation de la stratégie. Il a également été capable d'optimiser ses paraphrasies, c'est-à-dire de trouver spontanément des mots permettant à l'interlocuteur de comprendre de quoi il s'agit.

- Gestes/expressions faciales : 7 séances

Ces stratégies ont été introduites pour faire prendre conscience au patient de leur efficacité, les développer et les renforcer. Cependant, le patient semblait peu apprécier d'y recourir. Le dessin et la représentation schématique n'ont pas eu l'occasion d'être utilisés.

Les approches sémantiques et les mots sémantiquement proches n'ont pas été abordés non plus car nous avons choisi d'évoluer plus rapidement vers le versant écologique du protocole.

1.3.2. Ligne de base post-entraînement

Empan arithmétique : L'empan endroit est de cinq items, l'envers est de trois, comme lors de la première ligne de base. Les progrès constatés ne seront donc probablement pas dus à la récupération spontanée.

Situations conversationnelles : Aucune stratégie n'est utilisée, comme lors de la première ligne de base. La transcription du corpus est présentée en **annexe 14, page 45**.

1.3.3. Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement

1.3.3.1. Efficacité de l'entraînement

Lors de la ligne de base post-entraînement, le patient a été gêné par le manque du mot sans parvenir à le contourner ni même le signifier par une modalisation. Il en emploie pourtant lors des séances fonctionnelles et écologiques. Toutefois, il est constaté que selon les séances, les stratégies sont plus ou moins employées. Cela variait notamment en fonction de l'état de fatigue et du moral du patient. L'entraînement réalisé semble donc avoir eu un impact positif sur l'emploi de stratégies même si la ligne de base ne révèle pas les progrès.

1.3.3.2. Évolution de la prise en charge classique

Des échanges ont eu lieu avec l'orthophoniste travaillant avec A.B. Elle constate également que la demande est plus forte que les troubles observés et que le patient a bien évolué depuis le début de son hospitalisation. Il a actuellement quitté l'hôpital de jour et continue d'être suivi en orthophonie en libéral.

1.3.3.3. Opinion du patient sur l'entraînement proposé

- Séances appréciées et jugées utiles, plus agréables que des séances classiques car moins contraignantes et privilégiant l'échange
- Les thèmes abordés n'ont pas toujours été source d'inspiration

1.4. Entraînement de M.M.

1.4.1. Déroulement de l'entraînement

1.4.1.1. Déroulement des séances

L'entraînement s'est déroulé du 22/12/2013 au 18/03/2013 (le même nombre de séances a été effectué, mais il y a eu des interruptions du suivi en raison de difficultés d'organisation et problèmes médicaux du patient).

1.4.1.1.1. Niveau fonctionnel

Stratégie travaillée : circonlocution référentielle

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
1	- Dénominations génériques - Mimiques qui accompagnent les propos et mimique d'imitation - 1 circonlocution spontanée mais questions pour préciser - 1 geste iconique - 1 approche sémantique accompagnée d'un regard	- 1 circonlocution référentielle spontanée	- 1 circonlocution spontanée
3	- 2 circonlocutions spontanées	- Pas d'emploi de stratégie	- Pas d'emploi de stratégie
4	- 1 dénomination vide - Plusieurs temps de latence - 1 geste déictique de la tête accompagnant les propos	- Plusieurs temps de latence - Récit un peu confus - 3 approches sémantiques - 1 circonlocution sur incitation - 1 circonlocution spontanée	- 1 circonlocution spontanée
5	- 1 approche sémantique - 1 regard déictique qui accompagne la parole	- 1 circonlocution spontanée - 1 approche sémantique - 1 dénomination vide	- 1 circonlocution spontanée avec questions pour préciser
6	- Plusieurs dénominations vides	- Manque du mot sur un nom propre - Approches sémantiques	- Pas d'emploi de stratégie
7	- 1 circonlocution sur incitation - Beaucoup de temps de latence	- 1 dénomination vide - 1 circonlocution sur incitation - Capable de dire qu'il ne connaît pas le mot en français	- N'arrivant pas à engager la dispute, nous avons débuté l'échange - Pas d'emploi de stratégie

Tableau XXXI : Déroulement des séances 1 à 7 de M.M.

Stratégie travaillée : modalisations et demandes d'aide

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
8	- 1 geste déictique sur l'image (avec le bras) - 1 circonlocution spontanée	- Très long temps de latence - 1 circonlocution spontanée - 1 modalisation suivie d'une circonlocution spontanée - 1 dénomination vide combinée à une conduite d'approche sémantique mot-cible (pendant cette recherche, le patient n'a pas tenu compte de nos interventions)	- 1 mot proche sémantiquement - 1 paraphrasie formelle puis mot-cible retrouvé
9	- 1 mimique d'imitation - 1 incitation à la demande d'aide	- 1 circonlocution spontanée - recherche d'un nombre, propositions de notre part à l'écrit - 1 incitation à la demande d'aide après latence (non efficace)	- Pas d'emploi de stratégie
10	- Pas d'emploi de stratégie	- 2 circonlocutions spontanées - 1 expression faciale	- 1 paraphrasie sémantique - 1 dénomination vide

Tableau XXXII : Déroulement des séances 8 à 10 de M.M.

Stratégie travaillée : gestes et expressions faciales

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
11	- Approche sémantique	- 1 paraphrasie sémantique - 1 approche sémantique	- Pas d'emploi de stratégie
12	- 1 déictique (regard et mouvement de la tête) qui accompagne le propos - 1 circonlocution	- 1 circonlocution sur incitation - 1 approche sémantique	- Beaucoup de temps de latence, pas d'emploi de stratégie
13	- 3 gestes déictiques - 1 circonlocution sur incitation	- 2 circonlocutions spontanées	- Incitation aux gestes, circonlocutions, demande d'aide (inefficaces) - Compréhension du message après question
14	- Plusieurs temps de latence - Beaucoup de dénominations vides - 1 paraphrasie sémantique - 1 geste déictique qui accompagne les propos	- Plusieurs dénominations vides - 2 circonlocutions spontanées - 1 approche formelle avec dénomination vide - 1 paraphrasie sémantique avec modalisation - Questions de notre part pour comprendre, geste spontané efficace - 1 dénomination générique - Temps de latence	- Pas d'emploi de stratégie

15	- 1 approche sémantique avec modalisation - 2 circonlocutions spontanées	- Pas d'emploi de stratégie	- 1 paraphasie sémantique
16	- Précise qu'il ne connaît pas le mot en français - 1 circonlocution sur incitation	- 1 circonlocution spontanée	- Pas d'emploi de stratégie
17	- 1 regard et un geste déictiques spontanés	- 1 circonlocution spontanée après long temps de latence	- 1 geste spontané qui accompagne les propos

Tableau XXXIII : Déroulement des séances 11 à 17 de M.M.

