

# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par

**Anouk MARREC**

Présenté au jury en Juin 2020

**Rééducation des troubles lexico-sémantiques  
chez le patient aphasique :  
Comparaison d'une approche fonctionnelle et d'une  
approche psycholinguistique. Etude de 2 cas uniques.**

MEMOIRE dirigé par

**Yves MARTIN**, référent métier du service orthophonie/neuropsychologie, Centre l'Espoir,  
HELLEMES-LILLE

Lille – 2020

## Remerciements

Je remercie Monsieur Martin pour avoir accepté de mener ce projet à mes côtés, pour ses conseils, sa disponibilité et ses encouragements au long de ces deux années.

Je tiens à remercier Madame Lavenant, orthophoniste qui m'a mise en contact avec deux participants. Je la remercie tout particulièrement pour ses conseils avisés, son soutien et le temps qu'elle m'a accordé durant cette année.

Je remercie chaleureusement les deux patients ayant intégré l'étude, pour leur temps et leur investissement, sans qui, la réalisation de ce projet aurait été impossible.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage, nordistes et bretonnes, pour leur bienveillance et pour avoir amplement participé à ma construction en tant qu'orthophoniste.

Je remercie ma famille, merci à toi maman de m'avoir guidée vers cette voie, merci à vous tous de m'avoir épaulée et soutenue à chaque instant ces cinq années.

Enfin, je remercie ma nouvelle famille lilloise. Merci d'avoir ponctué ces études d'humour, de rires et d'amour.

## **Résumé :**

Le manque du mot est un trouble persévérant, au cœur du tableau aphasique. En aphasiologie, deux grands courants sont sévants en matière de rééducation. D'une part, une approche cognitive, basée sur l'analyse et les critères psycholinguistiques, d'autre part, une approche fonctionnelle, qui se veut plus écologique. Ces deux techniques peuvent être adoptées lors d'une rééducation langagière. L'objectif est de comparer l'efficacité de ces deux thérapies d'un point de vue linguistique et fonctionnel, au sein d'une rééducation de l'anomie. Pour cela, deux sujets traités comme des cas uniques ont profité des deux modes de thérapie. Les progrès quantitatifs ont été analysés à l'aide de lignes de base et l'évolution qualitative en dessinant un profil issu de la BETL. Un patient a obtenu des résultats plus concluants suite à l'approche cognitive tandis que le second a mieux répondu à l'approche fonctionnelle. Ils ont tous deux minoré les temps de latences et discrètement amélioré le déroulement du discours mais seul un patient a constaté une incidence dans ses échanges. L'approche ayant permis à chaque sujet d'atteindre le maximum de bénéfices est finalement celle à laquelle il a le plus adhéré. Il ne faut pas faire un choix exclusif entre cognitif et fonctionnel. Les deux thérapies se complètent, elles comportent des bienfaits et des contraintes distincts. C'est au thérapeute de rendre le patient acteur de sa rééducation en proposant des tâches, issues de ces deux méthodes, en accord avec sa demande initiale, ses attentes, sa personnalité.

## **Mots-clés :**

Prise en charge – Manque du mot – Fonctionnel – Cognitif – Etude de cas

## **Abstract :**

Word retrieval impairment is a perseverant disorder, included in the aphasic table. In aphasiology, there are two main current treatment. On one side, a cognitive approach, based on analysis and psycholinguistic criteria, on the other side, a functional approach, which is based on a more ecological aspect. Both of these techniques can be adopted during language rehabilitation. The goal is to compare the effectiveness of these two therapies from a linguistic and functional point of view, within a rehabilitation of anomia. For this, two subjects treated as single case has benefited from both modes of therapy. All progresses were analyzed, using baselines for quantitative ones, while qualitative developments were analyzed by drawing a profile from the BETL. One patient had obtained more conclusive results on the cognitive approach, but the second patient gets better results on the functional approach. Both patients have decreased their time latency and lightly improved their discursive abilities. Only one patient has noted a positive impact on his communication. We can find that – for both patients – they obtained better results with the approach they had the most adhered. We do not need an exclusive choice between cognitive and functional approaches. Both therapies complement each other, they have distinct benefits and constraints. It is up to the therapist to make the patient actor of his rehabilitation by proposing tasks, resulting from these two methods, in accordance with his initial request, his expectations and his personality.

## **Keywords :**

Therapy – Anomia – Functional– Cognitive – Case study

# Table des matières

Remerciements.....	1
Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Les modèles cognitifs .....	2
1.1. Modèles de référence dans l'approche cognitive des troubles lexicaux.....	2
1.2. Modélisation de la production et de la dénomination orale.....	3
2. Les courants de rééducation.....	4
2.1. Courant cognitif.....	4
2.2. Courant fonctionnel .....	6
2.3. Combinaison des deux méthodes : approche fonctionnelle à visée linguistique.....	8
3. Comment choisir le lexique .....	8
3.1. Critères psycholinguistiques.....	8
3.2. Critères fonctionnels.....	9
4. Buts et hypothèses.....	9
Méthode .....	10
1. Population .....	10
1.1. Critères de sélection.....	10
1.2. Présentation des deux participants.....	10
2. Procédure .....	11
3. Expérimentation.....	12
3.1. Cas clinique 1 : Monsieur E .....	13
3.2. Cas clinique 2 : Madame G .....	15
4. Efficacité du traitement.....	16
4.1. Lignes de base : présentation.....	16
4.2. Lignes de base : élaboration .....	17
4.3. Profil dénominatif dans le discours et la conversation .....	18
Résultats.....	18
1. Cas clinique 1 : Monsieur E.....	19
1.1. Rééducation fonctionnelle : Les sports.....	19
1.2. Rééducation cognitive : La musique .....	20
2. Cas clinique 2 : Madame G.....	21
2.1. Rééducation cognitive : Le jardinage .....	21
2.2. Rééducation fonctionnelle : La cuisine .....	22
3. Résultats : synthèse.....	22

Discussion .....	23
1. Vérification des hypothèses .....	23
2. Point sur la méthodologie .....	24
2.1. Sélection des patients.....	24
2.2. Elaboration des outils d'évaluation .....	24
3. Limites .....	25
3.1. Limites liées à l'administration du protocole .....	25
3.2. Limites liées à l'analyse des résultats.....	25
4. Intérêts des deux approches de rééducation.....	26
4.1. Témoignage des patients .....	26
4.2. Enseignements .....	27
5. Ouvertures.....	29
5.1. Poursuites du travail .....	29
5.2. Questionnements émergents .....	29
Conclusion .....	30
Bibliographie.....	32
Liste des annexes .....	34
Annexe n°1 : Ligne de base « Jardinage » .....	34
Annexe n°2 : Ligne de base « Cuisine » .....	34
Annexe n°3 : Ligne de base « Sports » .....	34
Annexe n°4 : Ligne de base « Musique » .....	34
Annexe n°5 : Evolution des réponses aux listes A (Monsieur E) .....	34
Annexe n°6 : Evolution des réponses aux listes A (Madame G).....	34
Annexe n°7 : Mises en scène .....	34

## Introduction

Communément appelé « mot sur le bout de la langue », ce phénomène est étudié dans la littérature sous les appellations *manque du mot* (Basso, 1993), *anomie* (Goodglass et Wingfield, 1997), ou encore *troubles de la dénomination* (Kremin, 1994) (cités par Godefroy & Tran, 2015). C'est un trouble central de l'aphasie. Il correspond à l'impossibilité de produire un mot adéquat dans une activité linguistique donnée. Cette difficulté, de sévérité variable, peut être retrouvée aussi bien en langage spontané que dans les épreuves de langage induit (ex. dénomination d'images). Cliniquement, l'anomie peut se manifester de diverses manières. Elle peut se traduire par une absence de réponse, des substitutions de mots, des mécanismes de compensation tels que la définition par l'usage, des circonlocutions, l'utilisation de termes génériques, des modalisations, etc. Suivant la sévérité de l'atteinte, on peut observer une réduction variable de l'informativité dans le discours du patient (Chomel, 2010). Nickels (2002) présente ce trouble comme étant un des plus pénibles et handicapants pour les patients et leur entourage, et de ce fait, un des plus importants à prendre en soin. Cependant, il faut savoir qu'il est très résistant à la thérapie et est souvent le dernier présent (Bogliotti, 2012).

En aphasiologie, deux courants majeurs s'imposent en matière de rééducation : l'un est dit « cognitif », l'autre « fonctionnel ». Ces méthodes peuvent toutes deux être mobilisées dans le cadre de rééducations langagières, bien que leurs démarches soient distinctes.

L'objectif de cette étude est de pouvoir analyser et comparer l'efficacité de ces techniques sur le plan linguistique et fonctionnel dans la prise en charge de l'anomie. Dès lors, la participation de sujets traités comme des cas uniques a été sollicitée. Ces patients ont bénéficié des deux types de thérapies et les résultats quantitatifs et qualitatifs ont été analysés à l'aide de lignes de base et du profil dénominatif dans le discours et la conversation de la BETL (Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux, Godefroy & Tran, 2015). Ces cas uniques ont permis d'avoir une illustration des tâches proposées ainsi que de réaliser des prémisses d'analyses.

Ce mémoire s'organise en plusieurs parties. La première, qui se veut théorique, consiste à faire un état des lieux des diverses approches et thérapies qui s'offrent à nous et des connaissances que nous avons quant au choix du lexique à travailler avec ces patients aphasiques. La seconde, pratique, décrit l'application du protocole ainsi que l'élaboration des outils d'analyse auprès des deux sujets, suivie de l'exposition des résultats. Enfin, une réflexion sur l'intérêt des deux approches ainsi que sur les limites de cette étude est développée au sein de la discussion.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Les modèles cognitifs

### 1.1. Modèles de référence dans l'approche cognitive des troubles lexicaux

Le modèle cognitif le plus utilisé pour décrire le système lexical est celui de Hillis et Caramazza (1990), présenté en Figure 3. Il permet l'interprétation des différents troubles lexicaux en fonction des niveaux de traitements ou des trajets perturbés. Dans le système lexical, on trouve différentes composantes interactives organisées de manière hiérarchiques, impliquées dans divers traitements autonomes. (Chomel, 2010)

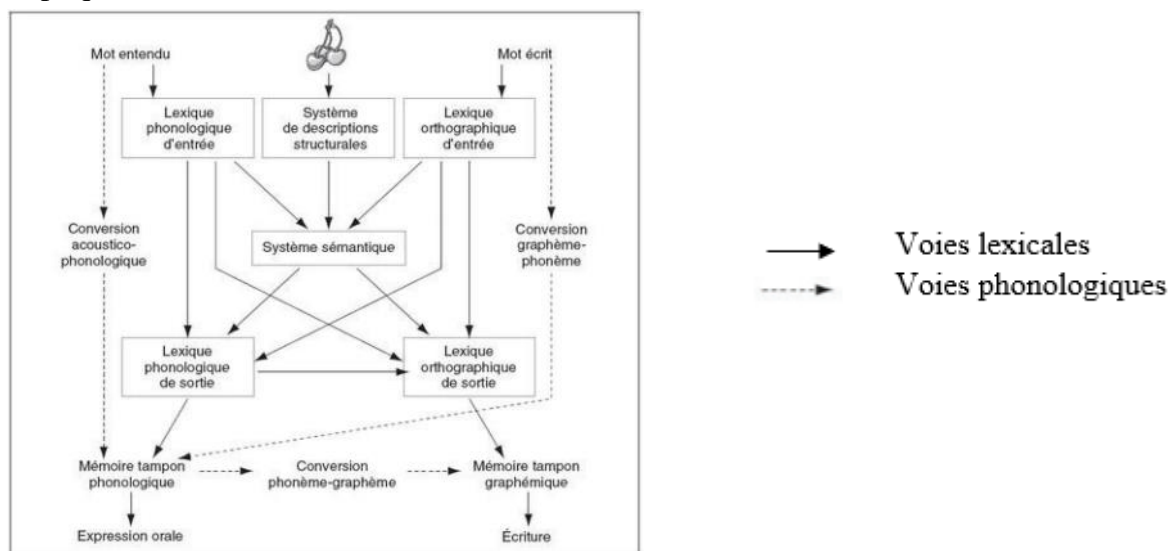


Figure 1 : Modèle de Hillis et Caramazza (1990).

L'intérêt de ce modèle est qu'il prend en compte les différentes modalités d'entrées et de sorties des diverses tâches lexicales (Godefroy & Tran, 2015). En s'appuyant dessus, plusieurs types de troubles de la dénomination ont été mis en évidence : (Tran, 2007, 2018)

- **Les troubles du traitement sémantique/lexico-sémantique :** Atteinte conjointe de la production et de la compréhension. Ce type de manque du mot est facilité par l'ébauche de la catégorie sémantique ou de l'usage. Il est caractérisé par la présence de paraphasies sémantiques, d'incohérences et de circonlocutions (Mazaux, 2008). Les paraphasies sémantiques sont décrites comme le remplacement d'un mot cible par un autre mot partageant un lien sémantique plus ou moins important avec celui-ci. Elles peuvent être de deux types : (Chomel, 2010)
  - Relation classificatoire : présence d'un lien catégoriel ou associatif (ex. tigre → /lion).
  - Relation propositionnelle : présence d'un lien avec un attribut ou une action (ex. défense → /ivoire/).

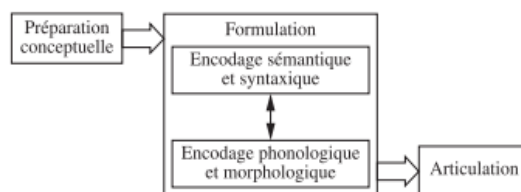
On peut retrouver des dégradations des représentations sémantiques (constance dans les réponses, absence de facilitation de l'ébauche orale) ou des troubles d'accès au système sémantique (variabilité des réponses et facilitation de l'ébauche orale).

