



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CHIVOT Caroline
DOUSSOT Lucille

EVOLUTION DE L'ANOMIE ET DE LA
COMMUNICATION VERBALE D'UN PATIENT
APHASIQUE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME
D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE

Directeur de Mémoire
BONTRON Pascale

Membres du Jury

AUJOGUES Emmanuelle
KUZDZAL Dominique
PEILLON Anne

Date de Soutenance
26 juin 2014

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Yves MATILLON
Professeur d'épidémiologie clinique

Directeur de la formation
Agnès BO, Professeur Associé

Directeur de la recherche
Agnès WITKO
M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique
Claire GENTIL
Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie
Anne PEILLON, M.C.U. Associé
Solveig CHAPUIS

Secrétariat de direction et de scolarité
Stéphanie BADIOU

Corinne BONNEL

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier plusieurs personnes pour leur implication et leur soutien dans ce travail, aussi exigeant que passionnant.

Merci tout d'abord à Pascale Bontron, notre maître de mémoire, pour l'intérêt et l'enthousiasme dont elle a fait preuve tout au long de cette expérience. Nous vous remercions de votre accompagnement et du temps que vous nous avez consacré. Votre expérience et vos réflexions nous auront précieusement guidées durant notre travail.

Nous remercions chaleureusement Paule Regnier-Vigouroux, orthophoniste, pour son aide, son accueil, sa bienveillance et son intérêt pour notre recherche. Vous avez su nous soutenir au moment où nous en avons le plus besoin, et pour cela nous vous en sommes infiniment reconnaissantes. De même, nous remercions vos collègues pour nous avoir ouvert les portes de leur cabinet.

Un grand merci à M.D., sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé. Nous sommes heureuses d'avoir fait votre rencontre et avons beaucoup appris à votre contact.

Merci aussi à Juliette Lacassie, orthophoniste, et à Isabelle Pellarin, infirmière, pour leurs lumières, leurs conseils et leur gentillesse.

Merci à Agnès Witko pour son accompagnement méthodologique sans failles, sa disponibilité et sa patience, ainsi qu'à Emmanuelle Aujogues et Dominique Kuzdzal pour leurs éclairages.

Nous ne remercierons jamais assez nos familles qui auront été un soutien infaillible durant ces deux années. Elles nous ont toujours soutenues et encouragées, surtout dans les moments difficiles.

Merci à Quentin, Florent, Laura, Alexis et à tous nos amis proches pour leur présence, leur bonne humeur, leurs encouragements. Votre aide nous aura été précieuse et vos conseils avisés...

Merci enfin à nos amies de promotion, à côté de qui nous avons vécu cette aventure. Notre soutien mutuel nous aura permis de mener ce projet à terme.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. L'APHASIE	11
1. Définition, étiologie et tableaux cliniques.....	11
2. L'anomie, symptôme majeur de l'aphasie.....	12
3. Les manifestations de l'anomie sur le langage et la communication.....	14
II. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....	17
1. Cadre théorique de l'éducation thérapeutique du patient	17
2. Mise en place d'un projet d'Education Thérapeutique.....	20
3. L'éducation thérapeutique appliquée à l'aphasie.....	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
I. PROBLEMATIQUE	26
II. HYPOTHESES	26
1. Hypothèse générale.....	26
2. Hypothèses opérationnelles	26
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. POPULATION.....	29
1. Choix de la population.....	29
2. Critères d'inclusion.....	29
3. Critères d'exclusion	30
4. Présentation du patient	30
II. PROCEDURE.....	31
1. Plan expérimental	31
2. Pré-tests	31
3. Post-tests.....	34
4. Organisation des séances.....	34
PRESENTATION DES RESULTATS	41
I. PRESENTATION DES RESULTATS QUANTITATIFS.....	42
1. Résultats au test D.O. 80 en pré et post-test	42
2. Résultats au test D.V.L. 38.....	43
II. PRESENTATION DES RESULTATS QUALITATIFS	45
1. Evolution de l'E.C.V.B.	45
2. Questionnaire de satisfaction du patient en fin de protocole	46
3. Observations de son orthophoniste	47
DISCUSSION DES RESULTATS	48
I. VALIDATION DE NOS HYPOTHESES.....	49
1. Amélioration de la dénomination.....	49
2. Mise en place de stratégies palliatives.....	50
3. Amélioration du vécu du patient	50
II. INTERETS ET LIMITES DE NOTRE PROTOCOLE	51
1. Intérêts du programme basé sur l'E.T.P. en aphasiologie.....	51
2. Limites et difficultés rencontrées.....	52
3. Choix de la méthode.....	53

III. PERSPECTIVES	56
1. <i>Appliquer cette approche à d'autres symptômes de l'aphasie</i>	56
2. <i>Travail de la communication en groupe</i>	56
3. <i>Aide au retour à domicile des patients</i>	57
4. <i>Vers de nouvelles approches thérapeutiques ?</i>	58
CONCLUSION	59
REFERENCES	60
ANNEXES	63
ANNEXE I : CADRE LEGISLATIF.....	64
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ORAL	65
ANNEXE III : TABLEAU D'E.T.P. ADAPTE A NOTRE PATIENT	66
ANNEXE IV : SCHEMA DES ATTEINTES DE LA PRODUCTION LEXICALE CHEZ UN PATIENT APHASIQUE	67
ANNEXE V : SCHEMA DE LA PRODUCTION LEXICALE CHEZ UNE PERSONNE TOUT-VENANTE	68
ANNEXE VI : METAPHORE DU BARRAGE.....	69
ANNEXE VII : MISE EN SITUATION DES STRATEGIES PALLIATIVES	70
1. <i>Pour le synonyme</i>	70
2. <i>Pour la définition d'usage</i>	70
3. <i>Pour la description d'objet</i>	70
4. <i>Pour faire référence à un souvenir personnel commun</i>	70
5. <i>Pour les gestes idéomoteurs</i>	71
6. <i>Pour la désignation de l'objet dans la pièce</i>	71
7. <i>Pour l'approche phonologique</i>	71
ANNEXE VIII : LISTES DES ITEMS DU TABOU	72
1. <i>45 images de substantifs</i> :	72
2. <i>30 images de verbes d'actions</i> :	72
ANNEXE IX : ACTIVITES DES LISTES DE COURSES	73
1. <i>Images des courses de Noël (6)</i>	73
2. <i>Images des courses au supermarché (7)</i>	73
3. <i>Images du bricolage (8)</i>	73
4. <i>Ingrédients d'une paella (8)</i>	73
ANNEXE X : DESCRIPTION D'IMAGES COMPLEXES	74
ANNEXE XI : IMAGES DE LA PACE.....	75
ANNEXE XII : RESULTATS A L'E.C.V.B. EN PRE ET POST-TEST	78
1. <i>Résultats au pré-test</i>	78
2. <i>Résultats au post-test</i>	80
TABLE DES ILLUSTRATIONS	82
I. TABLE DES FIGURES.....	82
II. TABLES DES TABLEAUX	82
TABLE DES MATIERES	83

SUMMARY

Cerebrovascular accident is the first cause of acquired handicap for adults in industrialised countries. It leads to aphasia in more than a third of cases. Its major symptom, anomia, can cause considerable troubles on oral communication and is a frequent complaint expressed by the patient. Treatments of aphasia in speech therapy evolved to a pragmatic, more ecological approach, which considers the individual as a whole. This way, it tries to give the patient helping strategies to improve his everyday life with his disease. At the same time, in 2007, the French National Authority for Health enacted a new model for readaptation of chronic diseases : Therapeutic Patient Education (T.P.E.). First of all, its aim is to improve the patients' quality of life by making them actors of their therapy. With this in mind, the objectives of the supporting program are defined based on the abilities, limits and complaints of the patient. Since aphasia can be considered as a chronic disease, regarding the criteria established by the organisms which supervise T.P.E., we wondered about its application to aphasia. Then, we have elaborated a therapeutical protocol based on T.P.E., privileging the use of palliative strategies by the patient in order to avoid his anomia and improve his feeling about his oral communication. We proposed sessions created from his educational diagnosis to a patient suffering from non-fluent aphasia. The results of this study have showed a progress concerning denomination scores and an increased use of palliative strategies. Nevertheless, the patient's feeling about his oral communication increased poorly. Thus, T.P.E. seems to have a favourable impact on the everyday life of aphasics, and it might be interesting to extend its application to other symptoms of aphasia, especially to prepare the patient's return home.

KEY-WORDS

Non fluent aphasia, anomia, Therapeutic Patient Education (T.P.E.), palliative strategies, verbal communication, supporting program.

INTRODUCTION

Le nombre actuel de personnes souffrant d'aphasie en France est estimé à 300 000 (Fédération Nationale des Aphasiques de France). Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard (2010, p. 42) précisent que les accidents vasculaires cérébraux (A.V.C.) en constituent la première étiologie. Mazaux et al. définissent l'aphasie par « *des déficiences du langage et des habiletés verbales, qui entraînent des limitations d'activité de communication, elles-mêmes responsables d'une restriction de participation sociale [...]* » (2014, p. 33).

Ainsi, cette atteinte du langage concerne un nombre élevé de personnes, et les conséquences observées sur le quotidien des patients aphasiques peuvent s'avérer très lourdes.

L'aphasie peut entraîner des symptômes divers, dont le plus représenté est l'anomie, ou manque du mot. Ce trouble constitue un élément central et persistant de la plainte du patient aphasique et de son entourage, dont la communication auparavant fonctionnelle s'est vue dégradée. Dans le but d'apporter une réponse à cette demande, les approches thérapeutiques en aphasiologie s'efforcent de se réinventer continuellement, avec l'impulsion donnée par l'apport de la psychologie cognitive.

Ayant évolué d'une approche dite « classique », qui se focalise sur les symptômes cliniques, à une approche « cognitive », qui se préoccupe d'identifier la nature de ces symptômes, la prise en charge thérapeutique de l'aphasie tend désormais à prendre en compte le patient dans sa globalité. Cette nouvelle approche dite « pragmatique » s'intéresse à la fois à l'environnement du patient, aux symptômes cliniques de sa maladie et à leur nature.

En effet, qu'est-ce que la communication sinon une façon d'être au monde et aux autres ? Rousseaux, Bénèche et Cortiana écrivent que « *La communication est un comportement social [...]* » (2014a, p.20). La personne aphasique est atteinte dans l'aspect verbal de cette communication, et cela peut être à l'origine de difficultés importantes dans sa vie quotidienne. La prise en charge orthophonique doit de ce fait être en mesure d'apporter un étayage et des stratégies d'aide à ces personnes, pour qu'elles puissent mieux vivre leur maladie au quotidien.

Dans cette optique, nous nous sommes intéressées à une méthode thérapeutique émergente appliquée aux maladies chroniques, l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.). En parallèle, lors de nos stages, notre observation clinique de l'aphasie nous a montré la persistance de ses symptômes dans le temps. Nous nous sommes alors demandé si une application de l'E.T.P. dans le domaine de l'aphasiologie, et plus particulièrement pour l'anomie, serait pertinente. Nous avons de ce fait tenté d'élaborer un protocole basé sur l'E.T.P., que nous avons ensuite proposé à un patient atteint d'aphasie non fluente pour évaluer les apports qu'une telle prise en charge pouvait lui apporter.

Pour ce faire, nous proposerons dans un premier temps de revenir sur des éléments théoriques dans les domaines de l'aphasiologie et de l'E.T.P. Nous présenterons ensuite M. D, le patient qui nous a permis de mener à bien notre étude de cas, puis le protocole en lui-même. A la lumière des résultats recueillis, nous tenterons d'en analyser les apports, et

d'en fournir un examen critique. Enfin, nous nous interrogerons sur les perspectives que peut engendrer la mise en pratique d'un protocole basé sur l'E.T.P. dans la prise en charge contemporaine des patients atteints d'aphasie.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. L'aphasie

1. Définition, étiologie et tableaux cliniques

1.1. Définition

Selon Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard (2010, p.61), « *L'aphasie désigne l'ensemble des troubles de la communication par le langage secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique.* ». Ces troubles de la communication peuvent se manifester par une atteinte du versant réceptif et/ou expressif du langage, ainsi que dans la modalité orale et/ou écrite, et ce à des degrés divers.

Ce dysfonctionnement du langage n'est pas lié à une altération sensorielle ou motrice, ni à une déficience intellectuelle, ou à un état démentiel (Brin-Henry, Courier, Lederlé & Masy, 2010, p.20).

1.2. Etiologies

Selon Peskine & Pradat-Diehl (2007) la cause première de l'aphasie est l'accident vasculaire cérébral (A.V.C.). Plus d'un tiers des nouveaux cas d'A.V.C. entraîneront une aphasie, dont la moitié sera considérée comme sévère. L'A.V.C. constitue ainsi la première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays occidentaux (Chomel-Guillaume, Leloup. et Bernard, 2010, p. 42).

D'autre part, selon ces mêmes auteurs, les pathologies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou les dégénérescences lobaires fronto-temporales constituent une étiologie importante de l'aphasie. Nous pouvons citer ensuite les pathologies tumorales, inflammatoires (sclérose en plaques...) et traumatiques (une aphasie peut survenir dans 5 à 11% des cas après un traumatisme cérébral). Certaines pathologies infectieuses peuvent également entraîner des troubles phasiques, telles que la méningo-encéphalite, un abcès ou un empyème intracrânien sous-dural. Ce dernier est une accumulation de pus entre la dure-mère et l'arachnoïde pouvant causer des lésions cérébrales qui entraînent des symptômes divers selon la localisation. Une aphasie de type Broca est constatée dans 25% des cas (Barakate, 2006).

1.3. Tableaux cliniques

Le nombre élevé de nouveaux cas d'aphasie tous les ans révèle une grande diversité sémiologique, et l'observation des tableaux cliniques est indispensable pour aborder une prise en charge orthophonique. De ce fait, une classification des aphasies est nécessaire.

Si plusieurs types ont été proposés, celle de l'école de Boston est aujourd'hui la plus largement acceptée. Ainsi, la fluence a été retenue comme critère premier de classification, avec la dichotomie fluente/non fluente. Au sein de cette différenciation, le critère de préservation de la compréhension est pris en compte, et enfin, au sein de cette nouvelle différenciation, le critère d'aptitude à la répétition complète la classification. Cette dernière permet d'isoler huit tableaux cliniques aphasiques, auxquels s'ajoutent d'autres tableaux cliniques plus spécifiques, tels que la surdité verbale.

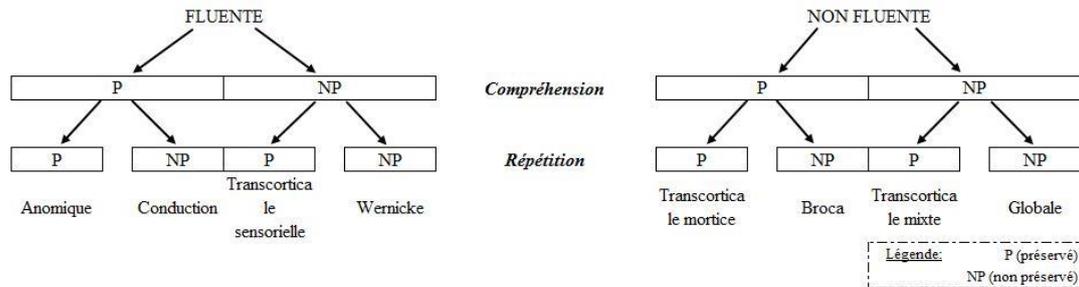


Figure 1 : Classification des aphasies proposée par l' cole de Boston (Benson & Geschwind, 1971)

2. L'anomie, symptôme majeur de l'aphasie

2.1. Définition de l'anomie

Selon la localisation et l'étendue de l'atteinte cérébrale dont a été victime le patient, son aphasie peut se traduire par différentes manifestations. Celles-ci peuvent concerner l'expression, la compréhension, la modalité orale et/ou la modalité écrite et ce à différents niveaux : lexical, sémantique, phonologique, syntaxique et/ou discursif.

Néanmoins, depuis les prémices de l'aphasiologie, les auteurs qui s'y sont intéressés s'accordent à considérer le manque du mot, ou anomie, comme le « *phénomène majeur du trouble de l'expression verbale* » (Alajouanine, 1968, chap.3, p.86) rencontré dans les tableaux cliniques d'aphasie. En effet, selon Nespoulous (2014, p.14), « *Le manque du mot, ou problème d'accès au lexique mental (ou encore anomie) est un symptôme particulièrement fréquent chez l'aphasique, et ce quelle que soit la catégorie clinique à laquelle il appartienne.* ».

L'anomie consiste en une difficulté plus ou moins prononcée, voire une incapacité totale, à produire un mot dans une situation de communication, le plus souvent orale, en conversation spontanée ou en dénomination (Brin-Henry, Courier, Lederlé & Masy, 2010).

De nos jours, le manque du mot constitue encore le centre de nombreuses recherches, en tant que « *noyau du tableau symptomatologique de l'aphasie* » (Chomel-Guillaume, Leloup & Bernard, 2010, chap.4, p.62).

2.2. Modèle de traitement lexico-sémantique d'Hillis et Caramazza (1994)

Afin de mieux comprendre les atteintes observées en clinique, les auteurs ont tenté, au gré de l'évolution des conceptions, de modéliser les processus mis en œuvre dans la production non pathologique de mots. Sous les éclairages de la psychologie cognitive, Hillis et Caramazza (1994) ont développé un modèle de traitement lexico-sémantique, visant à isoler les différents niveaux intervenant lors de la production de mots, quelles qu'en soient les modalités de réception (auditive, visuelle) et de production (orale, écrite).

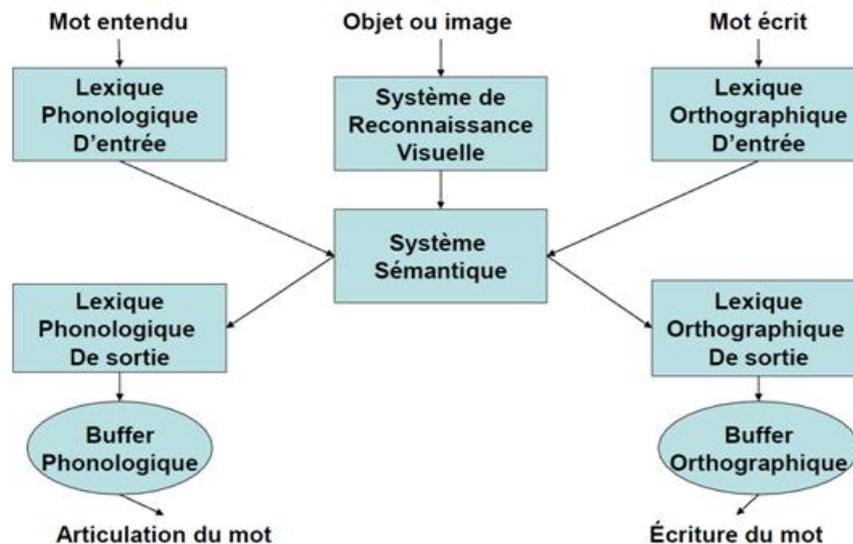


Figure 2 : Modèle de traitement lexico-sémantique (Hillis et Caramazza, 1994)

Comprendre le fonctionnement non pathologique mis en œuvre dans la production orale du mot permet de mieux cerner les atteintes cognitives à l'origine des symptômes relevés en clinique. En effet, la diversité des troubles lors de la production lexicale observée en aphasiologie suggérerait des atteintes à des niveaux différents lors du processus de production de mot.

