



BU bibliothèque Lyon 1

<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>



Université Claude Bernard Lyon 1  
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation  
Département Orthophonie

**N° de mémoire 1866**

---

Mémoire de Grade Master 2 en Orthophonie

présenté pour l'obtention du

**Grade de Master 2 en Orthophonie**

Par

**COËPLET Camille**

**Les enjeux de la relation entre le patient aphasique en phase aiguë  
de l'AVC et l'orthophoniste :  
Observations en Unité-Neurovasculaire**

Directrices de Mémoire

**PREAU Marie**

**CARPENTIER Camille**

Date de soutenance

**24 mai 2018**

Membres du jury

**SANCHEZ Monique**

**AUJOGUES Emmanuelle**

**PREAU Marie**

**CARPENTIER Camille**



Président  
**Frédéric FLEURY**

Vice-président CFVU  
**CHEVALIER Philippe**

Vice-président CA  
**REVEL Didier**

Vice-président CS  
**VALLEE Fabrice**

Directeur Général des Services  
**MARCHAND Dominique**

## Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur  
**Pr. RODE Gilles**

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

U.F.R de Médecine Lyon-Sud  
Charles Mérieux  
Directrice  
**Pr BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directrice  
**Pr VINCIGUERRA Christine**

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

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur  
**Dr Xavier PERROT**

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (CCEM)  
**Pr COCHAT Pierre**



## Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Département ORTHOPHONIE

Directeur ISTR  
**Xavier PERROT**

### Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation  
**Agnès BO**

Responsables des travaux de recherche  
**Nina KLEINSZ**  
**Agnès WITKO**

Responsables de l'enseignement clinique  
**Johanne BOUQUAND**  
**Ségoène CHOPARD**  
**Claire GENTIL**

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études  
en vue du certificat de capacité en orthophonie  
**Solveig CHAPUIS**  
**Céline GRENET**

Coordinateur de cycle 2  
**Solveig CHAPUIS**

Responsable de la formation continue  
**Johanne BOUQUAND**

Secrétariat de direction et de scolarité  
**Aurélien CHATEAUNEUF**  
**Véronique LEFEBVRE**  
**Olivier VERON**

## Résumé

L'aphasie est un trouble communicationnel acquis, consécutif à des lésions cérébrales pouvant résulter d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Les perturbations langagières sont variées, tout comme le handicap que cela entraîne. L'orthophoniste intervient auprès de la personne aphasique dans le but de rééduquer ou d'adapter ses capacités communicationnelles. En ce sens, la construction d'une alliance thérapeutique entre soignant et soigné est nécessaire.

Cette étude porte sur les enjeux de la relation thérapeutique entre l'orthophoniste et le patient aphasique en phase aiguë de l'AVC. Nous faisons l'hypothèse que la qualité de la relation thérapeutique est liée à la qualité des interactions verbales et non verbales entre soignant et soigné et est possiblement impactée par les conditions environnementales dans lesquelles se déroule la séance.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons utilisé une grille d'observation systématisée relevant les informations factuelles et environnementales, et pris en note certains éléments verbaux et non verbaux. Nous avons observé dix-sept patients aphasiques en phase aiguë et trois orthophonistes. Ceci au cours de vingt-et-une séances de rééducation, au sein d'une Unité-Neurovasculaire (UNV).

La qualité de la relation semble liée à la qualité des interactions verbales et non verbales entre le patient aphasique et l'orthophoniste. Les stratégies et l'attitude du thérapeute favorisent la réassurance du patient et le rendent acteur de la rééducation. La qualité de la relation semble également dépendre de l'environnement dans lequel se déroule la prise en soin. En effet, certaines conditions, peuvent être un frein à l'élaboration d'une communication optimale et à la création d'un environnement de soin sécurisant pour le patient. Il semble que ces éléments environnementaux ont une influence sur la construction d'une relation thérapeutique satisfaisante. Néanmoins, les qualités humaines et le savoir-être du thérapeute entrent également en jeu.

---

## Mots-clés

Orthophonie, relation thérapeutique, aphasie, AVC, UNV.

## **Abstract**

Aphasia is an acquired disorder of communication consecutive to brain damages which can result from a stroke. Speech disorders are varied, just like the handicap generated. The speech therapist intervenes with the aphasic person to rehabilitate or adapting patient's communication skills. This way, the construction of a therapeutic alliance between carer and patient is necessary.

This study concerns the issues of therapeutic relation between the speech therapist and the aphasic patient during stroke's acute phase. We make the hypothesis that relationship therapeutic's quality is related to quality of verbal and nonverbal interactions between carer and patient ; and is potentially impacted by the environment in which speech therapy session takes place.

To answer our aims, we used a systematized observation grid mentioning factual and environmental informations, and made notes of certain verbal and nonverbal elements. We observed seventeen aphasic patients in acute phase and three speech therapists. This, during twenty one sessions, within Acute Stroke Unit (ASU).

Quality of relation seems related to quality of the verbal and nonverbal interactions between aphasic patient and speech therapist. Therapist's strategies and attitudes promote patient's reinsurance and makes him actor of the speech therapy. Quality of the relation also seems linked to the environment in which session takes place. Indeed, some conditions, can be a barrier to an optimal communication and to a secure environment for patient. It seems that outer elements influence the construction of a satisfactory therapeutic relationship. However, human qualities and soft skills of the therapist are involved too.

---

## **Keywords**

Speech therapy, therapeutic relationship, aphasia, stroke, ASU.

## Remerciements

---

Ce mémoire est le fruit d'un travail collaboratif.

Je tiens particulièrement à remercier mes directrices de mémoire, Marie Préau et Camille Carpentier. Merci de m'avoir fait confiance et guidée avec beaucoup de justesse tout au long de l'année. Merci également pour vos conseils avisés et votre grande disponibilité.

Je remercie très sincèrement mes professeures, Anne Peillon et Valérie Ferrero, pour leurs relectures. Nos échanges m'ont permis d'enrichir ma réflexion.

Je remercie chaleureusement les orthophonistes de l'Unité-Neurovasculaire d'avoir accepté de participer à ce projet. J'ai beaucoup apprécié ces précieux moments et votre grande bienveillance.

Je remercie les patients d'avoir accepté ma présence lors des séances avec les orthophonistes. Ils ont donné tout son sens à ma démarche.

Pour finir, je remercie ma famille et mes amis qui me donnent tant d'énergie au quotidien. Votre présence m'est essentielle.

# Sommaire

---

I Partie théorique .....	1
1 Les aphasies.....	1
1.1 Etiologie.....	1
1.2 Les perturbations aphasiques .....	2
1.3 Le handicap .....	2
2 La communication.....	3
2.1 Les théories de la communication .....	3
2.2 Les particularités de la communication aphasique .....	4
2.3 Les enjeux de la communication dans le cadre de l'aphasie : la communication axée sur le soignant .....	5
3 L'intervention de soin .....	8
3.1 Définition du thérapeute .....	8
3.2 L'intervention orthophonique auprès de la personne aphasique .....	9
4 Problématique et hypothèses.....	10
II Méthode.....	11
1 Démarche générale.....	11
2 Contexte de l'observation.....	11
3 Matériel de recueil de données .....	12
4 Précautions prises.....	14
5 Méthode d'analyse .....	14
III Résultats.....	15
1 Description de la population.....	15
2 Conditions Environnementales .....	16
2.1 La chambre .....	16
2.2 L'installation.....	17
2.3 La tenue vestimentaire .....	17



2.4 L'environnement sonore des séances .....	18
2.5 Les intrusions en séance .....	18
2.6 L'environnement lumineux.....	19
3 La communication verbale et non verbale des orthophonistes .....	19
IV Discussion et conclusion .....	23
1 Favoriser l'expression du patient .....	23
2 Favoriser la compréhension du patient .....	24
3 Pallier les difficultés attentionnelles : les stratégies des professionnelles et leurs effets .....	24
4 Informer le patient et son entourage .....	26
5 Le rôle de l'orthophoniste au-delà du bilan : rassurer et encourager .....	27
6 Posture professionnelle des orthophonistes : une approche holistique .....	28
Références .....	31
Glossaire .....	
Table des annexes .....	

## **I Partie théorique**

L'aphasie est l'ensemble des troubles de la communication par le langage, consécutifs à des lésions cérébrales acquises du système nerveux central, concernant majoritairement l'hémisphère gauche chez un droitier (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010). Ce sont les systèmes d'encodage et/ou de décodage de la langue qui sont altérés et impactent significativement les interactions entre la personne aphasique et ses interlocuteurs (Lyon, 1992).

Même si les descriptions cliniques précises de l'aphasie sont très utiles, elles ne permettent pas de renseigner sur le vécu subjectif des personnes concernées. Or, il existe peu d'études sur le sujet en raison même de ces troubles langagiers qui ont pu être considérés comme des obstacles aux recueils de données nécessaires à ces travaux. D'autres limites comme la capacité à donner son consentement ont pu être évoquées (Brady, Fredrick et Williams, 2013). Bien qu'il soit possible d'adapter le matériel utilisé comme support aux recherches, les études quantitatives restent complexes à mettre en œuvre. En ce sens, peu de chercheurs ont dépassé ces contraintes méthodologiques pour entreprendre des études relatives au vécu des personnes.

L'objectif de ce mémoire est d'apporter une vision globale du vécu de la personne aphasique en phase aiguë et de la prise en soin des troubles langagiers acquis, afin de mieux comprendre ce vécu et, dans le contexte hospitalier d'une Unité-Neurovasculaire (UNV), la manière dont la relation avec le thérapeute peut se construire au bénéfice de la récupération du patient.

### **1 Les aphasies**

#### **1.1 Etiologie**

Nous nous intéressons ici uniquement aux aphasies dues à un accident vasculaire cérébral (AVC), c'est-à-dire à un processus cérébral vasculaire pathologique (Brin, Courrier, Lederlé et Masy, 2011a). Dans 85% des cas, il fait suite à l'obstruction d'une artère par un caillot (ischémique), et dans 15% des cas, il est hémorragique donc provoqué par la rupture d'une artère ou d'une veine (Moulin et Leys, 2015). Ceci entraîne une nécrose du territoire impliqué, causant de potentiels troubles moteurs, sensoriels et des fonctions cérébrales supérieures. Un tiers des patients victimes d'un AVC présente une aphasie temporaire ou durable (Brady, Fredrick et Williams, 2013). Dans ce cadre, la phase aiguë se situe dans les quinze jours post-AVC. Une phase de

récupération spontanée a lieu dans les trois premiers mois (Pradat-Diehl, Tessier, Peskine et Mazevet, 2007).

## **1.2 Les perturbations aphasiques**

De nombreux auteurs opposent les aphasies dites « fluentes » aux « non fluentes » (cf. Glossaire) (Daviet, Muller, Stuit, Darrigrand et Mazaux, 2007 ; Chomel-Guillaume et al., 2010). Cependant chaque patient aphasique est unique et peut sélectivement présenter des troubles du langage oral et/ou écrit, au niveau phonétique, lexico-phonologique, lexico-sémantique, syntaxique ou pragmatique (Mazaux, 2008). Ces troubles peuvent se manifester sur le versant :

- Réceptif, par une difficulté de traitement de l'information visuelle graphémique (Mazaux, 2008) ou auditive phonologique (Viader et al., 2010) ou des niveaux de langage cités précédemment,
- Et/ou expressif, par une anomie, des paraphasies à l'oral, des paralexies et paragraphies à l'écrit, une dysprosodie, des déviations phonétiques, une difficulté de programmation des schèmes articulatoires (apraxie de parole) ou graphiques (Viader et al., 2010).

Chacun de ces troubles est susceptible de représenter un handicap au quotidien, au regard du contexte environnemental dans lequel évolue la personne aphasique.

## **1.3 Le handicap**

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a actualisé « La Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de le Santé » (OMS, 2001), en décrivant chaque handicap sous quatre angles : la fonction organique perturbée, la structure anatomique lésée, la limitation d'activité et de participation, et les facteurs environnementaux qui peuvent le majorer. Sous cet angle, l'aphasie est la conséquence d'une lésion cérébrale, plus ou moins diffuse, perturbant le fonctionnement des réseaux neuronaux nécessaires à la communication et limitant les interactions sociales. Ce handicap a pour spécificité d'être partagé par tous les acteurs de ces interactions (Howe et al., 2012 ; Rives et Journet, 2012).

En outre, les troubles thymiques et la dépression sont les principales conséquences psychopathologiques des aphasies consécutives à un AVC (Hilari et al., 2010). En effet, les personnes aphasiques semblent présenter un niveau de détresse supérieur aux patients victimes d'un AVC non aphasiques (Hilari et al., 2010). Cette différence serait liée au sentiment de perte (Michallet, Le Dorze et Tetreault, 1999a) du lien social

et amical (Rousseaux, Cortiana et Bénéche, 2014), de ses capacités communicationnelles et physiques (Michallet et al., 1999a), mais aussi à un sentiment d'incompréhension et d'isolement (Arnesveen Bronken, Kirkevold, Martinsen et Kvigne, 2012). Cependant, les patients hospitalisés seraient moins sujets à la dépression que les patients rentrant rapidement à domicile, car ils ne sont pas confrontés directement à la vie réelle et ne mesurent pas toujours l'ampleur du handicap (François-Guinaud, 2010). L'orthophoniste, spécialiste de la communication, est en charge de réorganiser les compétences communicationnelles de la personne aphasique. Etant donné son rôle capital dans notre travail, nous allons préciser ce que recouvre le terme de « communication ».

## **2 La communication**

### **2.1 Les théories de la communication**

Communiquer est l'action d'établir une relation avec autrui (Brin et al., 2011b) consistant en un échange de signes entre un émetteur et un récepteur (Saussure, 1971). Sperber et Wilson (1989) ajoutent que le message est interprétable relativement à un contexte. D'après l'école de Palo Alto, tout comportement serait une forme de communication. Les premières théories de la communication proposaient une vision linéaire de cette transmission, le récepteur du message étant passif (Weaver, 1949). D'autres auteurs, ont mis en avant le rôle primordial du récepteur et du contexte communicationnel dans la dynamique de l'échange (Jakobson, 1986). Pour Watzlawick, Beavin et Jackson (1972), la communication est, au contraire, circulaire : chaque participant est actif et doit s'ajuster tout au long de la transmission d'informations. Enfin, pour Kerbrat-Orecchioni (1986) la communication présente une dimension transactionnelle et interactionnelle. Selon Grice (1957), repris par Gillequin Maareck et Soleilhac (2002), l'émetteur transmet de manière intentionnelle et non intentionnelle des informations par le langage et le comportement. Par la suite, c'est au récepteur de les interpréter et de reformuler ce qu'il en a compris. Mais pour certains auteurs, la communication représente davantage que la transmission d'informations : elle vise à transformer l'état mental d'autrui (Rousseaux, Cortiana et Bénéche, 2014).

Le langage est la capacité à mettre en action un système de signes (la langue) partagé par un corps social (Saussure, 1971) dans le but de communiquer. En ce sens, Austin (1976, cité par Ambroise, 2005) distingue trois types d'actes de langage : locutoires,

illocutoires et perlocutoires. Néanmoins, la communication est multicanalaire (Kerbrat-Orecchioni, 1986 ; Kerbrat-Orecchioni, 1996). Le message produit peut être de nature : verbale (composé d'unités linguistiques) orale ou écrite (Kerbrat-Orecchioni, 1996) ; paraverbale complémentaire ou contradictoire à la production verbale (Rousseaux et al., 2014 ; Barrier, 2017) ; non verbale, c'est-à-dire principalement transmis par le canal visuel (Kerbrat-Orecchioni, 1996 ; Cosnier, 1977 ; Cosnier 1996a ; Cosnier, 1996b). Les signes para et non verbaux (cf. Annexe A) participent pleinement au sens de l'énoncé, surtout en cas de conflit avec le message verbal. En effet, les mouvements faciaux et corporels ainsi que les caractéristiques vocaliques sont le reflet, plus ou moins conscient, de l'état émotionnel et somatique de l'individu. En outre, la posture corporelle et le regard permettent, notamment, de mesurer le niveau d'attention, d'accord et d'empathie de l'interlocuteur (Barrier, 2017). En présence d'une personne aphasique, ces indicateurs para et non verbaux ont une fonction conative, en plus de leur fonction relationnelle (Blonder et al., 2005).

