



HAL
open science

Protocole de thérapie écosystémique de la communication du couple aphasique à partir du PTECCA

Naïs Escribe, Léa Simon

► **To cite this version:**

Naïs Escribe, Léa Simon. Protocole de thérapie écosystémique de la communication du couple aphasique à partir du PTECCA. Sciences cognitives. 2014. dumas-01081414

HAL Id: dumas-01081414

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081414>

Submitted on 2 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ACADÉMIE DE PARIS
UNIVERSITE PARIS VI PIERRE et MARIE CURIE

MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

PROTOCOLE DE THÉRAPIE ÉCOSYSTEMIQUE DE LA COMMUNICATION DU
COUPLE APHASIQUE À PARTIR DU PTECCA

DIRECTEURS DE MÉMOIRE : A. ICHÉ ET P. PÉNIGAULT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013-2014

ESCRIBE

NAÏS

NÉE LE 05/11/1987

SIMON

LÉA

NÉE LE 11/04/1990

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en premier lieu nos maîtres de mémoire, Aurélie Iché et Philippe Pénigault, pour leurs conseils avisés et pour nous avoir accompagnées dans ce travail.

Un grand merci à Cléo Deviterne, Emilie Franque et Lysiane Benzekri qui nous ont présenté leurs patients.

Merci aux couples qui ont accepté de partager cette expérience avec nous, pour leur accueil chaleureux et pour leur investissement.

À Séverine, un gros merci pour son soutien et ses précieux conseils.

Merci à nos parents qui nous ont permis d'en arriver là par la transmission de leurs valeurs et le soutien qu'ils nous ont apporté toutes ces années.

Merci à « Tatie Josie » pour les impressions et sa disponibilité le dimanche, à Philippine pour ses talents de traductrice, à Fab, parce que même loin, il repère les fautes d'orthographe et à Sandie pour sa relecture plus qu'assidue.

Nous remercions aussi Kevin et Ludo pour nous avoir supportées dans les durs moments et pour avoir apporté leur aide et leurs conseils, notamment pour toutes les difficultés techniques rencontrées !

Enfin, merci à Loulou, qui a égayé nos journées de travail ...

Attestation de non plagiat

Nous soussignées, Naïs Escribe et Léa Simon, déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	2
CHAPITRE I : LA COMMUNICATION ET L'APHASIE	2
A) MODÈLES LINGUISTIQUES DE LA COMMUNICATION	2
1) Jakobson : les fonctions de la communication	2
2) Grice : maxims conversationnelles et principe de coopération	2
3) Dynamique du discours	3
a) Gestion des tours de parole	3
b) Fonctionnement des boucles de rétroaction (ou feedback)	3
c) Multicanalité.....	4
B) LES TROUBLES APHASIQUES : CONSÉQUENCES SUR LA COMMUNICATION	4
1) Verbal	4
2) Paraverbal et non-verbal.....	5
3) Pragmatique.....	5
4) Troubles associés.....	6
CHAPITRE II : HANDICAP ET QUALITÉ DE VIE EN APHASIOLOGIE	7
A) LE HANDICAP APHASIQUE	7
1) Définition du handicap	7
a) Définition de la CIF.....	7
b) Application de la CIF à l'aphasie	8
2) Application à l'aphasie : notion de handicap communicationnel	8
a) Limitations d'activités.....	8
b) Répercussions psychosociales.....	9
B) LE HANDICAP PARTAGÉ	10
1) Environnement et entourage.....	10
2) L'aidant naturel	10
C) LA QUALITÉ DE VIE EN APHASIOLOGIE	11
1) Définition et application à l'aphasie.....	11
2) Outils de mesure.....	12

a) Intérêts de mesurer la qualité de vie.....	12
b) Outils disponibles.....	12
CHAPITRE III : NOUVELLES PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE,	
L'APPROCHE FONCTIONNELLE	13
A) ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION	14
1) Présentation des outils existants.....	14
2) Principes de l'analyse conversationnelle.....	15
3) Le PTECCA : un outil d'évaluation issu du courant écosystémique	16
B) L'APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE.....	17
1) Principes généraux	18
2) Applications en aphasiologie	19
C) APPROCHES FORMELLES ET FONCTIONNELLES, QUELLE	
COMPLÉMENTARITÉ ?.....	20
 PARTIE PRATIQUE.....	 21
 PARTIE I : OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	 21
 PARTIE II : MÉTHODOLOGIE	 21
A) POPULATION.....	21
B) DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE.....	22
1) Évaluation pré-thérapeutique	22
a) PTECCA.....	23
b) C-10.....	23
2) Trame thérapeutique.....	24
a) Phase d'information	24
b) Phase de prise de conscience.....	24
c) Entraînement spécifique	25
d) Généralisation.....	26
3) Évaluation post-thérapeutique.....	26
 PARTIE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	 26
A) M. ET MME B. (Partie rédigée par N. Escribe)	26
1) Présentation	26
2) Évaluation pré-thérapeutique	27
a) Plaintes	27

b) PTECCA.....	27
c) C-10.....	30
d) Définition des axes thérapeutiques.....	31
3) Thérapie.....	31
4) Évaluation post-thérapeutique.....	33
a) PTECCA.....	33
b) C-10.....	35
5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques.....	35
a) PTECCA.....	35
b) C-10.....	37
B) M. ET MME G. (Partie rédigée par L. Simon)	37
1) Présentation	37
2) Évaluation pré-thérapeutique	38
a) Plaintes	38
b) PTECCA.....	38
c) C-10.....	41
d) Définition des axes thérapeutiques.....	41
3) Thérapie.....	41
4) Évaluation post-thérapeutique.....	43
a) PTECCA.....	43
b) C-10.....	44
5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques.....	45
a) PTECCA.....	45
b) C-10.....	45
C) M. E. ET MME C. (Partie rédigée conjointement)	46
1) Présentation	46
2) Évaluation pré-thérapeutique	47
a) Plaintes	47
b) PTECCA.....	47
c) C-10.....	49
d) Définition des axes thérapeutiques.....	50
3) Thérapie.....	50
4) Évaluation post-thérapeutique.....	51
a) PTECCA.....	52
b) C-10.....	53

5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques.....	54
a) PTECCA.....	54
b) C-10.....	55
DISCUSSION	57
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	VIII

Sommaire des tableaux

<i><u>Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée</u></i>	22
<i><u>Tableau 2: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. et Mme B.</u></i>	30
<i><u>Tableau 3: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. et Mme G.</u></i>	40
<i><u>Tableau 4: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. E. et Mme C.</u></i>	49

INTRODUCTION

La redéfinition du handicap amène aujourd'hui à considérer les interactions du sujet avec son environnement. Ce sont donc les incapacités de l'individu, et non plus ses déficiences organiques qui sont avant tout prises en compte. L'aphasie entraîne des déficits langagiers qui impactent d'autres domaines tels la communication, impliquant le patient et son interlocuteur. Ces répercussions sont particulièrement importantes au sein de la cellule familiale, entraînant un déséquilibre des rôles de chacun et une diminution de la qualité de vie du patient et de ses proches, en particulier du conjoint. Il devient alors nécessaire d'orienter les approches thérapeutiques en orthophonie vers des pratiques écologiques visant des techniques de réadaptation portant sur le patient et son écosystème. Le Protocole Toulousain d'Evaluation de la Communication du Couple Aphasique (PTECCA, Iché et al., 2007), issu de cette approche, a ainsi été créé dans le but d'identifier les comportements de communication du couple aphasique.

Nous avons donc souhaité proposer un protocole de prise en charge écosystémique de la personne aphasique et de son conjoint dont les axes rééducatifs sont définis par ce test. Cette étude cherche d'abord à montrer la faisabilité d'un tel type de thérapie à partir de plusieurs études de cas en vue d'une validation ultérieure. De plus, nous désirions évaluer l'influence possible de l'amélioration de la communication sur la qualité de vie. Nous avons donc pris en charge trois couples selon les principes du courant écosystémique. L'intervention s'est déroulée au domicile des patients pendant huit semaines consécutives.

En premier lieu les fondements théoriques relatifs à la communication, au handicap et aux nouvelles perspectives de rééducation s'inscrivant dans l'approche fonctionnelle de l'aphasie seront exposés. Puis, à travers trois études de cas, notre démarche clinique sera présentée de manière approfondie. Enfin, nous discuterons nos résultats puis nous conclurons selon nos observations et leurs répercussions sur notre démarche.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I : LA COMMUNICATION ET L'APHASIE

A) MODÈLES LINGUISTIQUES DE LA COMMUNICATION

Les théories linguistiques qui ont sous-tendu l'élaboration du PTECCA (Iché et al., 2007) et qui ont donc guidé notre protocole seront exposées en premier lieu.

1) Jakobson : les fonctions de la communication

Le schéma de la communication de Jakobson (1963) porte sur l'aspect fonctionnel de la communication, et en particulier sur l'intentionnalité du discours en situation duelle (cf. annexe A). À chaque composante de la communication correspond une fonction.

- La fonction expressive fait référence à l'émetteur ou **destinateur** du message et constitue l'expression de sa subjectivité.
- La fonction conative est centrée sur le **destinataire** du message. Elle représente la volonté de l'émetteur d'agir sur le récepteur, de l'influencer, dans l'objectif d'obtenir un effet. En retour, le destinataire produit une réponse ou réaction, appelée « feedback ».
- La fonction référentielle concerne le **contexte** du message, l'information qu'il véhicule.
- La fonction phatique concerne le **contact** établi entre le destinateur et le destinataire. Elle a pour but d'établir ce contact, de le maintenir et de l'interrompre.
- La fonction métalinguistique est centrée sur le **code**. En d'autres termes, elle intervient lorsque le langage sert à parler du langage.
- La fonction poétique concerne le **message**, du point de vue de sa forme. Elle renvoie donc à l'aspect esthétique du langage. Lors de l'élaboration du PTECCA, les auteures y ont intégré la notion de politesse relationnelle, proposée par C. Kerbrat-Orecchioni (1996).

2) Grice : maximes conversationnelles et principe de coopération

Herbert-Paul Grice (1979) a étudié l'organisation pragmatique de la communication. Il a ainsi défini le principe de coopération auquel sont subordonnées des règles permettant une communication efficace, les « maximes conversationnelles ».

Grice formule le principe de coopération en ces termes : « *Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que requiert l'objectif ou la direction acceptée de l'échange dans lequel vous êtes engagé* ». Ainsi, il signifie que toute communication est régie par un accord tacite entre les acteurs de celle-ci afin de tendre vers un but commun, fixé dès le départ ou apparaissant au cours de l'échange.

- La maxime de quantité concerne la quantité d'informations fournies: il incombe au locuteur de donner autant d'informations qu'il le faut à son interlocuteur en tenant compte des connaissances qu'ils ont en commun.
- La maxime de qualité se rapporte à la sincérité du locuteur.
- La maxime de relation porte sur la pertinence du message. Le locuteur doit s'assurer que son discours est cohérent et approprié.
- La maxime de manière a trait à l'intelligibilité du discours : l'énonciateur doit veiller à s'exprimer de manière claire afin de faciliter la compréhension.

3) Dynamique du discours

Sacks et al., cités par Traverso (1996), conviennent que « *la conversation est tenue pour l'exemple canonique de l'interaction* ». Ainsi, les règles issues de l'analyse conversationnelle qui assurent un échange harmonieux vont être présentées.

a) Gestion des tours de parole

Une conversation suppose au moins deux interlocuteurs qui prennent la parole chacun leur tour. Cette alternance doit se faire naturellement afin d'éviter les silences inappropriés ou les chevauchements de tours. Des signaux sont émis par les interlocuteurs afin de signifier la volonté de prendre ou de laisser la parole. Ils peuvent être de nature verbale, paraverbale ou non-verbale.

b) Fonctionnement des boucles de rétroaction (ou feedback)

Le terme de rétroaction « *traduit le fait que le locuteur reçoit de l'information verbale ou non-verbale en retour de son propre message de la part de l'interlocuteur, ce qui fait qu'il produit un nouvel énoncé en fonction de ces données* » (Brin et al., 2011). Ce processus d'ajustement est primordial lors de tout échange, car il permet aux interlocuteurs d'adapter leurs énoncés à partir des indices fournis sur la compréhension, l'implication et l'intérêt de

l'autre. Ces indices peuvent être des expressions brèves, des regards, des mimiques, des mouvements de la tête ou du haut du tronc, des postures, etc.

c) Multicanalité

Le langage s'exprime à travers les trois dimensions évoquées plus haut : le verbal (langue orale et écrite), le paraverbal (variations prosodiques essentiellement) et le non-verbal (gestes, mimiques, postures, regards). Dans un souci d'informativité, la congruence entre ces canaux est nécessaire.

B) LES TROUBLES APHASIQUES : CONSÉQUENCES SUR LA COMMUNICATION

Les troubles linguistiques dus à l'aphasie en expression et en compréhension sont à l'origine des difficultés de communication des patients avec leurs interlocuteurs. Cependant les caractéristiques sémiologiques des troubles aphasiques sont multiples, dépendant de la localisation de la lésion mais aussi des troubles associés, cognitifs, thymiques, psychologiques ou encore comportementaux et impliquant une variabilité importante des difficultés communicationnelles. De plus, il est important de noter l'influence du contexte environnemental, thématique mais aussi de l'interlocuteur au cours de la situation de communication (Daviet et al., 2007; De Partz, 2001; Rousseau et al., 2014).

1) Verbal

Les troubles de la compréhension constituent certainement l'obstacle principal au bon déroulement conversationnel, engendrant des malentendus, des ruptures thématiques voire des abandons conversationnels et des conduites d'évitement (Daviet et al., 2007; Gil, 2007), mais aussi des phénomènes visant à suppléer les difficultés de décodage de l'interlocuteur (répétitions, reformulations, charge attentionnelle augmentée) ralentissant alors l'échange (Rousseaux et al., 2014).

Les troubles expressifs, lexicaux et syntaxiques, altèrent la fluidité, la dynamique et la cohérence du discours induisant un sentiment de malaise voire d'impatience chez l'interlocuteur (Simon et al., 2006).

Les échecs de communication quotidiens ne permettent pas de révéler les compétences individuelles de la personne aphasique, du fait que les interlocuteurs n'en prennent parfois que peu conscience (Michallet et al., 1999). Ainsi, la personne aphasique assiste à son exclusion de la communication verbale (Daviet et al., 2007).

2) Paraverbal et non-verbal

Les éléments paraverbaux et non-verbaux de l'énoncé sont généralement mieux conservés. Cependant, selon la localisation de la lésion et les troubles associés, on retrouve au niveau paraverbal des perturbations des composantes temporelles de la prosodie avec un pseudo-accent étranger dans les aphasies réduites (Gil, 2007) et des difficultés au niveau de l'intonation et du rythme en cas de lésions frontales (Rousseaux et al., 2014). Les cinétiques rapides (regard, mimiques) contextuels sont préservés mais souvent avec une dimension conative augmentée afin de maintenir l'attention de l'interlocuteur et ainsi de faire perdurer l'échange. Les composantes émotionnelles, les indicateurs statiques (morphotype, parure...) et les cinétiques lents (attitudes, posture...) sont en général conservés (Wymer et al. in Mazaux et al., 2007).

