



<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

**PINET Constance**  
**TEYSSIER Marion**

**MESURE DE L'EFFICACITE DU SUPPORT  
PALLIATIF C.COM DANS DEUX CAS D'APHASIES  
SEVERES ALTERANT LA COMPREHENSION**

Directeurs de Mémoire

**CHARTON-GONZALEZ Isabelle**  
**FERRERO Valérie**

Membres du Jury

**RODE Gilles**  
**LAFAY Frédérique**  
**LESOURD Mathieu**

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. **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

---

En premier lieu, nous tenons à remercier très sincèrement nos directeurs de mémoire :

- Madame Gonzalez, pour nous avoir formées à la mise en place du classeur de communication C.COM et pour nous avoir transmis son savoir-faire et sa riche expérience.

- Madame Ferrero, pour nous avoir aiguillées et épaulées durant ces deux années et pour s'être rendue disponible dès que le besoin s'en faisait sentir.

Merci beaucoup à vous deux pour vos encouragements et votre dynamisme à toute épreuve. Merci pour votre patience et pour nous avoir conseillées jusqu'à ce que nous écrivions le point final de ce mémoire.

Dans un deuxième temps, nous aimerions remercier les couples qui ont accepté de travailler avec nous durant plus de deux mois. Merci à nos patients Madame D. et Monsieur G. et merci à leurs conjoints respectifs pour leur investissement, leur enthousiasme et leur disponibilité. Merci de nous avoir offert des places d'orthophonistes alors que nous n'étions « que » des étudiantes.

Pour continuer, nous remercions les orthophonistes prenant en charge Madame D. : Madame Vachot pour nous avoir permis de rencontrer le couple D. et Madame Tissot pour avoir accepté de prendre en charge une partie de l'entraînement de la patiente. Merci pour votre collaboration et votre aide qui ont été précieuses.

Merci aussi à l'association « Le Roseau » et à l'ancienne orthophoniste de Monsieur G., Madame Bauer, pour nous avoir mis en lien avec le couple G. Merci de vous être intéressés de près à notre recherche.

Nous tenons également à remercier les orthophonistes ayant participé à notre jury d'analyse conversationnelle ; merci particulièrement à Madame Peillon pour son discours bienveillant.

Merci aussi à Madame Witko, Madame Charlois et à Monsieur Lesourd pour s'être penchés sur nos questions d'analyse des résultats et pour nous avoir proposé leur aide.

Nous souhaitons remercier de façon très amicale les étudiant(e)s de notre promotion et plus particulièrement nos amies pour leur grande solidarité et pour leur soutien.

Enfin, nous finirons par remercier chaleureusement nos parents, nos sœurs, Samuel, Sébastien, notre famille proche mais aussi bien sur nos ami(e)s pour nous avoir soutenues et encouragées durant ces quatre années d'études. Merci du fond du cœur pour tout...

---

# SOMMAIRE

---

<b>ORGANIGRAMMES</b> .....	<b>2</b>
1. Université Claude Bernard Lyon1 .....	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>10</b>
I. COMMUNICATION ET APHASIE .....	11
1. Généralités sur la communication, la conversation et l'aphasie .....	11
2. L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension .....	12
3. L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension : une mise en péril de la communication ?.....	14
II. LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COMMUNICATIONNELS DANS L'APHASIE SEVERE : UNE DEMARCHE PALLIATIVE.....	17
1. Historique des approches orthophoniques (Charton-Gonzalez, Munier, Petit, Gaujard & Montero, 2004).....	17
2. Définitions et principes de la démarche palliative.....	19
3. La réparation des troubles communicationnels et conversationnels .....	20
III. UN OUTIL PALLIATIF ET AUGMENTATIF DE COMMUNICATION : LE CLASSEUR C.COM.....	22
1. Le classeur de communication .....	22
2. Le classeur de communication : un classeur «partenaire-dépendant » .....	23
3. Pour un outil, une communication et un partenaire efficaces.....	25
<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</b> .....	<b>27</b>
IV. PROBLEMATIQUE .....	28
V. HYPOTHESES .....	28
1. Hypothèse générale.....	28
2. Hypothèses spécifiques.....	28
VI. VARIABLES PRISES EN COMPTES .....	29
1. Variable indépendante .....	29
2. Variable dépendante .....	29
<b>PARTIE EXPERIMENTALE</b> .....	<b>30</b>
I. POPULATION .....	31
1. Critères d'éligibilité.....	31
2. Présentation des deux couples .....	32
II. PROTOCOLE D'EXPERIMENTATION.....	35
1. Evaluations .....	35
2. Construction du classeur personnalisé à partir du classeur de base.....	41
3. Utilisation du classeur C.COM.....	43
III. DEROULE DES SEANCES D'ENTRAINEMENT .....	46
1. Modélisation d'une séance.....	46
2. Calendrier des entraînements (annexe IV).....	47
<b>PRESENTATION DES RESULTATS</b> .....	<b>48</b>
I. PRESENTATION DES RESULTATS CONCERNANT LE COUPLE D.....	49
1. Résultats obtenus aux tests d'éligibilité .....	49
2. Résultats à l'Echelle de Communication Pragmatique (annexe VI) .....	50
3. Résultats au test des 4 tâches .....	52
4. Résultats à l'analyse conversationnelle .....	53
5. Résultats au Test Lillois de Communication .....	55
6. Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX).....	56
7. Tests complémentaires : BDAE et MT86 en post-test .....	56
II. PRESENTATION DES RESULTATS CONCERNANT LE COUPLE G.....	57

---

1.	<i>Résultats obtenus aux tests d'éligibilité</i> .....	57
2.	<i>Résultats à l'Echelle de Communication Pragmatique (annexe VI)</i> .....	58
3.	<i>Résultats au test des 4 tâches</i> .....	60
4.	<i>Résultats à l'analyse conversationnelle</i> .....	61
5.	<i>Résultats au Test Lillois de Communication</i> .....	64
6.	<i>Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX)</i> .....	64
7.	<i>Test complémentaire : BDAE en post-test</i> .....	65
<b>DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....		<b>66</b>
I.	VALIDATION DES HYPOTHESES .....	67
1.	<i>Couple D.</i> .....	67
2.	<i>Couple G.</i> .....	71
II.	EVOLUTION DES PATIENTS ET DES PARTENAIRES .....	75
1.	<i>Couple D.</i> .....	75
2.	<i>Couple G.</i> .....	77
3.	<i>Mise en parallèle des deux couples</i> .....	78
III.	RETOUR SUR L'ENSEMBLE DU PROTOCOLE .....	79
1.	<i>Le classeur de communication C.COM.</i> .....	79
2.	<i>Les entraînements</i> .....	80
3.	<i>Les tests utilisés</i> .....	81
IV.	APPORTS SUR LE PLAN PERSONNEL .....	83
V.	PERSPECTIVES .....	84
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>85</b>
<b>REFERENCES</b> .....		<b>86</b>
<b>TESTS</b> .....		<b>90</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....		<b>91</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>93</b>
LISTE DES ANNEXES .....		94
ANNEXE I : PRESENTATION DU TEST DES 4 TACHES (ADAPTATION DU TEST DES 6 TACHES) .....		95
1.	<i>Pré-test</i> .....	95
2.	<i>Post-test</i> .....	95
ANNEXE II : PRESENTATION DE L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE (AC) .....		96
1.	<i>Présentation de la grille d'AC de Leopold (2011) et des adaptations</i> .....	96
2.	<i>Extraits de la légende de la grille d'AC établie par Leopold (2011)</i> .....	99
3.	<i>Cotation de la grille d'AC (échelles proposées par Leopold, 2011)</i> .....	101
ANNEXE III : CREATION DE PLANCHES A INSERER DANS LE C.COM .....		102
1.	<i>Exemple de planches créées pour le couple D.</i> .....	102
2.	<i>Exemple de planches créées pour le couple G.</i> .....	103
ANNEXE IV : CALENDRIER DES EXPERIMENTATIONS .....		104
ANNEXE V : PROFIL APHASIQUE DES PATIENTS (BDAE, MT86).....		105
1.	<i>Madame D.</i> .....	105
2.	<i>Monsieur G.</i> .....	106
ANNEXE VI : EXPLOITATION DES DONNEES DE L'ECP .....		107
1.	<i>Couple D.</i> .....	107
2.	<i>Couple G.</i> .....	108
ANNEXE VII : TEST DES 4 TACHES : ANALYSE NUANCEE .....		109
1.	<i>Couple D.</i> .....	109
2.	<i>Couple G.</i> .....	110
ANNEXE VIII : ANALYSE CONVERSATIONNELLE : RESULTATS DETAILLES .....		111
3.	<i>Couple D.</i> .....	111
4.	<i>Couple G.</i> .....	111
ANNEXE IX : DONNEES RECUEILLIES LORS DES ENTRAÎNEMENTS .....		112
1.	<i>Couple D.</i> .....	112
2.	<i>Couple G.</i> .....	112
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....		<b>114</b>
1.	<i>Liste des tableaux</i> .....	114

---

2. Liste des graphiques.....	114
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>116</b>



**SUMMARY**

---

Augmentative communication appears as some kind of help to overcome communicative difficulties undergone by a couple affected by severe aphasia. Such a pathology disrupts a common interaction conversational principles, thus creating a «shared handicap» situation within the couple. Indeed, severe aphasia changes interlocutors' roles during an exchange. The putting in place of the C.COM communication book, a personalized and «association dependence» book created by Isabelle Charton-Gonzalez, aims to make the aphasic patient's close partner sensitive to impairments the patient suffers from, in order to lead the partner to « guide » exchange. In this study, we assumed that remediation combined to the C.COM would improve the couple's communication. To achieve this, we conducted a case study of two severe aphasic patients and their spouse. After eligibility tests, eight training weeks were carried out, the efficiency of which were assessed by pre-tests and post-tests, in accordance with the creation, putting up and use protocol of the C.COM. The conversational analysis that we have introduced on the procedure enabled us to sharpen results reading. Our intervention with couples allowed a change in aphasic impairments awareness of each non-aphasic spouse, which is an essential factor of their investment in the C.COM palliative tool. The training we carried out led close partners to give up some counter-productive strategies in favor of adapted communicative attitudes and appropriate use of the C.COM. This led to repairing of communication breakdowns and therefore to favored exchanges continuity. Finally, the resorting to non-verbal communication channels, such as movements, has been developed, helping to improve the couple's daily life. Inter-couple differences as far as results were concerned led us to think of a similar study with patients whose aphasic profile and stroke distance would be similar.

---

**KEY-WORDS**

---

Severe aphasia / augmentative communication / close partner / conversational analysis / repair / remediation

---

## INTRODUCTION

---

L'orthophonie prend en charge la communication ; la communication est un échange, une interaction entre deux interlocuteurs. Dans le cadre de l'aphasie sévère, les capacités de communication des patients deviennent déficitaires, créant ainsi une rupture dans les échanges du quotidien ; le caractère fonctionnel des échanges est altéré.

Il est alors nécessaire de développer des outils qui puissent aider les personnes aphasiques dans ce domaine, c'est pourquoi nous nous sommes intéressées à la démarche palliative et plus précisément à la communication augmentative. Ainsi, approfondissant nos recherches, nous avons été amenées à découvrir les principes du classeur de communication C.COM. Il s'agit d'un outil palliatif et augmentatif de la communication dont l'un des objectifs est de remédier à la déficience induite par les troubles sévères de la communication présents chez les personnes aphasiques, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Nous avons souhaité nous inscrire dans la suite du travail de recherche mené par Charteau et Régnier (2011), qui ont mis en place le C.COM auprès de patients aphasiques non fluents à distance de leur AVC. Notre objectif était d'installer, à domicile, le classeur de communication C.COM auprès de patients aphasiques sévères ayant des troubles de la compréhension, et de leur partenaire privilégié de communication. Pour ce faire, nous avons rencontré Isabelle Charton-Gonzalez, créatrice du C.COM, qui nous a formées à la création, à l'installation et à l'utilisation de cet outil. Dans une visée écologique mais aussi pour affiner notre projet de recherche, nous avons souhaité compléter la procédure de mise en place du C.COM par une analyse conversationnelle via la grille élaborée par Leopold (2010).

Nous cherchons ainsi à travers notre mémoire à connaître l'impact de l'installation à domicile et de l'utilisation du classeur C.COM, auprès de patients ayant une aphasie fluente ou globale sévère avec troubles de la compréhension et de leur partenaire privilégié, sur leur communication au quotidien.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la communication et aux répercussions que l'aphasie sévère engendre dans ce domaine, avant de détailler les enjeux de la démarche palliative quant à la réparation des troubles communicationnels. Puis nous présenterons les principes de création, installation et utilisation du classeur de communication C.COM auprès d'un patient aphasique sévère et de son partenaire de communication. Ensuite nous énoncerons la problématique de notre étude ainsi que les hypothèses correspondantes. La troisième partie de notre mémoire sera consacrée au protocole expérimental qui suit la procédure de mise en place du C.COM à laquelle nous avons ajouté une analyse conversationnelle. Puis nous présenterons les résultats recueillis par l'intermédiaire des différents outils d'évaluation. Enfin, nous discuterons les résultats avant de faire une synthèse sur l'évolution de deux couples et de faire part de notre ressenti quant à cette expérience.

---

# **Chapitre I**

## **PARTIE THEORIQUE**

---

## **I. Communication et aphasie**

### **1. Généralités sur la communication, la conversation et l'aphasie**

#### **1.1. La communication verbale et non verbale**

Le Larousse (2013) définit la communication ainsi : c'est « un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse ». En 1949, Shannon et Weaver montrent que la communication est une transmission d'informations. En 1963, Jakobson vient préciser cette définition de la communication. Selon lui, six facteurs interviendraient dans l'activité de communication : le contexte, le destinataire, le destinataire, le message, le contact (c'est-à-dire le lien entre les interlocuteurs) et le code, permettant le codage et le décodage du message. Enfin, les cinq axiomes de la communication sont définis par l'école de Paolo Alto (cités par Cosnier, 1998) : communiquer est indispensable au quotidien ; le contenu et la relation forment deux niveaux de communication ; l'interaction est rythmée et organisée ; le code verbal et le para-verbal, comprenant les gestes et mimiques, les intonations, le regard et les postures, doivent être pris en compte ; les rôles des interlocuteurs peuvent être symétriques ou non.

#### **1.2. La communication non-verbale**

La communication ne doit pas être réduite à l'échange verbal ; selon Feyreisen (1987), les gestes auraient les mêmes fonctions pragmatiques et sémantiques que la parole. La communication non-verbale, les gestes, les mimiques, viennent souvent compléter le langage, apporter des précisions sur le message verbal et mettre en relief les ressentis et l'état émotionnel des participants. La communication non-verbale est en outre très importante dans la pathologie : Feyreisen (1987) explique que les personnes aphasiques peuvent parfois mimer des objets dont ils ne peuvent par contre pas dire le nom. En outre, certaines études montrent que l'utilisation de signes visuels ou moteurs plus ou moins arbitraires aurait un impact positif, en facilitant la communication et la compréhension des messages (Feyreisen & Seron, 1982).

#### **1.3. Les notions d'interaction et d'intercommunication**

##### **1.3.1. La « communiacion », Brassac (2000)**

La communication ne doit pas être envisagée comme un simple échange de messages. En 1996, Kerbrat-Orecchioni considère le discours comme « le fruit d'un travail collaboratif incessant » puisqu'il est co-produit à la fois par le locuteur et l'interlocuteur.

Cette notion est reprise par Brassac (2000) pour qui la communication est une construction collective d'une production pouvant être verbale ou non verbale : il utilise pour la définir le terme de « communiacion ». La « communiacion » doit être envisagée

---

comme une activité intersubjective, où chaque interactant a besoin de l'autre afin de construire le sens du message, dans un processus de co-construction. En outre, Brassac (2000) explique que le message ayant trait dans la conversation entre deux personnes est « le résultat d'un modelage conjoint ». En fait, les informations transmises au cours d'un échange sont sans cesse retravaillées et réinterprétées par les interactants : « en ce sens, on peut dire que les agents ne 'communiquent' pas mais 'communi-agissent' ».

### **1.3.2. La notion d'interaction**

La communication implique la notion d'interaction, qui suppose que les locuteurs s'engagent mutuellement dans l'échange. Le premier à avoir soulevé la nécessaire coopération dans les interactions est Grice (1979), avec ses quatre maximes : afin qu'une conversation soit cohérente, il convient de respecter le principe de quantité (donner juste assez d'informations), de qualité (donner des informations véraçes), le principe de pertinence (parler à propos), et le principe de clarté ou de manière (être clair).

Un autre principe apparaît nécessaire au bon déroulement d'une interaction : le principe d'alternance. Selon Kerbrat-Orecchioni (1996), le principe d'alternance est défini par le fait de faire succéder, au sein de l'interaction, des « tours de parole », de sorte qu'un seul locuteur parle à la fois et que chacun ait un temps de parole plus ou moins équivalent.

## **1.4. Conversation et analyse conversationnelle (AC)**

L'analyse conversationnelle a été développée par Sacks et ses collaborateurs dans les années 70, puis par Schegloff, Jefferson et Sacks (1977). Son objet est « le discours en tant qu'il a été produit conjointement par deux ou plusieurs participants » (De Fornel & Leon, 2000). Elle est donc d'abord une analyse des communications « normales ».

L'AC est régie par de nombreux principes, énoncés notamment par Beek, Maxim et Wilkinson (2007). Nous en retiendrons deux : une interaction est jugée adéquate au regard de l'interprétation qu'en fait l'interlocuteur et toute analyse quantitative d'une conversation doit être accompagnée d'une analyse qualitative. Comme le précise De Partz (2007), l'AC s'intéresse aux attitudes d'écoute, au partage du temps de parole, aux ajustements, aux interruptions et aux recouvrements d'informations, et à la gestion des réparations, via le visionnage par le thérapeute du film d'une séquence de conversation.

## **2. L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension**

### **2.1. L'aphasie sévère**

#### **2.1.1. Définition de l'aphasie**

L'aphasie est un trouble acquis consécutif à une lésion cérébrale, touchant le langage, la communication. L'aphasie a des étiologies très diverses, majoritairement vasculaires. Les tableaux cliniques sont également très variés, présentant ainsi différents types d'aphasies.

---

Les tableaux cliniques sont également très variés, proposant ainsi différents types d'aphasies, communément divisés en aphasies non fluentes et en aphasies fluentes. La lésion se situe majoritairement dans l'hémisphère gauche du cerveau perturbant, comme le précisent Roch-Lecours et Lhermitte (1979), « l'ensemble des comportements linguistiques ». L'approche pragmatique apporte une autre dimension à la définition de l'aphasie : elle décrit une « utilisation non efficiente et inefficace du langage en contexte naturel de communication » (Michallet & Le Dorze, 1999).

L'anomie, ou manque du mot, constitue le symptôme caractéristique de l'aphasie ; elle [l'anomie] « consiste en une difficulté, voire une impossibilité à produire un mot dans différentes conditions d'énonciation » (Vansteelandt, 2003).

### **2.1.2. La sévérité**

La sévérité de l'aphasie est présentée dans le Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass & Kaplan, 1972), qui propose une échelle de gravité de cette pathologie. En outre, une aphasie est dite « sévère » si elle se situe entre les critères 0, « aucune expression intelligible et aucune compréhension » et 2 « le malade est souvent incapable de se faire comprendre mais participe à la conversation » du BDAE.

De façon globale, l'aphasie non fluente est sévère lorsqu'elle va « jusqu'au mutisme ou à la stéréotypie », alors même que « la compréhension est relativement préservée » (HAS, 2007) ; on peut alors parler d'apraxie de la parole. Dans les aphasies fluentes au contraire, sont observées « des transformations variées » et « des troubles de la compréhension » alors même que « le langage oral est fluent, voire logorrhéique » (HAS, 2007).

L'aphasie sévère entraîne une perturbation massive de la communication, et ce même à distance de l'AVC. « L'aphasie est une source d'incapacité dans la vie quotidienne, de restriction de participation à la vie citoyenne et sociale, d'isolement, de repli sur soi, de frustration, et souvent de dépression » (Mazaux, Pradat-Diehl & Brun, 2007).

Il est cependant difficile de donner une définition précise de l'aphasie sévère, tant les manifestations sont variées. En effet, « certaines études se basent sur la sévérité des troubles de compréhension et d'autres sur celle des troubles de l'expression » (Mazaux et al., 2007). Ainsi, en 2009, Gatignol explique que l'aphasie sévère est « l'évolution multiforme d'une atteinte globale en phase aigüe, c'est pourquoi une importante variabilité interindividuelle des troubles existe ».

## **2.2. L'aphasie fluente sévère**

La fluence « désigne le nombre de mots émis par minute, environ 90 chez un sujet normal », (Viader et al., 2002). Goodglass et Kaplan (1983) caractérisent la fluence par « une facilité sur le plan articulatoire » (traduction libre). Ces données semblent rattacher le concept de fluence à la norme, toutefois une aphasie fluente peut induire des éléments tels que des paraphasies ou un jargon, signes de pathologie (Marshall, 1986).

En outre, les aphasies fluentes sévères sont marquées par des troubles majeurs du versant réceptif, et notamment par une surdité à la forme et au sens des mots, cela se traduisant

---

par « une compréhension orale très déficitaire » (Chomel-Guillaume, Leloup & Bernard, 2010). Comme cela est décrit par Papathanasiou, Coppens et Potagas (2011), sur le versant productif, les aphasies fluentes sévères donnent à voir des discours peu informatifs, jonchés de paraphrasies verbales et/ou phonémiques, de néologismes, une dyssyntaxie, et souvent un jargon. La compréhension en modalité écrite peut être altérée de manière plus ou moins importante. L'expression écrite est généralement affectée de la même manière que l'expression orale « faisant évoquer le terme de jargonographie. » (Chomel-Guillaume et al., 2010).

### **2.3. L'aphasie globale sévère**

Dans l'aphasie globale, toutes les modalités langagières sont altérées. C'est la forme d'aphasie la plus sévère : « l'ensemble des perturbations évoque une typologie complexe qu'on peut interpréter comme l'accumulation de deux ou plusieurs aphasies dont les symptômes s'entremêlent » (Lanteri, 1995). Les « perspectives d'amélioration linguistique » sont par conséquent « infimes » (Mazaux et al., 2007).

En outre, on observe « un langage non fluent et parfois limité à quelques stéréotypies. Cependant, les séries automatiques sont souvent préservées [...], la compréhension est sévèrement atteinte » (traduction libre de Papathanasiou et al., 2011). Chomel-Guillaume et al., (2010) précisent que la compréhension est altérée « dans les deux modalités » et que l'expression est caractérisée par une « anomie majeure ».

Par ailleurs, les patients atteints d'une aphasie globale sévère peuvent avoir une compréhension du « langage non parlé » : ils restent capables de comprendre globalement une situation ou une information, en s'aidant du contexte, faisant écho aux travaux menés par Mazaux et al. (2007).

## **3. L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension : une mise en péril de la communication ?**

### **3.1. Les troubles de la communication liés à l'aphasie sévère avec troubles de la compréhension**

#### **3.1.1. Les difficultés liées au trouble communicationnel global**

L'aphasie change la manière habituelle dont une personne communique (Labourel & Martin, 1991), et ceci est d'autant plus vrai que l'aphasie est sévère. Une étude menée en 2011 par Darrigrand et al. montre que les performances communicatives des patients ayant une aphasie sévère sont 3 fois plus faibles que celles des patients présentant une aphasie modérée.

En outre, l'aphasie sévère perturbe la communication (verbale et non-verbale) dans sa globalité. Dans une étude testant 100 patients dont 24% ont une aphasie sévère, Lagadec et al. (2011) montrent que les activités communicationnelles les plus altérées sont, entre

---

autres : initier une conversation, échanger sur un thème abstrait, téléphoner, ou encore tout ce qui se rapporte aux activités extérieures. La production de gestes est également réduite,

### **3.1.2. Les difficultés spécifiques liées à la perte du langage**

Dans un contexte exempt de toute pathologie, une conversation est formée d'échanges entre deux interlocuteurs, et un échange comprend au moins deux énoncés, « deux actes » (Kerbrat-Orecchioni, 2010). Au contraire, dans un échange où l'un des partenaires est atteint d'une aphasie sévère, la conversation risque d'être alimentée uniquement par l'interlocuteur non-aphasique. La notion d'interaction et les principes qui la régissent sont ainsi mis à mal dans le cadre d'une aphasie sévère.

### **3.1.3. Les difficultés spécifiques liées au trouble de la compréhension**

Les difficultés de compréhension viennent d'un déficit de l'accès sémantique à partir de la modalité auditive (Chomel-Guillaume et al., 2010) ; ainsi, les patients atteints d'une aphasie sévère seront non seulement dans l'incapacité de produire une réponse adéquate à une production verbale d'un interlocuteur, mais seront aussi parfois dans l'incapacité de comprendre cette production verbale. Un tel trouble, dans le contexte d'une aphasie sévère, vient perturber davantage la communication.

## **3.2. Conséquences des troubles de la communication sur le quotidien**

Michallet, Le Dorze et Tetreault (1999) expliquent que « c'est grâce au langage que l'individu se fait connaître et prend sa place dans la société. Or, l'aphasie perturbe ou rend impossible la compréhension et l'expression des idées, des opinions et des perceptions. »

En outre, la personne aphasique a tendance à se mettre en retrait lors des conversations étant donné que toute intervention dans l'échange risque de la placer dans une situation inconfortable, au vu de ses difficultés langagières (Labourel & Martin, 1991). L'isolement social est considéré « comme étant le changement négatif majeur lié à l'aphasie » (Perkins, 2001). Ainsi, les troubles de la communication peuvent perturber « l'équilibre du système dans lequel vit [le patient]. » (Rousseau, 2000).

Dès lors, un épisode dépressif peut survenir ; une étude a d'ailleurs montré qu'un quart des patients présentant une aphasie sévère seraient touchés par la dépression (Lagadec et al., 2011). Il convient également de souligner que « les incapacités dues à l'aphasie sévère pourraient entraîner des situations de handicap encore plus perturbantes pour la personne elle-même et pour ses proches du fait des difficultés aiguës de communication » (Michallet et al., 1999).



---

### **3.3. Le handicap communicationnel au sein du couple**

#### **3.3.1. Le couple et la « crise » du handicap**

Selon Destailats, Mazaux et Belio (2007), la famille est un système, c'est-à-dire un ensemble d'éléments en interaction, « auto-éco-organisé, autorégulé, tendant vers un but et qui échange pour survivre et se transformer au fil du temps ». Cette définition peut s'appliquer au couple : « le couple est le plus petit des systèmes d'appartenance et sans doute l'un des plus complexes du fait de son caractère unique et non reproductible. »

Destailats et al. (2007) expliquent que le système familial est constamment confronté à des crises ; toutefois, le handicap fait apparaître un facteur de crise supplémentaire, d'autant plus au sein du couple. Destailats et al. évoquent la crise « autoréférentielle » : le handicap porté par la personne aphasique menacerait de « de faire disparaître [le] lien » créé entre la personne aphasique et son proche.

Cependant, selon les couples, la « crise » est vite résolue et la maladie renforce les liens qui préexistaient au sein du couple. Comme le disent Labourel et Martin (1991), les années de complicité partagées avant la survenue du handicap sont un atout pour l'adaptation à la maladie. Ainsi, le symptôme doit être envisagé selon la relation dans laquelle il s'immisce. Le projet des intervenants doit être de transformer les familles en s'appuyant sur leurs capacités d'adaptation : « toute personne se mettant en projet d'aider une autre personne doit la rencontrer là où elle se trouve et partir de là où elle est. C'est là le secret de l'art d'aider les gens. » (Kierkegaard, 1977).

#### **3.3.2. Le vécu du conjoint**

Les difficultés de communication dues à l'aphasie sont une source de stress pour le couple et particulièrement le conjoint. En effet, le conjoint manque parfois de naturel avec le patient, à cause de la gêne et de la culpabilité. L'angoisse et la fatigue influencent la disponibilité du conjoint, l'incompréhension épuise et énerve les deux partenaires. « C'est pourtant l'implicite, l'attention, l'écoute qui peuvent aider l'aphasique à être présent et à valoriser ce qui existe encore en lui » (Labourel & Martin, 1991).

Ainsi, le conjoint éprouve divers besoins. Michallet, Le Dorze et Tetreault (2001) ont recensé les besoins perçus par les conjoints de patients souffrant d'aphasie sévère. Parmi leur classement, on retrouve le besoin d'acquérir un moyen de communication efficace avec le partenaire aphasique, ce qui met en avant la souffrance engendrée par les dysfonctionnements interactionnels et la volonté de pallier ces difficultés.

#### **3.3.3. Comment évaluer le handicap de communication engendré par l'aphasie ?**

Etant donné que la communication dans son ensemble (verbale et non verbale) est mise à mal chez les personnes atteintes d'une aphasie sévère, avec quels moyens pouvons-nous

---

mesurer la gravité de l'atteinte des interactions ? Nous avons évoqué plus haut l'analyse conversationnelle (AC).

Dans le domaine de l'aphasie sévère, le message résulte d'une construction collective de la part de la personne aphasique mais avant tout de son partenaire ; à ce propos, Feyreisen (1991) explique que, dans une conversation, le partenaire « normal » assiste le sujet aphasique en complétant les mots manquants, en demandant confirmation ou en posant des questions fermées. En outre, l'AC s'adapte très bien au champ de l'aphasiologie, notamment car elle « a une prise directe sur les difficultés rencontrées » (De Partz, 2001). En aphasiologie, l'AC est un outil permettant d'identifier, en situation naturelle, la façon dont la personne aphasique et son interlocuteur communiquent. Plus précisément, l'AC permet de repérer les stratégies efficaces à renforcer et les stratégies contre-productives car souvent trop formelles, à diminuer ou à remplacer (De Partz, 2014).

Leopold (2010), montre que l'ajout d'une grille d'analyse conversationnelle à d'autres protocoles d'évaluation de la communication permet de perfectionner l'appréciation de la communication d'un patient aphasique et de son conjoint. De plus, De Partz (2014) reprend un propos de Carragher, Conroy, Sage & Wilkinson (2012), expliquant que l'AC, « appliquée comme contrôle de la modification des stratégies conversationnelles du patient aphasique, devrait faire apparaître des changements quantitatifs et/ou qualitatifs dans la trajectoire de réparation ».

## **II. La prise en charge des troubles communicationnels dans l'aphasie sévère : une démarche palliative**

### **1. Historique des approches orthophoniques (Charton-Gonzalez, Munier, Petit, Gaujard & Montero, 2004)**

#### **1.1. Les approches traditionnelles**

##### **1.1.1. La démarche neurolinguistique**

La démarche neurolinguistique est centrée sur la lésion : elle est axée essentiellement sur les incapacités que va engendrer la lésion et envisage la rééducation comme un moyen de combler les manques liés à l'atteinte.

##### **1.1.2. La démarche cognitive**

La démarche cognitive s'intéresse essentiellement aux capacités et incapacités du patient. Les démarches cognitives « sont motivées par l'atteinte de différents niveaux du traitement du langage » (Charton-Gonzalez et al., 2004). En outre, les troubles du langage seraient des symptômes évoquant le dysfonctionnement d'un module sous-jacent.

---

## **1.2. Les approches fonctionnelles**

### **1.2.1. La démarche fonctionnelle ou pragmatique**

La démarche fonctionnelle s'attache à observer tant les compétences linguistiques que communicatives (versant pragmatique). Elle tente de généraliser les apprentissages faits en séance à la vie quotidienne, à travers des mises en situations comme la Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (PACE) (David et Wilcox, 1978, 1981), où la pragmatique et l'informativité du message sont au premier plan (Lissandre et al., 2000). La thérapie pragmatique privilégie « le canal (ou les canaux) de communication le(s) plus efficace(s) et efficient(s) » et se propose d'offrir des interactions « sur le mode le plus naturel et spontané possible » (Michallet & Le Dorze, 1999).

### **1.2.2. La démarche écologique**

La démarche écologique est motivée par l'ancrage dans le réel. Cette démarche se centre sur les conséquences du handicap dans la vie quotidienne, et tente d'adapter le milieu au handicap afin d'améliorer la qualité de vie de la personne porteuse du handicap. Elle s'est notamment développée avec la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé (CIF, 2001).

## **1.3. Les approches psycho-sociales**

### **1.3.1. La démarche sociale**

L'approche sociale, contrairement aux approches présentées précédemment, commence à inclure l'aidant. Elle cherche à développer les aptitudes à dialoguer en contexte naturel de conversation. La ligne de base pré-thérapeutique peut alors être établie par l'intermédiaire d'une analyse conversationnelle. Ce courant a pour objectif de rendre l'échange le plus efficace possible, afin d'« amener l'individu aphasique et son interlocuteur en leur en donnant les moyens nécessaires pour aller au-delà de l'aphasie à participer en dépit de l'aphasie à des activités de leur choix » (Michalet & Le Dorze, 1999).

### **1.3.2. La démarche éco-systémique**

L'approche éco-systémique est un terme apparu aux Etats-Unis dans les années 50 : c'est une approche situant l'individu en co-évolution avec l'environnement. Le thérapeute prend en charge « l'individu et une partie du milieu naturel, du système dans lequel il évolue » (Rousseau, 2000). Dans le cas de l'aphasie, on recherche une adaptation de l'environnement aux capacités de communication conservées par le patient (Iché, Rives & Joyeux, 2012). Cette démarche propose une thérapie palliative, qui aura pour but de développer au sein de l'environnement des stratégies restaurant les échanges. « Cela peut conduire à vouloir obtenir des modifications comportementales de la part de l'entourage » (Rousseau, 2000). En effet, la rééducation peut proposer une formation des « partenaires

---

de communication principaux du patient à une communication efficace » (Iché et al., 2012). Il s'agit d'une approche utilisée en complément des approches cognitive et fonctionnelle ; nous nous situons à l'intersection de celles-ci.

## **2. Définitions et principes de la démarche palliative**

### **2.1. La PEC palliative : définition**

La prise en charge palliative se situe au carrefour de toutes les démarches décrites en orthophonie. Elle se trouve au centre des approches traditionnelle, psycho-sociale et fonctionnelle.

Le terme palliatif vient du latin « pallium », qui désigne « le manteau, celui qui protège et reconforte ». La démarche palliative n'a pas pour objectif de guérir la maladie ou de faire disparaître les symptômes ; elle se propose de soulager, d'apporter un meilleur confort et une meilleure qualité de vie. La prise en charge palliative propose des stratégies de contournement du handicap. Elle vise à limiter les désavantages : on va aider le patient à pallier ses difficultés, et notamment ses difficultés de communication.

### **2.2. La démarche palliative dans les troubles aphasiques : la communication augmentative**

#### **2.2.1. Définition de l'AAC**

« La définition habituellement donnée de la communication augmentée et alternative fait référence au domaine de la pratique clinique qui tend à apporter des compensations (temporaires ou définitives) aux déficits et incapacités des individus souffrant de troubles sévères de la communication » (Alm & Parnes, 1995, cités par Chevrié-Muller et Narbona, 1999) Comme l'explique Lloyd (1985), le terme « alternatif » désigne le fait d'utiliser un substitut au langage oral, et le terme « augmentatif » se définit par le fait d'accroître les capacités de communication. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons à un moyen augmentatif de la communication.