Stratégies travaillées : renforcement de toutes les stratégies développées

Séance N°	Photographie	Situation naturelle	Situation fictive
18	- Beaucoup de relances	- Beaucoup de relances - Beaucoup de temps de latence pour trouver les idées	- Pas d'emploi de stratégie
19	- 1 modalisation - 1 paraphasie sémantique	- Pas d'emploi de stratégie	- Pas d'emploi de stratégie

Tableau XXXIV : Déroulement des séances 17 à 19 de M.M.

1.4.1.1.2. Niveau écologique

M.M. s'est montré très réceptif et demandeur car peu autonome dans sa vie quotidienne. Avant chaque séance, nous l'incitons à utiliser les stratégies travaillées lors de situations de manque du mot. Il est expliqué préalablement au patient que nous n'interviendrons dans l'échange qu'en cas de difficultés.

Séance N°	Situations proposées
20	- A la poste : envoyer un colis - Préparation à l'écrit au préalable - Trouve une stratégie pendant la préparation : " un colis avec garantie " - Intervention de notre part pendant l'exercice car la personne au guichet ne voulait pas s'occuper du patient/client du fait de son handicap.
21	- Plusieurs situations sont proposées. Nous expliquons au patient les endroits prévus pour la sortie et lui donnons des pistes pour la demande sans lui donner les mots-clés à utiliser. Le patient ne souhaite pas préparer à l'écrit, la discussion se fait sur le chemin. - Boulangerie : commander du pain. 1 circonlocution " je passerai tout à l'heure ". Au moment de récupérer le pain : déictique spontané pour montrer l'endroit où il a été rangé. - Marchand de journaux : 1 circonlocution spontanée - Prise de rendez-vous chez le coiffeur puis annulation par téléphone

22	- Dans un supermarché - Discussion au préalable au domicile et proposition des situations : demander où se trouve un produit, un rayon, et des renseignements sur la carte de fidélité. - Situations réellement effectuées : conseil sur les fruits de saison et renseignements sur la carte de fidélité. - Séance assez difficile car le patient connaissait un certain nombre des membres du personnel et n'osait pas les solliciter. - 1 geste spontané et efficace avec la tête pour signifier " plus tard "
23	- A la gare - Au guichet des tickets régionaux : demande de tarifs et d'explications sur le trajet - Au guichet TGV : demande d'horaires et de tarifs, éventuelle réduction
24	- Renseignements dans une agence de voyages - Quelques interventions de notre part car le patient n'était pas à l'aise et a exprimé des douleurs.

Tableau XXXV : Déroulement des séances écologiques de M.M.

Une situation de manque du mot a été flagrante lors des sorties écologiques. Le patient a alors utilisé une circonlocution sur incitation.

1.4.1.2. Choix de progression dans l'entraînement des stratégies

- Circonlocutions référentielles : 7 séances

Le patient étant assez fluent, cette stratégie a été introduite initialement, étant la plus accessible. Elle a été rapidement spontanée et efficace malgré un certain temps de latence.

- Demandes d'aide et modalisations : 3 séances

Le patient ayant formulé son incapacité à retrouver un mot en français, et pour réduire le temps de latence, nous avons choisi d'intégrer cette nouvelle stratégie. Cependant, elle n'a pas été travaillée longtemps car le patient paraissait peu à l'aise avec cette stratégie. Effectivement, faire intervenir l'interlocuteur ne lui semblait pas facile. Etant donné sa capacité à formuler ses difficultés, le simple renforcement lors des séances suivantes semblait plus adapté.

- Gestes et expressions faciales : 7 séances

Les expressions faciales et les gestes déictiques accompagnant les propos sont assez présents chez ce patient. Nous avons donc souhaité les développer afin de pallier le manque du mot et dépasser la valeur de co-verbaux. Les gestes ont pu être spontanés mais la progression dans l'utilisation a été variable. Cependant, le patient a continué d'utiliser les circonlocutions référentielles spontanément et a su développer des stratégies efficaces de lui-même (approches sémantiques). Cette stratégie n'a donc pas été développée seule. Lors des premières manifestations de

la stratégie, nous avons souligné le fait que trouver un « mot qui ressemble » était une stratégie efficace et qu'il fallait l'utiliser dès que le besoin s'en faisait ressentir.

A la fin de cet entraînement, il restait deux séances avant les séances écologiques. Nous avons choisi de renforcer les trois stratégies travaillées plutôt que d'en intégrer une nouvelle sur un temps si court. De plus, le patient a effectué beaucoup d'approches sémantiques spontanément, ce qui a souvent permis la production du mot-cible. Il a également trouvé quelques synonymes par lui-même. Par conséquent, nous avons précisé au patient qu'il pouvait également utiliser ces stratégies.

1.4.2. Ligne de base post-entraînement

Empan arithmétique : L'empan endroit est de quatre items et l'envers est de deux. Les empan étaient de trois items lors de la première ligne de base.

Situations conversationnelles :

Lors de la ligne de base post-entraînement, M.M. emploie une modalisation, une approche formelle, une circonlocution, une dénomination vide ainsi que plusieurs gestes de la tête pour accompagner ses propos. La transcription du corpus est présentée en **annexe 15, page 48**.

1.4.3. Conclusions sur l'efficacité de l'entraînement

1.4.3.1. Efficacité de l'entraînement

Le patient utilise plus de stratégies lors de la ligne de base post-entraînement. On peut donc supposer que l'entraînement a été efficace. Il emploie également des stratégies lors des séances fonctionnelles et écologiques. En fonction des séances, les stratégies sont plus ou moins utilisées. Cela variait notamment en fonction de l'état de fatigue et du moral du patient.

Etant donné que l'empan endroit est passé de trois à quatre entre la première et de deuxième ligne de base, il est possible que les progrès soient dûs également à la récupération spontanée et pas uniquement à l'entraînement réalisé.

1.4.3.2. Évolution de la prise en charge classique

Nous avons assisté à des séances dites classiques puisque le patient était pris en charge sur l'un de nos lieux de stage. Les supports utilisés visaient notamment à réduire le manque du mot et l'agrammatisme.