Le modèle proposé par Hillis et Caramazza est issu de la neuropsychologie cognitive, dont l'objectif est d'améliorer la connaissance du fonctionnement normal des mécanismes mentaux par l'étude des symptômes rencontrés lors d'atteintes cérébrales (Chomel-Guillaume, Leloup & Bernard, 2010). Ce modèle est de type modulaire, c'est-à-dire que ses composantes sont isolées les unes des autres mais communiquent malgré tout entre elles par des voies. La composante centrale est le système sémantique, et les sous-systèmes sont hiérarchiquement disposés autour de ce module central. Chaque sous-système est de nature spécifique (phonologique, sémantique, orthographique) et participe au traitement de l'information dans toutes les activités de langage :

- Le lexique phonologique d'entrée constitue le répertoire des représentations phonologiques des mots de la langue stockées par l'individu (système phonologique, fréquence des mots, longueur des mots...). Le lexique phonologique de sortie, quant à lui, intervient dans toutes les tâches de production orale de mots, (en expression spontanée, dénomination orale, répétition et lecture

-
- à voix haute). La forme phonologique du mot-cible s'active lors de la verbalisation.
- Le lexique orthographique d'entrée contient les représentations orthographiques des mots connus du sujet. Il permet la reconnaissance de mots écrits, et est sensible à leur fréquence d'usage. Le lexique orthographique de sortie est un système permettant d'accéder aux informations disponibles pour écrire un mot.
 - Le système de reconnaissance visuelle centralise toutes les connaissances du sujet sur le versant de la perception visuelle ; il ne stocke pas d'informations sémantiques ni catégorielles. Il appartient à la mémoire à long terme.
 - Le système sémantique est considéré comme un élément central et amodal, c'est-à-dire que la représentation liée au mot est activée quelle que soit sa modalité d'entrée (orale ou écrite). Il regroupe les connaissances conceptuelles du mot. Il conserve la catégorie, les caractéristiques sensorielles, les fonctions et les connaissances encyclopédiques liées au mot. Il constitue un répertoire de significations organisé en réseaux hiérarchisés, constitué d'un ensemble de nœuds reliés par des liens associatifs. Chacun de ces nœuds renvoie à un concept.
 - Les buffers constituent une « mémoire-tampon » fragile, de courte durée et fréquemment altérée dans l'aphasie. Ils maintiennent l'information sélectionnée pour organiser et réaliser la séquence. Ils sont spécialisés dans le maintien de l'information phonologique ou orthographique. Lorsqu'ils sont atteints, le maintien de l'information phonologique est moins efficace, de ce fait les mots nécessitant davantage d'informations phonologiques pour être produits seront moins bien réalisés.

C'est en ayant une représentation plus fine et plus précise de ces atteintes qu'il est alors possible d'adapter au mieux la prise en charge. En effet, la rééducation du manque du mot constitue l'une des premières demandes formulées par le patient et son entourage, qui sont confrontés à ce phénomène de manière précoce et récurrente lors de leurs échanges.

3. Les manifestations de l'anomie sur le langage et la communication

3.1. Manifestations sur les productions verbales

Comme nous l'avons vu précédemment, l'aphasie peut altérer les versants de l'expression et/ou de la compréhension, dans tous les domaines du langage. L'anomie concerne le domaine du lexique dans son versant expressif. Elle peut s'observer au travers de manifestations très variées.

Une rupture dans la chaîne parlée peut souvent intervenir, au moment où le patient veut produire un mot précis. Cette rupture entraîne un silence, une attitude corporelle de recherche du mot (froncement de sourcil, geste d'impatience...), un tâtonnement, ou encore une mise en évidence orale de la difficulté rencontrée. Ces éléments cliniques sont à moduler en fonction du tableau aphasique du patient : selon son degré de fluence, des pauses silencieuses seront plus ou moins observées, les manifestations de recherche du mot s'exprimeront de différentes manières.

Lorsque l'anomie survient, elle peut se manifester par des productions déviantes. En effet, le patient ne parvenant pas à produire le mot cible peut alors émettre un autre item. Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard (2010) proposent une liste des principales déviations orales que l'on peut rencontrer dans les productions du patient aphasique. Parmi celles-ci, celles relevant de l'anomie sont :

- Les paraphasies verbales : substitution d'un mot par un autre sans qu'il n'existe de relation sémantique entre eux.
- Les paraphasies verbales morphologiques : substitution d'un mot par un autre mot qui possède des phonèmes en commun.
- Les paraphasies sémantiques : remplacement d'un mot par un autre qui entretient un lien sémantique avec le mot-cible.
- Les paraphasies mixtes : association au sein d'un même mot de déviations phonémiques et sémantiques.
- Les néologismes : productions respectant le système phonologique de la langue mais n'étant pas reconnues comme y appartenant. Elles sont le résultat de déviations phonémiques importantes. Lorsque leur nombre est élevé dans les énoncés du patient, on parle alors de jargon.
- Les conduites d'approche : tâtonnements du patient pour tenter d'arriver à produire le mot-cible, qui procède ainsi par autocorrection.
- Les stéréotypies : production verbale qui revient de façon récurrente et spontanée dans le discours du patient, quoi qu'il veuille exprimer.

Une même déviation peut refléter des atteintes différentes des processus d'expression lexicale. Il est donc nécessaire d'identifier le processus déficitaire pour ensuite élaborer les objectifs de prise en charge applicables à la personne aphasique.

3.2. Manifestations sur la communication

Selon l'atteinte neurologique, l'aphasie s'accompagne de troubles qui affectent la communication verbale et la communication non verbale (gestes, expressions du visage, mimiques) du patient. Ces deux versants ne sont pas toujours faciles à différencier, même si les atteintes de la communication verbale restent plus facilement analysées et classifiées. Daviet, Muller, Stuit, Darrigrand et Mazaux définissent d'une part la communication verbale comme « *la capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celle des partenaires de l'échange [...]* » (2007, p.79). D'autre part, la communication non-verbale, qui concerne l'expression et les gestes, peut être abordée selon l'apport informationnel des gestes. En effet, ces derniers peuvent soit apporter une information différente de celle véhiculée par la parole, et donc constituer un élément prépondérant pour la compréhension du message, soit accentuer la signification du message.

Nespoulous précise que la compétence communicationnelle du patient aphasique inclut les éventuelles solutions d'adaptation qu'il peut produire « *spontanément, voire inconsciemment, ou induites par tel ou tel programme pédagogique/orthophonique.* » (2014, p.12). Lorsqu'elles se révèlent fonctionnelles, ces stratégies permettent une

meilleure communication du patient, ce qui amène Holland (citée par Nespoulous, 2014) à préciser : « *aphasics communicate better than they talk.* » (les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent, traduction libre). Ainsi, la communication non verbale peut constituer une stratégie palliative efficace dans ces cas-là. Mais lorsque les stratégies ne sont pas mises en place, ou trop peu, ou de manière inefficace, alors les difficultés d'accès au lexique mental peuvent entraver la communication du patient aphasique avec ses partenaires de manière considérable. Selon son degré de sévérité, l'anomie peut être source de légers malentendus lors d'une conversation comme de totales ruptures de l'échange (Rousseaux, Cortiana & Bénéche, 2014b).

Ces bris de communication, conséquences parmi d'autres des troubles aphasiques sur les échanges interpersonnels, peuvent amener le patient à perdre confiance en lui, en sa capacité à communiquer, et l'inciter à se replier sur lui et à limiter ses échanges. Comme le précise Nespoulous (2014, p.17) « [...] *la communication constitue ainsi un véritable défi tant il est vrai qu'elle n'est jamais assurée d'être couronnée de succès* ». La rééducation orthophonique doit apporter au patient et à son entourage les éléments nécessaires pour comprendre, repérer, limiter et contourner les échecs lors des échanges.

3.3. Les principales approches rééducatives de l'aphasie

La prise en charge de l'aphasie peut être abordée selon diverses approches (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010):

- L'approche dite « classique » est basée sur l'observation du tableau clinique : à partir des symptômes relevés, le trouble est rapporté à un type d'aphasie. Les performances dans les différents domaines du langage sont évaluées et conditionnent les objectifs de la prise en charge.
- L'approche dite « cognitive » est basée sur l'identification de la nature des symptômes constatés. Cela amène à identifier le processus atteint, en se référant au modèle de traitement de l'information de l'individu sain, tel que celui d'Hillis et Caramazza. Mazaux, Pradat-Diehl et Brun (2007) estiment que cette approche est la plus adaptée à la rééducation de troubles d'ordre lexicosémantiques.
- L'approche dite « pragmatique » prend en compte la communication de l'individu dans sa globalité ; elle est considérée comme plus écologique que les autres approches. Toutes les compétences du patient sont mobilisées pour maintenir les échanges entre celui-ci et son entourage.

Toutefois, quel que soit le type d'aphasie diagnostiqué, l'anomie sera un élément à prendre en compte dans le plan de rééducation.

L'approche classique propose d'aborder le manque du mot à l'aide d'exercices de dénomination, d'évocation, de récit narratif ou même de réapprentissage du mot en créant des associations phonologico-sémantiques basées sur des images mentales.

L'approche cognitive présuppose l'identification de la composante altérée dans la production lexicale pour ensuite élaborer des exercices faisant intervenir préférentiellement ce système.

L'approche pragmatique fait l'état des lieux des compétences résiduelles et des déficits du patient pour ensuite proposer des stratégies visant à pallier les obstacles entravant sa communication. Pour surmonter son anomie, le patient peut utiliser tous les moyens à sa disposition (gestes, mimiques, pointage, description...).

II. L'éducation thérapeutique du patient

Dans le cadre de la prise en charge des patients, de nombreux types d'approches thérapeutiques ont été abordés. Pendant longtemps, des écoles dites traditionnelles ont dominé la rééducation des troubles aphasiques. Nous pouvons ainsi mentionner les écoles empirique, behavioriste, neurolinguistique et cognitiviste. Cependant, depuis maintenant quelques années, d'autres procédés thérapeutiques se développent, tels que les approches fonctionnelles, qui ne se basent plus seulement sur la structure lésée, mais sur la fonction touchée.

L'une d'elles est appelée écologique. Elle vise à prendre en compte le handicap du patient dans sa vie quotidienne et donc de lui proposer une prise en charge plus orientée vers ses besoins. En effet, selon Brin-Henry (2014, p. 156), pour les personnes atteintes d'aphasie, *« Tous [les] actes de langage [de la vie quotidienne] constituent des tâches compliquées voire insurmontables justifiants qu'ils soient considérés comme des objectifs de restauration ou de compensation de la communication. »*.

Consciente de l'impact des maladies au long cours sur le quotidien des patients et de leur entourage, la Haute Autorité de Santé a alors élaboré un programme d'accompagnement écologique, dont l'application personnalisée à chaque patient permettrait de le soutenir dans sa vie de tous les jours. Ce programme porte le nom d'Education Thérapeutique du Patient.

1. Cadre théorique de l'éducation thérapeutique du patient

1.1. Définitions

En 2007, la Haute Autorité de Santé (H.A.S., 2007a) promulgue une nouvelle approche écologique : l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.). Cette technique est utilisée dans de nombreux domaines médicaux : cancérologie, traitement de l'asthme, traitement du diabète... Elle peut être définie *« comme [une] aide apportée aux patients, à leur famille et/ou leur entourage pour « comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie » »* (Eymard, 2010, p.39). Elle vise, comme l'indique l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) *« à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »* (cité par Brin-Henry, 2014).

L'E.T.P. s'inscrit dans un processus de prise en charge quotidienne et continue du patient atteint de maladie chronique, en tenant compte de ses besoins. Son but étant de permettre au patient de mieux comprendre sa pathologie et sa rééducation, elle fait appel à une prise en charge thérapeutique et psychosociale ouverte à l'entourage de la personne s'il en fait la demande. Elle ne remplace pas la thérapie classique qui accompagne une pathologie mais, proposée à bon escient, elle se révèle complémentaire aux traitements et soins usuels.

Pour l'heure, l'E.T.P. est encore peu pratiquée, c'est pourquoi il est encore difficile de lui définir un cadre théorique bien précis. Néanmoins, quelques institutions, notamment l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.), ont tenté d'imposer un cadre, que nous décrivons plus loin, aux différentes pratiques relatives à l'E.T.P. (Eymard, 2010).

En parallèle, la H.A.S. (2007b et 2007d) a émis des recommandations afin d'éviter toute application non conforme de cette nouvelle pratique.

1.2. Cadre législatif

Comme tout acte médical, les programmes d'E.T.P. sont encadrés par divers articles de loi. En effet, depuis 2009, le Code de la Santé Publique propose six articles qui tendent à définir un premier cadre, au sein de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, à ce type de prise en charge. (Annexe I).

Ces articles rappellent les objectifs de programmes d'E.T.P., tout en fournissant un cadre législatif et déontologique à cette démarche. Ils encadrent en parallèle le financement de ce type de prise en charge et empêchent des entreprises liées par leurs activités dans le domaine médical d'élaborer elles-mêmes ces programmes. C'est pourquoi, comme tout acte médical, l'E.T.P. ne peut être dispensée que par des professionnels de santé.

1.3. Conseils proposés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.)

De nos jours, la littérature décrit peu la notion d'E.T.P., ainsi que tout ce qu'elle implique. Il n'a, pour l'heure, pas émergé de modèle défini explicitement, mais diverses approches, nées de la clinique, sont décrites selon les pathologies abordées. Néanmoins, des organismes tels que l'I.N.P.E.S. ont tenté de regrouper de nombreux programmes d'E.T.P. pour les synthétiser (Eymard, 2010). Les informations proposées par cet organisme s'inscrivent dans le respect des articles du Code de la Santé Publique décrits précédemment.

1.3.1. Divers types d'éducation

L'E.T.P. se distingue de la simple transmission des savoirs au patient, puisqu'elle cherche à mettre en place une compréhension et un apprentissage de sa part, afin de lui permettre d'acquérir davantage d'autonomie face à sa pathologie. Eymard (2010) distingue en E.T.P. trois types d'apprentissage basés sur le behaviorisme ou sur le constructivisme :

- Le behaviorisme expositif est une technique d'apprentissage privilégiant la « *transmission des savoirs* » (Eymard, 2010, p.44). Il implique une relation expert/apprenant entre le professionnel de soins et le patient, ce qui constitue un schéma fréquent dans le milieu médical.
- Le behaviorisme d'apprentissage par actions est une approche dite cognitivo-comportementale qui vise à développer des « *comportements adaptés* » (Eymard, 2010, p.45) à une situation. L'apprentissage du patient se fait alors grâce aux expériences qui jalonnent son parcours médical.
- L'approche constructive stipule elle aussi que les connaissances se développent par l'expérience. Eymard énonce, de plus, que la « *connaissance de soi du patient* [se réalise] *dans un environnement social* » (2010, p.46). L'apprentissage se développe en conséquence en totale interaction avec son contexte quotidien.

Cette dernière approche fait émerger une notion récente, née aux Etats-Unis, l'empowerment, que l'on pourrait présenter comme la capacité de l'individu à prendre soin de lui, à savoir prendre de bonnes décisions et à réagir de manière adaptée face à sa maladie. Brin-Henry souligne qu'« *Il semble plus légitime d'accorder une place plus importante aux objectifs de la personne qui est devenue « patient » mais qui doit rester « acteur » de son évolution.* » (2014, p. 157).

1.3.2. Divers types de thérapies

En parallèle des différentes approches d'un programme d'E.T.P., Eymard (2010) distingue plusieurs modèles d'éducation thérapeutique :

- Une première approche est centrée sur l'organe défaillant et la maladie. Il s'agit dans ce cas d'un programme s'appuyant sur le modèle biomédical. L'E.T.P. visera alors essentiellement à donner des informations au patient. Les autres facteurs pouvant entrer en jeu, tels que les facteurs sociaux, environnementaux et psychologiques, ne seront pas abordés.
- Si, en plus de l'organe défaillant et de la maladie, les facteurs mentionnés ci-dessus sont pris en compte, nous entrons dans un modèle biopsychosocial de la maladie. Dans ce cas, une relation de type maître-élève s'instaure entre le professionnel de soin et son patient.
- Une dernière approche abolit cette relation pour laisser le patient acteur à part entière de sa prise en charge, dans le but d'obtenir son autonomie et une meilleure qualité de vie. C'est dans cet unique cas que nous pouvons parler de transfert des connaissances.

C'est en prenant en compte le modèle d'apprentissage choisi et le type d'approche correspondant au mieux à la situation que s'élabore un programme d'E.T.P.

1.3.3. Le diagnostic éducatif

Le diagnostic est le premier outil à mettre en place lors de la création d'un programme d'E.T.P. Il découle de la première rencontre avec le patient et sera ensuite inclus dans son dossier de suivi. Il synthétise les données habituelles concernant le patient et sa maladie, son historique médical.

En parallèle, il faut aussi situer la personne entrant dans le programme d'E.T.P. en dehors de sa pathologie, dans son quotidien : ses activités, ses passions, son rythme de vie, son environnement familial...

Lors de ce premier rendez-vous (développé plus bas), les professionnels de santé vont évaluer l'état du patient pour poser le diagnostic éducatif, qui définira les grandes lignes du programme personnalisé.

2. Mise en place d'un projet d'Education Thérapeutique

La H.A.S. (2007b, 2007c, 2007e et 2007f) a édité des articles sur l'E.T.P. pouvant s'apparenter à une feuille de route pour les soignants choisissant de se former à ce type d'approche. Néanmoins, ces articles sont nécessaires mais non suffisants : seuls les professionnels ayant suivi une formation spécifique en E.T.P. peuvent pratiquer cette technique à proprement parler.

2.1. Les étapes de structuration d'un programme d'E.T.P.

Les recommandations émises en juin 2007 par la H.A.S. s'attachent dans un premier temps à définir l'application concrète de l'E.T.P. avant d'en déterminer les finalités.

2.1.1. Etape 1 : Elaborer un diagnostic éducatif

Nous avons déjà évoqué plus haut l'importance du diagnostic éducatif. Il s'agit du premier acte effectué dans la mise en place d'un programme d'E.T.P. Il est donc nécessaire de prendre le temps, lors de la première rencontre, de bien connaître le patient dans sa globalité, sans se contenter de la dimension pathologique, afin d'en tirer un diagnostic éducatif le plus précis et adapté possible.

2.1.2. Etape 2 : Définir les grandes lignes du programme d'E.T.P.

A l'aide du diagnostic éducatif, les soignants vont élaborer avec le patient les différents objectifs de son programme. Pour cela, ils s'appuieront sur une analyse de compétences-clés, exposées plus bas, qui seront mises en lien avec des objectifs. Ces derniers seront personnalisés suivant les demandes, besoins, plaintes et centres d'intérêt du patient.

2.1.3. Etape 3 : Mettre en œuvre les séances d'E.T.P.

Lors de cette étape, les soignants vont adapter le contenu des séances aux objectifs choisis dans l'étape 2. Les méthodes et techniques utilisées dépendront de la compétence à travailler mais aussi de la personnalité du patient.

2.1.4. Etape 4 : Evaluer le programme

A la fin du programme, il est important d'en tirer les points positifs mais aussi ceux à améliorer.

Dans un premier temps, l'évaluation du programme va porter sur les acquis du patient. En fonction des objectifs établis en début de protocole, il faut qu'il définisse ce qu'il sait, ce qu'il a appris à faire, ce qu'il a besoin de revoir, etc... Les soignants peuvent, eux aussi, analyser leur pratique. A l'aide de ces données, ils pourront améliorer le programme qu'ils proposent.

2.2. Les questions à se poser lorsque l'on met en place un tel programme

2.2.1. A qui proposer l'E.T.P. ?

Il s'agit d'une question cruciale : définir à qui s'adresse un programme tel que l'E.T.P. En théorie, il s'adresse à toute personne souffrant d'une maladie dite chronique, peu importe son âge. L'E.T.P. peut aussi s'adresser aux proches du patient, dans la limite où le patient et les proches le désirent et se sentent impliqués dans la gestion de la maladie.

2.2.2. Qui peut proposer l'E.T.P. ? Qui la réalise ?

Un programme d'E.T.P. peut être proposé par tout professionnel de santé formé à l'E.T.P. A l'heure actuelle, la formation est délivrée par l'Institut de Perfectionnement en Communication et en Education Médicales (I.P.C.E.M.). Elle se déroule en trois sessions, de deux ou trois jours chacune, étalées sur cinq mois environ. Le contenu de chaque formation dépend de la pathologie ciblée par le programme.

2.2.3. Où réaliser l'E.T.P. ?

Le programme se déroulera dans un lieu arrangeant le patient et tenant compte de ses capacités : il pourra s'agir du domicile du patient, de sa chambre d'hôpital comme d'un lieu plus neutre.

2.2.4. Quand réaliser l'E.T.P. ?

La H.A.S. stipule que l'E.T.P. peut être proposée à tous stades d'une maladie chronique, quelle que soit son évolution.