La communication non-verbale est dépendante des habitudes individuelles, du contexte, de la sémiologie des troubles aphasiques mais aussi des troubles associés, en particulier de la présence ou non d'une apraxie gestuelle.

La compréhension de gestes serait globalement préservée, avec toutefois des difficultés plus marquées pour la considération des pantomimes (gestes signifiants). Les feedback non-verbaux des interlocuteurs sont aussi difficiles à prendre en compte tandis qu'ils sont aisément émis par les personnes aphasiques (Rousseaux et al., 2014). La production de gestes et son rôle dans la communication du sujet aphasique ont fait l'objet de nombreuses études, montrant la disparité importante des manifestations pathologiques de la production gestuelle. Tout d'abord il peut exister une atteinte praxique à différents niveaux (gestes idéatoires, idéomoteurs ou réalisation effective). Ensuite il semble difficile de conclure sur un lien direct entre les domaines verbal et gestuel, les études étant contradictoires. Selon certains, les gestes déictiques seraient mieux préservés tandis que les gestes symboliques et les pantomimes seraient produits difficilement. Ces résultats restent cependant à nuancer, car ils varient individuellement (Rousseaux et al., 2014).

Enfin, d'autres études ont montré que la production de gestes iconiques faciliterait l'accès au lexique en cas d'atteinte des représentations phonologiques et lexicales (Daviet et al., 2007) de même que l'usage du dessin, particulièrement dans le cas d'aphasies anomiques (Farias et al., 2006).

3) Pragmatique

La littérature suggère que les compétences pragmatiques chez le sujet aphasique sont peu altérées, les difficultés étant essentiellement liées aux déficits psycholinguistiques, d'où la

célèbre formule d'A. Holland (1987) « *Les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent* ».

En effet, les personnes aphasiques sont capables de repérer l'intentionnalité du partenaire, son état émotionnel, de saisir la différence entre information nouvelle et information ancienne à l'aide des nuances contextuelles, ou encore de répondre de façon adéquate à un acte de langage en cours (Daviet et al., 2007).

Cependant les méthodes d'analyse conversationnelle font état de difficultés dans la gestion des tours de parole (liées à l'anomie), dans le traitement d'actes de langage variés (actes illocutoires, explicites/implicites, référentiels/modalisateurs, etc.), dans l'utilisation de stratégies de réparation, dans le respect des règles de coopération de Grice ou encore dans la prise en compte des feedback verbaux (Perkins in Aubin, 2001; Daviet et al., 2007; Rousseaux et al., 2014).

La personne aphasique devient alors passive dans sa communication, en attente de sollicitations et non plus en attitude de prise d'initiative (Wirocius et al., 2005). L'expression de Kagan (1998) prend alors tout son sens en définissant le rôle du partenaire de communication comme une « *rampe conversationnelle* ».

4) Troubles associés

Les compétences communicationnelles sont entravées par les troubles linguistiques dus à l'aphasie mais aussi par des troubles moteurs, cognitifs ou encore psychologiques souvent intriqués (Daviet et al., 2007, (Joyeux, 2014).

Un trouble des fonctions exécutives, de l'attention et/ou de la mémoire va donc influencer l'organisation et la compréhension du discours, le maintien à long terme des effets thérapeutiques, l'adaptation à une situation inhabituelle et ainsi la mise en place de modes palliatifs communicationnels (Engelhardt et al., 2014).

D'autres troubles vont perturber l'efficacité de la communication dans tous ses aspects, comme les agnosies, les apraxies, les troubles visuels et neuro-visuels, une désorientation spatio-temporelle, des troubles arthriques, une hémiplégie corporelle ou encore une paralysie faciale (Delort-Albrespit et al., 2010).

De plus, les troubles cognitifs sont fluctuants, influencés par les variables thymiques, psychologiques, émotionnelles, et surtout par la fatigabilité. Il est donc important de les prendre en compte afin d'adapter le contenu de la prise en charge de la personne aphasique et ainsi d'anticiper leurs répercussions.

Les modifications de la communication génèrent souvent des sentiments de frustration et de malaise partagés par la personne aphasique et son partenaire. Cependant, malgré les

troubles linguistiques et neuropsychologiques, les compétences communicationnelles sont relativement préservées et émergent avec l'aide d'un discours incitatif et adapté de l'interlocuteur.

CHAPITRE II : HANDICAP ET QUALITÉ DE VIE EN APHASIOLOGIE

Les éléments descriptifs de la communication ayant été présentés, les répercussions de l'aphasie en termes de handicap vont maintenant être développées. Les perturbations conversationnelles ont en effet un impact considérable à la fois personnel mais aussi social sur la personne aphasique et son entourage. Dans l'optique d'une prise en charge adaptée, ces notions sont essentielles à prendre en compte.

A) LE HANDICAP APHASIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) », 2001) a défini la notion de handicap selon deux modèles successifs. La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps (CIDIH, 1980) a proposé un modèle linéaire de cause à effet des déficiences organiques jusqu'aux incapacités et handicaps. Il a été critiqué car les capacités n'étaient pas mises en avant et que les notions d'incapacité et de handicap se distinguaient parfois difficilement en situation clinique. D'un modèle basé sur l'individu, il a donc été pensé un modèle plus social considérant le handicap comme pathologie sociale en 2001 avec la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ou CIH-2).

1) Définition du handicap

a) Définition de la CIF

La CIF est une norme internationale permettant de décrire et de mesurer la santé et le handicap et postule ainsi que « *l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels qui comprennent à la fois des facteurs personnels et environnementaux* » (Crevier-Buchman, 2005). Pour la première fois, cette classification intègre donc les facteurs contextuels à l'état de santé afin de définir la sévérité du handicap et des incapacités de la personne en termes de limitation d'activités et de restriction de participation. Elle se décline en deux parties :

- Fonctionnement et handicap : le fonctionnement se rapporte aux fonctions organiques, aux activités et à la participation au sein de la société. Le terme de handicap intègre les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. L'activité correspond au fait d'exécuter une tâche, ses limitations concernent donc les difficultés à réaliser celle-ci. La participation est l'implication d'une personne dans la vie sociale, ses restrictions en sont par conséquent les limites induites par le handicap.
- Facteurs contextuels, soit environnementaux et personnels : ils influent sur la participation et les activités. Les facteurs environnementaux comprennent les milieux physique, social, et attitudinal dans lesquels les sujets évoluent et mènent leur vie. Les facteurs personnels incluent le cadre de vie et les caractéristiques de l'individu (sexe, âge, personnalité, éducation reçue, etc.).

b) Application de la CIF à l'aphasie

Dans le cas où le problème de santé est l'aphasie, les répercussions sont donc des déficiences langagières et des habiletés verbales (cf. annexe B). Elles entraînent alors une limitation des activités de communication et ainsi une restriction de participation sociale impliquant des changements dans les rôles familiaux, sociaux et professionnels. Dans ce cas particulièrement, les facteurs environnementaux et personnels ont une influence importante sur les possibilités d'activité et de participation de la personne aphasique, et à l'inverse l'aphasie entraîne des conséquences psychosociales sur l'entourage de celle-ci, d'où la notion de handicap partagé abordée dans la partie suivante.

2) Application à l'aphasie : notion de handicap communicationnel

Les troubles langagiers, communicationnels mais aussi les troubles associés liés à l'accident vasculaire cérébral (AVC) amènent à de puissants bouleversements chez l'individu. De nombreux sentiments émergent face à sa maladie et il lui faut faire face à son handicap de communication.

a) Limitations d'activités

Deux outils sont utilisés pour évaluer les limitations d'activités de communication : les profils et questionnaires standardisés et l'observation réelle en milieu naturel (Daviet et al., 2007). Ainsi, une baisse des activités conversationnelles, des commentaires, de l'apport d'informations, des activités de langage écrit (Darrigrand in Mazaux et al., 2000), une perte des objectifs de carrière et une diminution des loisirs, sportifs et culturels sont relevés (Michallet et al., 1999). Cependant les sujets aphasiques semblent garder de bonnes

capacités de communication pour l'expression des besoins élémentaires et des projets. La conservation de la vie sociale et des activités est très variable selon les individus (dépendante de l'âge, de l'indépendance motrice, de la sévérité des troubles aphasiques) (Daviet et al., 2007).

Des études plus récentes (Dacharry in Mazaux et al., 2014) ont tenté de définir plus précisément les difficultés d'insertion relatives à l'aphasie à l'aide d'un questionnaire dérivé du modèle de communication de la CIF (cf. annexe D), de la GMAP (Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation), et de l'ECVB. Les activités les plus limitées seraient donc les déplacements, les achats, la gestion du budget, les loisirs de groupe et les démarches citoyennes.

b) Répercussions psychosociales

Selon Bénéïm et al. (in Mazaux, 2007), des troubles dépressifs surviennent souvent chez les patients aphasiques. Le trouble du langage et de la communication conduit à l'isolement et à la rupture des liens sociaux, entretenant ainsi la dépression. Les conséquences individuelles sont importantes, avec un sentiment d'autodépréciation et de culpabilité, une diminution voire une régression des acquis en thérapie, une réduction de l'autonomie et une augmentation du risque de mortalité et de morbidité (Goossens et al., 2005).

Selon Michallet et al. (1999), les répercussions psychosociales se retrouvent à plusieurs niveaux :

- Changements dans les situations de communication (cf. I.B.) et dans les relations interpersonnelles (cf. II.B.).
- Sentiment d'isolement face aux proches et de diminution de sa propre intégrité physique et/ou psychologique liée à l'incapacité de communiquer.
- Stigmatisation due à la perception par autrui de l'aphasie comme une maladie mentale ou une ivresse et influençant sur sa propre image et sur les prises de parole.
- Perte d'autonomie liée à une diminution voire une perte des activités professionnelles, à une dépendance physique et à un sentiment d'impuissance.

Au-delà du déficit linguistique, l'aphasie est donc responsable de nombreux symptômes, difficultés ou limitations d'activités réduisant la participation sociale de la personne aphasique et impactant l'entourage.

B) LE HANDICAP PARTAGÉ

La communication implique la présence de deux acteurs au minimum, soit un locuteur et un interlocuteur. Ainsi, le partenaire de l'échange se trouve également en difficultés dès lors que le discours de la personne aphasique est altéré, engendrant une incapacité à communiquer efficacement. Il s'agit donc d'un handicap partagé.

1) Environnement et entourage

Le handicap de communication du sujet aphasique a des retentissements importants au quotidien, notamment lorsqu'il s'agit d'échanger avec son entourage proche. Le système familial est alors chamboulé, et doit se réorganiser pour trouver un nouvel équilibre.

North (in Mazaux, 2007) postule que la structure familiale préexistante à l'AVC déterminerait l'ampleur et la gravité de la crise traversée par celle-ci. Ainsi, le rôle de la personne aphasique serait mieux conservé dans les familles dites « *traditionnelles* », où les rôles de chacun sont prédéterminés et immuables, que dans des familles dites « *modernes* » ou « *contemporaines* » où le sujet aphasique pourrait devenir passif ou même représenter un poids, une entrave au bien-être des autres membres de la cellule familiale.

L'équilibre familial est modifié à plusieurs niveaux, sur le plan économique, de la gestion et de l'organisation de la maison, des relations quelle que soit leur nature (conjugale, parent/enfant, etc.), ainsi qu'au niveau des activités et de la participation sociale.

Bien souvent, la personne aphasique s'appuie sur un partenaire de communication privilégié au quotidien, qui est le plus souvent le conjoint. Cela mène à présenter la notion d'aidant naturel.

2) L'aidant naturel

La Coface (confédération des organisations familiales de l'union européenne) milite pour la reconnaissance des proches aidants et a dans ce cadre rédigé la charte européenne de l'aidant familial, qu'elle définit en ces termes : « *L'aidant familial est la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches*

administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc. » (COFACE : Charte Aidant familial, 2009).

Les études récentes montrent que l'aidant principal place son proche aphasique au centre de ses préoccupations, ne concevant pas de ne plus communiquer avec lui (Hallé et al., 2013). Elles mettent également en évidence le stress et les réactions psychologiques qui en découlent, ainsi que la diminution de la qualité de vie (North, 2007). En effet, les répercussions sur les aidants sont d'ordres psychologique, familial, social et financier (Joyeux, 2014).

La spécificité de ce rôle est de mieux en mieux reconnue. La législation française évolue en ce sens et un guide de l'aidant naturel, réédité en 2013, permet à celui-ci de s'informer sur ses droits ainsi que de trouver les coordonnées de personnes susceptibles de l'épauler (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013).

Dans le cadre de « l'aide aux aidants », un certain nombre de besoins ont été répertoriés afin de les soutenir et de les soulager au mieux dans leur tâche : besoin d'information, d'amélioration de la communication avec la personne aphasique, de reconnaissance d'un statut d'aidant, de soutien et de solutions de répit (Joyeux, 2014).

Dans le cadre du PTECCA, par la volonté d'agir à la fois sur la personne aphasique et sur son partenaire de communication privilégié (soit le plus souvent le conjoint), les auteures ont employé le terme de « couple aphasique » introduit par le neurologue Ponzio (1991), lequel peut également être nommé « dyade » (Joyeux, 2014).

C) LA QUALITÉ DE VIE EN APHASIOLOGIE

Actuellement les thérapies ont pour objectif une récupération fonctionnelle des capacités afin de permettre une réinsertion sociale. Il paraît donc primordial de prendre en compte le ressenti des patients concernant leurs difficultés et ainsi d'essayer de mesurer leur qualité de vie, afin d'adapter au mieux nos prises en charge.

1) Définition et application à l'aphasie

L'OMS définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». La qualité de vie est

donc une notion subjective et individuelle intégrant le bien-être physique, mental et social. Il semble aisé d'imaginer que suite à une aphasie, certaines activités et participations sociales étant limitées, la qualité de vie sera alors diminuée.

Certaines études mettent en évidence l'incidence du handicap communicationnel lié à l'aphasie sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes (Kagan et al., 2008; Kwa et al., 1996; Mazaux et al., 2007).

L'étude de Pélissier montre une corrélation entre les performances linguistiques et le retentissement social. Selon Kwa, il n'y aurait pas de lien entre les facteurs sexe, âge, niveau d'éducation, comorbidité et localisation de l'infarctus cérébral et la qualité de vie. En revanche, une corrélation serait démontrée entre une faible qualité de vie et le volume de l'infarctus, le déficit moteur, la dépendance, les désordres cognitifs et l'aphasie. Enfin, de forts liens entre dépression et qualité de vie sont relevés dans le domaine de l'aphasie, d'où l'importance de les mesurer afin d'adapter notre pratique professionnelle pour répondre au mieux aux besoins des patients.