## **2.2 Les particularités de la communication aphasique**

La communication interpersonnelle, se caractérise par une co-construction entre les interlocuteurs. Les troubles aphasiques requièrent une collaboration accrue et un important effort d'adaptation de la part de la personne non aphasique (Whitworth, 2003). En effet, la répartition inéquitable du temps de parole, de l'initiation des thèmes conversationnels, de la gestion des réparations, des demandes d'informations et de clarifications, ainsi que des reformulations, perturbent la dynamique conversationnelle classique. Du fait des troubles de compréhension de la personne aphasique, l'interlocuteur non aphasique limite parfois ses tentatives d'interaction, ne sachant comment s'adapter à la faiblesse voire à l'inadaptation des feedbacks, souvent obtenus. Effectivement, l'anomie conduit la personne à tronquer sa pensée, ce qui peut générer des incompréhensions (Howe et al., 2012). Une dépendance à l'émetteur est également à relever : en cas d'incident conversationnel, la signalisation et réparation seront majoritairement initiées par la personne non aphasique (Schegloff, Jefferson et Sacks, 1977). Si des stratégies de compensation efficaces sont instaurées, et l'accompagnement de l'entourage assuré, la participation de la personne aphasique aux interactions peut être maximisée (Daviet, Muller, Stut, Darrigrand et Mazaux, 2007). La rééducation orthophonique visera notamment à adapter les modalités et stratégies conversationnelles du patient et de ses proches (Mazzucchi, 2001). Cependant, il n'est pas évident pour la personne aphasique de compenser par

des modes de communication para et non verbaux, voire par des systèmes de « Communication Alternative Améliorée » (Gonzalez et Brun, 2007). Ainsi, la personne touchée par l'aphasie doit d'abord accepter de ne plus utiliser systématiquement le mode de communication verbal, culturellement ancré. De plus, il y a parfois une atteinte parallèle des mouvements buccaux, gestuels et de la communication verbale due à la communauté des circuits neuronaux impliqués (Daviet et al., 2007).

## **2.3 Les enjeux de la communication dans le cadre de l'aphasie : la communication axée sur le soignant**

### ***2.3.1 La relation thérapeutique***

La communication est un moyen d'entrer en relation avec autrui. Une relation est un rapport qui lie un objet ou une personne à une autre (Carpentier, 2002). La relation thérapeutique résulte du lien entre un thérapeute et un patient. Elle est, par nature, asymétrique, car le malade est dans l'attente de résultats et le soignant est souvent considéré comme seul détenteur du savoir. Szasz et Hollender (1956) distinguent trois formes de relation thérapeutique : l'activité/passivité, la guidance/coopération et la participation mutuelle. Cette dernière forme est peu observable en pratique, malgré la législation sur le droit des malades (Code de l'action sociale et des familles, 2002).

D'après Rogers (1951, cité par de Roten, 2011), la relation en tant que telle a une fonction curative. Sa qualité dépend de la représentation que le patient a du professionnel et de son savoir-être (Ong, de Haes, Hoos et Lammes, 1995), mais pas nécessairement de sa durée (David, Enderby et Bainton, 1982 ; Carpentier, 2002). La perception par le patient de la qualité de la relation de soin serait prédictive du niveau d'alliance thérapeutique (de Roten, 2011). Ce constat est confirmé par des études menées auprès de patients qu'ils soient aphasiques (David et al., 1982) ou non (Moreno-Poyato et al., 2016 ; Schroeder, 2013 ; Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons, Jackson et Hunt , 2012). Cette perception de la relation est influencée par l'attitude du soignant (Béraud, 2002) et par les sentiments de confiance, de sécurité et d'égalité éprouvés par le patient en sa présence.

Paradoxalement, la professionnalisation du soin et les progrès de la médecine ont augmenté l'écart entre les attentes du patient et l'offre de soin (Carpentier, 2002). Le manque de temps consacré au soin (rémunération à l'acte et lourdeurs administratives) et de formation voire de motivation des professionnels à soigner avant de guérir, pourraient en constituer les principales raisons (Zimmerman, 2002). Ce

phénomène fait l'objet, depuis les années 1970, de nombreuses réflexions (droits des patients, consentement, dimension psychologique de l'activité soignante...). Savoir relationnel et technique sont donc complémentaires pour une thérapie efficace (de Roten, 2011).

### **2.3.2 L'alliance thérapeutique**

#### *2.3.2.1 Définition*

L'établissement d'une relation thérapeutique satisfaisante pourrait être le terreau d'une alliance thérapeutique pérenne. L'alliance est un lien réputé indéfectible entre deux individus (Virot, 2011). Ce lien serait la condition d'amorçage et d'efficacité du processus thérapeutique (Bioy et Bechelart, 2010 ; Zetzel, 1956). Parmi les nombreuses définitions proposées, la plus citée, celle de Bordin, (1979, cité par de Roten, 2011), décrit l'alliance thérapeutique comme un accord entre les partenaires sur les buts et les moyens du traitement et un lien affectif entre eux. Gaston (1990, cité par de Roten, 2011) la précise en isolant quatre dimensions de cette alliance : un lien affectif, une alliance de travail, un accord entre les acteurs sur les objectifs de la prise en soin, la compréhension empathique et l'implication du thérapeute. L'alliance entre le thérapeute et son patient pouvant varier au cours de la rééducation, le thérapeute doit rester réceptif aux manifestations d'un bris de l'alliance et être capable de flexibilité (Mazevet, 2011). Pour ce faire, le thérapeute doit suffisamment maîtriser ses connaissances pour se placer en position de « non-savoir » vis-à-vis du patient et laisser aller sa créativité et sa sensibilité (Mazevet, 2011). Et selon certains auteurs, aucune formation académique ne permet d'acquérir cette compétence (Stiles, 1999).

#### *2.3.2.2 Les conditions de l'alliance*

Il existe un lien entre l'empathie et l'alliance thérapeutique (Roter, 1997). Les mécanismes de l'empathie sont apparentés à l'activité des neurones miroirs (Rizzolatti et Sinigaglia, 2007). Rogers (1960, cité par Rouam, 2011) la définit comme le processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui. Elle se distingue de la sympathie (Pacherie, 2004), de la compassion (Tisseron, 2010) et de la contagion émotionnelle (Pacherie, 2004). Il existe deux formes d'empathie : cognitive et affective (Decety, 2010) desquelles découlent trois dimensions : l'empathie active, passive et motrice (Brunel et Cosnier, 2012).

Les études sur l'empathie dans le soin portent presque exclusivement sur la relation entre le malade et le médecin ou les infirmiers. Nous relaterons ici les conclusions de

ces recherches. Dans le soin, être empathique suppose une compréhension du patient (Hojat, 2016) et une capacité à rendre objectivable cette compréhension (Hojat et al., 2002 ; Ekman et Krasner, 2017). D'après Benveniste (1966, cité par Brunel et al., 2012), les inférences empathiques sont nécessaires à cette compréhension et à l'efficacité de la communication, notamment entre soignant et soigné (Anderson, Auerbach et Fang, 2017). En ce sens, l'empathie est censée susciter l'altruisme et représente le principal facteur de qualité des soins (Lewis, 1994) et de qualité de la relation thérapeutique (Bylund et Makoul, 2002 ; Kim, Kaplowitz et Johnston, 2004 ; Epstein et al., 2007 ; Neumann et al., 2009 ; Hojat et al., 2011 ; Pollak et al., 2011). Elle favoriserait également la confiance du soigné envers le soignant, elle-même liée à quatre notions (Mayer, Davis et Schoorman, 1995 ; Côté, 2007) : la coopération (les acteurs sont tenus de respecter des règles), la prévisibilité (chaque acteur est supposé agir de bonne foi), l'assurance (chacun suppose que le comportement de l'autre est conforme aux règles prédéfinies) et l'acceptation du risque (le sujet s'exposant à une certaine vulnérabilité).

L'empathie dépend de nombreux facteurs individuels tels que la culture, les prédispositions génétiques et le genre (Hojat et al., 2002 ; Hojat, 2016 ; Howick, Steinkopf, Ulyte, Roberts et Meissner, 2017 ; Soler-Gonzalez, San-Martin, Delgado et Vivanco, 2017). Une étude démontre que cette qualité déclinerait au fur et à mesure des expériences cliniques des étudiants en médecine (Neumann et al., 2011). Ce phénomène serait sans lien avec l'âge de l'individu. Il pourrait s'expliquer par la mise en place de mécanismes de mise à distance des émotions. D'où l'importance de sensibiliser davantage les étudiants à la gestion de leurs émotions et de celles du patient, durant leur formation académique et clinique (Shapiro, 2008). De plus, les capacités d'empathie seraient positivement corrélées au sentiment de bien-être physique et psychique (Decety et Fotopoulou, 2014 ; Hojat, 2016) et à la qualité de nos relations sociales (Grühn, Rebucal, Diehl, Lumley et Labouvie-Vief, 2008). D'un point de vue technique, il existerait des moyens pour le thérapeute de développer davantage d'empathie, en recontextualisant, reformulant, résumant et renforçant ce que transmet le patient (Cungi, 2006 ; Cungi, 2011).

Par ailleurs les déterminants environnementaux des conditions physiques de travail, à savoir, l'environnement sonore et lumineux ainsi que l'organisation de l'espace notamment, peuvent alourdir la charge mentale du soignant comme du soigné (Estryn-Behar, 2011). Ces paramètres peuvent avoir un impact à différents niveaux du



processus de soin, notamment sur le potentiel empathique du professionnel (Grosjean, Lacoste et Strass, 1999 ; Mayère et Grosjean, 2016). L'organisation du travail (protocoles, manque de temps, coordination des soins, communication des soignants) et le type de relation (infantiliste, paternaliste) peuvent aussi faire obstacle à l'empathie (Derksen, Olde Hartman, Bensing et Lagro-Janssen, 2017).

Enfin, une étude dans un service d'oncologie, a montré que la gentillesse contribuerait à réduire les émotions négatives du patient et serait facteur d'efficacité des traitements. Six facteurs seraient à distinguer : l'écoute, l'implication, l'empathie, le dévouement, la congruence et la capacité du soignant à diminuer l'anxiété du patient et à soutenir son entourage (Berry, Danaher, Chapman et Awdish, 2017). Le professionnel de soin devrait posséder ces qualités préalables à l'acte même de soigner. Mais qu'est-ce, véritablement, que soigner ?

### **3 L'intervention de soin**

#### **3.1 Définition du thérapeute**

Le thérapeute prodigue des soins à une personne en éprouvant le besoin du fait de sa maladie ou de son incapacité. Ce terme désigne à l'origine un médecin qui étudie les moyens de traitement. Par extension, il désigne aussi aujourd'hui toute personne qui prend en charge une pathologie, avec ou sans aide médicamenteuse (Brin et al., 2011c).

La personne aphasique en phase aiguë est examinée et suivie par de nombreux soignants : les médecins, les infirmiers et aides-soignants, et dans certains cas, par des professionnels de la réadaptation, un diététicien, un psychologue, un assistant social. L'orthophoniste doit collaborer avec tous, afin d'ajuster et d'optimiser son intervention (Dalemans, de Witte, Wade et van den Heuvel, 2010).

Le décret du 2 mai 2002 (Code de la santé publique), stipule en son article 1<sup>er</sup> que le rôle de l'orthophoniste consiste notamment à : « prévenir, à évaluer et prendre en charge, aussi précocement que possible [...], dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbales [...], accompagner et conseiller l'entourage proche du patient au besoin ». Concernant les pathologies neurologiques acquises, il est habilité à prendre en charge la rééducation des dysarthries et dysphagies, des fonctions langagières orales ou écrites, en plus de soutenir psychologiquement la personne aphasique, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007).

Soigner c'est aussi établir un diagnostic dans le but de traiter, sans contraindre selon Canguilhem (1943, cité par Béraud, 2002). Les anglo-saxons parlent d'éthique du « care » à distinguer du « cure » (Zielinski, 2010). A ce titre, Beauchamp et Childress (2007) ont énoncé quatre maximes à destination des soignants : respect de l'autonomie du patient et du cadre légal, bienfaisance et non malfaisance.

### **3.2 L'intervention orthophonique auprès de la personne aphasique**

#### **3.2.1 Anamnèse, évaluation et prise en soin**

L'orthophoniste est un soignant qui intervient rapidement après l'AVC dans le cursus de soin du patient aphasique. En effet, la plasticité cérébrale étant optimale dans les six à douze mois post-AVC, une prise en soin orthophonique intensive et précoce est souhaitable (HAS, 2009).

Après le temps d'anamnèse (cf. Glossaire), la passation du bilan consiste en une évaluation qualitative et quantitative des troubles et fonctions préservées à un instant T. Ces épreuves standardisées et normées, permettent de poser un diagnostic orthophonique et de mesurer l'évolution clinique du patient (Mazaux, Dehail, Daviet, Pradat-Diehl et Brun, 2007). En aphasiologie, la rééducation orthophonique est à visée fonctionnelle (François-Guinaud, 2010). Il existe trois approches thérapeutiques (Michallet et Le Dorze, 1999b ; Mazaux et al., 2006). Les approches classiques, visant à rétablir ou réorganiser le langage ; pragmatiques, centrées sur l'efficacité de la communication et répondant aux besoins du patient (François-Guinaud, 2010) ; écosystémiques prenant en compte l'environnement global de la personne aphasique (Howe et al., 2012) pour proposer des compensations adaptées (Barnes et Ferguson, 2015). Les patients sont en demande, dans le cadre de leur suivi, d'objectifs écologiques, leur permettant de retrouver une place dans le jeu social (Dalemans et al., 2010). Dans ce cadre, les objectifs de prise en soin doivent être « SMART », c'est-à-dire Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporellement limités (Bovend'Eerdt, Botell et Wade, 2009). Enfin, les moyens proposés doivent être régulièrement réajustés pour tenir compte des compétences actuelles du patient sans le mettre en échec.

#### **3.2.2 Les objectifs de la prise en soin : Soutenir, informer, transmettre**

En premier lieu, l'orthophoniste pose le diagnostic d'aphasie, informe le patient et contribue à le rassurer (Code de la santé publique, 2013). Il est important, à cette étape, de réserver le diagnostic de récupération, et d'offrir un regard optimiste mais

réaliste sur l'évolution des troubles (François-Guinaud, 2010). Le lien avec la famille est également essentiel, surtout en phase aiguë (Brown, Worrall, Davidson et Howe, 2012) car il est fréquent que le patient comme l'entourage, méconnaissent ce handicap (Michallet et al., 1999a). Ainsi, la phase d'identification du handicap doit leur permettre de mettre en œuvre des stratégies, de renforcer leur rôle de partenaires de communication efficaces (Nespoulous, 2014) et ainsi d'optimiser et pérenniser les effets de la prise en soin (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau et Hallé, 2014). Il est donc essentiel de les amener à développer un sentiment de compétence (Michallet et al., 1999a).

#### **4 Problématique et hypothèses**

La problématique que nous aborderons ici touche aux enjeux de la relation entre l'orthophoniste et le patient aphasique en phase aiguë. La question est de savoir à travers quels types de facteurs cette relation peut-elle se nouer au stade précoce de la maladie et en quoi la qualité de cette relation peut-elle influencer le devenir du patient ?

Nous posons deux hypothèses. Concernant la qualité de la relation thérapeutique, nous faisons l'hypothèse qu'elle est liée : d'une part à la qualité des interactions verbales et non verbales créées et entretenues entre le patient aphasique en phase aiguë et l'orthophoniste ; et qu'elle est, d'autre part, possiblement impactée par les conditions environnementales dans lesquelles se déroulent la séance.