2.2.5. Pourquoi la réaliser ?

La mise en place d'un programme d'E.T.P. doit apporter un bénéfice substantiel au patient. Elle vise à l'aider à vivre avec sa maladie chronique, à améliorer son autonomie et sa capacité d'adaptation.

3. L'éducation thérapeutique appliquée à l'aphasie

3.1. L'aphasie, une maladie chronique ?

L'E.T.P. s'adresse aux patients atteints d'une maladie chronique. Il semble donc nécessaire de définir le terme de chronicité. L'O.M.S. définit une maladie chronique comme « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies* » (Andrews & Faulkner, 2004, traduction libre).

Cette définition, peu précise, appelle quelques éclaircissements, apportés par des critères de définition proposés par la H.A.S. et l'O.M.S. que nous compilons ci-dessous :

- Présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive.
- Un état pathologique ayant une certaine ancienneté (d'un minimum de trois mois pour la H.A.S.).
- Un retentissement important dans la vie quotidienne qui impose des soins ou des aménagements.

Nous pouvons donc conclure que la maladie chronique est une maladie au long cours, qui s'inscrit dans la temporalité. Elle se répercute sur tous les aspects de l'existence du malade.

Ces maladies sont malgré tout diverses. Elles ne sont pas définies par un type d'atteinte précis, mais par les conséquences quotidiennes, médicales, sociales, etc. qui en découlent.

L'O.M.S. et la H.A.S. sont pourtant en désaccord sur un point définissant les maladies chroniques. Selon la première entité, la maladie chronique serait une cause, c'est-à-dire l'origine des symptômes, tandis que pour la seconde, il s'agirait d'un état pathologique, avec des répercussions vécues quotidiennement par le patient. Afin d'éclaircir ces notions, Assal (1996) différencie les différentes approches générales de la maladie :

- Par la médecine aigüe, dite d'urgence, diagnostique.
- Par la médecine bio-psycho-sociale et pédagogique, qui impose un accompagnement du malade dans sa pathologie. Dans ce cas, le rôle du soignant change, notamment dans sa relation avec la maladie. Le rôle du patient évolue aussi : il participe davantage aux soins et doit bénéficier d'un certain savoir. Les maladies chroniques s'inscrivent dans ce dernier type de médecine.

Dans le cadre de la médecine bio-psycho-sociale et pédagogique, l'O.M.S. distingue trois types de prise en charge, détaillés dans la Classification Internationale du Fonctionnement (2001) :

- Dans le cadre d'une déficience, cela dépend du domaine de l'observation clinique et du traitement thérapeutique pur.
- Dans le cadre d'une incapacité, cela dépend du champ de la réadaptation.
- Dans le cadre d'un désavantage, cela dépend du domaine de la réinsertion.

Si la déficience est d'ordre purement médical, l'incapacité et le désavantage font appel, eux, à des normes sociales. Il faut donc créer un lien étroit entre le corps médical, le corps paramédical et le domaine social.

Ces définitions de la maladie chronique correspondent à certains aspects de l'aphasie, et notamment des séquelles comme l'anomie. En effet, l'aphasie est due à une cause cognitive, elle-même imputée à un problème organique (généralement une lésion cérébrale). De plus, l'aphasie est un trouble pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans certains cas, des séquelles sont perceptibles à vie, de manière plus ou moins importante. Enfin, l'aphasie s'accompagne d'un fort retentissement dans la vie quotidienne.

3.2. Tableau de compétences

La H.A.S. propose dans ses recommandations de 2007 une liste de compétences à observer et analyser chez le patient, en les regroupant sous deux grands types : l'autosoin et l'adaptation.

En 2011, la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) définit les compétences d'autosoin comme les « *décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé* ».

En parallèle, toujours selon la SOFMER (2011), l'adaptation regroupe l'ensemble des « *compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent*

aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ». Il s'agit donc de la capacité du patient à prendre les bonnes décisions concernant son existence, à se connaître et à agir en fonction de ses capacités. Pour cela, il faut tenir compte de l'histoire du patient, de son passé.

Brin-Henry (2014, p. 159-160) résume ces compétences dans deux tableaux en les mettant en parallèle avec des objectifs spécifiques à l'aphasie :

Compétences d'autosoins	Objectifs spécifiques proposés
Comprendre, s'expliquer	Comprendre le trouble de communication, son origine et ses répercussions
Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie	Appréhender les conséquences sur le quotidien
Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent	Adopter une conduite adaptée face aux troubles Ralentir ou éviter l'installation de l'épuisement familial

Tableau 1 : Récapitulatif des compétences d'autosoins dans le cadre d'une aphasie

Compétences d'adaptation	Objectifs spécifiques proposés
Se connaître soi-même, avoir confiance en soi	Avoir confiance en ses capacités de communication
Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress	Maîtriser le stress lié à l'échec potentiel de la situation de communication
Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles	Réorganiser le système en acquérant ou en sollicitant des compétences pour communiquer, efficaces, savoir les reconnaître et les révéler chez l'interlocuteur

Tableau 2 : Récapitulatif des compétences d'adaptation dans le cadre d'une aphasie

Ainsi, au vu des recommandations de la H.A.S., un programme d'E.T.P. pourrait représenter un soutien thérapeutique adapté dans le cadre d'une pathologie chronique telle que l'aphasie, et notamment dans la prise en charge de l'anomie.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

L'aphasie constitue l'une des atteintes du langage les plus observées chez l'adulte, notamment à travers son symptôme le plus prégnant : l'anomie. Ses conséquences sur la qualité de vie peuvent être considérables et il est nécessaire de proposer une prise en charge orthophonique aux personnes qui en souffrent. Au vu de la diversité des tableaux cliniques et de la façon dont chaque individu vit sa maladie, il semble primordial d'adapter la rééducation au plus près des besoins du patient.

En parallèle, une nouvelle approche thérapeutique des maladies chroniques se développe : l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.). Sa mise en pratique suppose une organisation spécifique encadrée par des organismes officiels tels que la Haute Autorité de la Santé, et seuls les professionnels strictement formés à cette pratique peuvent l'exercer.

L'aphasie pouvant s'apparenter à une maladie chronique, il nous a semblé intéressant d'adapter un programme d'E.T.P. à cette pathologie. Au sein de ce protocole, nous souhaiterions proposer la mise en pratique de stratégies palliatives au manque du mot afin d'améliorer les compétences communicationnelles du patient aphasique.

Le programme d'accompagnement basé sur l'E.T.P. aura un impact sur la mise en place de stratégies palliatives par le patient aphasique pour contourner son anomie, ce qui influencera sa communication verbale et le vécu de sa pathologie au quotidien.

II. Hypothèses

1. Hypothèse générale

Le programme d'accompagnement basé sur l'E.T.P. aura un impact sur l'anomie du patient, sur son utilisation de stratégies palliatives et sur son ressenti concernant sa communication verbale.

2. Hypothèses opérationnelles

Pour répondre à notre hypothèse générale, nous avons émis trois hypothèses opérationnelles.

2.1. Hypothèse 1 : scores de dénomination

Le programme atténuera l'anomie du patient, ce qui s'observera par une amélioration de ses scores de dénomination.

2.2. Hypothèse 2 : stratégies palliatives

Le programme d'accompagnement basé sur l'E.T.P. aidera le patient à mettre en place davantage de stratégies palliatives visant à contourner son anomie.

2.3. Hypothèse 3 : vécu du patient

Le patient ressentira une amélioration de sa communication verbale, en lien avec l'augmentation de l'utilisation de stratégies palliatives, l'amélioration de la dénomination et l'appropriation des connaissances transmises en séances.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Population

1. Choix de la population

Nous avons choisi d'effectuer notre expérimentation dans le cadre d'une étude de cas. Ce choix s'explique par divers aspects, tant au niveau de la logique que de la cohérence de notre démarche. L'utilisation d'un outil inspiré de l'Education Thérapeutique du Patient implique une prise en charge la plus adaptée possible à l'individu et, par conséquent, unique. Il nous paraissait donc incohérent de comparer des patients qui auraient bénéficié d'une telle prise en charge, certes basée sur les mêmes données théoriques, mais différente du point de vue de son application pratique. De même, étant donnée l'unicité de chaque patient, nous avons fait le choix de ne pas prendre de patient contrôle. Nous avons en effet estimé que les capacités de récupération et d'adaptation propres à chaque patient n'étant pas quantifiables ni maîtrisables, elles pourraient constituer des biais trop importants.

2. Critères d'inclusion

Notre protocole de recherche s'adresse à des patients aphasiques souffrant d'anomie. Nous avons choisi de faire appel à une population dont la fluence est nettement altérée par ce manque du mot. Afin d'éviter autant que possible le biais qu'aurait pu causer l'effet d'une récupération spontanée sur les résultats, nous avons décidé de choisir un patient dont la survenue de l'aphasie remonte à au moins six mois.

Comme dit précédemment, le patient recherché souffre d'une anomie prégnante, objectivée par des tests standardisés. Elle fait l'objet d'une plainte récurrente et ancienne de sa part, et entraîne des troubles de la communication qui le gênent au quotidien et réduisent son expression orale.

Afin de nous assurer de la pleine compréhension de nos échanges, nous souhaitons un patient avec une bonne compréhension.

La motivation du patient apparaît aussi comme un critère important pour son implication dans le protocole, c'est pourquoi sa plainte doit porter en premier lieu sur son manque du mot et les problèmes communicationnels qu'il engendre. Brin-Henry (2014) explique qu'il a été démontré que la prise en compte des demandes, des objectifs et du ressenti du patient optimise les résultats d'une rééducation basée sur un protocole d'accompagnement.

L'implication de son entourage direct, avec qui il entre quotidiennement en communication, est souhaitée, avec un intérêt et une volonté d'étayage du patient.

3. Critères d'exclusion

Notre protocole ne s'adresse pas à des patients atteints d'une aphasie fluente en raison de la présence de possibles troubles de compréhension ou d'une utilisation de stratégies de compensation non adaptées au maque du mot. De même, nous avons exclu de notre recherche les patients atteints d'une aphasie non fluente s'accompagnant d'un trouble arthrique important ou d'un agrammatisme prépondérant. Nous ne souhaitons pas que ces deux troubles entrent en interaction avec l'anomie.

Comme expliqué plus haut, nous excluons les patients ayant des troubles de la compréhension trop importants afin qu'ils soient en mesure de comprendre les stratégies proposées durant le protocole.

De même, l'implication et la motivation étant un point important de notre protocole, un patient souffrant d'anosognosie ne se serait peut-être pas suffisamment investi durant les séances.

4. Présentation du patient

M. D. est âgé de 53 ans, il est droitier. Le 4 Août 2010, alors âgé de 50 ans, il a été hospitalisé pour un syndrome méningé, avec raideur à la nuque. Le scanner cérébral met en évidence la présence d'un empyème sous-dural de la convexité gauche. Cet épisode remonte donc à 3 ans et demi lors de la participation au protocole.

Le traitement a nécessité une hémicraniectomie décompressive gauche, c'est-à-dire « l'évacuation de l'empyème par volet osseux » (Barakate, 2006, p.41). M. D. a ensuite subi en 2011 une opération visant à reconstituer sur mesure son volet osseux. Les suites de cette opération ont été très satisfaisantes. Le patient est régulièrement suivi par un neurologue et une orthophoniste.

Il est marié, père de deux enfants, dont l'un vit toujours au domicile de ses parents, et grand-père d'une petite-fille. Il a obtenu un C.A.P. et a exercé le métier d'agent de maintenance, qu'il a dû abandonner à cause des séquelles de son accident.

M. D. aime se promener et, malgré ses difficultés en langage écrit, il s'exerce à déchiffrer les titres de journaux au quotidien. Il aime beaucoup bricoler. Il apprécie les sorties au restaurant, mais exclusivement avec son épouse car c'est elle qui réserve la table et commande les plats. Ses activités semblent très routinisées (il effectue toujours la même promenade, va dans les mêmes magasins et restaurants...).

Suite à son accident, M. D. a présenté une aphasie non fluente avec un manque du mot important, associé à de légers troubles arthriques. Son discours est réduit, informatif mais agrammatique. Des atteintes de la compréhension orale sont relevées lors des phrases complexes ou longues, mais elles ne le gênent pas au quotidien. La présence d'une alexie et d'une agraphie est remarquée, ainsi qu'une légère hémiplégie du bras et de la jambe droits.

A 3 ans et 3 mois de cet épisode, M. D. garde une fatigabilité non négligeable dans les activités cognitives. Les séquelles physiques ont presque totalement disparu. M. D. est physiquement indépendant dans toutes les activités de base du quotidien.

Les capacités mnésiques de M. D. ont été quelque peu diminuées suite à ces événements. Les atteintes concernent majoritairement des éléments mineurs des souvenirs, qui sont bien restitués si des indices lui sont proposés.

M. D. se montre très affecté par ses difficultés langagières. Son anomie a un impact considérable sur sa communication car désireux d'éviter les échecs, il ne communique pas spontanément, mais arrive à se faire comprendre lorsque cela est nécessaire. Lorsque la situation de communication s'avère difficile, il a tendance à répondre « *je sais pas* ». Ses difficultés ont, selon ses dires, entravé sa confiance en lui et en sa capacité à communiquer.

Bien que sa fluence soit très altérée, M. D. se montre néanmoins informatif dans ses productions et s'assure de la bonne compréhension de son interlocuteur. Le discours est agrammatical, et ponctué de longs temps de recherche du mot. Nous pouvons noter dans ses productions des paraphrasies sémantiques et phonémiques.

Sa compréhension orale est bonne, mais reste sujette à un effet de longueur et de complexité.

II. Procédure

1. Plan expérimental

Nous avons choisi de nous inscrire dans une démarche clinico-expérimentale.

Notre protocole expérimental s'articule autour de sessions visant à entraîner des compétences adaptées aux capacités et à la plainte du patient. Un pré-test et un post-test ont pour vocation de montrer une évolution de ses compétences communicationnelles.

2. Pré-tests

Cette première rencontre avec le patient nous a permis d'observer sa fluence, son informativité et ses capacités communicationnelles. Nous lui avons présenté notre travail de recherche, et après nous être assurées une nouvelle fois de sa volonté de participer au protocole, nous lui avons fait passer trois tests standardisés.

Nous avons proposé en premier lieu l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (E.C.V.B.) de Darrigrand et Mazaux (2000) à M. D. afin d'apprécier son ressenti quant à sa communication verbale. Selon Mazaux et al. (2014, p.36) « *Cette échelle s'intéresse à*

l'efficacité de la communication, aux limitations d'activité qui résultent de l'aphasie dans la vie quotidienne et sociale. ».

Elle se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé, composé de sept rubriques s'intéressant à l'efficacité de la communication verbale de la personne aphasique dans le cadre d'activités de la vie quotidienne. Ces rubriques, étudiant *l'expression des sentiments*, *la conversation*, *le téléphone*, *les achats*, *les relations sociales*, *la lecture* et enfin *l'écriture* au travers de 34 questions, sont enrichies par une échelle de satisfaction.

Afin de posséder des données objectives et quantifiées concernant son anomie, nous lui avons fait passer deux tests de dénomination. En effet, Brin-Henry (2014, p. 162) précise que *« des évaluations sommatives permettent de quantifier les acquisitions et si besoin est, de proposer une nouvelle participation basée sur des objectifs réactualisés. »*. Le D.O. 80 (test de Dénomination Orale d'images) de Deloche et Hannequin (1997) visait à étudier le manque du mot de M. D. à travers ses capacités de dénomination de substantifs.

En vue d'observer une différenciation entre la production de substantifs et de verbes, nous avons utilisé le D.V.L. 38 (test de Dénomination de Verbes Lexicaux en images) de Hammelrath (2001). Les résultats à ces épreuves seront présentés dans la partie *« Résultats »*.

Nous avons choisi de proposer ces tests dans cet ordre, c'est-à-dire l'E.C.V.B. avant les tests de dénomination afin de ne pas influencer les réponses subjectives du patient sur le vécu de sa communication. En effet, si les passations du D.O. 80 et du D.V.L. 38 s'étaient avérées difficiles, le patient aurait alors pu avoir un ressenti ponctuellement biaisé de sa communication.

A la fin de la séance de pré-test, nous étions donc en possession de données quantitatives mais aussi qualitatives concernant le ressenti du patient sur sa communication et son anomie. Ainsi, en parallèle d'une analyse quantitative basée sur les scores obtenus aux épreuves, nous avons analysé les productions du patient, afin d'apprécier son usage de stratégies pour contourner l'anomie.

Elaboration du diagnostic éducatif

Suivant les recommandations de la H.A.S. (2007d), nous nous sommes basées sur les éléments recueillis lors de cette rencontre pour établir le diagnostic éducatif de M. D.

Le tableau ci-dessous synthétise ces éléments :

<p>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empyème sous-dural de la convexité gauche - Aphasie non fluente - Anomie prégnante - Légers troubles arthriques - Troubles du langage écrit - Séquelles physiques résorbées 	<p>RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53 ans - Marié - Ne travaille plus depuis son accident - Père de deux enfants, dont l'un vit à son domicile - Grand-père d'une petite-fille - Deux frères
<p>CAPACITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatif - Utilise quelques stratégies palliatives - Motivation et volonté d'utiliser le domaine verbal - Désir de communiquer - Autonome au quotidien 	<p>LIMITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se focalise sur la production du mot-cible - Inhibition pour initier la conversation - Manque de confiance dans ses capacités communicationnelles - Peu expressif sur ses émotions - Fatigabilité cognitive
<p>CENTRES D'INTERETS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bricolage - Famille - Se rendre au restaurant - Se promener 	<p>PLAINTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomie - Ne dialogue plus avec des inconnus - Difficultés à entretenir un sujet de conversation du fait de l'anomie - Ne se trouve pas assez autonome - Evitement du téléphone

Figure 3 : Diagnostic éducatif de M. D.

La mise en lien de ces renseignements nous permet de préciser les objectifs du protocole personnalisé que nous proposerons à M. D. D'une part, ce programme s'appuiera sur la mise en place de compétences d'autosoin visant à atténuer les impacts de l'anomie sur sa communication verbale. D'autre part, il fera intervenir des compétences d'adaptation afin de redonner confiance au patient en ses capacités communicationnelles.

Au vu des renseignements collectés, une prise en charge sous forme d'un programme d'accompagnement semble appropriée pour un patient tel que M. D. Il s'est de plus montré motivé à la présentation de notre travail. Enfin, il ne travaille plus depuis son accident et peut se rendre disponible pour participer aux séances.

3. Post-tests

Lors de la phase de post-test, nous avons de nouveau proposé les tests cités ci-dessus. Nous y avons ajouté un questionnaire élaboré par nos soins visant à compléter les renseignements collectés par l'E.C.V.B. (Annexe II). Nous avons ainsi pu effectuer une analyse comparative entre le début et la fin du protocole.

Cette analyse qualitative et quantitative des résultats nous permettra d'objectiver une évolution de l'utilisation des stratégies palliatives pour contourner l'anomie, en comparaison avec les résultats obtenus en pré-test.

4. Organisation des séances

Nous avons effectué cinq séances d'une durée de 45 à 60 minutes, en plus des séances de pré et post-tests. Elles se sont étalées de novembre 2013 à janvier 2014 en présence de M. D. et des deux membres de notre binôme. Toutes les séances, à l'exception de celle de post-tests, se sont déroulées le jeudi matin, au cabinet de l'orthophoniste de M. D., juste avant sa séance d'orthophonie. La dernière a eu lieu au domicile du patient.

Après avoir analysé les résultats, nous les avons croisés avec le diagnostic éducatif du patient. En partant de ce travail, nous avons pu établir les objectifs pratiques à travailler au sein du programme, que nous avons synthétisés sous forme d'un tableau (Annexe III). Ainsi, chaque séance est construite autour d'un axe de travail déterminé en faisant se croiser les capacités d'autosoin et d'adaptation à la maladie, tout en répondant aux compétences et difficultés de M. D.

De ce fait, une activité spécifique à cet axe de travail est pratiquée durant la séance, mais elle est complétée par une séquence de tabou et de dénomination d'images par liste thématique. Ces deux dernières activités répondent à une demande formulée par le patient au sujet de son anomie.

Le tabou a pour but de faire deviner une image à son interlocuteur mais sans pouvoir dénommer l'objet représenté. Il faut alors trouver des stratégies pour lui faire deviner ce nom.