- Exercices favorisant la production de verbes, de noms et d'adjectifs.
- Bandes dessinées avec des bulles vides à remplir : difficultés pour comprendre la consigne, le patient commentait beaucoup les images.

1.4.3.3. Opinion du patient sur l'entraînement proposé

M.M. a manifesté de l'intérêt pour le protocole. La motivation pour la prise en charge orthophonique en général pouvait être variable (très basse en Janvier car il éprouvait un sentiment de régression suite à une crise d'épilepsie). Les séances écologiques ont paru lui plaire tout particulièrement car ce patient était jusqu'à présent très aidé par sa famille dans les diverses tâches pratiques de la vie quotidienne.

2. Synthèse générale du déroulement de l'entraînement

2.1. Élaboration du plan d'entraînement individuel

La liste des **stratégies** à travailler, leur **ordre** et leur **durée** d'entraînement n'a pas été pré-établie de façon commune à tous les patients. Ces éléments ont été définis en fonction de l'évaluation de départ, des capacités initiales et de leur évolution. Un ordre d'introduction des stratégies a été dressé pour chaque patient au début du travail. La durée de l'entraînement de chaque stratégie a été modulée selon la **rapidité d'appropriation** ou le **caractère mobilisable** pressenti de la stratégie proposée.

L'évolution du travail a également pu se faire en fonction de la **demande du patient**. Par exemple, l'un des sujets a évoqué des difficultés plus particulières lors de l'utilisation du téléphone. Des séances ont donc été ciblées plus précisément sur cette plainte.

Au début du projet, il a d'abord été question de travailler toutes les stratégies simultanément. L'entraînement se serait alors déroulé en trois parties. Une première étape aurait consisté à questionner le patient lors de chaque situation de manque du mot pour identifier ses savoirs lexicaux et l'aiguiller vers la stratégie la plus accessible. Dans la deuxième étape, nous aurions incité le patient à utiliser une stratégie en particulier. Cela est peu naturel mais aurait permis au patient de développer de stratégies utilisées peu facilement en situation spontanée. La troisième étape aurait consisté à laisser le patient trouver lui-même la stratégie la plus efficace dans une situation donnée. Cette phase aurait permis de développer l'autonomie du patient face à l'utilisation des stratégies. Finalement, les stratégies ont été travaillées une par une.

Concernant l'**introduction de nouvelles stratégies**, l'idéal aurait été le passage en spontané avant d'en proposer une suivante. Étant donné qu'en situation conversationnelle il est compliqué d'utiliser une seule stratégie à la fois, nous avons choisi d'intégrer les stratégies au fur et à mesure de nos séances tout en renforçant celles travaillées précédemment.

Nous avons également le souci de ne pas accorder trop de temps à une stratégie. Par exemple, au début de la prise en charge, les circonlocutions ont été proposées à certains des sujets. Même si elles n'ont pas forcément été spontanées immédiatement, nous avons proposé une nouvelle stratégie après quelques séances afin qu'ils aient tout de même assez rapidement d'autres outils à leurs disposition. En effet, le but était d'optimiser la conversation et de ne pas contraindre les patients à utiliser une stratégie en particulier. Lorsque la stratégie privilégiée ne permettait pas de compenser la difficulté, d'autres moyens étaient suggérés.

2.2. Constatations concernant l'évolution des sujets

L'un des constats est que les performances variaient d'une séance à l'autre en fonction de l'état du patient mais également des supports. En effet, la **fatigabilité**, l'**humeur** et l'**attention** ont eu une influence notable sur les performances au fil des séances. De plus, certains **types de situations** mettaient les sujets en difficulté alors qu'ils semblaient facilitateurs pour d'autres. Par exemple, certains patients étaient plus à l'aise avec les situations discursives et moins avec les situations fictives alors que l'inverse était constaté pour d'autres sujets. Les **supports** en eux-mêmes influent sur la performance. De même, certaines photographies ou thèmes de conversation ont conduit à une production plus ou moins importante.

Pour les deux patients hommes, il faut souligner un bilinguisme. La difficulté a parfois été de distinguer des temps de latence qui correspondaient à un vrai manque du mot de ceux qui correspondaient à une recherche de mots ou de formulations en français.

Très souvent, un **temps de latence** important a été constaté. Une grande partie du travail a consisté à réduire ce délai afin que la conversation soit moins entrecoupée. Cependant, même si les stratégies pouvaient être spontanément utilisées, il est rare qu'elles le soient sans délai. Il a pu arriver qu'un patient ne manifeste pas de manque du mot pendant la séance, que lors d'une séance il utilise des aides spontanément et qu'à la séance suivante nous devions le solliciter.

Au bout de quelques séances, un des premiers constats a été l'**allongement du discours** par rapport à la ligne de base. Les patients, étant plus à l'aise avec le matériel et avec leur thérapeute, appréhendaient moins de parler. De plus,

l'**incitation verbale** et l'**initiation du discours** ont été développées au cours de l'entraînement et des progrès ont été révélés.

2.3. Conclusion générale

De manière générale, le protocole d'entraînement a eu un **effet positif** sur l'emploi des stratégies dans les situations conversationnelles. D'autres progrès ont été constatés, notamment l'**allongement des énoncés**, le développement de l'**initiation de l'échange** et de l'**introduction du contexte** ainsi que l'**autonomie** lors des situations écologiques.

Certains patients n'ont eu recours à aucune stratégie lors de la **ligne de base post-entraînement**. Ce résultat contrastait avec les progrès observés lors des séances. Cela peut être mis en lien avec le constat de variation des performances. La situation de test peut également modifier les comportements des patients.

Le **recours spontané** aux stratégies a été au cœur de ce travail. Des sollicitations ont été régulièrement proposées aux sujets pour leur permettre de faciliter l'emploi des stratégies.

Le **maintien des acquis** n'a pas toujours été aisé. En effet, bien que les stratégies précédentes aient été renforcées tout au long de l'entraînement, l'un des patients ne les employait plus dès lors que d'autres stratégies étaient introduites.

Une tâche sans rapport avec les progrès linguistiques a été proposée lors de la ligne de base pré et post entraînement (**empan arithmétique**). Cela devait permettre de préciser si l'évolution était due à la récupération spontanée du sujet ou à l'entraînement proposé. L'empan arithmétique n'ayant pas évolué pour trois des quatre sujets, cela témoigne d'un certain impact de l'entraînement.