## **II Méthode**

### **1 Démarche générale**

Le travail sociologique est « une mise en énigme de ce qui semble aller de soi » (Paugam, 2012, p. 7). Les méthodes qualitatives d'analyse, nées du courant épistémologique de l'approche compréhensive, visent à expliquer les faits humains, grâce à un effort d'empathie et de synthèse des données répertoriées (Paillé et Mucchielli, 2016). Les données qualitatives ne sont pas à visées statistiques. Leur rôle est de soulever de nouveaux problèmes, relever des faits révélateurs de phénomènes plus importants, suggérer des corrélations ou processus. Elles sont néanmoins soumises à des critères de validation tels que l'acceptation interne, la complétude, la saturation, la cohérence interne et confirmation externe (Grawitz, 2001). L'observation est une méthode de recueil de données issue du courant ethnographique. Elle diffère du questionnaire et de la méthode d'entretiens en éliminant les dispositifs sociaux et les opérations bureaucratiques qui s'interposent normalement entre le chercheur et son objet. Sa logique n'est pas d'être représentative comme doit l'être un échantillon (Chauvin et Jounin, 2012). L'ethnographie actuelle s'apparente notamment à des observations ciblées : pratiques et rapides à réaliser (Foley, 2016). L'observation requiert un terrain et une disponibilité du chercheur et est applicable à toute recherche sociologique ou psychosociale menée dans des espaces où il existe des pratiques routinières (Foley, 2016). L'observation est de nature inductive : c'est le terrain qui permet de faire émerger des hypothèses et de les affiner (Grawitz, 2001).

### **2 Contexte de l'observation**

Pour les besoins de notre étude, nous nous sommes concentrée sur l'observation de patients aphasiques, en phase aiguë, consécutivement à un AVC. Ce travail a été réalisé au sein d'une UNV. Lorsqu'il y a suspicion d'AVC, les services d'urgence dirigent le patient vers une UNV ou à défaut, le service neurologique d'un hôpital. Créées en 1980, les UNV permettent une prise en charge optimale des AVC ischémiques, mettent en œuvre les moyens pour en déterminer les causes, et garantissent une prise en charge globale (équipe paramédicale pluriprofessionnelle) et précoce (Moulin et Leys, 2015). Dès qu'il est possible, un premier diagnostic médical permet, si nécessaire, de prescrire un bilan orthophonique. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), les patients aphasiques doivent bénéficier d'une prise en soin

orthophonique dès la phase aiguë. La poursuite de la rééducation est envisagée ensuite, elle varie dans sa forme selon l'autonomie de la personne (cf. Annexe B).

Les observations ont eu lieu sur deux mois au cours de l'année 2017 et ont été réparties sur neuf périodes. En l'espèce, les matinées se sont étendues de 9 heures 30 à 13 heures 10, et les après-midis de 16 heures à 17 heures 20. Les observations ont été conduites à l'occasion des interventions orthophoniques (en bilan ou rééducation). La durée légale des Actes Médicaux Orthophoniques (AMO) pour ces prises en soin est fixée à 45 minutes. En UNV, leur durée varie en fonction de l'état du patient (douleurs, fatigue, vigilance), et du temps imparti à la séance (examens et soins médicaux planifiés, autres rééducations, présence de visiteurs). La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, 2009), rapporte une durée moyenne de 20 minutes à raison d'une, voire deux séances quotidiennes, en phase aiguë.

Nos observations ont porté sur l'ensemble du temps des séances, soit entre 15 et 40 minutes. Onze, des vingt-et-une séances observées, représentaient, à la fois la toute première rencontre du patient avec l'orthophoniste observée en l'espèce et sa première rencontre avec les orthophonistes de cette UNV. Dans trois cas (sur les 21 observations), le patient avait déjà été vu par une orthophoniste de l'UNV, mais rencontrait pour la première fois l'orthophoniste faisant l'objet de notre observation ce jour-là. Les sept autres séances observées étaient des poursuites d'évaluation ou de prises en soin : le patient avait déjà eu plusieurs séances avec les orthophonistes de l'UNV.

Nous avons rencontré à cinq reprises des membres de la famille du patient (conjoint ou enfant). Les visites ne sont, sauf exception, pas admises avant midi, au profit des soins médicaux et paramédicaux. L'entourage n'est, a priori, pas invité à rester en séance, dans le but de ne pas mettre le patient comme l'entourage dans une position difficile (patient en échec face à une personne qui sait de quoi il était capable avant son AVC, entourage en souffrance face au constat des troubles) et de ne pas perturber la prise en soin.

### **3 Matériel de recueil de données**

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons d'abord respecté un temps d'enquête exploratoire afin de préciser l'objet de nos recherches (Foley, 2016). A partir de cette étape, nous avons élaboré un document en deux parties : une première constituée de grilles d'observation systématisées permettant une rigueur scientifique dans le recueil

de données (Grawitz, 2001), et une seconde composée des notes d'observation (cf. Annexe C).

Les grilles recueillent deux types d'informations. La première grille répertorie les informations factuelles sur le patient et l'orthophoniste. Nous devons renseigner certains items en les entourant (antécédents du patient avec les orthophonistes de l'UNV, type d'aphasie, conscience du trouble, code d'identification de l'orthophoniste en action, signalement de notre présence en chambre). Les autres données étaient à dactylographier (date, heure, durée de la séance, distance de l'AVC, données personnelles sur le patient). Les données concernant le genre, l'année de diplôme et l'année de prise de poste à l'UNV des orthophonistes ont été recueillies, mais ne seront pas communiquées ni analysées ici, par souci d'anonymat. Une catégorie « autre » a également été prévue pour tout élément que nous aurions jugé pertinent de relever au cours de notre travail. La seconde grille consiste en un recueil du cadre environnemental de la séance. Concernant l'environnement matériel (type de chambre et organisation de l'espace, installation et tenue du patient et de l'orthophoniste), la grille envisageant toutes les configurations possibles, nous avons juste à entourer les items présents en l'espèce. Pour ce qui relevait de l'environnement sensoriel, nous devons coter en fonction de notre perception. Les indices de cotation des échelles étaient limités en quantité (cotés sur une échelle de 1 à 3) et prédéfinis pour éviter trop de variations intrapersonnelles (Grawitz, 2001). Concernant l'environnement sonore, lorsque nous notifiions du bruit, nous entourions « oui », et « non » lorsqu'il était très faible voire quasi-nul. Puis, lorsque l'intensité du bruit perçu était faible, nous cotions « 1 », « 2 » pour une intensité moyenne et « 3 » forte. La fréquence de ces manifestations sonores était cotée à « 1 » lorsqu'elles étaient rares (1 à 3 fois dans la séance), « 2 » si elles étaient repérées plus de trois fois au cours de la séance, « 3 » si elles étaient présentes sur la quasi-totalité du temps de séance. Pour la luminosité, une pièce sombre vaut « 1 », peu lumineuse : « 2 » et lumineuse : « 3 ».

Les notes d'observation sont dédiées au relevé, non exhaustif, du corpus oral hors et en condition d'exercice et des données non verbales provenant de l'orthophoniste, du patient et de tout autre individu qui aurait interagi avec ces deux acteurs au cours de la séance. Nous avons adopté la règle d'unité de signification. Nous avons fait le choix de ne relever que des morceaux choisis de corpus verbaux, car un enregistrement audiophonique aurait donné une place prépondérante à la communication verbale, ce

que nous ne souhaitons pas. Un enregistrement audiovisuel aurait risqué de dénaturer la spontanéité des comportements observés (Grawitz, 2001).

#### **4 Précautions prises**

Le chef de service de la structure, et les orthophonistes, après avoir pris connaissance du sujet d'étude, ont consenti à sa réalisation. Les orthophonistes n'ont pas eu connaissance des critères étudiés, dans le but de préserver autant que possible le caractère naturel des interactions. Après réflexion avec les orthophonistes de l'UNV, nous avons convenu de ne pas avertir les patients de nos recherches, et de nous présenter à eux comme une étudiante stagiaire. L'observation participante, partiellement dissimulée, limite la liberté d'action de l'observateur, mais a l'avantage de simplifier la relation avec les observés (Chauvin et Jounin, 2012 ; Peretz, 2004). Lors des observations nous étions assise à côté ou derrière l'orthophoniste. Nous étions visible du patient mais pas toujours dans son champ de vision direct. Nous nous sommes efforcée d'adopter une attitude détachée, de n'intervenir qu'en cas de sollicitation (Foley, 2016) et d'être naturelle pour diminuer la méfiance (Peretz, 2004).

#### **5 Méthode d'analyse**

Selon Barton et Lazar (1961, cités par Grawitz, 2001), l'analyse qualitative a pour objectif de mettre en avant des phénomènes prégnants dans le but de soulever de nouveaux questionnements, d'explicitier des événements révélateurs de phénomènes plus importants afin de les « penser ». C'est-à-dire, de suggérer des concordances entre différentes variables en dehors de toute corrélation statistique, de regrouper des informations éparses pour accéder à une vue d'ensemble du terrain investi. Pour commencer, nous avons saisi nos résultats en découpant les données brutes conformément à l'organisation de notre support d'observation (en trois parties). Après une lecture flottante des résultats, et dans la perspective de répondre à nos hypothèses théoriques, nous avons centré notre analyse, qualitative, sur deux grands aspects observés. Premièrement, nous avons étudié les comportements verbaux et non verbaux de l'orthophoniste et les conditions environnementales des séances. Puis, dans un deuxième temps, nous avons cherché à mettre en lien les résultats de ces deux phénomènes. L'ensemble des codages utilisés dans les tableaux de recueil de données brutes sont consultables en annexe (Cf. Annexe D).

### III Résultats

#### 1 Description de la population

Vingt-deux observations ont été menées, nous en avons conservées vingt-et-une pour l'analyse (pour une, le patient était dysarthrique mais non aphasique). Elles ont concerné 17 patients différents (certains ayant été observés plusieurs fois). Nous avons observé le travail des trois orthophonistes femmes travaillant à l'UNV. Pour des raisons d'anonymat, nous ne les différencierons pas lors de notre analyse, et emploierons l'appellation générique d'« orthophoniste » pour les désigner. Un patient est vu, en principe, par deux orthophonistes différentes au maximum, au cours de son hospitalisation. Nous avons relevé les caractéristiques des 17 patients observés (cf. Annexe E). La moyenne d'âge des patients s'élève à 65,9 ans. Douze patients sur 17 sont des femmes (cf. Tableau 1). De plus, la majorité des patients est retraitée, cette tendance s'observe quel que soit le genre (cf. Tableau 2). Enfin, 10 des patients observés présentent une aphasie de type fluente, contre 7 de type non fluente (cf. Tableau 3).

**Tableau 1 : Effectif de la population en fonction de l'âge et du sexe**

Modalité	Effectif	Ecart type (années)	Age moyen (années)
Femmes	12	[36 ;88]	65,7
Hommes	5	[58 ;79]	66,4
Total	17	[36 ;88]	65,9

**Tableau 2 : Effectif de la population en fonction du statut social et du sexe**

Modalité	Retraité(e)	Sans emploi	En activité
Femmes	9	2	1
Hommes	3	0	2
Total	12	2	3

**Tableau 3 : Effectif de la population en fonction du type d'aphasie et du sexe**

Modalité	Aphasie de type fluente	Aphasie de type non fluente
Femmes	7	4
Hommes	2	3
Total	10	7

Les séances observées ont duré en moyenne 27 minutes, comprenant le temps d'ouverture et de clôture des séances. Les patients hospitalisés à l'UNV bénéficient de séances progressivement plus longues, si leur état général le permet. A savoir que le temps de séance est parfois tronqué si des examens sont planifiés à un horaire précis, l'idée étant qu'il vaut mieux voir le patient un court moment que pas du tout.



Les patients sont vus préférentiellement le matin et après les premiers soins (toilettes, pansements...), c'est-à-dire aux alentours de dix heures, car ils sont plus éveillés et il n'y a pas de visiteurs. Cependant, l'intervention des rééducateurs n'étant pas fixée dans le temps, les équipes, et notamment les orthophonistes, adaptent leur planning aux contraintes du patient (examens, soins, visites) et des autres professionnels.

Sept patients, sur les dix-sept rencontrés, ont bénéficié d'un bilan langagier dans les vingt-quatre heures suivant leur AVC, et seulement deux ont été vus deux voire trois jours après. Un bilan langagier effectué plusieurs jours après l'AVC peut résulter de plusieurs faits. Tout d'abord, il est possible que ces patients aient été signalés tardivement par les médecins (les médecins doivent signaler sur le logiciel commun à l'hôpital lorsqu'un trouble communicationnel est suspecté chez un patient, et ainsi prescrire un bilan orthophonique). Ces patients pouvaient également ne pas être suffisamment stabilisés et/ou éveillés pour bénéficier d'une intervention orthophonique dans les vingt-quatre heures. Il est aussi possible que les orthophonistes n'aient simplement pas pu le voir avant par manque de temps (les trois orthophonistes occupent l'équivalent de 1,2 temps plein).

## **2 Conditions Environnementales**

Nous avons recueilli plusieurs éléments portant sur les conditions environnementales des séances lors de la consultation orthophonique (cf. Annexe F).

### **2.1 La chambre**

Le service dans lequel nous avons mené nos observations est divisé en deux secteurs. Le premier, l'Unité de Soins Intensifs Neurovasculaires (USINV), est dédié aux soins intensifs pour les patients qui viennent de faire leur AVC et dont l'état nécessite une surveillance étroite. Les chambres de l'USINV sont équipées d'appareils donnant en temps réel les paramètres vitaux de l'individu. Une fois les principaux examens exploratoires effectués et l'état du patient stabilisé, il est transféré en UNV (le second secteur).

Le service neurovasculaire est composé de 10 chambres doubles et 17 chambres individuelles. Plus des trois quarts des chambres de l'USINV sont individuelles.

Dans une chambre double, le patient peut être côté « fenêtre », ou « porte ». Les lits sont isolés par un rideau translucide, que nous trouvions tiré la plupart du temps. Dans le cas contraire, les orthophonistes le tendent. La porte de la chambre était systématiquement fermée par l'orthophoniste en début de séance. En outre, chaque

chambre est équipée d'un distributeur de gel hydroalcoolique, d'un boîtier de présence et d'une ou deux chaises pliables, à disposition des soignants et des visiteurs. Chaque patient bénéficie d'un lit médicalisé, d'un fauteuil à haut dossier, d'une table de lit à roulettes dont l'orthophoniste se sert parfois (le plus souvent lorsque le patient est au fauteuil) pour poser son matériel et/ou faire la séance. Treize de nos observations ont eu lieu en chambre double, et huit en chambre individuelle.

## **2.2 L'installation**

En fonction de son état, le patient peut être allongé, assis dans ou au bord du lit, voire au fauteuil. L'orthophoniste est debout ou assise, face ou dans la diagonale du patient. Dans la majorité des cas, le patient était allongé ou assis dans son lit, et l'orthophoniste assise dans la diagonale du patient (Annexes G et H). En l'espèce, les professionnelles observées veillaient à se mettre du côté non déficitaire du champ visuel du patient, en cas de trouble visuel central et à éviter tout contre-jour (en baissant les volets ou en ne se plaçant pas dos à la fenêtre). L'orthophoniste est debout seulement dans les cas où le patient est au lit : dans quatre cas, le patient était allongé, dans un cas il était assis, dans son lit. Ceci s'explique par la hauteur du lit : s'il est très surélevé, l'orthophoniste doit se tenir debout pour être à la hauteur des yeux du patient. L'objectif étant d'être dans le champ visuel du patient sans lui imposer une position inconfortable. Concernant la distance séparant le patient de l'orthophoniste en séance, nous pouvons parler de proxémie plutôt rapprochée, dans 16 cas sur 21. En effet, la thérapeute est souvent accolée au lit du patient, à moins d'un mètre de lui. Ceci peut s'expliquer de deux manières, parfois concomitantes. D'une part, le bruit ambiant et/ou l'hypoacousie du patient peuvent nécessiter cette proximité physique. D'autre part, la configuration des chambres doubles et l'espace disponible imposent souvent ce rapprochement.

## **2.3 La tenue vestimentaire**

Les patients portent à leur arrivée, par défaut, une chemise boutonnée dans le dos, fournie par l'hôpital. Certains se font rapporter, par la suite, par leur entourage, leurs vêtements personnels. Six fois, sur nos vingt-et-une observations, les patients portaient la tenue hospitalière et quinze autres patients étaient habillés de leurs vêtements personnels (tenue de jour ou de nuit). Les orthophonistes sont identifiées à l'équipe soignante par le port systématique d'une blouse blanche et de leur badge.