Nous avons choisi de créer nous-même ce matériel afin de partir des compétences et difficultés du patient. Pour cela, nous nous sommes basés sur les résultats des pré-tests effectués auprès du patient pour établir une liste des items (substantifs et verbes lexicaux) échoués en dénomination. Nous avons ainsi dressé une liste de 85 items, dont 25 échoués en pré-test, en nous référant aux données de Lexique3. Cet outil référence les mots de la langue française par ordre de fréquence d'apparition.

M. D. voulait en effet que nous travaillions spécifiquement l'évocation et la dénomination d'items à chaque séance, car constater des progrès dans ce domaine le renforçait. Ce type d'entraînement s'inscrivant davantage dans une démarche de rééducation cognitive des troubles lexicaux, nous avons désiré conférer à l'activité de dénomination par thème une

dimension pragmatique, en la mettant en scène et en se rapprochant du quotidien du patient.

A la fin de chaque séance, un temps était consacré aux impressions du patient, à ses remarques et à ses questions. Il était alors libre d'exprimer son ressenti quant à la séance qui s'achevait.

Afin de renforcer l'investissement de M. D. dans le protocole et de créer une continuité entre les séances, nous lui avons fourni un petit cahier spiralé. Il était libre d'y inscrire tous les éléments qu'il jugeait importants, en plus de ceux que nous notions nous-mêmes, tels que les rendez-vous. Régulièrement, nous lui propositions d'y inscrire une nouvelle information, en le laissant décider de sa pertinence ou non. Très vite, M. D. nous a confié garder ce calepin en permanence dans une de ses poches en guise de « *pense-bête* ».

Enfin, tout au long du protocole, nous avons estimé primordial d'utiliser un renforcement positif marqué envers M. D. du fait de sa vision très négative de son expression verbale.

4.1. Séance 1 : Explication des troubles

Compétence d'autosoin travaillée : Comprendre, s'expliquer. (Annexe III)

Compétences d'adaptation travaillées : Se connaître, avoir confiance / Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique. (Annexe III)

Ayant déjà rencontré M. D. lors des pré-tests, nous avons utilisé cette première séance pour renforcer l'alliance thérapeutique, car il semblait appréhender le travail qui s'annonçait. Nous lui avons donc bien précisé que cette rencontre consisterait en un échange au cours duquel nous nous apporterions mutuellement des informations, pour ensuite répondre de notre mieux à ses questions.

Nous avons axé la séance sur son ressenti concernant son handicap de communication, afin de compléter par un entretien plus libre les réponses obtenues à l'E.C.V.B. Nous avons pensé qu'il serait important de faire un point sur les connaissances de M. D. sur sa pathologie en début de protocole, afin de partir sur une base commune de connaissances. Il nous a fait part de son vécu, et de notre côté nous lui avons proposé des éléments théoriques en rapport avec sa maladie.

M. D. s'est exprimé sur ce qu'il estime difficile à vivre au quotidien du fait de sa maladie, mais aussi ce qu'il réussit. Cet exercice a été complexe pour lui, qui se sentait en difficulté dans de nombreux domaines de la communication. Il formulait essentiellement des plaintes et n'acceptait que très peu de nos remarques positives sur les capacités communicatives que nous pouvions observer chez lui. La reprise de confiance en ses aptitudes nous avait en effet semblé constituer un élément central à travailler au sein du programme.

M. D. n'ayant pas été en mesure de nous relater ce qu'il savait du fonctionnement de sa maladie, nous lui avons alors proposé un schéma établi par Boulin, Hugon et Le Bornec

(2008) qui décrit les étapes cognitives de la production de mots (Annexe IV). A travers ce support, nous lui avons expliqué les conséquences que peut entraîner une atteinte à chacune des étapes. Nous avons comparé ce support à un autre schéma des mêmes auteurs décrivant l'expression lexicale d'un individu tout-venant (Annexe V).

Néanmoins, nous avons pu constater les difficultés du patient à s'approprier ces schémas. Nous lui avons alors proposé une métaphore, qui s'est révélée plus significative pour lui (Annexe VI). Avec ce support, nous avons comparé le langage à une route, dont le point de départ se situe au niveau de l'œil, et l'arrivée à la bouche (ceci dans le contexte d'une tâche de dénomination). L'anomie est représentée par un barrage, qui bloque le flux de la parole mais que l'on peut contourner en utilisant des stratégies palliatives. Cette métaphore semble avoir été mieux comprise par M. D.

Selon les dires du patient et de son orthophoniste, M. D. utilise spontanément peu de solutions palliatives au manque du mot dans son discours. Souvent, lorsqu'il veut exprimer une idée qui fait appel à un terme précis, mais que ce terme est bloqué par l'anomie, il interrompt son discours pour le rechercher. L'expression du mot-cible lui semble une nécessité pour délivrer son message, il produit alors un discours très haché, ponctué de temps de recherche parfois longs. Ces bris de communication font apparaître en lui une frustration qui peut l'amener parfois à abandonner complètement l'échange.

En mettant en évidence ces faits et les conséquences qu'ils peuvent entraîner sur la communication, nous avons échangé sur les avantages que peuvent apporter l'utilisation de stratégies palliatives (meilleure fluidité du discours, possibilité pour l'interlocuteur de l'aider, évocation du terme facilitée...).

Nous avons ensuite pris un temps de retour sur la séance, pour répondre aux questions du patient, reformuler les informations si besoin et réexpliquer des notions.

4.2. Séance 2 : Les stratégies palliatives

Compétences d'autosoins travaillées : Soulager les symptômes / Mettre en œuvre des modifications de mode de vie. (Annexe III)

Compétences d'adaptation travaillées : Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique / Prendre des décisions et résoudre un problème / Se fixer des buts à atteindre et faire des choix. (Annexe III)

Le travail de cette séance a débuté par un travail sur la plainte principale de M. D., à savoir son anomie. Nous avons pensé qu'aborder la compensation de ce symptôme en début de protocole renforcerait l'implication du patient dans le programme.

Après un rappel commun des notions abordées en séances 1, nous avons cherché ensemble quelles formes pouvaient revêtir les stratégies palliatives. Pour cela, nous avons simulé des situations de communication devant M. D. durant lesquelles une stratégie palliative était mise en scène (Annexe VII). Nous avons ensuite analysé ensemble les contournements de l'anomie utilisés et les avons listés dans le carnet. Ainsi, M. D. serait

libre d'utiliser ceux qui lui correspondent et pourrait se servir de cette liste comme aide-mémoire :

- Trouver un synonyme.
- Passer par une définition d'usage.
- Décrire l'objet.
- Faire référence à un souvenir personnel commun ou à sa propre expérience.
- Utiliser des gestes idéomoteurs.
- Désigner par un geste ce dont il parle s'il en a la possibilité
- Utiliser l'approche phonologique.

Nous avons ensuite reprécisé avec M. D. les bénéfices que peuvent apporter ces stratégies palliatives au quotidien :

- Amélioration de la compréhension de l'interlocuteur
- Baisse du nombre de ruptures de communication
- Baisse des temps de recherche du mot-cible car ces stratégies aident à l'évocation
- Augmentation de la fluence
- Apaisement du locuteur et de l'interlocuteur lors de l'échange
- Possibilité pour l'interlocuteur d'aider le patient à trouver le mot-cible
- Prise de confiance du patient car il sait qu'il dispose d'outils pour l'aider dans sa communication

Nous avons ensuite proposé à M. D. de s'essayer à la pratique de ces outils. Nous avons pour cela utilisé un exercice de type tabou utilisant des images de substantifs et de verbes d'action. L'objectif de l'activité est de faire deviner le mot-cible sans le produire. L'utilisation de stratégies palliatives est donc ici nécessaire.

Pour l'élaboration de ce matériel, nous nous sommes référées à une base de données lexicale établie par ordre de fréquence : Lexique3. Ce faisant, nous voulions favoriser le recours à des mots fréquents dont le patient pourrait avoir l'usage régulièrement, ceci dans le souci de nous situer dans une approche écologique. Parmi ces mots, certains faisaient partie de la liste d'items présentés en pré-test. Cela nous a paru intéressant de les conserver pour les comparer en post-test aux items non travaillés (Annexe VIII).

Dans un premier temps, l'exercice n'était réalisé que par le patient, pour lui laisser le temps d'intégrer la consigne. Puis nous avons effectué cet exercice en interaction, entre M. D. et les deux membres de notre binôme, pour créer une dynamique plus proche d'une situation de communication.

En fin de séance, nous avons proposé au patient une mise en situation d'achats de Noël (Annexe IX.1). Notre choix s'est porté sur ce type d'achats car M. D. nous avait parlé lors de la séance précédente des cadeaux qu'il comptait faire à sa petite-fille et à ses petits neveux. Il pouvait utiliser tant la dénomination que les stratégies palliatives pour dresser oralement la liste des six cadeaux. L'une de nous, pour l'occasion, revêtait le rôle d'une vendeuse de jouets tandis que l'autre pouvait étayer le patient au besoin. M.D. s'est senti concerné par le thème proposé et a participé activement aux échanges.

4.3. Séance 3 : Produire un discours tenant compte des représentations de l'interlocuteur

Compétences d'autosoin travaillées : Soulager les symptômes / Mettre en œuvre des modifications de mode de vie. (Annexe III)

Compétences d'adaptation travaillées : Se connaître, avoir confiance / Prendre des décisions et résoudre un problème / Se fixer des buts à atteindre et faire des choix. (Annexe III)

Cette séance s'articulait autour de la production d'un discours plus libre basé sur la description de deux images complexes tirées du support Multiscènes de Partick Causse (Annexe X). Cet exercice avait pour but d'inciter M. D. à utiliser les stratégies palliatives dans un discours plus libre, avec la nécessité de les adapter, de les modifier pour permettre à l'interlocuteur d'avoir une bonne représentation mentale de l'objet du discours.

Nous avons choisi d'utiliser ce matériel car il fait appel à des items appartenant à des champs lexicaux variés. Sur chaque image une scène principale se dégage, et plusieurs scènes secondaires ou éléments de décor la complètent. Le patient devait décrire une image à l'une de nous, tandis que l'autre pouvait l'étayer en cas de nécessité.

Après avoir reparlé ensemble des stratégies palliatives, M. D. avait alors libre choix dans la manière dont il voulait décrire l'image. Régulièrement, celle de nous qui devait se représenter l'image faisait la synthèse de ce que le patient lui avait proposé, et demandait sa validation. Lorsque le discours du patient ne permettait pas à l'interlocutrice de se représenter la scène, elle posait des questions courtes et précises. Cet exercice plus difficile a permis de travailler la précision du message malgré l'anomie, à travers la justesse de la représentation mentale de l'interlocutrice. M. D. pouvait alors soit la valider, soit repréciser certains détails.

A la suite de cette activité nous avons proposé celle du tabou.

Enfin, nous avons terminé par une liste de courses à faire au supermarché, selon le même mode de mise en situation que lors de la séance 2. Afin de faire intervenir un effet de longueur, nous avons allongé la nouvelle liste d'un item (Annexe IX.2). Nous avons choisi de travailler sur ce thème car M. D. nous avait fait part lors de nos échanges de sa réticence à faire les courses, de peur de devoir s'adresser à un vendeur pour demander un aliment introuvable. Il préfère laisser à sa femme le soin d'effectuer cette tâche.

4.4. Séance 4 : Fournir une description précise

Compétences d'autosoin travaillées : Soulager les symptômes / Mettre en œuvre des modifications de mode de vie / Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie. (Annexe III)

Compétences d'adaptation travaillées : Prendre des décisions et résoudre un problème / Se fixer des buts à atteindre et faire des choix / Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles. (Annexe III)

Pour cette séance, nous nous sommes appuyées sur une activité inspirée de la P.A.C.E. (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness de Davis et Wilcox, 1981), en excluant toutefois le recours à la production écrite. Nos travaux de recherche s'orientant en effet sur une réadaptation de l'expression orale, nous avons privilégié une P.A.C.E. verbale, visant à réutiliser les stratégies palliatives travaillées depuis la séance 2.

Cet exercice a incité le patient à utiliser des stratégies orales diverses, faisant intervenir aussi bien la dénomination que les solutions palliatives. La précision dont le locuteur doit faire preuve afin de mener à bien cette tâche est rendue difficile par le manque du mot, et nous pensions approprié de proposer un exercice de cette difficulté à M. D., au vu des compétences développées à ce stade du protocole.

Nous avons utilisé six supports visuels de difficultés variées (Annexe XI). Afin d'éviter une mise en échec du patient, nous avons repris les deux images abordées en séance 3. Cela lui donnait la possibilité de commencer l'activité par des scènes déjà travaillées. A contrario, nous avons inclus deux paires d'images présentant des similitudes visuelles pour inciter le patient à fournir le plus de détails possible. Le principe de l'exercice restait celui de la P.A.C.E., c'est-à-dire que le patient et son interlocutrice se positionnaient face à face, chacun cachant ses exemplaires à l'autre. Tour à tour, ils devaient se demander le double d'une image, de la manière qu'ils estimaient la plus appropriée. M. D. était ici aussi secondé au besoin par l'une de nous.

Nous avons ensuite proposé le tabou au patient en renforçant l'aspect dynamique des échanges par l'accélération du rythme des tours de parole.

Enfin, nous avons soumis à M. D. une liste composée d'outils de bricolage, un domaine qu'il apprécie particulièrement (Annexe IX.3). Pour augmenter la difficulté, nous avons une nouvelle fois ajouté un item à la liste d'images. Le patient devait donc évoquer huit outils en utilisant au choix dénomination ou stratégies palliatives.

4.5. Séance 5 : Entretenir une discussion spontanée

Compétences d'autosoin travaillées : Soulager les symptômes / Mettre en œuvre des modifications de mode de vie / Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie / Prévenir des complications évitables. (Annexe III)

Compétences d'adaptation travaillées : Prendre des décisions et résoudre un problème / Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles / Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress. (Annexe III)

A la demande du patient, cette session a débuté par l'activité de tabou, sur un mode dynamique.

La séance s'est ensuite articulée dans sa majeure partie autour du récit spontané de ce que le patient avait fait à Noël. Nous souhaitons fournir un contexte écologique à la mise en application des stratégies palliatives, la finalité de ce programme étant avant tout l'amélioration de la vie quotidienne. Il est donc primordial d'intégrer une dimension écologique aux exercices proposés. Cette démarche nous a semblé constituer une étape intermédiaire entre l'environnement « protégé » du cabinet orthophonique et l'environnement plus aléatoire de l'extérieur.

A la suite de ce récit, nous avons proposé au patient l'exercice de type liste, basé cette fois sur une recette de cuisine (Annexe IX.4). Notre choix s'est porté sur une recette de paella car il nous avait dit en avoir mangé la semaine précédente et l'avoir appréciée. De plus, sa préparation nécessite certains ingrédients peu fréquents (comme le poivron), ce qui confère une difficulté intéressante à l'exercice. En revanche, nous n'avons pas souhaité augmenter le nombre d'items pour ne pas rendre l'activité trop complexe.

Enfin, nous avons terminé la séance par une discussion non préparée au téléphone. Nous avons choisi de proposer cet exercice car, à de nombreuses reprises, le patient nous avait fait part de son refus d'utiliser le téléphone avec d'autres personnes que sa femme ou ses frères. Il nous a dit éviter de répondre quand il ne connaissait pas l'émetteur de l'appel, ou laisser à sa femme le soin d'effectuer les échanges téléphoniques à sa place. Après avoir échangé avec lui sur les avantages qu'il pouvait tirer d'une réhabilitation au téléphone, nous lui avons proposé une mise en situation. Assez anxieux au début, le patient s'est néanmoins montré volontaire pour s'essayer à l'exercice.

Nous avons préparé trois thèmes de conversation téléphonique parmi lesquels il pouvait choisir celui qu'il préférait : commander une pizza par téléphone, réserver une chambre d'hôtel ou appeler un office de tourisme pour demander des idées de visites. Le patient a choisi de nous appeler pour simuler une commande de pizza. L'une de nous est sortie de la pièce avec un téléphone, tandis que l'autre est restée avec le patient afin de l'étayer au besoin.

L'interlocutrice prenait la commande de M. D., tout en lui posant les questions qui relèvent de ce contexte (précisions sur les ingrédients, proposition d'offres spéciales, dictée de l'adresse de livraison, mode de paiement...).

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Présentation des résultats quantitatifs

1. Résultats au test D.O. 80 en pré et post-test

Lors de notre analyse du test de Dénomination Orale D.O. 80, nous avons choisi d'analyser plus finement certains aspects des résultats pour ensuite pouvoir en extraire davantage d'informations sur l'efficacité de notre protocole. Pour cela, nous avons effectué un calcul de scores puis nous avons choisi de tenir compte des stratégies palliatives utilisées, puisqu'il s'agissait du point principal travaillé lors des séances.

1.1. Scores bruts

Nous avons dans un premier temps effectué une analyse simple du nombre d'items réussis, telle que proposée dans le manuel d'utilisation du test. Nous avons ensuite pu coter les résultats obtenus en écarts-types, en rapportant le score du patient à l'étalonnage proposé par le test, c'est-à-dire par rapport à la moyenne des sujets de l'échantillon de son âge et de son niveau socio-culturel.

	Nombre d'items réussis	Valeur en écarts-types
Pré-tests	50/80	-10
Post-tests	57/80	-7,5

Tableau 3 : Résultats au D.O. 80

Nous avons ensuite évalué les effets de notre protocole en séparant les items abordés et donc travaillés dans le cadre du tabou (cf. paragraphe « Organisation des séances », p.34), de ceux qui ne l'ont pas été. Ce tableau indique leur réussite par le patient en pré et post-tests.

	Items réussis abordés	Items réussis non abordés	Total d'items réussis
Pré-test	2	48	50
Post-test	11	46	57

Tableau 4 : Résultats au D.O. 80 selon les items réussis abordés ou non en séance

1.2. Utilisation des stratégies palliatives

Afin de mesurer les effets du protocole sur l'utilisation des stratégies palliatives par M. D., nous les avons synthétisées dans un tableau. Celui-ci répertorie le nombre de recours à chacune des stratégies pour les 80 items à dénommer en pré et post-test.

Stratégies palliatives	Pré-test	Post-test
Synonyme	4	10
Définition par l'usage	7	8
Description	5	6
Référence à un savoir commun ou à son expérience propre	3	1
Geste idéomoteur	5	16
Désignation	3	1
Approche phonologique	2	5
Total	29	47

Tableau 5 : Nombre de stratégies palliatives utilisées pour le D.O. 80

Afin d'aller plus loin dans l'analyse de l'utilisation des stratégies palliatives, nous avons isolé leur utilisation en tant que support à la dénomination. Le tableau ci-dessous classe donc les items dénommés avec succès au test en deux colonnes : d'un côté les items seulement dénommés et de l'autre les items dont la dénomination est accompagnée d'une stratégie palliative.

	Dénomination seule	Stratégie palliative + dénomination	Total des items réussis
Pré-test	40	10	50/80
Post-test	40	17	57/80

Tableau 6 : Synthèse des items dénommés au D.O. 80, accompagnés ou non de stratégies palliatives

2. Résultats au test D.V.L. 38

Nous avons effectué une analyse similaire pour le test de Dénomination de Verbes Lexicaux D.V.L. 38.

2.1. Scores bruts

Une première analyse des résultats a suivi les consignes du manuel de cotation, en calculant en première intention le score total au test et sa valeur résultante en écarts-types.

	Score total au test	Valeur en écarts-types
Pré-tests	52/114	-2,47
Post-tests	58/114	-2,09

Tableau 7 : Résultats au D.V.L. 38

Enfin, tout comme pour le D.O. 80, nous avons séparé les items réussis abordés et donc travaillés dans le cadre du tabou de ceux qui ne l'ont pas été.

	Items réussis abordés	Items réussis non abordés	Total d'items réussis
Pré-test	0	19	19
Post-test	2	19	21

Tableau 8 : Résultats au D.V.L. 38 selon les items réussis abordés ou non en séance

2.2. Utilisation des stratégies palliatives

Comme pour le D.O. 80, nous avons dressé ci-dessous un tableau regroupant les différentes utilisations de stratégies palliatives pour les 38 items du D.V.L. 38 par M. D., en pré et post-test.

