



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 :

Gabrielle DUCAY
Pauline LEBLANC

soutenu publiquement en juin 2014 :

**Impact de la formation du partenaire
institutionnel dans l'utilisation d'un classeur
de communication non standardisé dans le
cadre de l'aphasie sévère : le C.COM.
Étude de cas.**

MEMOIRE dirigé par :

Isabelle GONZALEZ, Orthophoniste, CMPRF Les Grands Chênes, Bordeaux
Yves MARTIN, Orthophoniste neuropsychologue, Centre L'Espoir, Hellemes

Lille – 2014

Remerciements

Nous remercions en premier lieu nos directeurs de mémoire, Madame Isabelle Gonzalez et Monsieur Yves Martin pour leur soutien, leurs conseils et leur disponibilité. Nous vous sommes reconnaissantes de la confiance que vous nous avez accordée dès le début de cette étude.

Nos remerciements vont également aux patients, Madame S. et Monsieur D., ainsi qu'aux professionnels des Grands Chênes, sans qui ce projet n'aurait pu aboutir. Nous vous remercions pour votre amabilité et votre investissement.

Nous tenons à remercier chaleureusement nos maîtres de stage pour leur compréhension et leurs conseils avisés.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette étude. Vos relectures et vos conseils nous ont été très précieux.

Enfin, nous adressons un remerciement particulier à nos familles et nos amis pour leurs encouragements et leur soutien sans faille.

Résumé :

La survenue d'une aphasie sévère peut être à l'origine d'un handicap communicationnel entre un patient et ses différents interlocuteurs, comme les professionnels des lieux de soins. En effet, ces derniers sont souvent démunis face aux conséquences de l'aphasie. Le développement de formations à l'utilisation d'outils de communication palliatifs et aux stratégies naturelles facilitant les échanges devient donc un enjeu essentiel. Dans ce contexte, il paraît intéressant de mesurer l'impact d'une formation de ces professionnels à contourner les difficultés des interactions.

Ainsi, nous avons étudié l'évolution de partenaires de communication novices devenus compétents à la suite d'une formation à l'utilisation du classeur C.COM. Puis, nous avons comparé ces partenaires compétents à des partenaires experts dans l'emploi de l'outil. Ces mesures ont été effectuées lors d'échanges pragmatiques avec des patients aphasiques à l'aide du classeur.

Les résultats ont suggéré une influence de la formation sur la qualité des échanges. Cependant, les partenaires devenus compétents à la suite de la formation n'ont pas atteint le niveau de maîtrise des partenaires experts, anciennement formés et régulièrement au contact de personnes aphasiques.

Cette étude et ses conclusions confortent ainsi le rôle que peut jouer l'orthophoniste dans le cadre de la prévention de l'isolement des personnes aphasiques, à travers la formation des équipes.

Mots-clés :

Neurologie – Aphasie – Système de communication augmentatif – Evaluation – Formation professionnelle – Partenaire de communication

Abstract :

The onset of severe aphasia can lead to a communicational barrier between a patient and his interlocutors, such as his carers. They are indeed usually powerless against the effects of aphasia. Therefore the development of trainings on the use of palliative communication tools, and on natural strategies to facilitate communication has become a core issue. In this context it seems interesting to measure how training enables carers to overcome the difficulties of these interactions.

We have thus studied the evolution of the degree of competence of novice communication partners after being trained on how to use the C.COM folder. We then compared these neo-competent partners with partners who are already expert at using the C.COM folder. These tests were performed during pragmatic communication sessions with aphasic patients and with the help of the folder.

The results suggested that training has an impact on the quality of the exchanges. However, the newly trained partners did not acquire the same level of proficiency as the expert partners whose training was less recent but who are regularly in contact with people with aphasia.

This study and its conclusions reinforce the importance of the role that speech-language pathologists play in the prevention of isolation of people with aphasia.

Keywords :

Neurology – Aphasia – Augmentative communication system – Evaluation – Vocational education – Communication partner

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	3
1.Aphasie et communication.....	4
1.1.La communication.....	4
1.1.1.La communication verbale.....	4
1.1.2.La communication non verbale.....	4
1.2.L'aphasie.....	5
1.2.1.Généralités.....	5
1.2.1.1.Définition.....	5
1.2.1.2.Les différents types d'aphasie.....	5
1.2.2.Les conséquences de l'aphasie sur la communication.....	5
1.2.2.1.Les troubles de la communication verbale.....	5
1.2.2.2.Les troubles de la communication non verbale.....	6
1.3.Situation de handicap et aphasie.....	6
2.La réparation de la communication : l'approche psychosociale.....	7
2.1.La prise en charge sociale et écosystémique.....	8
2.2.La prise en charge palliative.....	8
2.3.Un support à la prise en charge palliative : la Communication Alternative et Augmentative.....	9
2.3.1.Définition.....	9
2.3.2.Conditions de mise en place des techniques d'aide à la communication	9
2.3.3.Les différents types de CAA et leurs limites.....	10
2.3.4.Le C.COM.....	11
2.3.4.1.Présentation de l'outil.....	11
2.3.4.2.Construction, adaptation et personnalisation du classeur.....	11
2.3.4.3.Utilisation du classeur et nécessité d'un partenaire formé.....	12
2.3.4.4.Le Protocole Hospitalier de Recherche Clinique APHACOM.....	13
3.Le partenaire de communication institutionnel et sa formation.....	14
3.1.1.Le partenaire institutionnel.....	14
3.2.Les difficultés de communication entre le patient et ses partenaires de lieux de soins.....	15
3.2.1.Un handicap partagé.....	15
3.2.2.Les causes du handicap communicationnel.....	16
3.3.La formation des partenaires institutionnels pour améliorer l'interaction avec les personnes aphasiques.....	17
3.3.1.Le besoin de formation des partenaires institutionnels.....	17
3.3.2.Les apports généraux d'une formation.....	18
3.3.3.Les recommandations pour une formation de qualité.....	18
4.Constat, buts et hypothèses.....	19
Sujets, matériel et méthode.....	21
1.Cadre de l'intervention.....	22
2.Population.....	22
2.1.Les patients.....	22
2.1.1.Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	22
2.1.2.Présentation des patients.....	22
2.1.2.1.Mme S.....	23
2.1.2.2.Mr D.....	23
2.2.Les professionnels participant à l'étude.....	24
2.2.1.Précisions terminologiques.....	24

2.2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
2.2.3. Présentation des différents professionnels.....	26
3. Matériel.....	26
3.1. Le classeur de communication C.COM.....	26
3.2. Le Test des 6 tâches.....	26
3.3. Les enregistrements vidéos.....	27
3.4. La grille d'observation des comportements de communication.....	27
3.5. Les questionnaires pré-formation, post-formation 1 et post-formation 2.....	28
3.6. La formation « Communiquer avec une personne aphasique ».....	28
4. Protocole expérimental.....	29
4.1. Présentation générale.....	29
4.2. Détails du protocole.....	29
4.2.1. La formation « Communiquer avec une personne aphasique ».....	30
4.2.2. Le Test des 6 tâches.....	30
4.2.3. Les grilles d'observation des comportements de communication.....	31
4.2.4. Les questionnaires pré-formation, post-formation 1 et post-formation 2.....	31
Résultats.....	32
1. Le Test des 6 tâches.....	33
1.1. Les résultats quantitatifs.....	33
1.1.1. Présentation de la réalisation des tâches par les patients et leurs partenaires de communication.....	33
1.1.1.1. Les résultats obtenus avec les partenaires experts.....	33
1.1.1.2. Résultats obtenus avec les partenaires de novices puis compétents.....	34
1.1.2. Nombre d'utilisation du C.COM des partenaires.....	36
1.1.2.1. Les partenaires experts.....	36
1.1.2.2. Évolution de L.L.....	36
1.1.2.3. Évolution d'A-S.B.....	36
1.1.3. Scores de réussite des patients avec leurs différents partenaires.....	37
1.1.3.1. Les partenaires experts.....	37
1.1.3.2. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts.....	37
1.1.3.3. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts.....	37
1.2. Les résultats qualitatifs.....	38
1.2.1. Les conditions d'utilisation du C.COM lors des tâches « partenaire informateur ».....	38
1.2.1.1. Les partenaires experts.....	38
1.2.1.2. Évolution des partenaires novices et comparaison aux partenaires experts.....	38
1.2.2. Les conditions d'utilisation du C.COM lors des tâches « partenaire récepteur ».....	39
1.2.2.1. Les partenaires experts.....	39
1.2.2.2. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts.....	39
1.2.2.3. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts.....	40
2. Les grilles d'observation des comportements de communication.....	41
2.1. Les stratégies naturelles de communication.....	41
2.1.1. Les stratégies naturelles de communication utilisées par les partenaires experts.....	41
2.1.2. Les stratégies naturelles de communication utilisées par les partenaires novices puis compétents.....	42
2.1.2.1. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts.....	42
2.1.2.2. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts.....	43

2.2.Le mode d'utilisation du C.COM.....	43
2.2.1.Le mode d'utilisation du C.COM des partenaires experts : présence d'attitudes positives dans son emploi.....	43
2.2.2.Le mode d'utilisation du C.COM des partenaires novices puis compétents : présence d'attitudes positives dans son emploi.....	43
2.2.2.1.Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts.....	44
2.2.2.2.Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts.....	44
3.Les questionnaires.....	45
3.1.Le questionnaire pré-formation.....	45
3.2.Le questionnaire post-formation 1.....	47
3.3.Le questionnaire post-formation 2.....	48
Discussion.....	51
1.Rappels des principaux résultats et validation des hypothèses.....	52
1.1.Hypothèse générale.....	52
1.1.1.Validation des hypothèses spécifiques.....	52
1.1.1.1.Hypothèse d'une amélioration de l'utilisation du C.COM.....	52
1.1.1.2.Hypothèse d'une amélioration des stratégies naturelles de communication après la formation sur le C.COM.....	56
1.1.2.Validation de l'hypothèse générale.....	57
1.2.Hypothèses secondaires.....	57
1.2.1.Hypothèse d'une intégration du C.COM dans les interactions avec les patients aphasiques au quotidien à la suite de la formation.....	57
1.2.2.Hypothèse d'une réponse de la formation pour pallier le manque d'informations des interlocuteurs institutionnels sur l'aphasie et les stratégies de communication à mettre en place avec les patients	59
2.Intérêts et limites du protocole.....	60
2.1.La population.....	60
2.1.1.Le lieu de recrutement.....	60
2.1.2.Les patients.....	60
2.1.3.Les partenaires de communication.....	61
2.2.Le matériel.....	61
2.2.1.Le Test des 6 tâches.....	61
2.2.2.Les grilles d'observation des comportements de communication.....	62
2.2.3.Les questionnaires.....	62
2.3.Le protocole expérimental.....	63
2.3.1.Le Test des 6 tâches.....	63
2.3.2.Le questionnaire pré-formation.....	63
3.Discussion des principaux résultats et de la validation des hypothèses.....	64
3.1.Utilisation du C.COM.....	64
3.2.Mise en place de stratégies naturelles de communication.....	66
3.3.Intégration du classeur dans les interactions avec les patients au quotidien	66
3.4.Manque de formation sur l'aphasie et les stratégies de communication chez les professionnels institutionnels.....	67
4.Perspectives du travail.....	68
5.Apports personnels et professionnels.....	69
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	73
Liste des annexes.....	78
Annexe n°1 : Consignes du Test des 6 tâches.....	79
Annexe n°2 : Exemple d'une fiche de recueil du Test des 6 tâches.....	79

<u>Annexe n°3 : La grille d'observation des comportements de communication.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°4 : Le questionnaire pré-formation : État des lieux des connaissances sur l'aphasie, les stratégies de communication, l'utilisation du C.COM et du besoin de formation.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°5 : Le questionnaire post-formation 1 : Impact de la formation sur l'amélioration des connaissances concernant les stratégies de communication et l'utilisation du C.COM.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°6 : Le questionnaire post-formation 2 : Impact de la formation sur l'utilisation du C.COM à long terme.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°7 : Contenu de la formation « Communiquer avec une personne aphasique ».....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°8 : Détails des conditions d'utilisation du C.COM des partenaires experts lors des tâches « partenaire récepteur ».....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°9 : Grille d'observation des comportements de communication de L.L. à J0.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n°10 : Grille d'observation des comportements de communication de L.L. à J30.....</u>	<u>79</u>
<u>Annexe n° 11 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de L.L. à J0 et à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°12 : Grille d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J0.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°13 : Grille d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°14 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J0 et à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°15 : Grille d'observation des comportements de communication de N.M. à J0.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°16 : Grille d'observation des comportements de communication de N.M. à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°17 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de N.M. à J0 et à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°18 : Grille d'observation des comportements de communication de C.B. à J0.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°19 : Grille d'observation des comportements de communication de C.B. à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°20 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de C.B. à J0 et à J30.....</u>	<u>80</u>
<u>Annexe n°21 : Détails des stratégies naturelles et du mode d'utilisation du C.COM des partenaires experts.....</u>	<u>80</u>

Introduction

L'aphasie affecte les capacités linguistiques du patient et peut être à l'origine d'un handicap communicationnel souvent partagé par le patient et ses interlocuteurs.

La prise en charge palliative de l'aphasie s'appuie sur l'entourage du patient afin de contourner ces situations de blocage des échanges, notamment par l'intermédiaire des moyens de communication alternatifs et augmentatifs.

Lors de nos stages, nous avons pu constater l'intérêt de plusieurs de ces outils de communication palliatifs. C'est ainsi que nous nous sommes intéressées au classeur de communication C.COM et au protocole hospitalier de recherche clinique APHACOM, qui a validé l'efficacité du classeur auprès de patients aphasiques. Cette étude comparant des patients formés et non-formés au C.COM lors d'échanges avec des partenaires formés n'a pas montré d'impact de l'entraînement du patient à son utilisation. Elle a ainsi suggéré que la réparation de la communication dépend davantage de l'implication de l'interlocuteur non-aphasique.

Ainsi, nous avons souhaité poursuivre ce travail en nous intéressant à la formation des partenaires de communication institutionnels des personnes aphasiques. Actuellement, l'absence d'une formation systématique à la communication du personnel des lieux de soins constitue un obstacle à l'accompagnement de ces patients. Par ailleurs, certaines études confirment que les échecs de communication sont essentiellement dus à une méconnaissance des outils et des stratégies d'aide (Magnus et Turkington, 2006; Radtke et al. 2012). C'est pourquoi nous avons cherché dans ce mémoire à évaluer l'impact d'une formation des partenaires institutionnels à l'utilisation du classeur de communication C.COM.

Dans cette perspective, nous exposerons dans un premier temps les données théoriques concernant les conséquences de l'aphasie sur la communication, puis sa réadaptation à travers l'approche psychosociale, ainsi que la nécessité de la formation du partenaire institutionnel pour améliorer l'interaction. Dans un deuxième temps, nous présenterons notre protocole expérimental et les différents résultats obtenus. Nous réaliserons par la suite la discussion de notre étude pour enfin conclure sur l'intérêt d'une formation des partenaires de communication dans la réparation des échanges avec une personne aphasique.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Aphasie et communication

1.1. La communication

Brin et al. (2004, p.54) définissent la communication comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu ».

1.1.1. La communication verbale

Cosnier (1982) caractérise la communication verbale comme un ensemble constitué de deux sous-systèmes distincts : la verbalité, qui permet l'élaboration d'énoncés en accord avec le code linguistique, et la vocalité, qui appartient au paralangage et qui participe à la réalisation des fonctions expressives et esthétiques.

1.1.2. La communication non verbale

Le terme de communication non verbale s'applique « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise » (Corraze, 2001, p.16).

Ainsi, Cosnier (1984) distingue plusieurs canaux qui peuvent s'associer pour concourir à l'établissement de la communication. Il cite les vecteurs voco-acoustiques qui correspondent à la partie verbale et vocale de l'énoncé, ainsi que les vecteurs visuels tels que l'apparence corporelle, la posture, la proxémique, le regard, les expressions faciales et les gestes. Enfin, il souligne l'existence des vecteurs olfactifs, tactiles et thermiques.

Ces constituants de la communication peuvent être perturbés en cas de lésions cérébrales, notamment lorsqu'elles entraînent une aphasie.

1.2. L'aphasie

1.2.1. Généralités

1.2.1.1. Définition

L'aphasie désigne un trouble du langage acquis en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques (Gil, 2010). Elle représente un déficit multimodal qui inclut des perturbations de la compréhension et de l'expression du langage à l'oral comme à l'écrit. .

Selon Michallet et al. (1999), l'aphasie ne se réduit pas à une pathologie du langage mais peut être considérée comme un véritable trouble de la communication, qui retentit sur l'ensemble de la personnalité de l'individu (Sarno, 1993 cité par Michallet et al., 1999).

1.2.1.2. Les différents types d'aphasie

La classification clinique des aphasies la plus communément admise comme référence oppose les aphasies fluentes aux aphasies non fluentes (Chomel-Guillaume et al., 2010). Les aphasies non fluentes se caractérisent principalement par une réduction marquée de l'expression spontanée, avec une compréhension plus ou moins bien préservée au niveau conversationnel. Les aphasies fluentes présentent une grande richesse sémiologique. Le discours spontané est fluent voire logorrhéique et comporte de nombreuses paraphasies, pouvant entraîner un jargon. La compréhension orale est très déficitaire dans certains cas.

1.2.2. Les conséquences de l'aphasie sur la communication

1.2.2.1. Les troubles de la communication verbale

Les troubles psycholinguistiques présents dans l'aphasie entraînent d'importantes répercussions sur la communication verbale. Rousseaux et al. (2001),

ainsi que Daviet et al. (2007) ont répertorié les différentes atteintes de la communication verbale que peut présenter un sujet aphasique.

Les troubles de compréhension constituent une entrave majeure à la communication. Les malentendus, les abandons du sujet en cours et les ruptures de communication sont fréquents. L'accès à l'humour, aux métaphores et à l'implicite, qui nécessitent un niveau de compréhension élevé, reste également très limité.