- **Les troubles du traitement phonologique/lexico-phonologique** : Troubles post-sémantiques, présents uniquement en production et non en compréhension lexicale. Ce type de manque du mot est facilité par l'ébauche orale. Il est caractérisé par la présence de paraphasies phonémiques, de néologismes, de stéréotypies et de persévérations (Mazaux 2008). Les paraphasies phonémiques (ou littérales) sont décrites comme la transformation d'un mot par des phénomènes de substitutions, omissions, adjonctions, inversions (ex. « couteau » → [kato]).
- **Les troubles mixtes** : Ce sont les manifestations les plus fréquentes. Les paraphasies mixtes regroupent plusieurs types de déviations : sémantique et phonémique. (ex. corde à sauter → [maʁʒel]).

Ainsi, nous avons la possibilité d'évaluer les raisons du déficit des processus d'accès au lexique et de sélection lexicale. Cette étape est indispensable pour l'élaboration d'un projet thérapeutique adéquat. (Bogliotti, 2012)

## 1.2. Modélisation de la production et de la dénomination orale

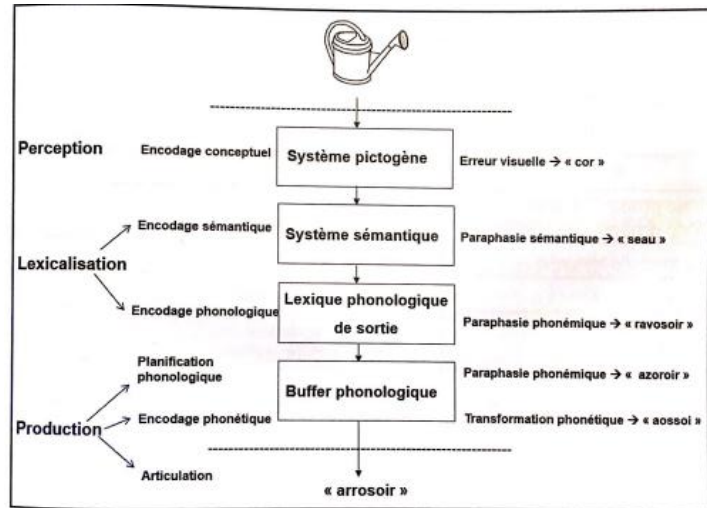
Plusieurs auteurs comme Segui & Ferrand (2000) ou Levelt (1989), s'accordent sur l'existence de trois étapes lors de la production orale, démontrées dans la Figure 2.



**Figure 2 : Les trois étapes principales impliquées dans la production de la parole.**

1. **Conceptualisation** : On a une intention de communiquer, on détermine un message en lien avec le concept.
2. **Formulation** : On transforme ce concept, cette idée, en mots, en sélectionnant le lexique adéquat. Pour cela, il existe deux niveaux de traitements :
  - Encodage sémantique et syntaxique : *lemmas*. Si le niveau des lemmas est altéré, le patient aura des difficultés à récupérer les informations sémantiques et syntaxiques du mot. Ici, les connaissances sémantiques sont préservées mais il n'arrive pas à y accéder de manière efficace. Ex. « mouche » pour araignée.
  - Encodage phonologique et morphologique : *lexèmes*. Si le niveau des lexèmes est atteint, le patient aura des difficultés à accéder à la forme phonologique du mot. Ex. « radeau » pour râteau. (Bogliotti, 2012)
3. **Articulation** : Production du mot.





**Figure 3 : Etapes de la dénomination d'images et types d'erreurs possibles.**

La dénomination d'images est une des épreuves référentes pour évaluer l'anomie. Plusieurs auteurs (Segui & Ferrand, 2000 ; Levelt, 1989) ont modélisé la dénomination. Nous retiendrons le modèle en Figure 3, plus récent, décrit par Tran (2018). Elle reprend l'idée de Lecours & Lhermitte (1979), selon laquelle on pourrait identifier les étapes de traitement défaillantes à partir du type d'erreurs des patients. Ainsi, les erreurs visuelles proviendraient d'une difficulté d'encodage conceptuel. Les paraphasies sémantiques seraient liées à une récupération incorrecte des informations sémantiques et les paraphasies phonémiques, à des difficultés d'encodage ou de planification phonologique. Il faut cependant approfondir l'évaluation en présentant les mêmes items dans diverses épreuves et diverses modalités en se référant à un modèle théorique de référence, pour pouvoir définir l'origine des déficits.

## 2. Les courants de rééducation

A l'heure actuelle, il est habituel de distinguer deux courants principaux dans la rééducation des troubles du langage oral chez les personnes aphasiques : un courant cognitif et un courant fonctionnel. (Mazaux, 2008)

### 2.1. Courant cognitif

#### 2.1.1. Présentation

Pour Mazaux (2007) et Chomel (2010), l'approche cognitive se base sur une stratégie analytique des troubles, visant à rétablir ou compenser les déficits linguistiques en travaillant directement dessus. L'évaluation cognitive des troubles lexicaux implique la comparaison des performances dans différentes tâches lexicales. (Tran, 2011). On procède ensuite à une démarche d'analyse précise dans laquelle on ne se contente pas seulement de voir si un patient réussit ou non une épreuve. En effet, une attention particulière est portée sur le type d'erreurs commis par le patient et sur les facteurs auxquels le déficit est sensible. L'objectif est d'identifier la ou les composante.s atteinte.s, au regard d'un modèle de référence, comme celui de Hillis et Caramazza (1990). Ainsi, dans cette démarche, le thérapeute base son entraînement sur les essais et les erreurs du patient. On utilise des techniques de facilitation qui vont nous aider à mieux déterminer les spécificités des troubles. Pour les troubles lexico-sémantiques, c'est l'ébauche sémantique qui aidera le plus souvent (ex. « elle fait du miel, elle est noire et

jaune, c'est une ... *-abeille-*). Dans le cas des troubles d'accès phonologique, ce sont les ébauches phonologique et orthographique qui aideront le plus souvent (ex. "c'est une a..." pour *abeille*). (Nickels, 2002) Cette analyse permet donc de rendre compte, en amont de toute thérapie, de dysfonctionnements d'un ou plusieurs niveaux de traitements, décrits précédemment. Francis (2002) reprend Baddeley (1993) en affirmant que les modèles cognitifs nous permettent certes d'avoir une bonne identification de ce qu'il faut traiter mais ne nous apportent pas plus d'informations sur la manière dont il faut les prendre en charge.

Notons que ce type de thérapie est plutôt applicable aux formes légères à modérées d'aphasie et beaucoup moins aux formes sévères ou aux patients ayant des atteintes globales des traitements langagiers. (Chomel, 2010)

### **2.1.2. Techniques de rééducation**

Nickels (2002) nous rappelle que tous les types de thérapies ne sont pas pertinents selon le manque du mot et que le choix de cette dernière est d'autant plus difficile étant donné la pluralité des caractéristiques propres à chaque patient. (Wisemburn & Mahoney, 2009) Un individu ayant un manque du mot dû à une difficulté de récupération des sons obtiendrait plus de bénéfices à combiner des tâches phonologiques et sémantiques. Cependant, si le manque du mot est dû à une difficulté de récupération sémantique, seule l'approche sémantique serait nécessaire. Si les trois techniques (sémantique, phonologique, mixte) ont fait leurs preuves en termes de bénéfices, nous retiendrons tout de même que l'approche sémantique semble montrer plus de généralisation. (Wisemburn & Mahoney, 2009) Elle consiste à renforcer l'accès lexico-sémantique en aidant le patient à expliciter les propriétés sémantiques propres ou non à une catégorie lexicale. Dans ces tâches, il n'est pas obligatoire d'avoir une production orale ou écrite du mot. (Tran, 2007) Dans ce courant, les items à rééduquer sont choisis en fonction de variables psycholinguistiques, détaillées ultérieurement. (Chomel, 2010).

Dans les rééducations cognitives, il existe notamment la SFA (Semantic Feature Analysis, Boyle, 2010) dans laquelle l'orthophoniste montre une image au patient et va le contraindre à analyser tous les traits sémantiques à savoir sa catégorie, sa fonction, l'action effectuée, ses propriétés, sa localisation et ses associations. Après avoir énuméré ces traits, il est demandé au patient de dénommer l'image. Le cas échéant, la réponse lui est donnée. C'est donc un travail explicite sur les propriétés sémantiques. Une des contraintes principales est que ce travail ne peut être effectué que sur des mots imageables.

Il existe également la BOX therapy (Vinch Brink et al, 1992) dans laquelle le patient doit faire un choix binaire à des questions sur les propriétés sémantiques. C'est un travail qui se fait à partir de l'écrit. L'atout de cette technique est de pouvoir travailler sur des mots abstraits mais également sur des phrases et des textes.

Fridkrisson (2005) propose une technique d'apprentissage sans erreur : il présente l'image au patient ainsi que le mot écrit et lui demande de répéter le mot. Le thérapeute va estomper progressivement ses aides et ne laisse pas le patient se tromper.

Selon Nickels (2002), Hillis (1991, 1998) a utilisé une technique dans laquelle il a demandé à son patient de nommer une image. S'il faisait une erreur sémantique, le thérapeute faisait un dessin de son erreur et lui demandait de comparer l'image et le dessin pour repérer les distinctions sémantiques.

D'autres auteurs comme Coelho et ses collaborateurs (2000) ne préconisent pas un réapprentissage des distinctions sémantiques, mais plutôt de se concentrer sur le réseau sémantique entourant le mot cible. Selon eux, l'amélioration de la dénomination a montré une généralisation grâce à l'apprentissage de la stratégie d'exploration sémantique qui facilite la récupération du mot. On pourrait alors parler d'une technique visant à enseigner des stratégies métacognitives pour rechercher un mot.

### **2.1.3. Tâches et exercices cognitifs**

Le choix du matériel et des exercices que l'on va proposer à notre patient dépend des mécanismes qui sous-tendent les troubles ainsi que de ses difficultés linguistiques et/ou cognitives associées. Cela dépend également des stratégies que le patient adopte ainsi que de sa demande.

Tran (2018) et Chomel (2010) font l'état des lieux de plusieurs tâches exploitables :

- Tâches de désignation d'images ou de mots écrits à partir d'un mot entendu, écrit ou d'une définition.
- Tâches d'appariement d'images, de mots écrits ou de propositions écrites.
- Tâches de catégorisation sémantique.
- Tâches de jugement ou de vérification de propriétés.
- Tâches de détection d'intrus.
- Tâche de jugement associatif / fonctionnel entre des images et des mots écrits.
- Appariement définition orale ou écrite avec image.
- Tâche de jugement avec réponse fermée de type oui/non.
- Tâches sémantiques de production orale ou écrite. Bonin (2007) précise certaines tâches de production à savoir la dénomination d'image, la fluence catégorielle, la production de synonymes et d'antonymes.

Dans les tâches de détection d'intrus ainsi que d'appariement de mot parlé ou écrit avec une image, on peut insérer des distracteurs. Ces distracteurs sémantiques vont faire varier la difficulté de la tâche suivant qu'ils appartiennent ou non à la catégorie cible. (Nickels, 2002)

## **2.2. Courant fonctionnel**

### **2.2.1. Présentation**

Il est admis que les tâches linguistiques, décontextualisées et contraignantes ne peuvent évaluer la capacité d'une personne à communiquer dans sa vie de tous les jours. Ainsi, diverses tâches peuvent être proposées au patient pour établir le degré de réussite de transmission de messages en situation. Il peut s'agir de situations quotidiennes simulées, suscitées par des questions, des images ou par un jeu de rôle avec le thérapeute ou le conjoint. (Doedens & Meteyard, 2019) Un recours à des grilles d'auto-évaluation ou d'évaluation par le proche peut également compléter cette analyse.

Concernant la rééducation, De Partz (1990) soulève l'idée que les approches psycholinguistiques proposent des tâches qui sont très rarement rencontrées dans la vie quotidienne des patients. Pour cela, un autre courant émerge. Il a été réactualisé par Mazaux (2008) et Chomel (2010) : c'est une approche fonctionnelle, dite pragmatique du langage qui

propose de réentraîner la communication en situation plus écologique. En effet, elle n'a pas pour objectif d'améliorer les performances linguistiques du patient mais de restaurer une communication efficace, de rompre l'isolement lié à l'aphasie. Dans cette méthode, le langage est considéré comme une facette de la communication et on encourage le patient à utiliser les autres modalités qui lui sont disponibles. (Herbert et al, 2003)

Ces thérapies pragmatiques sont principalement proposées à des patients ayant des atteintes globales des traitements langagiers et dont le pronostic de récupération suite à une thérapie analytique est faible. (Chomel, 2010)

### **2.2.2. Techniques de rééducation**

Cette approche rééducative peut se présenter de diverses façons et peut aussi bien s'appliquer à des prises en charge duelles que groupales.

Une rééducation globale de la communication a particulièrement été étudiée dans la littérature. Il s'agit de la thérapie P.A.C.E. (The Promoting Aphasic Communicative Effectiveness), développée par Davis et Wilcox en 1981. Dans cette thérapie, on met le patient en situation de communication référentielle. Diverses circonstances d'échanges sont utilisées : des situations d'explications ou de devinettes à l'aide de cartes uniques ou doubles, ou encore une réalisation sous forme de dictée. Elle compte quatre grands principes à savoir l'échange d'informations nouvelles, l'alternance des rôles, le caractère multimodal de la communication ainsi que la mise en place de feed-back sur l'adéquation de la communication. L'objectif est de reproduire des situations d'interaction entre le patient et le thérapeute, les plus proches possibles d'une conversation naturelle.

L'analyse conversationnelle a également été décrite. Elle consiste à étudier l'interaction entre le patient et une personne de son entourage lors d'une situation d'échange naturelle. Il y a également l'utilisation de stratégies palliatives ou de suppléances, l'éducation thérapeutique ou encore un travail sur la place des aidants.