Stratégies palliatives	Pré-test	Post-test
Synonyme	4	3
Définition par l'usage	1	3
Description	4	5
Référence à un savoir commun ou à son expérience propre	0	0
Geste idéomoteur	7	10
Désignation	0	1
Approche phonologique	1	2
Total	17	24

Tableau 9 : Nombre de stratégies palliatives utilisées pour le D.V.L. 38

Nous avons à nouveau étudié l'utilisation des stratégies palliatives en complémentarité avec la dénomination. Il faut néanmoins signaler que la cotation du D.V.L. 38 diffère de celle du D.O. 80 en acceptant trois types de réponses, cotées de 1 à 3 points. Seules les réponses dites « attendues », valant 3 points, sont prises en compte dans le tableau ci-dessous.

Nous avons séparé ces items attendus en deux colonnes : d'un côté ceux seulement dénommés et de l'autre ceux dont la dénomination est accompagnée d'une stratégie palliative.

	Dénomination seule	Stratégie palliative + dénomination	Total des items attendus
Pré-test	11	8	19/38
Post-test	11	8	19/38

Tableau 10 : Synthèse des items dénommés au D.V.L. 38, accompagnés ou non de stratégies palliatives

II. Présentation des résultats qualitatifs

Dans le cadre d'une approche fonctionnelle, il nous a semblé indispensable d'évaluer l'incidence de l'anomie sur la communication de M.D. d'un point de vue qualitatif. Pour cela, nous avons proposé en pré et post-test l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (E.C.V.B.). De plus, dans le cadre de l'évaluation du protocole préconisée par la H.A.S. (2012a et 2012b), nous avons proposé au patient un questionnaire oral que nous avons élaboré (Annexe II). Enfin, l'orthophoniste de M. D. s'étant montrée très intéressée par notre travail de recherche, nous avons sollicité son avis afin de déterminer les apports de notre protocole en dehors de nos séances.

1. Evolution de l'E.C.V.B.

Nous avons choisi de proposer l'E.C.V.B. car ce test évalue l'efficacité de la communication verbale, à l'oral et à l'écrit. Afin de diminuer un possible impact psychologique négatif, nous n'avons pas proposé au patient les questions portant sur l'écrit. En effet, M. D. rencontre de grandes difficultés dans ce domaine, et seule la lecture de mots isolés et de groupes de mots courts est préservée. Cela génère chez lui une certaine souffrance.

Les feuillets de passation (synthèse des résultats et échelle de satisfaction) se trouvent en annexe XII. Nous avons rassemblé dans le tableau ci-dessous les scores obtenus à chaque sous-partie puis au total de l'épreuve passée.

	Pré-test	Post-test
Expression des intentions	3	4
Conversation	3	3
Téléphone	4	5
Achats	6	6
Relations sociales	3	3
Lecture	Non proposé	Non proposé
Ecriture	Non proposé	Non proposé
Total	19	21

Tableau 11 : Résultats à l'E.C.V.B.

L'E.C.V.B. se termine par la passation d'une échelle de satisfaction de la communication qui permet au patient de s'auto-évaluer. Dans les deux cas, en pré et post-test, M. D. a déclaré sa communication « pas du tout satisfaisante », en précisant néanmoins à l'oral lors du post-test qu'il se sentait moins stressé, plus détendu dans les situations de communication. Son attention reste focalisée sur son anomie, qui demeure prégnante. Il reconnaît l'intérêt des stratégies palliatives tout en regrettant de ne pouvoir encore pallier totalement le manque du mot.

Enfin, en conclusion de l'E.C.V.B., M. D. a précisé lors des pré-tests qu'il trouvait les questions assez difficiles. Cette impression ne s'est pas retrouvée lors des post-tests.

2. Questionnaire de satisfaction du patient en fin de protocole

Lors de notre dernière rencontre avec M. D., nous lui avons proposé un questionnaire oral (Annexe II) agrémenté d'une discussion, pour revenir sur le protocole. Les questions se révélant difficiles pour lui, nous avons complété les informations par un échange plus libre. Le patient a pu s'exprimer sur le contenu des séances ainsi que sur son ressenti, positif comme négatif.

Il en est ressorti que le patient trouvait notre protocole approprié et qu'il estimait que les séances lui avaient apporté un bénéfice sur le plan de la communication. D'ordinaire réservé et peu expressif sur ses sentiments, il a eu quelques difficultés à exprimer l'apport du protocole dans sa vie quotidienne. Il a néanmoins su nous expliquer qu'il avait apprécié les activités proposées, qu'elles avaient été adaptées à ses compétences et qu'il pense en avoir retiré des outils (des « *petits trucs* » comme il appelle les stratégies palliatives, dans le sens « d'astuces ») qui lui servent d'étayage lors des difficultés de communication. Malgré tout, il estime son anomie encore trop envahissante dans ses productions, et regrette que le protocole n'ait pas davantage atténué ce symptôme.

Il a regretté l'arrêt des séances, parce qu'il pense pouvoir encore progresser dans l'utilisation des stratégies palliatives et qu'il désire entretenir le sentiment de détente dans la relation de communication qu'il avait commencé à ressentir. Nous lui avons alors proposé d'en référer à son orthophoniste et de continuer à mettre en pratique de façon systématique les outils qu'il s'est entraîné à utiliser.

3. Observations de son orthophoniste

Durant la passation de notre protocole, nous avons été en contacts réguliers avec l'orthophoniste de M. D., qui effectuait sa séance avec le patient juste après la nôtre. Cela nous permettait d'avoir un retour hebdomadaire extérieur sur l'impact de notre protocole.

Il est apparu que le protocole avait un effet stimulant sur M. D. En effet, son orthophoniste nous a signalé assez rapidement qu'elle le trouvait « *plus vif* » lors des séances d'orthophonie qui suivaient les nôtres. Elle nous a précisé qu'il était plus communicatif. Son discours lui semblait plus informatif, et son évocation en spontané plus efficace. Elle nous a aussi informées qu'elle le trouvait plus à l'aise à l'oral de semaine en semaine.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Validation de nos hypothèses

En mettant en lien un programme basé sur l'Education Thérapeutique du Patient avec l'anomie chez un patient aphasique, nous avons émis trois hypothèses opérationnelles, dont nous allons vérifier la validation ci-dessous, point par point.

1. Amélioration de la dénomination

La première hypothèse que nous avons formulée portait sur l'évolution des scores de dénomination du patient. Le D.O. 80 et le D.V.L. 38 objectivent une amélioration de ces scores.

L'analyse de la dénomination de substantifs montre une nette progression des résultats.

Cette évolution marquée concerne le nombre d'items réussis travaillés en séance. En revanche, le nombre d'items réussis non abordés est légèrement abaissé.

En outre, nous avons étudié plus finement la nature de cette amélioration. Il en ressort que le recours à une stratégie palliative peut se révéler facilitateur lors de la dénomination d'un item.

Ce comportement, observé chez M. D. en pré-test, est accru en post-test et engendre à lui seul l'amélioration du score de dénomination.

Au sein de la catégorie des verbes lexicaux, les scores de dénomination évoluent positivement, mais de manière moins marquée.

Nous observons une faible augmentation du nombre d'items réussis travaillés en séance. Toutefois, nous ne notons aucune évolution concernant les items réussis non abordés.

La comparaison des scores de dénomination seule aux scores de dénomination étayée par une stratégie palliative montre des résultats strictement identiques en pré et post-test.

Notre hypothèse avançant l'amélioration des scores de dénomination du patient est validée. Néanmoins, nous relevons une dissociation des résultats selon la nature grammaticale de l'item-cible.

En effet, l'augmentation des scores de dénomination de substantifs est plus nette que celle des verbes lexicaux. De plus, nous ne relevons pas d'évolution sensible concernant la réussite des items travaillés en séances dans cette catégorie. Enfin, le recours aux stratégies palliatives comme étayage à la dénomination augmente dans la catégorie des substantifs, alors qu'elle reste stable dans celle des verbes lexicaux.

2. Mise en place de stratégies palliatives

Le second objectif visé par notre protocole portait sur l'utilisation de stratégies palliatives. Le D.O. 80 et le D.V.L. 38 objectivent une augmentation de leur emploi pour les substantifs comme pour les verbes.

Une analyse plus fine de la catégorie des items lexicaux du D. O. 80 (cf. tableau 5 p.43) montre que M. D. utilise davantage de synonymes, définitions par l'usage, descriptions, gestes idéomoteurs et approches phonologiques après avoir participé au programme.

Parmi ces stratégies, l'emploi de gestes idéomoteurs et de synonymes est préféré par le patient. A contrario, le recours à un savoir commun et à la désignation a diminué.

L'analyse des verbes lexicaux du D.V.L. 38 (cf. tableau 9 p.44) reflète une augmentation de l'utilisation de la définition par l'usage, de la description, des gestes idéomoteurs, de la désignation et de l'approche phonologique. L'usage de synonymes est légèrement moins investi.

En parallèle, M. D. n'utilise la référence à un savoir commun ni en pré ni en post-test. Cela peut s'expliquer par la nature grammaticale des items, qui rend l'utilisation de cette stratégie moins pertinente.

Notre hypothèse présumant d'une augmentation de l'utilisation des stratégies palliatives visant à contourner l'anomie est donc validée.

Cette augmentation est à nuancer car certaines stratégies sont en parallèle moins investies. De plus, nous observons que le type de stratégies palliatives employé dépend de la nature grammaticale de l'item-cible.

3. Amélioration du vécu du patient

La troisième hypothèse que nous avons émise suggérait une évolution du ressenti du patient quant à sa communication verbale. Pour la vérifier, nous avons procédé à une analyse qualitative des réponses de M. D. à l'E.C.V.B. et au questionnaire oral.

Nous observons un score légèrement supérieur à l'E.C.V.B en post-test. Bien que l'ensemble des catégories ait été abordé durant le protocole, M. D. ne perçoit d'amélioration que dans les rubriques Expression des Intentions et Téléphone. De plus, ces évolutions ne sont ressenties par lui que de manière ténue.

En outre, sa réponse à l'échelle de satisfaction générale en post-test reste la même qu'en pré-test : « Pas du tout satisfaisante ».

Pour compléter cette échelle de communication, nous avons proposé un questionnaire oral au patient (Annexe II), ce qui lui a permis de s'exprimer plus librement sur son ressenti quotidien. Cet entretien nous a appris que, malgré les premières impressions données par l'E.C.V.B., le patient éprouve une certaine détente dans la relation de communication. Il a su s'approprier les stratégies palliatives présentées lors des séances et les réutiliser dans sa vie quotidienne. Cependant, il juge les effets de son anomie encore trop prégnants lors de ses échanges.

Enfin, nous avons recueilli les impressions de l'orthophoniste de M. D., qui s'est montrée très positive quant aux progrès du patient en langage oral. Elle a remarqué que le patient se montrait plus informatif à l'oral et s'engageait plus facilement dans les échanges verbaux.

Notre hypothèse est donc partiellement vérifiée. Les réponses du patient à l'E.C.V.B. ne révèlent pas une amélioration tangible du ressenti de sa communication verbale, et M. D. se déclare toujours très insatisfait de ses compétences communicationnelles à l'oral. De fait, il estime que son anomie continue à entraver son expression de manière significative, et que le recours aux stratégies palliatives n'atténue pas suffisamment les effets du manque du mot.

Malgré cela, les réponses de M. D. au questionnaire oral mettent en évidence un meilleur vécu des situations de communication. Par ailleurs, son orthophoniste nous a fait part de sa propre appréciation positive quant à l'évolution de ses compétences.

L'objectif premier de ce programme d'accompagnement étant d'améliorer le vécu quotidien du patient avec sa pathologie, c'est son impression subjective qu'il convient de considérer en priorité.

II. Intérêts et limites de notre protocole

1. Intérêts du programme basé sur l'E.T.P. en aphasiologie

Au vu des résultats, ce protocole inspiré de l'E.T.P. semble répondre favorablement à la prise en charge fonctionnelle de l'aphasie et du manque du mot.

En s'attachant à déterminer les capacités, limites et plaintes du patient, ainsi que ses habitudes de vie, ce type d'accompagnement lui propose des outils applicables au quotidien. L'approche écologique mise en œuvre tend à favoriser la généralisation des notions abordées en dehors des séances.

Ce protocole a accompagné M. D. dans la mise en place de stratégies palliatives afin de soulager son anomie et a eu un impact favorable sur ses compétences en dénomination. Il a aussi aidé à instaurer une certaine détente dans ses échanges communicationnels.

De plus, une telle démarche suppose une implication considérable du patient dans sa rééducation. Davantage acteur de sa thérapie, le patient en retire d'autant plus de sens. En effet, cette approche met en évidence un nouveau type de relation thérapeute-patient. La notion de relation expert-apprenant tend à s'effacer, au profit d'une autre, tournée vers l'écoute, le partage des savoirs, « l'empowerment », la reconnaissance des aptitudes du patient. Nous avons tenté tout au long de ce protocole d'instaurer un tel type de relation avec M. D.

Ceci a eu pour effet de renforcer sa motivation et son implication dans les séances. M. D. s'est en effet montré très volontaire pour participer aux activités thérapeutiques.

A la fin du protocole, il a d'ailleurs exprimé la volonté de continuer une rééducation de ce type sur un plus long terme.

2. Limites et difficultés rencontrées

Bien que présentant des intérêts thérapeutiques certains, la mise en pratique de ce programme d'accompagnement a néanmoins rencontré des limites. Nous les évoquons ci-dessous en dissociant celles inhérentes au patient de celles en lien avec son application pratique.

2.1. Limites relatives au patient

Un des enjeux majeurs d'un programme d'accompagnement réside dans la nécessité de personnaliser les activités au plus près des besoins du patient. De ce fait, il importe que le patient collabore significativement avec le thérapeute, afin que ce dernier détermine avec précision ses besoins, et ce dès le début de la prise en charge.

Le caractère naturellement peu expansif de M. D. ne l'incitait pas à s'exprimer spontanément sur les activités proposées. Ayant besoin de ses impressions pour réajuster continuellement notre protocole, nous nous sommes retrouvées dans l'obligation de nous montrer parfois directives durant les séances. Nous aurions souhaité développer une relation davantage basée sur le partage de nos expériences au fur et à mesure du protocole.

De plus, la forte exigence de M. D. quant à la qualité de ses productions verbales a pu orienter défavorablement l'appréciation de ses progrès. Le renforcement positif que nous avons tenté de mettre en place ne s'est sans doute pas révélé suffisant pour nuancer cette impression.

2.2. Limites relatives à la mise en pratique du protocole

La mise en pratique d'un programme basé sur l'E.T.P. présuppose une adaptabilité constante de la part du thérapeute. En effet, il doit prendre en compte, lors de l'élaboration des séances, les avancées et difficultés du patient pour en réajuster continuellement le contenu. Cet aspect du protocole nous a semblé difficile à mettre en œuvre du fait des retours assez pauvres de M. D. en fin de séance. Par conséquent, notre volonté d'adapter perpétuellement les séances s'est vue entravée, et leur pertinence a pu s'en trouver amoindrie.

Notre objectif premier étant d'observer l'amélioration de la qualité de vie du patient, nous souhaitons impliquer son partenaire de conversation privilégié dans le programme. L'épouse de M. D. nous a assuré de prime abord vouloir participer au protocole, mais elle n'a ensuite pas montré de disponibilité pour y prendre part. Cela nous a amenées à retravailler certains aspects de notre programme d'accompagnement, en nous focalisant uniquement sur le patient.

Au vu du calendrier exigé par la rédaction de ce travail de recherche, nous avons choisi de proposer des séances à un rythme hebdomadaire. Nous pouvons malgré tout nous demander s'il n'aurait pas été plus adapté d'espacer les séances toutes les deux semaines. Cette répartition est préférentiellement utilisée dans les programmes d'E.T.P., afin de laisser au patient le temps d'intégrer les notions de manière optimale.

De même, devant les progrès effectués par M. D., nous avons regretté de devoir arrêter cet accompagnement et de ne pouvoir le prolonger quelques semaines supplémentaires. Néanmoins, les contraintes temporelles ont imposé un rythme de séances plus soutenu et raccourci.

3. Choix de la méthode

3.1. Orientation vers une étude de cas unique

Les principes théoriques de l'E.T.P. établissent que l'adaptation du protocole au patient constitue la base de cette approche. De ce fait, nous avons estimé que l'étude de cas représentait la méthode de recherche la plus cohérente pour respecter ces principes.

De surcroît, la personnalisation indispensable de chaque programme au patient auquel il s'adresse rend impossible l'application des mêmes séances à deux individus. Analyser deux études de cas aurait impliqué l'élaboration de deux protocoles différents. Cela aurait rendu une comparaison entre les deux cas impossible, au risque d'en tirer des conclusions erronées ou biaisées.

Nous avons donc choisi de travailler avec un patient unique et de comparer son évolution en pré et en post-tests. Ainsi, nous avons préféré mettre en avant les apports d'une

approche la plus adaptée possible aux besoins du patient, au risque d'en entraver la reproductibilité.

3.2. Choix des critères d'inclusion et d'exclusion

Ayant choisi d'axer notre travail sur l'anomie, nous avons dressé un ensemble de critères d'exclusion visant à isoler au mieux ce symptôme. De ce fait, nous avons conscience de restreindre fortement le nombre de patients potentiellement éligibles pour notre étude de cas.

Cependant, avec la volonté d'observer préférentiellement les effets de notre protocole sur le manque du mot, nous avons choisi la prégnance de ce symptôme comme critère d'inclusion premier.

La non fluence du patient constituait le second critère d'inclusion le plus important à nos yeux. En effet, notre protocole s'adressait tout particulièrement aux patients dont l'anomie était telle qu'elle entravait leurs capacités communicatives et avait un impact négatif sur leur vie quotidienne.

Un patient fluent nous paraissait donc moins adapté au type de prise en charge que nous proposons. A contrario, notre programme ne pouvait s'adresser non plus à des patients mutiques. En effet, notre axe de travail principal s'axant sur la mise en place de stratégies palliatives orales pour améliorer la communication verbale, il nous paraissait inadéquat de nous adresser à une telle population.

D'autres programmes d'éducation thérapeutique, adaptés à des patients souffrant de ces symptômes (mutisme, logorrhée, etc.), pourraient les aider à rendre leur communication plus fonctionnelle.

3.3. Choix des tests proposés

Proposer un protocole basé sur l'E.T.P. supposait une réflexion sur les tests pertinents pour évaluer l'apport d'un tel programme. Nos choix se sont portés sur trois tests : le D.O. 80, le D.V.L. 38 et l'E.C.V.B.

Afin d'objectiver précisément l'anomie dont souffre M. D., nous avons pris la décision de lui faire passer des tests standardisés. Le D.O. 80 nous a ainsi permis d'étudier l'atteinte de l'anomie sur la catégorie des substantifs. Le D.V.L. 38, quant à lui, nous a permis de quantifier l'atteinte sur les verbes lexicaux.

La comparaison de ces scores nous a semblé intéressante pour révéler une possible dissociation entre les deux catégories grammaticales. Cela s'est avéré pertinent au vu des résultats obtenus par la suite.

Nous avons complété l'analyse telle que proposée par les manuels de cotation, à savoir quantitative, par un aspect plus qualitatif. C'est pourquoi nous avons associé une étude plus fine des productions du patient, en mettant en évidence notamment l'utilisation de stratégies palliatives pendant la tâche de dénomination.

En outre, nous avons souhaité offrir à notre travail de recherche une dimension écologique en proposant un test plus subjectif au patient. Notre choix s'est porté sur l'E.C.V.B., celui-ci s'intéressant à la communication verbale.

Nous avons, pendant un temps, envisagé la possibilité d'utiliser le Test Lillois de Communication (T.L.C.) pour évaluer la communication verbale. Nous avons cependant privilégié l'E.C.V.B. qui concerne uniquement la dimension verbale de la communication, contrairement au T.L.C. En 2014, Mazaux et al. confirment le bien-fondé de ce choix dans une analyse comparative des deux tests : l'E.C.V.B. étudie plus spécifiquement l'aspect verbal de la communication tandis que le T.L.C. l'évalue dans ses aspects verbaux et non verbaux. Ainsi pour une évaluation globale de l'aphasie, les auteurs préconisent l'utilisation conjoint des deux textes.