Les troubles de production ont des conséquences diverses sur les échanges. Le débit verbal peut être extrêmement ralenti ou à l'inverse aller jusqu'à la logorrhée. Ces anomalies provoquent un sentiment de malaise et d'impatience chez l'interlocuteur, et désorganisent le partage de la parole. Les troubles phonétiques et les paraphasies phonémiques peuvent perturber la communication de façon limitée, car le sens du message reste généralement accessible malgré une intelligibilité réduite. A l'inverse, les troubles sémantiques et syntaxiques risquent d'altérer considérablement l'accès à la signification d'un énoncé en perturbant l'informativité et la cohérence du discours. Il convient toutefois de nuancer ces observations en précisant que les conséquences de ces différents troubles dépendent de l'intensité et de la fréquence auxquelles ils se manifestent. Le niveau supra-segmental est également sujet à certains bouleversements chez les personnes aphasiques. La prosodie peut être modifiée, donnant ainsi l'impression d'un pseudo-accent étranger.

1.2.2.2. Les troubles de la communication non verbale

Daviet et al. (2007) soulignent que les troubles de la communication non verbale peuvent s'associer aux difficultés linguistiques. En effet, la production ou la compréhension de gestes comme les pantomimes ou les gestes symboliques peuvent être perturbées (Saygin et al., 2004, cités par Daviet et al., 2007).

Ces différents troubles de la communication peuvent être à l'origine de véritables situations de handicap pour le patient, qui finit souvent par abandonner les échanges.

1.3. Situation de handicap et aphasie

Les difficultés psycholinguistiques sont perçues par la personne aphasique et son entourage comme la cause principale de handicap. Ainsi, l'étude de Le Dorze et Brassard (1995, citées par Michallet et al., 1999) décrit des situations de handicap vécu notamment par la personne aphasique hospitalisée, comme :

- Des changements durant les interactions. Le patient se trouve en difficulté pour énoncer les bons mots, ce qui l'amène à éviter les conversations en groupe ou les échanges téléphoniques.
- Des changements dans les contacts interpersonnels. Les relations familiales sont modifiées et la rencontre avec de nouvelles personnes peut également être génératrice d'anxiété.
- La stigmatisation. L'aphasie est mal connue et reste souvent perçue comme une maladie mentale, entraînant une dévalorisation de soi.

Ces éléments ainsi que les besoins des aphasiques et de leur famille doivent être pris en compte lors des processus de réadaptation afin de ne pas accentuer ces situations de handicap.

2. La réparation de la communication : l'approche psychosociale

Au fil des années, différentes approches de prises en charge de l'aphasie se sont succédées parallèlement à la progression des modèles théoriques du fonctionnement langagier et de la conception du handicap. Des méthodes sémiologiques et cognitives focalisées sur les troubles du langage, la rééducation orthophonique a évolué vers des approches pragmatiques et écologiques, s'intéressant davantage aux capacités communicatives des patients ainsi qu'au transfert des acquis à la vie quotidienne. La réhabilitation de l'aphasie a fini par aborder la dimension psychosociale, permettant d'intégrer l'entourage du patient. Selon Kagan (1995, citée par Michallet et Le Dorze, 1999, p.553), « les obstacles à la communication ne seraient pas seulement le fait des incapacités de la personne aphasique mais aussi du degré limité avec lequel un interlocuteur non entraîné peut être capable de « démasquer » la compétence de cette personne pour la communication ».

2.1. La prise en charge sociale et écosystémique

L'approche sociale et écosystémique privilégie l'action sur l'environnement et s'intéresse à l'individu ainsi qu'au milieu dans lequel il vit. Dans le cadre de cette prise en charge, le thérapeute cherche à identifier les facteurs influents sur la communication du patient, et implique son entourage dans la rééducation. En effet, la personne aphasique ne peut réparer seule la communication. L'entraînement du partenaire à diriger l'essentiel de l'échange et à adopter des stratégies facilitatrices permet à la personne aphasique d'exploiter ses capacités résiduelles, et favorise sa possibilité de participer avec succès à une conversation (Feuillet et Wagogne-Maréchal, 2005). Ainsi, les proches du patient soutiennent davantage la rééducation par leur investissement, et prolongent le travail du thérapeute par une application dans la vie quotidienne (Rousseau, 2000).

2.2. La prise en charge palliative

Les prises en charge palliatives de l'aphasie ont pour objectif « d'atténuer, de compenser, de prévenir les déficiences et les préjudices qui en découlent. [...] Elles sont motivées par le maintien de l'équilibre des interactions au sein du système familial et environnemental altérées par les troubles du langage. » (Gonzalez et al., 2005). Ce type de prise en charge s'articule autour de l'adaptation de l'environnement, de la participation de l'entourage, et de la mise en place d'un outil d'aide à la communication. La prise en charge palliative tente donc d'améliorer la qualité de vie du patient et s'attache à préserver sa place sociale et familiale.

La rééducation classique du langage se poursuit en parallèle, évitant ainsi le rejet de l'outil palliatif par le patient et son entourage. En effet, ils craignent très souvent que ce type de stratégie compromette la réhabilitation des capacités linguistiques (Lasker et Beukelman, 1999, cités par Beukelman et al., 2007).

Ainsi, l'approche palliative de la prise en charge d'une personne aphasique se réalise essentiellement par la formation de son partenaire de communication, ainsi qu'à l'aide d'outils permettant de compenser les déficits linguistiques du patient. Ces outils appartiennent au domaine de la communication alternative et augmentative.

2.3. Un support à la prise en charge palliative : la Communication Alternative et Augmentative

2.3.1. Définition

Dans certains cas d'aphasie sévère, le patient peut ne plus être en mesure d'émettre et de recevoir des messages linguistiques compréhensibles en modalité orale ou écrite. De ce fait, pour assurer une communication minimale au patient et à son entourage, le thérapeute peut lui proposer des systèmes de communication alternatifs et augmentatifs (Seron et al., 1996).

Nègre (2008, p.1) définit la communication alternative améliorée (CAA) comme « toutes les formes différentes de communication utilisables lorsque la parole fait défaut ».

2.3.2. Conditions de mise en place des techniques d'aide à la communication

Une aide à la communication doit être installée le plus rapidement possible, sans attendre un échec des méthodes traditionnelles de restauration des compétences linguistiques. En effet, il est indispensable de maintenir l'appétence à la communication, la relation avec l'entourage et de limiter les situations de handicap (Gonzalez et Brun, 2007).

Plusieurs auteurs mettent en évidence certaines contraintes auxquelles les outils de la CAA doivent répondre :

- La transparence : les signes émis lors de la communication doivent être les plus compréhensibles pour le récepteur (Seron et al., 1996).
- La commodité d'usage : le système de communication doit être disponible à chaque fois que le patient en a besoin pour communiquer (Seron et al., 1996).
- La commodité de réalisation (Frederix, 2006).
- L'adaptabilité et l'évolution : les outils doivent être adaptables en fonction des patients et évoluer au rythme de leurs besoins (Frederix, 2006).

- Les compétences cognitives résiduelles : il est essentiel de prendre en compte les compétences cognitives que l'outil nécessite (Seron et al., 1996 ; Parent, 1999).

2.3.3. Les différents types de CAA et leurs limites

De nombreux outils et stratégies alternatifs et augmentatifs sont utilisés pour tenter de soutenir la communication des personnes aphasiques sévères. En effet, le langage gestuel, le langage visuel (notamment à l'aide de pictogrammes), et les téléthèses sont proposés aux patients afin de les aider à comprendre ou à transmettre des informations.

Néanmoins, ces moyens de communication paraissent peu pertinents dans le cadre de l'aphasie sévère. En effet, les langages gestuels et visuels exigent l'apprentissage d'un nouveau code symbolique chez un patient qui présente déjà des difficultés dans l'utilisation de son code linguistique familier (Coelho et Duffy, 1987 ; Funnell et Allport, 1989, cités par Frederix, 2006). Par ailleurs, l'usage d'une téléthèse nécessite de disposer d'un accès partiel au lexique orthographique de sortie (Frederix, 2006), et implique de pouvoir ordonner un énoncé.

A l'inverse, les classeurs et carnets de communication semblent réunir les qualités indispensables dans le cadre d'une utilisation avec ces patients. En effet, ils consistent en un répertoire d'items photographiés permettant l'identification d'un message (Gonzalez et Brun, 2007). L'intérêt majeur de ces outils réside donc dans l'utilisation de la photographie, qui permet une représentation directe de la réalité et limite l'impératif de l'engagement du symbole.

Malgré la pertinence de ces outils pour faciliter les échanges avec les personnes aphasiques, il faut noter quelques limites. Ces aides à la communication favorisent l'expression des besoins et l'échange d'informations socio-familiales. Elles ne permettent pas de répondre à des situations de communication plus complexes comme le transfert de connaissances politiques ou philosophiques (Parent, 1999). La participation du partenaire doit également être active, en incitant le patient à pointer ou en réalisant lui-même les pointages afin d'aider la transmission du message (Gonzalez et al., 2005). Ainsi, l'utilisation et l'efficacité de ces outils dépendent également de l'implication de l'interlocuteur. Par ailleurs, le classeur et le carnet

fournissent une aide matérielle à la communication et peuvent ne pas être toujours à disposition (Nègre, 2008). Enfin, les classeurs de communication employés dans le milieu médical manquent souvent de contextualisation et de personnalisation (Beukelman et al., 2007). L'utilisation de l'informatique dans l'élaboration des classeurs permettrait de pallier cette difficulté, mais actuellement il existe encore peu de logiciels pour aider les cliniciens à construire des supports personnalisés.

2.3.4. Le C.COM

2.3.4.1. Présentation de l'outil

Le C.COM est un outil entrant dans le cadre des moyens de communication augmentatifs en « illustrant, complétant et enrichissant le message oral » (Frederix 1999, 2002, cité par Gonzalez et Brun, 2007, p.256) et palliatifs qui « contournent les déficiences et améliorent la communication » (Gonzalez et Brun, 2007, p.252). Il est créé par I. Gonzalez en 2001 sous l'impulsion d'un projet pluridisciplinaire de réadaptation réunissant des orthophonistes, des psychomotriciens et des ergothérapeutes du Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (CMPRF) Korian Les Grands Chênes.

L'outil C.COM se présente sous la forme d'un classeur de communication non standardisé construit à partir du support informatique. Il se compose d'une structure de base, adaptable à un centre de soin et personnalisable en fonction des patients et des interlocuteurs qui l'utilisent.

2.3.4.2. Construction, adaptation et personnalisation du classeur

Un outil de communication quel qu'il soit doit permettre de parer à la plupart des situations de la vie quotidienne. La photographie numérique et l'informatique permettent d'adapter, de conserver et d'enrichir facilement le stock de base des images, lors de la construction ou de la modification de planches. Ainsi, le classeur de communication C.COM utilisé au sein du CMPRF Les Grands Chênes se décline sous la forme de trois classeurs différents :

➤ Le classeur de base

Le classeur de base constitue un point de départ qui ouvre le champ des échanges grâce à de multiples adaptations (Gonzalez et al., 2005).

La structure de base du C.COM contient 455 items. Ces photographies, numérisées et détourées, sont regroupées en 11 catégories sémantiques, afin de répondre à diverses situations communicatives (Gonzalez et al., 2005).

➤ Le classeur institutionnel

Le classeur institutionnel correspond à la forme de base du C.COM dont les planches ont été adaptées aux besoins du CMPRF, notamment concernant l'environnement géographique, les équipes soignantes, les rééducateurs, mais aussi l'alimentation, les traitements et les documents officiels (Charton-Gonzalez et al., 2004). Les différents services du CMPRF disposent d'une version spécifique du classeur institutionnel, ajustée à leurs thèmes de communication privilégiés.

Il peut être utilisé ponctuellement pour résoudre des situations d'interaction quotidiennes difficiles, pallier des déficits temporaires de communication, et éviter un isolement du patient (Charton-Gonzalez et al., 2004).

➤ Le classeur personnalisé du patient

Lorsque la rupture de la communication est sévère et durable, un classeur personnalisé est proposé au patient et à son entourage. Il est construit avec le patient et ses proches afin de déterminer quels sont ses centres d'intérêt et ses besoins communicatifs (Charton-Gonzalez et al., 2004).

2.3.4.3. Utilisation du classeur et nécessité d'un partenaire formé

Lors d'un échange avec le C.COM comme support, le partenaire a un rôle essentiel pour assurer le bon déroulement de l'interaction. En effet, il se doit d'être actif dans la réparation de la communication défailante « sans attendre que la personne victime d'une aphasie sévère ait seule l'initiative et la gestion des échanges » (Gonzalez et Brun, 2007, p.259). Il est essentiel que le partenaire ouvre le classeur, pointe les photos pour appuyer son message, invite le patient à faire de même, reformule, demande confirmation ou infirmation et fasse des hypothèses (Charton-Gonzalez et al., 2004).

Cette « expertise » dans la gestion de la communication implique une formation présentant la nature des troubles aphasiques, les stratégies de restauration des échanges et des mises en situation pratique de l'utilisation du C.COM (Gonzalez et Brun, 2007). Ainsi, des sessions de formation du personnel du CMPRF Les Grands Chênes sont régulièrement organisées.

A la suite de cette instauration du C.COM, une étude a été menée afin de valider l'efficacité de l'outil dans le cadre d'un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique.

2.3.4.4. Le Protocole Hospitalier de Recherche Clinique APHACOM

Le PHRC APHACOM (2008-2012) dirigé par P.A. Joseph, est une étude comparative, prospective, randomisée, multicentrique et de supériorité, analysant un groupe expérimental de 15 patients qui utilisent pendant trois mois le C.COM. Ils sont comparés à un groupe témoin de 13 patients n'employant pas le classeur mais qui bénéficient de la même quantité de rééducation orthophonique (Gonzalez et al., 2012).

Ainsi, 28 patients aphasiques sévères hospitalisés dans six centres de rééducation fonctionnelle du grand Sud-ouest ont été inclus à cette étude. Ils ne présentaient pas de troubles gnosiques visuels et leur AVC datait de moins d'un an (Gonzalez et al., 2012).

L'efficacité du C.COM dans la réparation de la communication a été évaluée à partir de la réalisation de tâches de communication pragmatiques et écologiques : le Test des 6 tâches. Ces différentes tâches comportaient deux niveaux de difficultés pour le patient : dans trois de ces tâches le patient était récepteur du message et dans les trois suivantes, le patient était récepteur et informateur (Gonzalez et al., 2005). Ainsi, des partenaires institutionnels formés à l'utilisation de l'outil ont envoyé les patients entraînés et non entraînés réaliser ces tâches avec d'autres partenaires institutionnels formés sans puis avec le classeur. L'efficacité de la communication a été mesurée par l'évolution de la réussite aux six tâches à J0, J45 et J90 (Gonzalez, et al. 2012).

Les résultats confirment l'efficacité de l'outil C.COM à travers une amélioration de la communication avec le classeur sans différence significative entre les deux groupes de patients (Gonzalez et al., 2012). Ainsi, cette étude a permis de mettre en évidence le fait que la transmission d'informations avec l'outil C.COM n'est pas tributaire de la compétence du patient, mais serait davantage dépendante de la participation et de l'implication des partenaires dans l'échange (Gonzalez et al., 2012).

L'interlocuteur du patient aphasique a donc un rôle essentiel dans la réparation de la communication. Le patient est amené à interagir avec ses proches mais également avec de nombreux intervenants lors de son parcours de soins. Le développement de formations systématiques des partenaires de communication privilégiés du patient paraît alors essentiel pour pallier les difficultés de l'aphasique et assurer une communication fonctionnelle entre les interlocuteurs.

3. Le partenaire de communication institutionnel et sa formation

La notion de partenariat entre le soignant, le patient et ses proches est une dimension désormais fondamentale dans la prise en charge et la réadaptation du patient. Bouchard et al. (1996, cités par Michallet et al., 1999, p.266) définissent le partenariat comme « une association de personnes qui reconnaissent leur expertise et leurs ressources réciproques et par le rapport d'égalité entre ces personnes dans la prise de décision par consensus ».

3.1.1. Le partenaire institutionnel

Blackstone et Hunt Berg (2003, p.13) définissent les partenaires de communication institutionnels comme « les personnes à qui l'on verse un salaire pour agir en tant qu'intervenants auprès de l'individu ». Les médecins et thérapeutes font par exemple partie de ce cercle.

Tous ces intervenants ne bénéficient pas des mêmes compétences pour interagir avec la personne aphasique. Ainsi, le manque d'adaptation des partenaires institutionnels peut être à l'origine d'un handicap communicationnel partagé entre les interlocuteurs.

3.2. Les difficultés de communication entre le patient et ses partenaires de lieux de soins

3.2.1. Un handicap partagé

De nombreux facteurs liés à l'interlocuteur de la personne aphasique peuvent accentuer le handicap communicationnel partagé.

Simmons-Mackie et Kagan (1999) font notamment l'inventaire d'un certain nombre de comportements de communication négatifs chez l'interlocuteur d'une personne aphasique. Ainsi, les auteurs dénoncent la production de marqueurs de discordance (Psathas, 1995 et Shiffrin, 1987 cités par Simmons-Mackie et Kagan, 1999) qui insinuent un désaccord avec le discours de l'aphasique. Par ailleurs, elles suggèrent que les chevauchements de parole nuisibles empêchent la personne aphasique de terminer son tour de parole. Les auteurs notent également que les partenaires de communication présentant des comportements négatifs ont tendance à refuser d'utiliser les moyens supplétifs de communication. Enfin, elles indiquent que ces partenaires abandonnent très souvent les tentatives de réparation des échanges.