#### **2.2.2. La communication augmentative**

La communication augmentative s'inscrit dans la prise en charge palliative. En effet, le terme de communication augmentative est utilisé pour désigner les moyens de communication (mimiques, gestes, carnets de communication) qui vont venir s'ajouter au langage articulé, à la parole (Sharon, Glennen, Denise & De Coste, 1997). Ainsi, la communication augmentative propose de soulager les difficultés en étayant les capacités de communication : « les stratégies alternatives et supplétives sont basées sur le principe que les fonctions langagières altérées peuvent être efficacement remplacées ou suppléées » (De Partz, 1996).

---

## **2.3. Construction d'une prise en charge palliative en aphasiologie**

Tout d'abord, afin de mettre en place des moyens augmentatifs de communication, il convient de prendre en compte le patient (capacités et incapacités, désavantages, besoins, projet) et l'entourage du patient (aidants familiaux et/ou institutionnels, motivation et énergie mobilisables, projet). En effet, nous allons impliquer et entraîner le partenaire afin qu'il pilote l'échange et mette en place les compensations ; il sera éclairé dans l'action de réadaptation. La remédiation vise à accompagner les patients aphasiques et leur partenaire de communication « à devenir comme après » (Ausloos, 1995).

Ensuite, il convient de choisir, créer, adapter et instaurer un outil de communication qui soit un support venant étayer, renforcer la conversation. Autrement dit, il convient de mettre en place un outil qui ne cherchera pas à remplacer le langage mais qui le complètera et l'étayera afin de permettre la construction du sens.

## **3. La réparation des troubles communicationnels et conversationnels**

### **3.1. Qu'est-ce que « réparer » la communication ?**

« Communiquer malgré l'aphasie c'est entrer en aphasie, partager la difficulté de l'interaction, pour aider, soutenir, faciliter, réparer. » (Gonzalez & Brun, 2007). On appelle « réparation » le fait de faire suivre un trouble, un problème survenant dans l'interaction, par une initiative de correction, d'ajustement, de réélaboration (Laakso, 2003). « Réparer » la communication consiste à reconstruire ensemble le sens de ce qui est dit (Goodwin, 1995). Notons que les termes relatifs à la réparation sont explicités dans le glossaire.

### **3.2. L'importance de l'interlocuteur dans l'activité de réparation**

#### **3.2.1. Une activité co-construite par les interlocuteurs**

« Quand une personne devient aphasique, l'équilibre des responsabilités pour le maintien de la communication se rompt fréquemment » (Perkins, 2001). Pour Goodwin (1995), le locuteur de la personne aphasique « devra en outre être capable de s'engager dans des jeux de langage complexes, de proposer un large éventail de choses pouvant évoquer différentes actions » ; autrement dit, l'interlocuteur doit tenir un rôle actif dans la conversation. Il va aider à réparer le discours : on parle alors d' « hétéro-réparation » (Schegloff and al., 1977).

La réparation d'une interaction va être menée par les deux interlocuteurs. De façon schématique, un des interlocuteurs peut adopter un comportement non valide amenant à un bris de conversation ; son partenaire tente de la réparer, mais échoue ; le premier interlocuteur peut à ce moment, en s'aidant de l'initiation de réparation, s'auto-corriger, s'auto-réparer (Schegloff et al., 1977). On assiste alors à la co-construction de la réparation.

---

### **3.2.2. Le « bon » partenaire (Kagan, 1999)**

Dans une interaction, la présence d'un partenaire actif et conscient des troubles phasiques aide à corriger les bris de communication. A ce propos, Kagan (1999), explique qu'un « bon » partenaire de communication est une personne considérant l'interlocuteur aphasique comme une personne compétente, intéressante, de confiance et sincère. Le « bon » partenaire accepte et valide les réponses de la personne aphasique même lorsque celles-ci sont minimales. Il essaye d'aider, de réparer les échanges. Il s'adapte au discours de la personne aphasique et anticipe ses difficultés de compréhension.

### **3.3. Les outils et mécanismes de réparation**

La réparation des interactions peut se faire de nombreuses façons ; nous tenterons de citer ici les plus représentatives.

#### **3.3.1. Les questions et autres témoignages d'une incompréhension**

Lorsque l'interlocuteur ne saisit pas le sens du discours de la personne aphasique, il peut chercher à la faire préciser en émettant des questions, du type « Quoi ? Hein ? Pardon ? » (De Partz, 2001). Lindsay et Wilkinson (1999), appellent cela une « réparation initiatrice », c'est à dire que l'interlocuteur, en posant la question « quoi ? », demande à la personne aphasique de faire une proposition différente.

La co-construction du sens peut se faire par des complétions de mots laissés en suspens par la personne aphasique ; les propositions peuvent alors se succéder, jusqu'à trouver la bonne : « the addition of alternative guesses » (Goodwin, 1995).

#### **3.3.2. Les hypothèses et les reformulations**

La réparation de l'interaction peut également se faire par la répétition de l'erreur ou par l'émission d'une hypothèse en remplacement de la forme produite (De Partz, 2001). La réparation est alors en général très courte (environ deux tours de parole). L'interlocuteur va en fait mener une révision de la production aphasique : face à l'erreur et à l'échec de réparation du patient lui-même, le partenaire va, au tour suivant, essayer de trouver une partie de la cible ou la cible elle-même (Lindsay & Wilkinson, 1999). Le classeur C.COM privilégie les hypothèses et les reformulations ; en effet, il est là pour aider à préciser un message verbal, pour identifier le sens sur un axe paradigmatique dont la cible est identifiée en collaboration.

---

### **III. Un outil palliatif et augmentatif de communication : le classeur C.COM**

#### **1. Le classeur de communication**

##### **1.1. Principes généraux du classeur de communication**

###### **1.1.1. Un outil ancré dans la démarche palliative**

Le classeur de communication C.COM, créé par I. Charton-Gonzalez en 2003, s'inscrit dans la démarche palliative puisqu'il vise à contourner l'incapacité, « pallier la déficience consécutive aux troubles sévères de la communication que rencontrent les patients aphasiques » afin d'améliorer leur qualité de vie (Charton-Gonzalez et al., 2004). L'aphasie sévère altère les capacités de transaction, d'ajustement et de réparation ; en conséquence, il en incombe au partenaire « sain » de prendre en charge l'échange. Le C.COM est un outil de communication créé à partir de ce principe.

###### **1.1.2. Une présentation en adéquation avec les troubles phasiques**

Le C.COM prend la forme d'un classeur constitué de planches imprimables et personnalisables qui contiennent des photographies regroupées par thèmes en référence à la vie quotidienne. Chaque photographie représente la cible de manière prototypique afin qu'elle soit identifiée facilement. La présentation des photographies met l'accent sur la clarté ; « avoir une mise en page claire » favorise l'utilisation d'une aide à la communication (Parent, 1999). Chaque photographie est soigneusement détournée et dépourvue de fond de couleur afin de limiter les distracteurs, c'est-à-dire, ce qui pourrait biaiser l'accès au sens véhiculé par l'image. La transmission d'informations a lieu d'emblée, sans code et sans lexique à apprendre (Gonzalez & Brun, 2007).

#### **1.2. Personnalisation et adaptation du C.COM**

Le classeur C.COM fait partie des outils non standardisés. Par conséquent, il est « personnalisable » et « évolutif » (Gonzalez & Brun, 2007). Il se constitue d'une forme de base dont les planches sont personnalisables. Par son contenu, il doit faire référence aux situations de communication que le patient est susceptible de rencontrer ; « l'outil ne remplira pleinement sa fonction que s'il ouvre le champ des échanges par les adaptations spécifiques qui lui seront apportées » (Charton-Gonzalez et al., 2004). Pour concevoir des adaptations pertinentes, « définir les thèmes d'échanges et les besoins spécifiques de chacun », c'est-à-dire du patient et de son partenaire de communication, est indispensable (Charton-Gonzalez, Petit, Munier & Gaujard, 2005). L'objectif est de faire figurer sur le classeur uniquement ce qui est nécessaire et suffisant aux échanges des partenaires.

Le caractère « évolutif » du classeur permet la réalisation d'ajustements, dans le temps, parallèlement aux différents changements qui peuvent avoir lieu au sein de

---

l'environnement de la personne aphasique. Ainsi, l'adéquation du contenu du classeur avec le quotidien du patient sera préservée.

### **1.3. Procédure d'utilisation et mise en place de l'outil**

#### **1.3.1. La construction du classeur**

La construction personnalisée du C.COM est réalisée avec l'aide du patient mais également et surtout à l'aide du partenaire. Il s'agit, à partir du classeur de base, de définir ensemble les photographies à conserver, c'est-à-dire celles qui sont en lien avec le quotidien de la dyade. Les choix établis conditionnent le travail informatique pour la création des planches du classeur.

#### **1.3.2. Un entraînement sous forme de mises en situation**

Un entraînement à son utilisation est alors abordé via des mises en situations dans lesquelles le patient, puis le partenaire, est amené soit à transmettre une information précise, soit à en recevoir. Cela vise à faire émerger les compétences et la confiance dans le support C.COM. Par ailleurs, une optimisation de la manipulation de l'outil est recherchée, en développant les habiletés du patient mises en jeu pour émettre ou déduire un message à partir du classeur.

#### **1.3.3. Principes d'utilisation du classeur**

Le C.COM permet un accès direct au sens premier ; la signification du message des interlocuteurs est identifiée par pointage des photographies. Pour communiquer efficacement, des initiatives de la part du partenaire telles que les reformulations, les demandes de vérification, l'émission d'hypothèses, l'utilisation de la planche « oui/non », la prise en compte des informations infra-verbales sont essentielles.

## **2. Le classeur de communication : un classeur «partenaire-dépendant »**

### **2.1. La place de l'interlocuteur dans la communication avec une personne aphasique**

En présence d'une aphasie, la charge entre les interlocuteurs s'avère inégale. L'interlocuteur dont le langage est préservé occupe un rôle pivot au sein des échanges. L'installation du C.COM ne peut se faire sans ce dernier ; non seulement il est indispensable à la réalisation du classeur qui sera son outil et celui du patient, mais c'est également lui qui « pilote » l'échange en prenant l'initiative d'ouvrir le classeur, de pointer les photographies. « L'aphasie [est] acceptée et compensée par l'autre » (Labourel & Martin, 1991). Il doit comprendre la pensée de la personne aphasique à partir d'hypothèses formulées, tout en élargissant le champ des possibilités quant à la



---

signification du message ; symboliquement, il doit « entrer en aphasie ». En définitive, le classeur est aussi bien destiné au patient qu'à son partenaire.

## **2.2. Une démarche de sensibilisation envers le partenaire de communication**

Prendre en charge les réparations, « piloter » l'échange à l'aide du C.COM implique d'avoir conscience, de comprendre les difficultés dues à l'aphasie ; « utiliser un outil palliatif de communication signifie savoir identifier les incapacités qu'entraînent les troubles, afin de savoir l'utiliser lorsque la situation l'exige » (Charton-Gonzalez et al. 2005).

La remédiation recherche donc, en premier lieu, une sensibilisation du partenaire aux troubles phasiques et son ajustement quant aux stratégies de réparation naturelles. Cela consiste à apporter des connaissances sur la communication et sur les incapacités induites par l'aphasie sévère, en partant des représentations du partenaire lui-même. Cette prise de conscience est nécessaire à l'entraînement et l'utilisation du C.COM qui font l'objet du deuxième axe de la remédiation. Ainsi, sensibiliser le partenaire, en particulier aux troubles de la compréhension, le conduira à devenir un interlocuteur actif et à utiliser efficacement l'outil d'aide à la communication.

## **2.3. L'alliance thérapeutique**

### **2.3.1. Définition**

Pour mener à bien le projet d'installation du C.COM, le patient et son partenaire doivent s'investir aux côtés du thérapeute, c'est pourquoi la construction d'une alliance thérapeutique entre ces trois protagonistes est incontournable. Elle se définit « en termes de *collaboration mutuelle* ou de partenariat (*sense of partnership*) entre le patient et le thérapeute » et « implique des aspects de négociation [...] et de mutualité » (De Roten, Michel & Peter, 2007).

### **2.3.2. Une relation horizontale**

L'objectif pour le thérapeute n'est pas de donner des directives au partenaire mais plutôt d'être à l'écoute, de prendre en compte son ressenti, ses ressources mobilisables et définir avec lui des objectifs communs ; la relation entretenue peut être qualifiée de relation horizontale. Un climat de confiance doit s'instaurer autour du projet de soin. L'orthophoniste doit accueillir la dyade en tenant compte du contexte dans lequel elle vit, de toutes les conséquences, directes ou indirectes, que la pathologie a pu induire ainsi que les questions, attentes et angoisses qu'elle a pu susciter. En définitive, porter attention à ces paramètres permet d'appréhender le moment où la dyade est prête à ce que le classeur soit mis en place, et ainsi de cibler des objectifs réalisables.

---

### **3. Pour un outil, une communication et un partenaire efficaces**

#### **3.1. Evaluer l'adéquation de l'outil : critère de jugement principal**

S'assurer en amont que toutes les conditions soient réunies pour que le C.COM contribue réellement à améliorer la communication entre la personne aphasique et son partenaire est primordial.

##### **3.1.1. Sévérité de l'aphasie**

Le C.COM ne sera utile et utilisé que si l'aphasie peut être qualifiée de sévère, endommageant significativement la communication entre le patient et son interlocuteur. Notons qu'un état dépressif pourrait réduire la volonté de participer aux échanges du quotidien, être renseigné sur l'état psychologique du patient s'avère donc utile.

##### **3.1.2. Le traitement des photographies**

Le classeur ayant la photographie comme support, le traitement perceptif et sémantique des images doit être impérativement préservé chez le patient.

#### **3.2. Evaluer l'efficacité de l'outil : critères secondaires**

Considérer que l'outil est efficace implique que la dyade éprouve un mieux-être grâce à une meilleure communication, en utilisant le classeur à domicile, sans la présence du thérapeute. La qualité accrue de la communication, après le travail d'éducation entrepris, peut être objectivée par l'utilisation d'une grille d'analyse conversationnelle. Le maintien des échanges au sein de la dyade ainsi qu'une sensibilisation effective du partenaire sont d'autres critères en lien avec l'efficacité de l'outil.

#### **3.3. Evaluation du partenaire**

##### **3.3.1. Le partenaire et la dimension communicationnelle**

L'implication du partenaire est une condition sans laquelle le projet de mise en place du C.COM ne pourrait être concrétisé. Elle est tributaire de la conscience et la compréhension qu'il possède des troubles phasiques. En conséquence, un travail de sensibilisation du partenaire doit être inclus. L'Echelle de Communication Pragmatique, (Gonzalez, 2010) permet de le situer quant à la problématique communicationnelle et ainsi de contribuer à orienter les axes de l'entraînement qui lui sera destiné.

---

### **3.3.2. Estimer les ressources mobilisables**

Il convient de vérifier que le partenaire soit en mesure de s'investir véritablement dans le projet de soin en dépit des contraintes aussi bien matérielles que temporelles : cela peut être apprécié au cours des rencontres organisées avec la dyade. L'accomplissement des objectifs thérapeutiques dépend en grande partie de sa disponibilité et de sa motivation.

---

# **Chapitre II**

## **PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES**

---

## **IV. Problématique**

Au regard des données de la littérature, nous observons de grandes difficultés, pour les patients aphasiques (ayant acquis leurs troubles suite à un AVC) et leur partenaire, dans les activités de communication. Il peut alors être pertinent de proposer aux dyades un outil de communication augmentée, qu'il convient d'adapter spécifiquement à chaque patient, et pour lequel une mise à contribution et un entraînement du partenaire privilégié de communication sont indispensables.

Notre travail s'inscrit dans la continuité du mémoire de Charteau et Regnier (2011) sur la mise en place du classeur C.COM auprès de patients aphasiques sévères, non-fluents ; le C.COM est également un outil augmentatif de la communication utilisable auprès de patients ayant une compréhension altérée, dans le cadre d'une aphasie sévère de type fluente ou globale.

Ainsi, nous souhaiterions mesurer l'efficacité et observer l'impact de l'installation à domicile du classeur C.COM, auprès de patients ayant une aphasie fluente ou globale sévère et de leur partenaire privilégié, sur leur communication au quotidien.

## **V. Hypothèses**

### **1. Hypothèse générale**

La procédure d'installation, et d'entraînement à l'utilisation du C.COM à domicile, auprès de patients ayant une aphasie fluente ou globale sévère, améliore la communication avec le partenaire privilégié.

Afin d'améliorer la communication, il convient d'entraîner le partenaire privilégié et le patient aphasique pour qu'ils s'approprient au mieux l'outil augmentatif. Dès lors, les échanges pourront être qualitativement et quantitativement meilleurs.

### **2. Hypothèses spécifiques**

#### **2.1. Hypothèse spécifique 1**

L'entraînement du partenaire de communication à l'utilisation du C.COM permettra à celui-ci d'avoir une meilleure conscience et connaissance des troubles aphasiques et des stratégies permettant d'améliorer la communication. Le positionnement du partenaire quant à l'aphasie et à la communication évoluera et sera donc plus adapté.

Nous mettrons cela en évidence grâce à l'ECP, (échelle en cours de validation) : nous nous attendons à obtenir des résultats quantitativement et qualitativement meilleurs en post-test par rapport à la passation initiale et à celle du pré-test.

---

## **2.2. Hypothèse spécifique 2**

Lors des post-tests, les résultats obtenus au test des 4 tâches (adaptation du test des 6 tâches) seront meilleurs avec C.COM.

En effet, nous nous attendons à ce que l'utilisation du classeur C.COM facilite la transmission d'informations.

## **2.3. Hypothèse spécifique 3**

Nous nous attendons à ce que l'entraînement permette de rendre plus experts les partenaires de communication lors de la réalisation d'une tâche donnée. Par conséquent le comportement des partenaires doit être plus facilitant en post-test qu'en pré-test lors de la passation du test des 4 tâches.

## **2.4. Hypothèse spécifique 4**

Lors des post-tests, les résultats obtenus à l'analyse conversationnelle seront qualitativement meilleurs qu'en pré-tests ; ceci démontrera que le protocole d'entraînement a permis de rendre la communication au sein du couple plus efficace, et ce dans un contexte écologique.

## **2.5. Hypothèse spécifique 5**

L'entraînement du patient et du partenaire permettra de développer les canaux de communication non-verbale, et plus particulièrement les gestes. Ceci sera montré par une amélioration du score au TLC en post-test.

# **VI. Variables prises en comptes**

## **1. Variable indépendante**

Notre variable indépendante sera le temps : avant entraînement (sans C.COM) et après entraînement (avec C.COM), pour chacun de nos deux cas.

## **2. Variable dépendante**

Notre variable dépendante sera la communication quotidienne avec le partenaire privilégié de communication (le conjoint pour chacun de nos deux cas).

---

# **Chapitre III**

## **PARTIE EXPERIMENTALE**

---

## **I. Population**

### **1. Critères d'éligibilité**

#### **1.1. Critères d'inclusion**

- L'aphasie devait être sévère, altérant de façon significative la communication. Le score à l'échelle de gravité de la BDAE devait être compris entre 0 et 2.

- Le patient devait avoir des troubles de la compréhension orale, objectivés par le profil aphasie déterminé par le BDAE et le MT86. Les épreuves de discrimination verbale (désignation) et de compréhension d'ordres du BDAE devaient respectivement avoir un score inférieur à 55 et 15. Les épreuves de compréhension orale de phrases et de compréhension écrite de phrases du MT86 devaient avoir respectivement un score inférieur à 33 et 7.

- Le patient devait être rentré à domicile.

- L'AVC devait avoir eu lieu depuis au moins 3 mois, afin que le patient ne se situe pas dans la phase aiguë de la récupération spontanée.

- Le patient devait avoir un partenaire privilégié de communication qui n'ait pas de troubles de la parole ou du langage, pas de troubles du comportement, qui soit motivé et qui ait conscience que la communication avec son conjoint était altérée, ce qui a été évalué par un entretien clinique.

#### **1.2. Critères de non-inclusion**

- Le patient ne devait pas être isolé.

- Le patient ne devait pas avoir de troubles gnosiques visuels. En outre, concernant le traitement perceptif de l'image, la passation de la BDVO devait montrer des scores supérieurs ou égaux à 68. Concernant le traitement sémantique de l'image, le PEGV devait montrer des résultats supérieurs à 8.

- Le patient ne devait pas présenter de dépression sévère, ce qui a été objectivé par l'ADRS de Bénéïm ; le score à ce test devait être inférieur à 9.

- Le patient et son partenaire ne devaient pas avoir déjà utilisé le C.COM ou un support non-standardisé similaire (type SACCC).



---

## **2. Présentation des deux couples**

Précisons ici que chaque couple a travaillé avec une étudiante (toujours la même).

### **2.1. Couple D.**

#### **2.1.1. Données générales**

Madame D., âgée de 73 ans, est une pharmacienne retraitée. Son mari, retraité, travaillait auparavant dans un atelier de céramique. Ils ont trois enfants et plusieurs petits-enfants.

Avant l'A.V.C., Madame D. était très indépendante, elle pratiquait des activités en dehors de la maison, faisait de longs trajets en voiture seule. Depuis l'accident, elle regrette beaucoup d'être « dépendante » de son mari pour toutes ces activités. De plus, actuellement l'aphasie dont souffre la patiente compromet tout nouveau projet de voyage puisqu'elle dit ne pas se sentir « en conditions » pour programmer un nouveau séjour à l'étranger. Elle exprime d'ailleurs très souvent la frustration engendrée par ses troubles phasiques.

Le couple qualifie leur communication comme étant « laborieuse », le mari la comparant au « cirque Pinder » et percevant les troubles expressifs au premier plan. Ils ont mis en place des stratégies efficaces de type gestuel mais insuffisantes d'où une demande forte de leur part de bénéficier d'une aide extérieure. Monsieur D. mentionne que leurs années de vie commune ainsi que leur complicité sont une aide face aux obstacles rencontrés. Les difficultés communicationnelles sont accrues lors des sorties ainsi que lorsque la patiente se retrouve en situation de groupe, cette dernière se mettant alors en retrait.

#### **2.1.2. Données médicales**

Madame D., droitère, a été victime d'un A.V.C. ischémique sylvien gauche temporo-pariétal non thrombolysé en avril 2013, responsable d'une aphasie fluente sévère de type Wernicke. Le tableau initial comportait une compréhension lexicale et morpho-syntaxique massivement altérée à l'oral comme à l'écrit. La présence d'un jargon, de paraphasies phonologiques, de persévérations verbales donnaient lieu à un manque d'informativité. On observait un échec aux épreuves de transposition. Les automatismes étaient échoués excepté la prière. La fatigabilité, associée à l'importance des troubles phasiques, rendait la communication difficile. Cependant la compréhension de la mimogestualité et de l'intonation étaient préservées amenant la patiente à avoir une conscience aiguë de ses troubles dès le départ.

Environ un mois après l'AVC, on notait une amélioration de la compréhension écrite de mots isolés alors que sur le versant oral, on pouvait noter une altération encore sévère de la discrimination des sons isolés. Au niveau expressif, le jargon avait diminué rendant l'informativité en contexte un peu meilleure. Le manque du mot restait massif et les paraphasies étaient essentiellement verbales.

---

Deux mois après l'AVC, la patiente présentait toujours un manque du mot, des persévérations verbales, de nombreuses paraphasies phonologiques et verbales, des stéréotypies « Est-ce qu'un jour... » ; « la dame ». Le discours était cependant fluide, et contenait des énoncés modalisateurs employés de manière adaptée. La compréhension était toujours altérée.

La rencontre avec le couple, environ six mois après l'AVC, nous a permis de constater que même si à première vue les troubles réceptifs semblent modérés, la patiente fait beaucoup d'efforts pour déduire du sens à partir des indices non verbaux et « fait illusion facilement », ce que nous a confirmé l'orthophoniste de l'H.T.P. Le passage par l'écrit, dans une certaine mesure, permet une compensation. En effet, Madame D. est capable de comprendre certains mots-clefs d'une phrase que son mari a écrite suite à des difficultés de compréhension sur le plan oral.

Concernant les autres fonctions cognitives, le tableau initial recensait des troubles praxiques qui se sont rapidement atténués. Un déficit de la reconnaissance visuelle des objets a été mis en évidence. De plus, des difficultés attentionnelles ont également été observées et les capacités d'inhibition sont apparues fragilisées en situation de double tâche. L'orientation temporo-spatiale a été préservée. Sur le plan moteur, une hémiplégie droite a fait l'objet d'une bonne récupération et sur le plan sensitif aucun trouble n'a été objectivé. La patiente ne présentait pas d'hémianopsie latérale homonyme.

Madame D. est prise en charge par une orthophoniste en cabinet libéral ainsi que par une équipe d'un service d'Hospitalisation à Temps Partiel (H.T.P.) de manière hebdomadaire. L'équipe de l'H.T.P. comprend un médecin, une orthophoniste, une ergothérapeute et deux infirmières. Un cahier de communication a été mis en place par cette équipe. Toutefois, il s'agissait d'un outil standardisé donc non évolutif, installé sans entraînement, qui a été peu investi et donc peu utilisé par la patiente, son mari et sa famille.

## **2.2. Couple G.**

### **2.2.1. Données générales**

Monsieur G. a 70 ans ; il est retraité, anciennement directeur d'une société de maroquinerie. Il vit en appartement avec sa femme également retraitée après avoir travaillé comme employée de bureau. Le couple a 3 enfants, et plusieurs petits-enfants, qu'ils voient de façon « peu fréquente » selon Madame G. En outre, elle mentionne que depuis l'AVC, leur cercle d'amis s'est amoindri.

Monsieur G était un homme très bavard, plein d'humour. Suite à son AVC, il a recherché l'isolement puis s'est avéré de plus en plus demandeur quant à la communication, aux échanges. Il fait partie d'une association d'aphasiques où il se rend deux fois par semaine pour chanter et jouer aux cartes ainsi qu'un dimanche par mois pour participer à un repas organisé par l'équipe de l'association.

Madame G explique que mis à part au sein de l'association et lorsqu'ils sont en famille, Monsieur G. ne s'adresse qu'à elle. Cependant, leurs échanges leur apparaissent très

---

pauvres et totalement insuffisants : ils ne parviennent plus à aborder des sujets tels que les sorties, les voyages, leurs projets. De même, évoquer des personnes absentes ou des souvenirs est impossible. Madame G. souffre de voir combien son mari et elle communiquent peu. Elle explique qu'ils ont énormément de mal à se comprendre. Ils ont pourtant mis en place, depuis 2005, des stratégies (questionnement jusqu'à pouvoir accéder à l'information), mais Madame G. considère qu'elles sont « globalement insuffisantes et pénibles ».

### **2.2.2. Données médicales**

Monsieur G., droitier, a été victime d'un AVC ischémique sylvien total gauche en août 2005, provoquant une aphasie globale sévère, avec de très importants troubles de la compréhension. Les deux versants, réceptif et expressif, sont donc atteints. Le tableau initial comportait en outre un mutisme et une compréhension massivement altérée. Des troubles praxiques étaient observés. Concernant les autres fonctions cognitives, des difficultés attentionnelles ont été observées, ainsi que de légères difficultés mnésiques. Sur le plan moteur, Monsieur G. était atteint d'une hémiplégié droite. Le patient ne présentait pas d'hémianopsie latérale homonyme.

Le suivi orthophonique suivant l'AVC, concernant la période de récupération spontanée, n'a donné lieu à aucune transmission de document à la famille ; en effet, l'orthophoniste du service prenait à ce moment là sa retraite, expliquant un suivi des patients difficile et le manque d'information engendré.

Après sa sortie de l'hôpital, Monsieur G. a été suivi en orthophonie libérale de 2006 à 2011, puis le couple a souhaité arrêter la prise en charge par lassitude, « on avait l'impression que cela ne lui apportait plus rien, il en avait marre » (Madame G.). Un contact téléphonique avec l'ancienne orthophoniste de Monsieur G. nous informe des éléments suivants : Monsieur G. comprendrait à priori entre 40 et 60% des informations à l'intérieur d'un message verbal. Le manque du mot est prépondérant, ce qui a tendance à énerver Monsieur. Quelques productions spontanées sont possibles telles que le « oui » / « non » d'une fiabilité relative, « merci », « encore », « ça va bien » et « merde ». D'autres productions sont possibles en répétition. Le patient a conscience de ses troubles mais aussi des possibilités préservées telles que la compréhension contextuelle, la répétition, la déduction, l'utilisation de gestes, et se montrait très participant lors des séances de rééducation. Cependant, l'orthophoniste nous a conseillé de nuancer les informations apportées, le dernier bilan orthophonique étant très ancien.

Notons qu'au niveau moteur, Monsieur G. garde des séquelles d'une hémiplégié droite. En effet, il n'y a pas de récupération fonctionnelle de son membre supérieur droit et il reste limité au niveau de la marche. Toutefois Monsieur G. est plutôt autonome, sa femme explique qu'il refuse souvent son aide et souhaite faire les choses seul. Il bénéficie de soins infirmiers à raison d'une fois par semaine.

La rencontre avec le couple, des années après l'AVC, nous a permis de constater que les troubles réceptifs et expressifs étaient toujours sévères ; nous avons d'ailleurs, dès notre première visite, nuancé, comme conseillé par l'ancienne orthophoniste de Monsieur en raison du caractère ancien du bilan, les propos de cette dernière concernant la compréhension de celui-ci, se situant plutôt aux alentours de 30%.

---

## **II. Protocole d'expérimentation**

L'installation du classeur C.COM s'établit en suivant un protocole précis et d'ores et déjà testé. Nous suivrons donc la procédure C.COM destinée à la personne aphasique et à son partenaire qui a été mise en place par I. Charton-Gonzalez en 2003 et utilisée dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique APHACOM en 2008.

### **1. Evaluations**

#### **1.1. Tests d'éligibilité**

##### **1.1.1. Analyse perceptive**

Un patient présentant un déficit au niveau de l'acuité visuelle sera gêné pour l'utilisation du C.COM. Par conséquent, nous nous sommes assurées que le patient ait une vision intègre ou dans le cas contraire que celle-ci soit suffisamment corrigée.

##### **1.1.2. Evaluation du traitement sémantique de l'image**

Nous avons fait passer aux patients les épreuves du Protocole d'Evaluation des Gnosies Visuelles (PEGV) (Agniel, Joannette, Doyon & Duchain, 1992) afin de nous assurer de l'absence de trouble des gnosies visuelles ; en effet, le C.COM s'appuie sur des photographies que le patient doit donc traiter. Nous avons fait passer les épreuves d'appariements fonctionnels et catégoriels qui évaluent le traitement sémantique de l'image. Ces épreuves, en impliquant le choix d'une image, mettent également en jeu les fonctions exécutives recrutées dans l'utilisation du C.COM, comme par exemple: la capacité de planification (prévoir quelle est l'image la mieux adaptée au contexte) ou d'inhibition (laisser de côté les images non pertinentes).

Tout d'abord, l'épreuve d'appariement fonctionnel du PEGV teste la capacité de traitement associatif, qui permet « d'accorder aux objets vus, morphologiquement différents mais sémantiquement proches, une signification suffisante pour les associer par une relation fonctionnelle » (Agniel et al., 1992). Ensuite, l'épreuve d'appariement catégoriel du PEGV teste cette même capacité en s'intéressant cette fois aux relations catégorielles. L'absence d'une atteinte du traitement sémantique de l'image est objectivée par l'obtention de plus de 8 bonnes réponses, pour chaque planche, en moins de 30 secondes.

##### **1.1.3. Evaluation du traitement visuel de l'image**

L'évaluation des pré-requis à l'installation du C.COM requiert également la passation des épreuves de la Batterie de Décision Visuelle d'Objets (BDVO) (Bergego, Pradat-Diehl & Ferrand, 2002) afin d'objectiver la préservation du stock de référence auquel sont confrontées les images perçues. Il s'agit en fait d'évaluer une des étapes cognitives du

---

traitement visuel. En effet, afin d'utiliser le C.COM, le patient doit être capable d'analyser et de reconnaître l'objet représenté. Cette batterie propose de reconnaître des vrais ou des faux objets. Le test est constitué de 72 planches présentant soit des objets réels, soit des chimères. Le patient doit dire si le dessin présenté est « vrai ou faux ». L'obtention d'un score supérieur ou égal à 68 permet d'écarter l'hypothèse de la présence d'un trouble du stock structural.

#### **1.1.4. Observation de la dépression**

Nous nous sommes assurées que le patient n'était pas touché par une dépression grâce à l'Aphasia Depression Rating Scale (ADRS) de Bénéaim, Cailly, Perennou et Pelissier (2004). Ce test est une échelle clinique d'hétéro évaluation pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs chez l'aphasique, avec des items tels que « insomnie du milieu de la nuit » reposant sur des critères définis par le DSM-IV. Afin d'affirmer que le patient ne traverse pas un épisode dépressif, le score obtenu à l'ADRS devra être inférieur à 9/32.

#### **1.1.5. Examen de l'aphasie**

Nous avons proposé certains subtests de l'adaptation française du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) (Goodglass & Kaplan, 1972, traduit par Mazaux & Orgogozo, 1982) afin de vérifier la possibilité d'inclure le patient dans notre recherche, de déterminer les capacités du patient qu'il était possible d'exploiter et d'expliquer de façon précise et détaillée les troubles de la personne aphasique au partenaire. Certaines épreuves du protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86) élaboré par Nespoulous et al., (1986) nous ont permis de compléter notre évaluation en nous intéressant au module morpho-syntaxique.

##### **a. Sévérité de l'aphasie**

Nous avons utilisé l'échelle de gravité de l'aphasie du BDAE (Goodglass & Kaplan, 1972, traduit par Mazaux & Orgogozo, 1982) afin de décider de la pertinence de la mise en place d'un classeur de communication.

Cette échelle de gravité comporte 5 degrés. On peut parler d'aphasie sévère si le score obtenu est de 0 (« aucune expression intelligible et aucune compréhension orale », 1 (« communication par expressions très fragmentaires, nécessitant de la part de l'auditeur beaucoup de déductions, de questions et d'attention. Peu d'informations peuvent être échangées et c'est l'auditeur qui mène la conversation ») ou 2 (« une conversation sur des sujets familiers et concrets est possible avec l'aide de l'auditeur. Le malade est souvent incapable de se faire comprendre, mais il participe au déroulement de la conversation »).

La cotation de l'échelle a été effectuée à partir des observations recensées à l'épreuve de conversation et langage spontanée.