3.4. Travail de certains items de bilan

Comme exposé précédemment (dans le paragraphe « Organisation des séances », p.34), la liste des 85 items du tabou comprend 25 éléments échoués en pré-test. Ces derniers ont donc été abordés en séance. Nous avons décidé de les garder dans notre matériel pour deux raisons.

Dans un premier temps, nous avons choisi de comparer leur réussite en pré et post test, pour déterminer l'effet du protocole sur leur dénomination.

En parallèle, nous avons choisi de comparer les mots abordés en séance à ceux non abordés. Ainsi, en comparant leur taux de réussite en post-test, nous avons pu observer si le patient parvenait à généraliser le travail effectué en séance, sur des mots non abordés.

Au vu des résultats obtenus aux tests, nous constatons les difficultés de M. D. à généraliser le travail effectué en séance à des items aléatoires.

Un même programme réalisé sur un plus long terme aurait peut-être permis une meilleure appropriation des notions abordées en séances, et ainsi entraîner leur généralisation à de nouveaux items.

III. Perspectives

Comme nous l'avons expliqué, notre travail de recherche s'est plus particulièrement axé sur le domaine de l'anomie, dans le cadre d'une étude de cas unique.

Néanmoins, comme toute expérimentation, il serait intéressant voire nécessaire d'élargir son application, afin de pouvoir mesurer l'apport d'un programme d'accompagnement dans d'autres domaines.

1. Appliquer cette approche à d'autres symptômes de l'aphasie

Notre étude s'est essentiellement focalisée sur le travail de l'anomie, c'est-à-dire sur un symptôme isolé de l'aphasie. Nous avons conscience qu'en nous penchant sur cet aspect, le plus invalidant pour M. D., nous choisissons de ne pas travailler d'autres symptômes de l'aphasie, tels que l'agrammatisme, les difficultés en compréhension orale, en lecture ou en expression écrite par exemple.

Nous estimions, en effet, qu'en un temps limité tel que celui d'une expérimentation mémoire, il serait complexe de mettre en place un programme inspiré de l'E.T.P. s'axant sur plusieurs signes cliniques, et avons choisi d'orienter notre travail sur le symptôme commun à tous les tableaux aphasiques, l'anomie.

Afin de compléter et d'enrichir notre étude, il serait intéressant d'observer l'apport d'une prise en charge basée sur l'E.T.P. sur d'autres aspects de l'aphasie, en lien avec la plainte du patient. Il conviendra alors de s'interroger sur la manière d'adapter les compétences d'autosoin et d'adaptation à ces autres aspects.

De même, au travers d'un programme étalé sur un plus long terme, il pourrait se révéler pertinent de proposer un accompagnement global de l'aphasie, sans extraire de symptôme spécifique. Ce type de programme s'adapterait d'autant plus au tableau aphasique du patient et correspondrait peut-être davantage à l'observation clinique en aphasiologie.

2. Travail de la communication en groupe

L'application d'un programme basé sur l'E.T.P. peut tout à fait être réalisée en groupe. En effet, Brin-Henry (2014) a élaboré des ateliers thérapeutiques animés par un orthophoniste, un psychologue et un autre professionnel du domaine paramédical. Ces ateliers s'adressaient à sept binômes patient-aidant (le plus souvent, l'aidant étant le conjoint du patient), et ont eu lieu entre 2012 et 2013, à l'hôpital.

Les séances se tenaient toutes les trois semaines, pendant une durée de 4 à 5 mois. Les axes de travail portaient sur les stratégies à adopter en situation de communication dans le but de faciliter l'intercompréhension patient-aidant. Ce mode d'application de l'E.T.P. a

porté ses fruits puisque « *L'amélioration concerne à la fois une augmentation de l'utilisation de stratégies palliatives ou d'attitudes favorisantes pour au moins un des membres du binôme, mais également une diminution du nombre de ruptures de communication menant à une sensation de « détente » dans la relation de communication.* » (2014, p.162).

Travailler à la fois avec le patient et son aidant naturel permet de se placer dans l'aspect le plus écologique de la communication du patient.

En effet, cette approche fournit des outils qui améliorent la communication non seulement du patient mais aussi de son aidant. Cela suppose une implication active des deux participants, et ce mode d'application de l'E.T.P. peut accroître d'autant plus les résultats observables sur la communication du patient. De plus, Franzén-Dahlin, Larson, Murray, Wredling & Billing (2008) soulignent que cette amélioration se répercute sur l'état psychologique général du patient

3. Aide au retour à domicile des patients

Lorsque nous avons commencé à mettre en œuvre ce projet, nous avons contacté des hôpitaux et des centres de réadaptation accueillant des patients aphasiques, afin de rencontrer des patients se rapprochant de nos critères d'inclusion. Nous avons ainsi pu nouer des relations avec les orthophonistes exerçant dans ces structures. Celles-ci ont rapidement soulevé l'intérêt de la mise en pratique d'un tel programme dans le cadre d'un retour à domicile.

En effet, la mise en place d'un protocole d'accompagnement préparera le patient et ses proches aux difficultés qu'ils pourront rencontrer lors du retour au domicile. Il est important que l'entourage du patient en prenne conscience avant d'y être confronté. François-Guinaud précise en effet que les familles « *ne réalisent pas toujours les conséquences du handicap neurologique, moteur ou cognitif masqué dans le cadre privilégié d'un service de rééducation avec une équipe disponible au quotidien.* » (2010, p.226-227).

Dans le même temps, le protocole aura pour vocation de sensibiliser le patient sur ses capacités résiduelles, et fournira à son entourage des techniques d'aide à la communication.

Les expériences que nous avons vécues en stage auprès de patients aphasiques confirment le sentiment d'un nécessaire encadrement du retour à domicile pour maintenir leur communication, notamment dans le cadre familial. .

4. Vers de nouvelles approches thérapeutiques ?

L'essor récent de l'E.T.P. illustre la volonté croissante des thérapeutes à adapter leur prise en charge au plus près des besoins du patient. Une place plus importante est ainsi conférée à la considération de ses compétences, limites et plaintes.

Cette nouvelle optique thérapeutique amène les professionnels à s'orienter vers des approches davantage écologiques et fonctionnelles.

En effet, le terme de « réadaptation » est de plus en plus privilégié par rapport à celui de « rééducation » lorsque l'on évoque la prise en charge de pathologies neurologiques telles que l'aphasie. L'utilisation de ces deux termes met en évidence l'évolution des stratégies envisagées au cours de la prise en charge : le thérapeute a-t-il pour objectif de restaurer la fonction perdue, réorganiser les circuits neuronaux ou compenser l'atteinte cérébrale en utilisant une fonction autre que celle qui est défaillante ?

Les symptômes de l'aphasie perdurent souvent de nombreuses années après l'accident, malgré une prise en charge orthophonique. Néanmoins, les symptômes cliniques connaissent une évolution au cours du temps. En analysant cette évolution, il revient au thérapeute d'établir sur quel mode sera basée la prise en charge. Par exemple, un patient présentant un mutisme après un accident vasculaire se verra dans un premier temps proposer des moyens de compensation. Si le mutisme est levé, l'orthophoniste pourra alors juger si une stratégie de restauration ou de réorganisation se révèle plus adaptée.

La mise en place de stratégies de type compensation peut tout à fait entrer dans le cadre d'un protocole d'accompagnement tel que l'E.T.P. L'interaction de ces deux approches assoit la qualité de vie du patient comme étant au cœur de la prise en charge orthophonique.

CONCLUSION

La prise en charge orthophonique des patients atteints d'aphasie a connu de nombreuses évolutions depuis l'avènement des approches dites « fonctionnelles ». Elle tend en effet de plus en plus à accompagner le patient dans sa vie quotidienne, en lui proposant des outils concrets à mettre en pratique. Développée par la Haute Autorité de la Santé en 2007, l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.) est une méthode de réadaptation appliquée aux maladies chroniques qui s'inscrit dans cette approche fonctionnelle.

Après avoir montré que l'aphasie pouvait être considérée comme une maladie chronique, nous avons développé un protocole basé sur l'E.T.P. et l'avons proposé à un patient atteint d'aphasie non fluente, M. D. Ce protocole était axé sur le travail de l'anomie, symptôme majeur de l'aphasie et plainte première de M. D.

Notre objectif de départ était de favoriser l'utilisation de stratégies palliatives visant à contourner le manque du mot, et nous avons formulé les hypothèses d'un impact positif sur les scores de dénomination du patient, mais aussi sur son ressenti quant à sa communication verbale.

Nos hypothèses de départ se sont vues partiellement validées. M. D. a utilisé en effet davantage de stratégies palliatives dans ses productions et a amélioré ses scores de dénomination.

En revanche, nous avons observé que son recours à des stratégies palliatives comme étayage à la dénomination progressait uniquement dans le domaine des substantifs. En outre, il ne ressentait pas d'amélioration notable dans la qualité de sa communication verbale, malgré des progrès notés par d'autres personnes de son environnement.

Une approche thérapeutique fonctionnelle telle que l'E.T.P. semble donc pouvoir améliorer le quotidien des personnes souffrant d'aphasie. Cependant, le travail que nous avons mené ne constitue qu'un aperçu des potentialités d'une application de l'E.T.P. à cette pathologie. Il serait intéressant d'approfondir notre étude en élargissant cette approche thérapeutique à d'autres aspects de l'aphasie. Des études pourraient de même envisager une application de l'E.T.P. auprès de personnes préparant leur retour à domicile après hospitalisation, en partenariat avec leur entourage. Un tel travail aurait alors pour objectif premier d'anticiper et de pallier les difficultés que rencontreront le patient et ses partenaires de conversation lors du retour à leur vie quotidienne.

Travailler avec M. D. pendant le protocole nous a permis de mesurer les apports d'une prise en charge fonctionnelle dans le cadre de l'aphasie, et les échanges que nous avons eus avec lui ont été riches d'un point de vue humain autant que professionnel.

REFERENCES

- Alajouanine, T. (1968). *L'aphasie et le langage pathologique*. Paris : J.-B. Baillière et fils.
- Andrews, G. & Faulkner, D. (2004). *Ageing and health technical report : A glossary of terms for community health care and services for older persons*. University of South Australia : World Health Organization
- Assal, J.P. (1996). Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité, un autre processus de prise en charge. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier.
- Barakate, K. (2006). *Les empyèmes intracrâniens*. Casablanca : thèse de médecine n°136.
- Benson, D.F., & Geschwind, N. (1971). Aphasia and related cortical disturbances. In A. B. Baker & L. H. Baker (Eds.), *Clinical neurology*. Philadelphie : Harper & Row
- Boulin, M., Hugon, A.-L. & Le Bornec, G. (2008). *L'aphasie, vous connaissez ? Livret destiné à l'entourage des personnes aphasiques*. From [http : //livretaphasie.canalblog.com](http://livretaphasie.canalblog.com)
- Brin-Henry, F. (2014). Education thérapeutique du patient (ETP) et orthophonie. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 156-166). Montpellier : Sauramps Medical.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy, V. (2010). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isebergues : Ortho Edition.
- Causse, P. (2004) *Multiscènes*. Gagny : Editions Pédagogiques du Grand Cerf.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup G. & Bernard I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Classification Internationale du Fonctionnement (2001), Organisation Mondiale de la Santé.
- Code de santé publique, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 84.
- Darrigrand, B. & Mazaux, J.-M. (2000). *Echelle de Communication Verbale de Bordeaux*. Isbergues : Ortho Edition.
- Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B. & Mazaux, J.-M. (2007). Communication et aphasie. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp.76-86). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Davis, G. & Wilcox, J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation. In Chapey R. (Ed.). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore : Williams E. Wiltkins.

Deloche, G. & Hannequin, D. (1997). *Test de dénomination orale d'images D.O.* 80. Paris : ECPA.

Eymard, C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. In J. Foucaud, J.-A. Bury, M. Balcou-Debussche & C. Eymard (Eds.), *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation* (pp.39-53). Saint-Denis : INPES.

Fédération Nationale des Aphasiques de France, *Aphasie : Handicap social*. Retrieved 06,02,2014, from <http://www.aphasie.fr/aphasie4.htm>

Francois-Guinaud, C. (2010). Les modalités de prise en charge (hospitalier et libéral). In S. Chomel-Guillaume, G. Leloup & I. Bernard (Eds.), *Les aphasies : évaluation et rééducation* (pp. 225-232). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Franzén-Dahlin, A., Larson, J., Murray, J., Wredling, R. & Billing, E. (2008). A randomized controlled trial evaluating the effect of a support and education programme for spouses of people affected by stroke. *Clinical Rehabilitation*, 22, 722-730.

Hammelrath, C. (2001). *Test de Dénomination de Verbes Lexicaux en images D.V.L.* 38. Isbergues : Ortho Edition.

Haute Autorité de la Santé (2012a). *Education thérapeutique du patient : auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : guide pour les coordonnateurs et les équipes*. Les parcours de soins.

Haute Autorité de la Santé (2012b). *L'éducation thérapeutique : l'auto-évaluation annuelle en 10 questions-réponses*. Les parcours de soins.

Haute Autorité de la Santé (2007a). *Education thérapeutique du patient : comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?* Les parcours de soins.

Haute Autorité de la Santé (2007b). *Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ?* Les parcours de soins.

Haute Autorité de la Santé (2007c). *Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation*. Les parcours de soins.

Haute Autorité de la Santé (2007d). *Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. INPES.

Haute Autorité de la Santé (2007e). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : liste des objectifs et de questions d'évaluation d'un programme d'éducation du patient*.

Haute Autorité de la Santé (2007f). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : principales rubriques du dossier d'éducation thérapeutique*.

Hillis, A. & Caramazza, A. (1994). Theories of lexical processing and rehabilitation of lexical deficits. In M. J. Riddoch & G. W. Humphreys (Eds.), *Cognitive neuropsychology and cognitive rehabilitation* (pp. 449-487). Hove : Lawrence Erlbaum Associates.

Mazaux, J.-M., Glize, B., Dana-Gordon, C., De Seze, M.-P., Darrigrand, B. & Joseph, P.-A. (2014). Evaluation des troubles de la communication chez les personnes aphasiques. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 33-42). Montpellier : Sauramps Medical.

Mazaux, J.-M., Glize, B., Dana-Gordon, C., De Seze, M.-P., Darrigrand, B. & Joseph, P.-A. (2014). Evaluation des troubles de la communication chez les personnes aphasiques. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 33-42). Montpellier : Sauramps Medical.

Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (2007). Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique ? In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp.262-266). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Nespoulous, J.-L. (2014). L'aphasie : du déficit à la mise en place de stratégies palliatives. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 11-19). Montpellier : Sauramps Medical.

New, B., Pallier, C. & Ferrand, L. (2005). *Lexique3*. From [http : //www.lexique.org](http://www.lexique.org)

Peskine, A. & Pradat-Diehl, P. (2007). Etiologies de l'aphasie. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp.44-53). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Rousseaux, M., Bénèche, M. & Cortiana, M. (2014a). Les aspects théoriques de la communication. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 20-32). Montpellier : Sauramps Medical.

Rousseaux, M., Cortiana, M. & Bénèche, M. (2014b). Sémiologie et déficiences de la communication chez la personne aphasique. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl & V. Brun. (Eds.), *Communiquer malgré l'aphasie* (pp 43-52). Montpellier : Sauramps Medical.

Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N. & Lefeuvre, M. (2001). *Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho Edition.

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) (2011) *Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC : « le patient aphasique et son entourage »*. SFNV.

ANNEXES

Annexe I : cadre législatif

- Article L1161-1

Cet article décrit les objectifs de l'E.T.P. : rendre au patient son autonomie, faciliter sa prise de traitement et améliorer sa qualité de vie. Ce type de prise en charge entre dans le parcours de soins du patient, comme tout autre acte médical.

- Articles L1161-2 et L1161-3

Ces articles visent à décrire les programmes d'E.T.P. L'article 2 précise ainsi que ces programmes sont encadrés dans les grandes lignes conjointement par le Ministère de la Santé et par la H.A.S. En parallèle, chaque programme est adapté au patient.

- Article L1161-4

Cet article encadre déontologiquement le développement de ces programmes en interdisant aux entreprises ou aux individus ayant des intérêts dans l'industrie des médicaments et autres traitements d'en élaborer. Ils peuvent néanmoins aider la mise en place des actions d'E.T.P. via un financement.

- Article L1161-5

Cet article prolonge le précédent en rappelant qu'il ne peut y avoir de lien direct entre une entreprise et un patient : l'apprentissage de gestes techniques suppose nécessairement l'intervention d'un professionnel de santé.

En aucun cas, la mise en place d'un programme d'E.T.P. ne doit impliquer d'avantages financiers pour le médecin prescripteur.

- Article L1161-6

Cet article rappelle que chacun des points décrits ci-dessus a été défini par décret du Conseil d'Etat.

Annexe II : Questionnaire oral

Question : D'une manière générale, qu'avez-vous envie de nous dire sur le travail qu'on a fait ensemble ?

Réponse : « Intéressant, j'aimais bien venir... Beaucoup de choses différentes, je m'ennuyais pas. On a bien travaillé, des fois difficile. »

Q : Est-ce que vous trouvez que ça vous a aidé dans votre vie de tous les jours ?

R : « Oui... non... c'est difficile. Ici c'est bien, chez moi... ça va pas, besoin du cahier. Après ça va. »

Q : Quand vous rencontrez des problèmes pour vous exprimer, utilisez-vous les stratégies qu'on a vues en séance ?

R : « Je sais pas... Des fois oui ça aide... mais ça bloque il faut les petits trucs. La femme aime mieux. Mais ça va pas, les mots ça vient pas... »

Q : Est-ce que vous pensez que d'autres séances, pendant plus longtemps, vous aideraient davantage ?

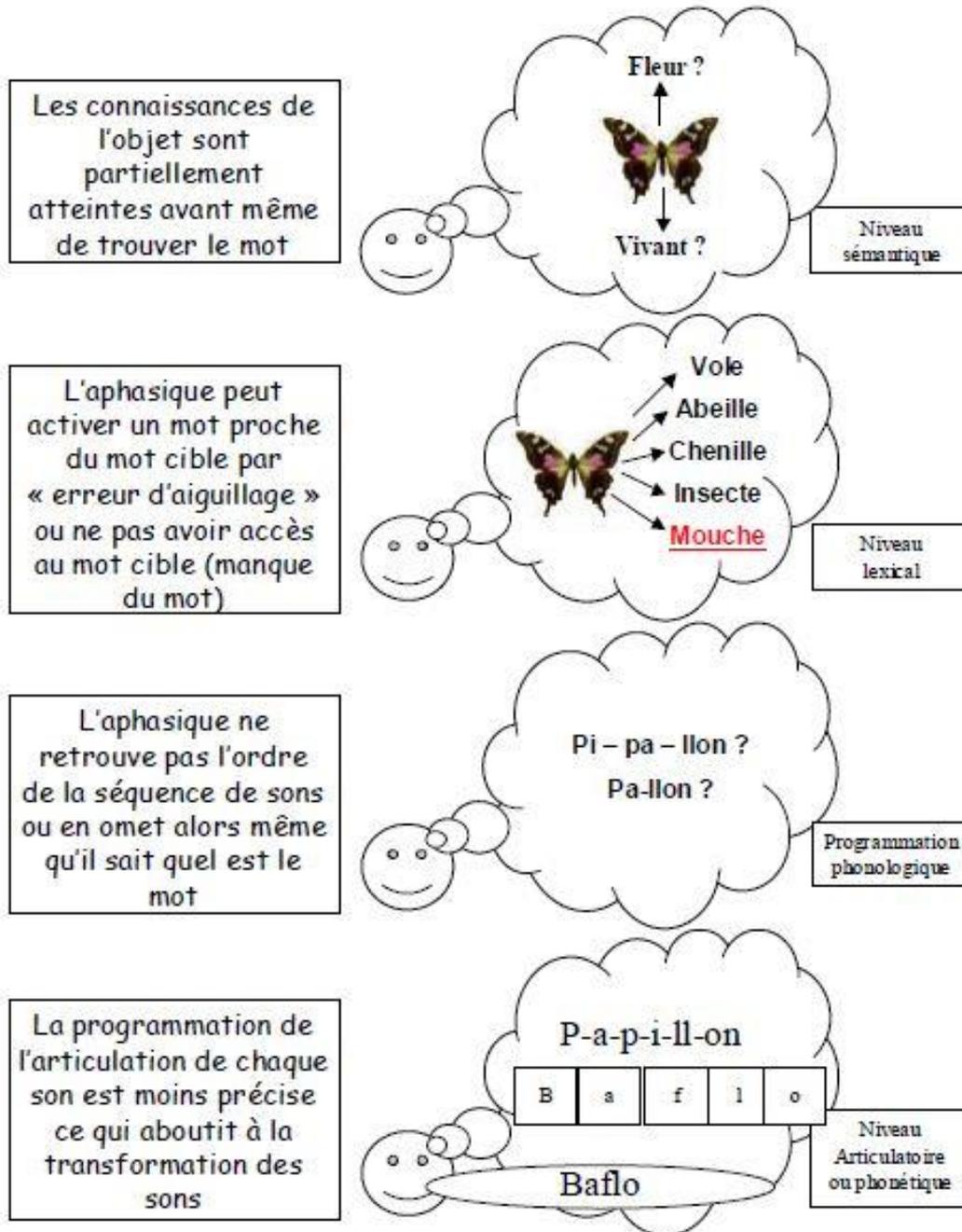
R : « Oui, j'aimais bien. Faut travailler, c'est pas bon... ».