Dans leur étude, Blom Johansson et al. (2012) décrivent également une insuffisance du temps consacré à écouter, à comprendre, ou à prendre en compte les troubles langagiers de la personne aphasique, renforçant son sentiment d'exclusion de la situation de communication. Par ailleurs, ces partenaires attendent une réparation spontanée des échanges par le patient lui-même, en le tenant pour responsable des blocages. Ils négligent ainsi le côté collaboratif de la communication et accentuent la situation de handicap en laissant la personne aphasique tenter de réparer seule l'interaction.

Enfin, Happ et al. (2011) soulignent d'autres comportements de communication qui accentuent le handicap partagé. Les mauvais partenaires peuvent avoir tendance à ne pas proposer d'aide à l'aphasique quand il semble en avoir besoin, à lui poser des questions auxquelles il ne peut pas répondre, ou à ignorer ses tentatives de communication. Ces auteurs ont également noté que ces mêmes partenaires sont enclins à interrompre la personne aphasique, à marmonner, à parler trop rapidement, ou à ne pas la regarder pendant l'interaction.

3.2.2. Les causes du handicap communicationnel

Selon Blom Johansson et al. (2012), la principale raison de ce handicap communicationnel réside dans une méconnaissance de l'aphasie par les interlocuteurs du patient. En effet, les infirmiers ne reçoivent pas de formations sur les stratégies pour échanger avec des patients présentant des difficultés de communication (Radtke et al., 2012). Aussi, Mantz et Wattel (2006) soulignent la quasi inexistence de ce type de formation dans le cursus des étudiants en médecine, en kinésithérapie, en école d'infirmiers ou de diététiciens.

Le manque d'écoute et de parole est aussi une cause importante de handicap partagé. Caris-Verhallen et al. (1999, cités par Gordon et al., 2009) Pound et Ebrahim (2000, cités par Gordon et al., 2009) et Anderson et Adamsen (2001, cités par Gordon et al., 2009) observent dans leurs études respectives que les infirmières se focalisent sur les soins physiques des patients. Ainsi, elles introduisent des échanges superficiels ou se contentent de commenter leurs actions.

Enfin, le manque de temps est également avancé comme une autre origine du handicap communicationnel. En effet, la quantité de travail imposée ne laisse pas la possibilité au personnel soignant de prendre le temps de s'entretenir avec un patient aphasique, dont les tours de parole sont imprévisibles et coûteux (Dennison, 1995 ; Caris-Verhallen et al., 1999 ; Pound et Ebrahim, 2000, cités par Gordon et al., 2009).

Comme le soulignent Kagan et Gailey (1993) citées par Holland (1998), l'amélioration de la communication soignant-soigné doit notamment passer par la formation du personnel soignant sur les moyens d'interagir avec les personnes aphasiques. Elle permettrait aux partenaires institutionnels de gagner en confiance lors des échanges avec ces patients (Gordon et al., 2009).

3.3. La formation des partenaires institutionnels pour améliorer l'interaction avec les personnes aphasiques

L'évolution de la représentation du handicap et de la réadaptation de l'aphasie au cours de ces dernières années a entraîné une plus grande prise en compte du partenaire de communication. Ainsi, les programmes de formation visant à améliorer la communication entre une personne aphasique et ses divers partenaires se sont considérablement développés. Un certain nombre d'études ont envisagé le rétablissement des échanges grâce à l'entraînement des proches du patient. Cependant, ces techniques favorisent des approches individualisées nécessitant du temps et un investissement très important de la part des formateurs et des aidants (Rayner et Marshall, 2003). Ces entraînements personnalisés sont donc difficilement applicables dans le cadre d'une formation des partenaires institutionnels du patient.

3.3.1. Le besoin de formation des partenaires institutionnels

Les stratégies qui permettent de faciliter la communication avec une personne aphasique ne sont pas innées. Elles s'acquièrent et se perfectionnent grâce à l'expérience clinique, mais surtout à travers un apprentissage appliqué (Mantz et Wattel, 2006). Ainsi, les soignants qui ne reçoivent généralement pas de formations spécifiques sur la communication admettent avoir tendance à éviter les échanges avec leurs patients aphasiques (Magnus et Turkington, 2006).

Par ailleurs, lorsque les professionnels sont formés aux techniques d'aide à la communication, certains reconnaissent qu'il reste difficile d'utiliser ces stratégies lorsque leurs collègues ne bénéficient pas tous de cette formation. En effet, la simple transmission des informations ne permet pas de développer la même compétence et le même enthousiasme (Radtke et al., 2012).

Les réflexions induites par ces diverses études mettent en évidence l'importance et le besoin de formation aux stratégies de communication des partenaires institutionnels. En effet, de nombreux bénéfices peuvent ainsi être obtenus.

3.3.2. Les apports généraux d'une formation

A la suite d'une formation de bénévoles, Rayner et Marshall (2003) observent une amélioration de la qualité des situations de conversations entre ces bénévoles et les personnes aphasiques.

Par ailleurs, plusieurs études mentionnent le stress des soignants face aux échecs répétés et à leur incapacité à réparer la communication (Magnus et Turkington, 2006 ; Radtke et al., 2012). Selon Radtke et al., (2012), la plupart des participants aux formations se sentent toutefois plus à l'aise et compétents dans la communication avec les individus présentant de graves troubles langagiers. Les infirmiers qui ont pris part à cette étude décrivent notamment des modifications notables de leur pratique professionnelle. En effet, ils font preuve de davantage de patience et de persévérance dans l'aide apportée à leurs patients aphasiques.

3.3.3. Les recommandations pour une formation de qualité

La formation des partenaires institutionnels aux techniques d'aide à la communication semble donc indispensable pour assurer des échanges fonctionnels avec un patient aphasique. Ce type de formation doit respecter quelques critères pertinents afin de garantir aux patients une qualité suffisante.

Ainsi, le contenu de la formation doit présenter l'aphasie et ses conséquences, les stratégies de communication, les outils de la CAA et le rôle du partenaire dans la réparation des échanges (Rayner et Marshall, 2003 ; Radtke et al., 2012).

Par ailleurs, les conseils dispensés au cours de la formation doivent rester généraux afin de pouvoir être utilisés par le plus grand nombre (Rayner et Marshall, 2003). En effet, Mantz et Wattel (2006) estiment que tous les professionnels exerçant en milieu hospitalier ou institutionnel, qu'ils appartiennent au service rééducatif, soignant ou administratif, doivent pouvoir bénéficier de telles formations.

Il convient de remarquer que la plupart de ces études ont été réalisées à l'étranger. Elles ont donc reposé sur des systèmes de santé pouvant différer du système français. Cependant, les éléments relevés dans ces études semblent transposables aux pratiques observées en France.

4. Constat, buts et hypothèses

L'aphasie entraîne des déficits linguistiques pouvant entraver de façon majeure les capacités communicatives du patient. Lorsque l'aphasie est sévère, les données de la littérature soulignent l'efficacité de la CAA pour éviter les ruptures de communication et l'isolement du patient. Le PHRC APHACOM (Gonzalez et al., 2012), a notamment permis de valider l'efficacité du classeur de communication C.COM pour faciliter les échanges avec des personnes aphasiques. De plus, cette étude a pu suggérer le rôle essentiel joué par le partenaire de communication pour remédier aux échecs de l'interaction par l'utilisation de stratégies adaptées. Cependant, la connaissance de ces stratégies n'est pas innée, et Kagan et Gailey (1993, citées par Holland, 1998) soulignent l'importance d'une formation des partenaires sur les moyens de communiquer avec une personne aphasique.

Les membres du personnel institutionnel ou hospitalier sont amenés à interagir avec des personnes aphasiques et constituent ainsi des partenaires de communication privilégiés, au même titre que les proches de ces patients. Néanmoins, un handicap de communication partagé s'observe fréquemment entre les patients et les interlocuteurs des centres de soins. De plus, aucune étude ne confirme la nécessité d'une formation de ces professionnels en comparant la qualité des échanges entre des partenaires institutionnels formés ou non-formés et des patients aphasiques.

Ainsi, nous nous proposons d'évaluer l'impact de la formation du partenaire institutionnel à l'outil C.COM par la réalisation de tâches de communication avec un patient aphasique pour tenter de répondre à la question suivante : quel est le rôle de l'éducation du partenaire dans l'engagement des stratégies nécessaires à la restauration d'échanges de qualité?

Nous émettons l'hypothèse générale suivante :

La formation du partenaire de communication à l'utilisation du C.COM lui permet d'engager des stratégies adaptées avec l'outil pour une communication pragmatique réussie avec un patient aphasique.

Nous déterminons qu'une « communication pragmatique » se rapporte aux échanges qui permettent de répondre à des besoins simples du quotidien.

Nous formulons deux hypothèses spécifiques afin de répondre à cette hypothèse générale :

- La formation améliore l'utilisation du C.COM.

Pour valider cette hypothèse, nous nous appuierons sur le Test des 6 tâches afin de montrer une amélioration de la réussite entre J0 et J30, une augmentation du recours au classeur et une modification dans ses conditions d'utilisation. Par ailleurs, la connaissance de l'emploi du C.COM et son mode d'utilisation seront plus adaptés à la suite de la formation.

- La formation à l'utilisation du C.COM favorise la mise en place de stratégies de communication naturelles.

Le recours au C.COM sera corrélé à une augmentation de la présence de stratégies de communication naturelles lors des échanges.

Nous postulons également deux hypothèses secondaires afin mesurer l'influence de la formation du partenaire de communication institutionnel à différents niveaux.

- La formation permet d'intégrer le classeur au quotidien dans les interactions entre les patients aphasiques et les partenaires institutionnels.

Les réponses au questionnaire post-formation 2 confirmeront soit une utilisation régulière du C.COM, soit une motivation à investir l'outil. Ce questionnaire soulignera également la prise de conscience de la nécessité d'une formation pour inciter à l'investissement des outils de communication augmentatifs.

- La formation permet de pallier le manque d'informations des interlocuteurs institutionnels sur l'aphasie et les stratégies de communication à mettre en place avec les patients.

Cette hypothèse sera démontrée à l'aide des questionnaires pré et post-formation 1 qui mettront en évidence une amélioration des connaissances et une réponse au sentiment d'incapacité éprouvé par les membres du personnel lors d'un échange avec un patient aphasique.

Sujets, matériel et méthode

1. Cadre de l'intervention

Notre étude s'est déroulée au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (CMPRF) Korian Les Grands Chênes situé à Bordeaux.

2. Population

2.1. Les patients

2.1.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

CRITERES D'INCLUSION
Présenter une aphasie sévère : score compris entre 0 et 2 à l'échelle de gravité de l'aphasie du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE).
Être francophone
Être âgé de plus de 18 ans
Présenter une certaine appétence à la communication : score à la grille d'attention et de motivation à la communication du Test Lillois de Communication (TLC) compris entre 3 et 6, avec un score de 1 au minimum obtenu à chaque item.
Faire preuve d'un regard régulateur dans l'échange : l'item « le sujet utilise un regard régulateur » de la grille de communication non verbale du TLC devait être validé.
Avoir une attention canalisée par un geste de pointage : l'item « le sujet comprend correctement les déictiques (gestes et regards) » de la grille de communication non verbale du TLC devait être validé.
CRITERES D'EXCLUSION
Avoir une acuité visuelle insuffisante ou des troubles gnosiques visuels compromettant l'utilisation d'un classeur de communication : scores inférieurs à 68 à la Batterie de Décision Visuelle d'Objets (BDVO) et inférieurs à 8 aux épreuves d'appariement fonctionnel et catégoriel du Protocole d'Évaluation des Gnosies Visuelles (PEGV).
Avoir des troubles psychiatriques, une démence ou d'autres détériorations cognitives connus

Tableau I : Critères d'inclusion et d'exclusion des patients

2.1.2. Présentation des patients

Les deux patients bénéficiaient d'un classeur C.COM personnalisé et étaient entraînés à la procédure d'utilisation.

2.1.2.1. Mme S.

Au moment de l'étude, Mme S. était âgée de 52 ans et exerçait la profession de cuisinière dans un hôtel-restaurant. Mme S. a été hospitalisée au CMPRF Korian Les Grands Chênes en novembre 2013 à la suite d'un accident vasculaire cérébral hémorragique sous-cortical capsulo-lenticulaire gauche, avec anévrisme de la bifurcation de l'artère sylvienne gauche, survenu fin octobre 2013.

Le bilan orthophonique effectué en novembre 2013 à l'aide du TLC a révélé un score de 5/6 à la grille d' « attention et motivation à la communication ».

Sa « communication verbale » a été évaluée à 6/30. Par ailleurs, les épreuves du BDAE ont mis en évidence des troubles de l'expression orale, marquée par de nombreuses paraphrasies sémantiques. Mme S. était difficilement intelligible malgré ses efforts pour chercher à se faire comprendre et présentait un score de gravité de l'aphasie à l'échelle du BDAE de 2 sur 5. Ses capacités de dénomination étaient déficitaires, mais la répétition de mots était correcte. La compréhension orale des messages simples était préservée. Elle rencontrait davantage de difficultés pour la compréhension de phrases longues, présentant des formes syntaxiques plus complexes à l'oral et à l'écrit. Par ailleurs, Mme S. montrait une préservation de ses possibilités d'expression et de compréhension à l'écrit pour les mots courts et concrets.

Enfin, la grille de « communication non-verbale » du TLC (21,5/30) atteste d'une compréhension et d'une utilisation de différents moyens non-verbaux sur incitation.

Ces résultats mettaient en évidence une motivation importante et une véritable participation de Mme S. en situation de communication, mais elle était limitée par ses difficultés à communiquer verbalement. Ainsi, la patiente présentait une aphasie transcorticale motrice.

Par ailleurs, Mme S. a obtenu les scores de 71/72 à la BDVO et de 10/10 aux deux épreuves d'appariement fonctionnels et catégoriels du PEGV.

2.1.2.2. Mr D.

Durant la réalisation de ce mémoire, Mr D. était un patient retraité de 67 ans, ancien veilleur de nuit. Mr D. est arrivé au CMPRF Korian Les Grands Chênes en novembre 2013 à la suite d'un accident vasculaire cérébral sylvien gauche sur thrombose de l'artère cérébrale moyenne gauche, survenu dans le même mois.

Le bilan orthophonique effectué en novembre 2013 a mis en évidence un score à la grille d' « attention et motivation à la communication » du TLC de 5/6.

Sa « communication verbale » a été estimée à 4/30 au TLC. De plus, ses capacités d'expression orale étaient très réduites et son score à l'échelle de gravité de l'aphasie du BDAE le situait à 0 sur 5. En effet, Mr D. a échoué à l'ensemble des épreuves d'expression orale du bilan et les seules productions du patient consistaient en un marmonnement indifférencié. La compréhension orale était davantage préservée avec une compréhension lexicale qui restait correcte mais une compréhension syntaxique déficitaire. A l'écrit, le patient présentait des troubles similaires à ceux de l'oral, caractérisés par une absence de production spontanée et quelques possibilités de compréhension limitées par un effet de longueur.

A la grille de « communication non-verbale » du TLC, le patient a obtenu le score de 15/30. Mr D. comprenait de nombreux gestes mais en utilisait peu.

Ces résultats témoignaient d'une motivation à communiquer et d'une implication dans l'échange qui restaient limitées par ses déficits linguistiques. Ainsi, Mr D. souffrait d'une aphasie de Broca.

Mr D. a présenté un score de 68/72 à la BDVO, ainsi que les scores de 9 et 8 sur 10 aux épreuves d'appariement fonctionnel et catégoriel du PEGV.

2.2. Les professionnels participant à l'étude

2.2.1. Précisions terminologiques

- Les partenaires de communication experts

Il s'agit des deux professionnels experts dans l'utilisation du C.COM sélectionnés pour interagir de façon adaptée avec les patients aphasiques.

- Les partenaires de communication novices

Cette désignation concerne les deux autres professionnels choisis pour effectuer des tâches de communication avec les patients sans avoir été formés au C.COM. Ils deviendront des « partenaires compétents » à la suite de la formation proposée dans l'étude.

- Les participants initialement non-formés

Cette appellation recouvre les autres membres du personnel du centre qui ont accepté de participer à la formation et de répondre aux questionnaires. Ils n'ont pas réalisé les tests avec les patients.

- Les opérateurs des tâches « partenaire récepteur »

Il s'agit des professionnels qui sont intervenus pour proposer aux patients des consignes à transmettre. Ces personnes maîtrisent l'emploi du classeur C.COM et échangent régulièrement avec des personnes aphasiques.

2.2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

		Partenaires experts	Partenaires novices puis compétents	Participants initialement non-formés	Opérateurs des tâches « partenaire récepteur »
INCLUSION	Être membre du personnel du CMPRF Korian Les Grands Chênes	X	X	X	X
	Être francophone	X	X	X	X
	Avoir auparavant bénéficié d'une formation au C.COM et à l'aphasie ou être eux-mêmes des formateurs au C.COM	X			X
	N'avoir jamais bénéficié d'une formation sur le classeur de communication C.COM		X	X	
EXCLUSION	Être orthophoniste	X	X	X	

Tableau II : Critères d'inclusion et d'exclusion des membres du personnel

Les professionnels pouvant correspondre aux différents critères établis ont été rencontrés afin de leur proposer une participation à l'étude.

2.2.3. Présentation des différents professionnels

Rôle dans l'étude	Professionnels	Profession	Date d'arrivée aux Grands Chênes	Date de formation au C.COM
partenaires experts	N.M.	coordinatrice du plateau technique de rééducation	1988	co-fondatrice en 1999
	C.B.	psychomotricienne	2006	2006
partenaires novices puis compétents	L.L.	assistant en balnéothérapie	septembre 2013	-
	A-S.B.	ergothérapeute	novembre 2013	*
participants initialement non-formés	A.G.	neuropsychologue	janvier 2013	-
	M.I.	kinésithérapeute	janvier 2013	-
	M-F.N.	secrétaire médicale	janvier 2013	-
opérateurs des tâches « partenaire informateur »	I.G.	orthophoniste	1998	fondatrice en 1999
	A.F.	orthophoniste	2004	2006
	V.P.	ergothérapeute	2001	2003

Tableau III : Présentation des différents professionnels participant à l'étude

*A.-S.B. n'a jamais été formée au C.COM mais a déjà été au contact du classeur lors d'une précédente activité en centre de réadaptation.