Une nouvelle méthode a été proposée par Attard & Rose (2011) : la M-MAT (Modality aphasia therapy). C'est une prise en charge de groupe qui nécessite un entraînement intensif. Elle comprend diverses tâches interactives basées sur le jeu qui imposent au patient de réaliser des productions orales tout en ayant une palette d'indices multi-modaux à disposition (gestes, mots écrits, dessins, mots lus). Cette thérapie comprend six tâches réparties selon leur degré de complexité. Elle s'appuie sur une méta-analyse de Jirak & al (2010) démontrant l'interaction et la co-activation entre les aires liées au langage, les aires motrices et perceptives. L'idée est donc de renforcer l'activation des aires langagières endommagées en associant le langage à d'autres modalités inter-connectées. L'objectif de cette méthode est l'amélioration de la production et de la communication orale. Dans le même esprit, Nickels (2002) cite plusieurs auteurs en attestant qu'on peut également recourir aux gestes, notamment symboliques (Rose et al. 2002) ou aux dessins (Hillis 1998 ; Basso, 2003), combiné au travail verbal. Nickels en conclut que toutes les tâches ayant pour but de faciliter l'accès à un mot pourraient avoir un certain impact sur sa récupération phonologique et/ou sémantique.

## **2.3. Combinaison des deux méthodes : approche fonctionnelle à visée linguistique**

Nickels (2002) et Francis (2002) se rejoignent sous le fait que tous les thérapeutes ont pour objectif final de limiter les restrictions de participation de leurs patients aphasiques. Leur but est de rendre la communication la plus fonctionnelle possible, aussi bien au cabinet qu'en dehors, sur les items entraînés ou non. Cependant un débat est encore ouvert quant à savoir si les approches axées sur les déficits linguistiques ont un impact sur le plan fonctionnel. Nickels (2002) apporte son témoignage en disant que pour lui, ces deux approches sont complémentaires et ne devraient pas être exclusives.

Si on peut voir que certains auteurs préconisent d'utiliser ces deux approches de manière complémentaire pour un même patient, certains sont allés plus loin et ont décidé de combiner ces deux techniques pour en faire une seule et même approche. C'est le cas de Herbert et al (2003) qui ont associé l'approche linguistique et fonctionnelle lors d'une étude. Ils ont sélectionné un panel de mots cibles faisant partie du quotidien du patient et les ont travaillés selon une approche écologique. Ils attestent de résultats très encourageants pour cinq patients sur six et préconisent l'utilisation de tâches mettant en scène des conversations quotidiennes dans le but de travailler des mots spécifiques. Ils citent également Springer et al (1991) qui ont comparé l'approche P.A.C.E. classique avec une approche P.A.C.E. modifiée. Dans cette dernière méthode, ils demandaient au patient d'effectuer une tâche de catégorisation sémantique en même temps que la P.A.C.E.. Les résultats (en termes de dénomination et de communication) se sont montrés supérieurs à l'approche classique.

Une autre méthode inscrite dans le cadre des rééducations fonctionnelles a été décrite dans la littérature. Il s'agit de la Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT) de Pulvermüller, 2001. Elle a néanmoins pour objectif d'améliorer les performances langagières du patient à travers des activités de groupes comme les jeux de construction ou des jeux de langage (paires). Pour cela, le sujet est contraint de parler, d'utiliser envers et contre tout le langage, bien qu'il soit en difficulté dans ce domaine. Cette thérapie démontre qu'il n'est pas impossible de combiner rééducation du langage et approche écologique. De plus, Pulvermüller (2008) atteste d'effets positifs de cette thérapie sur les performances linguistiques de patients aphasiques en phase chronique.

## **3. Comment choisir le lexique**

### **3.1. Critères psycholinguistiques**

A ce sujet, plusieurs critères reviennent fréquemment dans la littérature, notamment la longueur, la fréquence d'usage et la catégorie sémantique, cités par Manchon (2011), qui ont également été retenus comme variables psycholinguistiques lors de la création de la BETL. A ces critères s'ajoutent des variables linguistiques à savoir la fréquence et l'âge d'acquisition (Bonin, 2007) ainsi que des variables sémantiques comme l'accord sur le nom de l'image, la concrétude, la familiarité, l'imageabilité et l'instrumentalité (Manchon, 2011). Garrett (2002), présente la fréquence d'usage comme étant probablement la variable ayant le plus d'effet. Des logiciels tels que Manulex (Peereman, Lété, & Sprenger-Charolles, 2007) et Lexique 3 (New & Pallier, 2001) peuvent être exploités afin de contrôler la fréquence des items.

Plusieurs études ont également porté leur attention sur le choix des items en termes de complexité sémantique (Kiran & Thompson, 2003 ; Kiran, 2007). A l'instar des enfants ayant des troubles phonologiques ou des patients aphasiques présentant un agrammatisme, les sujets aphasiques ayant des troubles lexico-sémantiques peuvent être entraînés avec des items complexes dans le but de généraliser leurs acquisitions. De plus, l'apprentissage de la catégorie s'est avéré plus rapide lorsque les items proposés étaient complexes. Si le travail ne porte que sur des items prototypiques, seuls les traits sémantiques les plus communs et classiques seraient assimilés. Le fait de choisir des items plus atypiques permettrait d'appréhender la diversité de traits au sein d'une catégorie.

### **3.2. Critères fonctionnels**

Dans de nombreux écrits sus-cités, le choix du lexique a une grande importance et doit tenir compte de critères psycholinguistiques décrits précédemment. Cependant, un autre critère de sélection existe. En effet, ne pouvant s'assurer de la généralisation des apprentissages, il faut être capable de choisir des mots selon les objectifs fonctionnels du patient et/ou de son entourage. Nickels (2002), atteste que de petits bénéfices en termes linguistiques peuvent avoir un impact conséquent sur le plan fonctionnel si les items sont pertinents (sélectionnés au regard des besoins quotidiens du patient). Notons également que la familiarité fait partie des variables retenues ultérieurement. Il s'agit de la fréquence subjective (liée à son expérience propre) à laquelle le patient est confronté à un mot. De plus, Tran (2007) affirme que l'expérience du patient rentre en jeu lors des tâches de dénomination. Cette idée rejoint le fait qu'il faut prêter attention à l'environnement linguistique dans lequel évolue le patient, aux mots qu'il est susceptible d'entendre et d'utiliser lors de notre prise en charge car cela va avoir une influence sur ses capacités d'accès au lexique.

## **4. Buts et hypothèses**

L'objectif est de comparer les bénéfices linguistiques et fonctionnels de ces deux approches thérapeutiques (analytique et fonctionnelle) dans la rééducation du manque du mot. Nous sommes donc dans le cadre d'une rééducation langagière, et non à visée globale de communication.

Les hypothèses de travail sont :

- Les deux rééducations ont le même impact : une même progression sera retrouvée chez le patient, quel que soit le type de rééducation.
- La rééducation fonctionnelle est plus efficace que la rééducation psycholinguistique.
- La rééducation psycholinguistique est plus efficace que la rééducation fonctionnelle.
- Aucune des deux rééducations n'a d'impact : aucune variation ne sera observée.

# Méthode

## 1. Population

### 1.1. Critères de sélection

Les patients présentaient une aphasie fluente ou non fluente, identifiée au MT 86 (Joanette, Nespoulous & Roch Lecours, 1998), en phase subaiguë ou chronique. Ils devaient présenter un manque du mot établi à la BETL. Les seuils pathologiques retenus sont issus de la normalisation de l'outil. La langue maternelle exigée était le français, ils devaient être droitiers et majeurs. Tout patient ayant une pathologie neurodégénérative était exclus de l'étude. La vérification a été faite à l'aide du Montreal Cognitive Assessment (MoCA), de Nasreddine et al. (2005), en excluant toute atteinte cognitive modérée ou sévère (score < 18/30). Enfin, n'était pas sélectionné, tout sujet présentant un déficit visuel non corrigé ou des troubles de la compréhension l'empêchant de traiter correctement les consignes verbales. Ce dernier critère a été basé sur les scores de la MoCA et du MT 86.

### 1.2. Présentation des deux participants

Les passations d'épreuves ont rapidement débuté auprès de deux patients informés et consentants, pour valider leur entrée dans l'étude. Le Tableau 1 expose leurs principales caractéristiques.

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants.**

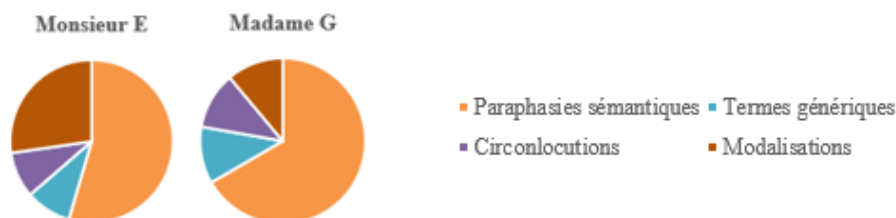
Patient	Age	Niveau Socio-Economique (NSC)*	Etiologie	Date AVC	Déficit.s associés
E	76 ans	2	AVC ischémique sylvien gauche	2014	Hémi-parésie droite
G	61 ans	1	Rupture d'anévrisme de l'artère cérébrale moyenne gauche	2012	X

*Note.* NSC selon les critères de la BETL : (1) : Ouvriers qualifiés ou non qualifiés ; (2) : Employés, techniciens, professions intermédiaires (jusqu'à Bac +2) ; (3) : Ingénieurs, cadres, (Bac +3 et plus).

Le premier patient est Monsieur E. Il présente une aphasie fluente en phase chronique. Il a un manque du mot d'origine lexico-sémantique, caractérisé par l'utilisation de termes génériques, de paraphrasies sémantiques, de circonlocutions et de modalisations. Au regard des résultats aux diverses épreuves, Monsieur E entre dans le protocole. Il obtient un score de 46/54 à l'épreuve de dénomination d'images de la BETL ce qui le place à - 1,57 ET.

La seconde patiente est Madame G. Elle présente également une aphasie fluente en phase chronique. Elle a un manque du mot d'origine mixte, principalement caractérisé par l'utilisation de termes génériques, de circonlocutions, de modalisations ainsi que de paraphrasies sémantiques. On observe également la présence de quelques paraphrasies phonémiques dans son discours. Elle obtient un score de 48/54 à l'épreuve de dénomination de la BETL ce qui la place à - 0,97 ET de la moyenne de l'ensemble de la population testée. Notons que le seuil pathologique était ici de 47.

Ces deux patients se situent dans la norme faible à très faible. Cette anomie, bien que non massive, les gêne dans leur vie de tous les jours. La Figure 4 permet de se faire une représentation plus précise de la répartition des manifestations aphasiques de ces deux patients, en se basant sur l'épreuve générale de la BETL.



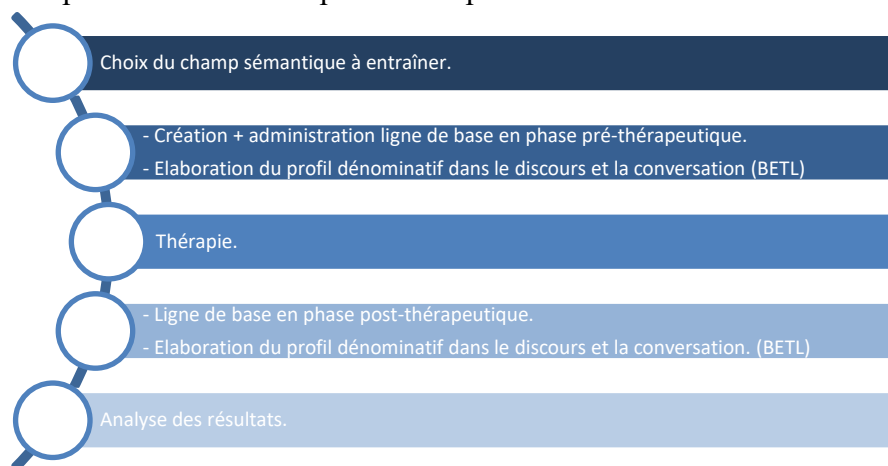
**Figure 4 : Répartition des transformations aphasiques dans l'épreuve de dénomination orale d'images (BETL).**

## 2. Procédure

Étapes de sélection :

1. Information et consentement du patient.
2. Passation du Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
3. Examen de 1<sup>ère</sup> ligne (troubles du langage) : MT86, si non réalisé le mois précédent.
  - Liste des épreuves : Interview dirigée, récitation I. II., répétition I. II., disponibilité lexicale, manipulation d'objets sur consigne verbale, narration orale.
4. Examen de 2<sup>nd</sup>e ligne (troubles lexico-sémantiques) : épreuves de la BETL, si non réalisé le mois précédent.
  - Liste des épreuves : Dénomination orale d'images, désignation d'images, lecture à voix haute, appariement sémantique d'images, questionnaire sémantique.
5. Analyse des résultats aux diverses évaluations.