## 2.4 L'environnement sonore des séances

Le bruit est de nature variable. D'une part, nous avons relevé, les bruits issus des dispositifs médicaux (monitoring, matelas à air dynamique, etc.). D'autre part, ceux pouvant s'apparenter à des « manifestations de voisinage » : d'origine humaine, verbale (conversation téléphonique, avec un visiteur, intervention du patient voisin dans la séance) ou non verbale (toux, pleurs, ronflements) ou d'origine médiatique (sonnerie de téléphone, radiodiffusion). Dans les chambres doubles, le son des télévisions et chaînes-hifi est directement relié à un casque audio. Sur les 21 séances observées, 6 ont eu lieu en présence de bruits issus de l'appareillage médical, 7 de bruits d'origine humaine, et 2 d'origine médiatique.

Neuf séances se sont déroulées sans bruit perturbateur (cf. Tableau 4). Même si un bruit de fond était possiblement présent, il n'était pas, au sens de notre grille, suffisamment remarquable pour que nous le notifions comme une perturbation. Les 12 autres séances observées étaient plus ou moins bruyantes. Nous relevons que 6 séances se sont déroulées en présence d'un ou plusieurs bruits d'intensité modérée. Nous notons également que six séances ont subi au minimum quatre perturbations sonores.

**Tableau 4 : Intensité et récurrence du bruit relevé, en nombre de séances**

	Très faible voire nulle	Faible	Modérée	Elevée	Total de séances
Intensité	9	5	6	1	21
Fréquence/récurrence	9	2	6	4	21

## 2.5 Les intrusions en séance

Nous avons également choisi de comptabiliser le nombre d'entrées des professionnels de l'hôpital (personnel médical, paramédical et non médical) et des membres de l'entourage (du patient ou de son voisin de chambre) dans la chambre du patient, durant les séances. Les résultats repris dans le tableau 5 montrent que sur 21 séances, 13 ont été perturbées par au minimum une intrusion humaine, dont 9 ont eu lieu en chambre double.

**Tableau 5 : Nombre de personnes étant entrées dans une chambre de type individuelle ou double, interrompant une séance**

Modalité \ Nombre de personnes étant entrées dans la chambre	0	1	2	3 et plus	Total
Chambre individuelle	4	1	2	1	8
Chambre double	4	2	5	2	13
<b>Total du nombre de séances</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>21</b>

Sur 13 séances interrompues par l'entrée d'un individu en chambre, soit 28 individus au total, 23 étaient des professionnels et 5 des membres de l'entourage. En principe, lorsqu'un soin ou une rééducation est en cours, le soignant doit signaler sa présence en pressant le bouton vert d'un boîtier de présence. Ceci informe les autres professionnels (par un signal lumineux placé au-dessus de chaque porte de chambre et visible de l'extérieur) que la chambre est occupée par un soignant et que le patient n'est pas disponible. En chambre double, il y a un boîtier pour deux lits. Les orthophonistes ont activé 6 fois ce boîtier sur les 21 observations menées. Cependant sur ces 6 séances, deux séances ont été interrompues par l'entrée d'un soignant. Sur ces 28 personnes ayant fait intrusion en chambre, 16 personnes sont entrées et immédiatement ressorties, sans interrompre volontairement la séance orthophonique. Quatre individus sont entrés dans la chambre, sont intervenus verbalement dans la séance puis sont ressortis. Enfin, 8 sont entrés et restés un certain temps dans la chambre, sans intervenir dans notre séance (professionnels intervenant pour le voisin de chambre, entourage du patient ou de son voisin).

### **2.6 L'environnement lumineux**

Il se modifie en fonction du moment de la journée, de l'abaissement des volets, et de la situation du lit. Par exemple, en chambre double, le lit côté couloir bénéficie nécessairement de moins de lumière naturelle lorsque le rideau est tiré. Douze séances se sont déroulées dans un cadre lumineux, 6, peu lumineux, et 3 dans un environnement sombre.

### **3 La communication verbale et non verbale des orthophonistes**

Il nous a semblé pertinent ici de nous centrer sur la communication de l'orthophoniste, bien que nous ayons également observé celle du patient (Cf Annexe I). Nous avons organisé sous forme de tableaux les traits caractéristiques de la communication des

orthophonistes lors des séances. Les tableaux 6 et 7 répertorient respectivement les stratégies favorisant l'expression et la compréhension du patient.

**Tableau 6 : Interactions visant à favoriser l'expression du patient**

Verbal	
Moyens	Extraits de corpus
Formuler de questions fermées	« Ça va votre main, elle bouge bien ? »
Questionnaire dit « en entonnoir »	« Vous parlez d'un bébé, quelqu'un que vous connaissez a eu un bébé ? », « C'est quelqu'un dans votre famille ? », « C'est un de vos petits-enfants ? »
Reformuler ce que communique le patient	« Vous voulez dire quelque chose et ce n'est pas le bon mot qui sort, c'est ça qui vous énerve ? »
Initier les échanges	« Bonjour ! Comment ça va aujourd'hui ? »
Demander la validation du patient	« Vous parlez de votre mari ? »
Demander une clarification	« Vous êtes mal installée avec cet oreiller, c'est ça que vous voulez nous dire ? »
Proposer des facilitations orales	« C'est pas une pomme ça, qu'est-ce que c'est ? », « o... » (orange)
Empêcher les productions stéréotypées du patient	« Essayez de ne pas dire le -trette- », « Chut, il ne faut pas dire. »
Non verbal	
Comptage digital, pour accompagner la comptine numérique	

**Tableau 7 : Interactions visant à favoriser la compréhension du patient**

Verbal	
Moyens	Extraits de corpus
Employer un vocabulaire fréquent et des structures morphosyntaxiques simples	« C'est difficile pour parler ? »
Vérifier la compréhension du patient	« Vous comprenez quand je vous parle ou c'est un peu difficile à comprendre ? Non ? C'est bon ? »
Réunir les conditions préalables à la réalisation des tâches demandées (aspect visuel et auditif)	« Je vais vous rapprocher les images pour que vous voyiez mieux, c'est bon comme ça ? »
Suggérer des stratégies	« Vous voyez si vous lisez la phrase par petits bouts, ce sera peut-être plus facile pour comprendre. »
S'assurer auprès du patient qu'il a compris la consigne	« Vous avez bien compris ? Alors on y va ! »
Répéter la consigne si nécessaire	« Vous n'avez pas compris ? Je vous réexplique. »
Non verbal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Illustre ses paroles de gestes brachio-manuels</li> <li>- Geste pour inhiber les stéréotypies verbales, salut de la main en sortant (...)</li> <li>- Éléments vocaux : débit ralenti, pauses fréquentes, articulation claire, prosodie marquée, fréquence vocale élevée <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regard (attention conjointe)</li> <li>- Mouvement de tête pour désigner la fenêtre</li> </ul> </li> </ul>	

De plus, les professionnelles font en sorte de mobiliser et maintenir l'attention de la personne aphasique, en la nommant en début de phrase, mais également en captant son regard, en établissant un contact physique avec le patient (main sur son épaule ou sa main) et en aménageant les supports d'exercices (diminution des distracteurs visuels). Les orthophonistes veillent aussi à informer le patient et son entourage (cf. Tableau 8), et font preuve d'une attitude bienveillante (cf. Tableau 9).

**Tableau 8 : Interactions visant à informer le patient et son entourage**

Moyens	Extraits de corpus
Poser le diagnostic et l'accompagner d'explications	« Il y a des zones de votre cerveau qui ont été moins irriguées pendant un moment. », « Quand vous voulez dire un mot ce n'est pas celui qui vient, ça c'est à cause de votre accident. »
Réserver le pronostic de récupération	« La récupération dépend de beaucoup de facteurs. »
Evoquer la récupération spontanée	« Vous allez récupérer en partie toute seule, et nous on va vous aider pour le reste. »
Expliquer l'objectif de l'intervention orthophonique	« On va regarder ensemble ce qui est difficile et ce qui va bien et ensuite on pourra commencer à travailler. »
Répondre aux interrogations	« Nous on va faire en sorte que les mots viennent mieux, mais ce n'est pas de la magie. »
Conseiller	« C'est important de laisser le cerveau se reposer. », « Quand vous sentez que vous fatiguez, il faut vous arrêter. »
Expliquer l'intérêt des exercices	« On va regarder comment vous retrouvez les mots. Vous allez me dire ce que vous voyez sur les images. »

**Tableau 9 : Interactions démontrant une attitude bienveillante**

Verbal	
Moyens	Extraits de corpus
Rassurer	« Tant que vous êtes là, on viendra vous aider. »
Adopter un discours optimiste	« Il ne faut pas regarder le sommet de la montagne mais regarder chaque jour ce qui va mieux. »
Verbaliser son empathie	« Je comprends que ce soit difficile pour vous d'être ici. »
Mettre en avant les réussites	« Parfait, vous voyez que vous connaissez. », « Vous voyez que ça marche la lecture. »
Faire du renforcement positif	« Oui très bien ! »
Mettre en avant les progrès	« C'est beaucoup mieux que l'autre fois, il y a beaucoup de choses qui marchent bien », « Si c'est trop facile, on fera plus dur, d'accord ? On essaye. »
Encourager	« C'est difficile mais essayez encore un peu. »
Adopter un discours authentique	« Madame x, je n'ai pas compris ce que vous vouliez me dire. »

Verbal	
Utiliser l'humour	« Tirez-la langue... parfait ! Il n'y a que les orthophonistes qui disent -parfait- pour tirer la langue. »
Verbaliser ses actions	« J'écris, pendant ce temps vous pouvez vous reposer. »
Prévenir de la difficulté d'un exercice	« On va essayer les proverbes, ça risque d'être un peu dur. »
Verbaliser l'échec sans émettre de jugement	« Vous ne reconnaissez pas ? d'accord. », « Vos sons se mélangent un peu sur les mots compliqués. »
Opter pour une attitude préférentiellement non dirigiste	« On va essayer de », « Est-ce que vous pouvez... ? », « Vous pouvez... ? »
Non verbal	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbore un visage souriant / rit</li> <li>- Regarde le patient quand il s'exprime</li> <li>- Eléments vocaux : voix douce, débit ralenti, fréquence vocale élevée <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pose une main sur l'épaule du patient/sur sa main</li> <li>- Lève le pouce si l'exercice est réussi (renforcement positif)</li> <li>- Frappe avant d'entrer dans la chambre</li> </ul> </li> </ul>

De plus, les orthophonistes démontrent leur intérêt pour le patient en tant qu'individu. En effet, elles le nomment par son nom en entrant dans la chambre, l'interrogent sur ses ressentis et son moral (exemple : « Ça vous fatigue ? », « Comment vous vous sentez aujourd'hui ? ») et s'intéresse à son environnement (exemple : « Vous avez des enfants ? »). D'un point de vue non verbal, les thérapeutes observent des pauses pour laisser le patient communiquer et hochent la tête sans le couper s'il s'exprime. Elles serrent la main de ce dernier lorsqu'il la tend en début et/ou fin de séance.

Pour finir, elles offrent un cadre stable aux séances, en se présentant au patient dès leur arrivée (exemple : « Bonjour ! Je suis l'orthophoniste, je viens vous voir pour la parole. »), en lui fournissant des repères spatio-temporels (exemples : « Vous savez quel jour on est ? », « Est-ce que vous savez où vous êtes ? ») et en prévenant la personne du jour et de l'orthophoniste qui assurera la prochaine séance (exemple : « Les orthophonistes ne sont pas à l'hôpital le week-end, on revient vous voir lundi, d'accord ? »).

## **IV Discussion et conclusion**

L'aphasie est un handicap communicationnel partagé entre les interlocuteurs. Une prise en soin orthophonique est préconisée dès la phase aiguë dans le but d'objectiver le ou les troubles, d'en informer le patient et son entourage, et mettre en place des stratégies conversationnelles efficaces. Pour ce faire, la relation thérapeutique, socle de l'alliance thérapeutique doit être satisfaisante afin de susciter et entretenir la motivation du patient. Nous avons posé deux hypothèses. Concernant la qualité de la relation thérapeutique, nous avons fait l'hypothèse qu'elle est liée : d'une part à la qualité des interactions verbales et non verbales créées et entretenues entre le patient aphasique en phase aiguë et l'orthophoniste ; et qu'elle est, d'autre part, dépendante des conditions environnementales dans lesquelles se déroulent la séance.

### **1 Favoriser l'expression du patient**

Lors des séances, les orthophonistes initient fréquemment les échanges, d'autant plus en présence d'un patient non fluent. Les professionnelles usent de questions fermées via la méthode dite du « questionnaire en entonnoir », maximisant la participation de la personne aphasique à la conversation (Daviet, Muller, Stut, Darrigrand et Mazaux, 2007b). Cette directivité dans l'échange est nécessaire lorsque le patient présente une réduction du langage en expression, elle fait partie de l'effort d'adaptation de l'interlocuteur non aphasique (Whitworth, 2003). Les orthophonistes sont également appelées à reformuler les paroles du patient et à lui en demander la validation pour s'assurer d'avoir correctement compris. Cette forme de dépendance dans les échanges verbaux (Schegloff, Jefferson et Sacks, 1977) est à relativiser : elle donne à la personne aphasique la possibilité d'accéder à une nouvelle maîtrise de la communication et de transmettre sa pensée malgré le handicap (Barrier, 2017). A l'inverse de cette directivité apparente, les orthophonistes produisent peu d'injonctions, et la forme interrogative est préférée (exemple : « Est-ce que vous pouvez... ? »).

En condition d'exercice, les orthophonistes mettent à disposition du patient des stratégies de récupération du mot, voire d'exécution de l'exercice (exemple : « Vous voyez si vous lisez la phrase par petits bouts, ce sera peut-être plus facile pour comprendre. »). Lorsque la personne aphasique présente des stéréotypies verbales (cf. Glossaire) ou un jargon (cf. Glossaire), les tâches non verbales sont privilégiées, et les thérapeutes incitent verbalement et gestuellement le patient à inhiber ses productions incontrôlées (exemple : poing qui se ferme avec un mouvement de bras).



L'installation de l'orthophoniste, parfois amenée, en UNV, à faire la séance debout pour être à la hauteur du patient, n'est pas forcément optimale. En effet, cette stature peut donner l'impression au patient que le thérapeute a moins de temps à lui accorder, ce qui pourrait avoir un effet inhibiteur (Barrier, 2017). De même, il est arrivé que l'orthophoniste sorte de la chambre ou modifie totalement son installation durant une séance pour laisser la voie au lit du patient voisin. L'environnement physique devrait être adapté aux soins, dans l'intérêt des soignés et des soignants (Estryn-Behar et Milanini, 2011).

## **2 Favoriser la compréhension du patient**

Les orthophonistes observées emploient des structures morphosyntaxiques simples et un lexique d'usage fréquent afin de faciliter la compréhension de la personne aphasique. Les professionnelles vérifient régulièrement l'effective compréhension du patient et l'étayent par des gestes brachio-manuels (Barrier, 2017). En effet, les risques de quiproquos se multiplient en cas de troubles phasiques (Howe et al., 2012). Le ralentissement du débit et la multiplication des pauses laissent à la personne aphasique le temps de traiter l'information. L'articulation claire et l'importance donnée à la prosodie soutiennent également sa compréhension. De plus, les thérapeutes utilisent aussi le regard pour indiquer le patient, par le mécanisme de l'attention conjointe (Barrier, 2017).

Enfin, avant tout exercice, les orthophonistes veillent généralement à ce que le patient soit en condition de réaliser les tâches demandées. Pour cela, elles vérifient que le patient voit bien les supports imagés et/ou écrits, et parlent plus fort en cas de déficit auditif ou d'environnement bruyant. Or, il existe une corrélation positive entre le niveau de bruit et les perturbations communicationnelles (Estryn-Behar, 2011). En ce sens, la proximité physique entre l'orthophoniste et le patient aphasique favorise la bonne réception auditive voire la suppléance par la lecture labiale. De plus, les orthophonistes répètent les consignes, si nécessaire, afin d'avoir une juste représentation des capacités évaluées.