3. Matériel

3.1. Le classeur de communication C.COM

Nous avons choisi d'employer pour l'étude le C.COM institutionnel, qui s'adresse au personnel et aux patients du centre. Nous nous sommes servis du classeur institutionnel de base, qui regroupe l'ensemble des planches existant dans les différents classeurs institutionnels présents dans le CMPRF. Nous l'avons mis à disposition des patients et de leurs partenaires lors de la réalisation des tâches.

3.2. Le Test des 6 tâches

Nous nous sommes inspirées du « Test des 6 tâches », créé en 2004 par M.L. Cros dans le cadre de son mémoire d'orthophonie et utilisé lors de la réalisation du PHRC APHACOM. Notre étude s'intéressant aux partenaires de communication des personnes aphasiques, nous avons adapté le Test des 6 tâches initial centré sur les patients. Ainsi, le nouveau test est constitué de trois tâches « partenaire informateur » et de trois tâches « partenaire récepteur » (Annexe 1 p. A3).

Dans le cadre de notre recherche, l'objectif de ce test était d'observer l'efficacité des interactions entre un patient aphasique et son partenaire de communication. De plus, il permettait de mesurer le degré et les conditions d'utilisation du C.COM par ce partenaire pour contourner les obstacles des échanges.

La cotation du test s'effectue à l'aide de la fiche de recueil du Test des 6 tâches (Annexe 2 p. A4).

3.3. Les enregistrements vidéos

La passation du Test des 6 tâches par les patients et leurs partenaires de communication a été filmée à J0 et à J30.

3.4. La grille d'observation des comportements de communication

Nous nous sommes inspirées de certains items du Questionnaire d'Évaluation de la Communication entre les Intervenants et les Résidents de Centres d'Hébergement et de Soins de Longues Durées (Le Dorze et al., 2000) pour élaborer la grille d'observation des comportements de communication (Annexe 3 p. A6). D'autres éléments ont été ajoutés afin d'analyser le comportement général du partenaire et son mode d'utilisation du C.COM.

L'objectif de cette grille était de réaliser une analyse des comportements de communication des partenaires pendant la passation du Test des 6 tâches.

La grille se compose de trois catégories principales. Les parties « Gestion verbale des échanges » et « Gestion non verbale des échanges » permettent de relever les stratégies de communication naturelles employées par le partenaire pour interagir avec le patient aphasique. Ces stratégies résident dans les différentes

adaptations communicatives misent en place par les interlocuteurs pour faciliter les échanges, comme par exemple l'utilisation de reformulations ou de questions fermées. Elles peuvent être employées avec ou sans classeur. La catégorie « Utilisation du C.COM » vise à détailler le mode d'utilisation du C.COM du partenaire de communication. Elle présente les objectifs pour lesquels il se saisit du classeur, et la façon dont il le manipule.

Pour effectuer la notation de ces items, l'évaluateur indique la présence ou l'absence de chaque comportement de communication.

3.5. Les questionnaires pré-formation, post-formation 1 et post-formation 2

Le ressenti des participants est une indication précieuse pour évaluer l'impact d'une formation. Dans le cadre de ce mémoire, trois questionnaires ont donc été constitués : un questionnaire pré-formation (Annexe 4 p. A7), mais également un questionnaire post-formation 1 (Annexe 5 p. A9) proposé juste après la formation pour favoriser une comparaison des impressions des participants, ainsi qu'un questionnaire post-formation 2 présenté à distance de la formation (Annexe 6 p. A11).

Les questionnaires ont été élaborés en lien direct avec les hypothèses de notre étude. Ainsi, pour chaque questionnaire, plusieurs thèmes ont été définis pour faciliter la création de propositions adaptées et l'analyse des résultats.

3.6. La formation « Communiquer avec une personne aphasique »

La formation élaborée par I. Gonzalez et N. Munier à destination du personnel des lieux de soins développe les différentes techniques à employer quand la communication avec un patient aphasique est bloquée. Dans le cadre de notre étude, la formation a été proposée aux participants par I. Gonzalez.

Cette formation s'articule autour de la communication normale et pathologique dans le cas d'une aphasie, des stratégies naturelles de communication, et de la réparation des échanges à travers l'utilisation du C.COM (Annexe 7 p. A13).

Par ailleurs, la présentation de 50 minutes est illustrée par des vidéos de patients lors d'échanges à l'aide du classeur. Elle s'achève par des mises en situation pratiques d'utilisation du C.COM à partir de jeux de rôles entre les participants.

4. Protocole expérimental

4.1. Présentation générale

	POPULATION ETUDIEE			MODE D'EVALUATION
	Partenaires experts	Partenaires novices puis compétents	Participants non-formés	
Avant J0		Information sur l'aphasie et les stratégies naturelles de communication (1ère partie de la formation)		
J0	Test des 6 tâches	Test des 6 tâches		<ul style="list-style-type: none"> ▶ recueil résultats aux tâches ▶ grilles d'observation
F O R M A T I O N		Questionnaire pré-formation	Questionnaire pré-formation	▶ analyse questionnaires pré-formation
		Formation « Communiquer avec une personne aphasique »	Formation « Communiquer avec une personne aphasique »	
		Questionnaire post-formation 1	Questionnaire post-formation 1	▶ analyse questionnaires post-formation 1
J30	Test des 6 tâches	Test des 6 tâches		<ul style="list-style-type: none"> ▶ recueil résultats aux tâches ▶ grilles d'observation
J60		Questionnaire post-formation 2	Questionnaire post-formation 2	▶ analyse questionnaires post-formation 2

Tableau IV : Présentation générale du protocole expérimental

4.2. Détails du protocole

4.2.1. La formation « Communiquer avec une personne aphasique »

Avant le J0, les partenaires novices ont suivi le début de la formation abordant l'aphasie et les stratégies de communication naturelles, afin que seul l'impact de la formation au C.COM soit évalué lors du Test des 6 tâches. En effet, les partenaires novices ne devaient pas être pénalisés par une méconnaissance de ces thèmes, qui aurait biaisé leurs résultats face à ceux obtenus par les partenaires experts.

Entre les deux passations du Test des 6 tâches, les partenaires novices ont assisté à la partie de la formation traitant de l'utilisation du classeur de communication C.COM.

4.2.2. Le Test des 6 tâches

Le Test des 6 tâches a été proposé aux patients et à leurs partenaires de communication à J0 et à J30. A chaque patient a été attribué un partenaire expert et un partenaire novice : Mme S. a eu pour partenaires N.M. et L.L., et Mr D. a effectué ses tâches avec C.B. et A-S.B.

Dès le J0, le C.COM institutionnel a été placé à disposition des patients et de leurs partenaires, sans indication particulière. Ces derniers étaient libres d'utiliser directement le C.COM ou de tenter de réaliser la tâche sans son aide. Le déroulement du test a été identique à J0 et à J30.

Chaque patient a été invité à réaliser six tâches de communication, d'abord avec son partenaire novice puis avec son partenaire expert. Les trois premières tâches représentaient les tâches « partenaire informateur ». Le partenaire devait se faire comprendre du patient aphasique en lui proposant de réaliser une action. Les trois dernières tâches correspondaient aux tâches « partenaire récepteur ». Le partenaire devait comprendre le message d'une tierce personne, l'opérateur du test, que lui transmettait le patient aphasique (Annexe 1 p. A3).

	Rôle de l'opérateur	Rôle du partenaire	Rôle du patient
Tâches « partenaire informateur »	N'a pas été sollicité	Énonce la consigne au patient	Exécute la consigne

Tableau V : Rôle des différents acteurs lors des tâches « partenaire informateur »

	Rôle de l'opérateur	Rôle du patient	Rôle du partenaire
Tâches « partenaire récepteur »	Énonce la consigne au patient	Transmet la consigne au partenaire	Exécute la consigne

Tableau VI : Rôle des différents acteurs lors des tâches « partenaire récepteur »

Notre intervention dans la réalisation des tâches s'est déroulée selon le protocole suivant : si le partenaire de communication ne se saisissait pas spontanément du classeur malgré l'échec de la tâche, nous l'incitions à recourir au C.COM. Si l'échec se poursuivait, nous achevions la tâche à l'aide du classeur avec le patient. Enfin, si nous jugions qu'une tâche effectuée sans le classeur mettait trop en difficulté les interlocuteurs et que l'introduction du C.COM n'aurait pas permis de débloquent l'échange, nous décidions d'interrompre de façon exceptionnelle sa réalisation.

4.2.3. Les grilles d'observation des comportements de communication

Nous avons renseigné les grilles d'observation des comportements de communication à la suite des deux passations du Test des 6 tâches, à J0 et à J30.

Les grilles ont été complétées à partir des vidéos réalisées pendant le Test des 6 tâches. Nous avons analysé séparément les comportements de communication des différents partenaires. Puis, nous avons comparé nos conclusions afin de vérifier la concordance des résultats.

4.2.4. Les questionnaires pré-formation, post-formation 1 et post-formation 2

D'autres participants initialement non-formés ont également bénéficié de la formation « Communiquer avec une personne aphasique ». Ainsi, les questionnaires ont pu être adressés à ces participants et aux partenaires novices. Ils étaient nominatifs pour les partenaires novices et anonymes pour les autres participants.

Les questionnaires pré-formation et post-formation 1 ont été proposés au moment de la formation. Le questionnaire post-formation 2, étudiant l'impact de la formation à plus long terme, a été présenté un mois après celle-ci afin de répondre à des contraintes pratiques concernant l'analyse des résultats.

Résultats

1. Le Test des 6 tâches

Ce test a été réalisé à J0 par les partenaires novices puis une nouvelle fois à J30 par ces mêmes partenaires devenus compétents à la suite de la formation. Il cherche à mettre en évidence leur évolution entre les deux passations. Les partenaires experts ont également effectué les deux sessions du test afin que leurs résultats soient comparés à ceux obtenus par les partenaires compétents à J30. En effet, les partenaires experts maîtrisent l'utilisation du C.COM et les stratégies de communication à employer avec les patients aphasiques. Cette expérience justifie que leur comportement ait servi de point de repère quant au niveau attendu pour les partenaires compétents (Tableau III p. 26).

1.1. Les résultats quantitatifs

L'analyse quantitative du Test des 6 tâches s'est centrée sur l'étude de la fréquence d'utilisation du C.COM des différents partenaires et sur la réussite des patients aux tâches de communication réalisées avec ces partenaires.

1.1.1. Présentation de la réalisation des tâches par les patients et leurs partenaires de communication

Remarques sur la lecture des tableaux : la mention « partielle » correspond aux tâches dont seule une partie a été réussie sans le C.COM, et qui ont alors été considérées comme échouées. Par ailleurs, il faut noter que l'ordre des tâches (Annexe 1 p. A3) a été modifié afin de nous adapter aux contraintes institutionnelles.

1.1.1.1. Les résultats obtenus avec les partenaires experts

	J0				J30			
	SANS C.COM		AVEC C.COM		SANS C.COM		AVEC C.COM	
	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite
Tâche 1				X				X

Tâche 2				X				X
Tâche 3				X				X
Tâche 4				X		X		
Tâche 5				X				X
Tâche 6				X				X
Scores	0/6	0/6	0/6	6/6	0/6	1/6	0/5	5/5
%	0	0	0	100	0	16,7	0	100

Tableau VII : Résultats obtenus au Test des 6 tâches réalisé par Mme S. avec N.M. à J0 et à J30

Lors de la tâche N°4 à J30, N.M. a tenté une présentation sans classeur. En revanche, elle a utilisé d'emblée le C.COM pour toutes les autres tâches.

	J0				J30			
	SANS C.COM		AVEC C.COM		SANS C.COM		AVEC C.COM	
	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite
Tâche 1		X						X
Tâche 2				X				X
Tâche 3				X				X
Tâche 4	X partielle			X				X
Tâche 5		X						X
Tâche 6		X			X partielle			X
Scores	1/6	3/6	0/3	3/3	1/6	0/6	0/6	6/6
%	16,7	50	0	100	16,7	0	0	100

Tableau VIII : Résultats obtenus au Test des 6 tâches réalisé par Mr D. avec C.B. à J0 et à J30

A J0, C.B. a proposé quatre tâches sans présenter le C.COM. L'une d'elles a été échouée par le patient, puis réussie avec classeur. Les deux autres tâches ont été d'emblée effectuées avec succès à l'aide du C.COM.

A J30, la tâche N°6 a d'abord été échouée sans le classeur puis réussie avec le C.COM. En revanche, C.B. a directement employé le classeur pour réaliser les autres tâches avec le patient.

1.1.1.2. Résultats obtenus avec les partenaires de novices puis compétents

	J0				J30			
	SANS C.COM		AVEC C.COM		SANS C.COM		AVEC C.COM	
	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite
Tâche 1		X				X		
Tâche 2		X				X		
Tâche 3		X				X		
Tâche 4	X		X			X		
Tâche 5		X			X partielle			X
Tâche 6	X		X		X			X
Scores	2/6	4/6	2/2	0/2	2/6	4/6	0/2	2/2
%	33,3	66,7	100	0	33,3	66,7	0	100

Tableau IX : Résultats obtenus au Test des 6 tâches réalisé Mme S. avec L.L. à J0 et à J30

A J0 comme à J30, la majorité des tâches a été réussie par la patiente sans l'aide du C.COM.

Lors du J0, L.L. alors novice n'a pas utilisé le classeur pour reposer les deux tâches échouées. A J30, L.L. a procédé différemment. Il a employé le C.COM après l'échec de la première présentation sans classeur des tâches N°5 et N°6.

	J0				J30			
	SANS C.COM		AVEC C.COM		SANS C.COM		AVEC C.COM	
	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite	échec	réussite
Tâche 1		X				X		
Tâche 2		X				X		
Tâche 3		X				X		
Tâche 4	X partielle			X	X partielle			X
Tâche 5	X partielle			X	X partielle		X	
Tâche 6	X		X		X partielle			X
Scores	3/6	3/6	1/3	2/3	3/6	3/6	1/3	2/3
%	50	50	33,3	66,7	50	50	33,3	66,7

Tableau X : Résultats obtenus au Test des 6 tâches réalisé par Mr D. avec A-S.B. à J0 et à J30

Pour les deux sessions du test, les trois premières tâches ont été réalisées par le patient avec succès sans le C.COM. Puis, A-S.B. a utilisé le classeur pour toutes

les tâches échouées dans la modalité « sans C.COM ». Cependant, l'une des tâches échouée sans le classeur n'a pu être résolue avec le support à J0 comme à J30.

1.1.2. Nombre d'utilisation du C.COM des partenaires

Partenaires	EXPERTS				NOVICES puis COMPETENTS			
	N.M.		C.B.		L.L.		A-S.B.	
	J0	J30	J0	J30	J0	J30	J0	J30
Nombre d'utilisation du C.COM au cours des 6 tâches	6/6	6/6	3/6	6/6	0/6	2/6	3/6	3/6

Tableau XI : Récapitulatif du nombre de tâches proposées à l'aide du C.COM par les partenaires de communication à J0 et à J30

1.1.2.1. Les partenaires experts

Le tableau XI met en évidence un recours important au classeur chez les partenaires experts, qui ont utilisé le C.COM pour effectuer la plupart des tâches avec les patients. Il faut noter que N.M. s'appuyait directement sur le classeur lors des échanges avec la patiente, alors que C.B. avait davantage tendance à d'abord formuler les consignes sans le C.COM avant de s'en saisir.

1.1.2.2. Évolution de L.L.

A J0, L.L. n'a pas employé le C.COM pour faciliter la réalisation des tâches de la patiente (Tableau XI).

Durant le J30, L.L. partenaire devenu compétent, s'est servi du classeur au cours de certaines tâches et présente ainsi une évolution de son score d'utilisation.

1.1.2.3. Évolution d'A-S.B.

Dès le J0, le nombre d'utilisation du C.COM d'A-S.B., indique qu'elle est parvenue à se saisir du C.COM lors de plusieurs échanges avec le patient.

Durant le J30, le partenaire devenu compétent s'est servi du classeur pour les mêmes tâches que lors du J0. Elle n'a ainsi pas montré d'amélioration de son score d'utilisation (Tableau XI p. 36).

1.1.3. Scores de réussite des patients avec leurs différents partenaires

Partenaires	EXPERTS				NOVICES puis COMPETENTS			
	N.M.		C.B.		L.L.		A-S.B.	
	J0	J30	J0	J30	J0	J30	J0	J30
Scores de réussite	6/6	6/6	6/6	6/6	4/6	6/6	5/6	5/6
% de réussite	100	100	100	100	66,7	100	83,3	83,3

Tableau XII : Résultats de la réussite aux tâches obtenue par les patients avec leurs partenaires de communication à J0 et à J30

1.1.3.1. Les partenaires experts

D'après le tableau XII, toutes les tâches que les patients ont réalisées avec leurs partenaires experts ont été réussies à J0 comme à J30.

1.1.3.2. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts

A J0, le partenaire encore novice n'a pas permis à la patiente de réussir l'ensemble des tâches de communication.

Lors du J30, les tâches ont été mieux réussies avec L.L., partenaire devenu compétent (Tableau XII). L'intégralité du test a été effectuée avec succès, et le score de la patiente est identique à celui obtenu avec les partenaires experts.

1.1.3.3. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts

Au moment du J0, la plupart des tâches accomplies par le patient avec A.-S.B. ont été réussies (Tableau XII). En effet, un seul échec a pu être noté.

A J30, le patient n'a pas amélioré son score au test. Néanmoins, le taux de réussite qu'il a présenté en accomplissant ses tâches avec A-S.B. est proche de celui assuré par les partenaires experts.