2) Outils de mesure

a) Intérêts de mesurer la qualité de vie

L'évaluation par le patient de sa perception du handicap de communication devient nécessaire afin d'une part de mieux connaître l'effet de la thérapie proposée et d'autre part de « *mettre en place une prise en charge écologique tenant compte de la plainte du patient, de ses attentes, de ses difficultés et de l'évolution des troubles* » (Crevier-Buchman, 2005). En effet, le degré de handicap ressenti n'est pas toujours corrélé à la réalité objective du déficit. En revanche il n'existe que peu d'outils adaptés pour mesurer la qualité de vie des personnes aphasiques compte tenu des difficultés liées aux troubles du langage.

b) Outils disponibles

Certains outils de mesure de la qualité de vie vont être présentés, en particulier le C-10.

L'ECVB permet de repérer les situations de vie quotidienne et les actions de communication qui mettent en difficultés les personnes aphasiques. Il se présente sous la forme d'un questionnaire qui peut être complété par une échelle visuelle analogique de satisfaction de ses propres capacités de communication. (Mazaux et al., 2007).

L'Aphasique Handicap Score (AHS) de Gual et al. (2003) est une échelle rapide permettant d'évaluer le retentissement du handicap communicationnel.

Bénaïm et al. (2003) ont élaboré l'échelle SIP-65 (Sickness Impact Profil 65), adaptée aux difficultés de communication et à la fatigabilité de la personne aphasique (Bénaïm et al., 2007). Elle permet une auto-évaluation des changements dans les domaines physiques, psychologiques, sociaux et comportementaux suite à la lésion cérébrale (Delort-Albrespit et al., 2010). Cette échelle est une adaptation de l'outil de mesure de la qualité de vie, la SIP-136 (Bergner et al., 1981).

Boisguérin (2011) et Kohli (2010) ont développé une échelle de satisfaction de vie portant sur la communication, le C-10. Cet outil est complémentaire au SIP-65, et a été élaboré afin d'analyser les capacités communicationnelles des partenaires, en prenant en compte l'aidant naturel le plus proche. Ce questionnaire comporte dix questions reflétant les possibles difficultés et stratégies mises en place en conversation par le couple aphasique. Les formulations sont adaptées à la personne aphasique, qui évalue ses propres ressentis en termes de compétence communicationnelle. Le proche remplit l'échelle selon deux consignes : « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique » puis « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ». Le sujet aphasique et son proche entourent pour chaque proposition « Vrai », « Faux » ou « Non-évaluable ». Cet outil souligne généralement un décalage de perception des troubles, dévoilant ainsi le handicap partagé par le couple aphasique en termes de communication. De plus, il permet de dégager des axes de travail pour adapter la prise en charge aux difficultés ressenties par les conjoints.

L'aphasie est donc en premier lieu un déficit du système langagier, mais retentit de façon importante sur le psychisme, les activités et participations sociales ainsi que sur les partenaires de communication et l'entourage proche du sujet aphasique diminuant ainsi leur qualité de vie respective. Une évaluation écologique des difficultés de communication, prenant en considération le lieu de vie, le partenaire, les situations de communication spécifiques et les attentes et besoins du couple aphasique apportent des indications primordiales pour la construction du programme thérapeutique.

CHAPITRE III : NOUVELLES PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE, L'APPROCHE FONCTIONNELLE

Avec la nouvelle définition du handicap et l'introduction de la notion de restriction de participation, les pratiques orthophoniques évoluent afin de prendre en compte le système familial et de permettre une réinsertion sociale optimale de la personne aphasique (Springer et al. in Rousseau, 2013). Dans cette optique, les approches rééducatives fonctionnelles sont

apparues, distinguant trois courants principaux. Les courants pragmatiques s'intéressent aux aptitudes du sujet en termes d'efficacité communicationnelle tandis que les approches psychosociales se focalisent plus spécifiquement sur l'environnement du patient. Enfin, le courant écosystémique prend en compte le patient dans son environnement. Des outils d'évaluation ont donc émergé, s'inscrivant dans cette approche.

A) ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION

« L'évaluation concerne les limitations d'activité, qui correspondent aux compétences générales de communication de la personne aphasique, en tenant compte de ses habitudes et styles de communication antérieurs à la survenue de l'aphasie [...] mais va concerner aussi l'actualisation de ces compétences dans la situation d'interaction de la personne aphasique avec différents partenaires. » (Mazaux et al., 2014).

Ainsi, procéder à une évaluation fonctionnelle de la communication revient à proposer des épreuves les plus écologiques possibles afin de déterminer les capacités de communication préservées ou au contraire altérées chez le patient aphasique dans le but d'offrir une prise en charge adaptée et personnalisée.

Il faudra donc également évaluer les facteurs qui entrent en jeu dans la communication, notamment les fonctions cognitives, l'apraxie dès lors que l'on prend en compte la dimension non-verbale et les aspects psychologiques et thymiques interférant avec les compétences du sujet aphasique.

1) Présentation des outils existants

Les tests les plus utilisés en pratique clinique seront exposés, laissant de côté les tests non-traduits en français, difficiles d'accès pour les orthophonistes tout-venants, non-validés sur une population aphasique, ou trop anciens.

- Le Test Lillois de Communication (TLC, Rousseaux et al., 2001) :

Il permet d'analyser les compétences communicationnelles par le biais des capacités linguistiques et extralinguistiques. Il est composé de trois épreuves : un entretien dirigé, une discussion argumentée, une épreuve de type PACE. Un questionnaire qualitatif destiné à la famille est aussi proposé afin de comparer les observations du thérapeute avec celles de l'entourage. Cet outil écologique permet d'analyser les canaux verbaux et non-verbaux à

partir d'un cadre théorique précis. Les épreuves sont réalisables quels que soient le lieu de passation et le stade de l'aphasie. Cependant, l'évaluation est centrée sur les performances du sujet, l'environnement familial n'est pas pris en compte.

- L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB, Darrigrand et al., 2000) :

Il s'agit d'un entretien semi-dirigé permettant l'évaluation de l'efficacité de la communication en situation de vie quotidienne, en milieu familial et inconnu. Il comporte une anamnèse, trente-quatre questions principales concernant sept domaines dont la cotation est quantitative et neuf questions complémentaires apportant des informations uniquement qualitatives. Cet outil écologique permettant de mesurer les répercussions de l'aphasie sur la vie sociale aide à la prise en charge orthophonique grâce au profil établi. Toutefois, il n'est pas adapté au patient en phase aiguë car il nécessite le retour au domicile. De plus, il ne prend pas en compte la communication non-verbale, et n'analyse pas les interactions avec l'entourage proche. Enfin, l'auto-évaluation peut porter préjudice à la fiabilité du test.

- L'Echelle de Communication Multimodale en Images (ECOMIM, Bénichou-Crochet et al., 2012) :

Ce nouvel outil, à paraître courant 2014, a été élaboré à partir du constat selon lequel la plupart des tests standardisés d'évaluation fonctionnelle existants ne pouvaient pas être proposés en cas d'aphasie sévère. Il se compose de vingt-et-un items concernant les besoins élémentaires, les situations d'urgence et de stress aigu et les échanges sociaux, avec pour chacun une analyse quantitative et qualitative. Ses supports sont ergonomiques, permettant des réponses non-verbales par pointage, et les questions sont imagées et simplifiées aux plans du lexique et de la syntaxe afin de favoriser la compréhension du patient.

2) Principes de l'analyse conversationnelle

Elle permet de « *relever des indices pragmatiques sur la façon dont les protagonistes communiquent : la façon dont les deux interlocuteurs collaborent dans la communication, dont ils répondent à une pression sociale en communiquant, la façon dont les tours de parole se distribuent, la manière dont le sujet de conversation est repris et développé, etc.* » (Brin et al., 2011). Ainsi, cette discipline a permis de mettre en évidence des règles permettant une communication harmonieuse (cf. I.3.).

De Partz s'est intéressée à l'apport de l'analyse conversationnelle en aphasiologie. Selon elle, elle permet « *d'une part d'évaluer l'impact direct de l'aphasie sur une conversation*

naturelle entre une personne aphasique et son partenaire habituel de communication et d'autre part d'identifier les stratégies employées par les deux participants pour y gérer les effets des troubles linguistiques » (De Partz, 2014). Ainsi, une évaluation de ce type a deux intérêts principaux. D'abord, elle amène à déterminer les difficultés langagières au premier plan dans les incidents de parole relevés, permettant de définir des priorités dans la rééducation linguistique classique. Ensuite, elle aide à relever les stratégies de réparation instaurées par le patient et son interlocuteur, afin de déterminer lesquelles sont opérantes et lesquelles sont à corriger, et ainsi de pouvoir prodiguer des conseils adéquats aux deux protagonistes. Cela permet une approche rééducative individualisée et personnalisée, à la fois du patient avec ses troubles spécifiques, et du partenaire.

Lisa Perkins (2001) a mis en évidence l'application qui pouvait être faite de l'analyse conversationnelle dans le cadre de l'évaluation et de la rééducation de l'aphasie, notamment en termes d'analyse qualitative et quantitative des processus observés (cf. annexe C). Cela l'a menée, avec ses collaborateurs à créer le CAPP (Communication Analysis Profile for People with Aphasia) en 1997. Cet outil d'évaluation se compose d'une grille d'analyse conversationnelle et d'un questionnaire d'évaluation destiné au conjoint du sujet aphasique. Il a été traduit en français par Moly et Elgoyen en 2004 (Mazaux, et al., 2014).

3) Le PTECCA : un outil d'évaluation issu du courant écosystémique

Le rôle du conjoint a pendant longtemps été laissé de côté dans les outils d'évaluation francophones de la communication fonctionnelle en aphasiologie. C'est à partir de ce constat que Iché et al. (2007) ont élaboré le PTECCA. Il a depuis été remanié et devrait être publié prochainement.

Il s'agit d'un outil d'évaluation écosystémique de la communication entre la personne aphasique et son aidant principal. Il comporte une version A et une version B, permettant d'éviter l'effet re-test.

Il se compose de quatre épreuves principales :

- L'épreuve de l' « île déserte » est une épreuve d'argumentation. Dans la version B, la situation est similaire mais s'intitule « perdus en forêt ». Cet exercice permet d'évaluer notamment la coopération, la négociation, l'argumentation et les tours de parole dans la communication du couple.

- Une « discussion semi-dirigée », où l'orthophoniste peut intervenir si l'échange s'essouffle, uniquement dans le but de le relancer. Elle vise à apprécier les capacités à échanger autour d'un sujet familier.
- Deux « situations problèmes ». Il s'agit ici encore de susciter un langage narratif et argumentatif puisque la situation nécessite d'exprimer et de comparer ses idées.
- Un « entretien final », qui consiste à recueillir les ressentis et le vécu du couple face à l'aphasie et permet de relever des conduites communicatives plus spontanées.

Quatre épreuves complémentaires sont également disponibles, et peuvent être proposées ou non en fonction de ce que l'on souhaite évaluer :

- Les « photographies floues », permettent d'observer la capacité de coopération du couple et l'émission d'hypothèses.
- Une « épreuve référentielle », qui permet d'apprécier au mieux les capacités de la personne aphasique à transmettre une information.
- Une « épreuve de type PACE », qui permet d'évaluer l'aspect référentiel de la communication.
- Une « épreuve de communication référentielle », où le couple doit évoquer un souvenir commun à partir d'une image.

Une première grille d'observation globale offre une analyse des interactions en fonction des comportements observés. Simple d'utilisation, elle est cotable en direct et comporte trois parties : évaluation des fonctions de la communication, évaluation du respect du principe de coopération et évaluation de l'organisation dynamique du discours. L'analyse peut être approfondie par une grille d'observation détaillée dont la cotation nécessite le visionnage des enregistrements vidéo.

Cet outil présente l'intérêt majeur d'évaluer de manière spontanée les comportements communicatifs du sujet aphasique et de son conjoint dans toutes les modalités (verbale, non-verbale, paraverbale) et d'obtenir pour chacun un profil de communication.

B) L'APPROCHE ÉCOSYSTÉMIQUE

Les termes d'« écosystémique », « systémique » et « écologique » sont « *utilisés depuis quelques années pour désigner une approche thérapeutique visant à percevoir le patient* »

dans son ensemble, et à relativiser les objectifs de la rééducation et de la réadaptation en fonction de son milieu naturel, de son environnement familial et de ses désirs exprimés. » (Brin et al., 2011).

Ainsi, cette approche permet d'agir d'une part sur le patient en tenant compte des variables de son environnement, afin de cerner au mieux ses besoins pour personnaliser et individualiser la prise en charge. D'autre part, elle opère sur l'entourage puisqu'il s'agit de sensibiliser, d'éduquer et d'entraîner celui-ci à l'utilisation de nouvelles stratégies, adaptées aux troubles spécifiques de leur proche aphasique. En effet, *« un partenaire de conversation entraîné permet à la personne aphasique de participer avec succès aux conversations et donc de montrer sa compétence »* (Michallet et al., 1999).

Le terme de système désigne donc ici les interactions patient-système familial, en particulier système nucléaire (conjoint, parent, enfant), soit l'environnement quotidien dans lequel évolue la personne aphasique, dans son cadre de vie habituel.

Iché et al. (2007) comparent cette intervention *« à celle d'un ergothérapeute qui aménage l'environnement physique de la personne handicapée afin de le rendre plus accessible et de minimiser les inconvénients liés aux déficiences »*.

1) Principes généraux

Les courants écologiques amènent donc à restaurer ou développer une communication efficace pour les interactions entre l'aphasique et son environnement à l'aide de contextes d'échanges naturels et de techniques palliatives, de suppléance ou de CAA (Communication Améliorée et Alternative) (Engelhardt et al., 2014).

Ces thérapies cherchent à entraîner les compétences verbales, non-verbales ou paraverbales en situation conversationnelle, avec l'entourage ou en groupe, ou encore à développer les CAA.

Les rééducations conversationnelles font suite aux analyses conversationnelles. Cinq étapes sont relevées dans les études existantes : phase d'information, phase de conseils individualisés, phase de prise de conscience et d'identification des stratégies contre-productives et collaboratives, phase d'entraînement spécifique et enfin phase de généralisation (Perkins et al., 1999; De Partz, 2014; Simmons-Mackie et al., 2005; Wagogne-Maréchal et al., 2005; Wilkinson et al., 2010).

« *La CAA recouvre des moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels et naturels, si ces derniers sont altérés ou absents* » (Cataix-Nègre, 2011). L'utilisation des signes, gestes, pictogrammes, classeurs de communication ou encore synthèses vocales sont donc partie intégrante des CAA (Bénichou-Crochet et al., 2014). L'entourage est lui aussi impliqué dans l'application de ces moyens.

Ces interventions sont destinées aux patients cérébrolésés gauches comme droits, en phase aiguë comme en phase chronique (De Partz, 2007).

2) Applications en aphasiologie

Quelques études menées sur des prises en charge écologiques vont être développées.

Les études de Booth et Perkins (1999), de Wilkinson et al. (2012) et de Tetzlaff (2010), entre autres, montrent qu'à partir d'analyses conversationnelles les stratégies efficaces et contre-productives utilisées sont identifiées afin de modifier le comportement communicationnel du partenaire et/ou du patient. L'action sur l'interlocuteur permet ainsi d'améliorer les compétences communicationnelles du patient (De Partz, 2014).