## **3 Pallier les difficultés attentionnelles : les stratégies des professionnelles et leurs effets**

Les orthophonistes attirent l'attention du patient en l'appelant par son nom, en entrant dans la chambre d'abord, mais également au cours des exercices s'il est nécessaire de le recentrer sur la tâche. En effet, selon la localisation des lésions, et en raison de

sa fatigabilité, les capacités attentionnelles du patient peuvent être mises à mal. Or, en situation bruyante, le récepteur doit recruter davantage de ressources cognitives pour traiter l'information auditive (Estryn-Behar, 2011). Cette charge mentale est source de fatigue pour le patient et multiplie les occasions de décrochages attentionnels. En outre, les bruits environnants peuvent provoquer, en plus de la fatigue auditive, des difficultés de concentration, du stress voire des troubles du sommeil. De plus, certaines séances se déroulent dans des conditions relativement sombres, peu propices à un état d'éveil optimal. Or, le manque d'éclairage, comme l'éblouissement, est source de fatigue visuelle et de diminution de l'acuité visuelle (Estryn-Behar, 2011). Ceci a également des conséquences attentionnelles.

Un moyen non verbal de mobiliser l'attention du patient est d'entrer en contact physique avec lui. En ce sens, les orthophonistes posent parfois leur main sur l'épaule ou de la ou des mains de la personne aphasique. De manière systématique, les orthophonistes recherchent un contact visuel. Si le regard du patient est fuyant, les orthophonistes ont tendance à le verbaliser sans toutefois insister. En effet, le regard peut être vécu comme intrusif, d'autant plus si la personne est mal à l'aise. Il en va de même, de la proximité physique entre le soignant et le soigné, résultant d'un non choix en chambre double (Barrier, 2017).

En condition d'exercice, les orthophonistes aménagent parfois les supports utilisés pour orienter l'attention visuelle de la personne (cachant certains items pour diminuer le nombre de distracteurs, par exemple). Cela fait partie du « devoir d'adaptabilité aux déficits du patient », inhérent à l'exercice du métier (Code de la santé publique, 2013).

Pour finir, les intrusions dans la chambre en cours de séance peuvent être un obstacle à l'instauration d'un cadre thérapeutique rassurant. En effet, celles-ci peuvent avoir un effet anxiogène sur le patient voire le conduire à un certain repli, notamment si l'intrusion survient à un moment important de son discours (Barrier, 2017). Le nombre de perturbations, peut révéler un déficit d'organisation du travail (HAS, 2017) mais également une volonté de l'actuelle politique de santé, de généraliser les soins ambulatoires, obligeant à concentrer de nombreux examens sur une échelle temporelle réduite.

#### **4 Informer le patient et son entourage**

Après avoir objectivé les troubles, les orthophonistes posent le diagnostic d'aphasie s'il y a lieu, l'accompagnent d'informations et exposent les objectifs de leur intervention. C'est ce que nous avons effectivement constaté et ce que préconise le référentiel de compétences de la profession (Code de la santé publique, 2013), pour ce handicap souvent méconnu (Michallet et al., 1999a). Les thérapeutes évoquent également le phénomène de récupération spontanée. Cependant, si la question est abordée par le patient ou l'aidant, l'orthophoniste réserve tout pronostic de récupération, ce dernier étant plurifactoriel. Ce constat est en accord avec la littérature (François-Guinaud, 2010). En ce sens, le lien avec les aidants est primordial, particulièrement en phase aiguë (Brown, Worrall, Davidson et Howe, 2012). D'une part, parce que le patient n'est pas toujours en mesure de saisir l'entièreté des informations fournies. D'autre part, parce qu'ils sont et seront les principaux interlocuteurs de la personne aphasique. Les aidants sont garants de l'optimisation des effets à long terme de la prise en soin (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau et Hallé, 2014). En UNV, les visites n'étant admises que l'après-midi, et les rééducations étant préférentiellement réalisées le matin, le contact avec les aidants est réduit. En revanche, les orthophonistes assurent deux permanences par semaine, à l'UNV, afin de recevoir les familles en demande.

En séances, les orthophonistes explicitent souvent les objectifs des exercices pour deux raisons. D'une part, les supports imagés, peuvent sembler simplistes voire infantilisants. Or, si le patient a le sentiment que ce qui lui est proposé est inadapté, l'adhérence thérapeutique sera moindre (Barrier, 2017). D'autre part, le but ultime de la prise en soin reste l'autonomisation de la personne. Ceci est possible si cette dernière possède une réelle connaissance de ses troubles, des remédiations existantes et de ses ressources personnelles. Pour investir les outils proposés, par exemple, il est essentiel que la personne aphasique en saisisse l'intérêt. Le partage des connaissances est donc favorable à une relation thérapeutique allant dans le sens de la guidance/coopération, voire de la participation mutuelle comme l'ont décrit certains auteurs (Szasz et Hollender, 1956). Or, la relation thérapeutique est perçue comme satisfaisante, notamment, lorsque le patient a le sentiment d'être considéré comme l'égal du thérapeute en termes de savoirs (Béraud, 2002). Ce constat va dans le sens des législations actuelles sur le droit des malades (Code de l'action sociale et

des familles, 2002). A l'UNV, les orthophonistes font partie des interlocuteurs privilégiés des patients et de leurs aidants. Deux raisons peuvent éclairer ce phénomène. L'information du patient est un objectif de la prise en soin orthophonique (Code de la santé publique, 2013) et les orthophonistes sont des spécialistes de la communication, a priori aptes à stimuler l'expression du patient.

### **5 Le rôle de l'orthophoniste au-delà du bilan : rassurer et encourager**

Le patient n'entre pas à l'hôpital par choix, les raisons de son hospitalisation voire l'environnement même de l'hôpital peuvent être source d'anxiété, sa sensibilité aux événements extérieurs est exacerbée (HAS, 2017). C'est pourquoi, les thérapeutes observées ont tendance à produire un discours que l'on pourrait qualifier de bienveillant (exemple : « Tant que vous êtes là, on viendra vous aider. »). Couplées à un comportement d'écoute empathique, ces paroles pourraient contribuer à amoindrir les émotions négatives du patient (Berry, Danaher, Chapman et Awdish, 2017). L'apaisement du patient est aussi recherché au travers de la communication non verbale. Le sourire notamment, s'il est de faible intensité et en cohérence avec l'instant, renforce le sentiment de bienveillance et contribue à rassurer le patient (Barrier, 2017). Le rire de l'orthophoniste, par le mécanisme des neurones miroirs (Rizzolatti et Sinigaglia, 2007) a un léger effet autosuggestif chez l'interlocuteur. D'ailleurs, lorsque le rire est possible entre soignant et soigné, il témoigne d'une confiance mutuelle. Nous avons observé que les orthophonistes utilisent parfois l'humour (exemple : « Tirez-la langue... parfait ! Il n'y a que les orthophonistes qui disent -parfait- pour tirer la langue. ») : moyen de désamorcer certaines situations complexes. Enfin, la voix claire et le débit de parole ralenti, reflets d'un état psychique calme (Barrier, 2017), fournissent au patient un environnement sonore en principe agréable.

En outre, les orthophonistes veillent à avoir un discours optimiste (exemple : « Il ne faut pas regarder le sommet de la montagne mais regarder chaque jour ce qui va mieux. ») visant à soutenir psychologiquement la personne aphasique (HAS, 2007). C'est en cela que Rogers considère que la relation thérapeutique en elle-même, relève déjà du soin (1951, cité par de Roten, 2011). Pour cela, le soignant doit représenter une figure rassurante, selon Hochmann (2012, cité par Barrier, 2017). A ce propos, la blouse blanche, portée par l'ensemble du personnel soignant constitue un moyen de

reconnaissance des équipes mais est aussi, gage de confiance pour la personne soignée (Barrier, 2017).

La verbalisation ou l'expression gestuelle (poser une main sur l'épaule de la personne) de l'empathie du soignant est un autre outil utilisé par les orthophonistes pour favoriser l'alliance. Le patient attend du thérapeute ces accusés de réception empathiques (Barrier, 2017).

En outre, les orthophonistes demandent régulièrement au patient, s'il sait où il se trouve, la date du jour et/ou le moment de la journée. En plus d'évaluer l'orientation spatio-temporelle de la personne aphasique, cela lui fournit des repères, pas toujours évidents à construire dans le cadre hospitalier. A cette fin également, les thérapeutes annoncent le jour de la prochaine entrevue à chaque fin de séance. Et, toujours dans le but d'offrir des repères rassurants au patient, les orthophonistes se présentent systématiquement en entrant dans la chambre. En effet, il est fréquent que le patient ne reconnaisse pas le thérapeute. Cela peut s'expliquer par son état confusionnel (propre à la phase aiguë) et/ou la grande quantité de soignants que la personne aphasique côtoie quotidiennement, rendant potentiellement difficile pour elle d'intégrer le rôle de chaque soignant.

Enfin, en condition d'exercice, les thérapeutes ont tendance à préparer le patient à la difficulté (exemple : « On va essayer les proverbes, ça risque d'être un peu dur. »), afin de relativiser les implications d'un éventuel échec. D'ailleurs, les orthophonistes n'hésitent pas à le verbaliser, sans jugement. Il est important que le patient prenne conscience de ses troubles, mais aussi, pour le thérapeute, de garder un discours congruent pour créer et entretenir la confiance. Ceci reste à moduler selon la personnalité et l'état psychique du patient. En effet, la récupération est optimisée par la motivation et l'implication du patient dans sa prise en soin. Pour cela, le patient doit croire en ses capacités. A cette fin, les orthophonistes produisent de nombreux encouragements verbaux (exemple : « C'est difficile mais essayez encore un peu. »), adoptent des stratégies de renforcement positif : verbaux et non verbaux (exemple : pouce levé), mettent aussi en avant les progrès et les compétences préservées.

## **6 Posture professionnelle des orthophonistes : une approche holistique**

Lors de la première rencontre, les orthophonistes essaient autant que possible de compléter certaines informations personnelles en vue de l'anamnèse. L'âge et le

niveau d'études permettent de déterminer la norme de référence lors de l'étalonnage des épreuves du bilan. Mais ces informations sont aussi un moyen de se faire une idée du contexte de vie du patient, afin d'adapter l'intervention orthophonique. Dans cette perspective, la rencontre des aidants prend tout son sens.

De manière générale, l'entrée dans la chambre est un moment clef dans la mesure où elle représente le premier contact avec le patient. Les orthophonistes frappent toujours avant d'y pénétrer et appellent le patient par son nom. La hauteur de voix est généralement élevée, invitant le patient à réagir (Barrier, 2017). Lors de nos observations, les thérapeutes poursuivent fréquemment par une question portant sur son ressenti relatif à ses difficultés communicationnelles, si c'est la première fois qu'il est vu (exemple : « Comment ça va pour parler ? »), ou sur son état émotionnel. Les questions sont très rarement formulées en termes de « pourquoi », pouvant être vécues par le patient comme accusatrices. Tout comme les questions en « est-ce que » qui induisent une réponse positive. Cette prise de contact, centrée sur le patient, et non uniquement sur la tâche à accomplir, l'invite à communiquer. Fréquemment, les orthophonistes débutent la séance par un thème du quotidien (la météo, les visites reçues par le patient, le menu du déjeuner...), c'est un moyen d'entrer en relation et de le mettre en confiance (Barrier, 2017).

Aussi, lorsque le patient exprime ses affects, les orthophonistes le laissent parler, en suggérant éventuellement des mots lorsque la personne aphasique est en difficulté. Les professionnelles observent un temps de latence avant de reprendre la parole afin de laisser au patient l'occasion d'élaborer sa pensée. Cette écoute attentive permet au patient de se sentir compris (Brunel et al., 2012 ; Hojat, 2016). Cette attention, se manifeste également par le regard, source de réassurance, et l'attitude corporelle (hochement de tête, buste en avant, stabilité posturale). De plus, les thérapeutes, se placent autant que possible dans l'axe du regard du patient. Ceci augmente l'activité des neurones miroirs et favorise l'empathie (Barrier, 2017). Néanmoins, il arrive ponctuellement que les orthophonistes prennent des notes ou regardent le dossier du patient en séance. Ceci peut être perçu par ce dernier comme un manque d'attention et le conduire à se concentrer davantage sur ce qu'écrit le thérapeute que sur les objectifs thérapeutiques. A l'inverse, cette rupture temporaire de contact oculaire peut être vécue comme un répit, permettant à la personne de se recentrer (Cungi, 2006). Lors de nos observations, les raisons de cette pause interactionnelle étaient souvent

explicitées (exemple : « J'écris, pendant ce temps vous pouvez vous reposer. ») car, en l'absence de mots, les comportements peuvent être surinterprétés par le patient (Estryn-Behar, 2011).

Il peut arriver aux professionnelles de serrer la main du patient en fin de séance. Le plus souvent, l'initiative de la poignée de main appartient à l'individu placé en situation dominante (Barrier, 2017). En l'espèce, les thérapeutes, le font, la plupart du temps, seulement si le patient en prend l'initiative. Or, à l'hôpital, le patient a peu de contrôle sur l'image qu'il renvoie, notamment concernant son apparence vestimentaire. Ce geste pourrait alors être un moyen pour ce dernier d'affirmer sa place dans la société.

Pour conclure, la qualité de la relation semble liée à la qualité des interactions verbales et non verbales entre le patient aphasique en phase aiguë et l'orthophoniste. Les stratégies et l'attitude du thérapeute favorisent la mise en confiance du patient et le placent en position d'acteur de la rééducation. Par ailleurs, la qualité de la relation semble également dépendre de l'environnement dans lequel se déroule la prise en soin. En effet, certaines conditions, peuvent être un frein à l'élaboration d'une communication optimale et à la création d'un environnement de soin sécurisant pour le patient. Il semble que ces éléments environnementaux ont une influence sur la construction d'une relation thérapeutique satisfaisante. Néanmoins, les qualités humaines et le savoir-être du thérapeute entrent également en jeu.

Notre étude aurait pu être enrichie par l'observation de davantage de situations de prises en soin et d'orthophonistes. Enfin, notre posture d'étudiante en orthophonie est une limite aux choix des éléments observés et analysés. Cependant notre étude a permis de mettre en lumière de premiers éléments impactant la qualité de la relation thérapeutique à la phase aiguë de l'AVC. Par ailleurs, il serait important d'approfondir cette recherche en investiguant le ressenti des patients quant à la prise en soin orthophonique en UNV. Il serait également intéressant d'étudier l'éventuel lien entre la qualité de la relation nouée en phase aiguë (entre le patient aphasique et l'orthophoniste) et l'adhésion thérapeutique à la prise en soin orthophonique à plus long terme.

## Références

- Ambroise, B. (2005). *Les pouvoirs du langage : la contribution de J.L. Austin à une théorie contextualiste des actes de parole*. Paris X, Paris.
- Anderson, W. G., Auerbach, A. D., & Fang, M. C. (2017). Associations of Physician Empathy with Patient Anxiety and Ratings of Communication in Hospital Admission Encounters. *Journal of Hospital Medicine*, 12(10).
- Arnesveen Bronken, B., Kirkevold, M., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being After Stroke. *SAGE Journals*, 22(10), 1303-1316.
- Barnes, S., & Ferguson, A. (2015). Conversation partner responses to problematic talk produced by people with aphasia: some alternatives to initiating, completing, or pursuing repair. *Aphasiology*, 29(3), 315-336.
- Barrier, G. (2017). *Les langages du corps en relation d'aide : la communication non verbale au-delà des mots*. Paris : ESF éditeur.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2007). Deuxième partie. In M. Fisbach (Trad.), *Les principes de l'éthique biomédicale* (p. 89-479). Paris : Les Belles Lettres.
- Béraud, C. (2002). Apprendre à soigner. In P.-H. Keller & J. Pierret (Éd.), *Qu'est-ce que soigner? : le soin, du professionnel à la personne* (p. 133-157). Paris : Syros.
- Berry, L. L., Danaher, T. S., Chapman, R. A., & Awdish, R. L. A. (2017). Role of Kindness in Cancer Care. *Journal of Oncology Practice*, 13(11), 744-750.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, The therapeutic alliance : background, research and clinics. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Blonder, L. X., Heilman, K. M., Ketterson, T., Rosenbek, J., Raymer, A., Crosson, B., ... Rothi, L. G. (2005). Affective facial and lexical expression in aprosodic versus



- aphasic stroke patients. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(6), 677-685.
- Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361.
- Brady, M. C., Fredrick, A., & Williams, B. (2013). People with Aphasia: Capacity to Consent, Research Participation and Intervention Inequalities. *International Journal of Stroke*, 8(3), 193-196.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011a). Accident vasculaire cérébral. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 2). Isbergues : Ortho Edition.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011d). Anamnèse. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 17). Isbergues : Ortho Edition.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011b). Communication. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 57). Isbergues : Ortho Edition.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011e). Jargon. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 144). Isbergues : Ortho Edition.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011f). Stéréotypie. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 260). Isbergues : Ortho Edition.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011c). Thérapeute. *Dictionnaire d'orthophonie* (p. 280). Isbergues : Ortho Edition.
- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(2), 141-155.
- Brunel, M.-L., & Cosnier, J. (2012). *L'empathie : un sixième sens*. Lyon : Presses

universitaires de Lyon.

- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207–216.
- Carpentier, J. (2002). La place de l'accompagnement dans la pratique d'un médecin généraliste. In P.-H. Keller & J. Pierret (Éd.), *Qu'est-ce que soigner ? : le soin, du professionnel à la personne* (p. 44-59). Paris : Syros.
- Chauvin, S., & Jounin, N. (2012). L'observation directe. In S. Paugam (Éd.), *L'enquête sociologique* (p. 143-167). Paris : Presses universitaires de France.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2010). *Les Aphasies*. Paris : Elsevier Masson.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M., Jackson, D., & Hunt, G. E. (2012). Mental health nurses' perceptions of good work in an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 471-479.
- Collot, E., & Rouam, F. (2011). Empathie et transfert. In *L'alliance thérapeutique* (p. 159-173). Paris : Dunod.
- Cosnier, J. (1996a). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Revue Psychologie de la motivation*, (21), 129-138.
- Cosnier, J. (1996b). Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux actes sémiotiques*, (52), 7-28.
- Cosnier, J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*, 9(11), 2033-2049.
- Cosnier, J., & Vaysse, J. (1992). La fonction référentielle de la kinésique. *Revue Protée*, 20(2), 40-50.
- Côté, A. (2007). Les stratégies de changement en milieu hospitalier : construire une

- relation de confiance, Change Strategies in Hospitals: Building Relationships of Trust, Resumen. *Gestion*, 32(2), 12-21.
- Cungi, C. (2011). Alliance thérapeutique et empathie. *Santé mentale*, (158), 82-87.
- Cungi, Charly. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz.
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550.
- David, R., Enderby, P., & Bainton, D. (1982). Treatment of acquired aphasia: speech therapists and volunteers compared. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, (45).
- Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., & Mazaux, J.-M. (2007). Communication et aphasie. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun (Éd.), *Aphasies et aphasiques* (p. 76-87). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- De Roten, Y. (2011). L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? In *L'alliance thérapeutique* (p. 3-14). Paris : Dunod.
- Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie, Neural mechanisms mediating empathy and sympathy. *Revue de neuropsychologie*, 2(2), 133-144.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 1-11.
- Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 Annexe 2: Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel de compétences, Pub. L. No. 2013-798, Code de la santé publique (2013). Consulté à l'adresse [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/7/referentiel-competences-orthophoniste\\_267387.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/7/referentiel-competences-orthophoniste_267387.pdf)

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, Pub. L. No. 2002-721, Code de la santé publique (2002). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413069>

Derksen, F. a. W. M., Olde Hartman, T., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2017). Empathy in general practice, the gap between wishes and reality: comparing the views of patients and physicians. *Family Practice*, 0(0), 1-6.

Ekman, E., & Krasner, M. (2017). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*, 39(2), 164-173.

Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). "Could this Be Something Serious?" *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1731-1739.

Estryn-Behar, M. (2011). *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*. Toulouse : Octarès Éditions.

Estryn-Behar, M., & Milanini, G. (2011). Architecture, espace et ergonomie. In *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique* (p. 511-556). Toulouse : Octarès Éditions.

FNO. (2009). *Etat des lieux de la prise en charge des AVC* (p. 15). Paris. Consulté à l'adresse [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC\\_-\\_annexe\\_20.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_annexe_20.pdf)

Foley, R.-A. (2016). L'observation. In J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, & M. Winance (Éd.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 117). Malakoff : Armand Colin.

François-Guinaud, C. (2010). Les modalités de prise en charge (hospitalier et libéral). In S. Chomel-Guillaume, G. Leloup, & I. Bernard (Éd.), *Les Aphasies* (p. 225-232). Paris : Elsevier Masson.

- Gillequin Maarek, C., & Soleilhac, N. (2002). Pour une analyse du langage. In *Guide de la communication*. Paris: Delagrave.
- Gonzalez, I., & Brun, V. (2007). Communications alternatives et suppléances fonctionnelles. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun (Éd.), *Aphasies et aphasiques* (p. 251-262). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Goodwin, C. (1995). Co-Constructing Meaning in Conversations with an Aphasic Man. *Research on Language and Social Interaction*, 28(3), 233-260.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Grice, P. (1957). Meaning. *The philosophical review*, 66(3), 377-388.
- Grosjean, M., Lacoste, M., & Strauss, A. L. (1999). La communication dans l'activité. In *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital* (p. 7-44). Paris : Presses universitaires de France.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy Across the Adult Lifespan: Longitudinal and Experience-Sampling Findings. *Emotion (Washington, D.C.)*, 8(6), 753-765.
- Hall, E. T. (1984). L'espace parle. In J. Mesrie & B. Niceall (Trad.), *Le langage silencieux* (p. 84-95). Paris : Seuil.
- HAS. (2007). *Orthophonie : rééducation de la voix, du langage et de la parole* (p. 1-49). Saint-Denis-La Plaine : HAS.
- HAS. (2009). *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)*. Saint-Denis-La Plaine : HAS.
- HAS. (2017). La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins « Expérimenter, c'est imaginer ». In *Qualité de vie au travail*. Ministère des solidarités et de la santé, Paris.

- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chataway, J., & Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181-190.
- Hojat, M. (2016). Empathy as related to personal qualities, career choice, acquisition of knowledge, and clinical competence. In *Empathy in Health Professions Education and Patient Care* (p. 151-167). Dordrecht : Springer International.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 43(6), 412.
- Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S., & Gilbert, J. (2012). « You needed to rehab ... families as well »: family members' own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(5), 511-521.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17.
- Jakobson, R. (1986). Linguistique et théorie de la communication. In *Essais de linguistique générale : les fondations du langage* (Vol. 1). Paris : les Editions de Minuit.
- Keltner, D., & Ekman, P. (2000). Facial Expression of Emotion. In M. Lewis & J. Haviland-Jones (Éd.), *Handbook of emotions* (2<sup>e</sup> éd., p. 236-249). New-York :

Guilford Publication, Inc.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1986). Nouvelle communication et analyse conversationnelle.

*Langue Française*, (70), 7-25.

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

Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237-251.

Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439.

Lewis, J. R. (1994). Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social science & medicine*, 39(5), 655–670.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Pub. L. No. 2002-303, Code de l'action sociale et des familles (2002). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Lyon, J. G. (1992). Communication Use and Participation in Life for Adults With Aphasia in Natural Settings: The Scope of the Problem. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1(3), 7-14.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of Management Review*, 20(3), 709.

Mayère, A., & Grosjean, S. (2016). L' « échafaudage de soins » dans un hôpital : un entrelacement de technologies, de conversations et d'écrits multiples.

*Communication. Information médias théories pratiques*, 34(1).

Mazaux, J. M., Daviet, J. C., Darrigrand, B., Stuit, A., Muller, F., Dutheil, S., ... Barat, M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. *PRADAT-DHIEL P., PESKINE A., Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, Paris : Springer, 73–82.

Mazaux, J.-M. (2008). *Aphasie : Evolution des concepts, évaluation et rééducation*. Présenté à DES MPR (Diplôme d'Etudes Spécialisées, Médecine Physique et Réadaptation), Module Neuropsychologie, Bordeaux. Consulté à l'adresse [http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Aphasie\\_DES\\_DIU\\_08.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Aphasie_DES_DIU_08.pdf)

Mazaux, J.-M., Dehail, P., Daviet, J. C., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). Tests et bilans d'aphasie. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun (Éd.) (p. 144-157). Issy-les-Moulineaux : Elsevier, Masson.

Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., Brun, V., & Nespoulous, J.-L. (2007). Les troubles du langage oral: quelques rappels sémiologiques. In J. M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun (Éd.), *Aphasies et aphasiques* (p. 54-66). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Mazevet, C. (2011). Alliance thérapeutique et approche intégrative. In E. Collot (Éd.), *L'alliance thérapeutique* (p. 35-52). Paris : Dunod.

Mazucchi, A. (2001). Méthodes de rééducation de l'aphasie. In J.-M. Mazaux, V. Brun, & J. Pélissier (Éd.), *Aphasie : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (p. 107-113). Paris : Elsevier Masson.

Michallet, B., Dorze, G. L., & Tetreault, S. (1999a). Aphasie sévère et situations de handicap : implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(5), 260-270.

Michallet, B., & Le Dorze, G. (1999b). L'approche sociale de l'intervention



- orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(9), 546-556.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787.
- Moulin, S., & Leys, D. (2015). Amélioration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux : le plus important pourrait être à venir. *La Presse Médicale*, 44(5), 499-501.
- Nespoulous, J.-L. (2014). L'aphasie : du déficit à la mise en place de stratégies palliatives. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl, M. Balaguer, D. Batselaere, & M. Bénèche (Éd.), *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 11-20). Montpellier : Sauramps médical.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents: *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.
- OMS. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF.

- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903–918.
- Pacherie, E. (2004). L'empathie et ses degrés. In A. Berthoz & G. Jorland (Éd.), *L'empathie* (p. 149-181). Paris : Odile Jacob.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Les processus de la pensée qualitative. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* (p. 60). Armand Colin.
- Paugam, S. (Éd.). (2012). S'affranchir des prénotions. In *L'enquête sociologique* (p. 7-26). Paris : Presses universitaires de France.
- Peretz, H. (2004). La réalisation de l'observation. In *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris : la Découverte.
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Tulskey, J. A., Lyna, P., Coffman, C. J., Dolor, R. J., ... Østbye, T. (2011). Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(6), 665-672.
- Pradat-Diehl, P., Tessier, C., Peskine, A., & Mazevet, D. (2007). Le pronostic de l'aphasie: récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun (Éd.), *Aphasies et aphasiques* (p. 126-133). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Rives, C., & Journet, J.-D. (2012). *Colloque international : Actualités sur la prise en charge du handicap de communication partagé dans l'aphasie : convergences entre actions associatives et recherches cliniques*. [JW Player 8.1.8]. Toulouse.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2007). Introduction. In M. Raiola (Trad.), *Les neurones miroirs* (p. 7-11). Paris : Odile Jacob.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997).

- Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA*, 277(4), 350-356.
- Rousseaux, M., Cortiana, M., & Bénèche, M. (2014). Sémiologie et déficience de la communication chez la personne aphasique. In J.-M. Mazaux, X. de Boissezon, P. Pradat-Diehl, M. Balaguer, D. Batselaere, & M. Bénèche (Éd.), *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 43-52). Montpellier : Sauramps Médical.
- Saussure, F. de. (1971). Principes généraux. In C. Bally, A. Sechehaye, & A. Riedlinger (Éd.), *Cours de linguistique générale* (p. 97-138). Paris : Bally et Sechehaye.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Linguistic Society of America*, 53(2), 361-382.
- Schroeder, R. (2013). The Seriously Mentally Ill Older Adult: Perceptions of the Patient–Provider Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 30-40.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 3, 10.
- Soler-Gonzalez, J., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Human Connections and Their Roles in the Occupational Well-being of Healthcare Professionals: A Study on Loneliness and Empathy. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Sperber, D., & Wilson, D. (1989). La communication. In A. Gerschenfeld & D. Sperber (Trad.), *La pertinence : communication et cognition* (p. 11-102). Paris : les Éditions de Minuit.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1-21.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of médecine the

- basic models of the doctor patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592.
- Tisseron, S. (2010). *L'empathie au coeur du jeu social*. Paris : Albin Michel.
- Viader, F., Lambert, J., Sayette, V. D. L., Eustache, F., Morin, P., Morin, I., & Lechevalier, B. (2010). Aphasie. In *Encycl Méd Chir, Neurologie [Article 17-035-A-96]*.
- Viot, C. (2011). L'alliance thérapeutique devant les sciences objectives. In E. Collot (Éd.), *L'alliance thérapeutique* (p. 64-73). Paris : Dunod.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. A. (1972). Proposition pour une axiomatique de la communication. In *Une logique de la communication* (p. 45-69). Paris : Seuil.
- Weaver, W. (1949). Recent contributions to the mathematical theory of communication. In C. Shannon & W. Weaver (Éd.), *The mathematical theory of communication* (p. 3-28). Urbana-Champaign : University of Illinois Press.
- Whitworth, A. (2003). The application of Conversation Analysis to the management of aphasia. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 38, 63–76.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, (37), 369-375.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Études, Tome 413(12)*, 631-641.
- Zimmermann, F. (2002). La place du soin dans la culture ayurvédique indienne. In P.-H. Keller & J. Pierret (Éd.), *Qu'est-ce que soigner ? : le soin, du professionnel à la personne* (p. 192-202). Paris : Syros.

## Glossaire

**Anamnèse** : Ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, généralement au moyen d'entretiens menés avec la personne qui vient consulter et/ou son entourage proche (Brin et al., 2011d).

**Aphasies fluentes et non fluentes** : La fluence désigne le nombre de mots produits en une minute (soit en moyenne quatre-vingt-dix mots pour un sujet sans trouble). Elle varie aussi en fonction de la quantité et de la durée des pauses. La fluence s'évalue au travers du langage spontané, de la description de scènes imagées. Les principaux tableaux d'aphasies fluentes sont l'aphasie dite de Wernicke et l'aphasie de conduction. Les tableaux classiquement décrits d'aphasies non fluentes sont l'aphasie globale et l'aphasie de Broca (Viader et al., 2010).

**Jargon** : En aphasiologie, ce terme recouvre deux notions. D'une part, le jargon peut être un langage déformé par des paraphasies de première (trouble de réalisation du phonème, exemple : pseudo-accent) et deuxième articulation (trouble d'organisation du phonème dans le mot, exemple : paraphasies phonémiques) rendant le discours incompréhensible. D'autre part, le jargon peut désigner un langage dyssyntaxique, accompagné de déformations et substitutions de mots (paraphasies phonémiques et verbales) rendant le discours partiellement voire totalement incompréhensible pour l'interlocuteur (jargonaphasie). Dans ce dernier cas, la prosodie et l'articulation peuvent être en partie préservées (Brin et al., 2011e).

**Stéréotypie verbale** : Production répétée, systématique et automatique d'une ou plusieurs production(s) verbale(s) (syllabe, morphème, syntagme) lors des tentatives d'expression verbales. Les stéréotypies sont généralement sans rapport avec la situation. Il existe également des stéréotypies gestuelles (Brin et al., 2011f).

## **Table des annexes**

Annexe A : Modes de communication para et non verbaux .....	1
Annexe B : Le parcours de soin post-AVC.....	2
Annexe C : Support d'observation.....	2
Annexe D : Codages utilisés pour compléter les tableaux de résultats bruts.....	4
Annexe E : Recueil de données brutes : données factuelles.....	5
Annexe F : Recueil de données brutes : données environnementales.....	5
Annexe G : Installation du patient lors des séances.....	7
Annexe H : Installation des orthophonistes lors des séances.....	7
Annexe I : Recueil de données brutes : données verbales et non verbales.....	8

## **Annexe A : Modes de communication para et non verbaux**

### **Le canal auditif** (Cosnier, 1977)

#### ✓ **Les éléments vocaux :**

- Les caractéristiques vocales extralinguistiques de la voix (permanentes car liées à l'anatomie de l'appareil vocal et son emploi),
- Les caractéristiques vocales paralinguistiques du ton de voix (informent sur l'état émotionnel et les attitudes interpersonnelles)
- Les caractéristiques de la réalisation phonétique (accent, prononciation).
- Les ségrégations vocales (« eh », « bin « ...).