L'effet de la **rééducation classique** sur les performances des sujets peut nuancer les résultats du protocole. En effet, trois des quatre patients suivis bénéficiaient d'une autre prise en charge orthophonique à raison de plusieurs séances par semaine. Cela n'a a priori pas eu d'influence directe sur l'emploi des stratégies. En revanche, la réduction des déficits linguistiques a pu diminuer la **fréquence du manque du mot** et permettre de faciliter l'**accès à certaines stratégies**, notamment les circonlocutions référentielles et les approches formelles. L'**allongement des énoncés** peut également avoir été influencé par la rééducation classique.

Discussion

1. Rappel des objectifs, résultats principaux et éléments issus de la littérature

L'objectif de ce mémoire était de concevoir et d'expérimenter un protocole d'entraînement destiné aux patients aphasiques présentant un manque du mot au sens de trouble lexico-phonologique. Cette étude s'est fondée sur le constat suivant : certaines personnes aphasiques parviennent à compenser spontanément leurs difficultés par des stratégies (gestes, circonlocutions référentielles, approche sémantique, etc.) tandis que d'autres ont besoin d'un étayage de l'orthophoniste. Ce travail a formulé l'hypothèse qu'un **entraînement spécifique** peut amener le locuteur aphasique à développer, renforcer ou inhiber des stratégies.

A l'issue de l'entraînement, il est possible de conclure que le travail proposé a permis aux quatre sujets de s'appropriier les différentes stratégies. En revanche, l'emploi des stratégies lors des séances et de la ligne de base post-entraînement n'a pas toujours été spontané ni systématique.

Ce travail s'inscrit dans les **approches rééducatives pragmatiques et écologiques**. Nous avons porté attention à la question du **transfert** à la vie quotidienne afin que les bénéfices de l'entraînement aient un effet sur le handicap communicationnel. D'après Salthouse (1987) et Eustache (1991) *cités par* Kioua (1998) le contexte serait facilitateur pour développer des stratégies compensatoires. Ainsi, leur mise en œuvre serait plus aisée en situation naturelle qu'en séance. C'est pourquoi une partie écologique a été proposée.

Lezak (1978) insiste sur les conséquences de l'aphasie sur l'**autonomie** et la **participation** dans la vie quotidienne de la personne. En effet, certains patients se sont sentis revalorisés par les diverses tâches demandées lors des sorties écologiques. Ces personnes avaient pris l'habitude d'être relayées par les proches pour effectuer certaines démarches (courses, appels téléphoniques, demandes de renseignements, démarches administratives, etc.). Ils se sont ainsi aperçus qu'ils étaient capables de réaliser eux-mêmes ces activités.

Hymes (1984) intègre la notion de "**compétence de communication**". Il explique qu'au-delà des compétence linguistiques, la compétence de communication

met en jeu tous les canaux permettant de transmettre un message. Notre travail s'inscrit dans cette conception de la communication.

D'après Tran (1997), chez certains patients fluents, les situations conversationnelles peuvent être facilitatrices car la personne mobilise des stratégies compensatoires. En revanche, pour d'autres patients, le contexte conversationnel n'amène pas au développement de stratégies et constitue donc une difficulté supplémentaire. En effet, lors des séances, certains sujets ont été aidés par le support imagé tandis que d'autres étaient plus performants lors des situations fictives.

Ce travail s'intéresse à la valorisation et à l'intégration de **stratégies palliatives dans la prise en charge orthophonique** du patient aphasique tel que le recommande Nespoulous (1996, 2010). Kioua (1998) ajoute que les stratégies de compensation sont parfois utilisées spontanément, sur demande du thérapeute ou suite à un entraînement rééducatif. L'objectif de notre travail s'inscrit dans cette démarche en cherchant à fournir un protocole permettant d'entraîner l'emploi des stratégies de façon rigoureuse et systématique. Kioua (1998) insiste sur le **temps** nécessaire et le **coût cognitif** sollicités par l'usage de stratégies de compensation. Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles les sujets de ce mémoire ont rencontré des difficultés à réemployer les stratégies en situation spontanée. L'auteur ajoute qu'il serait plus facile de mobiliser des stratégies en situation naturelle de conversation qu'en situation de test. Cela peut expliquer le décalage entre le recours aux stratégies en séances ou en situation écologique et lors du de la ligne de base post-entraînement.

Cette étude s'est basée sur la **grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination orale d'images de Tran**. Ce document a été modifié pour les besoins du mémoire : seules les catégories de stratégies étant applicables à la conversation ont été utilisées. Les types stratégies proposés par Tran (2000) soit adaptatives, facilitatrices ou compensatoires n'ont pas été employées dans ce travail. En effet, en situation conversationnelle, il n'est pas possible d'identifier si la stratégie a permis de récupérer ou non le mot-cible, dans la mesure où l'objectif est l'efficacité

communicationnelle. Les catégories de stratégies (formelles, référentielles, gestuelles) ont été quant à elles utilisées.

Le mémoire de Régnier et Roinel (2002) s'intéressait à la comparaison des stratégies employées par les locuteurs aphasiques en épreuve de dénomination d'images et en situation de discours. Les auteurs concluent que ces locuteurs ont rarement recours à une seule stratégie pour une même recherche lexicale. Cela a compliqué l'évaluation de l'efficacité de chaque stratégie isolément et a soulevé la question de la nécessité pour les patients de combiner plusieurs aides. De plus, si une stratégie permet de compenser le manque du mot dans une situation donnée, elle peut être tout à fait inadaptée et inefficace dans un autre contexte. En effet, à l'issue de ce travail, les mêmes constats peuvent être formulés. La stratégie prioritairement travaillée n'était pas forcément celle employée ; le patient utilisait la stratégie la plus adaptée à la situation et la plus accessible.

2. Interrogations et difficultés rencontrées

2.1. Recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est révélé plus difficile que prévu. En effet, les **critères d'inclusion et d'exclusion** étaient relativement restreints pour les besoins du protocole. Il était important que les sujets présentent un manque du mot sans trouble lexico-sémantique, que la compréhension orale simple soit préservée, qu'il n'y ait pas d'anosognosie ni de signes cliniques de pathologie neurodégénérative. Durant la période de recherche de sujets au sein des deux centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles dans lesquels nous nous trouvions, peu de patients aphasiques correspondaient à l'ensemble des critères ci-dessus.

La pertinence de proposer l'entraînement à des patients dont le trouble est apparu quelques semaines auparavant s'est rapidement posée. La question du deuil du langage antérieur, du déni psychologique, de l'anosognosie et de la démarche de compensation face à la découverte des troubles a eu un impact important dans la sélection des sujets. Les patients devaient être prêts à accepter leurs difficultés et

avoir pleinement conscience que la récupération langagière ne serait sans doute pas immédiate et complète pour pouvoir compenser les troubles. Effectivement, deux patients ont refusé de participer à l'étude car leurs troubles étant très récents, ils ne percevaient pas encore l'intérêt d'un entraînement portant sur la compensation.