1.2. Les résultats qualitatifs

Nous avons choisi d'exposer dans cette partie les conditions d'utilisation du classeur des partenaires lors des différentes tâches réalisées avec les patients.

1.2.1. Les conditions d'utilisation du C.COM lors des tâches

« partenaire informateur »

	Blocage de l'échange avant C.COM				Utilisation C.COM			
	N.M.	C.B.	L.L.	A-S.B.	N.M.	C.B.	L.L.	A-S.B.
J0								
Tâche 1	non	non	non	non	oui	non	non	non
Tâche 2	non	non	non	non	oui	oui	non	non
Tâche 3	non	non	non	non	oui	oui	non	non
J30								
Tâche 1	non	non	non	non	oui	oui	non	non
Tâche 2	non	non	non	non	oui	oui	non	non
Tâche 3	non	non	non	non	oui	oui	non	non

Tableau XIII : Recours au C.COM sans rupture de communication à J0 et à J30

Le tableau XIII présente la capacité des partenaires à employer le C.COM pour faciliter la communication avec les patients au cours des tâches « partenaire informateur », sans attendre nécessairement un blocage des échanges.

1.2.1.1. Les partenaires experts

Lors des deux sessions de passation du test, le C.COM a été utilisé pour réaliser la plupart des tâches « partenaire informateur ». Ainsi, les partenaires experts se sont saisis du classeur de façon préventive, en l'absence de toute rupture de la communication (Tableau XIII).

1.2.1.2. Évolution des partenaires novices et comparaison aux partenaires experts

Lors du J0 comme du J30, L.L. et A-S.B. n'ont jamais utilisé le C.COM lors de ces trois premières tâches, mais aucun blocage des échanges avec les patients n'a été rencontré.

A J30, le comportement des partenaires compétents s'est alors distingué de celui des experts, qui ont employé le C.COM de façon préventive (Tableau XIII p.38).

1.2.2. Les conditions d'utilisation du C.COM lors des tâches « partenaire récepteur »

1.2.2.1. Les partenaires experts

A J0 comme à J30, le C.COM a été utilisé de façon efficace lors des blocages des échanges. Les experts se sont également saisis du classeur avant de rencontrer d'éventuelles difficultés, de façon à anticiper les ruptures lors des interactions avec les patients. Notre intervention n'a jamais été nécessaire (Annexe 8 p. A17).

1.2.2.2. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts

J0	Blocage de l'échange avant C.COM	Notre intervention	Utilisation C.COM	Résultat
Tâche 4	oui	Arrêt de la tâche : mise en échec des interlocuteurs	non	Échec
Tâche 5	non	non	non	Réussite
Tâche 6	oui	Incitation utilisation C.COM	non	Échec
J30	Blocage de l'échange avant C.COM	Notre intervention	Utilisation C.COM	Résultat
Tâche 4	non	non	non	Réussite
Tâche 5	oui	non	oui	Réussite
Tâche 6	oui	Incitation utilisation C.COM	oui	Réussite

Tableau XIV : Conditions d'utilisation du C.COM par L.L. lors des tâches « partenaire récepteur » réalisées par Mme S. à J0 et à J30

A J0, L.L. n'a pas employé le C.COM lors des situations de blocages, malgré notre intervention pour lui proposer le classeur (p. 31). Les tâches qui ont entraîné une rupture des échanges ont donc été échouées. Nous avons terminé avec la patiente la tâche N°6 à l'aide du C.COM.

Lors du J30, le classeur a été utilisé par L.L. devenu compétent, durant les échecs des interactions. Cependant, ce recours au classeur a nécessité notre incitation pour la tâche N°6. Le partenaire est parvenu à se réapproprier ce comportement pour faciliter avec succès la réalisation de la tâche suivante, N°5.

Ainsi, le partenaire compétent n'a pas utilisé le classeur dans les mêmes conditions que les partenaires experts. En effet, L.L. a systématiquement attendu un blocage pour se servir du C.COM, et n'a pas osé l'employer sans une première incitation, contrairement aux experts.

1.2.2.3. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts

J0	Blocage de l'échange avant C.COM	Notre intervention	Utilisation C.COM	Résultat
Tâche 4	oui	non	oui	Réussite
Tâche 5	oui	non	oui	Réussite
Tâche 6	oui	Incitation utilisation C.COM	oui	Échec
J30	Blocage de l'échange avant C.COM	Notre intervention	Utilisation C.COM	Résultat
Tâche 4	non	non	oui	Réussite
Tâche 5	oui	non	oui	Réussite
Tâche 5	non	non	oui	Échec : erreur du patient

Tableau XV : Conditions d'utilisation du C.COM par A-S.B. lors des tâches « partenaire récepteur » réalisées par Mr D. à J0 et à J30

Dès le J0, A-S.B. alors novice s'est saisie du C.COM lors des ruptures de communication avec le patient. Néanmoins, nous l'avons une première fois invitée à employer le classeur lors de la tâche N°6 échouée sans le support. Cette tâche n'a pas pu être accomplie malgré le recours d'A-S.B. au C.COM, témoignant de son manque d'efficacité dans l'utilisation. Nous sommes donc intervenues pour achever la tâche à l'aide du classeur (p.31). Ce partenaire novice a ensuite réussi à renouveler avec succès ce comportement pour les tâches N°4 et N°5, bénéficiant ainsi du modèle qui lui a été offert.

A J30, notre intervention n'a plus été nécessaire, et le partenaire devenu compétent a employé de lui-même le C.COM lors des situations de blocages. A-S.B l'a également proposé au patient de façon préventive pour certaines tâches, avant

d'être confrontée à des échecs lors des interactions. Toutes les tâches n'ont pas été réussies malgré l'utilisation adaptée du classeur. Cependant, la seule tâche échouée a été induite par une persévération du patient sur une photo erronée.

Ainsi, le partenaire compétent s'est servi du classeur dans des conditions comparables aux partenaires experts, sans attendre d'incitation et dans l'objectif de prévenir ou de débloquer les ruptures des échanges.

2. Les grilles d'observation des comportements de communication

L'étude des grilles d'observation (Annexes 9 p. A18, 10 p. A19, 11 p. A20, 12 p. A21, 13 p. A22 et 14 p. A23) s'est attachée à exposer l'évolution des stratégies naturelles de communication et du mode d'utilisation du C.COM des partenaires novices. Les comportements des experts (Annexes 15 p. A24, 16 p. A25, 17 p. A26, 18 p. A27, 19 p. A28 et 20 p. A29) ont servi de référence pour réaliser une comparaison avec ceux présentés par les partenaires devenus compétents à J30.

2.1. Les stratégies naturelles de communication

L'analyse des stratégies naturelles de communication comprend les parties « Gestion verbale des échanges » et « Gestion non verbale des échanges » de la grille d'observation. Une exception a été faite pour l'item « Le partenaire est aidant, il prend en main la réparation de la communication », qui a été intégré à l'analyse du mode d'utilisation du classeur. En effet, cet item se situe à la frontière des stratégies naturelles et de l'utilisation du C.COM. Nous avons choisi de l'étudier sous le terme de « Comportement d'aide » uniquement à travers l'emploi du classeur.

2.1.1. Les stratégies naturelles de communication utilisées par les partenaires experts

Au cours des deux sessions du test, N.M. et C.B. ont utilisé l'ensemble des stratégies positives étudiées, soit 8 stratégies, pour faciliter les interactions avec les patients aphasiques (Annexe 21 p. A30).

2.1.2. Les stratégies naturelles de communication utilisées par les partenaires novices puis compétents

		L.L.		A-S.B.	
		J0	J30	J0	J30
Gestion verbale des échanges	le partenaire reformule ses propos	non	non	oui	oui
	le partenaire reformule les propos du patient	non	non	non	non
	le partenaire vérifie la compréhension du patient	non	oui	oui	non
	le partenaire vérifie sa compréhension	non	non	oui	oui
	hypothèses/suggestions	oui	oui	oui	oui
	questions fermées	oui	oui	oui	oui
Gestion non verbale des échanges	le partenaire utilise des stratégies non verbales pour appuyer ses propos et faciliter la compréhension du patient	non	oui	oui	oui
	le partenaire utilise des stratégies non verbales pour rassurer le patient	non	non	non	non
TOTAL		2/8	4/8	6/8	5/8

Tableau XVI : Présence de stratégies naturelles engagées par L.L. et A-S.B. au Test des 6 tâches

2.1.2.1. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts

Lors du J0, le score obtenu souligne que L.L. a employé très peu des techniques d'aides évaluées. Il ne s'est notamment jamais servi de la communication non-verbale (Tableau XVI).

Le comportement de communication du partenaire devenu compétent a évolué durant le J30. Cette amélioration est mise en évidence par l'utilisation d'un nombre supérieur de stratégies naturelles. Néanmoins, le score alors présenté par L.L. témoigne qu'il n'a pas réussi à recourir à l'ensemble des stratégies utilisées par les partenaires experts (Annexe 21 p. A30).

2.1.2.2. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts

Dès le J0, A-S.B. s'est servie de la plupart des stratégies de communication analysées (Tableau XVI p. 42).

A J30, le score d'A-S.B. indique qu'une des stratégies alors employée à J0 n'a pas été réutilisée. Elle n'a donc pas présenté de véritable évolution entre les deux évaluations. Ainsi, avec seulement deux stratégies absentes, son comportement de communication global dans l'emploi des stratégies naturelles est resté proche de celui des partenaires experts, sans pour autant l'égaliser (Annexe 21 p. A30).

2.2. Le mode d'utilisation du C.COM

2.2.1. Le mode d'utilisation du C.COM des partenaires experts : présence d'attitudes positives dans son emploi

Lors des deux tests, N.M. et C.B. ont fait preuve d'un usage adapté du classeur dans leur communication, comme en témoigne le score maximal de 7 attitudes positives qu'elles présentent à J0 et à J30 (Annexe 21 p. A30). Les partenaires experts ont donc eu un comportement aidant avec les patients aphasiques et ont directement pris en main la conduite des échanges.

2.2.2. Le mode d'utilisation du C.COM des partenaires novices puis compétents : présence d'attitudes positives dans son emploi

		L.L.		A-S.B.	
		J0	J30	J0	J30
Comportement d'aide	tentative de réparation immédiate des échanges	non	non	non	oui
	absence d'incitation du patient à réparer les échanges	oui	oui	non	non
	gestion globale de la communication et du contournement des échecs	non	non	oui	oui
Utilisation du C.COM	facilitation de l'émission du patient	non	oui	oui	oui
	facilitation de la réception du patient	non	non	non	non
	utilisation autonome (<i>repérage dans le</i>	non	oui	non	oui

	<i>classeur)</i>				
	<i>manipulation adéquate (pointer, tourner les pages pour le patient)</i>	non	oui	oui	oui
TOTAL		1/7	4/7	3/7	5/7

Tableau XVII : Présence d'attitudes positives dans l'utilisation du C.COM engagées par L.L. et A-S.B. au Test des 6 tâches

Le tableau XVII compare la capacité des partenaires novices puis compétents à employer le classeur de façon adaptée dans leurs échanges avec les patients, avant et à la suite de la formation.

2.2.2.1. Évolution de L.L. et comparaison aux partenaires experts

Lors du J0, L.L. partenaire novice n'a jamais utilisé le C.COM ni dirigé les échanges pour apporter l'aide nécessaire à la patiente dans la réalisation des tâches.

A J30, L.L. a présenté une amélioration de sa communication à l'aide du classeur, comme l'évolution du nombre de comportements positifs le suggère. En effet, après la formation, L.L. n'a pas mené les interactions, mais est toutefois parvenu à accompagner la patiente dans la réalisation des tâches et la manipulation adaptée du classeur (Tableau XVII). Cependant, cette évolution ne lui a pas permis de rejoindre les compétences des partenaires experts dans la communication avec le C.COM (Annexe 21 p. A30). Il ne l'a, par ailleurs, jamais utilisé pour appuyer ses propos, afin de faciliter la compréhension de la patiente.

2.2.2.2. Évolution d'A-S.B. et comparaison aux partenaires experts

Lors de son utilisation du classeur à J0, le score obtenu par A-S.B. souligne qu'elle n'a pas eu recours à l'ensemble des attitudes positives évaluées. Elle a notamment incité à plusieurs reprises le patient à pallier lui-même les difficultés de communication rencontrées. Néanmoins, le partenaire novice a été assez aidant, et a pu participer activement au contournement des blocages de l'interaction en se saisissant de l'outil. Cette attitude a relevé d'une imitation de notre comportement lors de notre intervention pour achever une des tâches échouées avec le classeur.

Lors du J30, le partenaire compétent a témoigné d'une certaine évolution, et le nombre de comportements positifs qu'il a mis en œuvre s'est rapproché de celui des

partenaires experts, sans pour autant l'égaliser (Annexe 21 p. A30). Ainsi, A-S.B. a davantage pris en main la gestion des échanges avec le classeur, sans attendre systématiquement une initiative du patient (Tableau XVII p.44). Cependant, elle ne s'est jamais saisie du C.COM pour favoriser la compréhension de Mr D. et a continué d'indiquer au patient qu'il pouvait utiliser lui-même le classeur pour faciliter les échanges, ce qui constitue une différence majeure avec les partenaires experts.

3. Les questionnaires

Nous avons réalisé les synthèses des réponses des participants non-formés et des partenaires initialement novices (Tableau III p. 26) sur les différents thèmes abordés. Puis, nous avons distingué les réponses de L.L. et d'A-S.B. pour les questionnaires pré et post-formation 1. Pour le questionnaire post-formation 2 proposé à distance de la formation, nous n'avons pas effectué de distinction particulière.

3.1. Le questionnaire pré-formation

- Intérêt et besoin de formation

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Intérêt pour le thème	non	oui	oui	oui	oui	4/5
Absence de formation sur le thème	oui	non	oui	oui	oui	4/5
Besoin de formation sur le thème	non	oui	oui	oui	oui	4/5
Souhait d'apprendre de nouvelles stratégies de communication	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Sentiment de libre participation	non	oui	oui	oui	oui	4/5

Tableau XVIII : Réponses positives aux questions indiquant un besoin de formation

Légende : P1, P2, P3 correspondent aux participants supplémentaires à la formation, qui ont répondu de façon anonyme aux questionnaires.

La majorité des participants pensait avoir besoin de suivre la formation « Communiquer avec une personne aphasique » et s'est déclarée intéressée par son contenu. A-S.B. a notamment exprimé ce souhait, contrairement à L.L.

- Manque de connaissances sur l'aphasie, les stratégies de communication et l'outil C.COM

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Connaissance de l'aphasie	non	oui	oui	oui	oui	1/5
Utilisation de l'ensemble des stratégies de communication	non	oui	non	non	non	4/5
Connaissance de l'existence du C.COM	non	oui	non	non	non	4/5
Utilisation antérieure du C.COM	non	non	non	non	non	5/5
Connaissance de l'utilisation du C.COM (<i>nécessité de l'implication du partenaire</i>)	non	oui	-	oui	-	1/3
Connaissance de la localisation du C.COM	non	non	-	non	-	3/3
Connaissance des bénéficiaires du C.COM (<i>déficits expression et/ou compréhension</i>)	non	oui	-	-	-	1/2

Tableau XIX : Réponses négatives aux questions indiquant la connaissance de l'aphasie et des stratégies de communication

La majorité des participants possédait déjà des connaissances sur l'aphasie, mais n'était pas informée de l'ensemble des stratégies de communication efficaces et de l'existence du C.COM. Cependant, L.L. était le seul à méconnaître l'aphasie, et A-S.B. a indiqué employer l'ensemble des stratégies de communication proposées. Par ailleurs, elle avait déjà été au contact du C.COM sans avoir été formée à son utilisation, comme nous l'avons préalablement indiqué.

- Sentiment de compétence

Échelle analogique du sentiment de capacité pour communiquer avec un aphasique							
		1	2	3	4	5	6
Comprendre un patient aphasique	L.L.				X		
	A-S.B.				X		
	P1				X		
	P2				X		
	P3			X			
	TOTAL	0/5	0/5	1/5	4/5	0/5	0/5
Se faire comprendre d'un patient aphasique	L.L.					X	
	A-S.B.				X		
	P1				X		
	P2				X		
	P3			X			
	TOTAL	0/5	0/5	1/5	3/5	1/5	0/5

Tableau XX : Auto-évaluation de la capacité à communiquer avec un patient aphasique avant la formation

Légende:

1: pas capable 3 } moyennement capable 5 : capable
 2: peu capable 4 } 6 : très capable

La majorité des participants s'est estimée « moyennement capable » de se faire comprendre et de comprendre les personnes aphasiques. A-S.B. s'est inscrite dans cette appréciation, mais L.L. s'est jugé « capable » de se faire comprendre par un patient aphasique, bien qu'il ne connaisse pas cette pathologie.

3.2. Le questionnaire post-formation 1

- Bénéfices de la formation

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Réponses aux interrogations	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Nouvelles connaissances dans tous les domaines abordés (<i>communication, aphasie, stratégies et C.COM</i>)	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Apprentissage de stratégies de communication différentes	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Apprentissage d'une utilisation du C.COM spécifique	oui	non	oui	oui	non	3/5
Volonté d'expérimentation (<i>stratégies et C.COM</i>)	oui	oui	oui	oui	oui	5/5

Tableau XXI : Réponses positives témoignant du bénéfice de la formation

A la suite de la formation, les participants ont souligné un véritable enrichissement de leurs connaissances théoriques et pratiques dans le domaine de l'aphasie. Les réponses de L.L. ont suivi cette tendance, mais A-S.B. s'est différenciée des autres participants en précisant ne pas avoir appris une nouvelle façon d'utiliser le classeur.