Étapes à respecter après l'inclusion des patients au protocole :

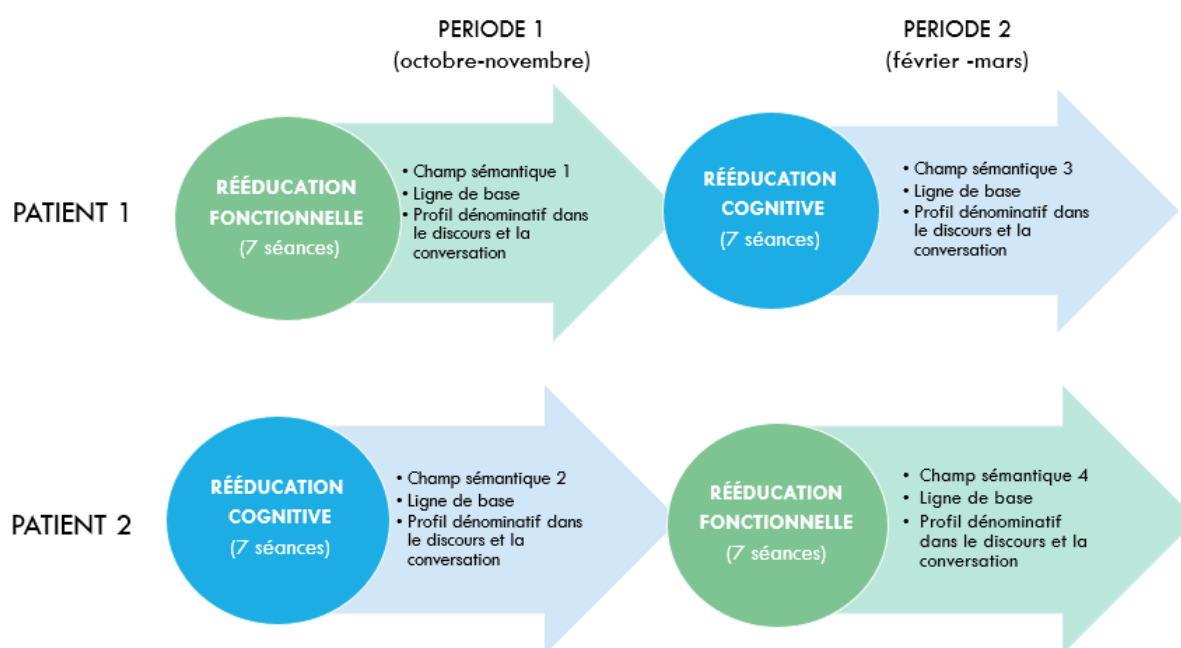


**Figure 5 : Liste d'étapes à respecter avant chaque approche.**



### 3. Expérimentation

Conformément aux données disponibles dans la littérature et pour se rapprocher au plus près des besoins du patient, il a pu choisir deux champs sémantiques à entraîner. Cela permet de maximiser les chances de sélectionner des items faisant partie de son l'environnement linguistique. De plus, Chomel (2010) précise bien que les variables psycholinguistiques sont à déterminer avant chaque rééducation, elles vont orienter la sélection des mots lors de la thérapie. Les items ont donc été retenus en s'intéressant particulièrement aux critères de la BETL. La passation de cet outil met en exergue un effet de fréquence et une absence d'effet de longueur chez les deux participants. Chez Madame G, il apparaît plus de difficultés sur les items manufacturés que biologiques tandis que ce critère n'influe pas les réponses de Monsieur E. Chaque liste est ainsi composée d'items de diverses fréquence, longueur et catégorie sémantique (manufacturé et naturel), contrôlées à l'aide de base de données lexicales. La complexité lexicale a également été prise en compte en incluant des items atypiques. Enfin, les mots peuvent aussi bien faire partie du niveau de base (ex. pomme), du niveau supra-ordonné (ex. fruits) que du niveau subordonné (ex. golden). Les items ont été sélectionnés en amont de la thérapie afin de servir de ligne de base.



**Figure 6 : Schéma du protocole de rééducation.**

La rééducation s'est déroulée en deux temps comme le montre la Figure 6. Ils ont été entraînés sur les deux modes de thérapies. Comme indiqué sur le schéma, chaque patient a suivi sept séances de rééducation (approche cognitive ou fonctionnelle) entre octobre et novembre sur un champ sémantique et sept séances (de l'autre thérapie) entre février et mars sur un champ sémantique distinct. Rappelons bien qu'à chaque fois, ce dernier a été sélectionné avec le patient.

Lors de la thérapie cognitive, plusieurs tâches citées par Tran (2018) et Chomel (2010) ont été réalisées. Ces tâches ont été proposées aux patients afin de rencontrer les mots sélectionnés dans diverses situations. Ainsi ils ont pu s'exercer à l'aide de tâches

d'appariement, de catégorisation, de jugement, de détection d'intrus ainsi que de fluence sémantique, qui seront détaillées dans les études de cas.

Lors de la thérapie fonctionnelle, des activités écologiques ont été proposées autour du champ sémantique sélectionné. Les tâches utilisées seront plus amplement détaillées dans les études de cas étant donné qu'elles sont dépendantes du choix lexical des patients. Elles consistent principalement en des mises en situations, des échanges autour de l'actualité ou de faits vécus... Les photos et les vidéos ont été privilégiées au long de cette approche pour se rapprocher au plus des situations quotidiennes.

### 3.1. Cas clinique 1 : Monsieur E

En amont de la prise en charge, l'évocation de ses centres d'intérêts a été nécessaire : plusieurs disciplines sportives ainsi que la musique classique et les grandes voix françaises ont été retenus comme champs sémantiques exploitables.

#### 3.1.1. Rééducation fonctionnelle : Les sports

Le lexique du sport (football, rugby, athlétisme) a été entraîné durant sept séances. Ce sont des activités qu'il a pratiqué de longues années et dont il suit l'actualité. (Tableau 2)

**Tableau 2 : Séances rééducation fonctionnelle Monsieur E.**

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en scène 1</li> <li>• Discussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion actualités</li> <li>• Vidéos</li> <li>• Jeu de paires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en scène 3</li> <li>• Concaténation phrases</li> <li>• P.A.C.E. (devinettes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidéos</li> <li>• Discussion</li> <li>• Concaténation phrases</li> <li>• Jeu de paires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion</li> <li>• Mise en scène 4</li> <li>• P.A.C.E. (devinettes)</li> <li>• Vidéos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion</li> <li>• Mise en scène 3</li> <li>• Concaténation phrases</li> <li>• Jeu de paires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeu de paires</li> <li>• Mise en scène 2</li> <li>• Discussion</li> </ul>

Ces différentes tâches consistaient en :

- **Mises en scène** : Création de quatre mises en scène sur les divers sports au cours desquels il utilise spontanément plusieurs mots cibles. (Annexe 7)
- **Discussion/échanges** : Cela a permis à Monsieur E d'évoquer des faits de vie (création d'un tournoi de football, rencontre de joueurs...) et de s'exprimer au sujet de l'actualité (matchs de la semaine, coupe du monde...).
- **Vidéos** : Visionnage avec ou sans son, afin de commenter en direct des passages de matchs, des exploits sportifs ou simplement de pouvoir échanger dessus ensuite.
- **Jeux de paires** : (Inspiration méthode C.I.A.T de Pulvermüller) Utilisation des images de la ligne de base pour recréer des paires en s'interrogeant mutuellement. Cet exercice permet de reprendre deux grands principes de la conversation duelle : l'échange d'informations nouvelles et l'alternance des rôles en passant successivement d'émetteur à récepteur.
- **P.A.C.E : situation devinettes (cartes doubles)** : Ici, chaque participant dispose d'une même série de cartes. Un des partenaires choisit dans son jeu une image. L'interlocuteur, sur la base de sa série de cartes pose des questions pour découvrir celle sélectionnée, jusqu'à épuisement de la série. Les questions sont posées à tour de rôle.

- **Concaténation de phrases** : Création d'une phrase ou d'un récit à partir de deux images cibles sur un sport donné. Monsieur E ne se contentait pas de faire une simple phrase mais élaborait un petit discours ou une petite situation à partir de ces images.

### 3.1.2. Rééducation cognitive : La musique

Le lexique de la musique et plus particulièrement la chorale, les orchestres, les chansons françaises a été travaillé durant sept séances. (Tableau 3)

**Tableau 3 : Séances rééducation cognitive Monsieur E.**

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détection intrus</li> <li>• Jugement sémantique</li> <li>• Devinettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evocation sur définition</li> <li>• Fluence cat.</li> <li>• Dénomination d'images</li> <li>• Devinettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catégorisation</li> <li>• Appariement mot écrit/déf.</li> <li>• Fluence cat.</li> <li>• Dénomination d'images</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mots croisés</li> <li>• Lettres en désordre</li> <li>• Jugement sémantique</li> <li>• Détection d'intrus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evocation sur définition</li> <li>• Fluence cat.</li> <li>• Devinettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dénomination d'images</li> <li>• Catégorisation</li> <li>• Fluence cat.</li> <li>• Devinettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de mots</li> <li>• Dénomination d'images</li> <li>• Catégorisation</li> <li>• Fluence cat.</li> </ul>

*Note.* Fluence cat : fluence catégorielle ; déf : définition

Ces différentes tâches consistaient en :

- **Dénomination orale d'images** : Utilisation des images issues de la ligne de base.
- **Fluence catégorielle** : Pas de contrainte temporelle. Fluence concernant les instruments, les chanteurs, la musique classique et le chant.
- **Jugement sémantique** : Réponse binaire de type oui/non à des questions sur les propriétés sémantiques des items cibles.
- **Lettres en désordre** : Utilisation de lettres mobiles pour reconstituer des mots. Une aide sémantique était apportée en cas de difficulté.
- **Mots croisés** : Création de ce support à partir des définitions écrites des mots mettant le patient le plus en difficulté.
- **Détection d'intrus** : Trouver l'intrus parmi cinq mots écrits, en apportant une justification.
- **Catégorisation** : Disposer l'ensemble des images sur la table. Le patient a pour consigne de regrouper ensemble celles qui vont bien ensemble en justifiant le lien sémantique.
- **Devinettes** : Nommer à tour de rôle, les trois principaux traits sémantiques d'un item pour le faire deviner à l'autre. L'objectif est de se limiter aux trois traits les plus évocateurs de l'item et non de produire un discours.
- **Evocation sur définition** : Une définition est donnée au patient, qui doit retrouver le mot cible.
- **Appariement mot écrit – définition** : Cinq noms sont disposés sur la table. Il doit trouver l'étiquette correspondant à la définition orale donnée.
- **Définition de mot** : Un mot cible est donné au patient qui doit le définir.

## 3.2. Cas clinique 2 : Madame G

Madame G passe du temps dans son jardin et son potager, elle aime cuisiner de bons plats familiaux. Ce sont donc les champs sémantiques retenus.

### 3.2.1. Rééducation cognitive : Le jardinage

Le lexique du jardinage (outils de jardin, fleurs, légumes...) a été travaillé durant sept séances. (Tableau 4)

**Tableau 4 : Séances rééducation cognitive Madame G.**

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
• Appariement mot écrit/image • Jugement sémantique • Fluence cat.	• Evocation sur définition • Lettres en désordre	• Détection d'intrus • Fluence cat. • Définition de mots	• Catégorisation • Dénomination d'images • Fluence cat.	• Devinettes • Dénomination d'images • Jugement sémantique	• Appariement mot écrit/image • Détection d'intrus	• Catégorisation • Appariement image/définition

*Note.* Fluence cat : fluence catégorielle

Les tâches consistaient en :

- **Dénomination orale d'images** : Utilisation des images issues de la ligne de base. Des ébauches sémantiques pouvaient être nécessaires. A force de discussions avec elle, j'ai pu adapter mes ébauches sémantiques à ses utilisations quotidiennes (ex. « ce sont des plantes urticantes, vous en mettez sur vos roses... pour « orties »).
- **Fluence catégorielle** : Elles n'ont pu être limitées à une minute car la patiente refusait le chronomètre. L'objectif était donc d'en trouver le plus possible sans contrainte temporelle. Une bonne partie des mots travaillés étaient évoqués spontanément, parmi d'autres. Les fluences pouvaient concerner les légumes, les fleurs et les outils de jardinage.
- **Appariement d'images – mots écrits** : Des images et des mots appartenant à une même catégorie sémantique étaient disposés aléatoirement sur la table et elle devait les rassembler.

Les tâches suivantes ont été décrites ci-dessus dans la partie *Rééducation cognitive – La musique* : Jugement sémantique, lettres en désordre, détection d'intrus, catégorisation, devinettes, évocation sur définition, définition de mots.

### 3.2.2. Rééducation fonctionnelle : La cuisine

Le lexique culinaire (plats et ustensiles) a été entraîné durant sept séances. (Tableau 5)

**Tableau 5 : Séances rééducation fonctionnelle Madame G.**

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7
• Mise en scène 2 • Discussion • Jeu de paires	• Discussion • Mise en scène 4 • P.A.C.E. (devinettes)	• Discussion • Mise en scène 1 • Jeu de paires • P.A.C.E. (devinettes)	• Vidéo • Discussion • Mise en scène 2 • Jeu de paires	• Mise en scène 3 • Discussion • Concaténation phrases • Jeu de paires	• Discussion • Mise en scène 4 • P.A.C.E. (explications)	• Discussion • Mise en scène 2 • P.A.C.E. (devinettes)

Les tâches consistaient en :

- **Mises en scène** : Création de plusieurs mises en scène concernant la réalisation de recettes, les listes de courses et les ustensiles de cuisine. (Annexe 7)
- **Discussion/échanges** : Les échanges portaient sur les différents repas qu'elle allait cuisiner dans la semaine, sur ses habitudes de courses, ses recettes favorites, ses préférences alimentaires ...
- **Vidéos** : Visionnage d'une courte recette (*Coup 'food – La Quotidienne*), qui a servi de base pour un échange : est-ce qu'elle pourrait faire cette recette à la maison ? Pourquoi ? Peut-elle décrire la recette qui vient d'être visionnée ?
- **P.A.C.E. : situation d'explication (cartes uniques)** : A tour de rôle, le patient ou le thérapeute « explique » ce que la carte représente jusqu'à ce que son partenaire puisse s'en faire une représentation suffisante et dire de quoi il s'agit.
- **P.A.C.E : situation de devinettes (cartes uniques)** : L'un des partenaires tire une image parmi une pile de cartes uniques déposées sur la table. L'interlocuteur tente de découvrir la carte en questionnant celui qui la possède.

Les tâches suivantes ont été décrites ci-dessus dans la partie *Rééducation fonctionnelle – Les sports* : Jeux de paires, P.A.C.E : situation devinettes (cartes doubles), concaténation de phrases.