---

## **b. Le profil aphasique**

Nous avons également déterminé le profil aphasique du patient grâce aux subtests du BDAE suivants : conversation et langage spontané (explore les capacités de communication du patient dans son quotidien) ; discrimination verbale (évalue la compréhension orale de mots) ; exécution d'ordres (évalue la compréhension orale de phrases) ; séries automatiques ; dénomination orale d'images (évalue le manque du mot) ; correspondance mot-image (étudie la compréhension écrite de mots) ; dénomination écrite d'image (évalue le manque du mot à l'écrit), ainsi que les capacités d'écriture.

Nous avons complété ces subtests par la passation des épreuves de compréhension orale et écrite de phrases du MT86.

Chaque subtest du versant écrit a été comparé avec son homologue sur le versant oral pour mettre en évidence l'aide que pouvait apporter (ou non) le passage par l'écrit.

### **1.1.6. Évaluation destinée au partenaire**

Nous avons ensuite effectué une étude de « faisabilité » partenaire grâce à un entretien clinique par lequel nous avons mesuré (qualitativement) la motivation du partenaire à communiquer et à s'investir dans la mise en place du classeur de communication, ainsi que son « énergie » mobilisable.

## **1.2. Les pré-tests et les post-tests**

Afin de mesurer la pertinence et l'efficacité de l'installation du C.COM auprès du patient et de son partenaire, nous avons procédé à des pré-tests et à des post-tests dont nous avons comparé les résultats. Les pré-tests ont été proposés avant l'entraînement au classeur de communication C.COM. Le couple avait tout de même à sa disposition lors des pré-tests le classeur C.COM construit de manière adaptée et personnalisée. Les post-tests quant à eux ont été réalisés après entraînement au classeur. Les pré-tests et les post-tests ont été réalisés respectivement par l'étudiante ne travaillant pas avec le couple.

### **1.2.1. Echelle de communication pragmatique**

L'Echelle de Communication Pragmatique (ECP) (Gonzalez, 2010) est destinée au partenaire qui est interrogé. Il s'agit d'une échelle non validée qui s'intéresse à la conscience et à la connaissance qu'a le partenaire de la communication, des troubles phasiques et des stratégies. De plus, l'ECP permet, en pré-test notamment, d'orienter notre accompagnement. Autrement dit, l'ECP est un outil de métacognition, destiné au partenaire, qui sert de base quant à la prise de conscience des troubles et des processus de réparation, permettant donc d'orienter la remédiation. Nous avons proposé la passation de l'ECP à trois reprises: en initial (après les tests d'éligibilité), en pré-test (après création du classeur), et enfin en post-test.

---

### **a. L'ECP-initiale**

Tout d'abord, l'ECP initiale est un formulaire contenant trois échelles visuelles analogiques permettant d'évaluer la qualité de la communication de la dyade selon le point de vue du partenaire : elles permettent l'évaluation de sa conscience des troubles aphasiques et se proposent d'explorer le ressenti du partenaire quant à : la qualité générale de la communication au sein du couple, l'expression de la personne aphasique et enfin les capacités de compréhension du patient.

Nous avons ici ajouté notre propre cotation de ces échelles, afin de comparer le ressenti du partenaire et notre propre ressenti, appuyé sur les résultats obtenus grâce au BDAE.

Les échelles visuelles analogiques sont enrichies d'un questionnaire organisé en trois axes évaluant : premièrement les moyens dont le conjoint aphasique dispose pour communiquer, deuxièmement les moyens dont dispose le partenaire pour communiquer et enfin la qualité de la participation du patient avec la famille, les amis ainsi que l'extérieur.

Les réponses recueillies sont cotées 0, 1, 2 ou 3 selon que le partenaire ait répondu par « jamais », « parfois », « souvent », ou bien « toujours ». Certaines questions sont sujettes à apporter des éléments qualitatifs. Au moment de coter le questionnaire, on additionne les scores de manière à obtenir un score pour chaque sous-catégorie : « communication globale patient », « communication globale partenaire », participation au sein de « la maison/la famille/l'extérieur », ainsi qu'un score global.

### **b. L'ECP-C.COM**

L'ECP-C.COM permet d'évaluer les stratégies de contournement dans le cadre d'aphasies sévères mais cette fois après l'installation du classeur de communication. Les échelles visuelles analogiques présentées ci-dessus sont toujours présentes. Les items sont identiques à ceux présents dans l'ECP-initiale. Notre propre ressenti a également été ajouté ici, pour comparaison.

Cependant, la sous-catégorie « classeur de communication » est ajoutée. Premièrement, des échelles visuelles analogiques relatives au classeur de communication sont insérées, s'intéressant à : l'efficacité du C.COM pour comprendre la personne aphasique, l'aisance dans l'utilisation du C.COM pour comprendre le conjoint aphasique, l'efficacité du C.COM pour être compris de la personne aphasique et enfin l'aisance dans l'utilisation du C.COM pour être compris de la personne aphasique

Deuxièmement, elle intègre des questions concernant les circonstances du recours au classeur, le pilotage de l'échange, ainsi que les comportements du patient lorsque le recours au classeur n'est pas suffisant pour qu'il puisse comprendre ou transmettre le message.

Les réponses recueillies sont cotées 0, 1, 2 ou 3 selon que le partenaire ait répondu par « jamais », « parfois », « souvent », ou bien « toujours ». Certaines questions sont sujettes à apporter des éléments qualitatifs. Au moment de coter le questionnaire, on additionne les scores de manière à obtenir un score pour chaque sous-catégorie : « communication

---

globale patient », « communication globale partenaire », « apport du classeur pour le patient », « apport du classeur pour le partenaire » participation au sein de « la maison/la famille/l'extérieur », ainsi qu'un score global.

L'objectif de l'ECP-C.COM, tout comme l'ECP initiale, est d'amener le partenaire à renforcer et enrichir les stratégies fonctionnelles et à modifier les stratégies non opérantes.

Le score global peut être au maximum de 156. Comparer les résultats obtenus en pré et post tests permet d'apporter des informations quant à : l'évolution de la conscience des troubles phasiques par le partenaire, l'utilisation de stratégies, la mise en place d'ajustements et l'utilisation du classeur C.COM. Les résultats devraient d'ailleurs montrer une évolution, signe d'un meilleur contournement des troubles. En effet, l'efficacité de l'installation et de l'entraînement au classeur C.COM est démontrée s'il y a évolution positive de la conscience et de la connaissance des troubles aphasiques par le conjoint. De plus, la pertinence de l'installation du classeur est prouvée si ce dernier est utilisé efficacement lorsque la communication bloque.

### **1.2.2. Evaluation de tâches de communication calibrées (annexe I)**

Le test des 6 tâches, élaboré par Cros (2004) dans le cadre d'un mémoire en orthophonie a été créé dans l'objectif de confirmer « l'hypothèse soutenant que le classeur C.COM [...] rend efficace la transmission et la réception des informations pour le patient aphasique sévère » (Cros, 2004). Les tâches sont des ordres de deux niveaux de difficultés : simple et complexe. Chaque tâche met le patient en position de récepteur puis de locuteur. Lorsque le patient est récepteur, il doit intégrer un message ; lorsqu'il est locuteur, il doit en produire un. Par exemple, Cros propose des tâches telles qu'aller chercher un mouchoir ou demander une paire de ciseaux à quelqu'un. En outre, « les tâches sont en rapport avec le lieu dans lequel le patient est rééduqué (...) » (Cros, 2004) ; c'est pourquoi elles doivent être en lien avec le contenu personnalisé du classeur C.COM. De cette façon, l'action à réaliser peut être transmise par l'intermédiaire de celui-ci.

Un autre principe de ce test est énoncé par Cros : « chaque tâche est demandée sans classeur puis avec classeur en fonction de la réussite ou de l'échec dans l'exécution de la consigne. » Ainsi, un échec lors de l'exécution de la consigne mène à une nouvelle explication de cette dernière mais cette fois avec le classeur. On inclut également l'utilisation de tous les canaux de communication pouvant optimiser la compréhension de l'action à réaliser comme le langage oral, le langage écrit, les gestes ou encore les mimiques. Chaque tâche est soit réussie soit échouée, et la procédure utilisée par le patient doit être décrite. Pour mettre en évidence l'efficacité du C.COM dans la transmission et la réception des messages, il convient de comparer le nombre de tâches réussies avec et sans recours au classeur.

Chaque tâche est demandée lors des pré-tests, puis lors des post-tests. Afin d'éviter tout apprentissage, les tâches sont modifiées d'une session à l'autre, en respectant la même structure syntaxique et la même action. Afin d'être les plus écologiques possible, les tâches doivent faire référence à la vie quotidienne du patient. Nous avons donc adapté ce test des 6 tâches afin de le proposer à nos patients. Tout d'abord, nous avons réduit le test à 4 tâches. Puis, nous l'avons adapté au contexte de nos expérimentations. En effet, ce test a été initialement créé pour une passation en milieu hospitalier.



---

Les deux premières tâches mettent le patient en position de récepteur d'une information. Cette information le conduit à produire une action. La troisième tâche place le patient en tant que récepteur et émetteur d'une information dont la réussite peut être vérifiée par le fait que l'interlocuteur réalise l'action demandée par le patient aphasique. La quatrième tâche propose au patient de recueillir une information de la part de son interlocuteur (et non plus de lui demander de réaliser une action).

Nous espérons ainsi démontrer l'efficacité du classeur dans la transmission et la réception d'une information : en effet, nous supposons que l'utilisation du C.COM lors d'une tâche échouée débloque la transmission du message ; les tâches devraient donc être mieux réussies avec l'aide du C.COM. De plus, la passation de ce test devrait mettre en évidence l'évolution du comportement des partenaires suite à la remédiation.

### **1.2.3. Analyse conversationnelle (annexe II)**

Ensuite, nous avons proposé une grille d'analyse conversationnelle, à savoir celle élaborée par Leopold en 2010 puis révisée en 2011. Notons que Leopold nous a donné son accord pour utiliser la nouvelle version de cette grille, qui est en cours de publication. En effet, l'analyse conversationnelle (AC) est un outil permettant d'identifier « les répercussions de l'aphasie en conversation et de cibler les stratégies d'adaptation mises en place par les deux partenaires » (Del Guidice, 2011). L'analyse a été faite par l'intermédiaire d'enregistrements vidéo ; des interactions (dont le thème a été pré-défini) entre le patient aphasique et son partenaire ont été filmées puis cotées par un jury composé de 5 orthophonistes formées à l'analyse conversationnelle.

Afin de se situer dans l'évaluation de l'efficacité du classeur C.COM, nous avons adapté la grille d'analyse conversationnelle en y ajoutant des items relatifs au classeur de communication C.COM. Lors du jury d'analyse conversationnelle, nous avons préalablement présenté, via un power-point, les adaptations apportées à la grille. Précisons que les termes spécifiques liés à l'AC sont expliqués dans le glossaire.

Via l'AC, l'objectif est de mettre en évidence une évolution des comportements du partenaire suite à la remédiation : nous avons donc recherché la disparition de comportements contre-productifs et l'apparition de comportements facilitateurs, valides, venant aider la communication au sein du couple. De plus, nous avons recherché si le C.COM apportait ou non un gain dans les stratégies de réparation.

### **1.2.4. TLC**

Nous avons également eu recours au Test Lillois de Communication (TLC) (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski & Lefevre, 2001). Dans le TLC, nous nous sommes intéressées plus précisément à la grille de communication non-verbale. En effet, l'entraînement au classeur C.COM peut permettre de stimuler l'utilisation des gestes par le patient. Nous avons donc proposé au patient les items relatifs à la compréhension des signaux non-verbaux, l'expressivité émotionnelle et affective, l'informativité et les feed-back non verbaux.

---

### **1.3. Evaluations complémentaires**

Une fois que nous avons procédé à la passation des post-tests, nous avons soumis aux deux patients les épreuves de la BDAE et du MT86 que nous avons sélectionnées dans le cadre des tests d'éligibilité. Notons que nous ne nous attendons pas à ce que la mise en place du C.COM ait permis l'amélioration de leurs capacités linguistiques. Cependant, si nous mettons en évidence une amélioration de la communication du couple grâce au classeur C.COM et que les résultats obtenus aux épreuves de la BDAE et du MT 86 à la fin de l'expérimentation sont similaires à ceux recueillis lors du test d'éligibilité, nous pourrions conclure que ce n'est pas le phénomène de récupération spontanée qui peut expliquer le gain révélé en communication.

## **2. Construction du classeur personnalisé à partir du classeur de base**

La construction du classeur C.COM suit une organisation précise. En effet, il est tout d'abord nécessaire d'élaborer un classeur adapté à la personne aphasique et son conjoint. Une fois le classeur adapté créé, nous avons équipé le couple ; en outre, nous n'avons pas installé d'emblée le classeur entier mais avons proposé l'installation des planches de façon progressive, en s'intéressant d'abord à des items qui ont été utiles tout de suite à la dyade (tels que les items concernant le temps par exemple). Nous avons également mené un entraînement des habiletés auxquelles le patient aura recours pour utiliser le C.COM. En parallèle, des rencontres hebdomadaires ont été organisées avec le partenaire, ce que nous détaillerons plus loin.

### **2.1. Elaboration du contenu du classeur**

Avec le patient et son partenaire, nous avons sélectionné les planches du classeur de base qui se révélaient pertinentes pour chacun des couples. Ces planches ont été conservées dans le classeur ; elles ont soit été incluses telles quelles, soit été modifiées (par exemple, les planches « environnement » ont été modifiées avec des photographies du cadre de vie du patient). Ensuite, nous avons évoqué les planches qu'il était nécessaire d'ajouter en fonction du quotidien et de l'environnement de la dyade, le principe de base étant de ne faire figurer que ce qui est nécessaire et suffisant.

#### **2.1.1. Le classeur du couple D.**

Le couple D. a choisi le classeur en format A5, pour des raisons pratiques, son transport étant plus aisé. Les premières planches dont le contenu a été discuté avec le couple font référence au thème « famille/amis ». Le cahier de communication qui avait été réalisé par l'équipe de l'hôpital contenait un arbre généalogique que nous avons choisi de conserver et d'intégrer au C.COM, plutôt que de créer une nouvelle organisation des photographies qui aurait demandé une nouvelle prise de repères par le couple. Des photographies des amis ont été demandées à plusieurs reprises au couple qui n'a pas trouvé d'intérêt à cette démarche. Les différents professionnels prenant en charge la patiente ont été regroupés sur une même planche dans un onglet « santé ». La patiente a également souhaité que nous apparaissions dans le classeur. Au sein de l'onglet « environnement », ont été

---

insérées des photographies des maisons principale et secondaire du couple, du service d'H.T.P. et des enseignes de magasins qu'ils fréquentent régulièrement. Un plan de la région a également été ajouté.

Le thème des « loisirs » a fait l'objet de nombreux ajouts : Madame D. pratiquant le crochet, des photographies relatives à cette activité ont été incluses comme par exemple celle d'un abécédaire en crochet. Le couple disposant d'une salle de jeux, les différents jeux ont été photographiés puis ajoutés dans le C.COM (notamment un babyfoot). Par ailleurs, des images d'herbes aromatiques ainsi que des plantes ont été regroupées sur une planche car, dans son quotidien la patiente est amenée à évoquer ces cibles. Enfin, des images relatives à la montagne (raquettes, marmotte) ont été jointes au classeur, la maison de campagne du couple se situant près de sommets montagneux.

Les onglets « alimentation », « toilette », « objets courants », « vêtements » du classeur de base ont été peu modifiés. Les planches du thème « Temps » ont également été conservées ; le couple ayant vu un très grand intérêt à l'utilisation des différentes planches notamment l'horloge et les jours de la semaine. En effet, ces deux éléments engendrent de nombreuses incompréhensions au quotidien du fait notamment des paraphrasies sémantiques produites par la patiente.

Toutes les planches relatives aux émotions n'ont pas été insérées dans le classeur personnalisé puisque les expressions faciales et mimiques de la patiente sont informatives et adaptées. Madame D. elle-même ne désirait pas conserver ces images. La planche concernant l'environnement d'une chambre en milieu institutionnel a été supprimée car elle était inappropriée. Quant aux photographies de traitements médicaux, la patiente n'a pas souhaité les conserver pour le moment. Enfin, la patiente possédant un « oui » fiable, les planches « oui/non » ont été enlevées.

### **2.1.2. Le classeur du couple G.**

Le couple G. a également choisi un classeur format A5, plus facilement transportable à l'extérieur, notamment dans les repas de famille où Monsieur G. ne peut habituellement pas se faire comprendre.

Tout d'abord, Monsieur et Madame G. ont choisi de supprimer certaines planches du classeur, qui ne leur paraissaient pas pertinentes. La planche sur la voiture a été mise de côté puisque le couple pense ne pas être amené à échanger sur ce thème. En effet, non seulement Monsieur G. ne conduit plus, mais selon sa femme « il ne s'est jamais intéressé à ces choses de la mécanique ». Les planches concernant la couture, la cuisine et le jardinage ont également été supprimées du fait de l'absence totale d'intérêt de Monsieur pour ces activités, selon les dires de sa femme et après confirmation de celui-ci. De plus, la planche sur les traitements et celle sur l'hémiplégie ont été enlevées : le couple trouvait que ces photographies faisaient trop « médical » alors que, pour le moment, Monsieur G. est plutôt autonome et que le côté moteur de l'atteinte n'est aujourd'hui plus celui qui le dérange le plus. L'insertion de ces planches n'était donc pas utile au moment de notre intervention. Seuls le fauteuil roulant et la canne ont été conservés sur une planche.

Ensuite, certaines planches ont été entièrement transformées et recrées, comme c'est le cas pour la catégorie « loisirs ». En outre, nous avons créé une dizaine de nouvelles

---

planches sur le vélo, la randonnée, les sports d'hiver et les vacances au ski, les activités de l'association d'aphasiques (jeux de cartes, chorale), le cinéma, les restaurants gastronomiques, la télévision et enfin le rugby, avec environ 6 planches consacrées à ce sport dont Monsieur G. est passionné, et qui est un sujet sur lequel il souhaite régulièrement échanger. D'autres planches ont été ajoutées, notamment sur la famille du couple, ainsi qu'à leur demande sur les étudiantes travaillant avec eux dans le cadre de leur mémoire. Des planches sur les fêtes de fin d'année sont venues s'ajouter au classeur début Décembre.

Une planche a été créée avec un point d'interrogation et un point d'exclamation afin que Monsieur G. puisse signifier à sa femme si ses intentions de communication sont à comprendre sous forme de question ou d'affirmation, de constatation.

Pour finir, nous avons mis en place une adaptation des intercalaires du classeur. En effet, le couple trouvait que les onglets avec les mots écrits étaient difficiles d'utilisation. Nous avons donc choisi avec le couple une image prototypique pour chaque catégorie, que nous avons collée au recto de chaque intercalaire, afin de pouvoir se repérer plus rapidement, et dans le but d'aider Monsieur G. à se servir du classeur.

## **2.2. Création des nouvelles planches adaptées aux couples**

A partir de ce dialogue, nous avons réalisé, sans la présence du couple, de nouvelles planches à l'aide d'un logiciel informatique permettant de travailler sur les photographies recueillies. Nous proposons deux exemples de planches en annexe III.

## **2.3. Retour sur le classeur**

Lors de chaque rencontre avec le partenaire, un temps a été consacré à un échange au sujet de l'outil augmentatif de la communication. L'objectif est de recueillir le ressenti du couple par rapport à leur utilisation du classeur. Le contenu du classeur est un point essentiel que nous avons abordé afin que les suggestions de la dyade permettent d'optimiser davantage la personnalisation du C.COM. Ce fut également l'occasion pour le couple de nous faire part des situations dans lesquelles le classeur a été utilisé en nous décrivant le déroulement de l'échange ainsi que les difficultés rencontrées et/ou les comportements facilitateurs.

## **3. Utilisation du classeur C.COM**

Les personnes à qui le classeur est destiné doivent s'approprier son contenu, expérimenter son utilisation. Il s'agit de faire émerger l'idée que des échanges fonctionnels sont possibles, qu'ils en ont les compétences, afin que son installation s'avère efficiente. Pour cela des entraînements réguliers sont mis en œuvre.

---

### **3.1. Entraînement des habiletés du patient**

L'entraînement des habiletés du patient était constitué d'exercices ayant pour objectifs de travailler la manipulation de photographies, la sélection d'une cible pertinente et la rapidité d'accès à celle-ci, ou encore la mobilité de pensée. L'entraînement des habiletés du patient mettait en jeu l'imagier du C.COM comme support. En effet, cela permettait au patient de pouvoir manipuler des images se trouvant sur les planches du classeur et par conséquent de se familiariser avec le contenu des différentes planches.

#### **3.1.1. Appariements d'images**

Nous avons entraîné le patient aux activités d'appariements fonctionnels et catégoriels. Avec l'imagier du C.COM, nous avons par exemple proposé au patient 1 image cible et 3 autres images, dont une devait être associée à l'image cible à partir d'un critère sémantique. Par exemple, l'image cible du rouleau à pâtisserie était accompagnée de la photographie du moule à tarte, de la machine à coudre et du chemisier ; le patient devait alors associer le moule à tarte à l'image cible.

#### **3.1.2. Recherche d'intrus**

Dans cette activité, nous avons proposé au patient plusieurs images dont l'une d'elles n'appartenait pas à la même catégorie sémantique que les autres. Par exemple, l'image « avion » proposée avec d'autres images de légumes devait être identifiée comme n'appartenant pas à la catégorie sémantique « légumes » et donc comme étant l'intrus.

#### **3.1.3. Exercices de catégorisation**

Nous proposons au patient plusieurs cartes appartenant à différentes catégories sémantiques ; il s'agissait alors pour le patient de « mettre ensemble ce qui allait ensemble ». Par exemple, nous disposions devant le patient 3 photographies différentes de légumes et 3 photographies différentes d'objets divers : il devait alors retrouver les deux catégories (« légumes » et « objets divers ») en regroupant les cartes.

### **3.2. Entraînement du partenaire**

Il a ensuite été nécessaire de montrer au partenaire comment procéder pour transmettre mais aussi recevoir un message. Nous nous entretenions avec lui dans le but de préciser les connaissances qu'il avait quant aux troubles consécutifs à l'aphasie ; nous le guidions, l'accompagnions afin de lui faire identifier ses stratégies de réparation et de les faire évoluer. De plus, nous avons veillé à ce qu'il comprenne bien son rôle dans l'utilisation du C.COM, toujours dans l'objectif de le rendre expert.

---

### **3.2.1. PACE**

La Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (PACE) est une démarche de thérapie globale et fonctionnelle pour améliorer la communication des patients. La PACE repose sur le principe suivant : il s'agit de transmettre une information en utilisant toutes les ressources que l'on souhaite. En effet, les patients aphasiques, même s'ils ont des compétences langagières altérées, peuvent s'appuyer sur des compétences communicatives pour avoir un échange avec un partenaire. Lissandre et al. (2000) expliquent qu'en situation de PACE, tous les aspects de la pragmatique sont représentés, les feedbacks « portent sur le fond » et la communication utilise tous les canaux qu'elle comprend.

Il existe différentes situations de PACE : les images uniques (tirer une photo au hasard et répondre aux questions du « devineur » afin qu'il trouve ce qui est représenté), les images en double (les 2 partenaires ont les mêmes images : un des 2 choisit une image et la décrit afin que l'autre retrouve dans son jeu celle qu'il a choisie), la dictée (un des partenaires donne des consignes pour que l'autre dessine l'image choisie, puis on compare).

Avec nos patients et leur partenaire, nous avons pratiqué la PACE à partir de l'imagier du C.COM. Nous proposons essentiellement les deux premières situations ci-dessus présentées.

### **3.2.2. Jeu des familles**

Nous avons proposé le jeu des familles avec des images tirées du C.COM. Les images choisies représentaient des objets pour lesquels le mime d'usage ou de forme de l'objet était facilement accessible. De plus, le nombre d'éléments de chaque famille était réduit à quatre. Par exemple, la famille des transports était constituée d'un train, d'une voiture, d'un avion et d'un bateau, les règles du jeu étant identiques aux règles du jeu des sept familles classique.

Le jeu de famille avait pour but de permettre au couple de continuer à se familiariser avec le matériel et d'entraîner la classification des photographies en différentes catégories. En effet, le C.COM s'organise avec diverses intercalaires représentant des catégories (par exemple les aliments, les objets) et il faut que le partenaire puisse rapidement identifier l'intercalaire (autrement dit la catégorie) à sélectionner pour pouvoir ensuite accéder à la photographie proprement dite.

De plus, le jeu des familles, impliquant des demandes, permettait au partenaire d'expérimenter divers moyens de communication afin de faire comprendre à la personne aphasique l'image souhaitée. En outre, le partenaire, pour demander une carte, pouvait utiliser les gestes, les mimes, l'écrit, le dessin ou encore le classeur C.COM.

### **3.2.3. Mises en situations**

Afin d'optimiser l'utilisation au quotidien du classeur C.COM, nous avons proposé aux patients des mises en situation concrètes mettant en jeu l'outil de communication. Il

---

convenait de donner des exemples pratiques d'utilisation du classeur C.COM dans les activités habituelles du couple. Nous avons inventé des situations que le couple devait résoudre ; dans un souci écologique, nous sommes restées au plus proche de la réalité. De plus, nous avons proposé des tâches de complexité croissante, réalisables via l'utilisation du C.COM.

Voici deux exemples de situations de difficultés variables que nous avons expérimentées avec les couples : le patient (ou le partenaire) doit faire comprendre à son conjoint qu'il faut racheter des mouchoirs en papier ; le patient (ou le partenaire) doit dire à son conjoint que l'étudiant en orthophonie arrivera un peu en retard la semaine prochaine.

Chaque mise en situation était précédée d'une explication détaillée de la tâche à effectuer. Lorsque la tâche concernait une information à transmettre au partenaire, celui-ci devait s'absenter le temps des explications de la tâche au patient. Toutes les mises en situation étaient filmées, le film étant visionné avec le couple lors du feed-back, durant lequel nous discutons de la réalisation de la tâche, de ce qu'il s'était passé. Le visionnage vise l'identification, puis l'abandon des stratégies contre-productives et parallèlement un renforcement des stratégies adaptées.

### **III. Déroulé des séances d'entraînement**

#### **1. Modélisation d'une séance**

Afin de rendre plus explicite le déroulement des entraînements, voici un exemple de séance typique proposée au couple :

- Prise de contact
- Discussion et ajustement de l'outil : ont-ils utilisé le classeur ces derniers jours ? Si oui, quel a été le blocage qui les a amenés à l'utiliser ? L'utilisation du C.COM a-t-elle fonctionné ? Si non, pourquoi ? Aimeraient-ils ajouter des images ?
- Situation de PACE ou jeu des familles avec le patient
- Mise en situation avec la dyade. Par exemple, nous sortons de la pièce avec le patient et lui donnons la consigne suivante : « demandez à votre conjoint de préparer un gâteau au chocolat ». Le patient devait alors utiliser le C.COM afin de transmettre cette demande.
- Retour sur la mise en situation : qu'est ce qui a été bien réussi ? Qu'est ce qui a été difficile ? Qu'est-ce que l'on peut améliorer ?
- Discussion et programmation de la séance prochaine

---

## **2. Calendrier des entraînements (annexe IV)**

Les entraînements ont eu lieu à raison de deux fois par semaine. Le premier entraînement était mené soit par l'étudiante (couple G), soit par l'orthophoniste au préalable informée des activités à réaliser (couple D) ; le second entraînement était mené par l'étudiante travaillant avec le couple (une étudiante travaillant avec un couple).



---

# **Chapitre IV**

## **PRESENTATION DES RESULTATS**

---

## **I. Présentation des résultats concernant le couple D.**

### **1. Résultats obtenus aux tests d'éligibilité**

#### **1.1. Analyse perceptive**

Le déficit de l'acuité visuelle de Madame D. est corrigé par le port de lunettes de vue.

#### **1.2. PEGV et BVDO**

Au PEGV, le score est de 10/10 en moins de 30 secondes pour chaque planche, le traitement sémantique de l'image est ainsi préservé. Le premier critère d'inclusion est donc positif.

Concernant la BDVO, la note de 71/72 permet d'exclure la présence d'un trouble du stock structural ; le second critère d'éligibilité est ainsi positif.

#### **1.3. Echelle de dépression de Bénéïm**

Le score obtenu à l'ADRS est de 2/32 ; Madame D. ne traverse donc pas d'épisode dépressif. Le troisième critère d'inclusion est positif.

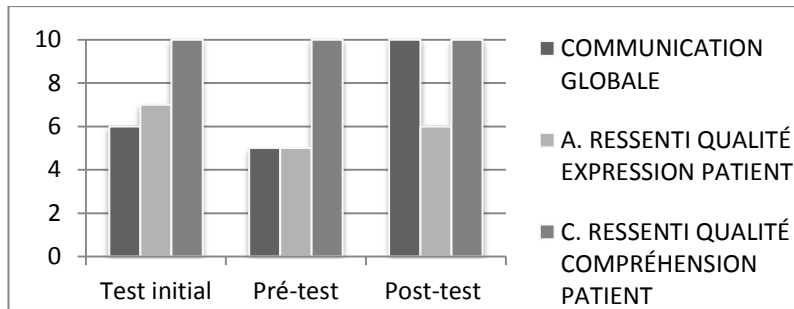
#### **1.4. Examen de l'aphasie (BDAE et MT86)**

A l'échelle de gravité de l'aphasie du BDAE, Madame D. obtient le score de 2. Elle présente donc une aphasie sévère ce qui permet de l'inclure dans notre recherche.

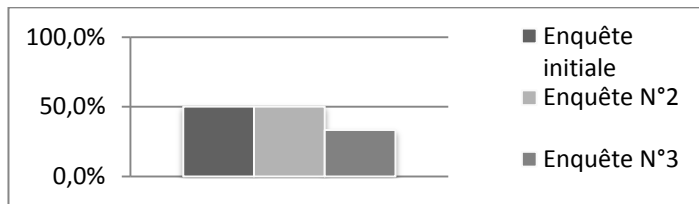
Concernant le profil aphasique, Madame D. présente une aphasie fluente sévère, avec des troubles marqués sur les versants productif et réceptif, la rendant éligible à notre étude. L'annexe V précise les données recueillies aux épreuves de la BDAE et du MT86, que nous avons fait passer à la patiente.

#### **1.5. Evaluation destinée au partenaire**

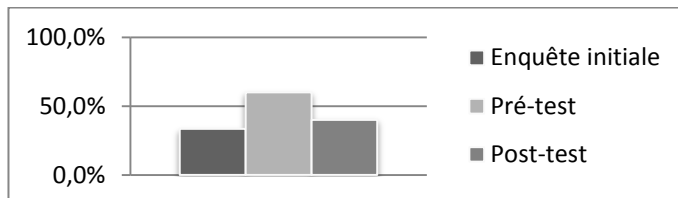
Lors de l'entretien, Monsieur D. s'est montré très à l'écoute lorsque nous lui avons présenté notre projet. Il était très en demande, se trouvant démuné devant les troubles phasiques engendrés par l'AVC (datant de moins de 6 mois) et déstabilisé par les changements vécus au quotidien. Face aux difficultés communicationnelles accrues, un cahier de communication avait été proposé, mais peu investi étant donné qu'il n'avait pas fait l'objet d'un entraînement à son utilisation. Par conséquent, Monsieur D. a fait preuve de motivation pour s'ouvrir à de nouvelles propositions thérapeutiques.



**Graphique 1** Connaissance des troubles aphasiques selon le partenaire



**Graphique 2** Ressenti du partenaire quant aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique



**Graphique 3** Ressenti et stratégies de contournement du partenaire quant aux capacités de compréhension du conjoint aphasique

---

## **2. Résultats à l'Échelle de Communication Pragmatique (annexe VI)**

### **2.1. Communication globale**

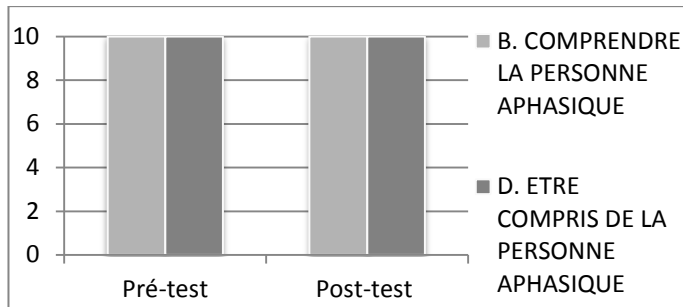
#### **2.1.1. Echelles visuelles**

Les résultats obtenus aux échelles visuelles, évaluant respectivement les impressions du partenaire quant à la qualité générale de la communication au sein du couple, l'expression de la personne aphasique et la capacité de compréhension du patient aphasique, sont illustrés par le graphique 1 (ci-contre). Ils témoignent d'une augmentation de la qualité globale de la communication du couple d'après Monsieur D. Notre propre évaluation montre également une amélioration sans toutefois atteindre 10/10 en post-test. La qualité de l'expression de la patiente diminue selon lui entre l'ECP initiale et le pré-test puis augmente en post-test, le score oscillant entre 5 et 7/10, alors que nous l'avons estimée à 4/10 en ECP initiale puis 5/10 au post-test. Enfin, la qualité de la compréhension de Madame D. est perçue par son mari comme étant parfaite et ceci lors des trois phases d'évaluation alors que nous l'avons évaluée à 3/10, lors de l'ECP initiale et du post-test.

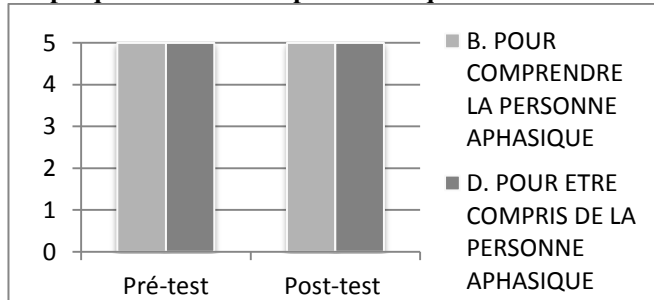
#### **2.1.2. Réponses aux questions**

Le graphique 2 (ci-contre) présente les résultats obtenus après réponse aux questions de la part du partenaire exprimant son ressenti par rapport aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique. Les capacités d'expression de la patiente, selon le partenaire, diminuent puisqu'elles passent de 50% en ECP initiale et en pré-test à 33,3% en post-test. D'après les réponses données par le partenaire, lors de l'ECP initiale, Madame D. utilise « toujours » le langage en priorité, essaie « toujours » autre chose lorsque cela ne fonctionne pas, comme par exemple le dessin ou les gestes. Lors du pré-test, le regard et les mimiques s'ajoutent. Enfin, en post-test, Madame D. n'essaie plus que « souvent » un autre moyen que le verbal pour s'exprimer.