- Connaissances sur l'utilisation du C.COM

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Connaissance de l'utilité du C.COM (<i>faciliter expression et/ou compréhension</i>)	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Utilisation du C.COM: <i>compréhension de l'importance de l'implication du partenaire</i>	oui	oui	oui	oui	oui	5/5
Utilisation du C.COM: <i>compréhension de la</i>	oui	oui	oui	oui	non	4/5

<i>nécessité de formation du partenaire</i>						
Connaissances d'autres bénéficiaires du C.COM (aphasie légère)	oui	oui	oui	oui	oui	5/5

Tableau XXII : Réponses positives soulignant la connaissance de l'utilisation du C.COM

Les réponses des participants, d'A-S.B. et de L.L. ont mis en évidence l'acquisition d'une connaissance appropriée de l'utilisation du C.COM.

- Sentiment de compétence

Échelle analogique du sentiment de capacité pour communiquer avec un aphasique							
		1	2	3	4	5	6
Comprendre un patient aphasique	L.L.				X		
	A-S.B.					X	
	P1					X	
	P2					X	
	P3				X		
	TOTAL	0/5	0/5	0/5	2/5	3/5	0/5
Se faire comprendre d'un patient aphasique	L.L.				X		
	A-S.B.					X	
	P1					X	
	P2					X	
	P3				X		
	TOTAL	0/5	0/5	0/5	2/5	3/5	0/5

Tableau XXIII : Auto-évaluation de la capacité à communiquer avec un patient aphasique après la formation

Après la formation, les participants se sont considérés comme globalement « capable » de comprendre et de se faire comprendre d'une personne aphasique. L.L. s'est néanmoins estimé comme « moyennement capable » alors qu'A-S.B. a exprimé une aisance supérieure.

3.3. Le questionnaire post-formation 2

- États des lieux de l'utilisation du C.COM

	Occasion utilisation		Utilisation effective	
	oui	non	oui	non
L.L.		X	-	-

A-S.B.	X		X	
P1	X		X	
P2		X	-	-
P3		X	-	-
TOTAL	2/5	3/5	2/2	0/2

Tableau XXIV : Réponses positives témoignant de l'utilisation du C.COM à distance de la formation

A distance de la formation, seuls deux participants ont eu l'occasion d'utiliser le C.COM avec un patient aphasique et ont indiqué y avoir effectivement eu recours.

- Utilisation du C.COM au quotidien

	A-S.B.	P1
Efficacité pour le contournement des obstacles de la communication	souvent	souvent
Modification du jugement de son efficacité par l'usage	plus efficace	plus efficace
Fréquence d'utilisation	parfois	souvent

Tableau XXV : Réponses concernant le sentiment d'efficacité et la fréquence d'utilisation du C.COM

Les participants qui ont eu l'occasion d'utiliser le C.COM ont confirmé s'en saisir régulièrement pour réparer efficacement les échecs communicationnels avec les patients.

- Motivation à employer le C.COM

		L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Avant la formation	Curiosité pour le C.COM (<i>localisation, demande d'informations et/ou manipulation</i>)	oui	oui	-	-	-	2/2
	Tentative d'expérimentation du C.COM	non	oui	-	-	-	1/2
Après la formation	Volonté d'approfondissement des connaissances (<i>demande d'informations et/ou manipulation</i>)	oui	oui	oui	non	non	3/5
	Discussions autour du C.COM	non	oui	oui	non	oui	3/5
	Information à autrui de l'existence du C.COM	non	oui	oui	non	oui	3/5

Tableau XXVI : Réponses positives exprimant une motivation à recourir au C.COM

Les comportements rapportés par la majorité des participants ont suggéré leur motivation à employer le classeur si l'occasion venait à se présenter.

- Connaissance et utilisation des outils de la CAA

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3
En règle générale, besoin d'une formation pour envisager utiliser le C.COM	-	non	non	-	-
Connaissance d'autres outils de la CAA	non	oui	oui	non	non
Formation antérieure à l'utilisation d'autres outils de la CAA	non	oui	non	non	non
Utilisation antérieure d'autres outils de la CAA	non	oui	oui	non	non

Tableau XXVII : Réponses sur l'utilisation des outils de la CAA et du ressenti des participants concernant la nécessité d'une formation à leur emploi

La plupart des participants ont déclaré ne pas connaître d'autres moyens de communication alternatifs et augmentatifs.

Par ailleurs, les participants qui ont eu l'occasion d'employer le C.COM ont jugé qu'ils se seraient saisis du classeur sans avoir été formés à son utilisation. Cette affirmation a notamment été confirmée par les réponses de P1, qui a précisé se servir d'autres outils de la CAA sans avoir reçu de formation.

- Stratégies employées

	L.L.	A-S.B.	P1	P2	P3	TOTAL
Utilisation de nouvelles stratégies de communication	-	oui	oui	-	-	2/2
Apprentissage de ces stratégies au cours de la formation	-	oui	oui	-	-	2/2
Diffusion de l'information concernant l'existence de stratégies de communication	non	oui	non	oui	oui	3/5

Tableau XXVIII : Réponses positives concernant la connaissance et l'utilisation des stratégies de communication

Les participants qui ont pu échanger avec des personnes aphasiques depuis la formation ont signalé utiliser des nouvelles techniques de communication pour interagir avec les patients, en complément du C.COM.

Par ailleurs, les réponses de la plupart des participants ont témoigné d'une volonté de faire découvrir à leurs collègues les stratégies acquises lors de la formation.

Discussion

1. Rappels des principaux résultats et validation des hypothèses

1.1. Hypothèse générale

L'objectif de notre étude était de démontrer que la formation du partenaire de communication à l'utilisation du C.COM lui permet d'engager des stratégies adaptées pour instaurer une communication fonctionnelle avec un patient aphasique.

Afin de rendre compte d'une amélioration de la communication, nous avons déterminé plusieurs hypothèses spécifiques qui facilitent la validation de l'hypothèse générale.

1.1.1. Validation des hypothèses spécifiques

1.1.1.1. Hypothèse d'une amélioration de l'utilisation du C.COM

La validation de cette hypothèse repose sur la confirmation de différents facteurs.

Il faut préciser que lorsque nous attendons une « correspondance » entre les résultats, nous admettons un écart d'une réussite ou d'un comportement. Pour les résultats « proches », nous tolérons un écart de deux stratégies.

- Effet de la formation sur l'amélioration des connaissances sur l'utilisation du C.COM

Les partenaires compétents ont présenté des réponses correctes au questionnaire post-formation 1 concernant l'emploi du classeur (Tableau XXII p. 48).

La formation a donc permis à L.L. de connaître l'utilisation appropriée du C.COM, alors que son questionnaire pré-formation mettait en évidence sa méconnaissance du classeur (Tableau XIX p. 46).

A l'inverse, A-S.B. a répondu de façon exacte aux items relatifs à l'utilisation du C.COM dès le questionnaire pré-formation (Tableau XIX p. 46). Elle a également indiqué ne pas avoir appris une façon spécifique d'utiliser le classeur lors du questionnaire post-formation 1 (Tableau XXII p. 48). Cependant, cette appréciation subjective est contradictoire avec sa réponse précisant qu'elle a acquis de nouvelles connaissances sur les différents thèmes abordés par la formation, notamment sur le C.COM. **Dans ces conditions, l'hypothèse n'est que partiellement validée car elle ne peut être vérifiée pour A-S.B.**

- Effet de la formation sur le nombre d'utilisation du C.COM

Durant le J30, L.L. est parvenu à employer le classeur lors de la réalisation de deux tâches de communication, alors qu'il ne s'en était jamais saisi à J0 (Tableau XI p. 36). Notre incitation à utiliser le classeur a cette fois-ci été prise en compte par L.L. pour l'une des tâches.

Le nombre d'utilisation du C.COM présenté par A-S.B. est resté identique lors des deux tests, au cours desquels le partenaire a proposé le classeur pour trois tâches (Tableau XI p. 36). Néanmoins, A-S.B. avait bénéficié de notre incitation à se servir du classeur pour une tâche à J0, ce qui a contribué à majorer son score initial. A J30, elle a eu recours spontanément au C.COM. **Dans ces conditions, cette hypothèse peut être considérée comme validée.**

- Effet de la formation sur l'utilisation du C.COM en contexte

L'analyse qualitative du Test des 6 tâches met en évidence une amélioration des conditions d'utilisation du C.COM chez les partenaires compétents à J30.

En effet, A-S.B. n'a plus eu besoin d'une première invitation à employer le classeur pour débloquer les échanges. Elle est également parvenue à s'en servir de façon préventive pour éviter les ruptures de communication (Tableau XV p. 40).

De son côté, L.L. s'est saisi du C.COM suite à une première proposition d'utilisation lors de situations de blocages, alors qu'il ne l'avait jamais employé à J0 malgré notre incitation (Tableau XIV p. 39).

De plus, les résultats obtenus par les partenaires compétents sur les grilles d'observation des comportements de communication témoignent d'une évolution du mode d'utilisation du C.COM.

Ainsi, L.L. a employé une attitude facilitatrice lors des échanges à l'aide classeur avant la formation, mais a pu recourir à 4 de ces comportements positifs lors du J30 (Tableau XVII p. 44).

De la même manière, A-S.B. a vu son score s'améliorer de 3 à 5 attitudes fonctionnelles (Tableau XVII p. 44). **La formation leur a permis de présenter une évolution dans leurs conditions de recours au C.COM et dans leur comportement de communication avec le classeur. L'hypothèse peut donc être validée.**

Il est intéressant de relever que ce constat permet également de nuancer la réponse d'A-S.B. qui a indiqué lors du questionnaire post-formation 1 ne pas avoir acquis une manière spécifique d'utiliser le classeur. Cette réponse est en contradiction avec les éléments présentés ci-dessus.

- Correspondance dans l'utilisation du C.COM entre les partenaires experts et les partenaires compétents après la formation

Au cours des deux passations du test, les conditions d'utilisation du C.COM des partenaires experts ont mis en évidence un emploi systématique du classeur lors des blocages de la communication. Ils l'ont toutefois utilisé majoritairement de façon anticipée pour éviter ces ruptures (Tableau XIII p. 38 et Annexe 8 p. A17). Par ailleurs, ils ont atteint le score maximal de 7 comportements positifs dans leur mode d'utilisation du classeur (Annexe 21 p. A30).

Les résultats des partenaires compétents diffèrent de ceux des partenaires experts. En effet, si A-S.B. a employé le C.COM dans des conditions identiques à celles des experts, elle a néanmoins montré un mode d'utilisation du C.COM distinct de celui de N.M. et C.B. à J30. Elle a ainsi utilisé 2 attitudes positives de moins en n'appuyant pas ses propos à l'aide du classeur et en persistant à proposer au patient de se saisir lui-même du C.COM.

Par ailleurs, L.L. n'a pas présenté les mêmes conditions de recours au classeur que celles de N.M. et de C.B. De plus, son mode d'utilisation du C.COM à J30 est resté éloigné de celui des partenaires experts. Il n'a pas réussi à prendre en main la situation de communication, ni le contournement immédiat des difficultés des échanges à l'aide du C.COM. L.L. ne s'est pas non plus servi du classeur pour appuyer ses propos. Il a donc utilisé 3 comportements positifs de moins que les

experts. **Ces divergences entre les partenaires experts et compétents s'oppose à la validation de l'hypothèse.**

- Effet de la formation sur la réussite au Test des 6 tâches

A la suite de la formation, le taux de réussite aux tâches proposées par L.L. à Mme S. s'est amélioré de 66% à 100% (Tableau XII p. 37). Deux tâches ont notamment pu être réussies avec le classeur.

Cependant, Mr D. n'a pas présenté d'évolution de son succès aux tâches proposées par A-S.B. à J30 (Tableau XII p. 37). Il faut toutefois considérer que le score de 83,3% de réussite a été pénalisé par une erreur de ce patient (p.41), malgré l'utilisation appropriée du classeur par A-S.B. Lors du test, deux tâches ont néanmoins été réalisées avec succès à l'aide du C.COM. **Ainsi, l'hypothèse peut être validée.**

- Correspondance des taux de réussite aux tâches effectuées avec les partenaires experts et les partenaires compétents après la formation

Lors des deux tests, les partenaires experts ont permis aux patients d'obtenir un taux de 100% de réussite aux tâches.

La comparaison des résultats de L.L. et d'A-S.B. à ceux des partenaires experts met en évidence une concordance (Tableau XII p.37). **En effet, à J30, les taux de réussite obtenus avec les partenaires compétents sont globalement équivalents à ceux présentés par les patients avec les partenaires experts. De ce fait, l'hypothèse est validée.**

- Validation de l'hypothèse spécifique

Ces différents constats ne permettent de réaliser qu'une validation partielle de l'hypothèse. En effet, il peut être noté que L.L. et A-S.B. ont présenté une amélioration entre le J0 et le J30 dans l'utilisation du C.COM. Néanmoins, aucun des partenaires devenus compétents à J30 n'est parvenu à égaler la maîtrise des partenaires experts dans l'emploi du classeur. Ces éléments seront abordés au moment de la discussion des résultats en regard des données de la littérature.

1.1.1.2. Hypothèse d'une amélioration des stratégies naturelles de communication après la formation sur le C.COM

- Effet de l'utilisation du C.COM sur la mise en place de stratégies de communication naturelles

A la suite de la formation, L.L. est parvenu à se servir de 4 stratégies naturelles pour réaliser certaines tâches, contre 2 stratégies à J0, comme en témoigne l'étude des grilles d'observation (Tableau XVI p. 42).

A l'inverse, le nombre de stratégies utilisées par A-S.B. ne permet pas de mettre en évidence une évolution quantitative après la formation. Cependant, il faut noter qu'avec 6 stratégies naturelles à J0, A-S.B. possédait déjà la majorité des techniques d'aides étudiées (Tableau XVI p. 42).

De plus, la première hypothèse spécifique a mis en évidence une augmentation de l'utilisation du C.COM chez les partenaires compétents. Ainsi, le recours à davantage de techniques de communication naturelles est corrélé à l'emploi du C.COM chez L.L. **L'hypothèse est donc partiellement validée car elle ne peut être complètement vérifiée pour A-S.B.**

- Nombre de stratégies naturelles présentées par les partenaires compétents proche de celui des partenaires experts après la formation

Les partenaires experts se sont servis des 8 stratégies de communication naturelles étudiées durant les deux tests (Annexe 21 p. A30).

Avec 4 stratégies de moins, le nombre de stratégies naturelles utilisées par L.L. est resté largement inférieur à celui des partenaires experts à J30.

Par ailleurs, A-S.B. n'a pas présenté d'évolution suite à un score élevé dès le J0. Ainsi, le score qu'elle a obtenu à J30 ne peut être attribuable à un bénéfice de la formation, ce qui rend impossible la comparaison avec les partenaires experts. **Dans ces conditions, l'hypothèse n'est pas validée.**

- Validation de l'hypothèse spécifique

Ces observations ne permettent qu'une validation partielle de l'hypothèse. En effet, L.L. a eu recours à davantage de stratégies naturelles à la suite de la formation sur l'utilisation du C.COM. Néanmoins, A-S.B. n'a pas présenté d'évolution entre les deux tests. De plus, L.L. n'a pas réussi à rejoindre le niveau de maîtrise des

partenaires experts dans l'utilisation des stratégies naturelles de communication. Ces observations seront développées lors de la discussion des résultats en regard des données de la littérature.

1.1.2. Validation de l'hypothèse générale

La synthèse des différentes données communiquées par les hypothèses spécifiques permet une validation globale de l'hypothèse générale. En effet, la formation a, d'une part, favorisé une augmentation du recours au C.COM, qui a également été employé de façon plus appropriée par les partenaires compétents à J30. D'autre part, l'éducation à l'utilisation du classeur apportée par la formation a permis à un des partenaires de développer des stratégies naturelles de communication dans l'échange. Ainsi, ces diverses évolutions ont contribué à l'amélioration des taux réussite aux tâches des patients, témoignant d'une communication plus fonctionnelle.

Il faut toutefois constater une plus grande diversité des aides apportées aux patients par les partenaires experts, qui se sont servis des différentes techniques étudiées avec davantage d'aisance. La formation permet donc d'engager des stratégies adaptées pour améliorer la communication entre un partenaire institutionnel et un patient aphasique. Cependant, elle n'est pas suffisante pour atteindre un niveau d'expertise.

1.2. Hypothèses secondaires

En complément de l'hypothèse générale, des hypothèses secondaires ont été élaborées afin de disposer de données supplémentaires sur l'impact d'une formation à la communication du partenaire institutionnel.

1.2.1. Hypothèse d'une intégration du C.COM dans les interactions avec les patients aphasiques au quotidien à la suite de la formation

La vérification de cette hypothèse s'appuie sur l'étude de plusieurs composantes relevant du questionnaire post-formation 2.

- Utilisation du C.COM au quotidien

Une condition est posée pour valider cette hypothèse. En effet, les participants à la formation devaient avoir eu l'occasion d'utiliser le C.COM avec un patient aphasique. Or, seuls deux participants ont vérifié cette condition. La validation de l'hypothèse repose ainsi sur l'étude des réponses de ces deux personnes au questionnaire post-formation 2.

Les participants qui ont eu l'occasion d'utiliser le C.COM avec des patients aphasiques à la suite de la formation ont effectivement expérimenté le classeur avec ces patients (Tableaux XXIV p. 49 et XXV p. 49). **Leurs réponses ont témoigné d'une intégration du C.COM dans leurs échanges au quotidien, permettant ainsi de valider l'hypothèse.**

- Motivation à investir le C.COM

La majorité des réponses suggère une motivation des participants à investir le classeur C.COM dans les interactions avec des patients aphasiques (Tableau XXVI p. 49). Cette motivation a donc été exprimée même si la plupart d'entre eux n'avait pas encore eu l'occasion d'employer l'outil depuis la formation (Tableau XXIV p. 49). **De ce fait, l'hypothèse peut être validée.**

- Prise de conscience de la nécessité d'une formation pour investir les outils de la CAA

Les réponses des participants n'ayant pas eu l'occasion d'employer d'autres outils de communication palliatifs paraissent peu pertinentes pour vérifier cette hypothèse. De ce fait, nous avons uniquement analysé les réponses de ceux qui avaient expérimenté divers outils de communication alternatifs et augmentatifs.