Il a également été question d'élargir le critère d'inclusion concernant la préservation de la compréhension orale simple. Un patient a été écarté du protocole à l'issue de l'évaluation préalable en raison de difficultés de compréhension en situation conversationnelle. De plus, deux ont présenté des scores déficitaires aux épreuves d'appariement sémantique. Ces troubles n'affectant pas les échanges, ils ont été inclus dans le protocole.

2.2. Utilisation du matériel

L'entraînement a été suivi à raison de trois séances hebdomadaires pendant deux mois. La **fréquence** et la **durée** ont posé question en terme d'investissement pour les patients. Trois des sujets bénéficiaient d'une rééducation orthophonique classique en dehors du protocole. Leur nombre de séances variaient donc entre cinq et huit par semaine (l'un des patients n'avait pas de suivi orthophonique autre que celui proposé dans le cadre du protocole). Certains patients ont rapporté au cours des séances l'investissement important requis par l'entraînement. En effet, les sujets bénéficient d'autres prises en charge médicales et paramédicales.

Nous avons appréhendé une redondance et une lassitude des sujets vis-à-vis des supports proposés. Cependant, aucune plainte n'a été formulée à ce propos, malgré les incitations. Les commentaires des sujets se sont révélés positifs.

Il a parfois été difficile de maintenir la conversation durant trente minutes chez les patients très réduits. En effet, les trois supports proposés n'étaient parfois pas suffisants pour proposer autant d'échanges.

La pertinence de mettre en place une **rééducation intensive non applicable** en pratique orthophonique courante a soulevé des interrogations. Toutefois, il a semblé important de proposer un entraînement conséquent afin de tenter de conclure sur son efficacité. Si le protocole intensif n'avait eu aucun effet, cela aurait

permis de conclure sur une inefficacité totale. Si le choix d'une prise en charge plus allégée avait été fait, et que les résultats n'avaient pas été concluants, il n'aurait pas été possible de conclure que cela était dû au matériel en lui-même ou au manque d'intensité.

2.3. Entraînement des stratégies

Concernant l'entraînement des stratégies, il a d'abord été question d'inclure un **niveau analytique** au protocole. Cette étape aurait consisté à entraîner l'utilisation des stratégies avec un support imagé représentant un objet, une personne, une action ou une émotion. Les images auraient d'abord représenté un seul item (par exemple, un enseignant), puis plusieurs (par exemple, un enseignant en train de donner cours), et enfin une scène imagée (par exemple, une classe dans laquelle différents événements se produisent simultanément).

Ce niveau analytique n'a finalement pas été inclus dans le protocole. Seules les scènes imagées ont été retenues, car elles permettent d'inciter le patient à produire un discours. Les deux autres types de support qui avaient été imaginés sont peu fonctionnels et ne correspondent pas à des situations naturelles de conversation. Ils n'ont donc pas été mis en place.

Or, à l'issue de l'entraînement, il semble que cette étape préalable aurait eu un intérêt. Cela aurait constitué un **travail préparatoire** à l'emploi des stratégies dans le langage spontané. En effet, les sujets auraient eu le temps de **se familiariser** avec les stratégies et de s'entraîner à les utiliser. Cela aurait également permis de constater l'efficacité et la facilité à mobiliser les stratégies avant de les intégrer en conversation. L'emploi spontané des stratégies aurait sans doute été plus **rapide**, plus **systématique** et plus **automatique**. Le niveau analytique aurait pu permettre également de repérer les stratégies à inhiber, si un tel besoin s'était fait ressentir.

Le choix dans la **progression des stratégies** proposées a fait l'objet de beaucoup de réflexion tout au long du travail. Aucun ordre n'était pré-établi pour l'ensemble des sujets. Un **plan d'entraînement** a été établi **individuellement** en fonction des performances de chaque patient et a été régulièrement remis en

question. Les vidéos des séances ont été analysées au fur et à mesure afin de constater les progrès et d'établir la marche à suivre. Ces choix peuvent être contestés et font intervenir une part de subjectivité. Il n'est pas possible de prévoir préalablement l'efficacité des stratégies et d'avoir la certitude que le choix effectué était le plus pertinent.

Le moment le plus propice pour **introduire une nouvelle stratégie** constitue également un choix pouvant faire l'objet de critiques.

2.4. Déroulement des séances

Ce travail est centré sur les conversations, ce qui implique une spontanéité et une **impossibilité de prévoir** le contenu exact des échanges. Nous nous devons de **relancer le discours** aussi souvent que nécessaire et selon la fluence des sujets, y compris dans la ligne de base. Il y a donc une certaine **part de subjectivité** dans le choix des questions et sollicitations proposées. A partir d'un même support, le contenu des échanges pouvait être très divers d'un patient à l'autre. Un certain nombre de digressions ont été induites par les sujets et nous avons dû nous adapter, quitte à nous éloigner ponctuellement du support. En effet, l'essentiel était de maintenir la conversation. De plus, pour l'un des sujets, une partie du travail a consisté à l'inciter à ne pas abandonner l'échange lors d'un manque du mot important. Le patient avait en effet tendance à interrompre la conversation, par frustration et/ou énervement, sans parvenir à aller au bout de son idée.

2.5. Méthodologie

Sur le plan méthodologique, la **transcription des corpus** de la ligne de base en utilisant les conventions du D.E.L.I.C. a représenté un travail laborieux. Cette représentation des énoncés est toutefois importante pour permettre une meilleure lisibilité et exploitation des corpus.

Nous avons tenté de faire preuve de **rigueur** tout au long de ce travail. Malgré tout, compte-tenu du **caractère clinique** de cette expérimentation, une objectivité totale était peu réalisable.

Il aurait pu être intéressant de créer une **grille d'analyse** à utiliser lors de l'exploitation des vidéos des séances. Cela aurait permis de synthétiser plus facilement les résultats et de maintenir plus facilement les éléments à observer.

Nous avons prévu de quantifier nos résultats, c'est-à-dire d'essayer de calculer un pourcentage de progression dans l'utilisation des stratégies. Or, cela s'est vite avéré très difficile. En effet, les situations de manque du mot pouvaient s'avérer plus ou moins fréquentes en fonction du patient, des supports, etc. En conversation, il paraît également peu aisé de comptabiliser chaque situation d'anomie de façon certaine. De plus, une stratégie n'était pas forcément mobilisée seule pour une situation de manque du mot, et chaque stratégie n'a pas la même efficacité selon le mot-cible recherché.