#### ✓ **Les pauses et silences**

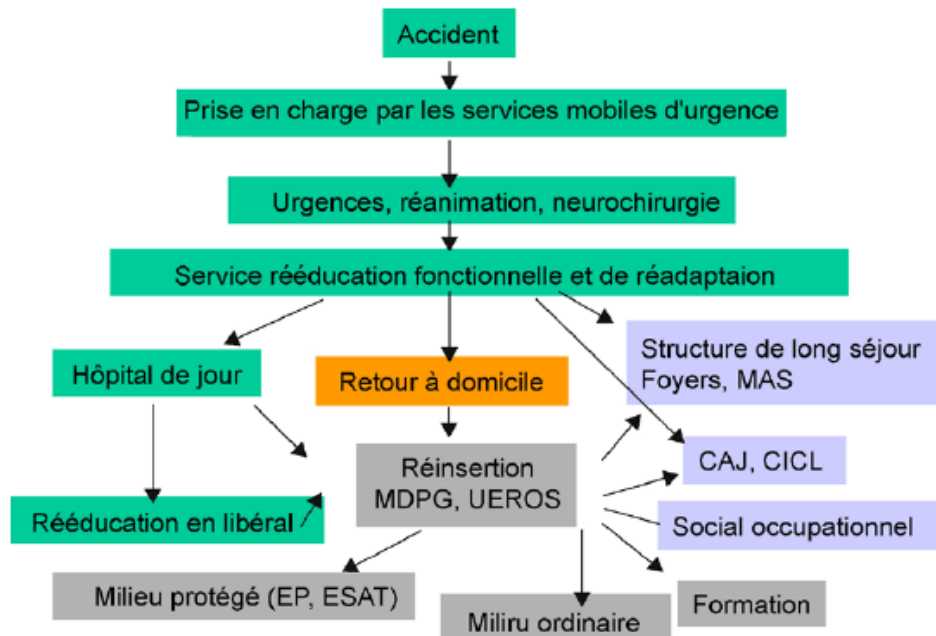
### **Le canal visuel**

- ✓ **Les éléments visuels statiques :** le langage objet (vestimentaire et semi-vestimentaire) et les marqueurs corporels (âge, sexe, signes d'appartenance catégorielle).
- ✓ **Les éléments cinétiques lents :** la proxémie (Hall, 1984) et la posture corporelle.
- ✓ **Les éléments cinétiques rapides** (Cosnier 1996a, Cosnier, 1996b) :
  - Les gestes quasi-linguistiques se substituent à la parole (les gestes conventionnels, la LSF).
  - Les gestes co-verbaux, complémentaires à la parole, peuvent avoir une fonction référentielle (Cosnier et Vaysse, 1992) ou expressive (Keltner et Ekman, 2000).
  - Les gestes synchronisateurs régulent l'interaction (Goodwin, 1995).
  - Les gestes extracommunicatifs (les mouvements de confort, les gestes autocentrés, la manipulation d'objet ou activité ludique).

### **Le canal haptique** (Cosnier, 1996a, Cosnier 1996b)

## Annexe B : Le parcours de soin post-AVC

Schéma d'organisation d'une Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle (UEROS), par François-Guinaud (2010)



## Annexe C : Support d'observation

Partie 1 : Données factuelles

Date :    Heure :    Durée séance :

Distance de l'AVC : J+

Déjà vu par les O de l'UNV : oui/ non ... fois

Vu par cette O : oui/ non ... fois

Vu par ... O différentes

Autre :

Patient (P)	Orthophoniste (O)
H/F      Age :                          Profession :	H/F
<b>Type d'aphasie</b> : Fluente/ Non fluente	Diplômé(e) en :
<b>Anosognosie</b> : oui/ non	Exerçant à l'UNV depuis :
Présence d'un aidant naturel : oui/non	



## Partie 2 : Données environnementales

Environnement matériel	Environnement sensoriel
<p><u>Chambre :</u></p> <p>Simple/ Double</p> <p><b>Côté :</b> Fenêtre/ Porte</p> <p><b>Rideau</b> entre lit : Fermé/ Ouvert</p> <p><b>Porte :</b> Fermée/ Ouverte</p>	<p><u>Bruit :</u> oui/ non</p> <p><b>Matériel médical</b></p> <p><b>Média :</b> chaîne-hifi/radio/ télévision/téléphone</p> <p><b>Humain :</b> type ...</p> <p><b>Intensité :</b> 1-2-3</p> <p><b>Fréquence :</b> 1-2-3</p>
<p><u>Installation :</u></p> <p><b>Distance P/O :</b> très proches/ éloignement modéré</p> <p><b>P :</b> Allongé/ Assis : dans lit/ au bord lit/ fauteuil</p> <p><b>O :</b> debout/assis - en face/dans la diagonale du patient</p>	<p><u>Luminosité :</u> 1-2-3</p>
<p><u>Tenue :</u></p> <p><b>P :</b> Vêtements de l'hôpital /personnels</p> <p><b>O :</b> blouse blanche</p>	<p><u>Entrées dans la chambre :</u></p> <p><b>Signalement présence</b> (boîtier) : oui/ non</p> <p>...<b>Médecin</b> : frappe/ressort/ reste :</p> <p>...<b>Thérapeute</b> : frappe/ressort/ reste :</p> <p>...<b>Soignant</b> : frappe/ressort/ reste</p> <p>...<b>Professionnel non médical</b> : frappe/ressort/ reste :</p> <p>...<b>Entourage</b> (du patient/de son voisin) : frappe/ressort/ reste :</p>

## Partie 3 : Données communicationnelles

	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
Orthophoniste (O)			
Patient (P)			
Entourage/soignant/autre			

## Annexe D : Codages utilisés pour compléter les tableaux de résultats bruts

### Partie 1 : Données factuelles

	Codage	Signification
Principaux acteurs	P	Patient
	O	Orthophoniste
Genre	H/F	Homme/Femme
Type d'aphasie	F	Aphasie fluente
	NF	Aphasie non fluente
Autre	*	Patient vu plusieurs fois

### Partie 2 : Données environnementales

	Codage	Signification
Chambre	S	Chambre simple
	D	Chambre double
Place du lit	P	Lit côté porte
	F	Lit côté fenêtre
Installation du patient	Al	Patient allongé
	As	Patient assis
Manière dont est assis le patient	L	Patient assis dans le lit
	BL	Patient assis au bord du lit
	F	Patient assis au fauteuil
Installation de l'orthophoniste	As	Orthophoniste assise
	D	Orthophoniste debout
Position de l'orthophoniste par rapport au patient	Fa	Orthophoniste en face du patient
	Di	Orthophoniste dans la diagonale du patient
Distance patient/ orthophoniste	0	Patient et orthophoniste sont très proches (50 à 1 mètre)
	1	Patient et orthophoniste sont modérément éloignés (plus d'1 mètre)
Tenue du patient	H	Chemise d'hôpital
	P	Vêtements personnels
Environnement sonore	R	Bruit remarquable
	TF	Bruit très faible voire nul
Intensité des manifestations sonores	I1	Bruit peu intense
	I2	Bruit moyennement intense
	I3	Bruit très intense
Fréquence/ récurrence des manifestations sonores	F1	De rares manifestations au cours de la séance (1 à 3 fois)
	F2	Plusieurs manifestations au cours de la séance (plus de 3 fois)
	F3	Manifestations sonores couvrant la quasi-totalité de la séance
Luminosité	1	Chambre sombre
	2	Chambre peu lumineuse
	3	Chambre lumineuse
Signalement de la présence de l'orthophoniste dans la chambre	B+	Boîtier de présence activé
	B-	Boîtier de présence non activé

### Partie 3 : Données communicationnelles sur l'orthophoniste

	Codage	Signification
Verbal	[V]	Ensemble des comportements verbaux suivants : *Se présente *Interroge les capacités du patient à oraliser *Explique l'aphasie au patient et l'intérêt de la prise en soin orthophonique
	[Clôture]	Annonce le jour dans la prochaine séance, éventuellement l'orthophoniste qui l'assurera.
Non verbal	[M]	Question « Comment ça va pour parler ? » accompagnée d'un mouvement de la main, à hauteur de la bouche, les doigts mimant la sortie des mots par la bouche.
	[*]	Ensemble des comportements non verbaux suivants : *Visage souriant *Débit de parole légèrement ralenti et articulation marquée *Intensité et fréquence vocale relativement élevées, modulations vocaliques

## Annexe E : Recueil de données brutes : données factuelles

	Heure (durée)	Combien de rencontres avec les O de l'UNV (avant cette séance)	Combien de rencontres avec cette O (avant séance)	Vu par combien n d'O à l'UNV (au total)	Âge du P	Genre du P (H/F)	Activité professionnelle	Délais depuis l'AVC (en jours)	Type d'aphasie Fluente (F)/ Non fluente (NF)
1	11h (15')	2	1	2	58	H	Chauffeur de taxi	J6	NF
2	11h20 (20')	0	0	1	42	F	Sans emploi	J1	F
3	11h45 (25')	0	0	1	66	F	Retraitée	J2	F
4	11h (20')	3	1	2	79	H	Retraité	J15	F
5	11h30 (30')	0	0	1	43	F	Ingénieure	J1	F
6	16h (25')	0	0	1	71	F	Retraitée	J1	F
7	16h40 (30')	0	0	1	58	H	En activité (NC)	J1	F
8*	9h30 (25')	1	0	2	71	F	Retraitée	J2	F
9	11h10 (40')	0	0	1	61	F	Retraitée	J1	F
10*	12h15 (35')	1	0	2	43	F	Ingénieure	J2	F
11	10h30 (30')	1	1	1	88	F	Retraitée	J4	F
12	11h15 (35')	3	2	2	59	H	Retraité	J5	NF
13	10h40 (25')	0	0	1	78	F	Retraitée	J1	F
14*	11h20 (35')	4	3	2	71	F	Retraitée	J8	F
15	12h (35')	4	2	2	36	F	Sans emploi	J8	NF
16	12h40 (25')	0	0	1	70	F	Retraitée	J3	NF
17	10h (35')	1	0	1	85	F	Retraitée	J9	NF
18	12h (30')	0	0	1	78	H	Retraité	J1	NF
19	10h35 (30')	0	0	1	69	F	Retraitée	J2	F
20*	11h (40')	8	4	2	36*	F	Sans emploi	J15	NF
21	11h50 (25')	2	0	2	79	F	Retraitée	J5	NF

## Annexe F : Recueil de données brutes : données environnementales

	Chambre	Installation P	Installation O	Distance P/O : 0/1	Tenue P	Environnement sonore	Luminosité	Entrées en cours de séance
<b>Détails</b>	Simple (S)/ double (D)  Côté porte (P)/fenêtre (F)	Allongé (Al)/ assis (As)  Assis : au lit (L)/bord du lit (BL)/fauteuil (F)	Assise (As)/debout (D)  Face (Fa)/diagonal (Di) du P	Très proches (0)/ éloignement modéré (1)	Chemise d'hôpital (H)/vêtements personnels (P)	Bruit : remarquable (R)/très faible voire nul (TF)  Type  Intensité (I) 1-2-3  Fréquence (F) 1-2-3	1-2-3	Nombre d'entrées  Qualité de l'entrant (réaction)  Présence signalée au boîtier : oui (B+)/ non (B-)
1	D : F	Al : L	D : Fa	1	H	R Voix couloir I2 F3	3	0 B-
2	S	Al : L	D : Di	0	H	TF	3	0 B-

	Chambre	Installation P	Installation O	Distance P/O : 0/1	Tenue P	Environnement sonore	Luminosité	Entrées en cours de séance
3	D : F	As : F	As : Fa	0	H	R Appareils + Voix I2 F2	3	5 Equipe médicale de 5 professionnels (pour le voisin) B-
4	D : P	Al : L	D : Di	0	H	R Appareils I1 F2	3	0 B+
5	S	As : F	As : Fa	1	H	R Appareils I2 F1	1	3 Entourage (ressort) Aide-soignante (pose repas et sort) Infirmière (reste sur les dernières minutes de séance + répond au téléphone) B-
6	S	Al : L	D : Di	0	H	TF	1	2 Entourage (ressort) Soignant (ressort) B-
7	D : P	Al : L	As : Di	1	P	TF	1	2 Entourage (assiste séance) Soignant (ressort) B-
8*	S	As : L	As : Di	0	P	TF	3	0 B+
9	S	As : BL	As : F	0	P	R Sonnerie téléphone I2 F2	2	0 B+
10*	D : P	As : BL	As : F	0	H	TF	3	2 Entourage (entre en fin séance et échange avec l'O) AS (pose repas et sort) B-
11	D : P	As : F	As : F	0	H	TF	3	2 Soignants (ressortent) B+
12	D : F	As : BL	As : Di	0	P	TF	2	1 Soignant (ressort) B+
13	D : F	Al : L	As : Di	0	H	R Appareils + toux I2 F3	2	0 B+
14*	D : P	As : L	As : Di	0	P	R Radio + ronflements I1 F3	3	2 Soignant (formule une demande puis sort) Agent d'entretien (ressort) B-

	Chambre	Installation P	Installation O	Distance P/O : 0/1	Tenue P	Environnement sonore	Luminosité	Entrées en cours de séance
15	D : F	Al : L	As : Di	0	P	R Voix I1 F3	3	0 B-
16	D : F	As : L	As : Di	0	H	R Appareils I1 F2	3	1 Aide-soignante (pose repas, parle avec ortho, ressort) B-
17	S	Al : L	As : Di	0	H	R Appareils I1 F1	2	1 Soignant (ressort) B-
18	S	As : F	As : F	1	H	TF	3	2 Soignant 1 (ressort) Soignant 2 (parle avec l'ortho puis sort) B-
19	D : P	As : L	As : Di	0	H	R Voix + pas I3 F2	2	3 Thérapeute (fini la séance du voisin puis sort) Soignant (ressort) Entourage du voisin (ressort) B-
20*	D : F	As : L	As : Di	0	H	R Voix, pleurs I2 F2	2	2 Médecin (ressort) Soignant (ressort) B-
21	S	As : L	D : Di	1	H	TF	3	0 B-

### Annexe G : Installation du patient lors des séances

	Allongé	Assis	Total
Au lit	8	6	14
Au bord du lit	0	3	3
Au fauteuil	0	4	4
Total	8	13	21

### Annexe H : Installation des orthophonistes lors des séances

	Debout	Assise	Total
Face au patient	1	6	7
Dans la diagonale du patient	4	10	14
Total	5	16	21

## Annexe I : Recueil de données brutes : données verbales et non verbales

	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
1	<p><b>O :</b> « Bonjour Mr x ! Comment ça va aujourd'hui ? » « Comment ça va pour parler ? » Explique l'aphasie au patient et compagne Explique l'intérêt de la PES orthophonique : « Nous on va faire en sorte que les mots viennent mieux, mais ce n'est pas de la magie. » Propose la visite d'une psychologue [Clôture] : « Les orthophonistes ne sont pas à l'hôpital le week-end, on revient vous voir lundi, d'accord ? »</p> <p><b>P :</b> « Ça va bof. » Réponses par « oui/non »</p> <p><b>Compagne :</b> « Ça fait peur. » « Il va guérir ? »</p>	<p><b>O :</b> Fait le bilan des difficultés du patient Met en avant ce qui va bien, fait le point sur ce qui a été compliqué en exercices</p>	<p><b>O :</b> [M] ; [*] <b>P :</b> Très peu d'expressions faciales <b>Compagne :</b> Regarde l'O</p>
2	<p><b>O :</b> [V] « Vous êtes bien Mme x ? » « Mme x est-ce que vous avez des enfants ? » « Attendez, je vais poser ça ici pour ne pas être dérangée. » « Qu'est-ce que vous avez dit ? Je crois que je n'ai pas tout bien compris. » (rires) « Les mots sont tout mélangés dans votre tête. » « On revient lundi. » « On va travailler. » [Clôture] <b>P :</b> Jargon, idées confuses, discours peu informatif Dissociation automatico-volontaire (DAV) Écholalies</p>	<p><b>O :</b> « Oui c'est bien ! », « Voilà, c'est bien. » « On va commencer par un peu de gymnastique. » (praxies bucco-faciales) « Tirez-la langue... parfait ! il n'y a que les orthophonistes qui disent parfait pour tirer la langue. » « Mme x, regardez ce que je fais. » (gonfle les joues)</p>	<p><b>O :</b> [*] Touche l'épaule de la patiente Rit Sert la main de la patiente en sortant <b>P :</b> Ne regarde pas l'O au début Grogne, soupire Bouge sa main droite en parlant Sourit</p>
3	<p><b>O :</b> [V] Verbalise ce qu'elle fait : « Je vais prendre quelques notes. » Questionne sur les repères temporels : « Vous savez quel jour on est ? » [Clôture] <b>P :</b> Confusion Écholalies Se plaint de ne pas bien voir Se plaint d'être fatiguée</p>	<p><b>O :</b> « Oui, très bien, oui, parfait » « Ça va ? » « C'est difficile mais essayez encore un peu » Rappelle les consignes Donne des stratégies <b>P :</b> Exprime sa difficulté Paraphrasies phonémiques</p>	<p><b>O :</b> [*] Lève le pouce (accompagne le « très bien ») <b>P :</b> Rit Sourit Suit du regard les gestes de l'O Me regarde parfois Parle calmement</p>
4	<p><b>O :</b> « Comment allez-vous ? » Vérifie les informations d'état civil (EC) [Clôture] <b>P :</b> Jargon Confusion</p>	<p><b>O :</b> Ne relève pas ses erreurs mais dit : « on va passer à autre chose » « Ce n'est pas grave. »</p>	<p><b>O :</b> [*] Accompagne parole de gestes pour aider à la compréhension</p>