Les deux participants ont estimé que la formation n'était pas indispensable pour envisager un recours au C.COM. De plus, un de ces participants a indiqué se servir d'autres outils de communication palliatifs, sans avoir été formé à leur utilisation (Tableau XXVII p. 50). **Ces résultats s'opposent à la validation de l'hypothèse formulée.**

- Validation de l'hypothèse secondaire

Les participants qui ont eu l'occasion d'utiliser le C.COM avec des personnes aphasiques l'ont introduit dans leurs échanges avec ces patients. Par ailleurs, les

réponses des participants ont suggéré une certaine volonté et motivation à se servir du classeur. Il semble toutefois nécessaire de nuancer le rôle de la formation dans cet investissement du C.COM au regard de l'avis de deux participants. Leurs réponses amènent à penser que la seule connaissance de l'existence de certains outils de communication suffirait à leur utilisation. **Dans ces conditions, l'hypothèse peut être considérée comme partiellement validée.**

1.2.2. Hypothèse d'une réponse de la formation pour pallier le manque d'informations des interlocuteurs institutionnels sur l'aphasie et les stratégies de communication à mettre en place avec les patients

La validation de cette hypothèse dépend de la prise en compte de plusieurs données, et repose sur une comparaison des réponses aux questionnaires pré et post-formation.

- Satisfaction du besoin de connaissances sur les techniques de communication à utiliser avec un patient aphasique

Les réponses de la majorité des participants au questionnaire pré-formation ont confirmé une demande de formation sur les stratégies à utiliser pour faciliter les interactions avec les patients aphasiques (Tableau XVIII p. 45). L'analyse de leurs réponses permet également de constater une véritable méconnaissance de ces moyens de contournement des difficultés dans l'échange (Tableau XIX p. 46).

Par ailleurs, les résultats au questionnaire post-formation 1 mettent en évidence que les participants ont le sentiment d'avoir acquis de nouvelles connaissances sur l'aphasie et les techniques de communication (Tableau XXI p. 47). Ainsi, après la formation, leurs réponses concernant une utilisation adéquate du C.COM étaient correctes (Tableau XXII p. 48), et **nous pouvons établir que cette hypothèse est validée.**

- Réponse de la formation au sentiment d'incapacité à communiquer avec des personnes aphasiques

Un bénéfice de la formation peut être perçu par la comparaison des réponses aux deux questionnaires. Initialement, la plupart des participants s'estimaient « moyennement capable » d'échanger avec un patient (Tableau XX p. 46), alors qu'à

la suite de la formation, la majorité a pensé en être désormais « capable » (Tableau XXIII p. 48). **Cette évolution de leur ressenti permet ainsi de valider l'hypothèse.**

➤ Validation de l'hypothèse secondaire

Ces constats suggèrent que le besoin de formation de l'ensemble des participants dans le domaine de l'aphasie a été satisfait. Par ailleurs, ils se sont sentis davantage compétents pour échanger avec des patients aphasiques, notamment grâce l'acquisition de nouvelles stratégies de communication. De ce fait, la validité de l'hypothèse est vérifiée.

2. Intérêts et limites du protocole

2.1. La population

2.1.1. Le lieu de recrutement

L'analyse de la communication entre des professionnels et des patients aphasiques imposait le recrutement de la population au sein du même centre de soins. Ainsi, les personnes qui ont participé à ce travail appartenaient toutes au CMPRF Korian Les Grands Chênes.

L'impératif d'un lieu unique a permis de faciliter le recrutement de cette population. Néanmoins, la restriction de l'inclusion à des individus du même centre a limité le nombre et le choix des personnes pouvant contribuer au mémoire.

2.1.2. Les patients

Les patients qui ont été inclus dans l'étude étaient tous les deux à moins de trois mois de leur AVC et donc encore en phase de récupération spontanée lors de la passation des différentes tâches. En effet entre les deux tests, les capacités linguistiques des patients se sont améliorées. Nous avons notamment pu observer cliniquement une diminution du manque du mot. Ainsi, les tâches effectuées lors du

J30 ont pu être réalisées avec plus de facilité, car les patients ont formulé davantage d'éléments. Ce constat est considéré comme un biais positif inhérent à l'étude.

2.1.3. Les partenaires de communication

Les partenaires novices, qui constituaient la population cible de cette étude, présentaient initialement des compétences très hétérogènes dans la capacité à interagir avec des personnes aphasiques. En effet, A-S.B. est ergothérapeute et contrairement à L.L., elle a acquis des notions sur la communication, l'aphasie, et les outils de la CAA lors de ses études. Par ailleurs, sa profession l'a amenée à davantage échanger avec des patients aphasiques, et à expérimenter ces outils. Lors d'une précédente activité en centre, elle avait notamment pu découvrir le C.COM. N'ayant pas été formée à son utilisation, A-S.B. correspondait aux critères d'inclusion de l'étude, mais n'était pas totalement « novice » à l'égard du classeur, contrairement à L.L. Nous en avons été informées au cours de l'expérimentation, malgré la vérification qui avait été réalisée au moment du choix des partenaires novices.

Cette divergence de connaissances théoriques et cliniques entre les partenaires novices a conduit à des résultats différents lors du J0 et du J30. Ainsi, il a été difficile d'envisager des conclusions globales et la validation des hypothèses n'a parfois concerné qu'un de ces partenaires.

Cependant, l'observation d'un impact d'une formation sur deux personnes très différentes peut s'avérer pertinente. En effet, si une même tendance est constatée, il paraît plus aisé de confirmer l'influence réelle d'une formation sur divers professionnels.

2.2. Le matériel

2.2.1. Le Test des 6 tâches

Le nombre restreint de tâches proposé par le test paraît insuffisant pour permettre aux partenaires de manifester leurs compétences. Cependant, chaque patient devant exécuter le test avec leurs partenaires experts et novices, il aurait été

contraignant pour les patients de leur proposer davantage de tâches et donc de déplacements.

Par ailleurs, dans ce souci de limiter la fatigue des patients, le test a été organisé sur un seul étage. Les lieux impliqués dans les tâches étaient donc peu variés, ce qui a favorisé des déductions chez les partenaires à partir des directions indiquées par les patients. Ce manque de diversité a pu faciliter la réalisation et la réussite des tâches.

2.2.2. Les grilles d'observation des comportements de communication

La cotation des grilles d'observation des différents partenaires reste subjective. En effet, elle repose sur nos observations et jugements qualitatifs malgré une comparaison inter-observateurs pour en vérifier la concordance.

Il a été envisagé de proposer une évaluation en aveugle par plusieurs juges indépendants qui n'auraient pas été informés du J0 et du J30 ainsi que de la formation des partenaires, pour garantir une plus grande objectivité. Toutefois, par manque de temps, cette possibilité n'a pas été retenue.

2.2.3. Les questionnaires

Des erreurs ont été commises durant l'élaboration des différents questionnaires. Lors de l'analyse, il a été remarqué que plusieurs questions pouvaient être ambiguës ou redondantes, ce qui a parfois entraîné des réponses paraissant illogiques. Des adaptations ont donc dû être effectuées pour l'analyse en ne tenant compte que des indications des participants qui pouvaient répondre sans équivoque à certaines questions. De plus, quelques questions peu pertinentes n'ont pas été conservées lors de la validation des hypothèses car elles n'apportaient pas de données supplémentaires. Pour éviter ces difficultés, il aurait fallu organiser un pré-test avec plusieurs sujets ne participant pas au mémoire.

Par ailleurs, l'évaluation des questionnaires a reposé sur une population très limitée. Ainsi, la vérification de certaines hypothèses s'est fondée sur le ressenti d'un nombre restreint de personnes, ce qui peut mettre en doute la validité des conclusions.

2.3. Le protocole expérimental

2.3.1. Le Test des 6 tâches

L'évaluation de l'impact de la formation pour les partenaires novices s'est principalement basée sur la passation du Test des 6 tâches. Les tâches se voulaient écologiques pour être applicables dans un CMPRF. Nous avons toutefois veillé à proposer des situations peu fréquentes afin d'éviter que la finalité des tâches soit déduite. Ainsi, un étonnement de Mr D. a par exemple été constaté lorsqu'il lui a été demandé d'apporter sa brosse à dent. Face à cette situation, il a en premier lieu refusé de réaliser la tâche avant de finalement l'exécuter.

Par ailleurs, le protocole impliquait notre intervention pour proposer l'introduction du classeur si le partenaire ne s'en saisissait pas malgré l'échec de l'interaction. Cette décision a entraîné une majoration des scores d'utilisation du C.COM des partenaires novices puis compétents. Cependant, cette étude s'intéresse à l'impact d'une formation au classeur, et il semblait pertinent d'observer son emploi sans formation pour ensuite constater une évolution. Il faut noter que lors de l'application du protocole, notre façon d'inciter à l'utilisation du C.COM a parfois différé selon les situations. Il était initialement prévu d'inciter le partenaire en plaçant ou en ouvrant le classeur devant les interlocuteurs. Néanmoins, lorsque A-S.B. a par exemple réclamé notre soutien lors d'un blocage à J0, nous avons rapproché le classeur en confirmant qu'elle pouvait s'en aider.

Enfin, il avait été décidé dans l'élaboration du protocole que si une tâche restait échouée avec ou sans le C.COM, nous devions intervenir pour achever la tâche avec le patient à l'aide du classeur. Ce choix a contribué à influencer le mode d'utilisation du classeur d'A-S.B. En effet, elle a employé le C.COM d'une façon relativement adaptée dès le J0 lors de tâches réalisées après notre intervention. Cependant, nous souhaitons éviter un découragement et une frustration des patients en interrompant une tâche inachevée.

2.3.2. Le questionnaire pré-formation

Le questionnaire pré-formation a été proposé dans les minutes qui ont précédé la formation à l'utilisation du C.COM, en demandant aux partenaires novices de répondre selon leurs connaissances avant le début de l'expérimentation. Nous n'avons pas présenté le questionnaire au début de l'étude car nous voulions éviter que ces partenaires se renseignent sur le classeur avant la passation du Test des 6 tâches.

3. Discussion des principaux résultats et de la validation des hypothèses

3.1. Utilisation du C.COM

A la suite de la formation, L.L. a présenté davantage de connaissances sur l'utilisation du C.COM. De plus, les tâches réalisées par la patiente avec ce partenaire ont été mieux réussies. L'amélioration des échanges semble donc corrélée à l'acquisition de nouvelles connaissances sur l'emploi du classeur. Cette observation illustre des constats relevés dans la littérature. En effet, différents auteurs évoquent une évolution des interactions entre les soignants et les patients aphasiques lorsque ces professionnels sont formés aux stratégies d'aide et aux outils de la CAA (Blom Johansson et al., 2012 ; Radtke et al., 2012).

De plus, une augmentation du recours au C.COM après la formation chez les partenaires devenus compétents a été notée. Ainsi, on peut penser qu'une formation favorise l'emploi d'un outil de communication palliatif comme le classeur C.COM. En effet, alors que l'étude de Beukelman et al. (2007) évoque une absence d'utilisation des outils de la CAA par les proches des patients, Gonzalez et al. (2012) constatent un fort usage du C.COM par des partenaires familiaux lorsqu'ils sont formés à son utilisation.

Par ailleurs, lors du J30 les partenaires compétents ont employé le classeur d'une façon différente, bien qu'ils aient bénéficié tous deux de la formation proposée lors de l'étude. Nous avons au préalable indiqué que cet écart pouvait être lié aux professions exercées par A-S.B. et L.L., qui ne possédaient pas les mêmes

compétences initiales pour interagir avec un patient aphasique. Ainsi, une formation individuelle semblerait davantage adaptée au développement des capacités communicationnelles des différents participants. Toutefois, Rayner et Marshall (2003) précisent qu'une approche personnalisée demande une grande disponibilité de la part de l'ensemble des protagonistes et ne paraît pas réalisable en centre de soins. Ils recommandent de dispenser des informations générales afin de s'adresser à une majorité de professionnels. La prise en compte de ces divers éléments suggère l'intérêt de proposer des sessions de formation qui regroupent des sujets ayant des connaissances comparables afin d'adapter le contenu des présentations. Cependant, il ne s'agit pas de réaliser des formations ciblant une seule profession. Il semble plus pertinent de regrouper des participants issus de professions différentes mais présentant une expérience similaire de l'aphasie, afin de favoriser la richesse des débats et une approche globale de la pathologie.

Enfin, les partenaires experts possédaient une utilisation du C.COM qui a continué de se distinguer de celle des partenaires compétents à J30. En effet, L.L. et A-S.B. ont employé le classeur seulement pour permettre aux patients d'exprimer leurs messages, contrairement aux experts qui s'en saisissaient également pour appuyer leurs propos. Ainsi, les partenaires compétents ont pu se servir du classeur dans des situations de blocage ou lors de consignes plus complexes, mais ne l'ont pas utilisé lorsque la situation ne semblait pas l'exiger. De ce fait, la formation semble favoriser la capacité à associer le classeur à la communication pour contourner avec succès les échecs de l'interaction. Cependant, seule l'expérience inciterait les partenaires à faciliter régulièrement la compréhension des patients à l'aide du classeur, même quand ces derniers paraissent avoir compris le message. La pratique acquise lors de la formation devra donc être complétée par un usage répété au contact des personnes aphasiques pour développer une utilisation davantage augmentative du C.COM, qui sera intégré comme un véritable moyen de communication. Par ailleurs, les partenaires experts ont fait preuve d'un comportement plus aidant pour les patients à travers leur usage du classeur. Ils ont dirigé les échanges et assuré eux-mêmes le contournement des difficultés. Les partenaires compétents ont démontré moins d'aisance dans la gestion des interactions avec les patients aphasiques. Cette nouvelle distinction entre les partenaires experts et compétents appuie également l'importance de l'expérience.

Celle-ci semble offrir la confiance nécessaire pour proposer au patient une situation de communication adaptée et contrôlée par le partenaire.

3.2. Mise en place de stratégies naturelles de communication

L.L. ne possédait pas de connaissances initiales sur les techniques de communication. Il est néanmoins parvenu à employer certaines de ces stratégies naturelles après la formation sur l'utilisation du C.COM. Ainsi, cette formation a influé sur la mise en place de ces stratégies. En effet, une présentation des comportements adaptés, notamment la vérification ou la reformulation à l'aide du classeur, a été proposée pendant la formation, ce qui a favorisé leur emploi sans le C.COM. L'exposé de ces techniques est nécessaire, ces moyens de communication palliatifs étant moins pertinents s'ils ne sont pas associés à d'autres stratégies. Ils facilitent ainsi une communication multimodale et fonctionnelle avec les patients.

De plus, le nombre de stratégies employées par L.L. s'est rapproché de celui des partenaires experts après la formation. Toutefois, il peut être noté que les experts ont continué d'utiliser davantage de techniques efficaces que les deux partenaires compétents. Ainsi, une formation ne suffit pas à l'acquisition des éléments présentés. Cette appropriation passerait également par de multiples mises en pratiques pour appréhender l'efficacité des stratégies et automatiser leur utilisation, afin qu'elles constituent un véritable savoir-faire. Blom Johansson et al. (2012) corroborent cette nécessité d'expériences en évoquant dans leur étude l'importance de réinvestir régulièrement les stratégies apprises afin d'obtenir des résultats probants.

3.3. Intégration du classeur dans les interactions avec les patients au quotidien

Les réponses au questionnaire proposé à distance de la formation ont souligné une motivation à employer le C.COM si la situation l'impose. Ce constat est à mettre en relation avec l'augmentation du sentiment de compétence pour interagir avec une personne aphasique exprimée par les participants à la suite de la formation. Ainsi, la

motivation semble notamment favorisée par la confiance acquise par les participants dans leur capacité à employer le C.COM.

Néanmoins, les participants qui avaient eu l'occasion d'utiliser le classeur ont précisé qu'ils auraient fini par s'en servir sans avoir bénéficié de la formation. De plus, un des participants a évoqué un recours à d'autres outils alternatifs et augmentatifs sans avoir été formé à ces moyens de communication. Ces remarques s'opposent à l'étude de Radtke et al. (2012) qui relèvent une différence entre la motivation de certains soignants formés à utiliser des outils palliatifs et celle d'autres professionnels qui ont simplement reçu quelques informations. Ainsi, une formation apparaît nécessaire pour favoriser une motivation à investir ces aides à la communication. Il convient de nuancer les propos des participants qui contredisent ce constat en les expliquant par une sensibilisation indirecte à ces outils au cours de leurs études et de leur parcours professionnel. Ces participants peuvent également avoir eu une bonne expérience d'échange réparé avec un support de la CAA, pensant ainsi qu'un outil se suffit à lui-même pour faciliter la communication. Seule la confrontation à la difficulté permettrait de réaliser la nécessité d'être formé au mode d'utilisation de ces outils.

Par ailleurs, les participants qui avaient pu employer le C.COM ont indiqué un recours régulier au classeur et l'ont estimé plus efficace qu'ils ne l'avaient imaginé pour réparer la communication. Il semble ainsi que la motivation encouragée par la formation doive s'accompagner d'expérimentations du C.COM au quotidien afin d'éprouver son intérêt et son efficacité, entraînant un usage de plus en plus fréquent.

3.4. Manque de formation sur l'aphasie et les stratégies de communication chez les professionnels institutionnels

Les participants à la formation ont exprimé un besoin de connaissances sur l'aphasie et les stratégies de communication facilitant les échanges avec les patients. Seul L.L. s'est distingué de ce constat, affichant un manque de curiosité sur le sujet de la formation. Les réponses des participants au questionnaire pré-formation sont ainsi en accord avec les données de la littérature. En effet, de nombreux auteurs soulignent une absence de formation du personnel soignant à l'aphasie, à la communication, aux stratégies d'aide et aux outils alternatifs et augmentatifs

(Magnus et Turkington, 2006 ; Mantz et Wattel, 2006 ; Happ et al., 2011 ; Blom Johansson, 2012 ; Radtke et al., 2012). De plus, ce manque de formation est exprimé par les soignants eux-mêmes, comme en témoigne l'étude de Magnus et Turkington (2006).