## 4. Efficacité du traitement

### 4.1. Lignes de base : présentation

Pour mesurer l'efficacité ou non de l'intervention, Martinez-Perez, Dor & Maillart (2015), reprennent une technique citée par Schelstraete (2011). Cette méthode consiste à créer une ligne de base thérapeutique pour comparer les performances d'un sujet avant et après un travail spécifique. Ainsi, des lignes de bases spécifiques de dénomination orale d'images ont été administrées aux patients avant et après chaque prise en charge pour évaluer l'efficacité de la thérapie. Cela nous a contraint de créer quatre lignes de bases différentes. Ces dernières permettront de comparer les résultats du patient par rapport à lui-même. A terme, l'objectif est de mettre en évidence si l'une ou l'autre des méthodes s'avère être plus efficace.

Une méta-analyse a été menée par Snell (2010) afin de voir si le nombre de mots proposé en rééducation du manque du mot avait un impact sur l'efficacité. Les résultats n'ont

pas permis de conclure si, présenter un petit ou un grand nombre de mots, avait un impact quelconque. Martinez-Perez, Dor & Maillart (2015), précisent que pour améliorer la sensibilité d'une ligne de base, il est conseillé de présenter un nombre d'items plutôt élevé. Ainsi, 45 mots (se référant au champ sémantique retenu par le patient) ont été sélectionnés au préalable et ont servi de ligne de base. Les images exploitées sont, dans la mesure du possible, des photographies en couleur, provenant d'internet, et non diffusées hors le cadre de ce mémoire. Pour des questions de visibilité, certains items sont sous forme d'image car les photographies n'étaient pas éloquentes (ex. coup franc).

Comme il s'agit de lignes de base spécifiques, elles se composent de deux listes :

- **Liste A** : Elle comprend 45 items en rapport avec le champ sémantique. Cette liste a été entraînée tout au long de la thérapie. On s'attend à une amélioration entre l'administration de cette liste en pré-thérapie et en post-thérapie.
- **Liste B** : Elle comprend 45 items sans rapport avec le champ sémantique. Ces mots sont appariés au maximum à ceux de la liste A, en nombre de syllabes et en fréquence. Ces critères ont été contrôlés à l'aide du logiciel Manulex (Peereman, Lété, & Sprenger-Charolles, 2007) et Lexique 3 (New & Pallier, 2001). Ces mots n'ont pas été entraînés durant la thérapie et aucune progression n'est attendue. Cette liste B sert à vérifier que l'amélioration de la liste A est bien due aux effets de la prise en charge et non à un facteur extérieur comme la récupération spontanée, l'effet placebo ou l'effet d'une précédente prise en charge (Schelstraete, 2011).

## 4.2. Lignes de base : élaboration

La réalisation des lignes de base est un processus long qui demande de s'atteler à plusieurs critères. Deux critères ont été retenus initialement, à savoir le nombre de syllabes et la fréquence. Durant la seconde période, un troisième critère a également été pris en compte. Il s'agit de la catégorie sémantique (biologique vs manufacturé). Le Tableau 6 montre la répartition des divers items en fonction des critères psycholinguistiques susmentionnés. Ne sont pas comptabilisés dans ce tableau, le nom des équipes de sport ainsi que ceux des personnes célèbres. Ces derniers n'ont pu être contrôlés en termes de fréquence et ont été appariés selon le sexe. Il apparaît qu'il y avait un déséquilibre dans la répartition des items. Cette difficulté à accorder les diverses listes est liée à la sélection initiale d'un seul champ sémantique par approche. Cela limite considérablement le choix des items, qui rappelons le, doivent être imageables. Prenons par exemple la catégorie « musique » : le nombre de termes manufacturés est considérable comparé aux biologiques car une majeure partie de ces derniers n'est pas imageable et n'a pas été retenue (ex. baryton, accords...). De plus, le contrôle de la fréquence de plusieurs items a été impossible (cf. mots composés...), ce qui vient également perturber cette distribution. Il faut tout de même souligner que malgré cette répartition disparate par endroits, les listes A et B ont été rigoureusement appariées en respectant ces mêmes critères. L'ensemble de ces listes est disponible dans les Annexes 1 à 4.

**Tableau 6 : Répartition des items selon les critères psycholinguistiques.**

		Jardinage	Cuisine	Sports	Musique
<b>Fréquence</b>	< Q1	3	4	1	2
	Q1 – Q2	4	8	4	4
	Q2 – Q3	13	5	0	8
	> Q3	25	15	20	15
	Non renseigné	0	9	5	8
<b>Longueur</b> (nombre syllabes)	1	12	3	10	9
	2	24	17	16	13
	3	9	19	2	13
	+ de 3	0	2	0	2
<b>Catégorie sémantique</b>	Manufacturé	14	22	22	33
	Biologique	31	19	8	4
<i>Non comptabilisés</i>		<i>0</i>	<i>4</i>	<i>15</i>	<i>8</i>

Note. Q : Quartile. < Q1 (< 0,02) ; Q1 – Q2 (0,02 à 0,34) ; Q2 – Q3 (0,34 à 2,29) ; > Q3 (> 2,29)

### 4.3. Profil dénominatif dans le discours et la conversation

La démarche d'analyse doit reposer, certes, sur les compétences linguistiques et cognitives, mais également sur l'analyse fonctionnelle des troubles (Tran, 2018). En effet, certains patients peuvent présenter des déficits linguistiques importants mais avoir un faible handicap communicationnel. En situation discursive, ces personnes arrivent à conserver une certaine informativité en mobilisant des stratégies palliatives pour compenser leurs difficultés. (Tran, 1997) A l'inverse, d'autres peuvent avoir des déficits linguistiques moindres mais pourtant avoir un handicap communicationnel majeur. Il semble donc important de mesurer l'impact de la thérapie sur ces deux versants. (Tran, 2015). Ainsi, après avoir évalué l'incidence purement linguistique de la rééducation à l'aide des lignes de base, il s'agira d'évaluer l'impact fonctionnel en établissant le « profil dénominatif dans le discours et la conversation » (BETL). Ce profil s'établit à partir des observations qualitatives obtenues en conversation et durant les épreuves de discours narratives des épreuves de première ligne. Il se fait à l'aide d'une échelle de Likert et permet d'apprécier en situation plus fonctionnelle, la fréquence des recherches lexicales, des productions déviantes, le déroulement du discours ainsi que son informativité et le comportement verbal. Enfin, ce profil sollicite le patient afin de qualifier son handicap communicationnel.

## Résultats

L'analyse des lignes de base a été réalisée à l'aide du Test de McNemar (1947) qui permet de comparer au maximum deux valeurs mesurées en testant l'indépendance entre les réponses avant et après la prise en soin. Une p-value inférieure à 0,05 atteste que les changements ne sont pas dus au hasard, dans un intervalle de confiance à 95% : la différence entre les deux échantillons est alors statistiquement significative. Pour une meilleure représentation des réponses des patients, l'ensemble des productions des sujets aux listes A est disponible en Annexes 5 et 6.

# 1. Cas clinique 1 : Monsieur E

## 1.1. Rééducation fonctionnelle : Les sports

### 1.1.1. Analyse quantitative

A la liste A, il dénomme 34/45 mots en pré-thérapie contre 42/45 mots en post-thérapie. Le gain est de huit mots. Au test de McNemar, cela donne une p-value de 0,04 ( $p < 0,05$ ), ce qui est significatif. A la liste B, il énonce 27/45 mots en pré et post-thérapie, ses compétences restent inchangées. Sa p-value est de 1, ce qui est non-significatif. (Figure 7)

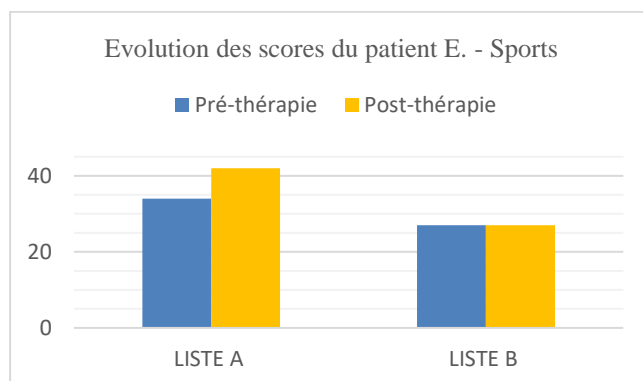


Figure 7 : Graphique représentant l'évolution des scores de dénomination du patient E.

### 1.1.2. Analyse qualitative

D'un point de vue fonctionnel, il y a une diminution de la fréquence des recherches lexicales dans le discours ainsi qu'une légère amélioration du handicap communicationnel. (Figure 8)

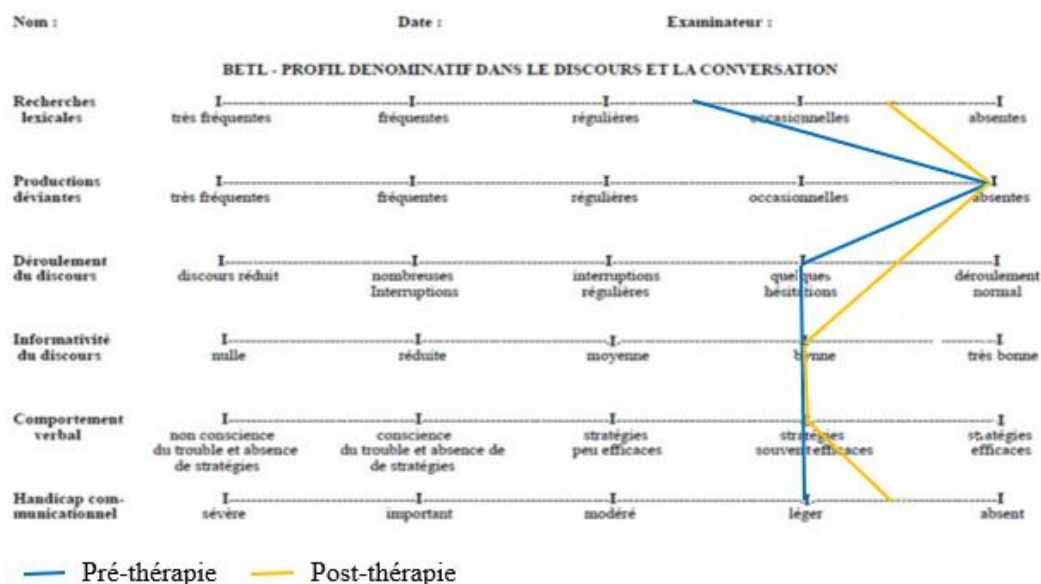


Figure 8 : Evolution du profil dénominatif dans le discours et la conversation : Sports.



## 1.2. Rééducation cognitive : La musique

### 1.2.1. Analyse quantitative

A la liste A, il réalise un accroissement de quatorze mots en énonçant correctement 30/45 mots en pré-thérapie contre 44/45 mots en post-thérapie. Cela donne une p-value de 0,0005 ( $p < 0,05$ ), ce qui est significatif selon le test de McNemar. A la liste B, il dénombre 30/45 mots en pré-thérapie contre 33/45 en post-thérapie. Sa p-value est de 0,342 ( $p > 0,05$ ), ce qui est non-significatif. (Figure 9)

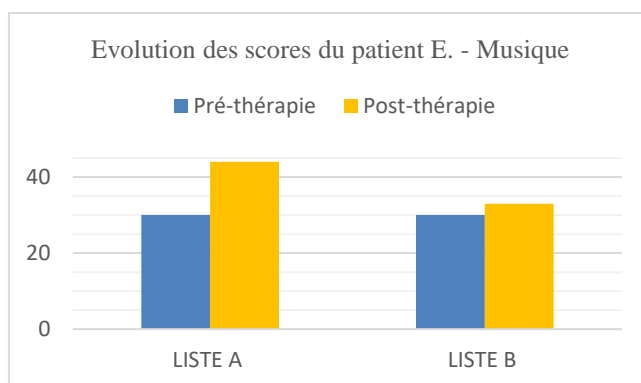


Figure 9 : Graphique représentant l'évolution des scores de dénomination du patient E.

### 1.2.2. Analyse qualitative

D'un point de vue fonctionnel, moins de recherches lexicales, moins de temps de latence sont observés dans le discours et la conversation. On n'observe pas d'autre modification particulière si ce n'est une légère amélioration de son handicap communicationnel. (Figure 10)

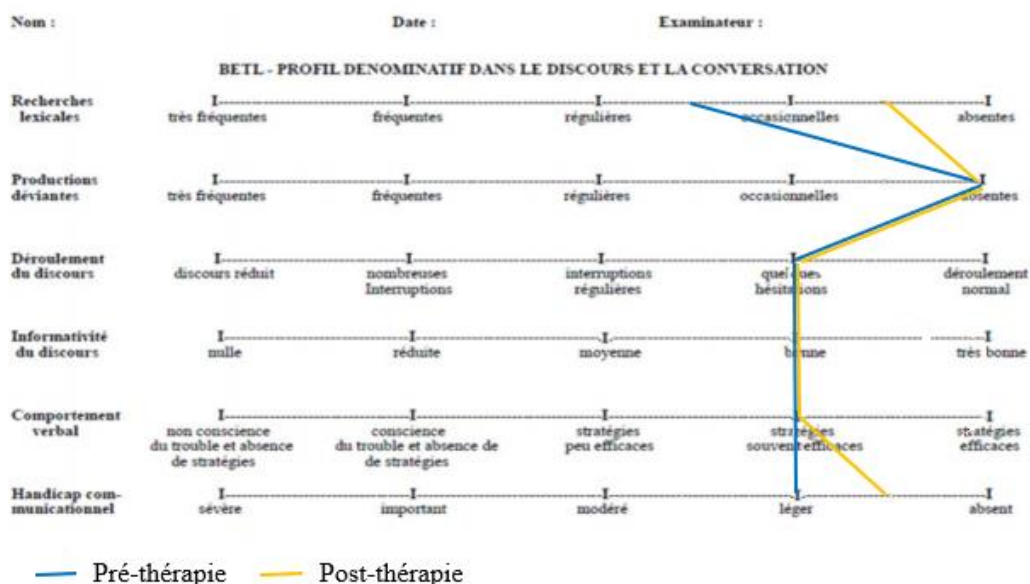


Figure 10 : Evolution du profil dénominatif dans le discours et la conversation : Musique.