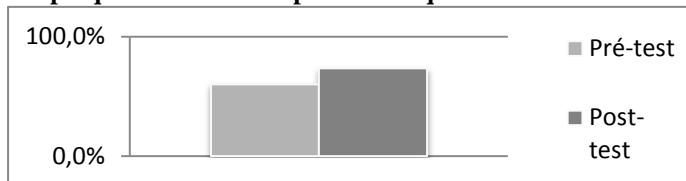
Ensuite, le graphique 3 (ci-contre) illustre les résultats relatifs aux réponses de Monsieur D. quant à son ressenti et à ses ajustements par rapport aux capacités de compréhension du conjoint aphasique. Nous observons une progression entre l'ECP initiale où selon Monsieur D., la patiente ne le prévenait jamais clairement quand elle ne comprenait pas et le pré-test où elle le prévient « toujours ». Puis, on remarque une diminution du score en post-test qui s'explique par le fait que Monsieur D. dit se rendre « toujours » compte lorsque sa femme ne le comprend pas en pré-test, alors qu'il dit s'en rendre compte seulement de temps en temps en post-test. En outre, en pré-test, il signale utiliser « souvent » d'autres moyens de communication alors qu'il ne les utilise que « parfois » en post-test. Lors des 3 phases d'évaluation, il signale utiliser, respectivement : l'écriture et les gestes puis le regard, les intonations et les gestes, et enfin le dessin et les gestes. Par ailleurs, Monsieur D. dit utiliser presque « toujours » d'emblée le langage pour se faire comprendre.



**Graphique 4 Ressenti du partenaire quant à l'efficacité du C.COM**



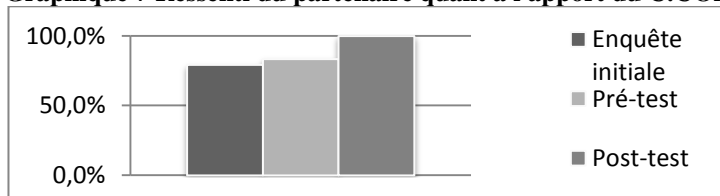
**Graphique 5 Ressenti du partenaire quant à l'aisance dans l'utilisation du C.COM**



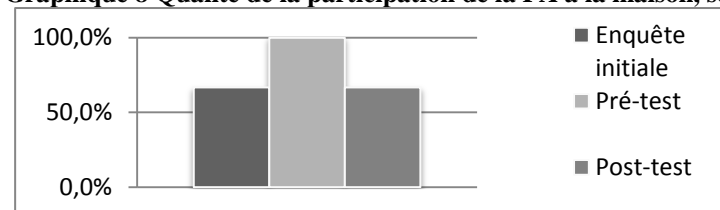
**Graphique 6 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour comprendre la PA**



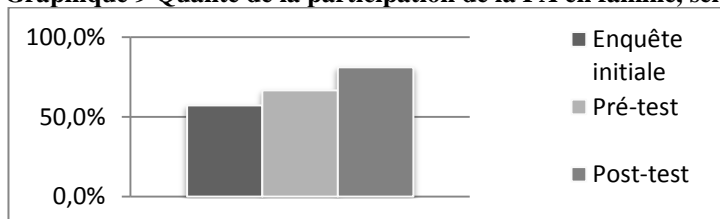
**Graphique 7 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour être compris par la PA**



**Graphique 8 Qualité de la participation de la PA à la maison, selon le partenaire**



**Graphique 9 Qualité de la participation de la PA en famille, selon le partenaire**



**Graphique 10 Qualité de la participation de la PA à l'extérieur, selon le partenaire**

---

## 2.2. Apport du classeur de communication

### 2.2.1. Echelles visuelles

Les résultats obtenus aux échelles visuelles évaluant respectivement l'efficacité du C.COM pour comprendre la personne aphasique et l'efficacité du C.COM pour être compris de la personne aphasique sont illustrés par le graphique 4 (à gauche) ; Monsieur D. attribue le score maximal aux deux modalités et ce, en pré et post-test. Le même constat est établi pour les résultats obtenus aux échelles visuelles évaluant l'aisance dans l'utilisation du C.COM pour comprendre le conjoint puis pour être compris de la personne aphasique (graphique 5).

### 2.2.2. Réponses aux questions

Premièrement, le graphique 6 (ci-contre), présente les résultats relatifs aux réponses de Monsieur D. quant à son ressenti sur l'apport du classeur de communication pour comprendre son épouse. Le score augmente passant de 60% à 73,3%. Selon son conjoint, Madame D. utilise davantage le C.COM en post-test, et le prend de sa propre initiative. On n'observe pas de changement par rapport à l'utilisation en elle-même du classeur. Par ailleurs, en post-test, on note que la patiente abandonne moins souvent si elle n'arrive pas à se faire comprendre et qu'elle essaie seule d'utiliser le classeur. Cependant, si c'est le partenaire qui pilote le classeur, elle abandonne « toujours ».

Deuxièmement, le graphique 7 (à gauche) illustre les résultats obtenus concernant le ressenti de Monsieur D. quant à l'apport du classeur de communication pour être compris par son épouse. Le score diminue, passant de 84,6% à 61,5%. Selon son mari, en pré-test Madame D. acceptait « parfois » le C.COM, ne l'utilisait « jamais » d'elle-même mais « toujours » après proposition de son mari et comprenait « toujours » davantage lorsqu'une photographie était pointée. Au contraire, en post-test, elle l'accepte et l'utilise « toujours » d'elle-même alors que lorsque Monsieur lui propose, elle s'en sert moins. De plus, elle ne comprend plus que « parfois » le pointage de 2 photographies, contre « toujours » en pré-test. Monsieur D., quant à lui, utilise « toujours » le C.COM dès qu'il y a blocage. Toutefois, son comportement évolue peu pour guider son épouse. Quand le message n'est pas compris, chaque partenaire n'abandonnait « jamais » contre « toujours » en post-test.

## 2.3. Participation

Les graphiques 8 à 10 (ci-contre) présentent les résultats obtenus après réponse aux questions de la part du partenaire quant à la participation de la personne aphasique, respectivement à la maison, en famille et à l'extérieur. D'abord, concernant la participation de Madame D. à la maison, on relève une augmentation progressive des scores atteignant 100% en post-test.

En effet, la patiente évoque beaucoup plus fréquemment ses projets et questionne plus souvent son époux au sujet de ses projets, selon le ressenti ce dernier. Ensuite, concernant la participation de Madame D. en famille, on relève une augmentation du score entre

PRE-TEST COUPLE D	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâches				
1 (R) « <i>Pouvez-vous apporter ce stylo dans votre salle de bain ?</i> »		X	NA*	NA*
2 (R) « <i>Pouvez-vous apporter cette éponge dans votre salon ?</i> »		X	NA*	NA*
3 (R+I) « <i>Demandez à votre époux de m'apporter un livre de cuisine</i> »	X			X
4 (R+I) : « <i>Demandez à votre époux quel jour de la semaine tombe Noël cette année.</i> »	X		X	
Total	2/4	2/4	1/2	1/2
Total %	50%	50%	50%	50%

**Tableau 1 Résultats au test des 4 tâches du couple D. en pré-test**

POST-TEST COUPLE D	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâches				
1 (R) « <i>Pouvez-vous apporter ce verre dans votre chambre ?</i> »		X	NA*	NA*
2 (R) « <i>Pouvez-vous apporter ces ciseaux dans vos toilettes ?</i> »	X		X	
3 (R+I) « <i>Demandez à votre époux de m'apporter une pince à épiler</i> »	X			X
4 (R+I) « <i>Demandez à votre époux quel jour de la semaine tombe Pâques cette année.</i> »	X			X
Total	3/4	1/4	1/3	2/3
Total %	75%	25%	33,3%	66,6%

**Tableau 2 Résultats au test des 4 tâches du couple D. en post-test**

NA\* = non applicable (car la réussite sans C.COM implique que la tâche n'est pas reproposée avec C.COM).

---

l'ECP initiale et le pré-test, puis une diminution en post-test avec un score identique au score initial. C'est ici l'envie de Madame D. de communiquer en famille qui est à nouveau passée de « toujours » à « souvent », selon son conjoint. Cependant, notons que selon lui Madame D. intervient plus souvent en famille pour expliquer une idée lors du post-test. Enfin, concernant la participation de Madame D. à l'extérieur, on relève une augmentation progressive entre l'ECP initiale et le post-test. Selon son conjoint, lors de l'ECP initiale, Madame D. acceptait « parfois » de recevoir des amis et de communiquer avec des étrangers alors qu'en post-test, elle accepte « souvent ». De plus, en post-test, elle répond « parfois » au téléphone et accepte « toujours » de prendre le téléphone avec quelqu'un de connu contre « jamais » et « parfois » (respectivement) auparavant.

### **3. Résultats au test des 4 tâches**

#### **3.1. Analyse quantitative**

Les tableaux 1 et 2 (ci-contre) présentent les résultats quantitatifs : ils montrent une augmentation de la réussite aux tâches en post-test de 25% sans C.COM et de 50% avec C.COM, par rapport au pré-test.

Afin d'être plus précises concernant la réalisation des tâches, nous proposons une analyse quantitative « nuancée » en annexe VII.

#### **3.2. Analyse qualitative**

##### **3.2.1. Attitude communicationnelle de Monsieur D. en pré-test**

D'une manière générale, en pré-test, Monsieur D. se montre attentif aux propos de son épouse, la regardant et acquiesçant pour lui montrer qu'il l'écoute. Voyant Madame D. tenter d'exprimer quelque chose, il la laisse parler sans rien initier. En effet, il se montre passif, dans l'attente de recevoir un message, mais ne cherche pas à « piloter » l'échange. On le constate à plusieurs reprises notamment lorsque Madame D. doit « demander à son mari quel jour de la semaine tombe Noël cette année » où Monsieur D. ne cherche pas à interpréter les productions de sa femme à partir des indices verbaux et gestuels qu'elle lui donne ; il répond à sa femme mais ne formule pas d'hypothèses. Par ailleurs, lors de la tâche 3 avec C.COM, Monsieur D. propose des mots cibles mais sans véritable stratégie puisqu'il ne cherche pas à aller du général au particulier, ce qui le rend peu facilitant.

Nous remarquons également que devant la difficulté de transmission de l'information, il n'encourage pas Madame D. à utiliser un moyen de communication non verbal et n'y a pas recours lui-même. Au cours de la tâche 3 avec C.COM, Monsieur D. ne prend pas l'initiative d'ouvrir ni ne suggère l'utilisation du classeur malgré la remarque de sa femme qui « voudrait » montrer quelque chose.

Toutefois, Monsieur D. réalise une hétéro-réparation au cours de la tâche 3 avec C.COM lorsqu'il conclut : « ah le livre (avec mime de forme du livre), le livre de cuisine ! »



Comportements	Pré-test conjoint(e)		Post-test conjoint(e)		Pré-test PA		Post-test PA	
	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité
Attitudes d'écoute	4,25/5	4/5	4,9/5	5/5	4,25/5	3,25/5	4,8/5	4,83/5
Ajustements d'ordre prosodique et linguistique	3,33/5	3,21/5	3,91/5	4,06/5	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT
Tours de parole et aspects temporels	3,16/5	3,38/5	2,58/5	3,63/5	2,86/5	3,5/5	2,83/5	3,41/5
Bris et stratégies de réparation	3,44/5	2,5/5	4,25/5	4,30/5	2,17/5	2,42/5	3,70/5	3,21/5
Gestion des thèmes	4,03/5	2,93/5	4,20/5	4,11/5	2,63/5	2,88/5	4,21/5	4,41/5
Moyens de communication non verbaux	2,13/5	2,19/5	2,38/5	2,90/5	1,8/5	2,25/5	2,94/5	3,03/5
Utilisation du classeur C.COM	1,5/5	1,41/5	2,08/5	2,68/5	1,35/5	1,32/5	2,23/5	2,45/5

**Tableau 3 Résultats quantitatifs obtenus à l'AC pour le couple D.**

---

Notons que Monsieur D. a recours à un geste pour illustrer son discours : il mime la forme d'un livre pour parler du livre de recettes.

En somme, Monsieur D. utilise peu de comportements aidants dans cette situation.

### **3.2.2. Attitude communicationnelle de Monsieur D. en post-test**

En post-test, Monsieur D. adopte également une attitude relativement passive. Par exemple, il laisse son épouse chercher l'image cible dans le classeur et attend qu'elle la trouve. De plus, devant l'incertitude apparente de Madame D. lorsqu'elle doit « demander à son mari quel jour de la semaine tombe Pâques cette année », Monsieur D. n'émet pas de reformulation, ne cherche pas de confirmation de son interprétation, restant sur sa première idée. Il n'adopte donc pas un comportement visant à « piloter » l'échange.

Cependant il est capable de formuler ponctuellement des hypothèses et de les ajuster. Par exemple, au cours de la tâche 3 portant sur « la pince à épiler », il propose « tu as besoin de la pince à épiler ? » puis s'ajuste « Tu veux que j'aie la chercher ? ». En tâche 4 avec C.COM, il propose « dimanche de Pâques c'est ça ? ». En définitive, il produit une hétéro-initiation et deux hétéro-réparations.

On remarque que Madame D. se montre très active durant toutes les tâches. Elle prend elle-même l'initiative d'ouvrir le classeur, même lors de la tâche 4 sans C.COM. et associe pointages et productions verbales ce qui correspond à des auto-initiations et participe à la transmission de l'information.

## **4. Résultats à l'analyse conversationnelle**

### **4.1. Analyse quantitative**

Nous nous référerons ici au tableau 3 ci-contre et à l'annexe VIII. Notons que l'analyse conversationnelle menée avec le couple D. révèle des progrès : en effet, on recense une amélioration du score en post-test par rapport au pré-test dans toutes les rubriques excepté « tours de parole et aspects temporels. Les items « bris et stratégies de réparation » et « gestion des thèmes » révèlent une amélioration particulièrement importante en post-test.

### **4.2. Analyse qualitative**

Les données recueillies montrent une bonne fidélité inter-juges. D'un point de vue global, la situation conversationnelle en post-test diffère de celle du pré-test par la qualité de l'échange et la place occupée par chaque interlocuteur, montrant d'importants progrès. En effet, le deuxième enregistrement vidéo donne l'impression d'une « communication beaucoup plus aisée », avec un « échange constructif », et assez « naturel ». Notons qu'au regard des remarques qualitatives parfois peu nombreuses ou bien absentes, nous avons ajouté à l'analyse qualitative des grilles cotées par le jury, des remarques issues de nos propres visionnages, afin d'apporter quelques précisions.

---

#### **4.2.1. Attitudes d'écoute**

Lors du pré-test, le comportement de Monsieur D. relatif à l'écoute de son épouse est « correct ». Madame D. se montre elle aussi « attentive ». En post-test, les attitudes d'écoute sont également présentes, ce que nous avons confirmé lors de nos visionnages. En outre, Monsieur D. laisse toujours le temps nécessaire à sa femme pour s'exprimer et s'assure qu'elle le regarde lorsqu'il pointe quelque chose.

#### **4.2.2. Ajustements d'ordre prosodique et linguistique**

En pré-test, les ajustements d'ordre prosodique et linguistique de Monsieur D. sont jugés « peu nombreux » par quelques membres du jury. En post-test, un membre du jury note que le comportement de Monsieur D. pour cet item est adapté « dans la mesure où cela ne provoque aucune gêne pour la personne aphasique ». D'après nos propres observations, Monsieur D. est assez fonctionnel dans ce comportement.

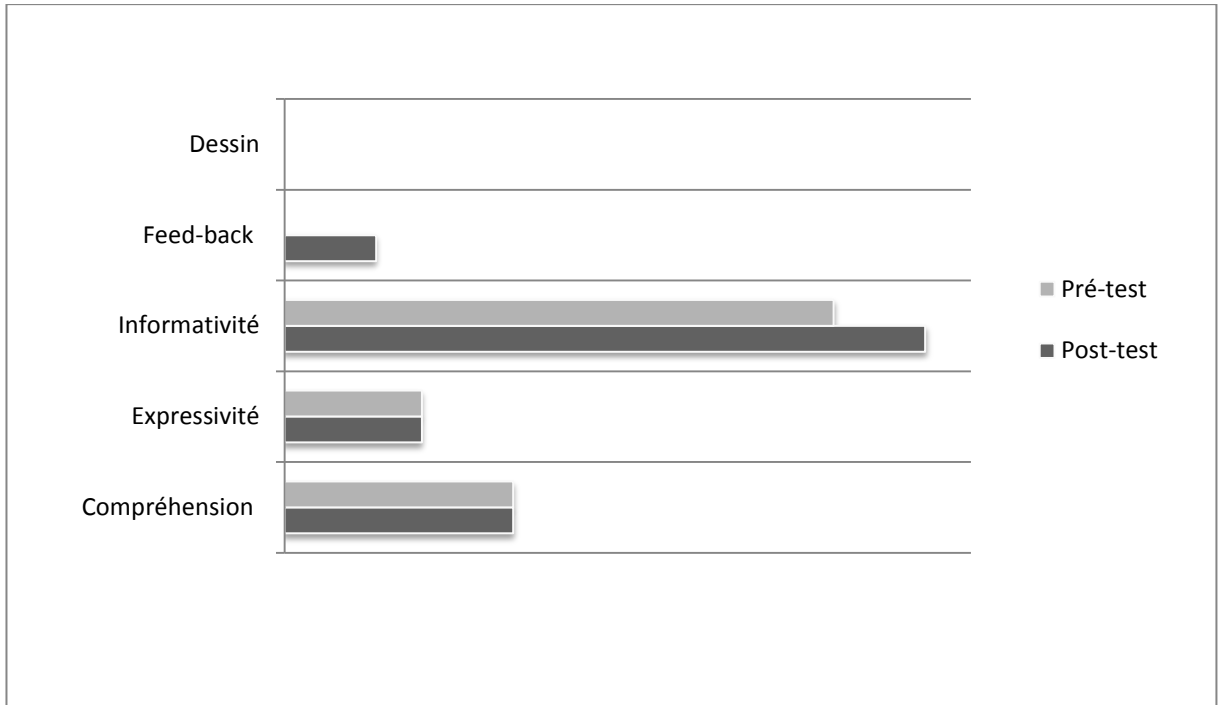
#### **4.2.3. Tours de parole et aspects temporels (annexe VIII)**

En pré-test, certains membres du jury estiment que les tours de parole sont bien respectés. L'un des membres du jury précise qu'ils le sont encore plus lors du post-test. D'après l'annexe VIII, pour une efficacité similaire, Monsieur D. réalise moins de chevauchements et légèrement moins de pauses. Cela est positif puisque ce sont les chevauchements « nuisibles » à l'interaction qui sont recensés. Il interrompt moins sa conjointe, témoignant d'une amélioration manifeste quant à ses prises de parole. Peu de changements sont observés pour Madame D.

#### **4.2.4. Bris et stratégies de réparation**

En pré-test, les réparations sont compromises par les comportements suivants : le conjoint « ne remarque pas la production probable de paraphrasies » et Madame D. « ne dit pas toujours clairement qu'elle ne comprend pas ». Cela conduit à une difficulté massive de compréhension entre les deux conjoints qui s'installe à la moitié de l'enregistrement et demeure impossible à réparer jusqu'à la fin. De plus, Monsieur D. « essaie de reformuler mais reformule toujours de la même façon ». D'après nos propres observations, sur les 4 bris de communication relevés lors du pré-test, par l'intermédiaire de répétitions, reformulations et questions fermées, Monsieur D. réalise 3 hétéro-initiations et une hétéro-réparation. Son épouse produit une auto-initiation. Monsieur D. utilise des stratégies contre-productives empêchant de faire avancer l'échange.

En post-test, d'après nos visionnages, nous mettons en exergue le fait que le couple D., parvient à réparer la communication autant que nécessaire, ce qui témoigne d'une nette amélioration. Sur 7 bris, Monsieur D. réalise 5 hétéro-initiations et 5 hétéro-réparations. Lorsqu'il s'exprime, il s'assure régulièrement de la bonne compréhension du message par son épouse. Il n'hésite pas à répéter ou reformuler ses propos en l'absence d'un feedback franc de Madame D. Lorsqu'il devine ce que son épouse cherche à exprimer, il s'appuie sur les indices verbaux et non verbaux pour proposer des interprétations. Quand il ne la



**Graphique 11 Communication non verbale au TLC, Madame D.**

---

comprend pas, il émet plusieurs hypothèses dont il demande confirmation ou bien il incite Madame D. à dessiner, ou écrire. Madame D. a progressé puisqu'elle réalise deux auto-initiations suivies de deux auto-réparations grâce au recours à l'écriture et à une utilisation adaptée du C.COM pour désigner une personne. Les hétéro-initiations et hétéro-réparations sont nombreuses et, tout comme les résultats quantitatifs, montrent que l'attitude communicationnelle de Monsieur D. est plus adaptée.

Notons que le « oui/non » de la patiente apparaît comme relativement fiable.

#### **4.2.5. Gestion des thèmes**

D'une manière générale, c'est Monsieur D. qui « initie », « décide » et son épouse « se laisse guider ». Lorsque qu'il pose des questions fermées, on note que la patiente « ne répond pas toujours efficacement ». Un membre du jury précise que les thèmes sont bien gérés lors des deux enregistrements. Nos observations sont un peu différentes ; nous remarquons qu'en post-test, Madame D. se montre plus active : elle initie des thèmes, adoptant une place plus affirmée dans l'échange par rapport au pré-test. Monsieur D. progresse également : il intervient à de nombreuses reprises pour soutenir les propos de sa femme et permettre ainsi à l'échange de se poursuivre. Son comportement plus adapté est à mettre en lien avec l'augmentation des scores de « Bris et stratégies de réparation ».

#### **4.2.6. Moyens de communication non verbaux**

L'écriture est « très utilisée » lors du premier enregistrement, surtout par Monsieur D. En revanche, il y a peu de recours à la mimogestualité. En post-test, Madame D. réalise « de nombreux gestes ». D'après nos observations du post-test, la patiente produit certains gestes et a recours à un carnet de rendez-vous. Monsieur D. quant à lui utilise plus le langage non-verbal, notamment les pointages ou les mimes d'utilisation de l'objet.

#### **4.2.7. Utilisation du classeur C.COM**

Le C.COM est « très peu exploité » en pré-test alors qu'il aurait pu permettre de réparer plusieurs bris, notamment via la planche regroupant les jours de la semaine. Nous avons constaté que le recours au classeur lors du pré-test est peu pertinent puisque Monsieur D. incite sa femme à y chercher une image précise qu'il cherche à lui faire dénommer ; c'est une stratégie contre-productive qui ne correspond pas à l'objectif de l'utilisation du C.COM. Lors du deuxième enregistrement, « une seule utilisation spontanée du C.COM » est observée, mais il s'agit d'un « recours efficace » et d'un échange « assez fluide ». Suite à nos visionnages, il apparaît que le recours au classeur lors du post-test permet de réparer l'échange ; en effet, il permet à Madame de s'assurer que son mari a bien compris de quelle personne elle parlait. Ainsi, le C.COM, s'il n'est utilisé qu'une fois, l'est à bon escient, les autres bris ayant été réparés par des stratégies de réparation naturelles.

### **5. Résultats au Test Lillois de Communication**

Nous illustrerons ici les résultats avec le graphique 11 ci-contre.

---

Les premiers items sont relatifs à la compréhension des signes non-verbaux : tous les types de gestes sont compris par la patiente, que ce soit en pré ou post-test. Dans cette catégorie, le score est donc de 5/5.

L'expressivité émotionnelle et affective de la patiente étant préservée, cet item correspond à un score de 3/3 lors des deux phases d'évaluation.

Ensuite, les items correspondant à l'informativité ont évolué positivement puisque le score obtenu en pré-test est de 12/18 contre 16/18 lors de l'évaluation finale. Au niveau pragmatique interactionnel, on observe en pré et post-test le respect des règles conversationnelles et des tours de parole par la patiente, ce qui lui confère un score de 4/4. Au niveau lexical, le recours spontané à la communication non verbale est observé lors des deux phases d'évaluation. Tous les types de gestes sont produits lors du post-test ; seule la production de gestes symboliques n'est pas recensée. Ainsi au niveau lexical, le score est initialement de 8/12 et atteint 10/12 en post-test. Enfin, au niveau idéique, la patiente produit des séquences de signes non verbaux uniquement en post-test ; le score est donc passé de 0/2 à 2/2.

Madame D. a produit des feed-back évoquant des difficultés de compréhension uniquement lors des post-tests. En revanche, le réajustement du discours suite à l'émission de feed-back négatifs par l'interlocuteur n'a pas été observé, que ce soit en pré ou post-test. Cela correspond à une évolution du score : 0/4 en pré-test et 2/4 en post-test.

Le dessin n'est pas utilisé par la patiente en pré et post-test.

Ainsi, le score correspondant à la communication non verbale de Madame D. a augmenté de 6 points entre le pré-test (20/30) et le post-test (26/30).

## **6. Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX)**

Afin de nuancer les résultats obtenus aux différents tests, nous évoquons en annexe IX des éléments importants recueillis au cours des entraînements.

## **7. Tests complémentaires : BDAE et MT86 en post-test**

Comme expliqué dans la partie expérimentale, une fois l'entraînement et les post-tests effectués, nous avons procédé à une seconde passation du BDAE, afin de s'assurer que les résultats obtenus en post-tests n'étaient pas attribuables à une récupération spontanée au niveau du profil aphasiologique. Les résultats obtenus au MT86 et au BDAE à la fin de la période d'entraînement du couple sont similaires voire inférieurs aux scores obtenus avant les entraînements, au moment des tests d'éligibilité.

---

## **II. Présentation des résultats concernant le couple G.**

### **1. Résultats obtenus aux tests d'éligibilité**

#### **1.1. Analyse perceptive**

Le déficit de l'acuité visuelle de Monsieur G. est corrigé par le port de lunettes de vue.

#### **1.2. PEGV et BDVO**

Au PEGV, le score est de 10/10 en moins de 30 secondes pour chaque planche, le traitement sémantique de l'image est ainsi préservé. Le premier critère d'inclusion est donc positif.

Concernant la BDVO, la note de 72/72 permet d'exclure la présence d'un trouble du stock structural ; le second critère d'éligibilité est ainsi positif.

#### **1.3. Echelle de dépression de Bénaïm**

Le score obtenu à l'ADRS est de 8/32 ; Monsieur G. ne traverse donc pas d'épisode dépressif. Le troisième critère d'inclusion est positif.

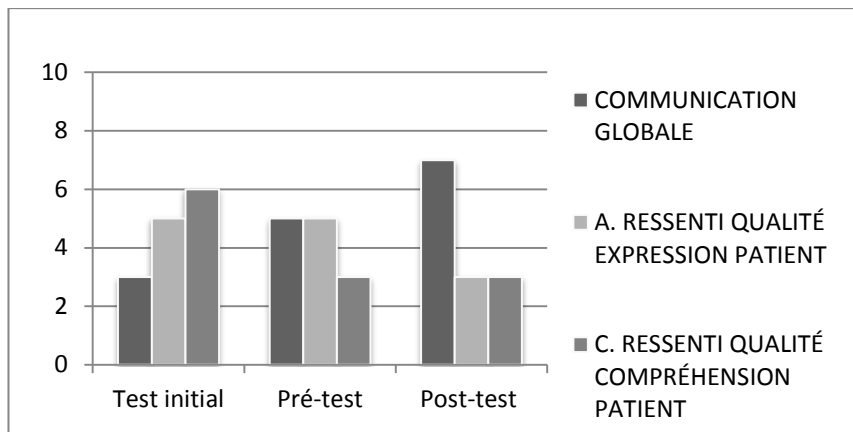
#### **1.4. Examen de l'aphasie (BDAE et MT86)**

A l'échelle de gravité de l'aphasie du BDAE, Monsieur G. obtient le score de 1. Il présente donc une aphasie sévère, ce qui permet de l'inclure dans notre recherche.

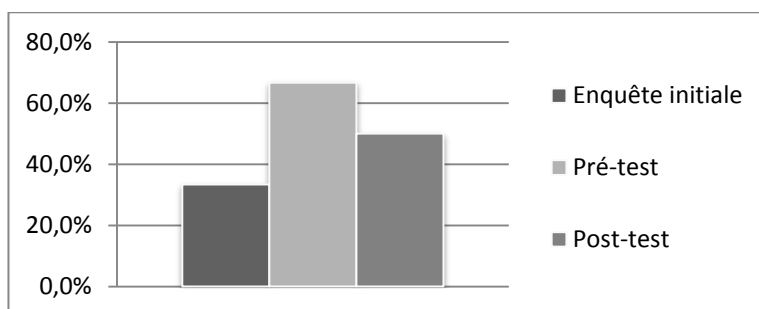
Concernant le profil aphasique, Monsieur G. présente une aphasie globale sévère, avec des troubles marqués sur les versants productif et réceptif, le rendant éligible à notre étude. L'annexe V précise les données recueillies aux épreuves de la BDAE et du MT86, que nous avons fait passer au patient (son dernier bilan datant de plus de 2 ans).

#### **1.5. Evaluation destinée au partenaire**

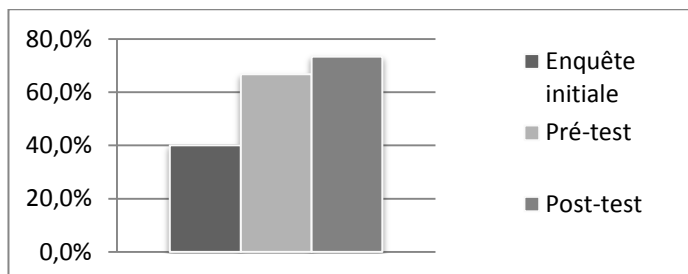
Lors de l'entretien avec Madame G., celle-ci s'est montrée très demandeuse de moyens pouvant améliorer la communication avec son mari. Elle a évoqué le fait qu'échanger sur des sujets tels que les loisirs ou les projets lui manquait beaucoup, et qu'elle était désireuse de trouver des moyens de remédier à cela.



**Graphique 12** Connaissance des troubles aphasiques selon le partenaire



**Graphique 13** Ressenti du partenaire quant aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique



**Graphique 14** Ressenti et stratégies de contournement du partenaire quant aux capacités de compréhension du conjoint aphasique



---

## **2. Résultats à l'Échelle de Communication Pragmatique (annexe VI)**

### **2.1. Communication globale**

#### **2.1.1. Echelles visuelles**

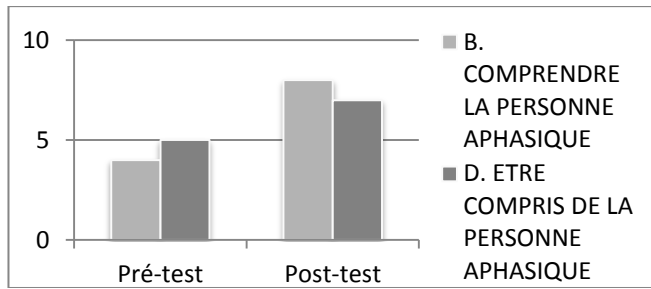
Les résultats obtenus aux échelles visuelles, évaluant respectivement les impressions du partenaire quant à la qualité générale de la communication au sein du couple, l'expression de la personne aphasique et la capacité de compréhension du patient aphasique, sont illustrés par le graphique 12 (ci-contre). Nous observons une amélioration du ressenti du partenaire quant à la qualité globale de la communication avec son conjoint et une diminution du ressenti du partenaire quant aux capacités d'expression et de compréhension de son mari aphasique : ceci montre que Madame G. a une meilleure conscience des difficultés de langage de son mari, ce qui lui permet une meilleure adaptation entraînant ainsi un bénéfice sur leur communication.

Notre propre évaluation des échelles visuelles met en avant des différences avec le ressenti de Madame G. : en effet, alors que Madame G. estime la qualité de l'expression de son mari à 5/10 lors des 2 premières phases d'évaluation puis à 3/10 en post-test, nous l'estimons plutôt à 2/10 pour toutes les passations, Monsieur G. ayant des difficultés très sévères sur le versant expressif. De plus, alors que Madame G. estime la qualité de la compréhension de son mari à 6/10 lors de l'ECP initiale puis à 3/10 en pré et post-tests, nous l'évaluons quant à nous à 3/10 lors de toutes les passations. Cependant, nous mettons en avant un consensus entre notre ressenti et celui de Madame G. concernant l'échelle relative à la communication globale au sein du couple.

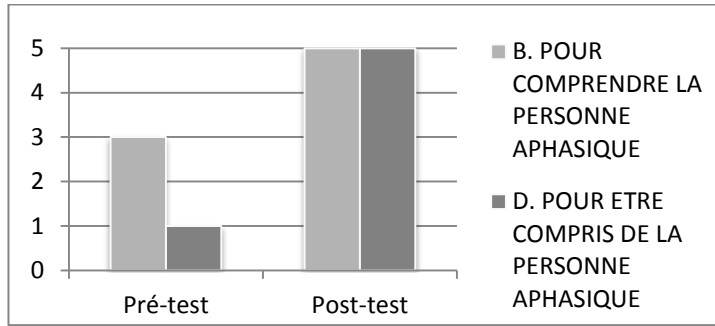
#### **2.1.2. Réponses aux questions**

Le graphique 13 (ci-contre) présente les résultats obtenus après réponse aux questions de la part du partenaire exprimant son ressenti par rapport aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique. Selon le partenaire, les capacités d'expression et les adaptations du patient sont de 33,3% lors de l'ECP initiale. Elles s'améliorent lors du pré-test, avec un score de 66,7% puis diminuent à nouveau en post-test (50%). Si l'on regarde de près les réponses données, lors de l'ECP initiale, Madame G. explique que lorsqu'elle ne comprend pas tout de suite, son mari bloque et ne trouve pas d'autres moyens que le langage pour se faire comprendre. Au contraire, en pré-test, le langage oral est moins sollicité d'emblée. Enfin, en post-test, Madame G. met en avant le fait que son mari utilise tous les moyens de communication à sa disposition pour communiquer, même si le langage tient encore une place importante dans ses tentatives de communication.

Ensuite, le graphique 14 (ci-contre) illustre les résultats obtenus après réponse aux questions de la part du partenaire quant à son ressenti et à ses ajustements par rapport aux capacités de compréhension du conjoint aphasique. Nous pouvons ici observer une amélioration des scores à chaque phase d'évaluation, signifiant que Madame G. a développé de plus en plus de stratégies de communication. En détaillant les réponses données, nous remarquons que Madame G multiplie progressivement les stratégies pour



**Graphique 15** Ressenti du partenaire quant à l'efficacité du C.COM



**Graphique 16** Ressenti du partenaire quant à l'aisance dans l'utilisation du C.COM



**Graphique 17** Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour comprendre la PA



**Graphique 18** Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour être compris par la PA

---

se faire comprendre : en effet, lors de l'ECP initiale, elle évoquait adopter un débit de parole rapide et utiliser « parfois » le regard et le dessin pour se faire comprendre. En pré-test, les expressions du visage s'ajoutent, et Madame G. estime avoir ralenti son débit. Pour finir, en post-test, Madame G. affirme ralentir souvent son débit et utiliser le regard, le dessin, les mimiques mais également les gestes. Une autre progression peut être remarquée : alors que Madame G. se rendait rarement compte lorsque son mari ne comprenait pas un message lors de l'ECP initiale, elle dit s'en rendre souvent compte à partir des pré-tests et en post-test.