Annexe III : Tableau d'E.T.P. adapté à notre patient

Compétences d'autosoins	
<i>Compétences en lien avec l'E.T.P. (H.A.S.)</i>	<i>Application au manque du mot dans le cadre d'une aphasie</i>
Soulager les symptômes	Contourner le manque du mot et réduire les difficultés de communication.
Mettre en œuvre des modifications de mode de vie	S'adapter à ses difficultés et les contourner en utilisant des stratégies palliatives.
Prévenir des complications évitables	Travailler sur les situations pouvant poser problèmes et y préparer le patient.
Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie	Faire face aux situations de langage pouvant occasionner des difficultés.

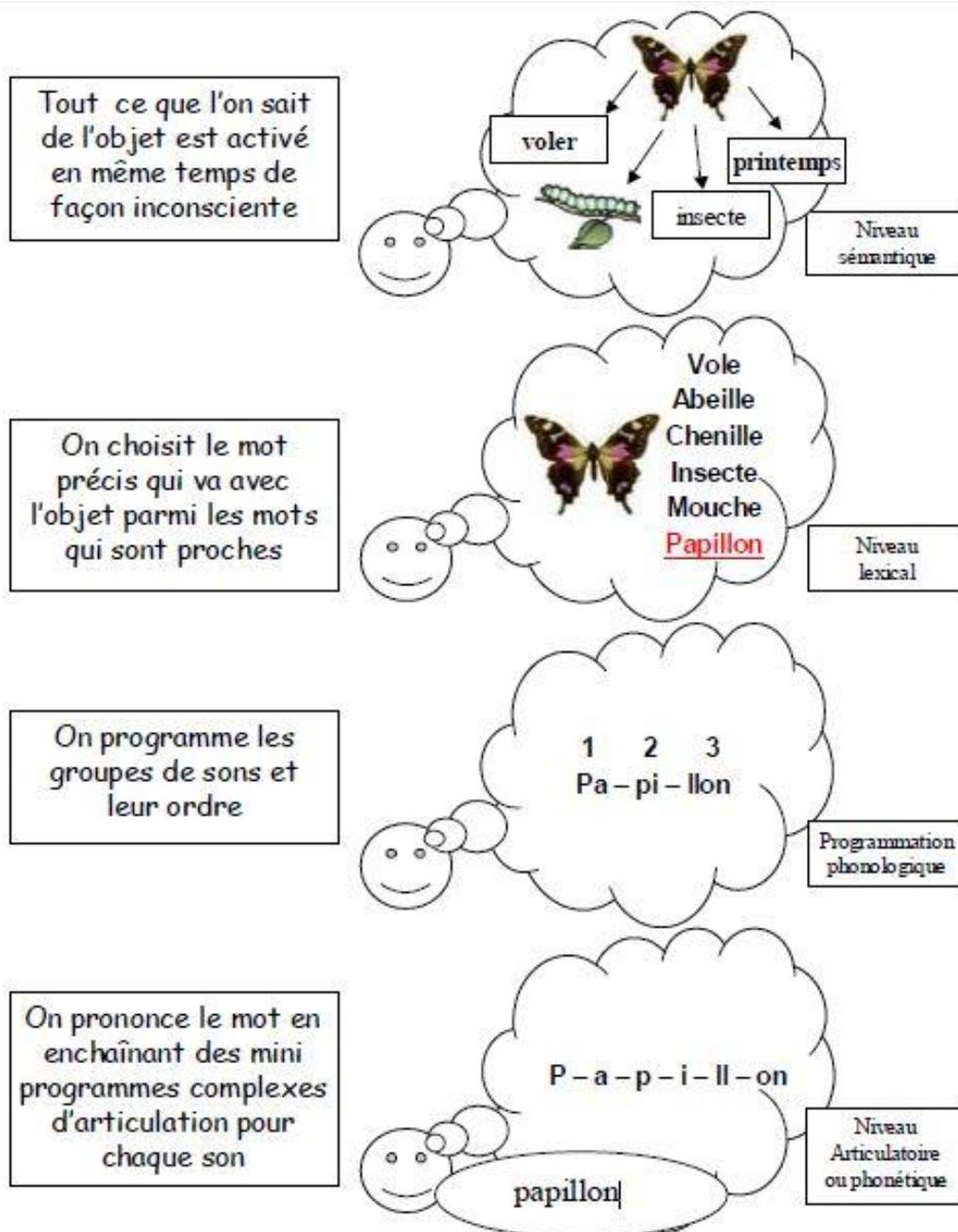
Compétences d'adaptation	
<i>Compétences en lien avec l'E.T.P. (H.A.S.)</i>	<i>Application au manque du mot dans le cadre d'une aphasie</i>
Se connaître, avoir confiance	Montrer au patient les ressources qu'il possède, lui redonner confiance, le revaloriser.
Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress	Aider le patient à gérer émotionnellement les situations langagières pouvant poser problème.
Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique	Apprendre au patient à analyser ses productions langagières pour identifier ce qui l'a mis en difficultés et trouver une remédiation.
Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles	Maintenir les capacités communicationnelles et sociales du patient, malgré son anomie.
Prendre des décisions et résoudre un problème	Choisir ce qu'il estime le mieux pour lui et pour sa communication.
Se fixer des buts à atteindre et faire des choix	S'investir dans le programme d'accompagnement en se prononçant sur qu'il estime meilleur pour lui.
S'observer, s'évaluer et se renforcer	Observer et analyser ses productions langagières. Savoir se montrer critique, mais aussi de se valoriser.

Annexe IV : Schéma des atteintes de la production lexicale chez un patient aphasique



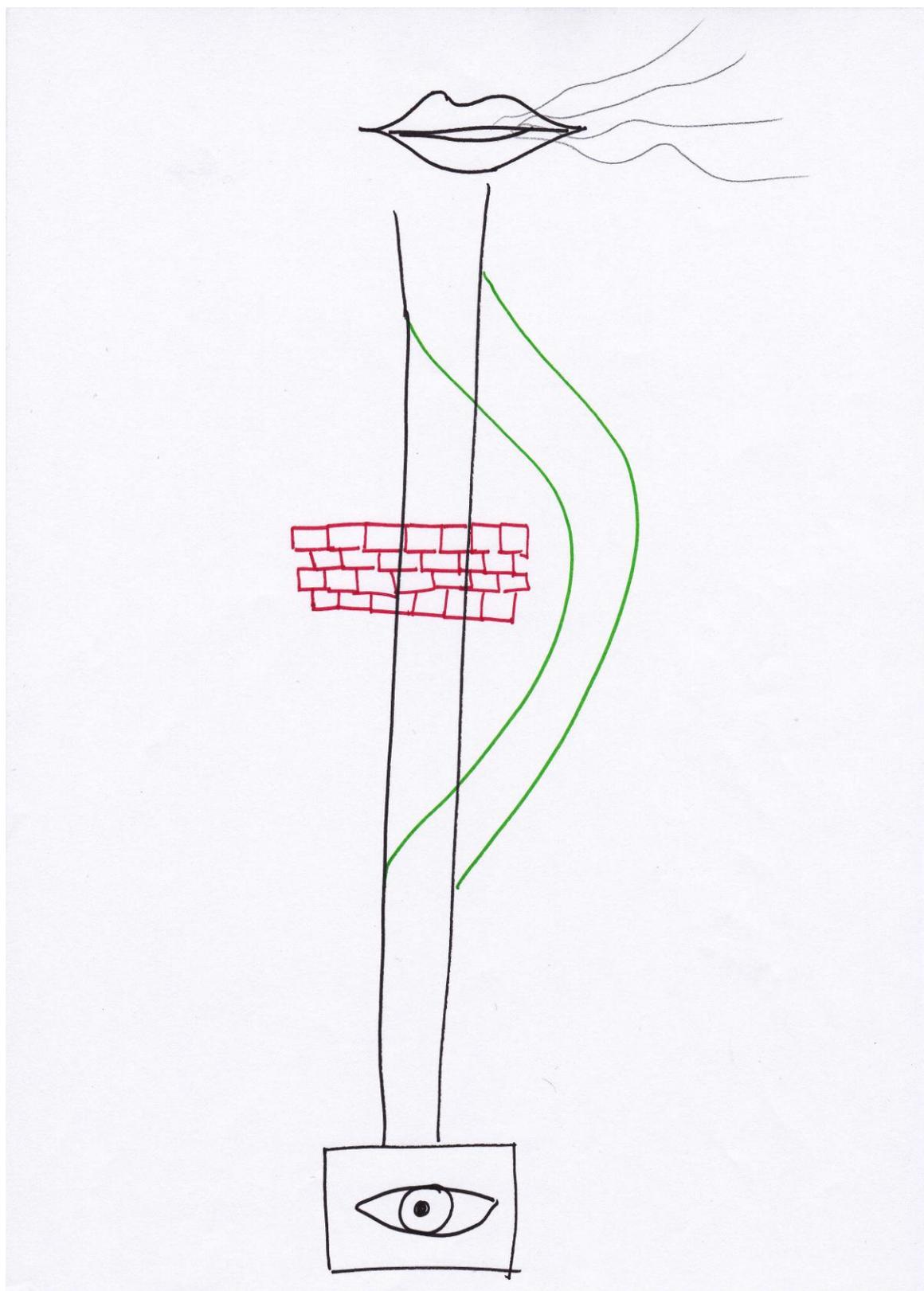
Boulin, Hugon et Le Bornec (2008).

Annexe V : Schéma de la production lexicale chez une personne tout-venante



Boulin, Hugon et Le Bornec (2008).

Annexe VI : Métaphore du barrage



Annexe VII : Mise en situation des stratégies palliatives

Jeux de rôle mettant en scène une stratégie palliative :

1. Pour le synonyme

A : « La télécommande ne marche plus, elle est cassée ? »

B : Non, il faut changer de... les... la batterie !

A : Ah, il faut changer les piles d'accord ! »

2. Pour la définition d'usage

A : « Donne-moi le... la grande... pour servir la soupe. »

B : Ah la louche, tiens la voilà. »

3. Pour la description d'objet

A : « Tu as perdu quelque chose ? Que cherches-tu comme ça ? »

B : Ma... mon... tissu avec les carreaux gris...

A : Ton mouchoir ? Je l'ai vu dans la salle de bain. »

4. Pour faire référence à un souvenir personnel commun

A : « Qu'est-ce que tu as mangé hier soir au restaurant ? »

B : Du... des... comme à l'anniversaire de Jacques, la dernière fois...

A : Un plateau de fruits de mer, oui je m'en souviens ! »

5. Pour les gestes idéomoteurs

A : « Où est partie Marion ? »

B : Partie à... (fait un geste d'aller-retour avec la main et le poignet droits)

A : Au tennis, c'est vrai elle m'avait dit vouloir faire une partie. »

6. Pour la désignation de l'objet dans la pièce

A : « Je ne trouve plus tes chemises, où sont-elles ? »

B : A... chez... (désigne une note posée sur le bureau)

A : (en lisant la note) Tu les as emmenées au pressing, d'accord. »

7. Pour l'approche phonologique

A : « Où êtes-vous allés en vacances cet été ? »

B : En /k/...

A : En Corse ?

B : Non en /g/... en /gr/..

A : En Grèce ?! Ca doit être très beau comme pays ! »

Annexe VIII : Listes des items du tabou

1. 45 images de substantifs :

30 items lexicaux utilisés dans le tabou non présentés lors du D.O. 80 :

Arbre - Argent – Arrosoir – Bras - Cadeau – Canapé - Car – Dent – Femme – Fenêtre –
Fille – Forêt – Heure - Jambes – Livre – Loup – Mer - Neige – Nez - Nuit – Œil – Oiseau
– Oreille - Patte – Place - Porte - Sac – Souris - Terre – Visage

15 items lexicaux utilisés dans le tabou et présentés dans le D.O. 80 :

Balai – Brosse - Casserole - Chapeau – Cloche – Escargot - Flèche - Fourchette - Fraise –
Lit - Poire - Poisson - Sapin - Soleil - Tabouret

2. 30 images de verbes d'actions :

20 items verbaux utilisés dans le tabou non présentés lors du D.V.L. 38:

Acheter - Aimer – Appeler - Attendre – Donner – Dormir – Entendre – Entrer – Gagner –
Marcher – Montrer - Parler - Penser – Porter - S'arrêter – Se cacher - Sentir - Sortir –
Tenir - Tomber

10 items verbaux utilisés dans le tabou et présentés dans le D.V.L. 38 :

Aboier - Allumer - Arroser - Caresser - Courir - Fumer - Limer - Monter - Regarder -
Rire

Annexe IX : Activités des listes de courses

1. Images des courses de Noël (6)

Dinette – Ours – Poupée – Ballon - Camion de pompier - Vélo

2. Images des courses au supermarché (7)

Yaourt – Poisson – Œuf – Pain – Pomme – Carotte - Lait

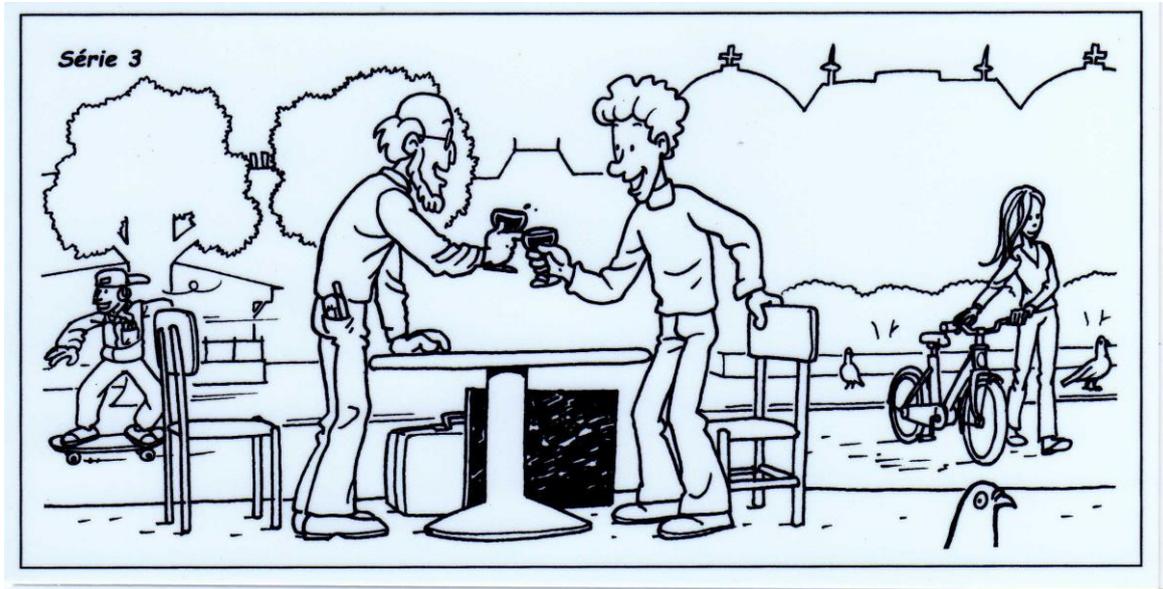
3. Images du bricolage (8)

Marteau – Escabeau – Scie – Tournevis – Pince – Perceuse – Rouleau - Pot de peinture

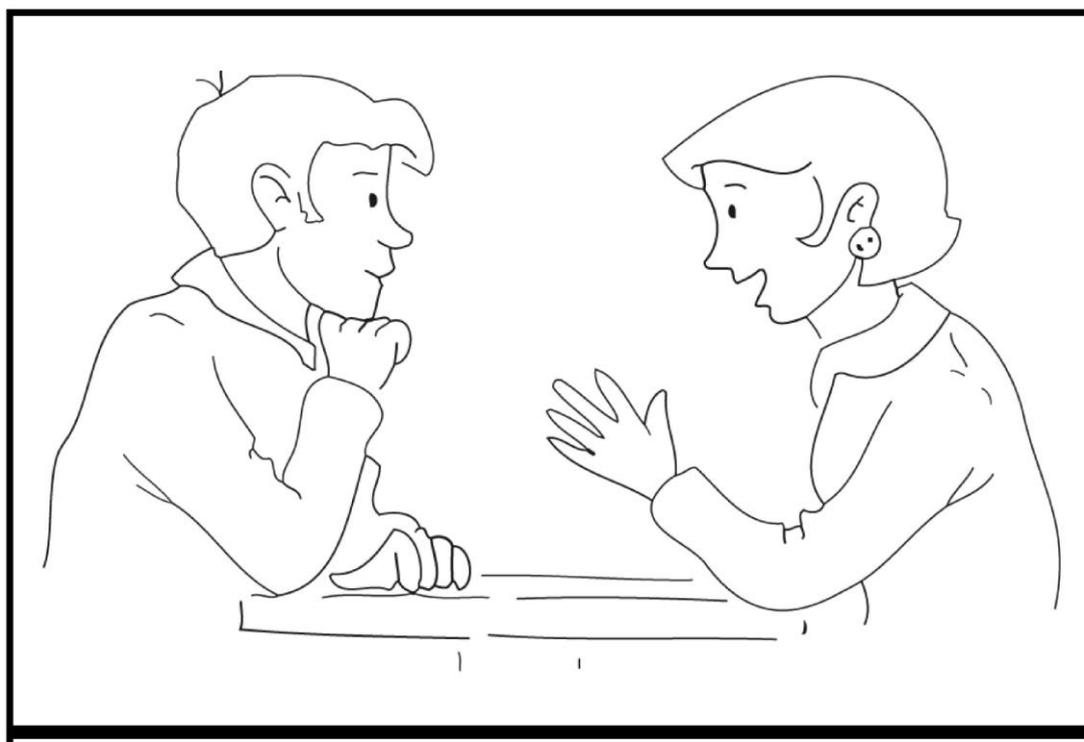
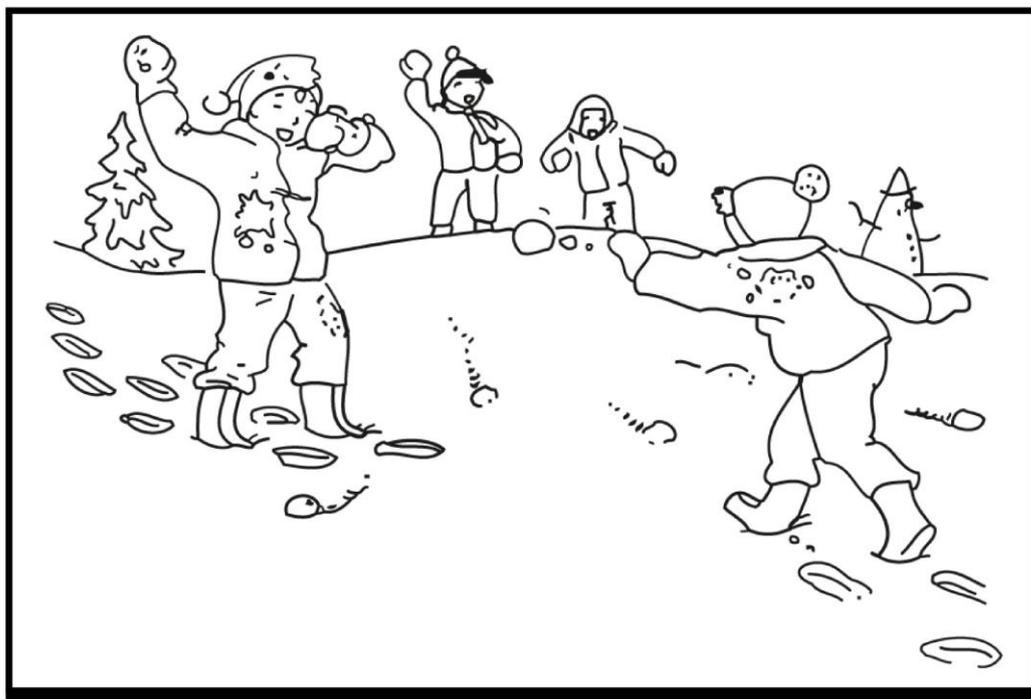
4. Ingrédients d'une paella (8)