## 2. Cas clinique 2 : Madame G

### 2.1. Rééducation cognitive : Le jardinage

#### 2.1.1. Analyse quantitative

A la liste A, elle dénomme 31/45 mots en pré-thérapie versus 38/45 mots en post-thérapie. Le gain est de sept mots. Au test de McNemar, cela donne une p-value de 0,07 ( $0,05 < p < 0,1$ ), ce qui est à tendance significative. A la liste B, elle énonce 32/45 mots en pré-thérapie contre 30/45 en post-thérapie. Elle dénomme convenablement deux mots de moins. Sa p-value est de 0,62 ( $p > 0,05$ ) ce qui est non-significatif. (Figure 11)

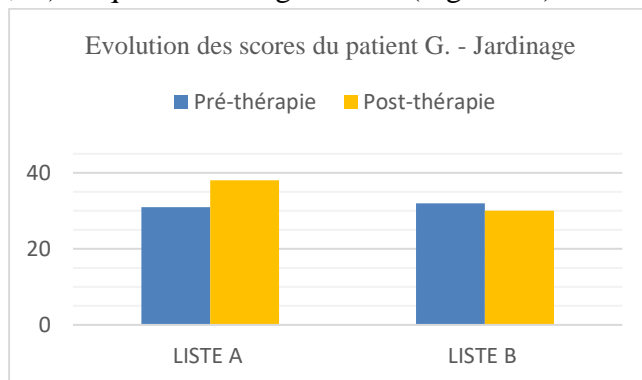


Figure 11 : Graphique représentant l'évolution des scores de dénomination du patient G.

#### 2.1.2. Analyse qualitative

D'un point de vue fonctionnel, une amélioration globale est visible en Figure 12 dans la quasi intégralité des domaines du discours. Il y a moins de temps de latence, plus de fluidité. Madame G témoigne ne pas ressentir d'évolution de son handicap communicationnel.

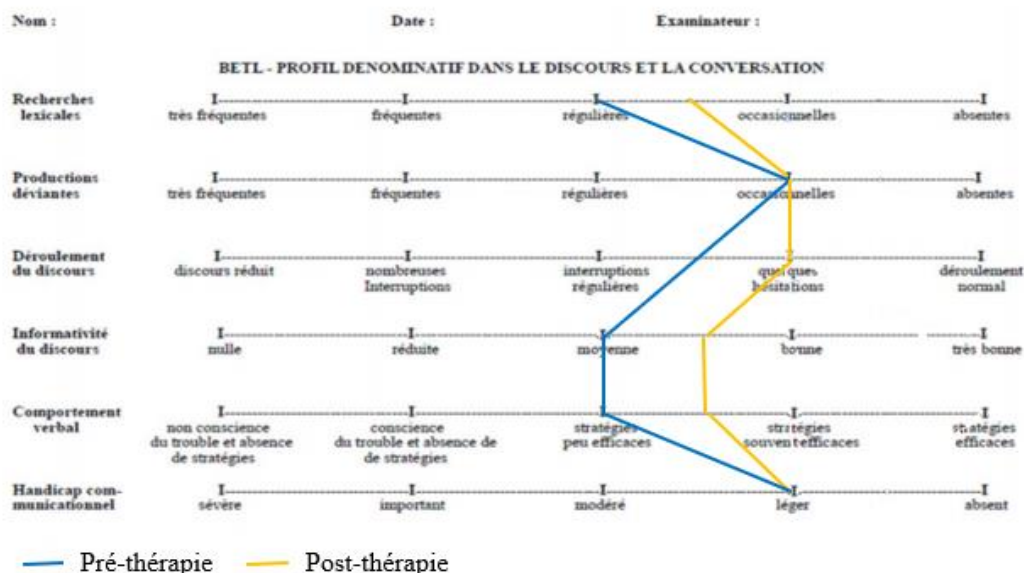


Figure 12 : Evolution du profil dénominatif dans le discours et la conversation : Jardinage.

## 2.2. Rééducation fonctionnelle : La cuisine

### 2.2.1. Analyse quantitative

A la liste A, elle dénomme 28/45 mots en pré-thérapie contre 39/45 mots en post-thérapie. Le gain est de onze mots. Au test de McNemar, cela donne une p-value de 0,005 ( $p < 0,05$ ), ce qui est significatif. A la liste B, elle énonce 24/45 mots en pré-thérapie et en post-thérapie. Sa p-value est de 1 ce qui est non-significatif. (Figure 13)

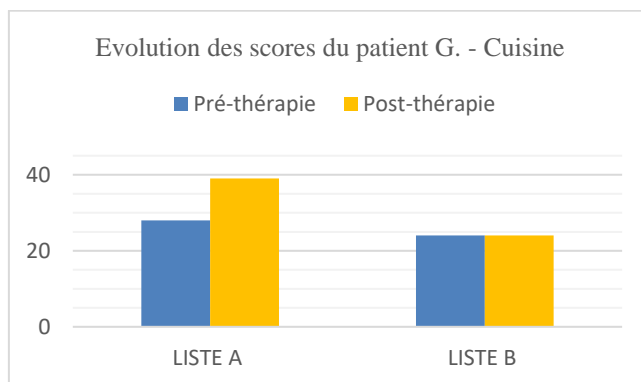


Figure 13 : Graphique représentant l'évolution des scores de dénomination du patient G.

### 2.2.2. Analyse qualitative

D'un point de vue fonctionnel, il y a une légère diminution des recherches lexicales, le déroulement du discours est légèrement plus fluide. Il n'y a cependant pas d'évolution du handicap communicationnel chez cette patiente. (Figure 14)

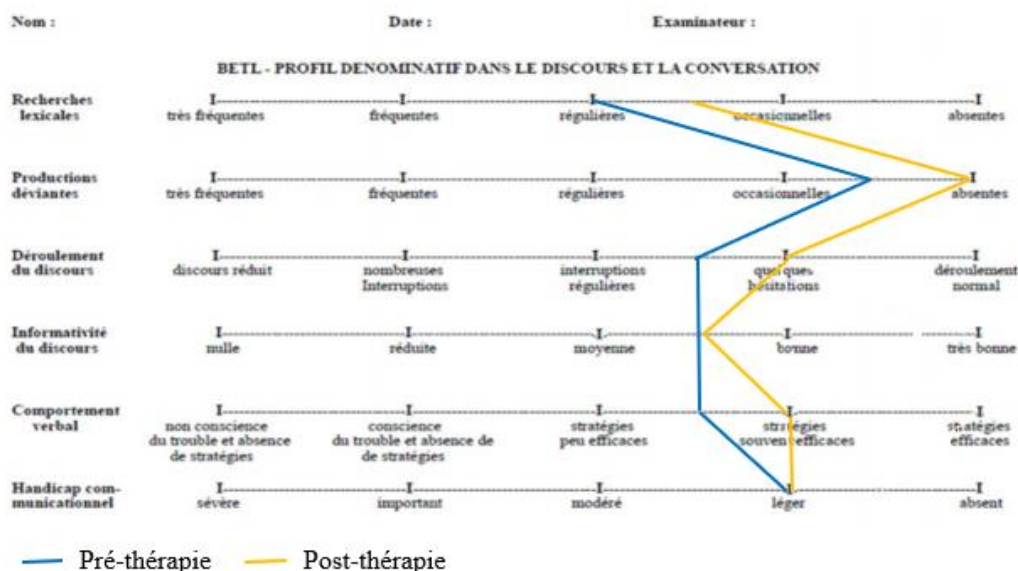


Figure 14 : Evolution du profil dénominatif dans le discours et la conversation : Cuisine.

## 3. Résultats : synthèse

En résumé, des progrès significatifs ont été objectivés à la suite des deux méthodes chez Monsieur E. Cette évolution se fait ressentir dans son discours et il affirme remarquer de discrets progrès dans sa communication de tous les jours. Madame G présente quant à elle des bénéfices plus prégnants à l'aide de l'approche fonctionnelle. Ces progrès se font légèrement

ressentir lors de son discours mais elle n'éprouve pas pour autant d'amélioration dans ses échanges quotidiens.

## Discussion

### 1. Vérification des hypothèses

La première hypothèse était (1) que les deux approches ont le même impact, (2) que la rééducation fonctionnelle est plus efficace que la cognitive, (3) que l'approche cognitive est plus efficace que la fonctionnelle et enfin (4) qu'aucune des deux rééducations n'a d'impact.

Comme susmentionné, Monsieur E a connu un accroissement significatif de ses performances à l'issue des deux approches. La participation d'autres facteurs comme la récupération spontanée, l'effet placebo ou encore l'effet d'une précédente rééducation est exclue étant donné l'absence de progression aux deux listes B ( $p > 0,05$ ). Notons tout de même qu'il a connu une plus grande évolution avec la méthode cognitive (p-value : 0,0005) qu'avec la méthode fonctionnelle (p-value : 0,043). Ces résultats concordent avec les sentiments recueillis auprès du patient. En effet, à l'issue des deux prises en charge, il exprime avoir ressenti une légère amélioration dans son discours au quotidien. Cependant, à choisir, il préfère l'approche cognitive car il a mieux perçu les objectifs et la notion de travail : cette méthode était plus en accord avec sa représentation de la rééducation.

Les progrès de Madame G sont significatifs ou présentent une tendance significative. Ces effets sont attribués aux rééducations et non à d'autres facteurs externes dans la mesure où les résultats aux listes B ne sont pas significatifs. Si les progrès attestent bien d'un effet bénéfique de la prise en charge écologique chez cette patiente (p-value : 0,005), ils sont moins probants concernant l'approche psycholinguistique (p-value : 0,07). Ils ne concordent donc pas entièrement avec les sentiments de Madame G. Selon elle, les entraînements n'ont eu aucune incidence sur ses performances. On notera tout de même que l'approche fonctionnelle est celle à laquelle elle a le plus adhéré, et la plus efficace d'un point de vue quantitatif.

L'excellente nouvelle pour la thérapeute que je suis est que l'hypothèse 4 n'est retenue chez aucun des deux participants. Concernant le premier sujet, c'est l'approche cognitive qui a eu le plus d'impact, bien que l'évolution qualitative du discours soit sensiblement similaire avec les deux approches. C'est donc l'hypothèse 3 qui est retenue chez ce patient. Au contraire, Madame G a connu une évolution plus importante à la suite de l'approche fonctionnelle. En effet, si elle présente, elle aussi, un tableau qualitatif similaire à l'issue des deux méthodes, il apparaît une plus nette progression aux lignes de base suite à l'approche écologique. À la lumière de ces résultats, c'est l'hypothèse 2 qui est ici retenue.

En résumé, cette étude donne des résultats intéressants, non pas divergents mais directement dépendants de leurs attentes et de leur personnalité, en accord avec la méthode de thérapie proposée. En effet, il est intéressant de souligner que l'approche ayant permis à chaque patient de connaître la plus grande progression est celle à laquelle il a le plus adhéré. Ce critère d'adhésion à la prise en soin, de motivation intrinsèque, est à prendre en compte pour maximiser les progrès. Ce point sera développé ultérieurement à travers leurs témoignages.

## **2. Point sur la méthodologie**

### **2.1. Sélection des patients**

Lors de la conception de ce projet, il était prévu d'inclure un plus grand nombre de patients au protocole. L'objectif était de pouvoir comparer un panel de sujets bénéficiant d'une approche fonctionnelle et un autre d'une approche cognitive. Ils devaient être sélectionnés sur des lieux de stage, à savoir, dans un cabinet libéral et dans un établissement de soin de suite et de réadaptation (SSR). Une modification s'est imposée suite à un refus de la part du SSR de laisser des patients entrer dans le protocole sans la mise en place d'un Comité de Protection de la Personne (CPP). Ce comité n'avait pas été mis en place en amont, car jugé non nécessaire par la faculté lilloise. Ainsi, les seuls potentiels patients en mesure d'intégrer ce protocole étaient deux personnes suivies en libéral. Il faut préciser qu'ils ont poursuivi leur suivi initial avec l'orthophoniste à raison d'une séance hebdomadaire. Pour ne pas créer de biais supplémentaire, nous avons convenu en amont qu'aucun travail ne serait fait sur les champs sémantiques exploités durant cette séance. La rééducation, hors le cadre de cette recherche, n'avait pas le même objectif thérapeutique et la prise en charge linguistique a été réservée exclusivement à cette étude.

Ce protocole n'a pas pu être proposé à d'autres orthophonistes pour diverses raisons. Pour commencer, en sortant du cadre de stage, il aurait effectivement fallu réunir un Comité de Protection de la Personne pour être en mesure d'ouvrir la participation à d'autres sujets. De plus, ce protocole n'est pas figé, il est à adapter à chaque patient, à chaque situation. Il aurait été difficilement concevable de demander aux orthophonistes de réaliser la prise en soin du début à la fin, comprenant la création des lignes de base individuelles, ainsi que la conception des séances personnalisées. La prise en charge aurait été difficilement contrôlable à distance.

Lors de la sélection des participants, les seuils retenus comme critères inclusifs étaient ceux issus de la normalisation de la BETL. Ce point a été révisé car les deux patients se situaient dans la norme faible à très faible (et non pathologique). Ils présentaient un manque du mot avéré par ce bilan et avaient une plainte concernant cette anomie, justifiant une prise en soin. Les thérapies étaient parfaitement applicables aux patients et l'analyse comparative des résultats a été réalisée à partir des données d'un même sujet, permettant de mettre en exergue ou non des progrès. Les bénéfices des entraînements ont d'ailleurs été confirmés à l'aide du test de McNemar.