## **2.2. Apport du classeur de communication**

### **2.2.1. Echelles visuelles**

Les résultats obtenus aux échelles visuelles évaluant respectivement l'efficacité du C.COM pour comprendre la personne aphasique et l'efficacité du C.COM pour être compris de la personne aphasique sont illustrés par le graphique 15 (à gauche) ; nous notons une amélioration de cette efficacité dans les deux modalités. De plus, les résultats obtenus aux échelles visuelles évaluant l'aisance dans l'utilisation du C.COM pour comprendre le conjoint puis pour être compris de la personne aphasique sont mis en évidence par le graphique 16. Ici encore, l'aisance progresse dans les deux modalités, et encore plus remarquablement dans la seconde.

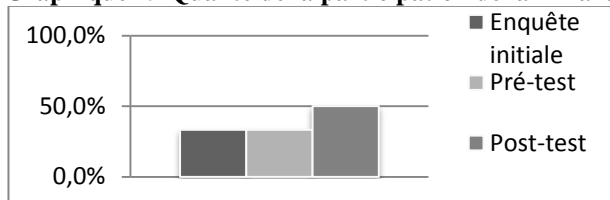
### **2.2.2. Réponses aux questions**

Premièrement, le graphique 17 (ci-contre), présente les résultats relatifs aux réponses de Madame G. quant à son ressenti sur l'apport du classeur de communication pour comprendre son époux. Nous notons ici une amélioration du score. Lors de chaque évaluation, Monsieur G. semble, selon l'avis de sa femme, presque toujours d'accord pour utiliser le classeur, tourne « toujours » seul les pages du classeur, choisit « souvent » des photos adaptées et associe aussi « souvent » les pointages de deux photos. Une progression importante est à relever quant à la capacité de Madame G. à comprendre son mari lorsqu'elle doit l'aider à utiliser le classeur: alors qu'elle estimait ne jamais comprendre son mari en pré-test, elle estime le comprendre « toujours » en post-test. De plus, lorsque Monsieur G. utilise seul le C.COM, Madame G le comprend « souvent » en post-test, contre « parfois » en pré-test, montrant une progression. Enfin, lorsque Monsieur G. ne parvient pas à se faire comprendre malgré le classeur, nous remarquons que ses comportements ont changé : Monsieur G. abandonne moins rapidement et essaie plus souvent d'expliquer son idée d'une autre façon.

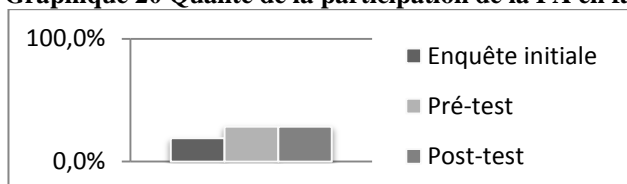
Deuxièmement, le graphique 18 (à gauche) illustre les résultats obtenus concernant le ressenti de Madame G. quant à l'apport du classeur de communication pour être comprise par son mari. Nous remarquons ici encore une amélioration du score. Si nous notons peu d'évolution concernant l'utilisation générale du classeur, il est important de relever que lorsque Madame G. guide son mari pour l'aider à la comprendre, en pré et post-tests Monsieur G. comprend mieux grâce au pointage d'une photographie. Nous notons par ailleurs une évolution concernant la facilité à trouver la bonne photographie à pointer. De plus, en post-test Monsieur G. comprend « souvent » les pointages associés de 2 photos



**Graphique 19** Qualité de la participation de la PA à la maison, selon le partenaire



**Graphique 20** Qualité de la participation de la PA en famille, selon le partenaire



**Graphique 21** Qualité de la participation de la PA à l'extérieur, selon le partenaire

PRE-TEST COUPLE G.	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâches				
1 (R) « Pouvez-vous apporter ce stylo dans votre salle de bain ? »		X	NA*	NA*
2 (R) « Pouvez-vous apporter cette éponge dans votre salon ? »	X		X	
3 (R+I) « Demandez à votre épouse de m'apporter un livre de cuisine »	X		X	
4 (R+I) : « Demandez à votre épouse quel jour de la semaine tombe Noël cette année. »	X		X	
Total	3/4	1/4	3/3	0/3
Total %	75%	25%	100%	0%

**Tableau 5** Résultats au test des 4 tâches du couple G. en pré-test

POST-TEST COUPLE G.	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâches				
1 (R) « Pouvez-vous apporter ce verre dans votre chambre ? »		X	NA*	NA*
2 (R) « Pouvez-vous apporter ces ciseaux dans vos toilettes ? »		X	NA*	NA*
3 (R+I) « Demandez à votre épouse de m'apporter une pince à épiler »	X		X	
4 (R+I) « Demandez à votre épouse quel jour de la semaine tombe Pâques cette année. »	X			X
Total	2/4	2/4	1/2	1/2
Total %	50%	50%	50%	50%

**Tableau 4** Résultats au test des 4 tâches du couple G. en post-test

---

alors qu'il ne les comprenait que « parfois » en pré-test : le C.COM permet donc à Madame de se faire mieux comprendre de lui.

### **2.3. Participation**

Les graphiques 19 à 21 (ci-contre) présentent les résultats obtenus après réponse aux questions de la part du partenaire quant à la participation de la personne aphasique, respectivement à la maison, en famille et à l'extérieur. D'abord, concernant la participation de Monsieur G. à la maison, on relève une augmentation des scores à chaque phase d'évaluation : selon le ressenti de Madame G., Monsieur communique souvent à la maison et nous notons une amélioration des réponses concernant les projets et propositions d'activités.

Ensuite, concernant la participation de Monsieur G. en famille, on relève une stagnation du score entre l'ECP initiale et le pré-test puis une augmentation en post-test. En outre, en post-test, Monsieur G. a davantage envie de communiquer avec les personnes de sa famille. Enfin, concernant la participation de Monsieur G. à l'extérieur, on relève une amélioration à partir du pré-test, qui se maintient en post-test. Madame G. note initialement une perte d'intérêt de son mari concernant les sorties à l'extérieur. De plus, il ne répond « jamais » au téléphone ou à la sonnette d'entrée. En pré et post-tests, Madame note que Monsieur répond « parfois » à la sonnette de la porte d'entrée en sa présence, et qu'il accepte plus « souvent » de sortir pour aller chez des amis, montrant une amélioration de la participation sociale.

## **3. Résultats au test des 4 tâches**

### **3.1. Analyse quantitative**

Les tableaux 4 et 5 (ci-contre) présentent les résultats quantitatifs sont présentés ci-contre : ils montrent une augmentation de la réussite aux tâches en post-test de 25% sans C.COM et de 50% avec C.COM, par rapport au pré-test.

Afin d'être plus précises concernant la réalisation des tâches, nous proposons une analyse quantitative « nuancée » en annexe VII.

### **3.2. Analyse qualitative**

#### **3.2.1. Attitude communicationnelle de Madame G. en pré-test**

En pré-test, l'attitude de Madame G. est variable. Parfois, elle n'intervient pas, se plaçant dans une attitude passive qui ne permet pas la transmission du message, alors qu'à d'autres moments elle se montre encourageante, notamment lorsque son mari ne parvient pas à exprimer qu'il voudrait qu'elle nous apporte un livre de cuisine.

Comportements	Pré-test conjoint(e)		Post-test conjoint(e)		Pré-test PA		Post-test PA	
	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité
Attitudes d'écoute	3,92/5	3,83/5	4,08/5	3,42/5	4,33/5	4,17/5	4,17/5	3,83/5
Ajustements d'ordre prosodique et linguistique	3,16/5	3,11/5	3,16/5	2,28/5	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT	PAS PERTINENT
Tours de parole et aspects temporels	2,22/5	3,88/5	2,24/5	2,83/5	2,18/5	3,77/5	2,25/5	2,75/5
Bris et stratégies de réparation	3,33/5	3,44/5	3,23/5	2,5/5	2/5	2/5	1,75/5	2/5
Gestion des thèmes	3,50/5	3,61/5	3,67/5	2,26/5	2,33/5	2,42/5	2,08/5	1,25/5
Moyens de communication non verbaux	2,61/5	2,95/5	2,22/5	1,82/5	1,75/5	2,25/5	1,96/5	1,71/5
Utilisation du classeur C.COM	2,36/5	1,95/5	1,76/5	1,28/5	1,11/5	1,09/5	1,21/5	1,04/5

**Tableau 6 Résultats quantitatifs obtenus à l'AC pour le couple G.**

---

En outre, Madame G. a intégré le fait qu'elle doit utiliser des stratégies de contournement telles que le dessin ou bien le recours à des questions, afin d'interpréter ce que son mari souhaite lui dire. Lors de la tâche 3 sans C.COM, face aux difficultés de Monsieur elle va d'ailleurs chercher elle-même un calepin, procédant donc à une « hétéro-initiation » de la réparation. Le fait d'utiliser un calepin ou de recourir à des questions fait référence à des stratégies de communication anciennes mises en place par Madame G. pour comprendre son mari, qui ont été renforcées lors des entraînements.

Lorsque Monsieur G. a recours au C.COM au cours de l'exécution de la tâche 4, Madame G. effectue une hétéro-initiation qui s'avère pertinente. En effet, elle l'incite à désigner une photographie, puis commente son pointage « ça c'est Noël » avant de questionner Monsieur G. sur la photographie désignée « ca concerne Noël ? ». Cependant, elle ne va pas au-delà, la trajectoire de réparation est avortée et l'échange ne peut alors pas aboutir.

### **3.2.2. Attitude communicationnelle de Madame G. en post-test**

En post-test sans C.COM, si Monsieur G. ne prend pas l'initiative d'utiliser le classeur, Madame G. a tendance à adopter une attitude expectative envers son mari, bien que les troubles dont il souffre compromettent toute tentative de production orale. Elle tente tout de même de produire des hétéro-réparations en posant des questions fermées, allant du général au particulier, mais cela n'aboutit pas. Par ailleurs, lorsque son mari produit des gestes ou des mimes, Madame G. essaye d'interpréter ses productions, même si elle se trouve souvent dans l'incapacité de s'appuyer sur une information pour aller au-delà. Par exemple, lorsque Monsieur G. mime l'utilisation de la pince à épiler, Madame G. ne produit qu'une seule hypothèse sur l'action à effectuer avec cet objet et de ce fait ne parvient pas à identifier ce qu'il faut faire.

En post-test avec C.COM, lorsque Monsieur G. désigne une ou plusieurs photographies, Madame G. réalise spontanément des commentaires. En dénommant les images, elle offre à son mari les mots qu'il désire exprimer et donne ainsi du sens à ses pointages. Même si elle ne parvient pas toujours à saisir l'intégralité de l'information, elle s'appuie sur les réactions de Monsieur G. en réponse aux hypothèses qu'elle formule. Cette attitude facilitatrice est mise en évidence au cours de la tâche 3 « pour t'épiler les sourcils ? », « si moi je m'épile les sourcils », « quand est-ce que je m'épile les sourcils ? », où elle est capable d'énoncer plusieurs possibilités, procédant de cette façon à une hétéro-initiation de la réparation. Ainsi, nous notons que le comportement de Madame G. a évolué grâce à l'introduction du C.COM.

## **4. Résultats à l'analyse conversationnelle**

### **4.1. Analyse quantitative**

Nous nous référerons ici au tableau 6 (ci-contre) ainsi qu'à l'annexe VIII. Concernant le couple G, on ne note aucune amélioration significative aux items de l'analyse conversationnelle entre le pré et le post-test. Les données recueillies étant difficiles à exploiter nous privilégions donc l'analyse qualitative.

---

## **4.2. Analyse qualitative**

Notons que nous avons observé des résultats témoignant d'une bonne fidélité inter-juges. D'une manière générale, les deux enregistrements vidéo du couple G apparaissent très différents. En effet, en pré-test, le jury considère qu'il s'agit d'une « réelle interaction », alors qu'en post-test un membre du jury qualifie la situation comme étant « très artificielle », chacun des participants se montrant « assez perturbé par la présence de la caméra ». De plus, les remarques qualitatives sont parfois peu nombreuses ; nous ajouterons donc à l'analyse qualitative des grilles cotées par le jury, des remarques issues de nos propres visionnages, afin d'apporter quelques précisions.

### **4.2.1. Attitudes d'écoute**

Selon le jury, en pré-test, les attitudes d'écoute de Madame G. sont meilleures qu'en post-test. Cependant, d'après nos observations, on remarque lors du post-test que Madame G. est plus attentive à son mari : elle le regarde très souvent. En ce qui concerne Monsieur G., il porte davantage son regard sur les gestes que produit son épouse en post-test.

### **4.2.2. Ajustements d'ordre prosodique et linguistique**

Selon les membres du jury, Madame G. adopte un comportement plus adapté en pré-test, avec une « parole lente », une « voix plus douce ». Toutefois, nous remarquons que certaines fins de phrases sont caractérisées par une intensité plus faible. Lors du post-test, pour certains, la parole de Madame G est « peu modelée », alors que pour d'autres, elle est adaptée. Nos observations montrent que si Madame G. adopte une voix monotone, on ne retrouve cependant pas de diminution de l'intensité en fin de phrase : ce comportement formel a donc disparu.

### **4.2.3. Tours de parole et aspects temporels**

Selon les membres du jury, le « rythme est plus calme » en pré-test. De plus, en post-test, le jury relève que le respect des tours de parole est compromis puisque Madame « monopolise la conversation ». D'après le tableau de l'annexe VIII, les chevauchements, faisant partie d'un comportement nuisible, sont nombreux. Cependant, suite à nos visionnages, nous mettons en avant le fait qu'en post-test Madame G. laisse davantage le temps à Monsieur G. de répondre à ses questions ; les chevauchements et les interruptions apparaissent moins nombreux tandis que les pauses s'allongent, montrant une amélioration du comportement de Madame G.

### **4.2.4. Bris et stratégies de réparation**

Le jury note en pré-test que Madame G « adapte ses désignations à la compréhension du mari ». Effectivement, lors de nos visionnages, nous avons pu observer que sur 5 bris, 3 stratégies correspondant à des hétéro-réparations ont été mises en œuvre de façon à réparer l'échange. Les stratégies utilisées étaient les suivantes : le pointage, la production



---

de geste et la répétition du message. Les échecs ont été causés par l'attitude directive de Madame G., qui demande par exemple à son mari de répéter.

En post-test, un membre du jury remarque que Madame G. tente de réparer les propos de son mari mais que cela n'aboutit pas. Lors de nos propres observations, nous avons relevé lors des post-tests 4 bris de communication, que Madame G. a tenté de réparer. 2 bris de communication ont été suivis d'une stratégie de réparation par Madame G., qui a remarqué les mimiques d'incompréhension de son mari, lui permettant soit de reformuler ses propos, soit de produire un mime ou geste, tout en s'assurant que Monsieur G. la regardait. Ces hétéro-réparations ont permis de réparer efficacement l'échange. Une autre difficulté a été réparée par la production, de questions fermées successives. Enfin, Madame G. a initié la réparation de la dernière difficulté en ouvrant le C.COM et en incitant son mari, à deux reprises, à l'utiliser, effectuant donc une hétéro-initiation. Elle a ensuite posé des questions ouvertes et, devant le manque de réponses de Monsieur G., a abandonné la réparation. Ajoutons que si Madame G. ne répare pas tous les bris, elle contribue par ailleurs efficacement à la continuité de l'échange à deux reprises : elle émet une interprétation dont elle demande la validation et produit les mots que son mari tente effectivement d'exprimer.

#### **4.2.5. Gestion des thèmes**

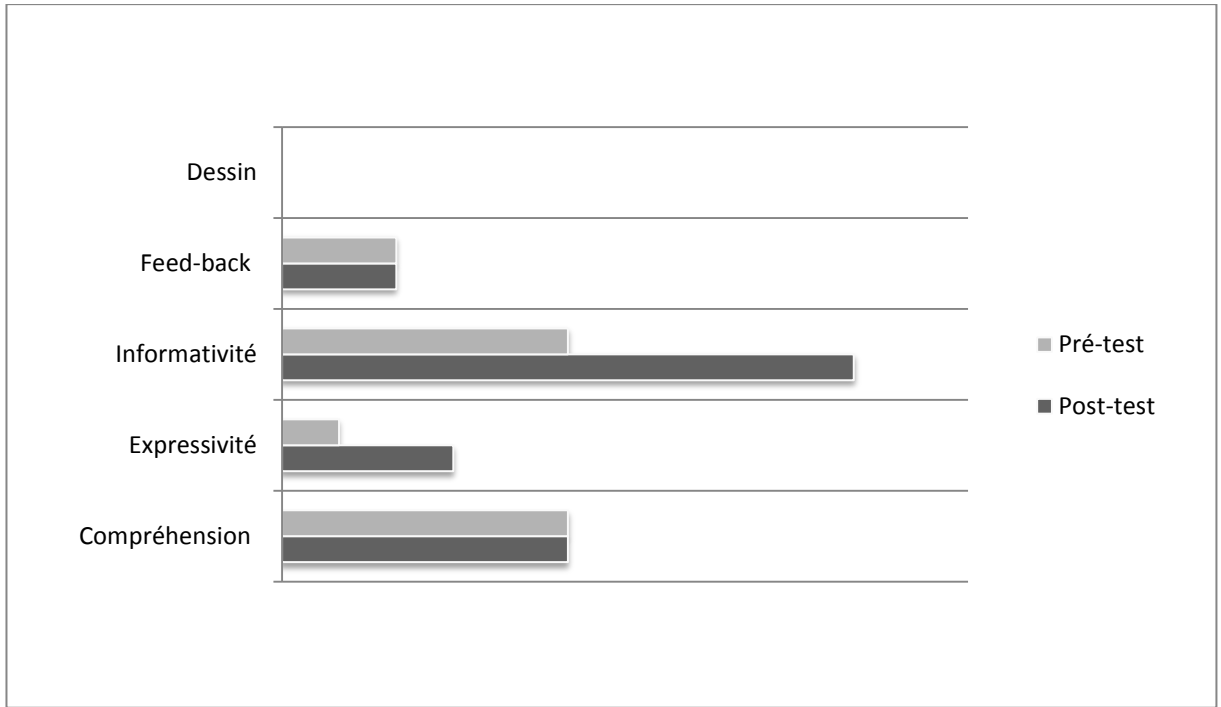
Lors du pré-test, Madame G « initie les thèmes » et son époux « répond ». En post-test, Monsieur G « ne peut pas gérer les thèmes » ; c'est « toujours » sa conjointe qui le fait. Cependant, lors de nos visionnages, nous avons remarqué qu'en post-test, voyant que son mari souhaite évoquer une idée, Madame G. lui laisse la parole et lui suggère même de s'appuyer sur le C.COM afin de pouvoir transmettre son message, alors qu'en pré-test Madame G. n'a pas suivi les interventions de son mari lorsqu'il cherchait à exprimer une idée.

#### **4.2.6. Moyens de communication non verbaux**

On relève, en pré-test, l'utilisation d'un agenda et d'un calendrier lors de l'échange. En post-test, « très peu de moyens de communication non verbaux » sont employés par Madame G. Concernant la personne aphasique, certains membres du jury notent que Monsieur G. est très expressif en post-test. Par rapport à nos visionnages, nous dirions que les moyens de communication non-verbaux sont davantage utilisés en post-test : Monsieur G. est très expressif lors du 2ème enregistrement, produisant de nombreuses mimiques et quelques gestes symboliques (comme un geste pour « tant pis »). Madame G., quant à elle, utilise l'écrit, les mimes et les gestes, en s'assurant toujours que son mari la regarde, chose qu'elle ne vérifiait pas auparavant : ceci montre une amélioration dans ce comportement.

#### **4.2.7. Utilisation du classeur C.COM**

L'utilisation du C.COM est considérée pour le premier enregistrement comme « détournée » puisque Madame G. s'en sert à titre « d'exercice plutôt que d'aide à la communication ». En définitive, il est « très peu utilisé » et « ne comble pas de besoins



**Graphique 22 Communication non-verbale au TLC, Monsieur G.**

---

éventuels dans cet échange ». En post-test, les constatations sont variables: alors qu'un membre du jury note que Madame G « fait défiler les planches sans laisser de temps à son mari », un autre membre note que Madame G « essaye d'utiliser le C.COM et pointe les images ». Effectivement, nous avons observé que Madame G. tournait les pages sans que Monsieur G. ait le temps d'observer puis de pointer des images. Toutefois la démarche de Madame G. était pertinente au départ, incitant Monsieur G. à utiliser le classeur et l'interrogeant sur la catégorie sélectionnée : « ça concerne les loisirs ? ».

## **5. Résultats au Test Lillois de Communication**

Nous illustrerons ici les résultats avec le tableau ci-contre.

Monsieur G. obtient un score de 5/5 en pré et en post-tests concernant la compréhension des signes non-verbaux, à savoir les déictiques, gestes ou regard, les gestes symboliques, les mimes d'utilisation d'objets, les mimes de la forme de l'objet et enfin les signes exprimant un état physique ou émotionnel.

En pré-test, Monsieur G. obtient 1 point à l'item « expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales... » contre 3 points en post-test. En pré-test, Monsieur G. produisait des signaux non-verbaux peu porteurs d'affects ; lors des post-tests, Monsieur G. a été capable de produire des gestes et expressions faciales exprimant clairement une émotion ou un état affectif.

L'informativité a évolué positivement puisque le score obtenu en pré-test est de 5/18 contre 10/18 lors de l'évaluation finale. Au niveau pragmatique et interactionnel, en pré et post-tests, Monsieur G. obtient un score de 4/4 concernant le respect des règles conversationnelles. La prosodie, le regard et les mimiques sont adaptés. Au niveau lexical, en pré-test, Monsieur G. n'utilisait pas le canal non-verbal et n'utilisait aucun geste mis à part les déictiques, sachant que ceux-ci n'étaient pas toujours adaptés. Il obtenait une note de 1/10 contre un score de 4/10 en post-test, où il utilise davantage le langage non-verbal, à savoir les déictiques et les mimes d'état. Enfin, au niveau idéique, en pré et post-tests, Monsieur G. obtient un score de 0/2 concernant la production de séquences de signes non verbaux.

Monsieur G. est capable de produire des feed-back non verbaux témoignant de difficultés de compréhension : il obtient donc un score de 2/2 lors des deux passations. Cependant, lorsque c'est l'interlocuteur qui émet un feed-back négatif, Monsieur G. n'est pas capable de réajuster son discours, que ce soit en pré ou post-test, donnant donc une note de 0.

En pré et post-tests, Monsieur G. n'utilise pas le dessin.

Ainsi, le score total concernant la communication non-verbale de Monsieur G en pré-test était de 13/30 contre 20/30 en post-test, marquant une évolution très significative.

## **6. Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX)**

Afin de nuancer les résultats obtenus aux différents tests, nous évoquons en annexe IX des éléments importants recueillis au cours des entraînements.

---

## **7. Test complémentaire : BDAE en post-test**

Une fois l'entraînement et les post-tests effectués, nous avons procédé à une seconde passation du BDAE. En effet, lors de la première passation du BDAE, Monsieur G. avait eu tendance à être introverti. Nous voulions donc nous assurer que le premier profil aphasiologique réalisé n'avait pas été biaisé par l'attitude de Monsieur G., et que nous n'avions donc pas sous-estimé ses capacités.

La seconde passation du BDAE montre que le profil de Monsieur G. n'a pas évolué : tous les scores sont sensiblement identiques (cf. profil et Z-score en annexe).

---

# **Chapitre V**

## **DISCUSSION DES RESULTATS**

---

## I. Validation des hypothèses

### 1. Couple D.

#### 1.1. Le C.COM, un outil pour la prise de conscience, la connaissance et le contournement des troubles phasiques (hypothèse spécifique 1)

Nous remarquons globalement que les résultats varient de façon très aléatoire entre les différentes ECP. De plus certaines cotations des échelles visuelles apparaissent excessivement enthousiastes ; nous retiendrons ici seulement les résultats interprétables.

Tout d'abord, en post-test, l'échelle visuelle du ressenti du partenaire quant à l'expression de la patiente diminue et se rapproche de notre propre ressenti, témoignant d'un certain ajustement de sa perception à la réalité des troubles phasiques.

L'échelle visuelle relative au ressenti de Monsieur D. quant à la qualité de la compréhension de sa femme fait apparaître qu'il dit percevoir la compréhension comme étant « parfaite », lors de toutes les évaluations, ce qui n'est pas en lien avec notre cotation. Cela montre un décalage entre son ressenti et la réalité. Cependant, certaines réponses de Monsieur D. au questionnaire évaluant son ressenti et ses ajustements par rapport aux capacités de compréhension du conjoint aphasique témoignent d'un début de prise de conscience des troubles phasiques. Effectivement, en post-test, Monsieur D. dit se rendre moins souvent compte lorsque son épouse ne l'a pas compris et se faire comprendre difficilement sans le classeur. De plus, la diminution observée en post-test concernant le ressenti de Monsieur D. quant à l'apport classeur pour être compris par sa femme ne corrobore pas les résultats obtenus à l'échelle visuelle traduisant son ressenti quant à l'efficacité du C.COM. Cela montre que l'échelle visuelle n'est pas le reflet de sa perception réelle. En définitive, grâce à la sensibilisation dont Monsieur D. a bénéficié pendant les entraînements, il a pu se rendre compte que tout n'est pas compris par son épouse et donc que l'utilisation du classeur n'est pas si aisée qu'il le chiffre. Cela rejoint les prises de conscience ponctuelles observées au cours des sessions d'entraînement. En effet, des remarques sur les difficultés de la patiente sur le versant réceptif ont émergé lors de certaines sessions.

Cette contradiction entre les résultats évoque un certain déni de Monsieur D. qui n'est pas encore prêt à accepter que son épouse ne communiquera plus comme avant. Une perception nette des difficultés du conjoint nécessite du temps, d'autant plus lorsque les troubles expressifs sont accompagnés de troubles réceptifs et que la personne aphasique produit des codes d'incompréhension différents de ceux attendus par son interlocuteur. Or, l'AVC de Madame D. et l'aphasie sévère sont relativement récents, impliquant un travail avec le partenaire. Qui plus est, il peut être difficile d'identifier les troubles sur le versant réception puisque, comme le soulignent Mazaux et al. (2007), en s'aidant du contexte, comprendre globalement une information est possible pour de nombreux patients aphasiques présentant des troubles de compréhension. De plus, si l'on met en parallèle, les réponses relatives au ressenti de la qualité de l'expression de la patiente et celles relatives au ressenti de la communication globale du partenaire lui-même, on note

---

que d'après Monsieur D., le verbal est toujours utilisé en priorité, aussi bien par Madame D. que par lui-même, rejoignant l'idée d'un deuil du langage non réalisé.

En ce qui concerne les stratégies permettant d'améliorer la communication, Monsieur D. utilise régulièrement les gestes. Les autres moyens de communication sont utilisés plus ou moins ponctuellement selon les dires du partenaire. Monsieur D. semble être encore en difficulté avec un des objectifs du programme d'intervention proposé, à savoir « identifier les incapacités qu'entraînent les troubles » (Gonzalez et al., 2005).

Quant à la restriction de participation, l'amélioration de la qualité de la participation de Madame D. à l'extérieur et à la maison perçue par son conjoint tend à montrer que notre intervention a permis à la patiente de s'appuyer sur des stratégies communicationnelles efficaces. La diminution en post-test concernant le ressenti de Monsieur D. par rapport cette fois à la participation en famille de Madame D. montre un réajustement de sa part.

En conclusion, selon les résultats obtenus à l'ECP, se basant sur le ressenti du partenaire, notre intervention a fait émerger des éléments quant à la conscience des troubles phasiques par Monsieur D. Mais on ne peut parler d'une prise de conscience nette. L'hypothèse 1 ne peut être validée pour le couple D. en raison des résultats inexploitable. Toutefois, nous verrons que les données recueillies au test des 4 tâches, à l'AC ainsi que les observations recensées lors des entraînements démontrent un meilleur ajustement de Monsieur D. à la réalité.

## **1.2. Le C.COM, un classeur facilitant la réception et la transmission d'informations (hypothèses spécifiques 2 et 3)**

Sur l'ensemble des tâches échouées sans C.COM, 50 % sont réussies avec C.COM en pré-test contre 66,6 % en post-test ce qui montre une meilleure efficacité du C.COM lors de la transmission d'informations par l'intermédiaire du C.COM. De plus, si l'on nuance les résultats, aucun échec n'est recensé lors des deux évaluations.

Le gain est observable seulement pour les tâches (R+I) puisque, avec C.COM, elles sont réussies à 100% en post-test contre 50% en pré-test. En ce qui concerne les tâches (R), elles sont mieux réussies en pré-test qu'en post-test, ne nécessitant pas le recours au C.COM. Ainsi, nous pouvons conclure que l'entraînement à l'utilisation du classeur C.COM a permis d'améliorer la transmission d'informations.

Concernant l'attitude communicationnelle de Monsieur D, les données qualitatives que nous avons recueillies montrent qu'il n'adopte pas un comportement facilitant lors des échanges. Cela évoque qu'il n'a pas encore intégré le fait qu'il doit être « acteur ». Cependant, il formule plus d'hypothèses en post-test, signifiant qu'il a pris conscience qu'il pouvait aider Madame D. en lui offrant les mots qu'elle cherche à exprimer. Cela rejoint la thèse de Feyreisen (1991) qui explique que dans une conversation, le partenaire « normal » assiste le sujet aphasique en complétant les mots manquants, en demandant confirmation ou en posant des questions fermées.

Madame D., quant à elle, dévoile une bonne appropriation de l'outil et œuvre pour initier des choses malgré les troubles liés à l'aphasie sévère.

---

Pour le couple D., l'hypothèse spécifique 2 est donc validée : les résultats obtenus au test des 4 tâches étant meilleurs avec C.COM, ceci prouve que l'utilisation du classeur facilite la réception ainsi que la transmission d'informations. L'hypothèse 3 est partiellement validée : même si la prise en charge de l'échange par Monsieur D. n'est pas attestée, l'entraînement a fait évoluer son attitude communicationnelle.

### **1.3. La communication quotidienne (hypothèse spécifique 4)**

Les résultats obtenus à l'analyse conversationnelle sont très riches et mettent en évidence l'effet de notre intervention auprès du couple D. par leur collaboration dans l'échange, rejoignant un propos de Brassac (2000), à savoir que « les agents ne 'communiquent' pas mais 'communi-agissent' ».

Le changement est majeur pour Madame D. : de nombreux thèmes sont à son initiative en post-test, ce qui lui confère une place importante au cours de l'interaction. Cela diffère du constat établi par Labourel et Martin (1991) à savoir que la personne aphasique a tendance à se mettre en retrait lors des conversations du fait de ses difficultés langagières. Par ailleurs, suite à l'entraînement dont elle a bénéficié, elle a su s'approprier des moyens de communications non-verbaux tels que les gestes, le passage par l'écrit et le recours efficace au C.COM, permettant des auto-initiations ainsi que des auto-réparations.

Le comportement de Monsieur D. a lui aussi évolué positivement. Monsieur D. réalise moins d'interruptions, il laisse dorénavant le temps nécessaire à sa femme pour s'exprimer et s'assure qu'elle le regarde lorsqu'il pointe quelque chose. Cette attitude s'est développée au fil des entraînements.

Tout au long de l'enregistrement du post-test, Monsieur D. produit des hétéro-initiations ainsi que des hétéro-réparations par l'intermédiaire de complétions de phrases avortées par Madame D., de répétitions, ou par l'émission d'hypothèses.

Qui plus est, lorsque Madame D. est en difficulté et qu'il déduit le sens de ses productions verbales et non verbales il propose une reformulation. Cela renvoie à la définition de Goodwin (1995) pour qui « réparer » la communication consiste à reconstruire ensemble le sens de ce qui est dit. Les déductions effectuées par Monsieur D sont possibles par la prise en compte de tous les éléments du contexte, mais également par le vécu partagé avec son épouse, sans oublier la complicité qui existe au sein de leur couple.

Les comportements communicationnels contre-productifs de Monsieur D. apparus en pré-test sont absents en post-test, le partenaire non aphasique a donc su évoluer pour abandonner les stratégies inefficaces au profit de conduites adaptées au contexte d'aphasie sévère. La réduction de ces comportements est l'un des objectifs rééducationnels décrits par De Partz (2014) qui explique qu'ils sont à l'origine chez le patient d'« émotions négatives telles que des réactions de découragement et de la frustration ».

Contrairement au pré-test, le recours au C.COM en post-test conduit à la réparation d'un blocage ; son utilisation est adaptée et efficace. L'AC montre donc que notre intervention a permis une amélioration de la communication du couple notamment par l'utilisation adéquate du C.COM. En effet, l'objectif du C.COM est d'aider à la réparation d'un bris,



---

lorsque le couple y est confronté et qu'il ne peut poursuivre l'échange à l'aide de stratégies naturelles.

L'hypothèse spécifique 4 est donc validée pour le couple D., démontrant que le protocole d'entraînement a permis de rendre la communication au sein du couple plus efficace, et ce dans un contexte écologique.

#### **1.4. Le développement des canaux de communication (hypothèse spécifique 5)**

Notre dernière hypothèse spécifique était la suivante : « l'entraînement du patient et du partenaire permettra de développer les canaux de communication non-verbale, et plus particulièrement les gestes. Ceci sera montré par une amélioration du score au TLC en post-test. »

D'après les résultats obtenus au TLC, la communication non verbale de Madame D. s'est améliorée d'un point de vue général. C'est sur le versant expressif que les progrès apparaissent. En effet, la patiente est plus informative dans le sens où la nature des gestes utilisés est plus variée mais aussi parce que la production de séquences de signes non verbaux est observée en post-test contrairement au pré-test : les gestes prennent ici les mêmes fonctions pragmatiques et sémantiques que la parole (Feyreisen, 1987). Cela peut être mis en lien avec l'entraînement dont Madame D. a bénéficié puisque la production de gestes a été sollicitée notamment lors des situations de PACE. En effet, notre intervention englobe aussi bien le développement de stratégies communicatives naturelles permettant de renforcer le versant non-verbal qu'un entraînement à l'utilisation du C.COM. Par ailleurs, Madame D. a spontanément recours à la communication non verbale dès le pré-test. Ce résultat est en adéquation avec les observations réalisées au cours des tests d'éligibilité témoignant d'une mise en place précoce de stratégies pour contourner les troubles présents sur le plan verbal. L'entraînement a permis de renforcer ces stratégies.

Le test témoigne également d'une meilleure production de feedback évoquant les difficultés de compréhension de Madame D., cependant ce n'est pas un comportement que l'on peut considérer comme étant acquis puisque tout au long des entraînements, la patiente a régulièrement fait illusion, ne manifestant pas ses incertitudes quant à l'interprétation du message de son interlocuteur.

Dans la situation inverse, c'est-à-dire lorsque les troubles phasiques compromettent la compréhension du message par l'interlocuteur, le test nous montre que Madame D. ne réajuste pas son discours au vu des feedback de ce dernier. Etant donné que nous sommes dans un contexte d'aphasie sévère, il apparaît inapproprié d'attribuer à la patiente des capacités d'ajustement, c'est-à-dire d'auto-contrôle. Ce résultat était donc attendu.