2.6. Difficultés pratiques

D'autres difficultés sont apparues lors de ce travail, indépendamment de notre volonté. Par exemple, il a souvent été compliqué d'adapter les emplois du temps de chacun, étant donné la fréquence des séances. De plus, de nouveaux problèmes de santé chez l'un des sujets ont nécessité de décaler quelques séances afin de lui permettre de récupérer.

3. L'enrichissement personnel

3.1. Compétences orthophoniques

Ce travail nous a permis de développer nos **connaissances** et **compétences** dans le domaine de l'aphasie. Nous avons progressé en terme d'**évaluation**, d'**interprétation** et de **diagnostic**, de **rédaction** de compte-rendus de bilans, d'établissement d'un **plan de rééducation** et de mise en place du **suivi thérapeutique**. Nous avons pu nous approprier les termes utilisés dans la **typologie** des comportements dénominatifs.

Nous avons eu l'occasion de développer nos capacités à adapter notre **communication** aux difficultés et compétences des patients rencontrés. Notre intérêt

particulier pour la communication et les stratégies palliatives s'est renforcé. Nous avons pu constater les réelles **répercussions** que l'aphasie peut engendrer, ainsi que le handicap communicationnel vécu par certains patients. Bien que nous nous soyons documentées sur la question, nous avons beaucoup appris en nous y confrontant.

3.2. Compétences relationnelles

Il a été important de **s'adapter** à la personnalité de sujets, à leur humeur parfois variable, à leurs baisses de motivation, leur fragilité émotionnelle et leur fatigabilité. Nous avons tenté de répondre à leurs attentes et de faire preuve de **souplesse** par rapport à leurs **demandes**. Nous avons attaché de l'importance à leur opinion concernant les supports et les situations proposés.

Nous avons pris conscience que l'**aspect psychologique et motivationnel** tient une place primordiale dans la prise en charge de l'adulte aphasique. Nous pouvons ajouter que sur le plan thérapeutique et relationnel, le contact avec les sujets rencontrés a été établi rapidement et de façon très positive. Cela a sans doute contribué à l'investissement important dont les patients ont fait preuve tout au long du protocole.

3.3. Compétences méthodologiques

Sur le plan méthodologique, nous avons appris à concevoir un **plan d'entraînement** de façon rigoureuse et à faire des **choix argumentés** pour les supports et les situations du protocole. Nous avons également eu l'occasion de **présenter** notre projet à différentes étapes de la conception et à différents interlocuteurs (équipe du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, orthophonistes en cabinet libéral, sujets éventuels, famille des patients et interlocuteurs extérieurs lors des sorties écologiques). Cela nous a permis d'apprendre à **adapter notre discours** en fonction des connaissances de la personne concernée. Nous avons dû argumenter pour donner envie aux patients de participer à ce travail.

3.4. Compétences personnelles

Nous avons pu nous **remettre en question** régulièrement tout au long de cette étude. L'analyse des vidéos des séances et le travail en binôme nous ont permis de **critiquer** nos pratiques respectives et de modifier nos choix. Nous avons appris à **travailler en équipe** sur le long terme. Il a fallu confronter nos choix et nos idées et trouver des points d'entente afin de faire évoluer le protocole.

4. Élargissement au champ de l'orthophonie

De nombreux auteurs évoquent l'importance de s'intéresser à l'emploi de stratégies compensatoires dans la rééducation orthophonique. En revanche, en pratique, les thérapeutes disposent de peu d'outils pour affiner l'évaluation de l'utilisation des stratégies. Il n'existe à l'heure actuelle aucun matériel ou protocole visant l'entraînement des stratégies. Cet aspect est peu privilégié dans le cadre de la rééducation. Pourtant, ce mémoire nous a permis de constater la difficulté à mettre en place des stratégies pour les patients aphasiques. Un travail spécifique et systématique semble important pour parvenir à des résultats et rendre l'emploi des stratégies spontané. Nous avons conscience que le protocole n'est pas applicable tel quel en rééducation orthophonique. Il permet toutefois d'apporter une proposition de réponse et un regard particulier sur la prise en charge de la personne aphasique.

Conclusion

Ce travail s'inscrit dans les **approches pragmatiques et écologiques** de la rééducation du manque du mot dans le langage spontané chez les patients aphasiques. Cette étude s'est fondée sur le constat suivant : certains locuteurs aphasiques parviennent spontanément à compenser leur trouble lexical en employant diverses stratégies tandis que d'autres semblent avoir besoin d'un **étayage suivi d'un entraînement**.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons souhaité concevoir un protocole d'entraînement visant à développer, renforcer et parfois inhiber l'emploi de diverses stratégies. Le plan d'entraînement a été construit sur la base d'une évaluation préalable.

L'hypothèse de départ est que cet étayage permettrait de rendre spontané, **rapide** et **systématique** l'usage de stratégies. L'objectif visé est l'**efficacité communicationnelle** et non la production du mot-cible. Toutefois, les stratégies amènent parfois les sujets à retrouver le mot cherché, ce qui est également satisfaisant même si cela ne faisait pas l'objet du travail proposé.

En s'intéressant à la transmission effective d'un message, ce travail se distingue des thérapies classiques du manque du mot. Cependant, il ne prétend pas se substituer à la rééducation traditionnelle du trouble linguistique. Ce protocole cherche à modérer le **handicap communicationnel** entraîné par le déficit lexical.

Ce protocole a été mis en œuvre auprès de **quatre sujets** aphasiques présentant un manque du mot lexico-phonologique. L'entraînement s'est déroulé à raison de trente minutes, trois fois par semaine pendant deux mois. Nous avons conscience qu'une telle **intensité** est difficile à mettre en place en pratique. En effet, les patients bénéficient déjà généralement d'une ou plusieurs séances classiques hebdomadaires. Cependant, le protocole paraît justifié dans le cadre de la prise en charge de l'aphasie. Il semble important de pouvoir ajouter à la réduction des troubles la prise de conscience et le développement des capacités de compensation des patients. Ceci permettrait sans doute d'améliorer la qualité des échanges en situations naturelles de communication, quelle que soit la fréquence accordée à cet entraînement. Il paraît essentiel d'amener les locuteurs aphasiques à penser que leur langage ne se réduit pas uniquement à leurs déficits et qu'ils sont en mesure de transmettre de nombreux messages par le biais d'autres canaux.