Booth et Perkins ont utilisé le CAPP (Whitworth et al., 1999) pour définir les comportements communicationnels du couple aphasique. La prise en charge s'est déroulée sur six semaines à raison d'une séance hebdomadaire. Les séances consistaient à délivrer des conseils personnalisés et à renforcer la perception adéquate des stratégies contre-productives et collaboratives en situation d'entraînement du couple. Les résultats ont montré une modification des comportements du proche influençant positivement les compétences communicationnelles de la personne aphasique.

Wilkinson, Byan, Lock et Sage ont, eux, tenté de modifier les comportements communicationnels des deux partenaires à partir de l'analyse conversationnelle. La prise en charge a eu lieu au domicile du couple sur une durée de huit semaines à raison d'une séance hebdomadaire d'une à deux heures. Trois étapes se distinguaient : d'abord la prise de conscience des comportements adaptés ou non grâce à la visualisation de vidéos et la mise en place de jeux de rôles, ensuite l'identification des stratégies mises en place spontanément et enfin les explications et un entraînement visant les comportements à modifier. Les résultats montrent des changements du comportement communicationnel du partenaire, mais aussi de la personne aphasique.

Plusieurs mémoires d'orthophonie ont été réalisés récemment concernant l'analyse conversationnelle et les pistes thérapeutiques qui s'ensuivent (Del Giudice, 2011; Joffre, 2013). N. Tetzlaff (2010) a effectué une étude de cas sur un couple aphasique concernant les

axes thérapeutiques possibles suite à l'évaluation à partir du PTECCA. La prise en charge s'adressait aux deux partenaires pendant trois séances d'une heure et demie. Les résultats penchaient en faveur d'une modification positive des comportements conversationnels de la dyade et de la possibilité d'utiliser le PTECCA pour définir des axes thérapeutiques.

Ces thérapies novatrices proposent donc une approche fonctionnelle des troubles de la communication dus à l'aphasie, englobant ainsi les facteurs environnementaux influençant le handicap. Les stratégies entraînées et mises en place par le partenaire dévoilent les compétences communicationnelles de la personne aphasique, et celle-ci dispose de nouveaux outils permettant de suppléer ou remplacer sa communication verbale.

C) APPROCHES FORMELLES ET FONCTIONNELLES, QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ?

La question qui se pose alors est de savoir quand soumettre une thérapie fonctionnelle ou une rééducation plus formelle, et avec quels patients. De plus, faut-il en privilégier une ou les proposer conjointement ?

De Partz (2007) propose ainsi une remédiation écologique aux patients aphasiques suite à un AVC de l'hémisphère gauche comme aux patients cérébrolésés droits ou souffrant de pathologies neurodégénératives. Selon J. Lambert (in Rousseau, 2013), les thérapies fonctionnelles montrent un intérêt de la phase aiguë à la phase chronique de l'aphasie. Cette approche peut cependant être difficile à proposer en première instance, en particulier concernant les modes de communication alternatifs, la personne aphasique sévère n'ayant pas encore fait le deuil de son langage verbal. Il reste donc difficile voire impossible de généraliser un protocole type, chaque patient montrant une sémiologie aphasique différente ainsi qu'un environnement et des besoins variables. Les objectifs sont donc multiples et en évolution constante. Ainsi les approches classiques et fonctionnelles auront respectivement leur place à des moments différents de la thérapie, ou parallèlement, selon l'évolution de l'aphasie et les besoins du patient et de son entourage (Mazaux et al., 2007). Il paraît aujourd'hui impératif de ne pas se restreindre aux remédiations formelles, mais d'y intégrer des thérapies plus écologiques afin de répondre au mieux aux nécessités effectives de communication des patients et ainsi favoriser leur réinsertion sociale au plus vite (Joseph et al., 2007).

PARTIE PRATIQUE

PARTIE I : OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

L'évolution des approches orthophoniques en aphasiologie répond à la redéfinition du handicap, ne se limitant plus à la rééducation formelle du langage. Ainsi, des outils d'évaluation ont vu le jour afin de déterminer les restrictions de participation en termes de communication au sens large. Le PTECCA s'inscrit dans ce courant, et nous amène à nous interroger sur son efficacité pour dégager des axes thérapeutiques adaptés pour une thérapie écosystémique. Une prise en charge ainsi définie sera-t-elle alors applicable au couple aphasique, améliorant la communication et par conséquent la qualité de vie ?

L'objectif de notre étude est donc de proposer un protocole de rééducation dont les axes de travail sont définis par les résultats obtenus au PTECCA. Ce protocole est destiné à une pratique libérale, et vise à rétablir une communication efficace au sein du couple afin d'améliorer la qualité de vie de chacun des conjoints.

Notre travail repose donc sur les hypothèses suivantes :

- Le PTECCA permet de définir la ligne de base d'une prise en charge écosystémique de la communication du couple aphasique en phase chronique.
- Le protocole de rééducation est réalisable auprès du couple aphasique.
- Ce protocole améliore les capacités de communication du couple aphasique.
- L'amélioration de cette communication a un impact positif sur la qualité de vie du couple aphasique.

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE

A) POPULATION

Dans l'objectif d'élaborer un protocole de prise en charge à partir du PTECCA, notre population doit répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion définis pour cette évaluation. Nous avons souhaité ajouter un critère, à savoir « avoir le français comme langue maternelle », afin de ne pas majorer les difficultés.

Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">• Vivre en couple et à domicile• Avoir pour langue maternelle le français• Pour la personne aphasique : avoir fait un AVC il y a plus de 9 mois (phase chronique)	<ul style="list-style-type: none">• Avoir des troubles massifs de compréhension• Être atteint d'une pathologie neurodégénérative associée

B) DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE

La prise en charge s'est déroulée sur six semaines, à raison d'une séance hebdomadaire d'une durée moyenne de 45 minutes, pouvant aller jusqu'à une heure maximum, conformément à ce qui a été fait dans les études publiées (cf. chapitre III.B.2.). Elle a eu lieu au domicile du couple afin de se situer dans l'environnement du patient et ainsi garantir le caractère écologique de notre thérapie. Deux séances supplémentaires ont été consacrées aux évaluations initiales et finales.

Notre protocole consiste en une prise en charge en quatre temps. Le contenu des axes de travail est personnalisé en fonction des besoins et plaintes des couples d'une part et des résultats de l'évaluation d'autre part. De plus, nous avons eu à cœur d'agir conformément aux souhaits exprimés par les patients et leurs conjoints respectifs en les interrogeant systématiquement sur leur ressenti par rapport au travail que nous leur proposons. Cela a permis de réajuster la prise en charge d'une séance sur l'autre et de garantir ainsi une adhésion optimale au programme thérapeutique.

1) Évaluation pré-thérapeutique

L'évaluation pré-thérapeutique a pour objectif d'identifier un profil communicationnel du couple afin de définir les axes de travail de la prise en charge (PTECCA), mais aussi d'évaluer la perception de la qualité de vie en matière de communication (C-10). L'évaluation est filmée afin de pouvoir étudier plus précisément les échanges en différé et ainsi de permettre une situation d'évaluation la plus naturelle possible.

Nous avons réalisé en premier lieu un entretien anamnestique afin de prendre un premier contact avec le couple et de le mettre en confiance avant les situations d'évaluation. De plus, cela a permis d'orienter au mieux notre thérapie en fonction du mode de vie et des intérêts et loisirs des conjoints.

Au préalable, un formulaire d'information et de consentement a été signé par chaque conjoint et par nous-mêmes (cf. annexe E), nous autorisant à les filmer et leur garantissant la confidentialité de l'ensemble des données.

a) PTECCA

Le PTECCA, outil d'évaluation écosystémique, permet de répertorier les comportements adéquats et au contraire ceux entravant la communication en situation d'échange (cf. I.C.3). Nous supposons donc qu'il permet de définir les axes thérapeutiques, d'autant plus que des études récentes (Joffre, 2013; Depatureaux, 2011 ;Tetzlaff, 2010) l'ont utilisé à cette fin. Cependant aucune n'a encore conclu en ce sens.

Nous avons décidé de n'utiliser que quatre épreuves, trois principales et une complémentaire, soit l' « île déserte », les « situations problèmes », l' « épreuve référentielle » et l' « entretien final ». Nous les avons sélectionnées selon leur pertinence, afin que le temps total de la séance ne dépasse pas une heure. Nous avons ainsi pensé que le protocole serait repris plus facilement ensuite par des orthophonistes exerçant en libéral.

Notre choix s'est porté sur l'épreuve référentielle comme complément car c'est la seule qui proposait une situation dans laquelle le référent n'était connu que par le sujet aphasique. De cette façon elle permet de mettre en évidence les stratégies mises en place, efficaces ou non, pour donner l'information (sujet aphasique) et aider à la transmission (partenaire).

L'épreuve de discussion semi-dirigée, appartenant aux quatre épreuves principales, n'a pas été sélectionnée car elle ne permet pas, selon nous, d'observer les interactions des conjoints entre eux du fait de l'intervention d'une tierce personne (l'orthophoniste). Elle ne nous a donc pas paru pertinente pour évaluer la communication au sein du couple aphasique.

b) C-10

Le C-10 est une échelle de mesure de la qualité de vie portant sur les comportements communicationnels de la personne aphasique (cf. II.C.2.b). Il permet de mettre en avant les difficultés de communication ressenties par le patient, mais aussi la perception de ces difficultés par l'aidant naturel le plus proche, soit le conjoint dans notre étude. De plus, cette échelle précise nos axes de prise en charge, les difficultés ressenties étant exprimées par le biais du C-10. Enfin, cela nous permet d'orienter notre action sur la prise de conscience de certains comportements que le sujet aphasique ou le conjoint n'ont pas perçus afin de faciliter l'application de stratégies de communication efficaces (cf. partie suivante). Nous

avons décidé d'utiliser le C-10 seul étant donné que la SIP-65 est un questionnaire très long à faire passer et que nous désirions nous concentrer sur la communication.

2) Trame thérapeutique

a) Phase d'information

La première séance a débuté par un retour sur l'évaluation, durant lequel nous avons exposé les comportements favorisant et entravant la communication que nous avons pu observer. La fin de la séance a été consacrée à de l'information sur l'aphasie et les difficultés de communication qu'elle est susceptible d'engendrer. Dans ce but, le livret « Communiquons malgré l'aphasie » (Arroyo et al., 2010) a été remis aux couples aphasiques. Nous avons sélectionné les informations pertinentes en fonction des besoins de chacun, et rempli ensemble les deux rubriques personnalisables à la fin du livret. La première recouvre les possibilités actuelles de la personne aphasique, c'est-à-dire les moyens (verbaux et non-verbaux) utilisés « correctement », « assez peu / mal », « un peu » ou « pas du tout ». Cela a permis aux couples de s'interroger sur les mécanismes utilisés et sur ceux qu'ils pourraient employer pour suppléer efficacement leur communication. Les items permettent de passer en revue de manière assez exhaustive les possibilités de communication de la personne aphasique. Ils concernent la parole, la compréhension, la lecture, l'écriture, l'envie de communiquer, les bruitages, l'intonation, les gestes, la désignation, le regard, les expressions du visage, le dessin et le mime. La seconde partie personnalisable consiste en des conseils à cocher pour mieux communiquer avec la personne aphasique, pour l'aider à comprendre d'une part, et à s'exprimer d'autre part.

b) Phase de prise de conscience

Nous sommes parties du postulat qu'une thérapie écosystémique ne pouvait être efficace qu'à la condition que chacun des membres du couple adhère à la démarche thérapeutique. Pour cela, il est donc essentiel qu'ils comprennent les objectifs des exercices proposés et, en amont, qu'il s'opère une prise de conscience de leurs points forts et de leurs points faibles pour qu'émerge la volonté d'agir sur ces processus. Dans cet objectif, nous avons utilisé le support vidéo ainsi que l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation.

- Suite à l'évaluation :

Avant la phase d'information décrite ci-dessus, nous avons présenté les résultats de l'évaluation initiale en termes de points positifs et de points négatifs pour chacun des

conjoint. Nous avons utilisé le support vidéo pour appuyer nos propos par des séquences que nous avons jugées pertinentes afin de mettre en exergue les comportements dont il était question. Puis nous avons demandé au couple si nos remarques leur paraissaient en adéquation avec leur ressenti au quotidien. Ensuite, le projet thérapeutique a été présenté et soumis au couple, ce qui nous a permis d'affiner les axes de travail envisagés en fonction des avis et des souhaits exprimés par les conjoints. Le retour sur l'évaluation et l'information sur l'aphasie occupe la première séance de prise en charge pour tous les couples.

- À chaque séance :

Les exercices réalisés au cours de la thérapie étaient également filmés, toujours dans l'objectif de mener à une analyse fine et à une prise de conscience des comportements. Ainsi, suite à l'exercice, nous visionnions ensemble la séquence et demandions au couple quelles étaient leurs impressions.

Face aux difficultés rencontrées par les conjoints pour s'auto-évaluer ou à la concision des réponses recueillies, nous avons élaboré une grille d'évaluation reprenant certains items du PTECCA. Chaque partenaire évalue sa propre performance et celle de son conjoint. Nous l'avons expérimentée et modifiée au fil des semaines afin de parvenir à une grille la plus fonctionnelle possible (cf. annexe F). Cela a permis d'étayer les échanges concernant les prestations du couple et d'affiner les critères d'évaluation. Nous avons cependant souhaité conserver l'auto-évaluation spontanée avant de soumettre la grille, de façon à ne pas passer à côté de certaines remarques moins formelles.

Enfin, nous procédions à une hétéro-évaluation en soumettant nos propres remarques concernant l'exercice réalisé et l'auto-évaluation dont il avait fait l'objet.

c) Entraînement spécifique

Les comportements que nous voulions améliorer ou faire émerger ont fait l'objet d'un entraînement spécifique, par des exercices et mises en situation.

Ces exercices n'avaient pas nécessairement pour vocation d'être adaptés au vécu du couple, même si nous avons tenté de nous appuyer sur les centres d'intérêt des conjoints, ainsi que sur des situations qu'ils nous avaient présentées comme problématiques lors du bilan. En effet, l'objectif de cette première phase de la prise en charge était d'entraîner une compétence spécifique, le transfert en vie quotidienne étant plutôt l'objectif de l'étape suivante. Cette phase a occupé entre trois et quatre séances.

d) Généralisation

La phase de généralisation correspond à la dernière étape de la prise en charge. Il s'agit de mises en situation visant la mise en application de tout ce qui a été travaillé précédemment. La situation proposée se doit d'être au plus près du vécu du couple, tant au niveau du thème abordé que du rôle de chacun dans l'échange. La finalité de l'exercice est de s'assurer de la stabilité des acquis et du transfert en vie quotidienne.

En fonction du temps consacré aux entraînements spécifiques, les exercices de généralisation ont occupé une ou deux séances selon les couples.