Par ailleurs, la réponse à ce besoin de formation a amélioré le sentiment de compétence des participants pour interagir avec les patients aphasiques. Cette évolution a été constatée à travers la comparaison des questionnaires pré et post-formation 1. De la même manière, Radtke et al. (2012) observent qu'une formation permet aux participants de se sentir davantage capables de communiquer aisément avec les patients.

4. Perspectives du travail

Ce travail propose une première approche de l'impact d'une formation à l'utilisation d'un outil de communication palliatif à partir d'une étude de cas de deux partenaires institutionnels. Il semble nécessaire d'élargir cette analyse à une population plus importante, car les formations visent à sensibiliser un grand nombre de professionnels. Ainsi, les résultats obtenus dans ce mémoire devraient donc être attestés par des études reposant sur de nombreux sujets. Des tendances générales pourraient être observées, et des variables ou d'autres dissociations ne pouvant être identifiées à partir d'une étude individuelle seraient mises en évidence.

De plus, l'évaluation d'une formation de différents professionnels à partir de mises en situation avec des patients aphasiques implique une certaine dépendance des résultats aux compétences des patients. Afin de minimiser ce biais inévitable, les études qui pourraient bénéficier d'un plus grand nombre de patients devraient suivre un protocole rigoureux en incluant seulement des personnes dont l'AVC daterait de plus de six mois. Ainsi, les résultats en post-test seraient attribuables à la seule évolution des partenaires et renforcerait la validité des conclusions.

Par ailleurs, ce mémoire a notamment permis d'objectiver un écart important dans le comportement de communication à J30 des partenaires compétents. En effet, ces partenaires ont participé à la même formation, mais ne présentaient pas

une expérience équivalente de l'aphasie et des moyens de communication efficaces. Ainsi, une formation générale ne permettrait pas d'accéder aux mêmes compétences communicatives, et son impact serait indissociable du niveau initial de chacun. Pour confirmer ce constat, il serait intéressant de réaliser une étude qui chercherait à souligner l'incidence d'une formation adaptée. Cette étude pourrait comparer des partenaires institutionnels réunis dans deux groupes de niveau différents. De ce fait, les formateurs s'attacheraient à prévoir différentes sessions de formation en fonction de l'expérience de leurs interlocuteurs. Un public homogène et un contenu des présentations adapté permettrait ainsi de garantir l'impact escompté.

Enfin, un autre élément soulevé par l'analyse des résultats réside dans le décalage persistant entre les partenaires experts et compétents à J30. Cette observation suggère qu'une formation seule à la réparation des échanges avec une personne aphasique ne suffit pas à développer la maîtrise des stratégies et des outils de communication palliatifs. En effet, cette expertise s'acquiert par l'intermédiaire d'interactions répétées avec des patients afin d'éprouver et de s'approprier les conseils prodigués lors d'une formation. Ainsi, les partenaires de communication aidants parviennent à intégrer ces éléments à leur mode de communication naturel. Une étude longitudinale évaluant le bénéfice de l'expérimentation d'outils de la CAA en complément d'une formation à leur utilisation semble pertinente pour mettre en évidence l'importance de cette notion d'expertise.

5. Apports personnels et professionnels

La rédaction de ce mémoire nous a tout d'abord permis de lire de nombreux articles internationaux qui ont enrichi nos connaissances, notamment sur la formation des partenaires institutionnels des patients limités dans leur parole.

De plus, étudier l'impact d'une formation aux stratégies et aux outils de communication palliatifs nous a offert la possibilité d'être formées à ces moyens de contournement du blocage des échanges. Cette formation est un véritable atout pour notre future pratique orthophonique, et nous permettra de mettre en place un classeur de communication de façon adaptée aux patients qui le nécessiteront.

Par ailleurs, nous avons expérimenté le travail de recherche et les adaptations qu'il nécessite. Nous en retenons l'existence de divergences entre un protocole théorique et sa réalisation pratique. Ainsi, cette expérience nous a permis d'acquérir certains réflexes, comme par exemple la vérification des disponibilités de chacun pour réaliser des modifications dans l'ordre de passation des tâches. Cette méthode de travail nous servira pour d'éventuelles futures recherches.

La réalisation du protocole expérimental nous a également permis de collaborer avec des patients aphasiques sévères et avec l'équipe pluridisciplinaire d'un CMPRF. Nous avons alors pu mesurer les difficultés interactionnelles rencontrées par ces patients et leurs partenaires de communication institutionnels au quotidien. Ainsi, nous nous sommes rendu compte de la frustration éprouvée par les patients lors des échecs de la communication si le partenaire ne peut la réparer. Un des patients, Mme S., nous a notamment précisé la difficulté de converser avec une personne qui ne dirige pas les interactions. De plus, après avoir discuté avec les partenaires, nous avons pris conscience de la gêne qu'ils pouvaient également ressentir à échanger avec une personne aphasique lorsqu'ils n'avaient pas les moyens de se faire comprendre. Ce sentiment confirme l'existence d'un handicap de communication partagé par les professionnels des lieux de soins et les patients, que nous avons découvert dans la littérature.

Cette étude a donc modifié notre vision de la personne aphasique et la façon d'aborder ses difficultés. Lors de nos stages, nous adoptons désormais un comportement davantage aidant et apaisant avec ces patients. Nous cherchons à soutenir systématiquement leurs initiatives lors des échanges, et à remédier spontanément aux blocages de la communication, sans attendre que le patient pallie lui-même ces situations.

Pour finir, nous nous sommes aperçues de l'importance du rôle joué par l'orthophoniste dans le domaine de la prévention. Au cours de la conception de ce mémoire, il nous est apparu essentiel que les orthophonistes puissent endosser une fonction de formateur pour les différents professionnels qui interviennent auprès de patients aphasiques. Très souvent, ces professionnels ne connaissent pas les aides efficaces permettant de garantir une communication fonctionnelle et le rôle qu'ils occupent dans la gestion des échanges.

Conclusion

Dans le cadre de l'aphasie sévère, la gestion des échanges par un partenaire de communication est essentielle pour faciliter les conversations avec des patients aphasiques. Cette compétence implique une certaine connaissance des stratégies d'aide et de l'utilisation des outils alternatifs et augmentatifs. Toutefois, trop peu de professionnels exerçant dans des centres de soins sont formés au contournement des conséquences de l'aphasie, suscitant ainsi de fréquentes ruptures de communication avec les patients.

Aussi, nous avons souhaité mesurer l'impact d'une formation du partenaire institutionnel au classeur de communication C.COM. Nous avons pour cela eu recours à un test évaluant l'exécution de tâches de communication pragmatiques par un patient et un partenaire institutionnel : le Test des 6 tâches. Nous avons adapté ce test pour les besoins de notre étude.

A la suite de la réalisation de ce mémoire, trois observations principales ont pu être mises en évidence. La formation des deux partenaires novices a entraîné une amélioration de l'utilisation du classeur C.COM, qui a favorisé une communication davantage fonctionnelle avec les patients. Ces partenaires devenus compétents n'ont pas accédé à des capacités identiques pour interagir avec ces patients, bien qu'ils aient assisté à la même formation. Enfin, malgré une amélioration de leurs performances, les partenaires compétents ne sont pas parvenus à rejoindre la maîtrise de partenaires experts dans l'emploi du C.COM et des stratégies naturelles de communication.

Ainsi, cette étude souligne l'intérêt d'une formation des partenaires de communication dans la réparation des échanges avec une personne aphasique. Cette conclusion met en évidence l'importance du rôle de prévention que doivent exercer les orthophonistes. Le développement de formations systématiques aux techniques d'aide à la communication organisées par les orthophonistes des lieux de soins permettrait de pallier les situations d'échecs des interactions. Par ailleurs, d'autres études cherchant à démontrer la nécessité d'une adaptation du contenu en fonction du niveau de connaissance des participants, ou mettant en évidence l'influence de l'expérience, complèteraient les résultats évoqués dans ce mémoire.

Bibliographie

- AGNIEL A., JOANETTE Y., DOYON B., DUCHEIN C. (1992). *PEGV : Protocole Montréal-Toulouse d'Évaluation des Gnosies Visuelles*. Isbergues : Ortho-Edition.
- ANDERSON C., ADAMSEN L. (2001). Continuous video recording: a new clinical research tool for studying the nursing care of cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2) : 257-267.
- BERGEGOT C., PRADAT-DIEHL P. et FERRAND P. (2012). *BDVO : Batterie de Décision Visuelle d'Objets*. Isbergues : Ortho-Edition.
- BEUKELMAN D., FAGER S., BALL L., DIETZ A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions : a review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3) : 230-242.
- BLACKSTONE S., HUNT BERG, M. (2003). Les réseaux sociaux: un inventaire de la communication pour les personnes ayant des besoins de communication complexes avec leurs partenaires. Monterey, CA USA : Augmentative Communication, Inc. www.augcominc.com
- BLOM JOHANSSON M., CARLSSON M., SONNANDER K., (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2) : 144-155.
- BOUCHARD J.-M. PELCHAT D. BOUDREAU P. (1996). Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques. *Apprentissage et Socialisation*, 17 : 21-34.
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie, 2ème édition*. Isbergues : Ortho-Edition.
- CARIS-VERHALLEN W., DE GRUIJTER I.M., KERKSTRA A., BENSING J.M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5) : 1106–1117.
- CHARTON-GONZALEZ I., MUNIER N., PETIT H., GAUJARD E., MONTERO C. (2004). Approche palliative des troubles de la communication : le C.COM, récit d'une expérience. *Bichat Entretiens d'Orthophonie* : 145-155.
- CHARTON-GONZALEZ I., PETIT H., GAUJARD E., MUNIER N. (2005). Aspects pragmatiques de l'installation de l'outil palliatif de communication C.COM dans un établissement de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle. *Actes du VIII Congrès Transpyrénéen de Médecine Physique et de Réadaptation*, 64.
- CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- COELHO C.A., DUFFY R.J. (1987). The relationship of the acquisition of manual signs to severity of aphasia : a training study. *Brain and Language*, 31 : 328-345.
- CORRAZE J. (2001). *Les communications non-verbales, 6ème édition*. Paris: PUF.

- COSNIER J. (1982). Communication et langages gestuels. *In* : Cosnier J., Coulon, Berrendonner, Orecchioni (Eds.). *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales*. Paris : Dunod, 255-304.
- COSNIER J., BROSSARD A. (1984). *La communication non verbale*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- CROS M.L. (2004). *Création d'un protocole d'évaluation du classeur de communication C.COM adapté à la CMPRF Les Grands Chênes*. Mémoire d'orthophonie. Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- DAVIET J.C., MULLER F., STUIT A., DARRIGRAND B., MAZAUX J.M. (2007). Communication et aphasie. *In* : Mazaux J.-M., Pradat-Diehl P., Brun V. (Eds.). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 76-86.
- DENNISON S. (1995). An exploration of the communication that takes place between nurses and patients whilst cancer chemotherapy is administered. *Journal of Clinical Nursing*, 4 : 227–233.
- FEUILLET A., WAGOGNE-MARECHAL G. (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille. *Glossa*, 94 : 70-79.
- FREDERIX M. (1999). La communication augmentative pour et avec les aphasiques sévères. *Actes de la IIIème conférence PRE-ISAAC*.
- FREDERIX M. (2002). Le SACCC, Support à l'Apprentissage et à la Création de Carnets de Communication. <http://www.saccc-lennox.com>
- FREDERIX M. (2006). Favoriser la communication avec les aphasiques sévères. Partage Orthophonie Neuropsychologie Théories Thérapies. <http://www.pontt.over-blog.org>
- FUNNEL E., ALLPORT A. (1989). Symbolically speaking : communicating with Blissymbols in aphasia. *Aphasiology*, 3 : 279-300.
- GIL R. (2010). *Abrégés de Neuropsychologie, 5ème édition*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 22-60.
- GONZALEZ I., BRUN V. (2007). Communications alternatives et suppléances fonctionnelles. *In* : Mazaux J.-M., Pradat-Diehl P., Brun V. (Eds.). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 251-261.
- GONZALEZ I., PETIT H., MULLER F., DAVIET J-C., TRIAS J., DE BOISSEZON X., MARCHETTI S., JOSEPH P-A., (2012). Le cahier C.COM dans les altérations de la communication de l'aphasie vasculaire sévère. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(S1) : 213.
- GOODGLASS H., KAPLAN E. (1972). *Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)*. Traduit et adapté par MAZAUX J.M., ORGOGOZO J.M. (1982). *Échelle d'évaluation de l'aphasie*. Paris : Editions et Applications Psychologiques.

- GORDON C., ELLIS-HILL C., ASHBURN A., (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3) : 544-553.
- HAPP M.B., GARRETT K., DIVIRGILIO THOMAS D., TATE J., GEORGE E., HOUZE M., RADTKE J., SEREIKA S., (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2) : 28-40.
- HOLLAND A., (1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia : methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12(9) : 844-884
- KAGAN A., GAILEY G.F. (1993). Functional is not enough : training conversation partners for aphasic adults. In : Holland A., Forbes M. (Eds.). *Aphasia Treatment World Perspectives*. San Diego, CA : Singular, 199-225.
- KAGAN A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : a challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2 : 15-28.
- LASKER J., BEUKELMAN D. (1999). Peer's perceptions of storytelling by an adult with aphasia. *Aphasiology*, 13 : 857-869.
- LE DORZE G., BRASSARD C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9 : 239-255.
- LE DORZE G., JULIEN M., GENEREUX S., LARFEUIL C., NAVENNEC C., LAPORTE D., CHAMPAGNE C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*, 14 : 17-51.
- MAGNUS V., TURKINGTON L. (2006). Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22 : 167-180.
- MANTZ J.M., WATTEL F. (2006). Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. *Académie nationale de médecine : rapport au nom d'un groupe de travail de la Commission XV. (Ethique et Responsabilité Professionnelle)*.
- MICHALLET B., LE DORZE G. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès de personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42 : 546-556.
- MICHALLET B., LE DORZE G., TETREAUULT S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap : implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42 : 260-270.
- NEGRE E. (2008). Communication alternative : une approche multimodale. *Motricité cérébrale*, 29 : 1-8.
- PARENT M.-C. (1999). Les aides à la communication pour la personne aphasique : construction et limites de leur utilisation. *Glossa*, 66 : 34-50.

- POUND P., EBRAHIM S. (2000). Rhetoric and reality in stroke patient care. *Social Science and Medicine*, 51 : 1437-1446.
- PSATHAS G. (1995). *Conversation Analysis*. London, UK : Sage Ltd.
- RADTKE J., TATE J., HAPP M.B, (2012). Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1) : 16-25.
- RAYNER H., MARSHALL J., (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(2) : 149-164.
- ROUSSEAU T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73 : 30-35.
- ROUSSEAU M., DELACOURT A., WYRZYKOWSKI N., LEFEUVRE M. (2001). *TLC : Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho Edition.
- SARNO M.T. (1993). Aphasia rehabilitation: psychosocial and ethical consideration. *Aphasiology*, 4 : 321-334.
- SAYGIN A.-P., WILSON S.-M., DRONKERS N.-F., BATES E. (2004). Action comprehension in aphasia : linguistic and non-linguistic deficits and their lesion correlates. *Neuropsychologia*, 42 : 1788-1804.
- SERON X., DE WILDE V., DE PARTZ M.-P., PRAIRIAL C., JACQUEMIN A. (1996). Les carnets de communication. *Questions de logopédie*, 33 : 153-187.
- SHIFFRIN D. (1987). *Discourse Markers*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- SIMMONS-MACKIE N., KAGAN A., (1999). Communication strategies used by « good » versus « poor » speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13(9) : 807-820.

Site consulté :

- Le C.COM (2005). Gonzalez, I. Munier, N. Petit, H. Gaujard, E. Bolinches, C. <http://www.leccom.fr> [Consulté le 14/11/13].

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Consignes du Test des 6 tâches.

Annexe n°2 : Exemple d'une fiche de recueil du Test des 6 tâches.

Annexe n°3 : La grille d'observation des comportements de communication.

Annexe n°4 : Le questionnaire pré-formation : État des lieux des connaissances sur l'aphasie, les stratégies de communication, l'utilisation du C.COM et du besoin de formation.

Annexe n°5 : Le questionnaire post-formation 1 : Impact de la formation sur l'amélioration des connaissances concernant les stratégies de communication et l'utilisation du C.COM.

Annexe n°6 : Le questionnaire post-formation 2 : Impact de la formation sur l'utilisation du C.COM à long terme.

Annexe n°7 : Contenu de la formation « Communiquer avec une personne aphasique ».

Annexe n°8 : Détails des conditions d'utilisation du C.COM des partenaires experts lors des tâches « partenaire récepteur ».

Annexe n°9 : Grille d'observation des comportements de communication de L.L. à J0.

Annexe n°10 : Grille d'observation des comportements de communication de L.L. à J30.

Annexe n° 11 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de L.L. à J0 et à J30.

Annexe n°12 : Grille d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J0.

Annexe n°13 : Grille d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J30.

Annexe n°14 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication d'A-S.B. à J0 et à J30.

Annexe n°15 : Grille d'observation des comportements de communication de N.M. à J0.

Annexe n°16 : Grille d'observation des comportements de communication de N.M. à J30.

Annexe n°17 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de N.M. à J0 et à J30.

Annexe n°18 : Grille d'observation des comportements de communication de C.B. à J0.

Annexe n°19 : Grille d'observation des comportements de communication de C.B. à J30.

Annexe n°20 : Comparaison des grilles d'observation des comportements de communication de C.B. à J0 et à J30.

Annexe n°21 : Détails des stratégies naturelles et du mode d'utilisation du C.COM des partenaires experts.