Bibliographie

- Andersen G (1997).** Post-stroke depression and pathological crying : clinical aspects and new pharmacological approaches. *Aphasiology*, 11 : 651- 664
- Bachy-Langedock N, De Partz M-P (1989).** Coordination of two reorganization therapies in a deep dyslexic patient with oral naming disorder. In : Seron X, Deloche G (Eds.). *Cognitive Approches in Neuropsychological Rehabilitation*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates : 211-217.
- Bachy-Langedock N (1988).** *Batterie d'Examen de la Dénomination*. Editest.
- Bajon B (2001).** *Intérêt de l'étude des savoirs lexicaux dans l'évaluation des troubles de la dénomination*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2.
- Caramazza A (1997).** How many levels of processing are there in lexical access? *Cognitive neuropsychology*, 14 : 177-208.
- Cardebat D, Joanette Y (1998).** Perturbations discursives en pathologie du langage : de la description...à l'interprétation. In : Seron X, Jeannerod P (Eds.). *Neuropsychologie humaine*, Liège, Mardaga : 408-418.
- Costaz G, Villard A (1995).** *Aphasie et communication : quelles stratégies met en place le conjoint d'une personne aphasique mixte sévère pour rétablir une communication efficace ?*, Mémoire d'orthophonie, Institut d'orthophonie de Lyon.
- Cruz F (2006).** L'analyse de la compétence dans les conversations entre aphasiques et non-aphasiques : une approche interactionnelle. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 84 : 67-82.
- Darrigrand B, Mazaux J-M (2000).** L'échelle de communication verbale de Bordeaux : une évaluation des compétences communicatives des personnes aphasiques. *Glossa*, 73 : 3-15.
- Daviet J-C, Muller F, Stuit A, Darrigrand B, Mazaux J-M (2007).** Communication et aphasie. In : Mazaux JM, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux, Masson : 76-86.
- Davis G, Wilcox J (1981).** Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In : Chapey R (Eds.). *Intervention strategies in Adult Aphasia*. Baltimore, William and Wilkins : 169-193.
- Dell GS, Schwartz MF, Martin N, Saffran EM, Gagnon DA (1997).** Lexical access in aphasic and nonaphasic speakers. *Psychological review*, 104 : 801-38.
- De Partz M-P, Bilocq V, De Wilde V, Seron X, Pillon A (2001).** *Test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique*. Solal, Marseille.
- De Partz M-P (2007).** De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In : Mazaux JM, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux, Masson : 243-249.
- De Partz M-P (2008).** L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap. In : Juillerat Van der Linden A-C, Aubin G, Le Gall DD, Van der Linden M (Eds.). *Neuropsychologie de la vie quotidienne*. Marseille, Solal : 131-137.

- Duvignau K, Gaume B, Nespoulous JL (2004).** Proximité sémantique et stratégies palliatives chez le jeune enfant et l'aphasique. *Parole*, 31-32 : 219-255.
- Equipe DELIC (2004).** Présentation du *Corpus de référence du français parlé*. *Recherches sur le français parlé*, 18 : 11-42.
- Eustache F (1991).** Approches cognitives du vieillissement humain : Evolutions théoriques et méthodologiques. *Bulletin Société française pour l'étude du Comportement Animal*, 2 : 83-88.
- Farias D, Davis C, Harrington G (2005).** Drawing : Its contribution to naming in aphasia. *Brain and langage*, 97 : 53-63.
- Ferguson A (1992).** Conversational Repair of Word-Finding Difficulty. *In Clinical Aphasiology Conference (1991 : 21st : Destin, FL : June 1991) / : Pro-Ed(1993)*, p : 299-310.
- Feuillet A, Wagogne-Maréchal G (2005).** Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille . *Glossa*, 94 : 70-79.
- Gainotti G (1997).** Emotional, psychological and psychosocial problems of aphasic patients : An introduction. *Aphasiology*, 11 : 635-650.
- Goldin-Meadow S (1999).** The rôle of gesture in communication and thinking. *Trends in Cognitive sciences*, 3 : 419-429.
- Hadar U, Wenkert-Olenik D, Krauss R, Soroker N (1998).** Gesture and the processing of speech. *Neuropsychological evidence*, 62 : 107-126.
- Hymes D-H (1984).** *Vers la compétence de communication*. Paris, Crédif, Hatier, Didier.
- Hymes D-H (1972).** On communicative competence. *Sociolinguistics*, 2 : 53-73.
- Iché A, Rives C, Joyeux N (2012).** Un bilan orthophonique d'approche écosystémique de la problématique aphasique : le PTECCA. *Les entretiens de Bichat 2012*, Paris.
- Jimenez M, Puech A (2006).** *Converser avec une personne aphasique*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2.
- Kremin H (1994).** Perturbations lexicales : les troubles de la dénomination. In : Seron X, Jeannerod M (Eds.). *Neuropsychologie humaine*, Liège, Mardaga : 375-389.
- Kioua A (1998).** Stratégies de compensation adoptées par des patients cérébro-lésés : définitions conceptuelles et principes de mise en œuvre. *Rééducation orthophonique*, 36(198) : 51-65.
- Labourel D (1982).** Communication non verbale et aphasie. In : Seron X, Feyereisen P (Eds.). *Rééduquer le cerveau en neuropsychologie et aphasiologie*, Liège, Mardaga.