3) Évaluation post-thérapeutique

Afin de mesurer l'évolution des stratégies de communication utilisées par le couple et la possible efficacité de notre thérapie sur la communication et sur la satisfaction de vie du couple, il est primordial d'utiliser les mêmes outils que pour l'évaluation pré-thérapeutique, soit le PTECCA et le C-10. Les épreuves sont elles aussi filmées pour les raisons évoquées dans la partie II.B.

Le PTECCA propose une version B afin d'éviter un effet re-test, avec des épreuves évaluant les mêmes aspects que la version A. Ainsi seul le thème des situations varie. Elles sont intitulées, dans l'ordre de passation, « perdus en forêt », « situations problèmes », « épreuve référentielle » et « discussion finale ».

PARTIE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

A) M. ET MME B. (Partie rédigée par N. Escribe)

1) Présentation

M. B. est âgé de 79 ans. Actuellement retraité, il était instituteur en Algérie, puis a exercé la profession de boucher à son arrivée en France. Il est titulaire du baccalauréat. Victime d'un AVC sylvien gauche en mars 2011, il présente une hémiparésie droite résiduelle, n'altérant pas les capacités de communication non-verbale, et une aphasie de conduction sévère. Sur le plan expressif, le discours de M. B. se caractérise par des productions de type jargon, des achoppements itératifs et un manque du mot. La compréhension est relativement préservée, même si elle est altérée par une presbycusie, qui ne fait pas l'objet d'un appareillage. Il existe une fatigabilité importante. Des troubles de l'humeur sont également

relatés dans le compte-rendu de bilan orthophonique et son épouse fait état d'un caractère assez autoritaire. Il aurait tendance à s'énerver rapidement quand on ne le comprend pas. Il est actuellement suivi en orthophonie à raison de trois séances hebdomadaires, à domicile.

Mme B. est âgée de 77 ans. Elle est actuellement à la retraite et exerçait le métier de professeur des écoles, en Algérie, puis en France. Elle a un niveau baccalauréat.

M. et Mme B. forment un couple extrêmement lié. Ils se sont mariés en 1963 mais se côtoient depuis qu'ils sont enfant, étant cousins germains. Ils ont trois enfants et huit petits-enfants. La famille et les valeurs qu'elle représente sont très importantes pour eux et ils se réunissent souvent, le week-end et à l'occasion des fêtes religieuses. Ainsi, M. B. conserve son rôle de chef de famille malgré son aphasie, il est consulté pour toutes les décisions importantes et tout le monde a à cœur de le laisser s'exprimer et de le comprendre. M. B. aime beaucoup raconter des histoires de son passé, regarder le sport à la télé et s'intéresse à la politique. Le couple a beaucoup voyagé avant l'AVC de M. B..

2) Évaluation pré-thérapeutique

a) Plaintes

La plainte exprimée porte essentiellement sur le langage. Le couple dit très bien se comprendre, même si Mme B. met parfois un moment pour appréhender le thème que son mari veut aborder. Une fois le sujet connu, elle n'aurait pas de difficultés à saisir le sens du message.

b) PTECCA

Un tableau présentant les résultats globaux est présenté en annexe G.

- Utilisation des fonctions de la communication de Jakobson :

L'implication dans le discours est observée pour chacun des conjoints, malgré une tendance de Mme B. à se positionner en « traductrice » des propos de son mari, ne cherchant pas à donner son avis propre. Quand elle essaie toutefois d'apporter une idée nouvelle, M. B. n'en tient pas compte et continue dans sa lancée.

En ce qui concerne la fonction référentielle, l'information est toujours transmise, et ce malgré les troubles phasiques très importants de M. B.. En effet, le non-verbal et le paraverbal sont très prégnants dans sa communication, et particulièrement efficaces.

Au plan de la fonction conative, Mme B. prend en charge l'échange en laissant la place à son époux. Elle le sollicite, l'encourage, l'incite en lui posant des questions. M. B., pour sa part, affiche une attitude dirigiste et ne regarde sa femme que très rarement. Cependant, il tient compte de certaines de ses interventions et répond à ses sollicitations. Pour l'épreuve référentielle, où il doit lui communiquer une information qu'elle ne connaît pas, il se montre beaucoup plus attentif à ses prises de parole et la sollicite davantage.

Le plus souvent, Mme B. initie le contact : elle se tourne vers son mari, pose son regard sur lui, l'interpelle (« Écoute ») et reformule la consigne qui vient d'être donnée. M. B. utilise très peu ces procédés, hormis pour l'entretien final où il prend la main de son épouse lorsqu'il souhaite s'exprimer. Il en va de même pour le maintien du contact. En effet, M. B. produit peu de signaux phatiques, alors que Mme B. produit beaucoup de marqueurs visant à maintenir l'attention de son partenaire et à lui montrer qu'elle a compris le sens du message.

Dans l'ensemble, peu d'incidents de parole sont observés dans la mesure où le couple parvient à se comprendre. Malgré un discours qui peut être qualifié de jargon et dans lequel seuls des mots isolés sont intelligibles, sa compagne parvient presque toujours à le comprendre. Les incidents relevés font le plus souvent l'objet d'une hétéro-signalisation et d'une correction conjointe, Mme B. utilisant les facilitations (ébauche orale, modèle articulatoire) pour que son mari arrive à produire le mot-cible.

Enfin, Mme B. fait preuve d'une politesse relationnelle extrême à l'égard de son époux, tenant sans cesse des propos valorisants à son égard et le ménageant beaucoup. En revanche, le contraire n'est pas toujours vrai. Ils ont recourt à l'humour dès que cela s'y prête, ce qui permet souvent de relativiser les difficultés linguistiques de M. B..

- Respect du principe de coopération (Grice) :

M. et Mme B. montrent une appétence particulièrement forte dès qu'il s'agit de communiquer. Ils prêtent généralement attention aux propos de l'autre, même s'il arrive que M. B., occupé à transmettre ses idées, ne fasse pas cas des opinions émises par son épouse.

La quantité d'information fournie est généralement adaptée pour les deux conjoints. Cependant, M. B. fournit trop peu d'éléments pertinents et des indices inadaptés pour faire deviner l'image à son épouse lors de l'épreuve référentielle. Elle parvient néanmoins à retrouver immédiatement la cible parmi les distracteurs. Enfin, dans le souci de rendre les consignes accessibles à son époux et de le voir réussir l'épreuve, il arrive que Mme B. intervienne pour reformuler alors que cela n'aurait pas été nécessaire.

Le discours est de qualité et cohérent, hormis lors de l'entretien final où M. B. se perd en évoquant un voyage lorsqu'on lui demande ce qui pourrait l'aider à mieux communiquer. Cela peut être imputable à la reformulation de la question par sa femme : « qu'est-ce qui pourrait rendre ta vie plus facile ? ».

La maxime de manière est relativement bien respectée, on note toutefois certaines situations où M. B. ne parvient pas à transmettre efficacement l'information à son épouse, malgré un recours à la communication verbale et paraverbale. Cela est observé au cours de l'épreuve référentielle, qui aboutit malgré tout.

- Respect de l'organisation du discours :

M. et Mme B. ont tendance à parler en même temps, l'alternance des tours de parole est rarement respectée. Mme B. commence à « traduire » les propos de son mari avant même qu'il n'ait terminé de s'exprimer et M. B. prend la parole dès qu'il le décide, que sa femme soit déjà en train de parler ou non. Dès lors, on ne peut plus vraiment parler d'interactions.

Par conséquent, les deux conjoints ne s'ajustent pas nécessairement aux réactions de l'autre, soucieux d'aller jusqu'au bout de leur idée. Ils omettent ainsi certains feedback qui auraient pu leur permettre d'ajuster leur réponse. Par exemple, Mme B. n'entend pas le « non, attends » de son époux lors de l'épreuve référentielle, qui lui aurait indiqué qu'elle était sur une fausse piste. Cependant, lorsqu'ils sont à l'écoute l'un de l'autre, les réponses et réactions sont toujours appropriées.

M. B. utilise efficacement la multicanalité. En effet, les intonations permettent souvent de comprendre son discours, pourtant jargonnant. De même, les gestes et mimiques sont omniprésents et suppléent la communication de manière efficiente.

- Conclusions générales :

Tableau 2: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. et Mme B.

Mr B.	Mme B.
<i>Attitudes favorisant la communication</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Recours à la communication non-verbale (gestes, mimiques, désignation) et paraverbale (prosodie) • Production de feedback de compréhension et de non-compréhension 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformule, reprend les informations pour s'assurer que son mari a bien compris • Canaux paraverbal (intonation, débit, intensité vocale) et non-verbal (Regards, postures, tact) efficaces • Beaucoup d'incitations • Questions fermées plus fréquentes que les questions ouvertes
<i>Comportements constituant un frein à une interaction harmonieuse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsif, ne prend pas de temps pour organiser son discours • Non-respect des tours de parole • Peu d'initiatives, se repose trop sur sa femme 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipe voire interprète les messages de son mari sans vérifier l'adéquation avec le discours qu'il veut transmettre • Coupe la parole

c) C-10

Les réponses de M. et Mme B. sont présentées dans un tableau en annexe H.

Le couple évoque une souffrance due à l'aphasie de M. B., qui n'arrive plus à parler « comme avant ». Cependant, l'appétence est forte et aucune difficulté de compréhension n'est perçue. M. B. ne se laisse pas décourager et va au bout de la conversation, en demandant de réexpliquer si nécessaire.

Il utilise peu de moyens compensatoires, selon lui, et pas du tout selon son épouse. Son entourage l'écoute et ne lui coupe pas la parole, sauf pour lui apporter de l'aide selon Mme B., M. B. ne sait pas évaluer cet aspect.

Les propos de M. B. sont cependant à nuancer, de par la présence de son orthophoniste lors de la passation du questionnaire, qui a parfois orienté les réponses.

d) Définition des axes thérapeutiques

Nous avons défini les axes thérapeutiques suivants :

- Améliorer l'alternance des tours de parole
- Donner plus d'indépendance à M. B. pour s'exprimer :
 - o Stratégies conversationnelles à deux : plus de temps de latence, recours aux questions fermées, respecter les temps de parole
 - o Aide à la communication type classeur de communication afin de permettre à M. B. de pointer les référentiels

3) Thérapie

La première séance a été consacrée à un retour sur l'évaluation, vidéo à l'appui. Mme B. est consciente d'empiéter sur les tours de parole de son mari et cela la culpabilise. Nous avons ensuite regardé ensemble le livret « Communiquons malgré l'aphasie » et complété les parties personnalisables. Enfin, nous avons présenté le projet thérapeutique. Le couple semble intéressé par la mise en place d'un outil de type classeur de communication. M. B. est cependant resté assez passif lors de cette première séance.

Les quatre séances suivantes ont eu pour objet un entraînement spécifique du respect de l'alternance des tours de parole et l'élaboration du classeur de communication, ainsi qu'une initiation à son utilisation.

La première fois, nous avons demandé au couple de nous raconter un événement à partir d'une photo en respectant les tours de parole grâce à un objet symbolique (stylo), en se le faisant passer pour prendre la parole. M. B. a choisi de nous parler de son grand-père, soldat lors de la première guerre mondiale. La séance s'est soldée par un échec et ce pour plusieurs raisons. Le thème choisi étant émotionnellement chargé, M. B. en a été très affecté. Il en a oublié l'objet. De plus, sa femme, soucieuse de respecter la consigne, n'est pas intervenue pour le canaliser. M. B. étant très fatigable, il s'est énervé lorsque nous ne le comprenions pas. De même, il s'est montré très irritable lors du visionnage de la vidéo, où il tentait de corriger ses erreurs linguistiques au lieu de regarder l'aspect communicationnel, qui nous intéressait ici. Nous avons stoppé le film et n'avons par conséquent pas fait de retour sur l'exercice. Nous avons donc rappelé les objectifs au début de la séance suivante, et mentionné à Mme B. que nous cherchions à équilibrer les temps de parole, cela impliquant

qu'elle devait également intervenir, notamment pour canaliser son époux lorsque cela était nécessaire. Nous avons proposé un exercice moins émotionnellement chargé, leur demandant de nous raconter un événement vécu pendant la semaine (le repas chez un de leurs enfants) dans un temps plus court (5 mn), en conservant l'objet symbolique pour marquer l'alternance des tours de parole. Ce recours a été compliqué à employer pour M. B. et c'est Mme B. qui a fait glisser le stylo sur la table. De même pour l'auto-évaluation, que nous n'avons pu remplir qu'avec Mme B. Nous avons suite à cela décidé de la simplifier et d'utiliser pour ce couple une seule grille commune, étant donné la fatigue de M. B. à l'issue des exercices. L'échange s'est cependant bien déroulé, Mme B. utilisant à bon escient l'ébauche orale ou contextuelle lorsque son mari se trouve en difficulté, bien qu'il n'y prête pas toujours attention. Nous lui conseillons donc d'écouter et de regarder plus son épouse afin de tirer davantage parti de ces aides bénéfiques. Lors du troisième exercice d'entraînement, nous leur avons demandé de nous donner chacun son tour une fête juive, et de nous en expliquer brièvement le fondement et le déroulement. Nous avons supprimé l'objet symbolique, d'une part parce il était trop compliqué pour M. B. de l'utiliser à bon escient, d'autre part parce que nous visions une mise en place plus spontanée de l'alternance.

En parallèle, nous avons monté ensemble le classeur de communication. Ce projet a fortement motivé le couple, étant donné que le recours aux images et à la forme écrite du mot aide à la production orale de M. B.. Nous avons inclus des planches d'images issues du C-COM (Charton-Gonzalez et al., 2003). Nous avons également intégré un arbre généalogique, un planning, et une fiche avec les noms de tous les professionnels de santé qui prennent en charge M. B.. Sous les images, nous avons commencé à écrire les mots correspondants. L'utilisation du classeur a été entraînée lors de la cinquième séance où nous leur avons demandé de l'utiliser pour nous raconter leur repas du week-end chez l'un de leurs enfants. Ils devaient également faire attention à l'alternance des tours de parole. De plus, nous avons demandé à Mme B. d'être vigilante à donner son ressenti propre, et pas seulement se poser en « traductrice » des propos de son époux. Le classeur est bien investi, même si le couple n'envisage pas son utilisation en dehors du domicile, et le perçoit plus comme un outil de travail que comme un moyen de communication à proprement parler.

Lors de la dernière séance, nous avons repris les différents aspects travaillés par un exercice de généralisation. Nous avons demandé au couple de nous raconter le mariage de l'un de leurs enfants, en respectant l'alternance des tours de parole et avec l'appui du classeur. Nous avons choisi une situation de récit de vie car c'est finalement la situation la plus utile au couple, étant donné qu'ils ne sont jamais séparés et connaissent la vie l'un de

l'autre par cœur. Les situations qui leur posent problème sont principalement celles où M. B. veut raconter une histoire vécue par le passé, ce qu'il aime beaucoup faire, de manière autonome, sans intervention intempestive de Mme B. pour reformuler ses propos si ce n'est pas utile. Pour cet exercice, M. B. a eu des difficultés pour se détacher des photos, et Mme B. l'a encore une fois canalisé et aidé à raconter, sans donner son avis propre. Nous avons souhaité travailler cette prise de parole individuelle par un exercice de type « humeur du jour » en début de séance. Cependant, il semble que cette communication commune corresponde à une dynamique de couple antérieure à l'AVC de M. B..