### **2.2. Elaboration des outils d'évaluation**

#### **2.2.1. Création des lignes de base**

Si la dénomination d'images est une des épreuves référentes pour évaluer le manque du mot, Tran (2018) nous rappelle que son inconvénient majeur réside dans l'obligation d'utiliser un lexique concret et imageable. Cette contrainte a été prégnante lors du choix des items des diverses listes et particulièrement ceux appartenant au chant et à la musique. Par exemple, les items concernant les tessitures (baryton, ténor...), n'ont pu être retenus. De plus, cela limite la sélection aux noms communs et empêche de travailler sur des actions, des verbes, qui font partie intégrante du vocabulaire utile et nécessaire pour travailler sur un champ sémantique.

D'autres obstacles se sont dressés lors de la conception des listes, altérant le contrôle de la fréquence de plusieurs items. En premier lieu, l'homophonie a empêché de recenser la

véritable fréquence de certains mots (ex. musique : blanche, batterie ; sport : disque, témoin, ...). Par ailleurs, plusieurs items n'étaient pas répertoriés dans les bases de données, à savoir les mots composés (ex. chef d'orchestre, poche à douilles...), les noms de quelques plats (ex. bourguignon...) ou encore les noms de personnes célèbres (ex. P. Etchebest, D. Deschamps...).

### **2.2.2. Administration des lignes de base**

Usuellement, les lignes de base permettent de mesurer deux paramètres : l'exactitude et la vitesse. Ici, seule l'exactitude a été retenue, puisqu'un des deux participants s'est opposé à l'utilisation du chronomètre. Il aurait néanmoins été intéressant de mesurer l'évolution de cette variable étant donné le léger effet plafond de ces listes (la réussite aux listes pré-thérapeutiques étant déjà élevée). Ces deux paramètres sont importants et ont un impact sur la qualité du discours. La rééducation peut permettre au patient, certes, d'utiliser le mot adéquat, mais également de faciliter l'accès au mot, le rendre plus rapide, pour diminuer les temps de latence et ainsi rendre le discours plus fluide.

### **2.2.3. Elaboration du profil dénominatif dans le discours et la conversation**

Le profil dénominatif dans le discours et la conversation (BETL) a été analysé de prime intention à l'aide des épreuves discursives et des échanges menés lors du bilan général de l'aphasie. Ceci n'est pas représentatif des habiletés du patient à converser à partir du champ sémantique travaillé. En deuxième période, il a donc été jugé plus pertinent de sélectionner une photographie en lien avec la thématique exploitée. Cela lui a permis de discourir exclusivement sur ce sujet, et ainsi, voir ou non une évolution.

## **3. Limites**

### **3.1. Limites liées à l'administration du protocole**

Une contrainte temporelle est apparue en deuxième partie d'année. Durant la première période, les patients ont bénéficié d'une séance de rééducation par semaine. Entre février et mars, il a parfois été nécessaire d'effectuer deux séances hebdomadaires pour terminer le protocole à temps, suite à des absences des participants pour raisons personnelles. Cela crée un léger déséquilibre entre la rééducation de la première période, plus régulière, et celle de la deuxième, plus intensive, en particulier en fin de programme.

Enfin, il ne faut pas négliger le caractère redondant de ce protocole, à savoir, sept séances sur un même champ sémantique. Comme souligné par Madame G, l'entraînement lui a semblé trop long, répétitif ce qui a pu la démotiver. Dans le but de préserver une bonne alliance thérapeutique, il pourrait être envisageable de réaliser la même méthode en sélectionnant des mots disparates, appartenant à diverses thématiques.

### **3.2. Limites liées à l'analyse des résultats**

Le profil dénominatif dans le discours et la conversation (BETL) a été utilisé pour rendre compte de l'évolution fonctionnelle. Il faut garder à l'esprit le caractère subjectif et rapide de cette cotation. En effet, l'analyse n'a été réalisée qu'à partir d'un court échantillon ce qui n'est pas pleinement représentatif de leurs capacités discursives. Il faut donc bien l'interpréter comme un aperçu qualitatif, non exhaustif, des aptitudes discursives du patient. Plusieurs solutions pourraient être envisagées pour parfaire cette analyse : élaborer un

questionnaire d'auto-évaluation, ou d'analyse par l'entourage, ou encore, procéder à une situation d'analyse conversationnelle entre le patient et un proche autour de la thématique travaillée.

Concernant les lignes de base, il faut souligner que certains résultats en pré-test étaient plutôt élevés (ex. sports : 34/45). Cela n'a pas empêché de mettre en exergue l'effet bénéfique des prises en charge. Il aurait cependant été intéressant d'avoir un nombre d'erreurs plus élevé pour éviter de potentiels effets plafonds. Cet élément sera à prendre en compte lors des prochaines expérimentations.

## **4. Intérêts des deux approches de rééducation**

### **4.1. Témoignage des patients**

#### **4.1.1. Monsieur E**

Monsieur E a pris grand plaisir à venir aux séances et rapporte avoir apprécié les deux modes d'entraînements (fonctionnel et cognitif). L'alliance thérapeutique s'est rapidement mise en place ce qui a permis d'avoir une bonne dynamique de séances. Il a senti quelques progrès avec les deux méthodes mais ne sait si ceux-ci lui serviront à l'avenir ni s'ils seront maintenus dans le temps. Il soulève là un point important qu'il pourrait être pertinent d'investiguer : les progrès perdurent-ils ? Concernant l'approche cognitive, Monsieur E expose avoir « *apprécié se rendre compte que toutes ses connaissances sont encore dans son crâne* ». Il déclare avoir eu la sensation de plus travailler avec l'approche cognitive. « *Cette méthode-là est utile pour moi comparée aux autres. C'est plus fatigant, ça demande plus de concentration mais c'est un mal nécessaire.* », dit-il. Il a également apprécié l'approche fonctionnelle qui lui a permis d'évoquer des souvenirs de jeunesse et d'échanger au sujet de l'actualité.

Monsieur E souligne l'importance d'être acteur de sa rééducation en choisissant les champs sémantiques à exploiter. Il confie même : « *si je n'avais pas pu choisir, je serais venu à reculons* ». Le plaisir de travailler à partir de ses centres d'intérêts s'est ressenti durant les séances.

#### **4.1.2. Madame G**

Madame G a quant à elle eu plus de difficultés à percevoir l'objectif et l'utilité des diverses tâches proposées, qu'elles soient cognitives ou fonctionnelles. Elle souligne la durée trop importante allouée à un même lexique (sept séances). Ce point n'est pas à négliger et a entraîné une lassitude, un désintérêt qui a porté préjudice à sa motivation et à l'alliance thérapeutique. Madame G concède avoir eu une légère préférence pour l'approche fonctionnelle qui laissait plus place à la discussion et aux échanges. Le mode cognitif était pour elle trop intense et les tâches peu usuelles. Elle met l'accent sur une nouvelle composante : la sélection des images. Pour elle, ces dernières n'étaient pas foncièrement éloquentes. Prenons l'exemple de la « balance » utilisée dans la rééducation fonctionnelle (cuisine). Cette dernière était mécanique alors qu'elle possède une balance numérique. Cette différence entre certaines images et les objets de son quotidien l'a gênée lors des exercices et de la dénomination.

A la différence de Monsieur E, elle exprime ne pas avoir tiré de bénéfices d'avoir pris part au choix du lexique à travailler. Au contraire, elle aurait préféré s'exercer sur un thème

inédit, qui lui aurait appris de nouvelles notions, plutôt que sur le jardinage et la cuisine, des domaines qu'elle connaît bien.

### **4.1.3. Que dire de ces témoignages ?**

Ils illustrent bien la diversité des profils des patients. D'un côté nous avons Monsieur E, qui souhaite être pleinement performant concernant ses centres d'intérêts. Il préfère travailler de manière ardue, difficile pour progresser et aimerait « *retrouver son langage d'antan* ». D'un autre côté, nous avons Madame G, qui souhaiterait plutôt échanger, discuter au sujet de nouvelles thématiques. Il est de notre ressort de nous adapter à ce que le patient vient chercher en séances d'orthophonie pour répondre au mieux, encore une fois, à leurs attentes, afin de maximiser les bienfaits de la prise en charge.

A profil similaire, ce qui convient et fonctionne avec un patient, ne sera pas forcément de même pour un autre. Par exemple, Monsieur E s'est bien saisi du support vidéo pour échanger, commenter les actions sportives tandis que Madame G n'a pas trouvé d'intérêt à observer des recettes culinaires pour converser. En d'autres termes, si la prise en soin doit bien entendu s'adapter aux capacités atteintes et préservées d'un patient, elle doit aussi prendre en compte la dimension humaine, individuelle.

## **4.2. Enseignements**

### **4.2.1. Approche fonctionnelle**

On peut soulever plusieurs avantages à cette approche. Pour commencer, les séances sont plus dynamiques, elles sont propices à plus d'échanges et le patient a une place primordiale car il va nous donner matière à façonner. Comme le dit si bien Monsieur E « *sans moi, vous ne pourriez pas travailler, il faut être à deux* ». Cette phrase, qui bien entendu, est valable dans toutes les prises en soin, l'est d'autant plus dans cette méthode. Si nous ne sommes pas deux, actifs, il n'y a pas d'échange, de conversation possible.

De plus, les tâches proposées dans cette technique sont plus en accord avec le quotidien des patients. En faisant le lien entre les activités et leur vie de tous les jours, ils pourront adhérer d'autant plus à la prise en soin, car la finalité des tâches sera plus claire, explicite. Assimiler les objectifs, l'enjeu d'une tâche, permettra d'une part au patient de mieux s'y atteler, d'autre part de généraliser ses apprentissages à la vie quotidienne. Les supports peuvent eux aussi être davantage en cohésion avec leurs habitudes. En effet, on peut imaginer se servir d'émissions télévisées, de journaux, de menus de restaurants, etc. La liste est non exhaustive et pourrait s'étendre au gré des idées du thérapeute, ça n'en reste pas moins des supports de rééducation. Certains patients peuvent également apprécier cette dimension qui leur donne moins l'impression de « travailler » à proprement dit.

Cette méthode exige de la créativité et un certain temps de préparation. Il faut savoir qu'en dehors de certaines thérapies décrites (ex. P.A.C.E. ...) il y a finalement peu de données dans la littérature sur les tâches à effectuer en situation duelle et sur la manière de les mettre en œuvre. C'est donc au thérapeute de savoir imaginer des situations fonctionnelles, pouvant être variables selon les patients. Cette approche requiert, certes, notre participation active en amont mais également tout au long de la séance. En effet, au cours des 45 minutes de travail, l'orthophoniste est régulièrement amené à être en situation d'échange réel d'informations : aucun des deux locuteurs ne sait ce que va dire l'autre. Ainsi, patient et thérapeute sont sur un



pied d'égalité. Elle nécessite d'être plus à même de rebondir, de prendre part à des discussions et de savoir étayer un discours.

Un inconvénient à utiliser cette approche dans le cadre de rééducations langagières est que le thérapeute n'a pas toujours la main mise sur le lexique employé par le patient. Pour exemple, dans les tâches de mises en scènes, les échanges ou encore les jeux de rôles, le patient peut ou non utiliser le vocabulaire cible. Dans ces situations, le travail sur l'accès au lexique est moins spécifique, la dimension communicative garde alors toute sa place pour transmettre les messages. Il est donc important de pouvoir se servir de thérapies comme la M-MAT, C.I.A.T. ou la P.A.C.E. qui vont permettre au thérapeute de sélectionner en amont le lexique à travailler et qui vont contraindre le locuteur à s'en servir, tout en gardant l'aspect fonctionnel.

#### **4.2.2. Approche cognitive**

Cette approche est rigoureuse, elle permet d'entraîner directement les composantes qui altèrent l'accès au lexique chez le patient. Elle permet également de faire un travail spécifique sur les représentations sémantiques. Certains patients comme Monsieur E peuvent apprécier cette dimension « travail ». En effet, il avait plus le sentiment de s'améliorer en étant confronté à des tâches complexes. De plus, un grand avantage de cette approche est qu'elle est particulièrement bien décrite dans la littérature. Nous avons à notre disposition une liste non exhaustive de méthodes ainsi que leurs applications (ex. SFA etc.) mais aussi diverses tâches (ex. détection d'intrus etc.) à mettre en œuvre pour améliorer l'accès au système sémantique. Ces tâches sont dans l'ensemble plutôt simples à prendre en mains et à appliquer avec les patients. Elles ne nécessitent pas un long travail de préparation en amont.

Au contraire, certains patients comme Madame G peuvent considérer cette approche trop « scolaire ». Cet aspect peut être appréciable ou non selon les attentes du patient. Cette méthode peut être qualifiée de « peu ludique », elle est plus chronophage et ne nécessite pas outre mesure la création de matériel. Ici, le thérapeute rentre peu en interaction avec le patient, il a un rôle de surveillance, de guidance (ex. ébauches) et la relation patient-orthophoniste n'est pas sur un pied d'égalité. Le patient est confiné dans un rôle de locuteur et le thérapeute dans celui d'auditeur.

#### **4.2.3. Doit-on faire un choix ?**

Pour reprendre le témoignage de Nickels (2002), ces approches doivent être complémentaires. Mazaux annonce également : « *Approche cognitive et approche pragmatique sont deux alliés indissociables* » (Mazaux, 2008, p. 20).

Elles peuvent toutes deux nous apporter de riches pistes de travail. Il ne faut pas oublier que chaque technique est à intégrer à un plan de soin personnalisé, en réponse aux objectifs fixés par le patient. Il s'agit de pouvoir s'adapter à sa demande et à ses attentes en termes de rééducation et non de le formater à notre mode préférentiel de rééducation. Par exemple, d'aucuns pourraient trouver intrusif de s'intéresser à leur parcours de vie, là où d'autres évoqueraient des souvenirs avec réel plaisir. De la même façon certains adhèrent facilement aux exercices écrits alors que d'autres peuvent trouver cela infantilisant, scolaire ou ne sont que rarement en contact avec ces supports. Le choix de notre outil de travail et la façon dont nous menons nos séances va nous permettre d'aborder une bonne alliance thérapeutique afin de maintenir la motivation du patient, essentielle à l'obtention de résultats optimaux.