D'après les scores relatifs au versant réceptif, Madame D., a une bonne compréhension des signes non verbaux et ceci avant même de commencer l'entraînement. Les gestes employés par son conjoint sont effectivement une aide efficace à la transmission des messages.

---

En conclusion, la dernière hypothèse spécifique est validée pour le couple D., montrant que l'entraînement du patient et du partenaire a permis de développer les canaux de communication non-verbale, et plus particulièrement les gestes.

## **1.5. Conclusions pour le couple D.**

Nous venons de voir que sur 5 hypothèses spécifiques, 3 ont été validées et 1 l'a été partiellement. Ainsi, notre hypothèse générale a été vérifiée : l'installation du classeur C.COM à domicile, auprès de Madame D., ayant une aphasie fluente sévère, a amélioré la communication avec son conjoint.

## **2. Couple G.**

### **2.1. Le C.COM, un outil pour la prise de conscience, la connaissance et le contournement des troubles phasiques (hypothèse spécifique 1)**

Dans un premier temps, l'échelle visuelle relative à la communication globale au sein du couple G. montre une amélioration entre les différentes phases de test, témoignant d'une communication meilleure après notre intervention, selon le ressenti de Madame G. De plus, les résultats concernant les moyens à la disposition du partenaire pour communiquer augmentent. Ces résultats évoquent le fait que Madame G. se sent dorénavant capable de proposer « un large éventail de choses pouvant évoquer différentes actions » (Goodwin, 1995), afin de comprendre son mari. Elle a été capable, suite à notre accompagnement, de modifier des habitudes de communication et de réparation installées depuis des années.

En revanche, les résultats concernant les capacités d'expression et de compréhension de Monsieur G. ont diminué en post-test selon Madame ; le langage oral demeure une des premières tentatives de Monsieur pour se faire comprendre, évoquant l'impossibilité de faire le deuil total du langage, puisque « c'est grâce au langage que l'individu se fait connaître et prend sa place dans la société » (Michallet et al., 1999). Notons que lors des entraînements, malgré l'ancienneté de l'aphasie, Madame G semblait parfois découvrir certaines des difficultés phasiques de son mari ; lorsque Monsieur communiquait avec nous, Madame G pouvait renvoyer des feedback témoignant de son étonnement quant aux difficultés de compréhension de son mari. La remédiation a donc permis à Madame G de prendre meilleure conscience des troubles de son mari.

Ensuite, les résultats relatifs à l'apport du classeur de communication ont augmenté en post-test pour Monsieur G ainsi que pour sa conjointe, d'après le sentiment de cette dernière. Il semble que les deux partenaires se soient vite approprié le classeur et que les séances d'entraînement leur aient permis de progresser dans l'utilisation et la manipulation de cet outil. En outre, dès les premiers entraînements, Madame G. était capable de se saisir du classeur afin de pallier certaines difficultés concernant la transmission d'une information par son mari. Monsieur G., de son côté, semble selon sa femme avoir tiré grand bénéfice de cet outil : nous avons d'ailleurs pu remarquer que nous comprenions nous-mêmes mieux Monsieur G. lorsque celui-ci s'adressait à nous avec le classeur pour support. Ainsi, l'installation du classeur C.COM auprès de

---

Monsieur G. a eu pour effet positif de « pallier la déficience consécutive aux troubles sévères de la communication » (Charton-Gonzalez et al., 2004).

La dynamique de la remédiation et le fait que Monsieur G. dispose d'un moyen supplémentaire pour communiquer expliquent sans doute les légères améliorations, obtenues en 2 mois de travail auprès des couples, concernant la participation de Monsieur à la maison, en famille et à l'extérieur.

En conclusion, selon les résultats obtenus à l'ECP, se basant sur le ressenti du partenaire, Madame G. semblerait être, et ce d'autant plus en post-test, ce que Kagan (1999) appellerait un « bon partenaire » de communication. De plus, l'évolution des scores montre une amélioration des stratégies naturelles de réparation de la communication et de l'utilisation du C.COM. L'hypothèse 1 est donc validée pour ce couple.

## **2.2. Le C.COM, un classeur facilitant la réception et la transmission d'informations (hypothèses spécifiques 2 et 3)**

Sur l'ensemble des tâches échouées « sans C.COM », 0% sont réussies « avec C.COM » en pré-test contre 50% en post-test, traduisant une meilleure efficacité du classeur lors de la transmission d'informations par l'intermédiaire du C.COM. Si l'on nuance les résultats, alors aucun échec n'est recensé lors des deux évaluations avec l'utilisation du classeur de communication

La réussite des 2 tâches (R) en post-test montre que Monsieur G. n'a pas eu besoin du classeur pour recevoir une information. Quant aux tâches (R+I), on observe 0% de réussite avec C.COM en pré-test, contre 50% en post-test témoignant d'un gain classeur pour la transmission des informations.

Notons que les consignes donnant lieu à une réussite sans classeur sont rarement celles données uniquement verbalement ; les gestes, les mimes et surtout les déictiques sont nécessaires à la bonne réception du message. En effet, nous avons pu remarquer que Monsieur G. s'appuyait beaucoup sur le non-verbal pour comprendre une information. Ajoutons que lors des post-tests, Monsieur G. émet beaucoup plus de feedback négatifs lorsqu'il n'a pas saisi la consigne ; de ce fait, l'examineur adapte son discours afin de transmettre la totalité du message, en ajoutant par exemple des déictiques ou en remplaçant un mot par un autre (comme en tâche 3 où le mot « toilettes » est remplacé par le mot « WC »).

Concernant l'attitude communicationnelle de Madame G., plusieurs éléments sont à mentionner. En post-test, elle essaye à plusieurs reprises de trouver une partie de la cible (Lindsay & Wilkinson, 1999), faisant preuve d'un recours à de bonnes stratégies. Cependant, elle présente des difficultés à mener à terme ces stratégies. De plus, le pointage de plusieurs photographies par son mari est parfois difficile à interpréter par Madame G., du fait que Monsieur G. ne pointe pas toujours les photographies dans le but de simplifier et de fractionner son message. Lors des entraînements, cette difficulté avait déjà été mise en relief.

---

En définitive, l'entraînement a donc permis d'augmenter le gain classeur en post-test, mettant en évidence une meilleure appropriation du C.COM ainsi qu'une utilisation plus adéquate.

Pour le couple G., l'hypothèse spécifique 2 est validée : les résultats obtenus au test des 4 tâches étant meilleurs avec C.COM, ceci prouve que l'utilisation du classeur facilite la réception ainsi que la transmission d'informations. L'hypothèse 3 quant à elle est partiellement validée : même si Madame G. ne pilote pas systématiquement l'échange, l'entraînement a fait évoluer son attitude communicationnelle.

### **2.3. La communication quotidienne (hypothèse spécifique 4)**

Pour le couple G., la discussion de l'analyse conversationnelle est difficile car les vidéos reflètent peu les progrès réalisés par la dyade suite à la remédiation. En effet, comme le dit De Partz (2014), des variations interfèrent facilement dans l'AC, liées notamment au contexte situationnel, aux partenaires et aux thèmes de conversation. Malgré tout, avec l'analyse qualitative et nos propres observations (suite à de nombreux visionnages), certains éléments ont pu être mis en évidence.

Nous notons dans un premier temps que les comportements de Madame G. observés en pré-test, à savoir les demandes de répétition, les demandes de passage à l'écrit ou encore les flexions importantes de voix, ont disparu en post-test. De plus, en post-test, le regard de Madame G. est davantage présent au sein de l'interaction, et celle-ci laisse le temps à son mari de répondre à ses questions, contrairement à ce qui s'était passé lors du pré-test ou à ce que nous avons pu observer lors des premières mises en situations. Autrement dit, les comportements négatifs ne sont plus présents lors du second enregistrement, laissant place à des comportements efficaces. Tout au long de l'enregistrement, Madame G. essaye de produire des hétéro-initiations ainsi que des hétéro-réparations, même si les trajectoires n'aboutissent pas toujours. Les stratégies de Madame G. pour réparer la communication se sont donc améliorées grâce aux entraînements.

Donnons un exemple précis : lors d'une mise en situation, Madame G. devait demander à son mari s'il préférerait offrir une panoplie de petites voitures ou un jeu éducatif à un de ses petits-enfants ; celui-ci n'avait pas pu faire entendre son avis car Madame ne lui avait pas laissé le temps de se faire comprendre. Quelques semaines plus tard, une situation similaire avait donné lieu à un réel positionnement de Monsieur G., ce dernier ayant disposé du temps et du soutien nécessaires de la part de sa femme pour donner son opinion.

Dans tout cela, qu'en est-il du C.COM ? En pré-test, l'outil n'a pas été utilisé pour réparer l'échange. En post-test, Madame G. prend l'initiative de se saisir du classeur afin de le proposer à son conjoint qui semble vouloir lui dire quelque chose. Madame G. s'adresse d'ailleurs à son mari en lui disant « tu veux me dire quelque chose avec le cahier tu peux peut-être me le montrer ». Si cette tentative n'a pas abouti, elle met cependant en exergue le fait qu'après remédiation, le C.COM est bien envisagé comme un outil susceptible d'aider la personne aphasique à se faire comprendre. Ainsi, une nouvelle stratégie de communication a été investie par le couple, ce que nous cherchions à objectiver.

---

En outre, la remédiation portait à la fois sur l'apport et l'utilisation d'un outil mais aussi sur la conscience et la connaissance des troubles aphasiques, permettant ainsi la mise en place d'ajustements plus efficaces entre les deux partenaires.

L'hypothèse spécifique 4 est donc validée pour le couple G., démontrant que le protocole d'entraînement a permis de rendre la communication au sein du couple plus efficace, et ce dans un contexte écologique.

#### **2.4. Le développement des canaux de communication (hypothèse spécifique 5)**

La communication non-verbale de Monsieur G. a évolué positivement puisque le score a augmenté de 7 points entre le pré-test et le post-test.

Les changements sont observés sur le versant expression. C'est tout d'abord sur le versant de l'expressivité émotionnelle et affective que le patient a progressé. Lors de l'évaluation finale, il a su manifester clairement son état affectif par des signaux non-verbaux. Après avoir bénéficié de l'entraînement, l'utilisation spontanée de gestes et mimiques est beaucoup plus fréquente, rejoignant l'idée que les personnes aphasiques peuvent parfois mimer des objets dont ils ne peuvent dire le nom (Feyreisen, 1987). De plus, les gestes sont davantage diversifiés, permettant une meilleure informativité. Ceci peut s'expliquer par le fait que ce sont des éléments qui ont été travaillés à travers les différentes sessions d'entraînement, notamment lors des situations de PACE, au fil desquelles Monsieur G. a pu produire de plus en plus de gestes, s'aidant au départ des modèles donnés par son interlocuteur. De plus, Monsieur G. s'est montré de plus en plus expressif au cours des entraînements, du fait que nous nous connaissions de mieux en mieux.

Cependant, la production de plusieurs gestes pour exprimer une idée n'est pas quelque chose d'aisé pour Monsieur G. Tout comme Madame D., on note des difficultés dans le réajustement du discours lorsque celui-ci n'est pas compris par l'interlocuteur. Cela peut s'expliquer de la même façon : l'aphasie sévère ne permet pas un auto-contrôle, un réajustement du discours. En revanche, lorsque le patient lui-même n'accède pas à la compréhension du message, il est tout à fait capable de le manifester de manière non-verbale ce qui permet à sa conjointe d'émettre un énoncé visant à réparer l'échange. A ce propos, notons que Monsieur G. a affiné ses feedback tout au long des entraînements ; alors qu'au départ il était compliqué de savoir s'il avait réellement compris ou non, ceci était devenu très clair lors des dernières rencontres.

La compréhension des signes non-verbaux et le respect des règles conversationnelles ont été observés avant la réalisation de l'entraînement. Effectivement, au quotidien, le couple n'est pas gêné par des interruptions qui nuiraient à l'échange.

En conclusion, la dernière hypothèse spécifique est validée pour le couple G., montrant que l'entraînement du patient et du partenaire a permis de développer les canaux de communication non-verbale, et plus particulièrement les gestes.

---

## **2.5. Conclusions pour le couple G.**

Nous venons de voir que sur 5 hypothèses spécifiques, 4 ont été validées. Ainsi, notre hypothèse générale a été vérifiée : l'installation du classeur C.COM à domicile, auprès de Monsieur G., ayant une aphasie globale sévère, a amélioré la communication avec sa femme.

## **II. Evolution des patients et des partenaires**

### **1. Couple D.**

#### **1.1. Evolution de la patiente aphasique**

Au moment de notre intervention, Madame D. se situait à la fin de la période de récupération spontanée, « souvent située entre trois et six mois » après l'AVC (Lissandre et al., 2000), optimisée par plusieurs suivis orthophoniques. La procédure d'installation du C.COM a donc eu lieu à un moment où la patiente était dans une dynamique de progrès. Alors que Madame D. a pu constater une relative évolution de ses compétences langagières, elle a pu et a su bénéficier d'une remédiation axée sur la communication.

En effet, elle s'est montrée considérablement investie, s'appropriant rapidement le classeur de communication. Lors des entraînements mais aussi en dehors, elle prenait l'initiative d'aller chercher le classeur pour se faire comprendre et pouvait pointer successivement plusieurs photographies. En définitive, Madame D. s'est montrée très active œuvrant davantage que son mari malgré la sévérité de ses troubles. Il est donc important que les entraînements ciblent à la fois le partenaire et le patient aphasique.

Sur le plan non verbal, Madame D. utilise encore plus fréquemment les gestes et les mimiques n'hésitant pas à en produire plusieurs successivement pour transmettre un message.

En définitive, Madame D. a gagné en assurance, retrouvant une participation aux activités de son quotidien (CIF, 2001). Elle répond d'ailleurs plus régulièrement au téléphone, ce qu'elle exprime au cours des sessions d'entraînement. Même si les échanges restent difficiles, elle se sent de plus en plus en mesure de produire certaines routines conversationnelles, malgré le manque d'indices non-verbaux qu'implique une conversation téléphonique. Cette évolution est importante puisque l'étude de Lagadec et al. (2011) montre qu'utiliser un téléphone fait partie des activités communicationnelles les plus altérées chez 100 patients dont 24% présentent une aphasie sévère.

#### **1.2. Le partenaire : son évolution, son adaptation**

Notre intervention a permis de sensibiliser Monsieur D. aux troubles phasiques de sa conjointe. Cette sensibilisation s'est révélée, d'une part, par une prise de conscience des paraphasies qui a conduit Monsieur D., non seulement à cesser de faire répéter sa femme,

---

mais à lui donner les mots cibles, illustrant la disparition de réparations formelles inefficaces et l'apparition de réparations productives, permettant de réparer l'échange (De Partz, 2014). D'autre part, Monsieur D. a pu accéder à une certaine perception des troubles de compréhension de son épouse l'amenant à produire davantage de gestes.

En ce qui concerne l'attitude communicationnelle de Monsieur D., elle ne s'est pas toujours révélée adaptée. Les différents entraînements nous ont permis de constater des fluctuations de son comportement. Comme l'a montré le test des 4 tâches, il pouvait se montrer relativement statique, laissant Madame D. multiplier les efforts pour tenter de se faire comprendre. Cependant, lors de certaines sessions d'entraînement, Monsieur D. se montrait entreprenant, faisant preuve d'initiatives et essayant d'interpréter les productions verbales et non-verbales de Madame D. en élargissant le champ des possibles. L'impact que peut avoir une situation de test sur la spontanéité expliquerait cette contradiction. Le caractère expert du partenaire de Madame D. a pu être révélé lors de l'analyse conversationnelle en post-test avec notamment la disparition des stratégies contre-productives et l'augmentation du nombre d'hétéro-initiations et hétéro-réparations.

Notons qu'en ce qui concerne les moyens de communications non-verbaux, Monsieur D. utilise davantage les gestes, les intonations et n'hésite pas à aller chercher par lui-même différents support pouvant aider la transmission du message. Par exemple, un calendrier et un annuaire ont été utilisés au cours d'une session d'entraînement mais en dehors d'une mise en situation. Toutefois, le C.COM a été finalement moins investi par Monsieur D. que par son épouse, montrant qu'une remédiation orthophonique doit être souple et humble afin de s'adapter à la personnalité et au rythme de chacun.

### **1.3. Corollaire pour le couple D.**

Vivre avec l'aphasie au quotidien est quelque chose de relativement récent pour le couple D. sachant que l'AVC datait d'environ six mois lorsque nous avons rencontré Monsieur et Madame D. Ainsi nous avons pu constater un espoir de récupération totale très présent, avec une comparaison récurrente aux capacités de Madame D. antérieures à l'AVC. Monsieur D. était alors focalisé sur les progrès linguistiques de son épouse entraînant quelques difficultés à axer son attention sur les stratégies communicationnelles, et conduisant à orienter les échanges sur la forme du langage plutôt que sur son contenu.

L'entraînement à l'utilisation du C.COM a permis à Monsieur D. de se décentrer des objectifs langagiers, d'être plus attentif aux actes de langages produits par sa femme et ainsi d'agir au niveau de la réparation et à la poursuite de l'échange. La communication du couple est alors de meilleure qualité.

Parallèlement, Madame D. a pu reprendre une place plus affirmée dans l'échange, ce qui était le cas avant l'AVC. La progression dans l'initiation des thèmes, et peut-être aussi l'abandon plus fréquent lorsque le partenaire pilote le classeur appuient ce constat.

Il est intéressant de noter que Monsieur et Madame D. dévoilent une relation de complicité tout au long de l'expérimentation, cette connivence leur permet de contourner certaines difficultés dues aux troubles langagiers de la patiente.

---

## **2. Couple G.**

### **2.1. Evolution du patient aphasique**

Malgré l'ancienneté de l'aphasie, Monsieur G. a montré des évolutions positives entre les phases de pré et de post-test.

En pré-test, Monsieur G. présentait de grandes difficultés concernant l'utilisation de moyens non-verbaux pour transmettre un message. Malgré ses troubles expressifs sévères, il comptait essentiellement sur l'expression orale du message pour échanger. Toutefois, les situations de PACE menées lors des entraînements ont permis à Monsieur G. de développer, au départ par mimétisme puis spontanément, la production de gestes et de mimiques. Le développement de ces moyens de communication semble avoir redonné envie à Monsieur G. de participer aux échanges ; effectivement, celui-ci est devenu de plus en plus participant et enjoué au fil des séances, lui permettant de sortir quelque peu de son isolement, qui est considéré par Perkins (2001) comme le « changement négatif majeur lié à l'aphasie ».

De plus, si Monsieur G. était déjà capable, en pré-test, de gérer une information du type « amener quelque chose quelque part » (tâches R du test des 4 tâches), il semble dorénavant capable de transmettre certaines parties d'une information plus complexe (type R+I), grâce notamment à l'utilisation du C.COM. Par exemple, il peut maintenant demander à son épouse de lui indiquer l'horaire du match de rugby diffusé à la télévision.

En effet, Monsieur G. a très rapidement investi le classeur ; le C.COM semble d'ailleurs considéré par Monsieur G. comme « son » outil. Il s'en sert de lui-même et tente de piloter lui-même l'échange en s'aidant de cet outil. Cependant, en accord avec ce que l'on peut lire dans la littérature, à savoir que le classeur de communication C.COM s'inscrit dans la recherche d'une réparation conjointe, sans avoir comme dessein « l'auto-réparation » (Schegloff et al., 1977), si Monsieur G. a l'initiative de prendre son support et de guider son partenaire, la réparation est menée au bout par le partenaire. La réparation reste donc conjointe et le comportement très investi de Monsieur G. autour du classeur montre qu'il faut rester mobilisé aussi bien autour de l'entraînement du partenaire que celui du patient. Autrement dit, chaque partenaire joue un rôle important dans l'utilisation de l'outil.

Les entraînements ont en outre permis à Monsieur G. de manipuler de façon satisfaisante le C.COM, même si la recherche des intercalaires demeure longue, et ce malgré l'étagage apporté (ajout d'une photographie représentative de la catégorie sur chaque intercalaire). Ajoutons que lors des mises en situation, avec étagage de l'étudiante et l'aide du classeur C.COM, Monsieur G. parvenait toujours à transmettre le message à sa conjointe.

### **2.2. La partenaire : son évolution, ses adaptations**

Madame G. est une maîtresse de maison habituée à gérer le quotidien. Au premier abord, elle a tendance à être « autoritaire » avec son mari, mais la négociation est tout à fait possible : Monsieur G. peut donner son avis et Madame le respecte. Elle sait être attentive



---

à lui. Notons que Madame est encore aujourd'hui en grande souffrance quant à la perte du langage de son mari : cela apparaît notamment lors de l'AC du post-test, où elle demande à Monsieur de chanter, et de conclure « comme ça tu as pu parler un petit peu ». En outre, malgré l'ancienneté de l'aphasie et les nombreuses stratégies déjà mises en place, Madame G. était très demandeuse d'aides et de conseils nouveaux.

La remédiation a permis à Madame G. d'être plus à l'écoute de son mari et de se rendre compte qu'en étant active dans l'échange, elle pouvait encore aborder des sujets abstraits avec lui, tels que les projets de voyage. Il s'agit du souhait initial exprimé par le couple. De plus, si Madame G. avait déjà mis en place de nombreuses stratégies de communication (comme les questions), elle a quand même réussi à développer de nouveaux comportements facilitateurs, tels que les mimes, et à renforcer voire modifier les anciennes stratégies ; par exemple, dorénavant elle pose surtout des questions fermées.

Enfin, si Madame G. a mis du temps à investir le classeur de communication, et si elle ne l'utilise que rarement de sa propre initiative, elle est tout de même capable, lorsque son mari s'en saisit, de produire un feedback quant aux pointages effectués et d'émettre des hypothèses quant au message transmis. De plus, on peut imaginer qu'avec l'expérience des déblocages réussis, l'outil saura apporter la preuve de son efficacité et sera davantage investi.

### **2.3. Corollaire pour le couple G.**

L'AVC de Monsieur G. étant ancien, le couple était déjà installé dans un mode de communication, expliquant certaines difficultés pour mobiliser de nouvelles stratégies ; cependant, la dyade a tout de même réussi à tirer profit des entraînements proposés. En effet, plus la personne aphasique est en difficulté, plus il faut du temps pour percevoir les choses et mettre en place des stratégies efficaces.

Premièrement, la procédure d'entraînement a permis au couple G. de retrouver une communication plus riche : en effet, la remédiation a permis de pouvoir évoquer à nouveau des sujets depuis longtemps abandonnés, tels que les loisirs ou les projets. Cette possibilité a par ailleurs été possible grâce à la complicité du couple.

Ensuite, la remédiation a permis de mettre en exergue certains comportements formels non-facilitateurs adoptés depuis des années, tels que les demandes de répétition ou le recours à des questions auxquelles Monsieur n'avait pas le temps de répondre car Madame ne faisait pas assez de pauses. Le travail effectué avec le couple et plus encore avec le partenaire a montré que ces comportements, même si habituels, étaient contre-productifs, et le couple G. les a donc abandonnés, permettant une communication de meilleure qualité.

## **3. Mise en parallèle des deux couples**

Nous avons vu que les résultats obtenus diffèrent significativement selon qu'il s'agisse du couple G. ou D. Les dissemblances s'expliquent tout d'abord en raison du profil des deux patients. En effet, même si les deux tableaux cliniques renvoient à une aphasie avec troubles de la compréhension, ils sont très distincts : Monsieur G. souffre d'une aphasie

---

globale, survenue depuis des années ; Madame D. présente une aphasie fluente sévère, survenue depuis quelques mois. En conséquence, ils ne peuvent pas être comparés.

De plus, les objectifs de la remédiation dépendent du fonctionnement du couple antérieur à la maladie : le couple D. et le couple G. avaient chacun leur propre complicité et leurs propres habitudes communicationnelles. L'idée de différences inter-couples est effectivement abordée en littérature ; Labourel et Martin (1991) mettent en avant le fait que l'évolution du patient aphasique et de son conjoint « est liée à la qualité de la relation qui existait dans le couple avant la maladie ». De plus, « le couple est le plus petit des systèmes d'appartenance et sans doute l'un des plus complexes du fait de son caractère unique et non reproductible » (Destailats et al., 2007).

Cependant, nous pouvons mettre en parallèle, après remédiation, certaines notions pour les deux couples : premièrement, au sein de chaque couple, l'aphasie est un « handicap partagé », puisque elle vient perturber « l'équilibre du système » dans lequel vit le patient (Rousseau, 2000) ; de plus, chaque partenaire a pu constater le fait que dans l'échange, chacun des interlocuteurs est « handicapé », aphasique ou non. Deuxièmement, au sein de chaque couple, la personne aphasique ne peut réparer seule la communication ; de ce fait, chaque partenaire a compris, suite à notre intervention, l'importance de « l'implicite, l'attention, l'écoute » pour « aider l'aphasique à être présent » et pour le valoriser (Labourel & Martin, 1991). Troisièmement, le classeur C.COM. en tant qu'outil augmentatif de la communication venant s'ajouter au langage articulé, comme le préconisent Sharon et al. (1997), a été investi par les 2 couples.

### **III. Retour sur l'ensemble du protocole**

#### **1. Le classeur de communication C.COM**

##### **1.1. Un classeur personnalisé et investi**

Le classeur C.COM s'est avéré être en adéquation avec les troubles phasiques sévères, les troubles de la compréhension et les demandes des couples ; en outre, le format A5 était pratique car transportable, et, comme mentionné dans la littérature, grâce au photographies détournées et isolées, la transmission d'informations se faisait d'emblée, sans code et sans apprentissage (Gonzalez & Bun, 2007). De plus, le classeur C.COM répond à un des besoins du conjoint évoqués par Michallet et al. en 2001 : le besoin d'acquérir un moyen de communication efficace avec le partenaire aphasique. En effet, lors des premières rencontres avec les partenaires, ce besoin avait été évoqué.

##### **1.2. Les limites du C.COM et de sa mise en place**

Le C.COM, comme expliqué par Charton-Gonzalez et al. en 2004, est un outil non-standardisé, nécessitant des « adaptations spécifiques ». En outre, le contenu du classeur doit sans cesse être ajusté afin de répondre aux besoins et attentes du couple. Pour le couple G. n'ayant plus de suivi orthophonique depuis environ 2 ans, nous avons proposé à Madame de nous téléphoner dès qu'elle aurait idée d'une nouvelle planche à intégrer au

---

classeur afin que nous l'élaborions puis la lui transmettions. Pour le couple D., Madame étant suivie en orthophonie, nous avons informé la professionnelle de la possibilité de poursuivre l'adaptation de l'outil et de lui transmettre la version numérisée du classeur.

La mise en place du C.COM et la remédiation qui lui est associée ne peuvent se faire que si le patient et le partenaire s'engagent pleinement dans la prise en charge proposée. Ainsi, une des limites à l'efficacité du C.COM pourrait être intrinsèque à l'engagement et à la disponibilité du couple.

L'engagement du couple est également nécessaire en ce qui concerne la construction et l'évolution du contenu du classeur de communication. En effet, le couple doit par exemple faire la démarche de rechercher des photographies de l'entourage, ou bien de les réaliser, dans le but de les partager avec le thérapeute. Ceci n'est pas toujours aisé et peut avoir pour conséquence de compromettre le caractère « suffisant » de l'outil palliatif créé, en termes de besoins communicationnels du couple.

## **2. Les entraînements**

### **2.1. Les entraînements : aspects positifs**

Notre programme d'intervention, a eu pour aspect original et positif de prendre en charge le patient aphasique et « une partie du milieu naturel » (Rousseau, 2000), à savoir le partenaire non-aphasique. En outre, les mises en situation proposées lors des entraînements ont aidé les patients aphasiques et leur partenaire « à devenir comme après » (Ausloos, 1995). En effet, les entraînements ont pu faire émerger de nouvelles stratégies de communication et donc de nouveaux comportements. Qui plus est, les mises en situation, par leur caractère écologique, ont permis l'investissement de chacun et ont mis en évidence la complicité présente au sein des couples.

### **2.2. Difficultés observées lors des entraînements**

Lors des entraînements, certains jeux ont été difficiles à mettre en œuvre, tel que le jeu des familles. En effet, le principe du jeu de familles s'est révélé très compliqué pour monsieur G., qui demandait systématiquement la photographie qui se trouvait sur sa carte. Cette activité a donc nécessité des adaptations : nous avons créé une planche plastifiée sur laquelle nous barrions les images déjà possédées par le patient. Un étayage a également été nécessaire pour Madame D.

Malgré la formation que nous avons suivie auprès de I. Charton-Gonzalez, nous avons remarqué lors des tests que l'expérimentateur oubliait parfois de vérifier où regardait le patient, pouvant biaiser la bonne transmission du message. En outre, il nous paraît important de mettre en exergue ce travail essentiel qui doit être mené autour du regard du patient aphasique ; lors des entraînements, il aurait pu être intéressant d'inclure des exercices visant à porter attention au regard, afin que le partenaire y soit plus sensible.

---

### **3. Les tests utilisés**

#### **3.1. ECP**

##### **3.1.1. Intérêts de l'ECP**

L'Echelle de Communication Pragmatique (Gonzalez, 2010), est un outil de métacognition destiné au partenaire : cet outil nous a permis de nous rendre compte du ressenti du partenaire par rapport au classeur C.COM et par rapport à l'efficacité de notre intervention. En outre, l'ECP initiale nous a renseignées sur les habitudes communicationnelles du couple ainsi que sur le degré de conscience des troubles par le partenaire. Ceci nous a permis de réfléchir aux points que nous allions devoir aborder en premier lieu avec la personne non-aphasique. L'ECP du pré-test nous a renseignées sur les premières impressions des partenaires concernant l'outil de communication ; enfin, le post-test de l'ECP a mis en avant le ressenti du partenaire après notre intervention, quant à la communication avec la personne aphasique, avec et sans classeur, mettant en avant le mieux-être éprouvé par le partenaire, notamment pour le couple G.

##### **3.1.2. Difficultés relatives à l'ECP**

Tout d'abord, l'ECP est une échelle longue et difficile de passation. Ici, le manque d'expérience de notre part a sans doute eu des conséquences sur les résultats obtenus ; en effet, la passation de l'ECP nécessite de savoir faire émerger certaines informations. Pour cela, il faut garder l'objectif final en tête, tout en questionnant le partenaire quant à ses choix de cotation et en étant dans la relation avec le partenaire. Or, notre manque d'expertise s'est ici fait ressentir : nous avons en effet trop peu interrogé les partenaires par rapport à leurs choix de réponses aux différents items, plus encore pour le couple D.

Ensuite, nous avons davantage utilisé l'ECP comme une échelle d'évaluation plutôt que comme une échelle de métacognition, expliquant certaines de nos difficultés dans l'analyse des résultats relevés à ce test, notamment pour le couple D. De plus, les résultats obtenus dépendent du moment où l'on interroge le partenaire ainsi que de son état de conscience initial. Ainsi, les analyses sont différentes selon si le partenaire n'a pas conscience des troubles phasiques ou si au contraire, il en a une certaine conscience. Dans la procédure de mise en place du C.COM, le partenaire minimise généralement les troubles de son conjoint au départ mais, contrairement à Monsieur D., réalise un meilleur ajustement à la réalité après les entraînements. L'ECP est une échelle qui permet de faire naître cet ajustement qui est indispensable à l'utilisation efficace du C.COM

#### **3.2. Test des 4 tâches**

##### **3.2.1. Intérêts du test des 4 tâches**

Le test des 4 tâches s'intéresse à la transmission d'informations, permettant donc une observation de la communication comme la définissent Shannon et Weaver en 1949. De

---

plus, ce test permet d'observer les mécanismes de réparation utilisés par les partenaires de communication.

### **3.2.2. Difficultés relatives au test des 4 tâches**

La passation du test des 4 tâches s'est révélée compliquée. En effet, il fallait penser à de nombreux éléments à la fois, et le manque d'expérience s'est fait ressentir dans certaines transmissions de consignes. Nous avons commis des maladresses, dont voici certains exemples : en tâche 4 du pré-test, nous n'avons pas encouragé Monsieur G. lorsqu'il a pointé le sapin pour signifier le mot « Noël » ; en tâche 4 du pré-test, Madame D. n'a pas pu comprendre une consigne en raison de sa transmission uniquement orale. Nous aurions donc pu obtenir des résultats différents si nous avions été plus expérimentées.

### **3.3. L'analyse conversationnelle**

#### **3.3.1. Les intérêts de l'analyse conversationnelle**

Comme le disait De Partz (2001), l'analyse conversationnelle met en exergue les « difficultés rencontrées » lors d'une situation de communication ; cela est d'autant plus vrai que nous avons relevé, dans tous les enregistrements, des bris de communication. Elle vise également à identifier puis faire évoluer les attitudes communicationnelles du patient et de son partenaire afin de les « rendre écologiquement plus efficaces » (De Partz, 2014). Ainsi, l'amélioration des comportements communicationnels des patients et de leur conjoint a été mise en relief grâce à cet outil d'évaluation.

#### **3.3.2. Les biais de l'analyse conversationnelle**

Tout d'abord, l'analyse conversationnelle (AC) se déroule dans un contexte particulier : le couple est seul, en présence d'une caméra. Dès lors, le facteur « contexte », évoqué par Jakobson (1963), peut intervenir et biaiser la communication. Cela a effectivement eu un impact sur le comportement de Madame G, nous disant d'ailleurs avant de débiter l'enregistrement du post-test « je n'ai pas appris mon texte, ça va être difficile ».

Ensuite, l'AC proposait une analyse quantitative, qui s'est avérée complexe, rejoignant le postulat de Beek, et al. (2007), pour qui l'analyse qualitative est indispensable. Cependant, les adaptations apportées à la grille d'AC étaient trop nombreuses, empêchant la plupart des jurés de noter leurs observations qualitatives, par manque de temps.

### **3.4. Le Test Lillois de Communication**

Le TLC a pu mettre en évidence ce qu'affirmaient Seron et Feyereisen en 1982, à savoir que l'utilisation de gestes et de mimiques avait un impact positif sur la communication et la compréhension des messages.

---

Cependant, cet outil implique des situations peu écologiques contrairement à l'AC par exemple, expliquant que les résultats peuvent apparaître différents voire contradictoires au niveau quantitatif.

#### **IV. Apports sur le plan personnel**

Réaliser ce travail a été très bénéfique pour nous en ce qui concerne notre avenir professionnel mais aussi sur le plan personnel. Tout d'abord, les lectures que nous avons réalisées nous ont conduites à approfondir nos connaissances notamment par rapport à la démarche palliative en orthophonie dans le contexte d'une aphasie sévère.

Dans cette optique, la formation dont nous avons bénéficié à Bordeaux auprès de I. Charton-Gonzalez nous a permis de découvrir, et de nous familiariser avec l'outil de communication augmentative qu'est le C.COM. Comprenant l'importance du rôle du partenaire dans la mise en place d'un tel outil, notre regard sur les classeurs de communication en général a alors évolué et ceci aura un impact sur notre future posture professionnelle.