En conclusion, nous avons eu des difficultés à percevoir les besoins réels du couple pour une telle prise en charge, leur communication étant opérante malgré les troubles linguistiques sévères de M. B.. Le bénéfice du classeur de communication est approuvé, à condition qu'il soit investi et enrichi par le patient et son entourage. Enfin, Mme B. doit continuer à canaliser son mari, ce qui apporte une nuance au fait de respecter absolument l'alternance des tours de parole. M. et Mme B. se disent satisfaits du travail que nous avons réalisé ensemble. Ils ne se réfèrent pas au classeur au quotidien étant donné qu'ils se comprennent mais ils l'utilisent comme un outil de travail pour améliorer l'expression de M. B.. Ce dernier veut reparler et il a des difficultés à se détacher des exercices formels qui visent une production orale correcte. Mme B. dit être désormais plus attentive à moins couper la parole à son mari.

4) Évaluation post-thérapeutique

a) PTECCA

Les résultats globaux sont présentés dans un tableau en annexe G.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Les deux conjoints s'impliquent dans leur discours, hormis lors de la première épreuve (« perdus en forêt ») où Mme B. choisit seule les objets à emporter et amène son mari à les désigner puis à produire le bon mot. Ainsi, M. B. ne s'implique absolument pas dans cette situation mais se place en exécutant d'un exercice formel de type linguistique.

La transmission de l'information est toujours observée, même si elle est parfois lacunaire, notamment dans le cadre de l'épreuve référentielle. En effet, M. B. ne parvient qu'à donner le thème général de l'image, ne permettant pas de la retrouver parmi les autres.

Ainsi, il transgresse la fonction conative lors de cette même épreuve, en ne cherchant qu'à produire des formes verbales appropriées. Il n'essaie pas de faire deviner ce qui figure sur la photo à son épouse. Le reste du temps, le recours à cette fonction est constaté.

Le contact est de qualité pour les deux conjoints, au plan de son initiation et de son maintien, hormis au cours de l'épreuve « Perdus en forêt » où M. B. se place en simple exécutant. L'interruption est rarement marquée.

Lorsque des incidents de parole sont relevés, c'est généralement Mme B. qui les signale, et les corrections se font de concert, Mme B. aidant M. B. à produire le bon mot au moyen de l'ébauche orale, de l'ébauche contextuelle ou encore en montrant le modèle articulatoire.

La politesse relationnelle est toujours présente, et les conjoints peuvent faire de l'humour lorsque la situation s'y prête.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

Le couple montre une réelle appétence à communiquer, ainsi que de bonnes capacités d'écoute et d'attention mutuelles.

La maxime de quantité est bien respectée par Mme B. ainsi que par son époux, hormis pour l'épreuve référentielle. De même, il ne complète pas l'information, ni pour cette épreuve pour permettre à Mme B. de trouver la bonne image, ni pour l'épreuve « Perdus en forêt », où il se contente de trouver les items présentés par son épouse.

Le discours est sincère, cohérent, et les idées exprimées sont toujours présentées de manière à être comprises par l'interlocuteur.

- Respect de l'organisation du discours :

L'alternance des tours de parole est respectée. Lorsque Mme B. souhaite canaliser son mari, elle produit des signaux phatiques pour que celui-ci se stoppe et la laisse parler. En général, elle lui prend la main lorsque cette situation se présente pour l'inciter à la regarder.

Les deux protagonistes marquent systématiquement leur compréhension ou leur non-compréhension, permettant ainsi un ajustement de l'échange.

La multicanalité est très prégnante. Le couple utilise beaucoup les regards, les gestes, les mimiques et la désignation, ainsi qu'une prosodie marquée. Cela permet de suppléer efficacement leur communication.

b) C-10

Les réponses de M. et Mme B. sont présentées dans un tableau en annexe H.

Les difficultés ressenties sont mineures. Elles concernent essentiellement la compréhension (due à l'audition et non pas à l'aphasie) et la communication sur un sujet abstrait (en l'absence de référent pour utiliser le pointage). Les conjoints soulignent que M. B. ne peut pas dire tout qu'il veut comme il le veut, étant données les difficultés langagières.

Si l'on considère que par difficultés de compréhension, les deux conjoints entendent difficultés d'audition, ils sont d'accord sur toutes les réponses. Seule la communication sur un sujet abstrait les oppose, mais c'est parce que M. B. ne sait pas évaluer cet aspect.

5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques

a) PTECCA

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Généralement, les deux conjoints s'impliquent dans leur discours, et ce depuis le début. On ne note donc pas d'évolution significative. Nous remarquons cependant une tendance de Mme B. à se poser en « traductrice » des propos de son mari, à ne pas donner son avis propre, ce qui paraît être le fruit d'une dynamique conjugale antérieure à l'AVC de M. B..

Il en va de même pour les fonctions référentielle et conative. Pour cette dernière, on note toutefois certaines situations où M. B. ne prend pas en compte son épouse. Cela est généralement imputable au fait qu'il est focalisé sur la forme du message qu'il veut produire.

En ce qui concerne la fonction phatique, l'initiation et le maintien du contact sont meilleurs en post-thérapeutique. Cependant, cela paraît dû à une meilleure compréhension des objectifs de l'évaluation, et au rapport de confiance instauré au cours de la prise en charge. Cela a permis au couple de moins nous solliciter au bénéfice de la communication duelle. De même, l'interruption du contact est moins observée lors de l'évaluation finale, certainement par une volonté moindre de stopper l'échange par rapport au moment de l'évaluation initiale, où une certaine anxiété de performance entrait en compte.

Les incidents de parole, peu nombreux, font le plus souvent l'objet d'une hétéro-signalisation et d'une correction commune, Mme B. ayant recours à l'ébauche orale ou contextuelle et au modèle articulatoire pour aider son mari à produire le mot-cible.

On observe une meilleure politesse relationnelle de la part de M. B. envers son épouse, mais encore une fois, cela semble être dû à une anxiété de performance atténuée lors de l'évaluation finale. L'humour est toujours utilisé à bon escient, lorsque la situation le permet.

Ainsi, nous ne notons pas d'évolution significative dans l'utilisation des fonctions de la communication. En effet, les variations des résultats sont dues principalement à des circonstances particulières au cours de certaines épreuves et à la moindre anxiété de performance lors de l'évaluation finale. Ce dernier phénomène s'explique probablement par la relation thérapeutique qui s'est mise en place lors de la prise en charge.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

Il en va de même pour le respect du principe de coopération. L'évolution n'est pas significative et les variations de résultats ne sont pas interprétables de manière globale.

- Respect de l'organisation du discours :

Au niveau du respect de l'alternance des tours de parole, on note une nette amélioration. Les conjoints sont attentifs à limiter les chevauchements, ce qui était un des axes majeurs de la prise en charge. Nous pouvons donc supposer une efficacité de cette dernière, même si nous ne savons pas si ces acquis font l'objet d'un transfert en vie quotidienne.

L'ajustement des comportements en fonction des réactions de l'autre est également meilleur pour les deux conjoints. Cela paraît dû au fait que M. B. regarde davantage son épouse. De même, elle est plus attentive aux réactions de son mari du fait d'un meilleur respect de l'alternance. Cependant, la diminution de l'anxiété de performance joue également un rôle ici.

En conclusion, l'alternance des tours de parole est mieux respectée, ce qui était le premier mécanisme visé par la thérapie. Le second axe concernait la volonté de donner plus d'indépendance à M. B. pour s'exprimer. Cependant, cette expression « à deux » semble être le fruit d'une dynamique conjugale ancrée, antérieure à la survenue de l'aphasie de M. B.. Malgré cela, le travail de l'alternance a impacté sur cette capacité, donnant l'impression que M. B. était plus autonome dans ses prises de parole. En effet, Mme B. le laisse désormais aller au bout de son idée avant de reprendre ses propos, et signifie qu'elle souhaite parler en lui prenant la main lorsqu'elle ressent le besoin de le canaliser. Enfin, le classeur de communication est bien investi, mais très ponctuellement en tant que moyen de suppléance, le couple l'envisage plutôt comme un outil de travail des compétences linguistiques. Ainsi, son utilisation ne répond pas à l'objectif initial, ce qui aurait peut-être été possible si plus de

séances avaient été consacrées à la généralisation et donc au transfert des acquis en vie quotidienne.

b) C-10

Concernant les réponses de M. B., quatre ont changé. Il dit désormais ne pas prendre moins souvent la parole par rapport à avant son AVC, ce qui paraît être dû à une meilleure conscience des comportements de communication. De plus, il n'évoque plus de difficultés pour rester dans le sujet de la conversation ni de difficultés attentionnelles. De même pour l'item « on m'écoute moins souvent qu'avant et on me coupe la parole ». Pour ces éléments, on peut s'interroger sur l'influence de l'orthophoniste lors de la passation initiale.

Pour ce qui est de l'avis de Mme B. sur les performances de son mari, quatre réponses ont également été modifiées. Elle dit maintenant qu'il ne prend pas moins la parole qu'avant l'AVC et a pris conscience de la place de la communication non-verbale dans son expression. De plus, la réponse se rapportant à l'item « Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur » passe de « non-évaluable » à « faux ». Enfin, elle évoque des difficultés à communiquer sur un sujet abstrait. Ces modifications semblent imputables à une meilleure connaissance des mécanismes communicationnels, aidée par la thérapie.

Enfin, en ce qui concerne les réponses de Mme B. en se mettant à la place de son mari, deux réponses ont changé. Elle n'évoque plus de difficultés d'ordre attentionnel mais apparaît une mention à des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait.

Les difficultés ressenties sont mineures si l'on compare aux résultats initiaux. De plus, les réponses tendent à s'harmoniser par rapport à la première passation. Le couple paraît avoir une meilleure conscience des mécanismes qui sous-tendent leur communication.

B) M. ET MME G. (Partie rédigée par L. Simon)

1) Présentation

M. G. est âgé de 85 ans. Avant sa retraite, il exerçait en tant qu'enseignant de philosophie à l'université, titulaire d'un doctorat en Lettres et Sciences Humaines. Victime d'un AVC gauche en novembre 2011, il est depuis atteint d'une aphasie, de type expressive principalement. Aujourd'hui les troubles consistent en une atteinte lexico-sémantique, la compréhension étant relativement bien préservée. Seule une presbyacousie peut le gêner malgré son appareillage. De plus un phénomène de fatigabilité est relevé. L'hémiplégie a

régressé et actuellement il n'existe plus de troubles moteurs. M. G. a été victime d'un accident de la route avant son AVC au cours duquel il a perdu un œil. Il est suivi en orthophonie à raison d'une séance hebdomadaire.

Mme G., sa femme, est âgée de 82 ans. Aujourd'hui retraitée, elle enseignait auparavant les lettres classiques dans le secondaire. Elle détient un diplôme de niveau Master.

M. et Mme G. ont donc un niveau socio-culturel élevé. Ils se sont mariés en 1954 et vivent ensemble depuis 60 ans. Ils ont eu deux enfants et sont aujourd'hui grands-parents. Il nous est apparu relativement vite que M. et Mme G. sont très proches et se soutiennent mutuellement. Le lien affectif qui les unit reste très prégnant. M. G. est passionné par la politique et la philosophie, il continue d'ailleurs à écrire et corriger des œuvres dans ce dernier domaine. Mme G. préfère s'intéresser au cinéma et à la littérature.

2) Évaluation pré-thérapeutique

a) Plaintes

La plainte du couple porte principalement sur les paraphasies et plus globalement sur la forme du langage. Il n'a pas été aisé de formuler les plaintes sur la communication-même, bien que le couple trouve cela difficile, en particulier par rapport au prolongement du temps des échanges. De plus, leurs activités sociales depuis l'AVC se sont restreintes, M. G. ne participant plus aux réunions de philosophie. Ils sortent moins au restaurant, au théâtre ou encore à l'opéra malgré les invitations de leurs amis, à cause des troubles phasiques et d'une fatigabilité. Les situations de groupe sont évitées et les relations duelles sont privilégiées.

b) PTECCA

Les résultats sont présentés dans un tableau en annexe G.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Une observation détaillée de l'interaction met en avant une implication personnelle mitigée de chacun des protagonistes dans l'échange et le discours (fonction expressive). M. G. est en attente de questions et Mme G. attend qu'on la sollicite ouvertement, les échanges sont difficilement spontanés.

Concernant la fonction référentielle, la compréhension verbale et non-verbale est correcte avec des feedback discrets mais généralement pris en compte. L'intelligibilité de M.

G. est suffisante malgré des temps de latence importants. L'informativité est préservée chez M. G. avec un choix lexical et syntaxique adapté et l'absence de difficultés pragmatiques. Cet aspect ne pose pas non plus de problèmes pour Mme G.. Cependant la communication non-verbale est très peu usitée par le couple, n'illustrant aucunement leur énonciation. De plus, leur discours pourrait être plus développé afin de détailler et d'argumenter leurs propos.

La fonction conative est quelque peu délaissée, Mme G. se mettant en retrait afin de laisser son mari s'exprimer. Très peu de sollicitations mutuelles sont relevées.

La fonction phatique intervient de manière discrète dans leur discours. Au niveau transactionnel (contenus thématiques), le discours est cohérent mais peu développé avec peu d'initiatives pour amorcer un thème de discussion. Au niveau interactionnel (relation), peu de signaux phatiques sont visibles pour initier et réguler le contact. Seuls quelques contacts visuels sont présents.

La fonction métalinguistique est difficilement évaluable du fait de l'absence d'incidents de la communication. Quelques mécanismes utilisés par Mme G. sont relevés comme la reformulation (rare) et l'adaptation de son débit de parole aux difficultés auditives de M. G.. Cependant elle intervient très peu pour l'aider à s'exprimer et reste patiente face aux difficultés de formulation (temps important pour s'exprimer).

Enfin, la fonction poétique est préservée. Leur discours est valorisant avec un respect mutuel. Mme G. a parfois recours à l'humour.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

L'attention et la motivation à interagir sont fluctuantes, dépendant particulièrement du thème et de la bonne compréhension de l'objectif de l'échange. Cela aboutit à un ralentissement puis à une rupture de l'interaction. Concernant l'attention conjointe, le couple reste très attentif aux propos échangés et montre un respect mutuel.

À propos des règles conversationnelles, les maximes sont généralement respectées. Seule la maxime de quantité n'est pas toujours appliquée. L'information est peu développée et rarement complétée spontanément par l'interlocuteur. Les échanges sont très concis. La maxime de qualité est observée avec un discours honnête, mais rarement argumenté. La maxime de relation est elle aussi respectée avec un discours cohérent de la dyade. Enfin la maxime de manière est globalement satisfaisante : les énoncés respectifs sont bien construits et adaptés, et s'enchaînent logiquement.