- Lambert J (2004).** Rééducation du langage dans les aphasies. In : Rousseau T (Eds.). *Approches thérapeutiques en orthophonie*, Isbergues, Orthoédition : 36-94.
- Le Dorze G (1985).** *L'aphasie et les processus de lexicalisation*. Thèse de l'Université de Montréal, Canada.
- Le Dorze G, Brassard C (1995).** A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, base on the WHO model of chronic disease. *Aphasiology*, 9 : 239-255.
- Levelt WJM , Meyer AS (2000).** Word for word : Multiple lexical access in speech production. *European Journal of Cognitive Psychology*, 12 : 4333-4452.
- Lezak M-D (1978).** Living with the characterologically altered brain injured patient. *Journal of clinically psychiatry*, 15 : 63-72.
- Lissandre J-P, Stuit A, Daviet J-C, Preux P-M, Munoz M, Vallat J-M, Dudognon P, Salle J-Y (2007).** Les thérapies pragmatiques et la PACE . In : Mazaux JM, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*, Issy-les-Moulineaux, Masson : 233-239.
- Mazaux J-M, Daviet J-C, Darrigand B, Stuit A, Dutheil S, Joseph P-A, Barat N (2006).** Difficultés de communication des personnes aphasiques. In : Pradat-Diehl P, Peskine A (Eds). *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris, Springer-Verlag : 73-82.
- Mazaux J-M, Pradat-diehl P, Brun V (2007).** Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique ? In : Mazaux JM, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*, Issy-les-Moulineaux, Masson : 263-266.
- Méthé S, Huber W, Paradis M (1993).** Inventory and classification of rehabilitation methods. In : Michel Paradis (Eds.). *Foundations of aphasia rehabilitation*, Oxford, New-york, Seoul, Tokyo : 3-60.
- Morton J (1984).** La dénomination. *Langages*, 76 : 19-30.
- Nespoulous JL (1980).** De deux comportements verbaux de base : référentiel et modalisateur. De leur dissociation dans le discours aphasique. *Cahiers de psychologie*, 23 : 195-210.
- Nespoulous JL, Roch Lecours A, Lafond D, Lemay A, Puel M, Joannette Y, Cot F, Rascol A (1992).** *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie*. Isbergues, Orthoédition.
- Nespoulous JL (1996).** Les stratégies palliatives dans l'aphasie. *Rééducation orthophonique*, 34(188) : 423-433.
- Nespoulous JL (2010).** Référence et modalisation : De la dissociation de leur gestion psycholinguistique et neuropsycholinguistique dans le discours aphasique. Paris, *Congrès mondial de linguistique française*.
- Prod'homme K (2008).** Aphasie et modalisation. À quoi servent ces énoncés si bien préservés? *Glossa*, 104 : 26-33.

- Regnier N, Roinel K (2002)**, *Manque du mot et stratégies dénominatives dans le discours de locuteurs aphasiques*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille 2.
- Rousseaux M, Delacourt A, Wyrzykowski N, Lefeuvre M (2001)**. *Test Lillois de Communication*. Orthoédition, Centre hospitalier universitaire de Lille, Institut d'orthophonie de Lille.
- Sahraoui H, Nespoulous JL (2008)**. Déficit et conduites adaptatives dans la production verbale agrammaticale : variabilités à partir d'un cas. *Glossa*, 104 : 42-56.
- Salthouse T-A (1987)**. Age, experience, and compensation. In : Schooler C, Schaie K-W (Eds.). *Cognitive functioning and social structure over the life course*, New York.
- Sauzéon H (2007)**. Modèles du langage et production de mot : apports des sciences cognitives. In : Mazaux JM, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*, Issy-les-Moulineaux, Masson : 7-18.
- Scharp V, Tompkins C, Iverson J (2007)**. Gesture and aphasia : helpings hands ?. *Aphasiology*, 21 : 717-721.
- Schlegoff EA, Jefferson G, Sacks H (1977)**. The preference of self-correction in the organisation of repair in conversation. *Langage*, 53 : 361-382.
- Starkstein S-E, Robinson R-G (1988)**. Aphasia and depression. *Aphasiology*, 2 : 1-20.
- Tompkins CA, Scharp VL, Marshall RC (2006)**. Communicative value of self cues in aphasia : A re-evaluation. *Aphasiology*, 20(7) : 684-704.
- Tran TM (1997)**. Intérêts et limites des épreuves de dénomination d'images en pratique clinique aphasiologique. *Glossa*, 59 : 16-23.
- Tran TM (1998)**. Pour une approche dynamique des réponses aphasiques : étude linguistique des énoncés produits en dénomination d'images. *Glossa*, 64 : 38-47.
- Tran TM, Corbin D (1998)**. Terminologie neurolinguistique et typologie des paraphasies : une approche critique. Communication au colloque *Métalangage et terminologie linguistique*, Université Stendhal, Grenoble, Mai 1998.
- Tran TM, Duquenne J, Moreau E (2000)**. Les troubles de la dénomination : déficits et stratégies. Proposition d'une grille d'analyse des réponses obtenues en dénomination d'images. *Glossa*, 71 : 4-16.
- Tran TM (2000)**. *A la recherche des mots perdus : étude des stratégies dénominatives des locuteurs aphasiques*, Thèse de doctorat, Université Lille 3.
- Tran TM (2007)**. Rééducation des troubles de la production lexicale. In : Mazaux J-M, Pradat-Diehl, Brun V (Eds.). *Aphasies et aphasiques*, Issy-les-Moulineaux, Masson : 205-215.
- Tran TM (à paraître, communication par l'auteur à titre personnel)**. L'évaluation du comportement dénominatif en aphasiologie, Université Lille 2.

Weill-Chounlamountry A, Tessier C, Capelle N, Pradat-Diehl P (2009). La rééducation informatisée de la dénomination chez le sujet aphasique. *Les entretiens de Bichat 2011*.

Wilshire C (2008). Cognitive neuropsychological approaches to word production in aphasia : Beyond boxes and arrows. *Aphasiology*, 22 (10) : 1019-1053.

Sites web consultés :

Site de partage de photographies. <http://www.flickr.com/creativecommons/> [Consulté le 10/09/2012] (Les photographies utilisées dans le protocole sont issues de ce site. Les supports choisis sont libres de droit, y compris pour une utilisation commerciale, sous la condition de citer le nom employé par l'auteur sur le site web)

Site du D.E.L.I.C. sites.univ-provence.fr/delic/corpus [Consulté le 05/01/2013] (Les informations concernant les conventions de transcriptions recommandées par le D.E.L.I.C. sont issues de ce site web)

Site de l'OMS. <http://www.who.int> (<http://www.ctnerhi.com>) (<http://dcalin.fr>) [Consultés le 15/10/12] (La classification de la CIF est issue de ces sites web)

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'analyse dynamique des réponses en dénomination d'images de Tran (communiquée par l'auteur à titre personnel)

Annexe 2 : Descriptif des tests utilisés

Annexe 3 : Supports de la ligne de base

Annexe 4 : Présentation des conventions de transcription du D.E.L.I.C.

Annexe 5 : Photographies du protocole

Annexe 6 : Situations naturelles du protocole

Annexe 7 : Situations fictives du protocole

Annexe 8 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de E.M.

Annexe 9 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de P.M.

Annexe 10 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de A.B.

Annexe 11 : Transcription des corpus de situations conversationnelles pré-entraînement de M.M.

Annexe 12 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de E.M.

Annexe 13 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de P.M.

Annexe 14 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de A.B.

Annexe 15 : Transcription des corpus de situations conversationnelles post-entraînement de M.M.