En outre, lors de la phase d'expérimentation, nous avons été amenées à rencontrer un patient aphasique et son partenaire, construire une alliance thérapeutique et cela en étant seules avec chacun des couples. Parce que nous avons proposé des mises en situation où chacun joue un rôle, et que nous avons fait alterner ces rôles (le partenaire non-aphasique pouvant être tantôt observateur, tantôt acteur), l'alliance thérapeutique s'est créée naturellement et de façon forte, permettant une « collaboration mutuelle », comme préconisée par De Roten et al. (2007).

Nous avons d'ailleurs remarqué, lors de la passation des tests avec l'étudiante n'ayant pas travaillé avec le couple, que patients et partenaires cherchaient souvent appui auprès de l'étudiante ayant réalisé les entraînements, signe que nous avons fait naître l'idée qu'échanger était « le fruit d'un travail collaboratif incessant » (Kerbrat-Orecchioni, 1996) : en effet, lors d'un échange, les interlocuteurs sont interdépendants, chacun ayant besoin de l'autre pour construire le message.

En définitive, les rencontres avec les deux couples ont été des moments marquants puisque nous avons appris à les connaître afin de proposer un outil palliatif le plus proche possible de leur quotidien ; qui plus est, nous intervenions à leur domicile.

Les moments consacrés aux échanges avec les professionnels prenant ou ayant pris en charge les patients se sont révélés fort intéressants. En effet, partager nos ressentis et nos points de vue fut très utile pour mettre en place notre intervention auprès des couples. Parallèlement, nous avons eu la possibilité de réaliser des évaluations orthophoniques ainsi que des séances de rééducation de manière autonome ce qui représente une expérience très enrichissante pour nous.

Etant donné que nous avons choisi d'utiliser une grille d'analyse conversationnelle dans notre mémoire de recherche, ce fut également l'occasion pour nous d'être initiées à son utilisation. Nous avons notamment été amenées à réfléchir à une adaptation des items, aux conditions d'enregistrement vidéo et avons rencontré un jury d'orthophonistes

---

formées à cet outil d'évaluation, avec qui nous avons par la suite pu échanger quant à cet outil.

## **V. Perspectives**

Notre mémoire s'est intéressé à deux couples dont les patients étaient atteints d'une aphasie sévère avec troubles de la compréhension ; cependant, la typologie de l'aphasie était différente ainsi que la distance de l'AVC. Ainsi, nos patients n'ont pas pu être comparés : peut-être serait-il intéressant de mener une étude similaire auprès d'une population dont le type d'aphasie et la distance de l'AVC seraient analogues.

Ensuite, nous avons choisi d'ajouter au protocole d'installation du C.COM une grille d'analyse conversationnelle afin de montrer des changements de comportements de la part des partenaires. Cela s'est avéré très intéressant, évoquant la possibilité d'insérer une AC au sein du protocole.

Continuons en nous intéressant aux entraînements : il semblerait que certains exercices soient à développer. Il pourrait être intéressant de créer un entraînement spécifique à la manipulation des intercalaires ; les difficultés relatives à la recherche du bon intercalaire ont en effet parfois engendré des découragements ou des interventions de l'examineur lors du test des 4 tâches notamment. Il serait par exemple judicieux de proposer, lors des exercices de classification, un petit carton de la couleur de l'intercalaire correspondant à chaque classe recherchée.

Pour finir, il apparaîtrait important de s'intéresser de plus près à la communication infra-couple. En effet, comme nous l'avons expliqué, la remédiation doit être adaptée à chaque couple, puisqu'aucun couple ne communique, n'entre en relation de la même façon. Il serait alors utile d'avoir davantage d'informations concernant la problématique de la communication au sein du couple afin d'obtenir une analyse plus fine.

---

## CONCLUSION

---

L'efficacité de la mise en place du C.COM avait déjà fait ses preuves auprès de patients aphasiques sévères dans un cadre institutionnel, à une période proche de l'AVC, puis auprès de patients aphasiques sévères à domicile, à distance de l'AVC.

A notre tour, nous souhaitons mesurer l'efficacité de l'installation du C.COM à domicile, auprès de patients aphasiques sévères ayant également des troubles de la compréhension. Nous avons donc procédé à l'installation du classeur de communication auprès de deux couples en suivant le protocole qui lui est dévolu.

Notre postulat était le suivant : la remédiation associée au classeur de communication C.COM auprès de ces patients et de leur partenaire privilégié de communication (à savoir les conjoints), améliorerait la communication au sein du couple.

Suite aux différentes rencontres organisées avec chacun des couples, nous avons pu mettre en évidence le fait qu'installer le C.COM dans ces conditions et auprès de patients ayant une aphasie sévère majorée par des troubles de la compréhension avait été globalement efficace concernant la communication au sein de la dyade. En effet, notre hypothèse générale et la majorité de nos hypothèses spécifiques ont été validées.

Plus précisément, notre protocole a permis aux partenaires privilégiés d'être plus conscients des troubles phasiques, et en conséquence de modifier leurs comportements quant à la communication quotidienne avec leur conjoint aphasique. De plus, l'installation du classeur C.COM a permis aux couples de développer de nouveaux canaux de communication, tels que le recours aux gestes.

Ajoutons que le travail auprès de patients ayant des troubles de la compréhension nous a montré que lorsque le versant réceptif est touché, la prise de consciences des troubles phasiques par le partenaire et en conséquence l'application de comportements adaptés au handicap communicationnel nécessitent encore plus de temps en comparaison à une atteinte isolée du versant expressif.

En définitive, notre travail a porté ses fruits, malgré quelques difficultés éprouvées lors de certaines évaluations, soit que les adaptations apportées aux tests n'étaient pas tout à fait appropriées, comme pour l'analyse conversationnelle, soit que les conditions de passation n'étaient pas optimales, comme pour l'ECP ou le test des 4 tâches.

En outre, il pourrait être intéressant de proposer une étude similaire à des patients dont la typologie de l'aphasie et la distance de l'AVC seraient analogues.

Pour conclure, ce mémoire de recherche offre des perspectives pour la prise en charge des patients ayant une aphasie sévère avec des troubles de la compréhension. En effet, il apporte un argument supplémentaire en faveur de la thèse selon laquelle les outils tels que le C.COM ne sont pas réservés uniquement aux patients dont le versant réceptif est préservé (Gonzalez, 2007). De plus, la distance de l'AVC ne représente pas un critère d'exclusion à ce type de prises en charge palliatives ; même lorsque l'AVC est installé depuis des années, la mise en place d'un outil augmentatif de la communication est envisageable. Enfin, notre étude a mis une fois de plus en avant le fait que la formation du partenaire de communication est primordiale dans le cadre des aphasies sévères.



---

## REFERENCES

---

Alm, N., & Parnes, P. (1995). Augmentative and alternative communication: Past, present, and future. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 47, 165 – 192.

Ausloos G. (1995). La compétence des familles : Temps, chaos, processus, Erès.

Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in speech and language*, 28 (2), 136-147.

Brassac, C. (2000). Intercompréhension et Communication. In A. C. Berthoud, L. Mondada (éds), *Modèles du discours en confrontation*. Berne, Peter Lang, 219-228.

Carragher, M., Conroy, P., Sage, K. & Wilkinson, R., (2012). Can impairment-focused therapy change the everyday conversations of people with aphasia? A review of the literature and future directions. *Aphasiology*, 26(7): 895-916.

Charreau Chloé & Régnier Pauline (2011). Mise en place d'un classeur de communication c.com auprès de patients présentant une aphasie altérant sévèrement la communication et de leur conjoint. In *Mémoire de recherche en orthophonie*, Lyon.

Charton-Gonzalez, I., Munier, N., Petit, H., Gaujard, E. & Montero, C. (2004). Approche palliative des troubles de la communication: le C.COM, récit d'une expérience. *Entretiens d'orthophonie* (pp. 145-155). Paris: ESF.

Charton-Gonzalez I., Petit H., Munier N., & Gaujard E. (2005). Aspects pragmatiques de l'installation de l'outil palliatif de communication CCOM dans un établissement de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle. *Actes du VIII Congrès Transpyrénéen de Médecine Physique et de Réadaptation*, (p. 64).

Chevrié-Muller, C., & Narbona, J. (1999). *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Masson.

Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. & Bernard, I. (2010). *Les aphasies: évaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Cosnier, J. (1998) Un autre candidat à l'accueil de Psyché : L'interactionnisme. In J. Cosnier (ed.), *Le retour de Psyché* (pp.77-157). Paris : Desclée de Brouwer.

Darrigrand, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M., & Mazaux, J.-M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1169–1178.

Wilcox, M.J. & Davis, G.A. (1978), Procedures for promoting communicative effectiveness in an aphasic adult. *ASHA Convention*, San Francisco.

De Fornel, M., & Léon, J. (2000). L'analyse de conversation, de l'ethnométhodologie à la linguistique interactionnelle. *Histoire Épistémologie Langage*, 22(1), 131–155.

---

De Partz, M.-P. (2014). L'analyse conversationnelle et son implémentation en rééducation, 42ème Entretiens de médecine physique et de réadaptation, Montpellier.

De Partz, M.-P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun. Aphasies et aphasiques. (pp.242-249). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

De Partz, M.-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques: l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, pp. 4-12.

De Partz, M.-P. (1996). Les carnets de communication. Journées scientifiques de l'école d'orthophonie de Lyon (pp. 159-178). Lyon: MEDCOM.

De Roten, Y., Michel, L., & Peter, D. (2007). Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies*, 27(1), 37.

Del Guidice K. (2011). Prise en charge de la communication à partir de l'analyse conversationnelle entre un patient aphasique et son conjoint : utilisation d'une grille d'observation des comportements de communication. In *Mémoire de recherche en orthophonie*, Lyon.

Destailats J.M., Mazaux J.M., Belio C. (2007). Le lien familial à l'épreuve du handicap et des soins. Prise en charge des Traumatisés crânio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion. (pp. 172-186) Paris : Masson.

Feyreisen, P. (1987). Gestures and speech, interactions and separations: a reply to McNeill (1985). *Psychological Review*, Vol. 94 N°4, (pp. 493-498).

Feyreisen P., (1991), Communicative behaviour in aphasia. *Aphasiology*, Vol. 5, N°4 & 5, (pp. 323-333).

Feyreisen, P. & Seron, X. (1982). Nonverbal communication and Aphasia: a Review. *Brain and Language*, Vol. 16, (pp. 213-236)

Gatignol, P. (2009). Aphasies, Ortho Edition. Isbergues.

Glennen, S.L., De Coste, D.C. (1997). The handbook of augmentative and alternative communication. Singular Publishing Group Inc., San Diego, London.

Gonzalez, I. & Brun, V. (2007). Communications alternatives et suppléances fonctionnelles. Dans J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun, Aphasies et aphasiques (pp. 251-261). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1983). The Assessment of aphasia and related disorders, (2nd ed.) Malvern, PA: Lea & Febiger.

Goodwin, C. (1995). Co-Constructing Meaning in Conversations With an Aphasic Man. *Research on Language & Social Interaction*, 28(3), 233-260.

Grice, H. P., & Kant, E. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72.

---

HAS (2007). Rééducation de la voix, du langage et de la parole. In Actes d'orthophonie.

Iché, A., Rives, C., & Joyeux, N. (2012). Un bilan orthophonique d'approche écosystémique de la problématique aphasique : le PTECCA. Les entretiens d'orthophonie, 2012.

Jakobson, R. (1963). Essais de linguistique générale. Paris : Edition de Minuit.

Kagan, A. (1999). Communication strategies used by "good" versus "poor" speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology* vol.13 no 9. , pp. 807 – 820.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2010). Les actes de langage dans le discours, théorie et fonctionnement, Paris : Colin.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). La conversation. Paris : Seuil.

Kiekegaard, S. (1977). Post-scriptum définitif et non scientifique aux « Miettes philosophiques ». In Œuvres Complètes. Paris : Editions de l'Orante.

Laakso, M. (2003), Collaborative construction of repair in aphasic conversation. In Goodwin, Conversation and Brain Damage, (pp. 163-188).

Labourel, D. & Martin, M.M., (1991). L'Aphasique et sa famille. In J. Ponzio, D. Lafond, R. giovani, Y. Joannette (dir.), L'Aphasique, (p.141-162) Paris, France : Maloine, Edisem.

Lagadec, T., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E., Trias, J., Delair, M.F., Michot, M., Darrigand, B., Mazaux, J-M (2011). Communication impairment in daily living in stroke patients with aphasia. In *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Vol. 54, (pp. 215-216).

Leopold, P. (2010). Elaboration d'une grille d'observation des comportements de communication manifestés par des couples dont un conjoint présente une aphasie modérée à sévère. In *Mémoire d'orthophonie*, Lyon.

Lindsay, J, Wilkinson, R. (1999). Repair sequences in aphasic talk: A comparison of aphasic-speech and language therapist and aphasic-spouse conversations. *Aphasiology* 13(4-5):305-325.

Lloyd, L., (1985). Augmentative and Alternative Communication. In *Comments on terminology* (pp. 95-97).

Lanteri, A. (1995), Restauration du langage chez l'aphasique (pp. 53-160). Bruxelles : De Boeck Supérieur .

Lissandre, J.-P., Preux, P.-M., Salle, J.-Y., Munoz, M., Dumas, M., Vallat, J.-M., Moreau, J.-J., & Dudognon, P. (2000). Les thérapies pragmatiques et la PACE. In J.-M. Mazaux, V. Brun & J.Pélissier (Eds.), *Aphasie 2000 : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp.141-148). Paris : Masson.

---

Marshall, J.C (1986). The description and interpretation of aphasic language disorder. *Neuropsychologia*, 24(1) :5-24.

Mazaux, J.M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

Michallet, B. I., & Dorze, G. (1999). L'approche sociale de l' intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol. 42, 546–55.

Michallet, B., Le Dorze, G., & Tetreault, S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap : Implications en réadaptation. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*, 42(5), 260–270.

Michallet, B., Le Dorze, G., & Tetreault, S. (2001). The needs of spouses caring for severely aphasic persons. *Aphasiology*, 15(8), 731–747.

Maingueneau, D. (2009). *Les termes clés de l'analyse du discours*. Paris : Seuil.

OMS-INSERM-CTNERHI (1983). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*. Publications du CTNERHI, trad franç. 1988, Paris, Diffusion PUF.

Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C. (2011). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, Jones and Beartlett Learning.

Parent, M-C. (1999). Les aides à la communication pour la personne aphasique : construction et limites. *Glossa* 66, (pp. 34-50).

Perkins, L. (2001). Analyse conversationnelle et aphasie. In G. Aubin, C. Belin, D. David & M.-P. de Partz, *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. (pp. 215-234). Marseille: Solal.

Perkins, L., Crisp, J., & Walshaw, D. (2010). Exploring conversation analysis as an assessment tool for aphasia : the issue of reliability. *Aphasiology*, 13, 259-281.

Roch-Lecours, A. & Lhermitte, F. (1979). *L'aphasie*. Paris : Edition Flammarion.

Rousseau, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.

Sacks, H., Schegloff Emanuel, A. & Jefferson, G. (1974), A simplest systematic for the Organization of turn-taking conversation. In *Language*, N°4 Vol.50 (pp. 696-735).

Schegloff, E.A., Jefferson, G, & Sacks H. (1977). The preference for self-correction in the organisation of repair in conversation. *Language*, 53 (2), 361-382.

Shannon, C.E. & Weaver, W. (1949). *The mathematical Theory of communication*, University of Illinois, Urbana III.

---

Vansteelandt, S. & Goetghebeur, E. (2003). Issue Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology), Volume 65, Issue 4, pp. 817–835.

Viader, F., Lambert, J., De la Sayette, V., Eustache, F., Morin, P., Morin, I., Lechevalier, P. (2002) Aphasie, Encyclopédie médico-chirurgicale 17-018-L-10. Editions Scientifiques et Médicales, Elsevier SAS.

## TESTS

---

Agniel, A., Joannette, Y., Doyon, B., Duchain, C. (1992). Protocole Montréal-Toulouse d'évaluation des Gnosies Visuelles (PEGV). Isbergues : Ortho Edition.

Bénaïm, C., Cailly, B., Perennou, D., Pelissier, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating. *Stroke*, 35, 1962.

Bergegot, C., Pradat-Diehl, P., Ferrand, I., Batterie de Décision Visuelle d'Objets (BDVO). Isbergues : Ortho Edition.

Charton-Gonzalez, I. (2010). Echelle de Communication Pragmatique. Document non publié.

Cros, M.-L. (2004). Création d'un protocole mesurant l'efficacité du C.COM au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle. Bordeaux : Mémoire d'orthophonie.

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). HDAE (BDAE) : Boston Diagnostic Aphasia Examination. Echelle d'Evaluation de l'Aphasie, adaptation française de Mazaux, J.-M. & Orgogozo, J.-M. ECPA.

Leopold, P., Croteau, C., McMahon-Morin, P., Peillon, A., (2011) Grille d'analyse clinique de la conversation de dyades dont un membre présente une aphasie (GACC-A).

Nespoulous, J.-L., Lecours, A.R., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joannette, Y. Cot, F. Rascol, A. (1986). Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86). Centre de Recherche du Centre Hospitalier Cote-des-Neiges, Montréal.

Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., Lefevre, M., (2001). Le Test lillois de communication (TLC). Isbergues : Ortho Edition.

---

## GLOSSAIRE

---

### Analyse conversationnelle :

Analyse des interactions verbales, laquelle s'oriente dans deux directions majeures : « l'étude des relations entre les constituants linguistiques de l'interaction » et « l'étude des relations qui à travers l'interaction s'établissent entre les participants ». Méthodologiquement, « l'AC travaille à partir d'enregistrements d'interactions naturelles ; pour cela il a fallu élaborer divers systèmes de transcription plus ou moins précis » (Maingueneau, 2009)

### Chevauchements :

Les chevauchements se produisent lorsqu'une personne parle en même temps que l'autre, sans forcément mettre fin au discours de l'autre (Leopold, 2010). Les chevauchements ont donc tendance à être nuisibles au sein de la conversation.

### Conversation :

«De manière restrictive, et conformément à l'usage ordinaire, on emploie ce terme pour référer aux échanges verbaux relativement égalitaires, où les prises de parole sont libres et les thèmes peu contraints. Les participants sont proches dans le temps et l'espace et entretiennent des relations conviviales » (Maingueneau, 2009)

### Initiation de la réparation :

Signalisation qu'un problème est intervenu en cours de conversation ; l'initiation peut-être une auto-initiation lorsque celui qui signale est l'auteur de l'erreur ou une hétéro-initiation lorsque celui qui signale est l'interlocuteur éprouvant une difficulté à comprendre quelque chose dans le discours de l'autre (De Partz, 2014)

### Interruptions :

Énoncés qui viennent mettre fin à l'énoncé en cours ; elles suggèrent qu'une personne veut prendre son tour de parole avant la fin du tour de l'autre (Leopold, 2010). Les interruptions ont donc tendance à être nocives au sein de la conversation.

### Paire adjacente :

« Ce terme désigne un des modes d'enchaînement des actions dans la conversation (Schgloff & Sacks, 1973). Il s'agit d'une suite de deux énoncés produits par des locuteurs différents, par exemple les salutations ou les couples question/réponse. Pour que le second locuteur produise son énoncé, il doit avoir compris l'intention du premier et avoir décidé de coopérer. La relation entre les deux membres de la paire adjacente est telle que l'énonciation du premier fait attendre l'apparition du second. Mais il arrive que d'autres énoncés viennent s'intercaler entre les deux membres de la paire adjacente » (Maingueneau, 2009)

---

Pauses :

Les pauses sont des moments sans parole plus ou moins longs (Leopold, 2010). Les pauses ont tendance à être indispensables au bon déroulé d'un échange. Elles permettent notamment l'alternance des tours de parole.

Questions « tests » :

Une question « test » vise à vérifier que l'interlocuteur a bien compris le message qui venait de lui être transmis.

Réparation :

Lorsqu'un trouble, un problème survient, les interlocuteurs vont chercher à y remédier en corrigeant l'énoncé, en donnant le mot manquant, en reformulant, *etc.* (Leopold, 2010). Une réparation peut être une « auto-réparation » si l'on corrige son propre discours ou une « hétéro-réparation » si l'on corrige le bris survenu dans le discours d'autrui (De Partz, 2014).

Thème :

« La notion de thème est utilisée dans deux domaines distincts : pour référer à un segment privilégié de la phrase quand celle-ci est appréhendée à l'intérieur de la dynamique textuelle ou pour caractériser l'unité sémantique d'un texte. Le thème d'un texte correspond à ce qu'intuitivement on peut exprimer comme « de quoi ça parle ? » » (Maingueneau, 2009)

Reformulation :

« En un sens très large, on entend par reformulation la transformation d'une unité discursive de taille variable (du mot au texte) en une autre censée être sémantiquement équivalente d'une manière ou d'une autre. Cette opération prend des tours très variés selon le niveau auquel elle intervient, le type de discours sur lequel elle porte et la nature de cette transformation. » (Maingueneau, 2009)

---

# ANNEXES



---

## Liste des annexes

Annexe I : Présentation du test des 4 tâches (adaptation du test des 6 tâches)

Annexe II : Présentation de l'analyse conversationnelle (AC)

Annexe III : Création de planches à insérer dans le c.com

Annexe IV : Calendrier des expérimentations

Annexe V : Profil aphasique des patients (BDAE, MT86)

Annexe VI : Exploitation des données de l'ECP

Annexe VII : Test des 4 tâches : analyse nuancée

Annexe VIII : Analyse conversationnelle : résultats détaillés

Annexe IX : Données recueillies lors des entraînements

## Annexe I : Présentation du test des 4 tâches (adaptation du test des 6 tâches)

### 1. Pré-test

Tâches	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâche 1 (R) « <b>Pouvez-vous apporter ce stylo dans votre salle de bain ?</b> »				
Tâche 2 (R) « <b>Pouvez-vous apporter cette éponge dans votre salon ?</b> »				
Tâche 3 (R+I) « <b>Demandez à votre époux de m'apporter un livre de cuisine</b> » → Objet au centre de l'action				
Tâche 4 (R+I) : « <b>Demandez à votre époux quel jour de la semaine tombe Noël cette année.</b> » → Information au centre de l'action				

### 2. Post-test

Tâches	SANS C.COM		AVEC C.COM	
	Echec	Réussite	Echec	Réussite
Tâche 1 (R) « <b>Pouvez-vous apporter ce verre dans votre chambre ?</b> »				
Tâche 2 (R) « <b>Pouvez-vous apporter ces ciseaux dans vos toilettes ?</b> »				
Tâche 3 (R+I) « <b>Demandez à votre épouse de m'apporter une pince à épiler</b> » → Objet au centre de l'action				
Tâche 4 (R+I) « <b>Demandez à votre épouse quel jour de la semaine tombe Pâques cette année.</b> » → Information au centre de l'action				

---

## Annexe II : Présentation de l'Analyse Conversationnelle (AC)

### 1. Présentation de la grille d'AC de Leopold (2011) et des adaptations

Nous présentons ci-dessous brièvement la grille d'AC créée par Leopold, celle-ci étant actuellement en cours de publication. Nous présentons plus en détails les adaptations que nous y avons apportées pour les besoins de notre mémoire.

#### 1.1. Grille de Leopold (2011), en cours de publication

	Conjoint(e)	Personne aphasique (PA)
Attitudes d'écoute		
Ajustements d'ordre prosodique et linguistique		
Tours de parole et aspects temporels		
Bris et stratégies de réparation		
Gestion des thèmes		
Moyens de communication non-verbaux		

#### 1.2. Adaptations

---

Moyens de communication non verbaux	Utilise les gestes communicatifs = gestes déictiques (pointage), symboliques (culturels, ex : lever le pouce pour dire « super »), mimes de forme (trace le contour d'un objet), mimes d'utilisation d'objet (pantomimes), gestes illustratifs kinémimiques (pour mimer l'action racontée), mimiques et gestes régulateurs (activité phatique), mimes pour évoquer un état émotionnel	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable
	Utilise les gestes extra-communicatifs = gestes qui rythment la parole, gestes d'auto-contact (ex : se toucher les cheveux en parlant)	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable
<u>Utilisation du classeur de communication C.COM</u>	Signale avoir besoin du C.OM Ex : par un regard, un pointage, une mimique, une production verbale, ou en prenant le classeur	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable
	Prend le classeur de sa propre initiative	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable
	PA : Tourne les pages et	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent

	<p>cherche une cible</p> <p>Conjoint(e) : Sélectionne un intercalaire du C.COM, tourne les pages</p>	<p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>
	<p>Pointe au moins une image du classeur</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>
	<p>Utilise la planche oui/non du classeur</p> <p>PA possède un oui/non fiable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorabl</p>
	<p>Réalise des paires adjacentes via l'utilisation du C.COM</p> <p>Questions/ Réponses</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>
	<p>Le recours au classeur permet de réparer l'échange</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>
	<p>Formule des hypothèses grâce au pointage d'une ou plusieurs images</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p> <p>Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable</p>
	<p>Émet un message verbal en même temps qu'il pointe (communication multimodale) :</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p>	<p>Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pour se faire comprendre</li> <li>• pour comprendre l'autre</li> </ul>	Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable
	Laisse du temps à son interlocuteur (pour regarder ce qu'il pointe, feuilleter le classeur...): <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour se faire comprendre</li> <li>• pour aider la PA à se faire comprendre</li> </ul>	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	NE S'APPLIQUE PAS
	Observe la direction du regard de la PA / Vérifie que la PA regarde ce qu'il pointe : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour se faire comprendre</li> <li>• pour aider la PA à se faire comprendre</li> </ul>	Jamais 1 2 3 4 5 Tres souvent Tres peu fav. 1 2 3 4 5 Tres favorable	NE S'APPLIQUE PAS

## 2. Extraits de la légende de la grille d'AC établie par Leopold (2011)

### 2.1. Attitudes d'écoute

C'est la capacité à écouter et à porter de l'attention à autrui et à ses propos. Chaque action ou comportement visant à reconnaître l'interlocuteur participe à une bonne écoute.

Prend en compte les interventions du conjoint : les régulateurs phatiques, tels « hum hum », « oui », « ouais », et les expressions du visage permettent de montrer de l'attention à son interlocuteur.

Regarde son conjoint : les contacts visuels permettent aux deux partenaires d'être en interaction et de se sentir acteurs de la conversation.

---

## 2.2. Ajustements d'ordre prosodique et linguistique

**Débit** : le débit peut faire référence à la manière d'énoncer, de réciter mais aussi à la vitesse, au rythme d'élocution. Ici, il s'agit de la vitesse à laquelle les personnes s'expriment. Il se peut que le débit soit trop rapide ou trop lent, ce qui peut venir perturber l'échange.

**Intensité** : c'est le degré de force, de puissance de la voix. Il s'agit du volume plus ou moins élevé de la voix. Une intensité trop faible ou trop élevée pourrait venir perturber l'échange ou rendre l'atmosphère de conversation désagréable.

**Longueur et complexité des énoncés** : ici, il ne s'agit pas d'un calcul précis mais plutôt de remarquer si, globalement, le ou la conjoint(e) de la personne aphasique produit de longues phrases qui peuvent être difficiles à retenir et à comprendre pour PA ou si inversement, elle produit de courtes phrases plus adaptées aux capacités de la personne aphasique. De la même façon pour la complexité, il s'agit ici de déterminer si le degré de complexité des énoncés convient ou non aux possibilités de compréhension de la personne aphasique.

## 2.3. Tours de parole et aspects temporels

Un locuteur peut parler un certain temps avant de laisser la parole à son interlocuteur. L'interlocuteur doit laisser le locuteur parler et l'écouter et il peut prendre la parole lorsque l'occasion se présente à lui. Ainsi, la gestion de temps est liée aux tours de parole.

**Fait des Pauses** : les pauses rythment la conversation. Elles se définissent par une absence de parole plus ou moins longue et sont essentielles au bon déroulement de la conversation, notamment à l'alternance des tours de parole. Ne pas laisser suffisamment de pauses peut empêcher la personne aphasique de prendre son tour. Des pauses trop longues ou trop nombreuses peuvent installer un climat tendu entre les personnes. Elles peuvent entraîner la perte du tour de parole.

**Chevauchements** : ils se produisent lorsque une personne prend son tour, à un point de transition, sans forcément mettre fin à l'énoncé en cours. Certains chevauchements peuvent venir soutenir les propos du partenaire, comme les énoncés régulateurs («oui, hum hum »). Ici, seuls les chevauchements nuisibles à la conversation doivent être pris en compte, c'est-à-dire ceux qui suggèrent que la personne ne respecte pas le tour de l'autre personne.

**Interruptions** : il s'agit d'énoncés qui mettent fin de façon prématurée à l'énoncé en cours, sans rapport avec un point de transition. Elles suggèrent qu'une personne veut s'approprier le tour avant la fin de celui du locuteur en cours, qui ne peut donc pas s'exprimer pleinement.

---

## **2.4. Bris et stratégies de réparation**

Le manque du mot chez la personne aphasique est très souvent à l'origine d'un trouble de communication. D'autres phénomènes peuvent occasionner un trouble comme les chevauchements, les interruptions, les malentendus, les troubles phonologiques, les troubles du discours, etc. Lorsqu'un trouble survient, les interlocuteurs vont généralement collaborer afin d'y remédier en corrigeant l'énoncé, en le complétant, en trouvant le mot manquant : c'est l'acte de réparation.

## **2.5. Gestion des thèmes**

Les thèmes sont les sujets, les idées développées dans la conversation. Chaque locuteur a la possibilité d'initier un thème, ce qui démontre une volonté d'être acteur de la conversation. Afin d'assurer la continuité et la progression de la conversation, chacun a la responsabilité de maintenir les différents thèmes abordés.

## **2.6. Moyens de communications non-verbaux**

La communication verbale étant altérée par l'aphasie, la personne aphasique est susceptible d'utiliser des moyens non-verbaux pour interagir. Kagan (2004) a répertorié dans son outil les moyens non-verbaux les plus communs.

## **3. Cotation de la grille d'AC (échelles proposées par Leopold, 2011)**

Fréquence des comportements : 1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = parfois ; 4 = souvent ; 5 = très souvent

Comportement favorable à l'échange : 1 = très peu favorable ; 2 = peu favorable ; 3 = moyennement favorable ; 4 = favorable ; 5 = très favorable



---

## Annexe III : Création de planches à insérer dans le C.COM

### 1. Exemple de planches créées pour le couple D.



---

2. Exemple de planches créées pour le couple G.



---

## Annexe IV : Calendrier des expérimentations

DATE	PROGRAMME
Semaine du 2/09/13	Prise de contact avec les orthophonistes
Semaine du 23/09/13	Rencontre avec les couples : présentation détaillée de notre projet
Semaine du 14/10/13	Tests d'éligibilité : PEGV, BDVO, BDAE, ECP initiale.
Semaine du 21/10/13	Construction des classeurs de communication personnalisés avec chaque couple
Semaine du 28/10/13	Pré-tests : ECP, Test des 4 tâches, AC, TLC
Du 4/11/13 au 23/12/13	Sessions d'entraînement à raison de 2 séances par semaines pendant 8 semaines
Semaine du 6/01/14	Post-tests : ECP, Test des 4 tâches, AC, TLC

---

## **Annexe V : Profil aphasique des patients (BDAE, MT86)**

### **1. Madame D.**

#### **1.1. Versant production**

La passation des épreuves du BDAE évaluant la production montre que la patiente présente un manque du mot important qui rend tout récit difficile et compromet l'informativité du discours. On observe ponctuellement un jargon qui oriente la conversation sur le thème des troubles langagiers de la patiente. Le manque du mot est mis en évidence notamment dans l'épreuve de « dénomination orale » dont le score obtenu correspond à 18/105. Il se traduit par de très nombreuses paraphrasies verbales et quelques paraphrasies phonologiques. Par ailleurs, on remarque une dissociation, les verbes étant produits plus facilement que les substantifs. Sur le versant écrit, le manque du mot est également présent, l'épreuve de dénomination écrite étant échouée. En effet, Madame D. réalise un dessin pour chaque item.

Le langage automatique est très peu préservé puisque seule la comptine des chiffres peut être évoquée, le score obtenu à cette épreuve est donc de 3/9.

En outre, la patiente garde une conscience aiguë de ses troubles et a recours à une communication multimodale par l'intermédiaire de gestes et mimiques, de productions verbales et d'onomatopées

#### **1.2. Versant réception**

La passation des épreuves du BDAE évaluant la compréhension permet de dire que la compréhension de Madame D est très altérée. L'épreuve de « Discrimination verbale » montre une compréhension lexicale altérée avec un score de 36/72. On observe un effet de concrétude et de familiarité avec un temps de latence beaucoup plus long pour les items « formes », « symboles » et « nombres ». Qui plus est, la patiente est également en difficulté dans l'épreuve « Exécution d'ordres » à laquelle elle obtient le score de 3/15. Les consignes ont dû être répétées pour chaque item, qu'il s'agisse de phrases simples ou complexes et ont provoqué des mimiques et productions verbales témoignant de l'incompréhension de la tâche à effectuer. Les épreuves du MT86 ont montré d'importantes difficultés concernant le traitement des phrases qu'elles soient présentées oralement (25/38) ou par écrit (3/8). Par conséquent, sur le versant oral, certains mots familiers et concrets sont bien repérés isolément. Toutefois, le temps nécessaire au traitement de la phrase et les hésitations quant à l'interprétation du sens témoignent d'une compréhension non fonctionnelle hors contexte.

La compréhension écrite de mots isolés est relativement bien préservée, le score obtenu à l'épreuve « Correspondance mot-image » étant de 10/10. Le passage par l'écrit s'avère donc être une aide efficace mais insuffisante pour interpréter le sens des phrases.

---

## **2. Monsieur G.**

### **2.1. Versant production**

La passation des épreuves du BDAE évaluant la production permet de dire que Monsieur G. a un trouble sévère du versant productif, marqué par un énorme manque du mot. Les capacités en spontané et en situation dirigée sont touchées, soulignant une communication sévèrement altérée au quotidien.

Tout d'abord, les épreuves de conversation et de langage spontané du BDAE mettent en avant un manque du mot prédominant ; ainsi, les questions ouvertes donnent lieu, lorsque cela est possible pour le patient, à une réponse constituée d'un mot ou à une phrase « plaquée », du type « je ne sais pas ». L'épreuve de description d'image est presque impossible à faire passer à Monsieur G. En effet, celui-ci se focalise sur un élément de l'image et ne parvient plus à s'en détacher. Le manque du mot se fait énormément ressentir, avec une production proche du mutisme.

Le résultat à ces épreuves est corrélé avec l'épreuve de dénomination orale d'images, pour laquelle Monsieur G obtient un score de 3/105. Finalement, sur le versant production, c'est le langage automatique qui est pour Monsieur G. le moins touché, avec une note de 4/9.