- Respect de l'organisation dynamique du discours :

Relativement à l'organisation dynamique du discours, le principe d'alternance dans les tours de parole est respecté, lié non pas aux signaux produits et pris en compte mais aux silences prolongés entre deux tours permettant à chacun de s'exprimer. Cela amène à ralentir l'échange et progressivement à l'interrompre.

Les boucles de rétroaction sont peu utilisées : de discrets marqueurs des feedback sont relevés chez Mme G. (regard) et M. G. émet des feedback verbaux (« oui ») répétés mais ils ne sont pas fiables pour s'assurer de sa bonne compréhension. Globalement, Mme G. les prend tout de même en compte et ajuste son énoncé mais pas son mari.

Enfin, concernant la multicanalité, la modalité principale utilisée par la dyade est le canal verbal oral. Le non-verbal n'est pas usité excepté le regard et quelques mimiques chez Mme G.. Cependant, elle investit le canal paraverbal, employant les flexions intonatives. Les rares recours à la multicanalité sont toutefois toujours adaptés et permettent de renforcer le sens.

- Conclusions générales :

Tableau 3: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. et Mme G.

M. G.	Mme G.
<i>Attitudes favorisant la communication</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Le contenu du message est adapté aux niveaux lexical, syntaxique et pragmatique. Le discours est cohérent sans digressions. Les tours de parole sont respectés. Des feedback de compréhension et de non compréhension sont émis. 	<ul style="list-style-type: none"> Le discours de son conjoint est pris en compte et elle s'adapte à celui-là. Des stratégies d'aide sont mises en place : reformulation et temps laissé pour respecter les tours de parole. Contacts visuels réguliers afin de s'assurer de la bonne régulation de l'échange. Recours à l'humour
<i>Comportements constituant un frein à une interaction harmonieuse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Ralentissement global de l'échange avec un débit faible et des temps de latence rallongés. Informativité minimale avec un discours peu détaillé et argumenté. Non-recours à la multicanalité. 	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'investissement personnel. Peu d'aides à la communication : absence de questions ou de complétion de l'information, rares initiatives. Multicanalité difficilement investie.

c) C-10

Les réponses de M. et Mme G. sont présentées dans un tableau (annexe K).

La perception du ressenti des difficultés de M. G. par lui-même et sa conjointe est similaire. Elle concerne l'absence de l'utilisation de la multicanalité, le fait de ne pas faire répéter son interlocuteur et les difficultés pour exprimer tout ce qu'il voudrait et comme il le voudrait. Cependant Mme G. perçoit plus de difficultés chez son mari, spécifiquement sur les items concernant le maintien du thème, l'attention et la compréhension, mais elle ne pense pas qu'il prenne la parole moins souvent même si elle sait que lui en a le ressenti.

Pour Mme G., son mari n'a donc pas conscience de toutes ses difficultés. Deux hypothèses peuvent être posées : soit elle majore les difficultés de son mari soit celui-ci montre une anosognosie à certains aspects de sa communication. Cependant, elle perçoit bien le ressenti de son mari face à ses troubles.

d) Définition des axes thérapeutiques

Nous avons défini les axes thérapeutiques suivants :

- Favoriser l'utilisation du canal non verbal par le couple et de l'écrit par M. G..
- Diminuer les temps de latence entre chaque tour de parole.
- Travail de l'informativité du discours en développant le thème de l'échange.
- Entraîner Mme G. à recourir plus souvent à des stratégies d'aides à la communication.

3) Thérapie

Lors de la première séance, nous avons exposé les analyses de l'évaluation du PTECCA et du C-10 en illustrant nos propos d'extraits tirés des enregistrements vidéo puis nous avons présenté le livret d'information « Communiquons malgré l'aphasie ». Nous avons présenté au couple le projet thérapeutique en s'assurant qu'il était en accord avec leurs plaintes.

Les séances n°2 et 3 ont porté sur le travail de l'informativité et du non-verbal avec une activité de type « Times up ». Après chaque exercice nous visionnions ensemble la séquence afin de prendre conscience des comportements adaptés ou non. En premier lieu cette évaluation se fait de façon spontanée puis, afin de leur donner des critères spécifiques à observer, nous leur fournissons la grille d'évaluation. Pour terminer les séances, le couple et

nous-mêmes confrontons nos différentes observations et vérifions que nous sommes en accord. Ces séances ont permis à M. et Mme G. de se concentrer sur un thème et de le développer afin que l'autre puisse deviner le personnage ou le concept donné. De plus, ils ont pu prendre conscience de l'efficacité de l'utilisation de la communication non verbale et de l'écrit pour s'exprimer et se faire comprendre sans l'usage de la parole. Cependant la dyade a eu du mal à s'investir dans ces situations trop artificielles et nous avons rapidement décidé d'orienter nos séances sur des événements concrets de leur vie quotidienne.

Les séances n°4 et 5 ont porté sur le travail de l'informativité pour M. G. et de l'incitation pour sa compagne. M. G. devait donc relater à sa femme une information concrète suite à un appel téléphonique fictif. L'objectif a été atteint malgré une lenteur au démarrage et quelques oublis. Mme G. explique que le caractère encore trop artificiel entrave leurs réelles capacités. Pour la 5^{ème} séance nous leur proposons donc de nous raconter le déroulement de leur repas de noces de diamant ayant eu lieu dans la semaine en dix minutes maximum afin de les pousser à une interaction plus dynamique, à proposer des stratégies d'incitation et à donner les informations principales. Cela amène Mme G. à diriger l'échange tout en respectant le principe d'alternance des tours de parole. Des stratégies d'aide comme la récapitulation des informations, les réparations et le recours aux questions apparaissent afin de cadrer le discours de son mari. Cependant la notion de temps imparti est oubliée, et M. G. digresse et développe des détails non pertinents. Une situation conversationnelle spontanée a donc fait apparaître de nouveaux comportements chez nos interlocuteurs, positifs pour Mme G. et plus négatifs pour son conjoint.

La dernière séance a consisté à récapituler les points travaillés avant de proposer une situation globale afin de voir les possibilités de généralisation. Nous leur avons proposé de discuter ensemble des bénéfices et limites de notre thérapie, de donner leur avis en argumentant. Nous nous sommes éloignées afin d'éviter qu'ils ne nous prennent à partie et pour qu'ils se sentent plus à l'aise. Nous relevons une utilisation plus fréquente de la communication non-verbale avec des ajustements posturaux, des regards plus fréquents et des gestes co-verbaux accompagnant le discours de Mme G. particulièrement. Le sujet est développé par chacun des protagonistes avec un argumentaire spécifique. D'autres thèmes en lien sont initiés à la fois par M. G. mais aussi par sa compagne. Le discours est ponctué de liens logiques. Mme G. passe par des reformulations et des récapitulations de l'énonciation de son mari afin de vérifier sa bonne compréhension et relancer son discours. Cette dernière séance a donc été très positive et nous a permis d'avoir un retour sur notre thérapie de la part de M. et Mme G..

4) Évaluation post-thérapeutique

a) PTECCA

Les comportements globaux observés sont présentés dans les tableaux en annexe J.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Les résultats positifs présentés sont toutefois à nuancer si l'on prend en compte l'analyse détaillée de l'interaction.

Concernant la fonction expressive, la dyade est investie dans l'ensemble des épreuves. La partenaire dirige l'échange et chacun argumente ses choix et propositions. Cependant, nous notons un manque de spontanéité, certainement imputé au caractère artificiel de la situation.

Le couple respecte la fonction dénotative, faisant preuve d'une bonne compréhension verbale et non-verbale. Des feedback verbaux sont produits principalement avec, pour M. G., le « oui » automatique toujours présent. Quelques feedback positifs non-verbaux apparaissent chez les deux protagonistes. L'intelligibilité reste correcte avec cependant des temps de latence allongés chez le sujet aphasique. L'informativité est de bonne qualité, les niveaux verbal et non-verbal (désignation et mimiques essentiellement) étant en adéquation.

Au cours de cette évaluation, M. et Mme G. font preuve d'une réelle connivence avec maintes sollicitations de chacun, respectant la fonction conative.

La fonction phatique est observée, particulièrement dans le domaine verbal. Les thèmes sont respectés et de nouveaux sont initiés. Cependant le développement n'est pas toujours abouti. Au niveau relationnel, les signaux phatiques verbaux sont majoritairement émis par M. G. tandis que les signaux phatiques non-verbaux se retrouvent plutôt chez sa conjointe.

Au plan de la fonction métalinguistique, un unique incident de parole a eu lieu consistant en une paraphrasie sémantique, que Mme G. a corrigée inutilement. Elle a recours à diverses stratégies afin de faciliter l'échange, comme la reformulation, la récapitulation, l'ajout d'informations, le recours aux questions, les sollicitations ou encore les encouragements.

Enfin, la fonction poétique est parfaitement respectée par le couple qui affiche un respect mutuel et des attitudes conjointes valorisantes.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

Relativement à l'attention et la motivation à interagir, M. et Mme G. paraissent prendre beaucoup de plaisir à échanger et sont très attentifs l'un à l'autre. Cependant le thème proposé peut parfois ne pas les intéresser les amenant à peu développer la conversation.

La gestion des règles conversationnelles est globalement respectée. L'informativité est suffisante (maxime de quantité), le discours est argumenté et honnête (maxime de qualité), cohérent (maxime de relation) et adapté (maxime de manière) avec l'utilisation de connecteurs logiques et d'un vocabulaire efficient. Cependant le discours de M. G. est énoncé après un temps de latence important.

- Respect de l'organisation du discours :

L'organisation des tours de parole est particulièrement bien gérée avec une absence de chevauchements. Mme G. laisse du temps à son mari pour s'exprimer. Les indices (verbaux, regards, postures, intonations) marquant la volonté de prendre ou de laisser la parole sont respectés. Mais souvent un silence prolongé entre deux tours apparaît, ralentissant l'échange.

Les boucles de rétroaction sont efficientes. Cependant M. G. émet plus de feedback (surtout verbaux) que sa compagne, et celle-ci y est très attentive.

Les modalités utilisées pour communiquer sont essentiellement le canal verbal chez M. G. et les canaux verbal et paraverbal chez Mme G.. Cependant, en particulier pour l'émission de feedback et de signaux phatiques, le recours au canal non-verbal peut parfois être observé avec l'orientation du regard, la désignation, les mimiques, les postures et l'orientation du corps. Le passage à la multicanalité amène chez eux un renforcement du sens du message et est donc efficace. De plus, il permet de diminuer les temps de latence.

b) C-10

Les réponses de M. et Mme G. au questionnaire C-10 sont présentées en annexe J.

Les difficultés ressenties par M. G. sont les prises de parole moins fréquentes et les difficultés à exprimer tout ce qu'il veut comme il le veut. De plus, il dit éviter de demander de répéter (cependant à nuancer car pour lui il n'existe pas de difficultés de compréhension mais des problèmes d'audition). Mme G. perçoit très bien les difficultés ressenties par son mari. Elle relève deux comportements de plus que lui (difficultés de compréhension et absence d'utilisation de la communication non-verbale). On peut donc penser que M. G. montre une anosognosie sur certains comportements.

5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques

a) PTECCA

Le tableau comparatif des résultats est présenté en annexe J.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Ces résultats montrent une évolution globalement positive de la communication fonctionnelle de la dyade. En effet M. et Mme G. s'investissent plus dans la conversation et dans leurs échanges. Ce phénomène peut être imputé à la fois aux stratégies entraînées (aides à la communication de Mme G. et développement plus poussé des thèmes) mais aussi au fait qu'ils se sentent plus à l'aise pour s'exprimer devant nous après sept séances.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

De même, l'organisation pragmatique de la communication a évolué favorablement. Le principe de coopération est respecté dans sa totalité au cours de l'évaluation finale. M. et Mme G. ont une communication efficace, malgré une lenteur persistante. Ils montrent un plaisir certain à échanger, respectant les règles conversationnelles avec un discours adapté en termes de contenu, de forme et en s'aidant et s'adaptant l'un à l'autre.

- Respect de la dynamique du discours :

L'évolution positive est moins visible concernant la dynamique du discours. Mme G. s'affirme plus personnellement à la fin de la prise en charge, mais nous pensons que l'objectif a été mieux compris au cours des séances. Elle dit avoir pris conscience de devoir davantage solliciter son époux grâce au visionnage des vidéos. Ainsi Mme G. se met moins en retrait pour laisser une place plus importante à son mari. L'équilibre est retrouvé. La multicanalité est encore peu investie par M. G. et l'interaction reste lente et peu dynamique.

b) C-10

Les réponses finales au questionnaire C-10 ont été modifiées par rapport aux réponses initiales. On relève peu d'évolution de la part de M. G., excepté concernant le recours à la multicanalité (domaine travaillé pendant la thérapie). Sa compagne ne note pas de modifications sur ce comportement, mais a pourtant conscience de ce ressenti chez son mari.

Mme G. revient sur sa position quant aux difficultés de cohérence et d'attention de M. G. et prend aussi conscience que les tours de parole sont finalement plutôt bien respectés, en dépit d'une prise de parole plus restreinte.

Ces résultats correspondent relativement bien à nos analyses du PTECCA. La thérapie a donc certainement permis à Mme G. de mieux percevoir les difficultés de communication de son conjoint. Comme au départ, elle reste très à même de juger les ressentis de M. G., consciente du décalage de perception des troubles. M. G. ayant une perte auditive avec appareillage, il faut rester prudent sur nos interprétations, Mme G. considérant peut-être ses difficultés de compréhension comme découlant de la perte auditive. La notion de handicap partagé reste présente au cours de la seconde évaluation avec cependant moins de difficultés exprimées par le couple reflétant une amélioration légère de la satisfaction de vie.

Pour conclure, nous remarquons à l'aide du PTECCA une amélioration des stratégies incitatives de Mme G. et de l'informativité du discours du couple à la suite de la thérapie, conformément aux axes de travail. Le recours à la communication non-verbale n'a que peu évolué, justifiable car selon eux l'absence de recours à cette modalité était antérieure à l'AVC. De même, les temps de latence n'ont pas diminué. Le C-10 montre une évolution positive de la perception de leur qualité de vie. La thérapie a paru adaptée et applicable au couple, mais nous ne pouvons affirmer que ces résultats soient liés à la prise en charge, au facteur temps ou encore à l'instauration de la relation thérapeutique.

C) M. E. ET MME C. (Partie rédigée conjointement)

1) Présentation

M. E. est âgé de 55 ans. Il était facteur avant son AVC et effectue aujourd'hui le tri postal à mi-temps. Son diplôme le plus élevé est le baccalauréat de français. Suite à un AVC de type ischémique sylvien gauche en juin 2012, il présente des troubles expressifs se caractérisant par un discours non-fluent avec un trouble phonologique majeur. La compréhension est relativement bien préservée. Le langage écrit est de bonne qualité pour les structures simples. Il est suivi en orthophonie à raison de 3 séances hebdomadaires. Au niveau psychologique, M. E. présente une dépression invalidante avec des idées noires récurrentes. Il n'a pas d'enfants et n'a jamais été marié ou en concubinage auparavant.