Cette étude de cas met bien en avant que si les deux approches ont fait leurs preuves et sont efficaces, nous devons sélectionner des tâches adaptées au patient pour optimiser la rééducation. « *La question n'est pas : approche cognitive, ou approche pragmatique ? Mais plutôt : quand privilégier l'une, et quand privilégier l'autre ? Comment mener les deux de front ? Dans quelles proportions ?* » (Mazaux, 2008, p. 19)

Une piste de réponse serait d'intégrer le principal protagoniste à l'équation : le patient. En effet, Martin (2018) reprend les travaux de Kagan et al. (2008) qui soutiennent l'idée que le patient doit être au cœur de toute décision, il doit être pleinement acteur de sa prise en charge. Ainsi, il est primordial pour le thérapeute de recueillir les attentes, les ressentis et les émotions de celui-ci pour adapter au mieux les diverses tâches et soutenir sa motivation.

## **5. Ouvertures**

### **5.1. Poursuites du travail**

L'ensemble des limites citées précédemment offre des pistes d'améliorations envisageables pour parfaire et mener à bien ce projet. Ce travail n'est qu'une amorce, il mérite d'être approfondi au cours d'une étude plus vaste, sur un plus grand nombre de participants. Cela permettrait de pousser l'analyse quant aux bénéfices de ces deux méthodes d'un point de vue linguistique et fonctionnel mais également de pouvoir comparer à plus grande échelle leurs effets en fonction des profils des patients. Plusieurs idées déjà développées sont à retenir. Pour commencer, il serait pertinent d'analyser les lignes de base selon l'exactitude mais aussi la vitesse pour rendre compte d'une diminution ou non des temps de latence. Il serait également pertinent de réfléchir à une méthode d'analyse des bénéfices fonctionnels dans une situation plus écologique. Le choix du lexique à rééduquer est à réfléchir pour de futures études : est-il plus perspicace d'opter pour un unique champ sémantique ou faut-il élargir cette sélection ?

Enfin, Monsieur E souligne bien son inquiétude face la durabilité ou non de ses progrès. Il soulève là un questionnement important qu'il serait judicieux d'approfondir. Ce point n'a pu être abordé dans cette étude pour des raisons temporelles : seule la ligne de base de la première période aurait pu être re-testée ultérieurement. Il serait tout de même intéressant de garder ce critère à l'esprit et de vérifier s'il est possible de l'analyser lors des prochaines passations. Ce projet pourrait tout aussi bien être une étude à part entière, dont le but serait de mettre en lumière la pérennisation ou non des bénéfices d'une rééducation du manque du mot.

### **5.2. Questionnements émergents**

Lors de cette rééducation, le travail a été limité à une catégorie sémantique par approche. Dès lors, les effets de l'entraînement sont-ils restreints aux seuls items travaillés en séance ou sont-ils élargis à d'autres mots sémantiquement proches ? Ce point ne fait pas consensus dans la littérature. Ainsi, il serait intéressant d'étudier, si, un travail spécifique sur un champ sémantique permet une généralisation ou une amélioration des performances dans l'accès au lexique de l'ensemble de la catégorie.

Madame G a évoqué l'importance du recueil d'images lors des rééducations. Il serait intéressant de mener une étude pour déterminer, comprendre ou apporter des pistes quant au type d'images à exploiter avec les patients. Plusieurs possibilités s'offrent à nous en tant que thérapeute : des dessins ou des photographies ? En couleur ou en noir et blanc ? Et pour aller

plus loin, est-il pertinent d'utiliser des photographies issues d'internet, ou est-il préférable, quand cela est possible, d'exploiter des photographies des biens du patient ? Bien sûr, cette solution n'est pas applicable à tous les items, mais nous pouvons envisager qu'en travaillant sur du lexique quotidien (ex. vêtements, meubles, etc.), ce procédé pourrait être réalisable. L'objectif serait de savoir si le choix des images a une incidence sur la rééducation.

Enfin, ce travail de recherche a mis en avant le manque de données concernant l'approche fonctionnelle et sa mise en place dans le cadre de rééducations langagières en situation duelle. Il serait intéressant de connaître l'avis des orthophonistes à ce sujet, savoir comment ils.elles mettent en place cette approche dans leur pratique professionnelle et pourquoi pas établir une liste de tâches réalisables ainsi que leur mise en application.

## Conclusion

Si le locuteur tout-venant ne ressent que rarement des difficultés à accéder à son lexique mental, tout le monde peut cependant faire l'expérience du « mot sur le bout de la langue » (Bogliotti, 2012). Ce trouble particulièrement contraignant est au cœur des tableaux aphasiques. Dans le domaine de l'aphasiologie, deux grands courants de rééducation sont particulièrement décrits dans la littérature : l'approche cognitive et l'approche pragmatique. Il n'est pas inhabituel de privilégier les thérapies cognitives au stade initial pour optimiser la récupération et les approches pragmatiques, a posteriori, pour limiter les restrictions de participation. Cependant, l'approche fonctionnelle ne se limite pas qu'aux rééducations de la communication. Nous avons vu que plusieurs auteurs entraînaient leurs patients de façon écologique, tout en gardant des objectifs langagiers. C'est ainsi que nous avons confronté ces deux grandes approches lors de la rééducation de l'anomie. L'objectif était de comparer les bénéfices obtenus d'un point de vue linguistique et fonctionnel des deux courants, afin d'attester d'effets similaires ou non.

Pour cela, une étude de deux cas uniques a été réalisée. Chacune des deux approches a été proposée aux deux participants. Chaque mode de rééducation a porté sur un unique champ sémantique, décidé conjointement avec le patient, pour une période de sept séances. A l'issue de cet entraînement, les effets ont été analysés à l'aide de lignes de base spécifiques et du profil dénominatif dans le discours et la conversation (BETL). Le premier patient, a obtenu des résultats quantitatifs plus probants à l'aide de l'approche cognitive tandis que le second a eu plus de bénéfices à la suite de l'approche fonctionnelle. Si les deux patients ont légèrement amélioré leurs capacités discursives, leurs ressentis ne va pas toujours de pair : l'un observe une discrète diminution de son handicap communicationnel alors que l'autre ne ressent aucun bienfait des deux prises en charge dans son quotidien.

Un point essentiel a été révélé : pour chaque participant, la thérapie la plus profitable est celle à laquelle il a le plus adhéré. Ainsi, si les deux approches ont maintes fois prouvé leur efficacité, il est du ressort du thérapeute de savoir sélectionner et proposer des tâches, issues de ces deux méthodes, répondant au mieux aux attentes et à la demande du patient. Il faut garder à l'esprit que la littérature nous donne de nombreuses pistes exploitables mais que les diverses approches ne sont pas applicables telles quelles, ni reproductibles d'un patient à un autre. C'est au thérapeute d'adapter le contrat thérapeutique et sa méthode d'approche aux particularités cognitives et individuelles du patient, en accord avec celui-ci.

Cette étude a aussi été menée avec la préoccupation d'apporter des pistes concrètes aux professionnels concernant les méthodes et tâches possibles à réaliser avec les patients. Au vu du nombre de sujets, cette recherche n'est pas représentative de la population, les résultats ne sont donc pas généralisables. Il est néanmoins vrai que ces situations restent intéressantes pour des cliniciens, tant dans la démonstration des tâches appliquées (cognitives et fonctionnelles), que dans l'importance de s'accorder aux besoins et attentes du patient pour maximiser les effets d'une prise en charge.

## Bibliographie

- Attard, M. & Rose, M. (2011). *M-MAT Procedure Manual*. Repéré à <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/MMAT-Procedure-Manual-2011.pdf>
- BiostaTGV. (2000). Repéré à <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/macnemar>
- Bogliotti, C. (2012). Les troubles de la dénomination. *Langue française*, 174(2), 95-110. doi:10.3917/lf.174.0095.
- Bonin, P. (2007). Impact de l'âge d'acquisition des mots et de la fréquence objective dans des tâches lexicales. Dans E. Demont, & M.N. Metz-Lutz (dir.), *L'acquisition du langage et ses troubles* (p. 173-198). Marseille, France : Solal
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. et Bernard, I. (2010). *Les aphasies : Evaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Masson
- De Partz, M.P. (1990). Les approches pragmatiques dans la rééducation des patients aphasiques. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 16, 37-48.
- Doedens, W. J., L. Meteyard, L. (2019): Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review, *Aphasiology*, doi: 10.1080/02687038.2019.1702848
- Ferrand L., (2002), Les modèles de la production de la parole. Dans M. Fayol (dir), *Production du langage*. (p. 27-44) Paris, France : Hermès.
- Francis, D.R., Clark, N. & Glyn W. Humphreys (2002) Circumlocution-induced naming (CIN): A treatment for effecting generalisation in anomia?, *Aphasiology*, 16(3), 243-259, doi: 10.1080/02687040143000564
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, Mini-mental state : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*, 1975;12:189-198.
- Herbert, R., Best, W., Hickin, J., Howard, D. et Osborne, F. (2003). Combining lexical and interactional approaches to therapy for word finding deficits in aphasia. *Aphasiology*, 17(12), 1163-1186. doi:10.1080/02687030344000454
- Joanette, Y., Nespoulous, J.L., & Roch Lecours A. (1996). Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86). Ortho Edition
- Kiran, S., & Thompson, C. K. (2003). The role of semantic complexity in treatment of naming deficits: training semantic categories in fluent aphasia by controlling exemplar typicality. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 46(4), 773-87.
- Kiran, S. (2007). Complexity in the treatment of naming deficits, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16: 18-29.
- Manchon, M., Nespoulous, J.-L., & Duvignau, K. (2011). *Le lexique des verbes en dénomination orale: étude exploratoire chez l'aphasique et étude en IRMf chez le sujet sain*. Toulouse, France.
- Martin, Y. (2018). Troubles phasiques : de la théorie cognitive à l'évaluation clinique. *Rééducation Orthophonique*. Vol. 274, p. 171-183. OrthoEdition.
- Martinez Perez, T., & Maillart, C. (2015). Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. *Rééducation orthophonique*, 261, (76-77)
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson, DL 2007

- Mazaux, J.-M. (2008). Aphasie : Evolution des concepts, évaluation et rééducation. Repéré à [http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Aphasie\\_DES\\_DIU\\_08.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Aphasie_DES_DIU_08.pdf)
- Miranda L. Rose, Anastasia M. Raymer, Lucie E. Lanyon & Michelle C. Attard (2013) A systematic review of gesture treatments for post-stroke aphasia, *Aphasiology*, 27(9), 1090-1127, doi: 10.1080/02687038.2013.805726
- Moreaud, O. *et al.* (2010), « L'aphasie du sujet âgé », *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement* 8, 43-51.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ...et Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- New B., Pallier C., Ferrand L., Matos R. (2001) Une base de données lexicales du français contemporain sur internet : LEXIQUE. *L'Année Psychologique*, 101, 447-462. <http://www.lexique.org>
- Nickels, L. (2002) Therapy for naming disorders : Revisiting, revising, and reviewing, *Aphasiology*, 16(1011), 935-979
- Peereman, R., Lété, B., & Sprenger-Charolles, L. (2007). Manulex-infra: Distributional characteristics of grapheme-phoneme mappings, infra-lexical and lexical units in child-directed written material. *Behavior Research Methods*, 39, 593-603.
- Pulvermüller, F., & Berthier, M. L. (2008). Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*, 22(6), 563–599. doi:10.1080/02687030701612213
- Schelstraete, M.-A., Bragard, A., Collette, E., Nossent, C., & Van Schendel, C. (2011). Traitement du langage oral chez l'enfant. Interventions et indications cliniques. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Snell, C., Sage, K. et Ralph, M. A. L. (2010). How many words should we provide in anomia therapy? A meta-analysis and a case series study. *Aphasiology*, 24(9), 1064-1094. doi:10.1080/02687030903372632
- Tran, T. M. (1997). Intérêts et limites des épreuves de dénomination d'images en pratique clinique aphasiologique. *Glossa*, (59), 16-23.
- Tran, T.M. (2001). Les accidents de la parole dans le langage ordinaire et aphasique : du normal au pathologique. *Revue française de linguistique appliquée*, 6(1). 35-46.
- Tran, T.M. (2007). Rééducation des troubles de la production lexicale. In Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl & Brun V, *Aphasie et aphasiques*, Issy-les-Moulineaux, Masson, p. 205-215.
- Tran, T. M., & Godefroy, O. (2015). *Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux (BETL)*. Isbergues : Ortho Edition
- Tran, T.-M. (2018). Traitement orthophonique des troubles lexico-sémantiques. *Rééducation Orthophonique*. Vol. 275, p. 117-132. OrthoEdition.
- Tran, T.-M. (2018). Troubles phasiques : de la théorie cognitive à l'évaluation clinique. *Rééducation Orthophonique*. Vol. 274, p. 102-125. OrthoEdition.
- Wisnburn, B. & Mahoney, K. (2009) A meta-analysis of word-finding treatments for aphasia, *Aphasiology*, 23:11, 1338-1352, doi: 10.1080/02687030902732745
- Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J. et Wang, P. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 12(8). doi:10.1371/journal.pone.0183349

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Ligne de base « Jardinage »**

**Annexe n°2 : Ligne de base « Cuisine »**

**Annexe n°3 : Ligne de base « Sports »**

**Annexe n°4 : Ligne de base « Musique »**

**Annexe n°5 : Evolution des réponses aux listes A (Monsieur E)**

**Annexe n°6 : Evolution des réponses aux listes A (Madame G)**

**Annexe n°7 : Mises en scène**