Poivron – Riz – Oignon – Chorizo – Citron – Poulet – Crevette - Petits pois

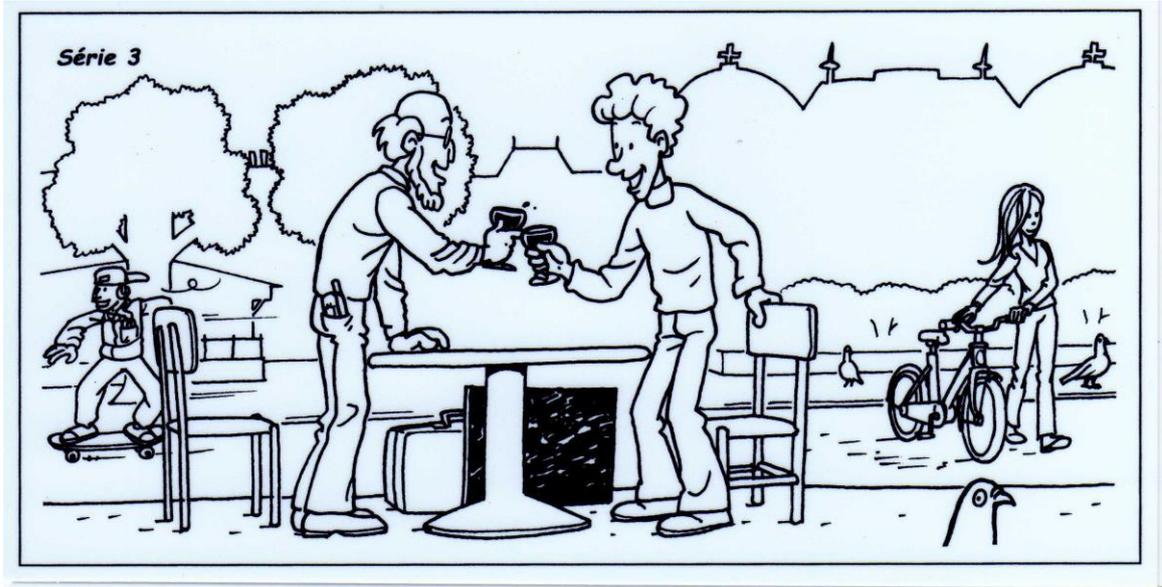
Annexe X : Description d'images complexes



Annexe XI : Images de la PACE







Annexe XII : Résultats à l'E.C.V.B. en pré et post-test

1. Résultats au pré-test

1.1. Synthèse

ÉCHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX - B. DARRIGRAND & J.M. MAZAUX

Pré-test : synthèse

EXPRESSION DES INTENTIONS					
	1. besoins élémentaires	0	1	2	3
	2. désirs, intentions	0	1	2	3
	3. demander son chemin	0	1	2	3
CONVERSATION					
	<i>Avec les proches</i> 4. sujet courant	0	1	2	3
	5. sujet abstrait	0	1	2	3
	6. initier une conversation	0	1	2	3
	7. sentiments	0	1	2	3
<i>Avec des inconnus</i>	8. sujet courant	0	1	2	3
	9. sujet complexe	0	1	2	3
	10. prise de parole	0	1	2	3
TÉLÉPHONE					
	11. famille	0	1	2	3
	12. amis	0	1	2	3
	13. rendez-vous	0	1	2	3
	14. appeler un inconnu	0	1	2	3
	15. répondre au téléphone n°1	0	1	2	3
	16. répondre au téléphone n°2	0	1	2	3
	17. transmettre un message	0	1	2	3
ACHATS					
	18. achats seul(e)	0	1	2	3
	19. solliciter le vendeur	0	1	2	3
	20. manipulation d'argent	0	1	2	3
	21. chèques / cartes bancaires	0	1	2	3
RELATIONS SOCIALES					
	22. repas de famille / amis	0	1	2	3
	23. demande de renseignements	0	1	2	3
	24. sorties	0	1	2	3
	25. restaurant	0	1	2	3
	26. coiffeur / garagiste / libraire	0	1	2	3
LECTURE					
	27. journaux, magazines, livres	0	1	2	3
	28. courrier affectif	0	1	2	3
	29. papiers administratifs	0	1	2	3
	30. lire l'heure	0	1	2	3
ÉCRITURE					
	31. listes de courses	0	1	2	3
	32. courrier	0	1	2	3
	33. papiers administratifs	0	1	2	3
	34. libellé de chèques	0	1	2	3
SCORE TOTAL :		19 / 102			

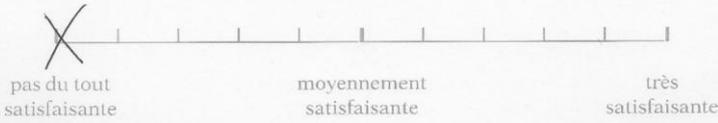
1.2. Echelle de satisfaction

ÉCHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX - B. DARRIGRAND & J.M. MAZAUX

Pré-test

ÉCHELLE DE SATISFACTION

Je vous propose maintenant d'évaluer votre communication sur cette échelle.
Est-ce que vous la trouvez :



pas du tout satisfaisante moyennement satisfaisante très satisfaisante

CONCLUSION

Voilà, nous avons terminé, est-ce que mes questions vous ont paru difficiles? *moyen*

Etes-vous fatigué(e)? *non*

Avez-vous quelque chose à ajouter?
(une remarque à faire?).....
.....
.....

9

2. Résultats au post-test

2.1. Synthèse

ÉCHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX - B. DARRIGRAND & J.M. MAZAUX

Post-test : synthèse

EXPRESSION DES INTENTIONS					
	1. besoins élémentaires	0	1	2	3
	2. désirs, intentions	0	1	2	3
	3. demander son chemin	0	1	2	3
CONVERSATION					
	<i>Avec les proches</i>				
	4. sujet courant	0	1	2	3
	5. sujet abstrait	0	1	2	3
	<i>Avec des inconnus</i>				
	6. initier une conversation	0	1	2	3
	7. sentiments	0	1	2	3
	8. sujet courant	0	1	2	3
	9. sujet complexe	0	1	2	3
10. prise de parole	0	1	2	3	
TÉLÉPHONE					
	11. famille	0	1	2	3
	12. amis	0	1	2	3
	13. rendez-vous	0	1	2	3
	14. appeler un inconnu	0	1	2	3
	15. répondre au téléphone n°1	0	1	2	3
	16. répondre au téléphone n°2	0	1	2	3
	17. transmettre un message	0	1	2	3
ACHATS					
	18. achats seul(e)	0	1	2	3
	19. solliciter le vendeur	0	1	2	3
	20. manipulation d'argent	0	1	2	3
	21. chèques / cartes bancaires	0	1	2	3
RELATIONS SOCIALES					
	22. repas de famille / amis	0	1	2	3
	23. demande de renseignements	0	1	2	3
	24. sorties	0	1	2	3
	25. restaurant	0	1	2	3
	26. coiffeur / garagiste / libraire	0	1	2	3
LECTURE					
	27. journaux, magazines, livres	0	1	2	3
	28. courrier affectif	0	1	2	3
	29. papiers administratifs	0	1	2	3
	30. lire l'heure	0	1	2	3
ÉCRITURE					
	31. listes de courses	0	1	2	3
	32. courrier	0	1	2	3
	33. papiers administratifs	0	1	2	3
	34. libellé de chèques	0	1	2	3
SCORE TOTAL:		21 / 102			

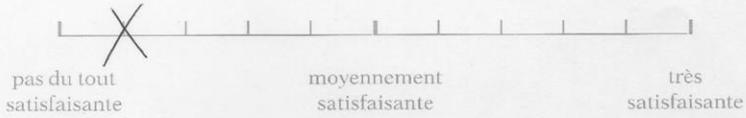
2.2. Echelle de satisfaction

ÉCHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX - B. DARRIGRAND & J.M. MAZAUX

Post-test

ÉCHELLE DE SATISFACTION

Je vous propose maintenant d'évaluer votre communication sur cette échelle.
Est-ce que vous la trouvez :



CONCLUSION

Voilà, nous avons terminé, est-ce que mes questions vous ont paru difficiles? *non*

Êtes-vous fatigué(e)? *non*

Avez-vous quelque chose à ajouter?
(une remarque à faire?).....
.....
.....

9

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I. Table des figures

Figure 1 : Classification des aphasies proposée par l'école de Boston (Benson & Geschwind, 1971)	12
Figure 2 : Modèle de traitement lexico-sémantique (Hillis et Caramazza, 1994).....	13
Figure 3 : Diagnostic éducatif de M. D.....	33

II. Tables des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des compétences d'autosoin dans le cadre d'une aphasie.....	24
Tableau 2 : Récapitulatif des compétences d'adaptation dans le cadre d'une aphasie.....	24
Tableau 3 : Résultats au D.O. 80.....	42
Tableau 4 : Résultats au D.O. 80 selon les items réussis abordés ou non en séance.....	42
Tableau 5 : Nombre de stratégies palliatives utilisées pour le D.O. 80	43
Tableau 6 : Synthèse des items dénommés au D.O. 80, accompagnés ou non de stratégies palliatives	43
Tableau 7 : Résultats au D.V.L. 38	44
Tableau 8 : Résultats au D.V.L. 38 selon les items réussis abordés ou non en séance	44
Tableau 9 : Nombre de stratégies palliatives utilisées pour le D.V.L. 38	44
Tableau 10 : Synthèse des items dénommés au D.V.L. 38, accompagnés ou non de stratégies palliatives	45
Tableau 11 : Résultats à l'E.C.V.B.....	46

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE.....	10
I. L'APHASIE	11
1. Définition, étiologie et tableaux cliniques.....	11
1.1. Définition.....	11
1.2. Etiologies	11
1.3. Tableaux cliniques	11
2. L'anomie, symptôme majeur de l'aphasie.....	12
2.1. Définition de l'anomie	12
2.2. Modèle de traitement lexico-sémantique d' Hillis et Caramazza (1994).....	13
3. Les manifestations de l'anomie sur le langage et la communication.....	14
3.1. Manifestations sur les productions verbales.....	14
3.2. Manifestations sur la communication	15
3.3. Les principales approches rééducatives de l'aphasie	16
II. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....	17
1. Cadre théorique de l'éducation thérapeutique du patient	17
1.1. Définitions	17
1.2. Cadre législatif.....	18
1.3. Conseils proposés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (I.N.P.E.S.)	18
1.3.1. Divers types d'éducation	19
1.3.2. Divers types de thérapeutiques	19
1.3.3. Le diagnostic éducatif.....	20
2. Mise en place d'un projet d'Education Thérapeutique.....	20
2.1. Les étapes de structuration d'un programme d'E.T.P.	20
2.1.1. Etape 1 : Elaborer un diagnostic éducatif	20
2.1.2. Etape 2 : Définir les grandes lignes du programme d'E.T.P.	21
2.1.3. Etape 3 : Mettre en œuvre les séances d'E.T.P.	21
2.1.4. Etape 4 : Evaluer le programme.....	21
2.2. Les questions à se poser lorsque l'on met en place un tel programme	21
2.2.1. A qui proposer l'E.T.P. ?	21
2.2.2. Qui peut proposer l'E.T.P. ? Qui la réalise ?	21
2.2.3. Où réaliser l'E.T.P. ?	22
2.2.4. Quand réaliser l'E.T.P. ?.....	22
2.2.5. Pourquoi la réaliser ?	22
3. L'éducation thérapeutique appliquée à l'aphasie.....	22
3.1. L'aphasie, une maladie chronique ?	22
3.2. Tableau de compétences	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25
I. PROBLEMATIQUE	26
II. HYPOTHESES	26
1. Hypothèse générale.....	26
2. Hypothèses opérationnelles	26
2.1. Hypothèse 1 : scores de dénomination.....	27
2.2. Hypothèse 2 : stratégies palliatives	27
2.3. Hypothèse 3 : vécu du patient	27
PARTIE EXPERIMENTALE	28
I. POPULATION.....	29
1. Choix de la population.....	29

2.	<i>Critères d'inclusion</i>	29
3.	<i>Critères d'exclusion</i>	30
4.	<i>Présentation du patient</i>	30
II.	PROCEDURE.....	31
1.	<i>Plan expérimental</i>	31
2.	<i>Pré-tests</i>	31
3.	<i>Post-tests</i>	34
4.	<i>Organisation des séances</i>	34
4.1.	Séance 1 : Explication des troubles.....	35
4.2.	Séance 2 : Les stratégies palliatives.....	36
4.3.	Séance 3 : Produire un discours tenant compte des représentations de l'interlocuteur.....	38
4.4.	Séance 4 : Fournir une description précise.....	38
4.5.	Séance 5 : Entretenir une discussion spontanée.....	39
	PRESENTATION DES RESULTATS	41
I.	PRESENTATION DES RESULTATS QUANTITATIFS.....	42
1.	<i>Résultats au test D.O. 80 en pré et post-test</i>	42
1.1.	Scores bruts.....	42
1.2.	Utilisation des stratégies palliatives.....	43
2.	<i>Résultats au test D.V.L. 38</i>	43
2.1.	Scores bruts.....	44
2.2.	Utilisation des stratégies palliatives.....	44
II.	PRESENTATION DES RESULTATS QUALITATIFS.....	45
1.	<i>Evolution de l'E.C.V.B.</i>	45
2.	<i>Questionnaire de satisfaction du patient en fin de protocole</i>	46
3.	<i>Observations de son orthophoniste</i>	47
	DISCUSSION DES RESULTATS	48
I.	VALIDATION DE NOS HYPOTHESES.....	49
1.	<i>Amélioration de la dénomination</i>	49
2.	<i>Mise en place de stratégies palliatives</i>	50
3.	<i>Amélioration du vécu du patient</i>	50
II.	INTERETS ET LIMITES DE NOTRE PROTOCOLE.....	51
1.	<i>Intérêts du programme basé sur l'E.T.P. en aphasiologie</i>	51
2.	<i>Limites et difficultés rencontrées</i>	52
2.1.	Limites relatives au patient.....	52
2.2.	Limites relatives à la mise en pratique du protocole.....	53
3.	<i>Choix de la méthode</i>	53
3.1.	Orientation vers une étude de cas unique.....	53
3.2.	Choix des critères d'inclusion et d'exclusion.....	54
3.3.	Choix des tests proposés.....	54
3.4.	Travail de certains items de bilan.....	55
III.	PERSPECTIVES.....	56
1.	<i>Appliquer cette approche à d'autres symptômes de l'aphasie</i>	56
2.	<i>Travail de la communication en groupe</i>	56
3.	<i>Aide au retour à domicile des patients</i>	57
4.	<i>Vers de nouvelles approches thérapeutiques ?</i>	58
	CONCLUSION	59
	REFERENCES	60
	ANNEXES	63
	ANNEXE I : CADRE LEGISLATIF.....	64
	ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ORAL.....	65
	ANNEXE III : TABLEAU D'E.T.P. ADAPTE A NOTRE PATIENT.....	66
	ANNEXE IV : SCHEMA DES ATTEINTES DE LA PRODUCTION LEXICALE CHEZ UN PATIENT APHASIQUE.....	67
	ANNEXE V : SCHEMA DE LA PRODUCTION LEXICALE CHEZ UNE PERSONNE TOUT-VENANTE.....	68
	ANNEXE VI : METAPHORE DU BARRAGE.....	69
	ANNEXE VII : MISE EN SITUATION DES STRATEGIES PALLIATIVES.....	70
1.	<i>Pour le synonyme</i>	70
2.	<i>Pour la définition d'usage</i>	70
3.	<i>Pour la description d'objet</i>	70

4.	<i>Pour faire référence à un souvenir personnel commun</i>	70
5.	<i>Pour les gestes idéomoteurs</i>	71
6.	<i>Pour la désignation de l'objet dans la pièce</i>	71
7.	<i>Pour l'approche phonologique</i>	71
ANNEXE VIII : LISTES DES ITEMS DU TABOU		72
1.	<i>45 images de substantifs</i> :	72
2.	<i>30 images de verbes d'actions</i> :	72
ANNEXE IX : ACTIVITES DES LISTES DE COURSES		73
1.	<i>Images des courses de Noël (6)</i>	73
2.	<i>Images des courses au supermarché (7)</i>	73
3.	<i>Images du bricolage (8)</i>	73
4.	<i>Ingrédients d'une paella (8)</i>	73
ANNEXE X : DESCRIPTION D'IMAGES COMPLEXES		74
ANNEXE XI : IMAGES DE LA PACE.....		75
ANNEXE XII : RESULTATS A L'E.C.V.B. EN PRE ET POST-TEST		78
1.	<i>Résultats au pré-test</i>	78
1.1.	Synthèse.....	78
1.2.	Echelle de satisfaction.....	79
2.	<i>Résultats au post-test</i>	80
2.1.	Synthèse.....	80
2.2.	Echelle de satisfaction.....	81
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		82
I.	TABLE DES FIGURES.....	82
II.	TABLES DES TABLEAUX	82
TABLE DES MATIERES		83

Caroline Chivot – Lucille Doussot

**EVOLUTION DE L'ANOMIE ET DE LA COMMUNICATION VERBALE D'UN
PATIENT APHASIQUE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME
D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE**

85 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2014

RESUME

Première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays industrialisés, l'accident vasculaire cérébral entraîne une aphasie dans plus d'un tiers des cas. Son symptôme majeur, l'anomie, peut être à l'origine d'importants troubles de la communication verbale et faire l'objet d'une plainte récurrente de la part du patient. La prise en charge orthophonique de l'aphasie a évolué pour tendre vers une approche pragmatique, plus écologique, qui aborde l'individu dans sa globalité. Elle tente de ce fait d'apporter au patient des stratégies d'aide afin de mieux vivre quotidiennement avec sa pathologie. En parallèle, la Haute Autorité de la Santé promulgue en 2007 une nouvelle approche de réadaptation applicable aux maladies chroniques : l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.). Cette dernière vise en premier lieu à améliorer la qualité de vie des patients en les rendant acteurs de leur thérapie. Dans cette optique, les objectifs du programme d'accompagnement sont définis en fonction des capacités, limites et plaintes du patient. L'aphasie pouvant être considérée comme une maladie chronique au regard des critères établis par les organismes qui encadrent l'E.T.P., nous nous sommes posé la question de son application à l'aphasie. Nous avons alors élaboré un protocole d'accompagnement basé sur l'E.T.P. favorisant l'utilisation de stratégies palliatives par le patient pour contourner son anomie et améliorer le ressenti de sa communication verbale. Nous avons proposé des séances élaborées à partir d'un diagnostic éducatif à un patient atteint d'aphasie non fluente. Les résultats de cette étude ont montré une progression des scores de dénomination, un recours accru aux stratégies palliatives mais une faible amélioration du ressenti du patient quant à sa communication verbale. L'E.T.P. semble ainsi pouvoir impacter favorablement le quotidien des patients aphasiques, et il serait intéressant d'élargir son application à d'autres symptômes de l'aphasie, notamment pour la préparation d'un retour à domicile.

MOTS-CLES

Aphasie non fluente, anomie, Education Thérapeutique du Patient (ETP), stratégies palliatives, communication verbale, programme d'accompagnement.

MEMBRES DU JURY

Emmanuelle Aujogues, Dominique Kuzdzal et Anne Peillon

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Pascale Bontron (Maître de mémoire)

DATE DE SOUTENANCE

26 juin 2014