	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
5	<p><b>O :</b> [V] Vérifie les informations d'EC « Vous parlez de votre mari ? » « Quand vous voulez dire un mot ce n'est pas celui qui vient, ça c'est à cause de votre accident. », « On va justement travailler avec vous pour vous aider. » [Clôture] <b>P :</b> « Je ne comprends pas ce qui m'arrive. », « Pourquoi je suis là ? » « Je ne veux pas rester à l'hôpital vous savez. » « J'ai l'impression d'être folle. »</p>	<p><b>O :</b> Dénomination : « C'est l'image qui est mal photocopiée. » <b>P :</b> Discours fluent Paraphasies sémantiques</p>	<p><b>O :</b> [*] <b>P :</b> Pleure Rit Sourcils froncés</p>
6	<p><b>O :</b> [V] « Racontez-moi ce qui vous est arrivé » Explique ce qu'est l'aphasie « il y a des zones de votre cerveau qui ont été moins irriguées pendant un moment », « vous allez récupérer en partie toute seule, et nous on va vous aider pour le reste » [Clôture] <b>P :</b> Discours confus</p>	<p><b>O :</b> « C'est compliqué pour vous là ? » <b>P :</b> Discours fluent Paraphasies divers</p>	<p><b>O :</b> [*] Hoche la tête <b>P :</b> Sourit</p>
7	<p><b>O :</b> [V] « Vous avez du mal à trouver les mots c'est ça ? » « On va regarder ensemble ce qui est difficile et ce qui va bien et ensuite on pourra commencer à travailler. » Répond aux questions de la compagne : « la récupération dépend de beaucoup de facteurs » [Clôture] <b>P :</b> « Je ne sais pas si je vais rester ici. » <b>Compagne :</b> « Depuis qu'on est arrivé, je ne sais rien, on a vu personne. », « Je n'ose pas déranger les médecins. » « Ce qu'il a, c'est impressionnant ! », « Je suis choquée. » « Est ce que ça va revenir ? », « Rassurez-moi un peu, en général, ça revient ? »</p>	<p><b>O :</b> « Prenez votre temps » « C'est mieux » « C'est pas une pomme ça, qu'est-ce que c'est ? », « o... » (orange) « Vous ne reconnaissez pas ? d'accord. » « Du mais ? comment vous savez ? » « Parfait, vous voyez que vous connaissez. » <b>P :</b> Dénomme Paraphasies</p>	<p><b>O :</b> [*] ; [M]</p>
8*	<p><b>O :</b> « Comment ça va aujourd'hui ? » « Vous avez mangé ce matin ? » [Clôture]</p>	<p><b>O :</b> « C'est difficile ? » Ebauche orale « Vous êtes sûre ? » « Est ce que vous pensez que c'est à cause de vos yeux, ou vous ne retrouvez plus ce que c'est ? » « Ce qu'on va faire est difficile, on essaye, si c'est trop difficile on arrête, ok ? » « C'est très bien. » « On vous a bien fatiguée. » <b>P :</b> Dénomination coûteuse : répond plusieurs fois « Je ne sais pas. » aux items</p>	<p><b>O :</b> [*] Mouvement de tête pour désigner la fenêtre. <b>P :</b> Ses yeux se ferment à la fin du dernier exercice</p>

	<b>Verbal en conversation</b>	<b>Verbal en exercice</b>	<b>Non verbal</b>
<b>9</b>	<p><b>O :</b> « Comment ça se passe pour parler ? », « On va regarder ça ensemble. » Questions sur sa famille « Votre main, elle va comment ? » « Les mots sont encore un peu difficile à trouver, mais dans l'ensemble ça va plutôt bien. », « Si dans 3 semaines vous sentez que ce n'est pas revenu totalement, il faudra consulter une orthophoniste. », « Je fais le pari de la récupération. » [Clôture]</p> <p><b>P :</b> « Je n'ai pas compris que je faisais un AVC, j'ai cru que c'était des crampes. »</p>	<p><b>O :</b> « Si c'est trop facile, on fera plus dur, d'accord ? On essaye. »</p> <p><b>P :</b> Se plaint de devoir réfléchir à la lettre qu'elle veut écrire « J'ai du mal à trouver le mot précis. »</p>	<p><b>O : [*]</b> Questions « Comment va votre main ? » accompagnée d'un geste de pointage digital et de l'orientation du visage vers la main du patient.</p> <p><b>P :</b> Posture décontractée (jambes fléchies, écartées) Rit Fait de l'ironie</p>
<b>10*</b>	<p><b>O :</b> « On va prévenir le médecin en fin de séance pour votre mal de tête. » « Il ne faut pas regarder le sommet de la montagne mais regarder chaque jour ce qui va mieux. » « C'est important de laisser le cerveau se reposer. », « Quand vous sentez que vous fatiguez, il faut vous arrêter. », « Il ne faut pas forcer, ça fait partie de la rééducation. » Conseil à la patiente d'appeler sa fille (jeune enfant) si c'est trop difficile pour l'enfant de venir, pour qu'elle voit que qu'elle (la patiente) parle mieux. Annonce ce qui sera travaillé la semaine prochaine. [Clôture]</p> <p><b>P :</b> Se plaint de douleurs « Je n'ai même pas reconnu la montre du médecin quand il m'a montré sa montre, vous vous rendez compte ? je suis choquée » « Ils m'ont prise pour une folle, ils ont tous cru que j'étais folle » Explique suivre plus facilement les conversations par rapport à la veille Explique s'être entraînée aux exercices faits la veille en orthophonie « J'aimerais bien partir », « je ne veux pas être ici »</p>	<p><b>O :</b> « Vous voyez que ça marche la lecture. », « ça vous aide à remettre les sons dans l'ordre. » « Vous voyez si vous lisez la phrase par petits bouts, ce sera peut-être plus facile pour comprendre »</p> <p><b>P :</b> « C'est horrible, vous vous rendez compte, c'est ce que je fais avec ma fille ça. »</p>	<p><b>O : [*]</b> Se touche le crâne en évoquant les maux de tête de la patiente. Sert la main en sortant</p> <p><b>P :</b> Larmes aux yeux Voix tremblante</p>



	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
11	<p><b>O :</b> « Madame x, je n'ai pas compris ce que vous vouliez me dire. », « Vous parlez d'un bébé, quelqu'un que vous connaissez a eu un bébé ? », « C'est quelqu'un dans votre famille ? », « c'est un de vos petits-enfants ? » « Vous voulez dire quelque chose et ce n'est pas le bon mot qui sort, c'est ça qui vous énerve ? » [Clôture]</p> <p><b>P :</b> « Vous venez faire travailler ma tête. » Logorrhée Parle pour elle-même</p>	<p><b>O :</b> « C'est beaucoup mieux que l'autre fois, il y a beaucoup de choses qui marchent bien. », « Elle ne va pas si mal votre tête, vous êtes surtout inquiète, mais vous allez plutôt bien. » Dit son nom pour la ramener à l'exercice Répète les consignes plusieurs fois</p> <p><b>P :</b> « Est-ce que vous avez l'impression que ça va un peu mieux ? » « Je fais des bêtises. » « Vous voyez que ma tête ça va plus. », « Je suis foutue. » « Faut pas m'en vouloir. » Ecrit</p>	<p><b>O : [*]</b> Touche la main de la patiente Cherche son regard Masque une partie des items avec sa main Sert la main de la patiente en sortant</p> <p><b>P :</b> Ne respecte pas les tours de rôle Décrochage du regard par intermittence Débit rapide de parole</p>
12	<p><b>O :</b> Lui demande de demander à sa femme d'écrire son nom et celui de leurs enfants pour travailler avec la prochaine fois [Clôture]</p>	<p><b>O :</b> « Très bien », « Encore », « On continue. »</p> <p><b>P :</b> Quelques sonorisations Ecrit</p>	<p><b>O : [*]</b> Tient la main du patient pour taper le rythme (Thérapie mélodique et rythmée) Sert la main du patient en sortant</p> <p><b>P :</b> Rit Sourit S'accroche au regard de l'O</p>
13	<p><b>O : [V]</b> Questions d'EC « Ça vous fait mal ou ça va ? », « ça va votre main, elle bouge bien ? » « Ça va ? », « J'écris, pendant ce temps vous pouvez vous reposer » Question sur ses prothèses auditives [Clôture]</p>	<p><b>O :</b> « C'est bien, c'est un peu faible mais ça va. » « Vous travaillez bien. » « Vos sons se mélangent un peu sur les mots compliqués. » « Je vous fait une dernière chose et après je vous fiche la paix. »</p> <p><b>P :</b> Echolalie</p>	<p><b>O : [*]</b> Comptage digital pour que la patiente visualise dans combien de jour reviendra l'orthophoniste.</p> <p><b>P :</b> Peu expressive</p>
14*	<p><b>O :</b> « Vous avez eu des visites ? » « Vous restez encore à l'hôpital quelques jours ? » [Clôture]</p> <p><b>P :</b> « Je ne sais pas, ça dépend. » (sur la question des visites) « Justement, je ne sais pas. Je pense ce sera pas bien long. » (sur la question de l'hospitalisation)</p>	<p><b>O :</b> « Est ce que vous arrivez à vous faire une image dans votre tête ? Essayez. » « Vous avez bien compris ? alors on y va ! » « Je dis un mot, montrez-moi la couleur correspondante : neige. » Rappelle plusieurs fois les consignes</p> <p><b>P :</b> Echolalie « On trouve des trucs », « Un petit faon, un gros faon, un gros machin. » (exercice de fluence) « J'arrive pas à me faire une image car j'arrive pas à voir la ferme. » « Neige, noire » (exercices sur les couleurs)</p>	<p><b>O : [*]</b> <b>P :</b> Sourit</p>

	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
15	<p><b>O :</b> « Comment vous vous sentez aujourd'hui ? » « Il ne faut pas dire le -ouais-, il faut essayer de vous taire. » [Clôture] <b>P :</b> Stéréotypies verbales : « Ouais » et « One, two »</p>	<p><b>O :</b> « C'est super, c'est très bien. » « Il n'y a pas tous les mots mais il y en a quelques-uns » « On va essayer autre chose, c'est difficile, je vous préviens c'est pas gagné. » <b>P :</b> Quelques DAV <b>Voisine de chambre :</b> Répond à la place de notre patiente</p>	<p><b>O :</b> [*] Fait geste du bras avec fermeture du poing, dans le but d'aider la patiente à inhiber les stéréotypies verbales <b>P :</b> Sourit</p>
16	<p><b>O :</b> [V] « Chut, il ne faut pas dire. », « Ça vous fatigue de ne pas dire ça ? », « Pendant le week-end, il faut essayer de bloquer ce -oui-. », « Je sais que c'est très difficile. » [Clôture] <b>P :</b> Stéréotypies verbales : « Oui »</p>	<p><b>O :</b> « On va essayer. », « on va faire un dernier petit exo et je vous laisse tranquille » « Vous avez du mal à bouger votre main ? » « C'est ça ? je vois avec vos yeux » (suit son regard) « Ok, on va arrêter. » <b>P :</b> DAV</p>	<p><b>O :</b> Fait geste du bras et -non- de la tête (rotation latérale du visage) Pour aider la patiente à inhiber les stéréotypies verbales <b>P :</b> Regard très présent Fait des gestes pour se faire comprendre</p>
17	<p><b>O :</b> Questions d'EC « C'est difficile pour parler ? » « Vous comprenez quand je vous parle ou c'est un peu difficile à comprendre ? Non ? C'est bon ? » [Clôture]</p>	<p><b>O :</b> « Je vais vous demander de faire de la gymnastique du visage. » « Ça vous fatigue ? j'ai l'impression que vous êtes fatiguée. » Dénomination : - O : C'est petit ? - P : Oui. - O : Ça vit en France ? - P : Oui. - O : C'est un animal ? - P : Oui sûrement.</p>	<p><b>O :</b> [*] Terme « difficile » accompagné d'un mouvement du bras droit vers l'avant, poing fermé <b>P :</b> Essaie d'expliquer quelque chose puis semble renoncer (baisse les yeux et soupire) Ferme les yeux entre deux exercices Voix encombrée</p>
18	<p><b>O :</b> [V] « C'est difficile pour trouver les mots ? et pour articuler ? » « Ça vous fait tousser quand vous mangez ? » [Clôture] <b>Infirmière :</b> Echange avec l'orthophoniste pendant la fin de séance pour solliciter des informations sur les troubles du patient</p>	<p><b>O :</b> « Je vais vous rapprocher les images pour que vous voyiez mieux, c'est bon comme ça ? » « Je vous laisse la porte ouverte, je reviens. »</p>	<p><b>O :</b> [*] ; [M] <b>P :</b> Hoquet Ses yeux se ferment plusieurs fois en cours de séance Hypophonie</p>
19	<p><b>O :</b> [V] « Est-ce que vous savez où vous êtes ? » « Comment ça se passe pour parler ? » « Je comprends que ce soit difficile pour vous d'être ici. » [Clôture] <b>P :</b> Se plaint de la faiblesse de sa voix</p>	<p><b>O :</b> « Vous n'avez pas compris ? Je vous réexplique. »</p>	<p><b>O :</b> [*] Geste de la main droite, partant de la bouche puis ouvrant la main, laissant la paume vers le ciel. <b>P :</b> Suit les gestes de l'orthophoniste du regard</p>

	Verbal en conversation	Verbal en exercice	Non verbal
20*	<p><b>O :</b> « Essayez de ne pas dire le -tetre- » Annonce que les orthophonistes ne viendront pas pendant le week-end « Reposez-vous bien. » « Profitez de vos visites. » [Clôture] <b>P :</b> Stéréotypies verbales « tetre »</p>	<p><b>O :</b> Se retourne pour me parler « C'est bien. », « C'est beaucoup mieux. » « On va essayer les proverbes, ça risque d'être un peu dur, c'est peut-être un peu tôt. » <b>P :</b> Suit le rythme des productions, produit quelques phonèmes, quelques praxies en DAV</p>	<p><b>O :</b> [*] Comptage digital accompagnant la comptine numérique <b>P :</b> Sourit Rit <b>Voisine de chambre :</b> Pleure</p>
21	<p><b>O :</b> « Ça va pas aujourd'hui, vous avez mal au bras ? » « Vous êtes mal installée avec cet oreiller, c'est ça que vous voulez nous dire ? » « Vous en avez marre d'être ici ? », « Vous savez combien de temps vous devez rester encore ? » « Tant que vous êtes là, on viendra vous aider. » « On va juste travailler cinq minutes » « Vous avez vu les kinés ? » « Je vous avais promis cinq minutes alors je vous laisse tranquille. » [Clôture] <b>P :</b> Répond par « oui/non »</p>	<p><b>O :</b> « On va regarder comment vous retrouvez les mots. Vous allez me dire ce que vous voyez sur les images. » <b>P :</b> Dénomination et lecture à haute voix</p>	<p><b>O :</b> [*] Réinstalle la patiente car l'oreiller la gêne Lui touche l'épaule avec sa main <b>P :</b> Pleure en début de séance Sourcils froncés Baille plusieurs fois Me regarde sans rien dire</p>