Pour terminer, la production écrite, en analogie à l'expression orale, est déficitaire : l'épreuve de dénomination écrite n'est pas passée entièrement, mettant Monsieur G. en échec total.

Cependant, soulignons que le graphisme est préservé. Monsieur G. est capable de copier un mot écrit ; c'est donc le manque du mot qui fait ici encore défaut au patient.

### **2.2. Versant réception**

La passation des épreuves du BDAE évaluant la compréhension permet de dire que Monsieur G. présente un trouble sévère du versant réceptif, autant pour les mots que pour les phrases.

En effet, l'épreuve de discrimination verbale confère à Monsieur G. un score de 32/72, avec un score de latence important. Ceci montre que la compréhension de mots est déficitaire. De plus, l'épreuve d'exécution d'ordres donne une note de 3/15, évoquant un trouble concernant la compréhension de phrases, même simples.

Enfin, en analogie au versant oral, la compréhension écrite est également altérée : l'épreuve est impossible à faire passer. Monsieur G. montre qu'il peut copier le mot mais rien en faire de plus.

Soulignons que dans un souci de précision, l'épreuve de compréhension de phrases du MT86 (référence) a été proposée à Monsieur G., donnant pour résultat un échec et même une impossibilité de passation.

## Annexe VI : Exploitation des données de l'ECP

### 1. Couple D.

Limitations d'activités liées aux troubles de la communication et stratégies de contournement	<b>CONJOINT APHASIQUE</b>	Communication globale	Enquête 1 ECP initiale <b>3/6 ou 50 %</b>	Enquête 2 Pré-test <b>3/6 ou 50%</b>	Enquête 3 Post-test <b>2/6 ou 33.3 %</b>
		Apport CCOM	<i>Non applicable</i>	Enquête 2 Pré-test <b>27 /45 ou 60%</b>	Enquête 3 Post-test <b>33 /45 ou 73.3%</b>
	<b>PARTENAIRE</b>	Communication globale	Enquête 1 ECP initiale <b>5 /15 ou 33.3 %</b>	Enquête 2 Pré-test <b>9/15 ou 60%</b>	Enquête 3 Post-test <b>6 /15 ou 40%</b>
		Apport CCOM	<i>Non applicable</i>	Enquête 2 Pré-test <b>33 /39 ou 84.6%</b>	Enquête 3 Post-test <b>24 /39 ou 61.5%</b>
Restrictions de participation liées aux troubles de la communication	<b>PARTICIPATION</b>	Maison	Enquête 1 ECP initiale <b>19 /24 ou 79.2%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>20 /24 ou 83.3%</b>	Enquête 3 Post-test <b>24 /24 ou 100 %</b>
		Famille	Enquête 1 ECP initiale <b>4 /6 ou 66.6%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>6 /6 ou 100 %</b>	Enquête 3 Post-test <b>4 /6 ou 66.6%</b>
		Extérieur	Enquête 1 ECP initiale <b>12/21 ou 57.1%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>14/21 ou 66.7%</b>	Enquête 3 Post-test <b>17/21 ou 81%</b>

## 2. Couple G.

Limitations d'activités liées aux troubles de la communication et stratégies de contournement	<b>CONJOINT APHASIQUE</b>	Communication globale	Enquête 1 ECP initiale <b>2/6 ou 33.3%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>4/6 ou 66.7%</b>	Enquête 3 Post-test <b>3/6 ou 50%</b>
		Apport CCOM	<i>Non applicable</i>	Enquête 2 Pré-test <b>21/45 ou 46.7%</b>	Enquête 3 Post-test <b>31/45 ou 68.9%</b>
	<b>PARTENAIRE</b>	Communication globale	Enquête 1 ECP initiale <b>6/15 ou 40%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>10/15 ou 66.7%</b>	Enquête 3 Post-test <b>11/15 ou 73.3%</b>
		Apport CCOM	<i>Non applicable</i>	Enquête 2 Pré-test <b>19/39 ou 48.7%</b>	Enquête 3 Post-test <b>23/39 ou 59%</b>
Restrictions de participation liées aux troubles de la communication	<b>PARTICIPATION</b>	Maison	Enquête 1 ECP initiale <b>7/24 ou 29.2%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>9/24 ou 37.5%</b>	Enquête 3 Post-test <b>12/24 ou 50%</b>
		Famille	Enquête 1 ECP initiale <b>2/6 ou 33.3%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>2/6 ou 33.3%</b>	Enquête 3 Post-test <b>3/6 ou 50%</b>
		Extérieur	Enquête 1 ECP initiale <b>4/21 ou 19%</b>	Enquête 2 Pré-test <b>6/21 ou 28.6%</b>	Enquête 3 Post-test <b>6/21 ou 28.6%</b>

## Annexe VII : Test des 4 tâches : analyse nuancée

### 1. Couple D.

PRE-TEST (nuancé) MADAME D	SANS C.COM			AVEC C.COM			
	Tâches	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
1 (R)				X	NA*	NA*	NA*
2 (R)				X	NA*	NA*	NA*
3 (R+I)			X				X
4 (R+I)	X					X	
Total	1/4	1/4	2/4	0/2	1/2	1/2	
Total %	25%	25%	50%	0%	50%	50%	

POST-TEST (nuancé) MADAME D	SANS C.COM			AVEC C.COM			
	Tâches	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle	Réussite
1 (R)				X	NA*	NA*	NA*
2 (R)			X			X	
3 (R+I)	X						X
4 (R+I)	X						X
Total	2/4	1/4	1/4	1/4	0/3	1/3	2/3
Total %	50%	25%	25%	25%	0%	33,3%	66,6%



## 2. Couple G.

PRE-TEST (nuancé) MONSIEUR G	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Tâches	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle
1 (R)			X	NA*	NA*	NA*
2 (R)			X		X	
3 (R+I)	X				X	
4 (R+I)	X				X	
Total	2/4	1/4	1/4	0/3	3/3	0/3
Total %	50%	25%	25%	0%	100%	0%

POST-TEST (nuancé) MONSIEUR G	SANS C.COM			AVEC C.COM		
	Tâches	Echec	Réussite partielle	Réussite	Echec	Réussite partielle
1 (R)			X	NA*	NA*	NA*
2 (R)			X	NA*	NA*	NA*
3 (R+I)	X				X	
4 (R+I)	X					X
Total	2/4	0/4	2/4	0/2	1/2	1/2
Total %	50%	0%	50%	0%	50%	50%

## Annexe VIII : Analyse conversationnelle : résultats détaillés

Nous présentons ici les résultats détaillés de l’item « tours de parole et aspects temporels » :

### 3. Couple D.

Comportements	Pré-test conjoint(e)		Post-test conjoint(e)		Pré-test PA		Post-test PA	
	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité
Fait des pauses	3,33/5	3/5	3,16/5	3,5/5	4/5	3/5	4/5	2,83/5
Fait des chevauchements	3/5	3,5/5	2/5	3,25/5	2,77/5	3,5/5	2,5/5	3,25/5
Interrompt son/sa conjoint(e)	3,16/5	3,66/5	2/5	4,16/5	1,83/5	4/5	2/5	4,16/5

### 4. Couple G.

Comportements	Pré-test conjoint(e)		Post-test conjoint(e)		Pré-test PA		Post-test PA	
	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité	Fréquence	Efficacité
Fait des pauses	4/5	3,33/5	2,5/5	2,5/5	4/5	4/5	Manque du mot	Pas pertinent
Fait des chevauchements	1,33/5	4/5	2,33/5	2,33/5	1,33/5	4/5	2/5	2,75/5
Interrompt son/sa conjoint(e)	1,33/5	4,33/5	1,89/5	3,66/5	1,22/5	3,33/5	2,5/5	2,75/5

---

## Annexe IX : Données recueillies lors des entraînements

### 1. Couple D

Au début des entraînements, c'est surtout Monsieur D. qui incite sa femme à utiliser le classeur pour qu'elle se fasse comprendre, par la suite c'est davantage Madame D. qui prend l'initiative de l'utiliser. Entre les séances d'entraînement, l'outil est utilisé à raison de 2 à 3 fois par semaine essentiellement pour les catégories « alimentation », « objets courants », « jours de la semaine » (Monsieur D. commentant « Ah, ça les jours de la semaine, c'est quelque chose ! »).

Concernant la conscience des troubles, Monsieur D. évoque pour la première fois les difficultés de compréhension de sa femme lors de la cinquième semaine d'entraînement, il ajoute d'ailleurs le fait qu'il lui a posé des questions « test » pour vérifier sa compréhension. Lors du sixième entraînement, Monsieur D. fait davantage de pauses, attend l'acquiescement de sa conjointe, lui pose des questions du type « t'as compris ? » tout en la regardant de manière attentive. Le regard est bien investi par Monsieur D. qui, au cours de cette même séance d'entraînement, dit à sa femme de le regarder lorsqu'il s'apprête à faire un geste. Toutefois, le ressenti d'une compréhension altérée fluctuait au cours des semaines.

Madame D. quant à elle, souhaitait nous confier de plus en plus de choses au fil des entraînements, évoquant ses difficultés, sa souffrance mais aussi ses progrès. Régulièrement, elle mentionnait le fait qu'elle se sentait de plus en plus à l'aise lorsqu'elle devait répondre au téléphone. Ceci est à mettre en parallèle avec la prise en charge orthophonique qu'elle a suivie et l'entraînement dont elle a bénéficié qui l'ont vraisemblablement aidée à retrouver une confiance en elle.

Quant aux mises en situations, leur réussite était d'autant plus manifeste lorsqu'elles faisaient directement référence à la routine du couple, ce que remarquait d'ailleurs Monsieur D. « C'est plus facile, je sais qu'elle peut vouloir parler de ça ou ça... ».

### 2. Couple G.

Au début des entraînements, Madame G. est très demandeuse : elle s'intéresse énormément à la conception de l'outil et prend l'initiative d'inviter Monsieur G. à utiliser le classeur. Par la suite, c'est davantage Monsieur G. qui prend l'initiative de l'utiliser. Entre les séances d'entraînement, l'outil est utilisé à raison de 2 à 3 fois par semaine : Madame G. explique qu'ils utilisent le C.COM là où autrefois le recours à des questions ne suffisait pas.

Concernant la conscience des troubles, malgré l'ancienneté de l'aphasie, Madame G. évoque découvrir, lors des entraînements, certaines difficultés de son mari : elle ne s'était par exemple pas aperçue qu'il ne reconnaissait plus les couleurs. La prise de conscience des difficultés phasiques s'est faite dès les premiers entraînements. Par exemple, dès le second entraînement, jouer au jeu des familles avec son mari a permis à Madame G. de se rendre davantage compte des difficultés de compréhension de son mari. De plus, la

---

connaissance des troubles phasiques s'est accrue, et Madame G. a progressivement adopté des stratégies davantage productives pour aider son conjoint : elle posait des questions fermées, laissait à Monsieur le temps pour répondre.

Monsieur G., quant à lui, s'est montré de plus en plus enthousiaste au fil des entraînements. Peu à peu, il a investi le C.COM tant et si bien qu'à partir du sixième entraînement, c'était toujours lui qui était à l'initiative de son utilisation. Les situations de PACE ont également mis en exergue une participation grandissante de Monsieur G.

Pour finir, les mises en situation ont mis en avant des progrès concernant Madame G., mais aussi Monsieur. Les mises en situation proposées étaient de difficultés croissantes, permettant à chaque fois au couple de les réussir. Lors des retours sur celles-ci, Madame G. était très attentive aux conseils donnés, et Monsieur G. était très réceptif lorsque nous mettions en avant les comportements positifs qu'il avait eus, tels qu'utiliser les gestes ou le C.COM.

---

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

### 1. Liste des tableaux

Tableau 1 Résultats au test des 4 tâches du couple D. en pré-test .....	52
Tableau 2 Résultats au test des 4 tâches du couple D. en post-test .....	52
Tableau 3 Résultats quantitatifs obtenus à l'AC pour le couple D. ....	53
Tableau 4 Résultats au test des 4 tâches du couple G. en pré-test .....	60
Tableau 5 Résultats au test des 4 tâches du couple G. en post-test .....	60
Tableau 6 Résultats quantitatifs obtenus à l'AC pour le couple G. ....	61

### 2. Liste des graphiques

Graphique 1 Connaissance des troubles aphasiques selon le partenaire .....	50
Graphique 2 Ressenti du partenaire quant aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique.....	50
Graphique 3 Ressenti et stratégies de contournement du partenaire quant aux capacités de compréhension du conjoint aphasique .....	50
Graphique 4 Ressenti du partenaire quant à l'efficacité du C.COM .....	51
Graphique 5 Ressenti du partenaire quant à l'aisance dans l'utilisation du C.COM .....	51
Graphique 6 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour comprendre la PA.....	51
Graphique 7 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour être compris par la PA.....	51
Graphique 8 Qualité de la participation de la PA à la maison, selon le partenaire .....	51
Graphique 9 Qualité de la participation de la PA en famille, selon le partenaire .....	51
Graphique 10 Qualité de la participation de la PA à l'extérieur, selon le partenaire.....	51
Graphique 11 Communication non verbale au TLC, Madame D. ....	55

---

Graphique 12 Connaissance des troubles aphasiques selon le partenaire .....	58
Graphique 13 Ressenti du partenaire quant aux capacités d'expression et aux ajustements du conjoint aphasique.....	58
Graphique 14 Ressenti et stratégies de contournement du partenaire quant aux capacités de compréhension du conjoint aphasique .....	58
Graphique 15 Ressenti du partenaire quant à l'efficacité du C.COM .....	59
Graphique 16 Ressenti du partenaire quant à l'aisance dans l'utilisation du C.COM .....	59
Graphique 17 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour comprendre la PA.....	59
Graphique 18 Ressenti du partenaire quant à l'apport du C.COM pour être compris par la PA....	59
Graphique 19 Qualité de la participation de la PA à la maison, selon le partenaire .....	60
Graphique 20 Qualité de la participation de la PA en famille, selon le partenaire .....	60
Graphique 21 Qualité de la participation de la PA à l'extérieur, selon le partenaire.....	60
Graphique 22 Communication non-verbale au TLC, Monsieur G.....	64

---

# TABLE DES MATIERES

---

<b>ORGANIGRAMMES</b> .....	<b>2</b>
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i> .....	2
1.1. Secteur Santé : .....	2
1.2. Secteur Sciences et Technologies : .....	2
2. <i>2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i> .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>10</b>
I. COMMUNICATION ET APHASIE .....	11
1. <i>Généralités sur la communication, la conversation et l'aphasie</i> .....	11
1.1. La communication verbale et non verbale .....	11
1.2. La communication non-verbale.....	11
1.3. Les notions d'interaction et d'intercommunication.....	11
1.3.1. La « communiacion », Brassac (2000) .....	11
1.3.2. La notion d'interaction .....	12
1.4. Conversation et analyse conversationnelle (AC) .....	12
2. <i>L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension</i> .....	12
2.1. L'aphasie sévère .....	12
2.1.1. Définition de l'aphasie.....	12
2.1.2. La sévérité .....	13
2.2. L'aphasie fluente sévère.....	13
2.3. L'aphasie globale sévère.....	14
3. <i>L'aphasie sévère avec troubles de la compréhension : une mise en péril de la communication ?</i> .....	14
3.1. Les troubles de la communication liés à l'aphasie sévère avec troubles de la compréhension.....	14
3.1.1. Les difficultés liées au trouble communicationnel global.....	14
3.1.2. Les difficultés spécifiques liées à la perte du langage.....	15
3.1.3. Les difficultés spécifiques liées au trouble de la compréhension.....	15
3.2. Conséquences des troubles de la communication sur le quotidien .....	15
3.3. Le handicap communicationnel au sein du couple.....	16
3.3.1. Le couple et la « crise » du handicap .....	16
3.3.2. Le vécu du conjoint .....	16
3.3.3. Comment évaluer le handicap de communication engendré par l'aphasie ?.....	16
II. LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COMMUNICATIONNELS DANS L'APHASIE SEVERE : UNE DEMARCHE PALLIATIVE.....	17
1. <i>Historique des approches orthophoniques (Charton-Gonzalez, Munier, Petit, Gaujard &amp; Montero, 2004)</i> .....	17
1.1. Les approches traditionnelles .....	17
1.1.1. La démarche neurolinguistique.....	17
1.1.2. La démarche cognitive.....	17
1.2. Les approches fonctionnelles .....	18
1.2.1. La démarche fonctionnelle ou pragmatique .....	18
1.2.2. La démarche écologique .....	18
1.3. Les approches psycho-sociales .....	18
1.3.1. La démarche sociale .....	18
1.3.2. La démarche éco-systémique.....	18
2. <i>Définitions et principes de la démarche palliative</i> .....	19
2.1. La PEC palliative : définition.....	19
2.2. La démarche palliative dans les troubles aphasiques : la communication augmentative.....	19
2.2.1. Définition de l'AAC .....	19
2.2.2. La communication augmentative .....	19
2.3. Construction d'une prise en charge palliative en aphasiologie.....	20
3. <i>La réparation des troubles communicationnels et conversationnels</i> .....	20
3.1. Qu'est-ce que « réparer » la communication ?.....	20
3.2. L'importance de l'interlocuteur dans l'activité de réparation .....	20
3.2.1. Une activité co-construite par les interlocuteurs .....	20
3.2.2. Le « bon » partenaire (Kagan, 1999) .....	21

---

3.3.	Les outils et mécanismes de réparation .....	21
3.3.1.	Les questions et autres témoignages d'une incompréhension .....	21
3.3.2.	Les hypothèses et les reformulations .....	21
III.	UN OUTIL PALLIATIF ET AUGMENTATIF DE COMMUNICATION : LE CLASSEUR C.COM .....	22
1.	<i>Le classeur de communication</i> .....	22
1.1.	Principes généraux du classeur de communication .....	22
1.1.1.	Un outil ancré dans la démarche palliative .....	22
1.1.2.	Une présentation en adéquation avec les troubles phasiques .....	22
1.2.	Personnalisation et adaptation du C.COM .....	22
1.3.	Procédure d'utilisation et mise en place de l'outil .....	23
1.3.1.	La construction du classeur .....	23
1.3.2.	Un entraînement sous forme de mises en situation .....	23
1.3.3.	Principes d'utilisation du classeur .....	23
2.	<i>Le classeur de communication : un classeur «partenaire-dépendant »</i> .....	23
2.1.	La place de l'interlocuteur dans la communication avec une personne aphasique .....	23
2.2.	Une démarche de sensibilisation envers le partenaire de communication .....	24
2.3.	L'alliance thérapeutique .....	24
2.3.1.	Définition .....	24
2.3.2.	Une relation horizontale .....	24
3.	<i>Pour un outil, une communication et un partenaire efficaces</i> .....	25
3.1.	Evaluer l'adéquation de l'outil : critère de jugement principal .....	25
3.1.1.	Sévérité de l'aphasie .....	25
3.1.2.	Le traitement des photographies .....	25
3.2.	Evaluer l'efficacité de l'outil : critères secondaires .....	25
3.3.	Evaluation du partenaire .....	25
3.3.1.	Le partenaire et la dimension communicationnelle .....	25
3.3.2.	Estimer les ressources mobilisables .....	26
	<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</b> .....	<b>27</b>
IV.	PROBLEMATIQUE .....	28
V.	HYPOTHESES .....	28
1.	<i>Hypothèse générale</i> .....	28
2.	<i>Hypothèses spécifiques</i> .....	28
2.1.	Hypothèse spécifique 1 .....	28
2.2.	Hypothèse spécifique 2 .....	29
2.3.	Hypothèse spécifique 3 .....	29
2.4.	Hypothèse spécifique 4 .....	29
2.5.	Hypothèse spécifique 5 .....	29
VI.	VARIABLES PRISES EN COMPTES .....	29
1.	<i>Variable indépendante</i> .....	29
2.	<i>Variable dépendante</i> .....	29
	<b>PARTIE EXPERIMENTALE</b> .....	<b>30</b>
I.	POPULATION .....	31
1.	<i>Critères d'éligibilité</i> .....	31
1.1.	Critères d'inclusion .....	31
1.2.	Critères de non-inclusion .....	31
2.	<i>Présentation des deux couples</i> .....	32
2.1.	Couple D. ....	32
2.1.1.	Données générales .....	32
2.1.2.	Données médicales .....	32
2.2.	Couple G. ....	33
2.2.1.	Données générales .....	33
2.2.2.	Données médicales .....	34
II.	PROTOCOLE D'EXPERIMENTATION .....	35
1.	<i>Evaluations</i> .....	35
1.1.	Tests d'éligibilité .....	35
1.1.1.	Analyse perceptive .....	35
1.1.2.	Evaluation du traitement sémantique de l'image .....	35
1.1.3.	Evaluation du traitement visuel de l'image .....	35
1.1.4.	Observation de la dépression .....	36
1.1.5.	Examen de l'aphasie .....	36
a.	Sévérité de l'aphasie .....	36
b.	Le profil aphasique .....	37
1.1.6.	Évaluation destinée au partenaire .....	37



1.2.	Les pré-tests et les post-tests .....	37
1.2.1.	Echelle de communication pragmatique .....	37
a.	L'ECP-initiale.....	38
b.	L'ECP-C.COM.....	38
1.2.2.	Evaluation de tâches de communication calibrées (annexe I) .....	39
1.2.3.	Analyse conversationnelle (annexe II).....	40
1.2.4.	TLC .....	40
1.3.	Evaluations complémentaires.....	41
2.	<i>Construction du classeur personnalisé à partir du classeur de base</i> .....	41
2.1.	Elaboration du contenu du classeur.....	41
2.1.1.	Le classeur du couple D.....	41
2.1.2.	Le classeur du couple G.....	42
2.2.	Création des nouvelles planches adaptées aux couples .....	43
2.3.	Retour sur le classeur .....	43
3.	<i>Utilisation du classeur C.COM</i> .....	43
3.1.	Entraînement des habiletés du patient .....	44
3.1.1.	Appariements d'images .....	44
3.1.2.	Recherche d'intrus .....	44
3.1.3.	Exercices de catégorisation.....	44
3.2.	Entraînement du partenaire .....	44
3.2.1.	PACE.....	45
3.2.2.	Jeu des familles.....	45
3.2.3.	Mises en situations.....	45
III.	DEROULE DES SEANCES D'ENTRAINEMENT .....	46
1.	<i>Modélisation d'une séance</i> .....	46
2.	<i>Calendrier des entraînements (annexe IV)</i> .....	47
<b>PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>		<b>48</b>
I.	PRESENTATION DES RESULTATS CONCERNANT LE COUPLE D.....	49
1.	<i>Résultats obtenus aux tests d'éligibilité</i> .....	49
1.1.	Analyse perceptive.....	49
1.2.	PEGV et BVDO.....	49
1.3.	Echelle de dépression de Bénaïm.....	49
1.4.	Examen de l'aphasie (BDAE et MT86) .....	49
1.5.	Evaluation destinée au partenaire.....	49
2.	<i>Résultats à l'Echelle de Communication Pragmatique (annexe VI)</i> .....	50
2.1.	Communication globale .....	50
2.1.1.	Echelles visuelles.....	50
2.1.2.	Réponses aux questions .....	50
2.2.	Apport du classeur de communication .....	51
2.2.1.	Echelles visuelles.....	51
2.2.2.	Réponses aux questions .....	51
2.3.	Participation .....	51
3.	<i>Résultats au test des 4 tâches</i> .....	52
3.1.	Analyse quantitative.....	52
3.2.	Analyse qualitative.....	52
3.2.1.	Attitude communicationnelle de Monsieur D. en pré-test.....	52
3.2.2.	Attitude communicationnelle de Monsieur D. en post-test .....	53
4.	<i>Résultats à l'analyse conversationnelle</i> .....	53
4.1.	Analyse quantitative.....	53
4.2.	Analyse qualitative.....	53
4.2.1.	Attitudes d'écoute.....	54
4.2.2.	Ajustements d'ordre prosodique et linguistique .....	54
4.2.3.	Tours de parole et aspects temporels (annexe VIII).....	54
4.2.4.	Bris et stratégies de réparation .....	54
4.2.5.	Gestion des thèmes .....	55
4.2.6.	Moyens de communication non verbaux .....	55
4.2.7.	Utilisation du classeur C.COM.....	55
5.	<i>Résultats au Test Lillois de Communication</i> .....	55
6.	<i>Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX)</i> .....	56
7.	<i>Tests complémentaires : BDAE et MT86 en post-test</i> .....	56
II.	PRESENTATION DES RESULTATS CONCERNANT LE COUPLE G.....	57
1.	<i>Résultats obtenus aux tests d'éligibilité</i> .....	57
1.1.	Analyse perceptive.....	57
1.2.	PEGV et BDVO.....	57

1.3.	Echelle de dépression de Bénaïm.....	57
1.4.	Examen de l'aphasie (BDAE et MT86) .....	57
1.5.	Evaluation destinée au partenaire.....	57
2.	<b>Résultats à l'Echelle de Communication Pragmatique (annexe VI) .....</b>	<b>58</b>
2.1.	Communication globale .....	58
2.1.1.	Echelles visuelles.....	58
2.1.2.	Réponses aux questions .....	58
2.2.	Apport du classeur de communication .....	59
2.2.1.	Echelles visuelles.....	59
2.2.2.	Réponses aux questions .....	59
2.3.	Participation .....	60
3.	<b>Résultats au test des 4 tâches .....</b>	<b>60</b>
3.1.	Analyse quantitative.....	60
3.2.	Analyse qualitative.....	60
3.2.1.	Attitude communicationnelle de Madame G. en pré-test.....	60
3.2.2.	Attitude communicationnelle de Madame G. en post-test .....	61
4.	<b>Résultats à l'analyse conversationnelle .....</b>	<b>61</b>
4.1.	Analyse quantitative.....	61
4.2.	Analyse qualitative.....	62
4.2.1.	Attitudes d'écoute.....	62
4.2.2.	Ajustements d'ordre prosodique et linguistique .....	62
4.2.3.	Tours de parole et aspects temporels .....	62
4.2.4.	Bris et stratégies de réparation .....	62
4.2.5.	Gestion des thèmes .....	63
4.2.6.	Moyens de communication non verbaux .....	63
4.2.7.	Utilisation du classeur C.COM.....	63
5.	<b>Résultats au Test Lillois de Communication .....</b>	<b>64</b>
6.	<b>Analyse qualitative globale des entraînements (annexe IX).....</b>	<b>64</b>
7.	<b>Test complémentaire : BDAE en post-test.....</b>	<b>65</b>
	<b>DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>66</b>
I.	<b>VALIDATION DES HYPOTHESES .....</b>	<b>67</b>
1.	<b>Couple D. ....</b>	<b>67</b>
1.1.	Le C.COM, un outil pour la prise de conscience, la connaissance et le contournement des troubles phasiques (hypothèse spécifique 1).....	67
1.2.	Le C.COM, un classeur facilitant la réception et la transmission d'informations (hypothèses spécifiques 2 et 3) .....	68
1.3.	La communication quotidienne (hypothèse spécifique 4) .....	69
1.4.	Le développement des canaux de communication (hypothèse spécifique 5) .....	70
1.5.	Conclusions pour le couple D. ....	71
2.	<b>Couple G. ....</b>	<b>71</b>
2.1.	Le C.COM, un outil pour la prise de conscience, la connaissance et le contournement des troubles phasiques (hypothèse spécifique 1).....	71
2.2.	Le C.COM, un classeur facilitant la réception et la transmission d'informations (hypothèses spécifiques 2 et 3) .....	72
2.3.	La communication quotidienne (hypothèse spécifique 4) .....	73
2.4.	Le développement des canaux de communication (hypothèse spécifique 5) .....	74
2.5.	Conclusions pour le couple G. ....	75
II.	<b>EVOLUTION DES PATIENTS ET DES PARTENAIRES .....</b>	<b>75</b>
1.	<b>Couple D. ....</b>	<b>75</b>
1.1.	Evolution de la patiente aphasique.....	75
1.2.	Le partenaire : son évolution, son adaptation .....	75
1.3.	Corollaire pour le couple D.....	76
2.	<b>Couple G. ....</b>	<b>77</b>
2.1.	Evolution du patient aphasique .....	77
2.2.	Le partenaire : son évolution, ses adaptations .....	77
2.3.	Corollaire pour le couple G.....	78
3.	<b>Mise en parallèle des deux couples.....</b>	<b>78</b>
III.	<b>RETOUR SUR L'ENSEMBLE DU PROTOCOLE .....</b>	<b>79</b>
1.	<b>Le classeur de communication C.COM.....</b>	<b>79</b>
1.1.	Un classeur personnalisé et investi.....	79
1.2.	Les limites du C.COM et de sa mise en place.....	79
2.	<b>Les entraînements .....</b>	<b>80</b>
2.1.	Les entraînements : aspects positifs .....	80
2.2.	Difficultés observées lors des entraînements .....	80

3.	<i>Les tests utilisés</i> .....	81
3.1.	ECP.....	81
3.1.1.	Intérêts de l'ECP.....	81
3.1.2.	Difficultés relatives à l'ECP.....	81
3.2.	Test des 4 tâches.....	81
3.2.1.	Intérêts du test des 4 tâches.....	81
3.2.2.	Difficultés relatives au test des 4 tâches.....	82
3.3.	L'analyse conversationnelle.....	82
3.3.1.	Les intérêts de l'analyse conversationnelle.....	82
3.3.2.	Les biais de l'analyse conversationnelle.....	82
3.4.	Le Test Lillois de Communication.....	82
IV.	APPORTS SUR LE PLAN PERSONNEL.....	83
V.	PERSPECTIVES.....	84
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>85</b>
<b>REFERENCES</b> .....		<b>86</b>
<b>TESTS</b> .....		<b>90</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....		<b>91</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>93</b>
	LISTE DES ANNEXES.....	94
	ANNEXE I : PRESENTATION DU TEST DES 4 TACHES (ADAPTATION DU TEST DES 6 TACHES).....	95
1.	<i>Pré-test</i> .....	95
2.	<i>Post-test</i> .....	95
	ANNEXE II : PRESENTATION DE L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE (AC).....	96
1.	<i>Présentation de la grille d'AC de Leopold (2011) et des adaptations</i> .....	96
1.1.	Grille de Leopold (2011), en cours de publication.....	96
1.2.	Adaptations.....	96
2.	<i>Extraits de la légende de la grille d'AC établie par Leopold (2011)</i> .....	99
2.1.	Attitudes d'écoute.....	99
2.2.	Ajustements d'ordre prosodique et linguistique.....	100
2.3.	Tours de parole et aspects temporels.....	100
2.4.	Bris et stratégies de réparation.....	101
2.5.	Gestion des thèmes.....	101
2.6.	Moyens de communications non-verbaux.....	101
3.	<i>Cotation de la grille d'AC (échelles proposées par Leopold, 2011)</i> .....	101
	ANNEXE III : CREATION DE PLANCHES A INSERER DANS LE C.COM.....	102
1.	<i>Exemple de planches créées pour le couple D.</i> .....	102
2.	<i>Exemple de planches créées pour le couple G.</i> .....	103
	ANNEXE IV : CALENDRIER DES EXPERIMENTATIONS.....	104
	ANNEXE V : PROFIL APHASIQUE DES PATIENTS (BDAE, MT86).....	105
1.	<i>Madame D.</i> .....	105
1.1.	Versant production.....	105
1.2.	Versant réception.....	105
2.	<i>Monsieur G.</i> .....	106
2.1.	Versant production.....	106
2.2.	Versant réception.....	106
	ANNEXE VI : EXPLOITATION DES DONNEES DE L'ECP.....	107
1.	<i>Couple D.</i> .....	107
2.	<i>Couple G.</i> .....	108
	ANNEXE VII : TEST DES 4 TACHES : ANALYSE NUANCEE.....	109
1.	<i>Couple D.</i> .....	109
2.	<i>Couple G.</i> .....	110
	ANNEXE VIII : ANALYSE CONVERSATIONNELLE : RESULTATS DETAILLES.....	111
3.	<i>Couple D.</i> .....	111
4.	<i>Couple G.</i> .....	111
	ANNEXE IX : DONNEES RECUEILLIES LORS DES ENTRAINEMENTS.....	112
1.	<i>Couple D.</i> .....	112
2.	<i>Couple G.</i> .....	112
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....		<b>114</b>

---

1.	<i>Liste des tableaux</i> .....	114
2.	<i>Liste des graphiques</i> .....	114
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....		<b>116</b>

---

Pinet Constance et Teyssier Marion

## **MESURE DE L'EFFICACITE DU SUPPORT PALLIATIF C.COM DANS DEUX CAS D'APHASIES SEVERES ALTERANT LA COMPREHENSION**

121 Pages

Tome1 : 121 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2014

---

### **RESUME**

---

La communication augmentative apparaît comme une aide pour pallier les difficultés communicationnelles éprouvées par un couple touché par l'aphasie sévère. Une telle atteinte bouleverse les principes conversationnels d'une interaction ordinaire, créant une situation de « handicap partagé » au sein du couple. En effet, l'aphasie sévère modifie les rôles des interlocuteurs lors d'un échange. La mise en place du C.COM, classeur de communication personnalisé et « partenaire-dépendant » créé par Isabelle Charton-Gonzalez, vise à sensibiliser le partenaire de communication de la personne aphasique aux troubles dont elle souffre afin de le conduire à « piloter » l'échange. Dans cette étude nous avons supposé que la remédiation associée au C.COM améliorerait la communication au sein du couple. Ainsi, nous avons réalisé une étude de cas auprès de patients aphasiques sévères présentant des troubles de la compréhension et de leur conjoint. Suite aux tests d'éligibilité, huit semaines d'entraînement ont été menées, dont l'efficacité a été évaluée par des pré-tests et des post-tests, conformément au protocole de création, d'installation et d'utilisation du C.COM. L'ajout d'une analyse conversationnelle au protocole établi nous a permis d'affiner l'interprétation des résultats. Notre intervention auprès des couples a permis de faire évoluer la conscience des troubles phasiques de chaque conjoint non-aphasique, paramètre indispensable à l'investissement de l'outil palliatif qu'est le C.COM. Les entraînements que nous avons menés ont conduit les partenaires à abandonner certaines stratégies non productives au profit d'attitudes communicationnelles adaptées et d'une utilisation appropriée du C.COM. Ceci conduit à réparer les bris de communication et donc favorise la continuité des échanges. Enfin, le recours aux canaux de communication non verbaux tels que les gestes a été développé, contribuant à améliorer la communication quotidienne du couple. Les différences inter-couples nous amènent à imaginer un projet de recherche similaire avec des patients dont le profil aphasique et la distance de l'AVC seraient analogues.

---

### **MOTS-CLES**

---

Aphasie sévère /communication augmentée / partenaire de communication / analyse conversationnelle / réparation / remédiation

---

### **MEMBRES DU JURY**

---

Gilles Rode - Frédérique Lafay - Mathieu Lesourd

---

### **DIRECTEURS DE MEMOIRE**

---

Isabelle Charton-Gonzalez et Valérie Ferrero

---

### **DATE DE SOUTENANCE**

---

26 Juin 2014

---