Mme C. est âgée de 65 ans. Elle est retraitée mais s'occupe du conseil syndical de son immeuble. Elle détient un baccalauréat et n'a pas terminé ses études de médecine. Auparavant elle assistait son ancien mari médecin avec qui elle a eu quatre enfants.

Le cas de M. E. et Mme C. est particulier : ils se sont rencontrés après l'accident et vivent ensemble depuis un peu plus d'un an. Ils partagent certains loisirs comme le cinéma

ou la lecture. Cependant M. E. est passionné par les voitures et s'investit beaucoup dans son travail tandis que Mme C. préfère voyager et passer du temps avec ses amies.

2) Évaluation pré-thérapeutique

a) Plaintes

M. E. relate des difficultés de communication mais il ne parvient pas à définir les mécanismes en jeu. Etant donné qu'il a rencontré sa compagne après l'accident, il ne peut comparer leurs possibilités de communication.

Mme C. évoque comme le plus difficile les situations dans lesquelles ils ne se voient pas, comme au téléphone ou lorsqu'ils sont couchés. Ces moments demandent une attention très soutenue et elle semble légèrement démunie face aux stratégies à adapter pour inciter M. E. à donner son message. Enfin, elle se plaint du discours à tendance logorrhéique de son ami et de l'habitude dont il ne peut se défaire de répéter le même mot, sans aucune amélioration de la forme phonologique. Selon elle, il éprouve des réticences à passer alors par l'écrit. Cependant ils arrivent généralement à se comprendre, « comme des jumeaux qui ont leur propre langage » disent-ils.

b) PTECCA

Les résultats sont présentés en annexe M.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Concernant la fonction expressive, M. E. et Mme C. sont impliqués dans leur discours. Toutefois Mme C. dirige l'échange et s'y impose, ne laissant que peu de place à son compagnon qui montre pourtant une volonté importante à participer à l'interaction.

La fonction référentielle est globalement respectée avec des feedback émis par le couple mais peu pris en compte par la conjointe. M. E. n'est pas toujours intelligible. Leur message reste informatif si l'on prend en compte les indices non-verbaux et paraverbaux de M. E., malgré une syntaxe absente. Des mots-clés sont émis uniquement, que Mme C. reformule pour vérifier sa bonne compréhension.

Au niveau de la fonction conative, Mme C. a une attitude dirigiste, infantilise son partenaire et ne le sollicite que rarement. M. E. peine donc à trouver sa place dans l'échange.

Les thèmes sont respectés et maintenus par les deux protagonistes, mais nous notons peu d'initiations de la part de M. E. (fonction phatique). Des signaux sont pourtant fréquemment émis par celui-ci mais ne sont que rarement pris en compte. Mme C. les utilise également souvent afin de s'imposer dans l'échange.

Relativement à la fonction métalinguistique, M. E. multiplie les indices non-verbaux, porte une attention accrue aux feedback et n'hésite pas à changer de canal pour réparer ou éviter les incidents de parole. Mme C. récapitule et reformule afin de s'assurer de sa bonne compréhension. Cependant des stratégies inefficaces apparaissent, M. E. répétant et accentuant certaines formulations et Mme C. se montrant impatiente et peu coopérative dans les échanges. Dans ce cas, M. E. se place en retrait.

Enfin, la fonction poétique est très peu mise en avant chez Mme C. qui dévalorise son partenaire et ne le ménage que ponctuellement. Ils ont tous deux recours à l'humour.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

Concernant la motivation et l'attention à interagir, M. E. paraît très investi à travers la multiplication des canaux de communication utilisés et l'attention qu'il porte à sa compagne. Toutefois, Mme C. paraît manquer d'intérêt à ses propos et est peu patiente. M. E. sollicite donc plus vivement sa compagne tandis que celle-ci s'impatiente et lui coupe la parole.

Nous relevons des difficultés de gestion de certaines règles conversationnelles. Les maximes de quantité et de relation sont observées, mais les maximes de qualité et de manière sont parfois enfreintes. M. E. tente d'argumenter mais n'aboutit que rarement. De plus, son discours ne présente aucune syntaxe, même si les liens sont clairs pour les interlocuteurs.

- Respect de la dynamique du discours :

La gestion des tours de parole est difficile pour le sujet aphasique. Malgré les signaux émis, il a du mal à prendre la parole puis à conserver son tour. Mme C. ne prend en effet que peu en compte ces phatiques, ce qui amène à des chevauchements des tours fréquents voire à une interruption de ceux de M. E.

Les boucles de rétroaction sont donc bien observées par M. E. mais très peu prises en compte par Mme C., qui prend la parole facilement.

La multicanalité est particulièrement efficace chez M. E., lui permettant de bien se faire comprendre. Il utilise donc très spontanément les gestes, la désignation, les mimiques et

l'intonation, mais aussi l'écrit en cas de nécessité. Le couple passe aussi par la posture et l'orientation du corps afin de marquer leurs interactions.

- Conclusions générales :

Tableau 4: Comportements communicationnels adéquats et non adéquats de M. E. et Mme C.

M. E.	Mme C.
<i>Attitudes favorisant la communication</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Recours à la multicanalité • Ecoute et tient compte des propos de sa partenaire, la sollicite. • Multiplication des signaux phatiques • Bonne informativité en contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours à l'humour • Des stratégies d'aide sont mises en place : recours à la reformulation et à la récapitulation • Recours au non verbal : regard, posture, gestuelle
<i>Comportements constituant un frein à une interaction harmonieuse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Répétitions et accentuations inutiles • Attente de sollicitations • Peu de complétion de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'attention aux feedback du partenaire • Peu de temps de latence laissés afin de respecter l'alternance des tours de parole • Comportement d'infantilisation

c) C-10

Les réponses de M. E. et Mme C. sont présentées en annexe L.

Même si l'aphasie implique que M. E. ne peut plus s'exprimer comme il le souhaiterait, l'appétence à communiquer est toujours aussi forte. Il prend autant la parole qu'avant l'accident mais a le sentiment d'être moins écouté, qu'on lui coupe plus souvent la parole. Pour ces deux items, Mme C. a le même point de vue mais pense que M. E. perçoit l'inverse.

Mme C. met en évidence des troubles non-ressentis par son conjoint: elle trouve qu'il a des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation, ainsi qu'à communiquer sur un sujet abstrait. Elle évoque des troubles de compréhension et d'attention dans les deux échelles remplies, qui ne sont pas exprimés par M. E..

Lorsque M. E. ne comprend pas, il ne fait pas répéter son interlocuteur de peur de « passer pour un fou ». La réponse de Mme C., qui contredit cette affirmation, ne correspond pas à ce qu'elle évoque lors de l'entretien final du PTECCA. De même, elle dit le

comprendre grâce aux moyens non-verbaux et paraverbaux mais indique l'y pousser, car elle pense qu'il ne les emploierait pas sans cela.

Nous relevons donc de nombreuses différences entre les questionnaires remplis par M. E. et Mme C., mettant en avant une différence de perception des troubles. Cependant, le couple ne se connaissant que depuis peu de temps et s'étant rencontré après l'accident, il paraît normal que leurs réponses soient plus contradictoires.

d) Définition des axes thérapeutiques

Nous avons défini les axes thérapeutiques suivants :

- Travail de l'informativité pour M. E.
- Travail des stratégies d'aides et d'incitation utilisées par Mme C. pour améliorer l'expression verbale de M. E.
- Améliorer la gestion des tours de parole.
- Travailler l'utilisation du téléphone entre eux.

3) Thérapie

Au cours des deux premières séances, nous leur avons exposé les analyses de l'évaluation du PTECCA et du C-10 en illustrant nos propos d'extraits tirés des enregistrements vidéo puis nous leur avons présenté le livret d'information « Communiquons malgré l'aphasie ». Nous avons personnalisé ensemble le livret en fonction de leurs besoins. Puis nous leur avons proposé le projet thérapeutique et vérifié qu'il était en accord avec leur plainte. C'est au cours de ces séances que nous avons fait le point avec eux sur les stratégies à renforcer, celles à éviter et celles non utilisées qui pourraient les aider. Nous avons ainsi ajouté un axe portant sur l'utilisation du téléphone à leur demande, Mme C. partant souvent en voyage. Nous avons donc décidé de travailler la modalité verbale orale, en postulant que cela aurait un effet positif sur les capacités de communication au sens large, le non-verbal étant déjà fonctionnel chez M. E..

Les activités proposées aux séances n°3 et 4 mettaient en jeu l'informativité du discours, les stratégies d'aide à la communication verbale et la gestion des tours de parole. Dos à dos, M. E. devait faire passer un message à sa compagne. Mme C. récapitule les informations afin de vérifier sa compréhension et a parfois recours aux questions fermées, bien que l'attention

et l'écoute restent très fluctuantes. Les tours de parole sont mieux respectés, M. E. bénéficie de temps pour s'exprimer. Cependant, il répète de nombreuses fois les mots non compris par sa compagne, de manière inutile. Il est difficile pour lui de périphraser ou d'expliquer autrement le concept énoncé. Nous proposons à M. E. dès la troisième séance de préparer son message à l'aide de mots-clés écrits sur un papier. Les questionnaires d'auto-évaluation ont permis de prendre conscience des comportements adoptés et de s'ajuster par la suite. Après ces deux séances, le couple nous demande de s'exercer sur le même type de situation mais avec le téléphone, car l'objet-même bloque les capacités d'expression de M. E.

La séance n°5 a porté sur le travail de l'informativité pour M. E. et de l'incitation pour sa compagne, en modalité verbale uniquement via l'utilisation du téléphone. M. E. devait donc téléphoner à sa conjointe, partie en vacances, afin qu'ils se racontent leur semaine respective. Mme C. est sortie de l'appartement afin d'optimiser la mise en situation. Les stratégies de récapitulation, le recours aux questions, la reformulation et la présence de feedback de compréhension et de non compréhension sont bien retrouvés dans le discours de Mme C., avec cependant toujours des périodes d'inattention où les propos et feedback du conjoint ne sont pas pris en compte. M. E. produit principalement des mots-clés pour se faire comprendre, mais les troubles arthriques majorent les difficultés de compréhension de l'interlocuteur. Cependant, Mme C. connaît bien les habitudes de son conjoint, ce qui lui permet de deviner le message de M. E. concernant les activités de sa semaine.

La dernière séance a consisté à récapituler les points travaillés avant de proposer une situation globale afin de voir les possibilités de généralisation. Nous leur avons proposé d'imaginer que Mme C. rentrait de voyage. Ils se racontent leur semaine, mais M. E. a deux informations imposées à faire passer. La multicanalité est naturellement utilisée par M. E., cependant celui-ci peine à utiliser d'autres moyens spontanément (l'écrit en particulier) quand il bloque sur un mot. Mme C. passe toujours par les stratégies d'aides et d'incitation évoquées plus haut. Le contact visuel favorise les capacités d'attention conjointe et les tours de parole sont globalement mieux respectés, avec tout de même quelques chevauchements encore visibles. Enfin, le besoin d'être canalisé émerge chez M. E. en situation plus générale (le discours tend à être logorrhéique avec de nombreuses digressions sur des thèmes récurrents comme sa famille, les médecins ou la maladie).

4) Évaluation post-thérapeutique

Le contexte de l'évaluation post-thérapeutique était un peu particulier, étant donné que le couple venait d'avoir une dispute.

a) PTECCA

Les résultats aux évaluations sont présentés en annexe M.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

Les conjoints s'impliquent dans leur discours et transmettent efficacement l'information.

La fonction conative est généralement observée, hormis pour Mme C. lors de l'épreuve des situations problèmes où elle ne tient pas compte des suggestions de son compagnon, sauf pour se moquer de lui. Elle choisit seule la solution à adopter.

Au plan du contact, aucune difficulté particulière n'est relevée. Cependant, lors de l'épreuve « Perdus en forêt », Mme C. interrompt l'échange car elle ne souhaite pas remettre ses choix en cause pour prendre en compte ceux de M. E. (« Alors comment on fait ? On se sépare ? »). Celui-ci cède et se range aux décisions de sa compagne.

Lorsque des incidents de parole sont relevés, ils sont rarement signalés mais font l'objet d'une autocorrection de M. E. par des tentatives d'approches (peu efficaces) puis par le recours à l'écrit (toujours efficace). Mme C. prend le relais en oralisant le mot-cible.

M. E. fait preuve d'une politesse relationnelle extrême à l'égard de sa compagne, et ne cesse de la valoriser. En revanche, échaudée par leur dispute, elle se montre irritable. Ainsi, lorsqu'elle fait de l'humour, c'est pour se moquer de son compagnon.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

Le couple montre une bonne appétence et des bonnes capacités d'écoute et d'attention mutuelle. Cependant, Mme C., encore du fait de la dispute, se montre non-coopérante lors de la première épreuve, en refusant l'échange. De plus, elle ne prête pas attention aux propos de son compagnon lors de l'épreuve des situations problèmes.

La maxime de quantité est observée par les deux conjoints, Mme C. se montrant plus ou moins aidante selon les situations.

Le discours est cohérent, de qualité et les idées sont toujours présentées de manière à être comprises par l'interlocuteur. En effet, M. E. passe par l'écrit dès qu'il ne parvient pas à oraliser sa pensée, bien que Mme C. déplore le fait qu'il n'utilise pas plus ce moyen, efficace, en vie quotidienne.

- Respect de la dynamique du discours :

L'alternance des tours de parole est observée, sauf dans l'épreuve des situations problèmes où Mme C., agacée, coupe la parole à son compagnon, ne lui laissant pas la possibilité d'exprimer son opinion.

Les feedback sont de qualité et suivis d'un ajustement de l'interaction. Cependant, Mme C. ne réagit pas aux plaintes exprimées par M. E. lors de l'entretien final. Cette attitude de passivité s'explique par la nature des paroles de M. E., qui dit préférer la mort que son état actuel. Ces propos sont récurrents dans son discours et bloquent l'avancée de la prise en charge. Un suivi psychiatrique a débuté récemment pour M. E..

b) C-10

Les réponses de M. E. et Mme C. sont présentés en annexe O.

Le fait que M. E. prend moins souvent la parole fait consensus, ce qui est pourtant contradictoire avec ce que Mme C. relate : « il ne se tait jamais ». Ils sont également d'accord sur l'utilisation de la communication non-verbale par M. E. et pour dire qu'il « ne peut pas dire tout ce qu'il voudrait comme il le voudrait ».

De même, les deux conjoints pensent qu'on écoute moins M. E. et qu'on lui coupe davantage la parole du fait de son aphasie, même si Mme C pense qu'il n'en a pas conscience (« je suis obligée de le couper, il ne se tait jamais »).

M. E. dit avoir moins envie de communiquer, sentiment que Mme C. perçoit mais ne partage pas.

Mme C. évoque des difficultés de compréhension qui tendent à s'aggraver. Elle dit notamment devoir reformuler et expliquer ce qui est dit à la télévision. Elle exprime ainsi que M. E. a des difficultés à rester dans le sujet de la conversation, à comprendre, à rester attentif et à communiquer sur un sujet abstrait. Il y aurait une composante d'anosognosie pour ces items (qu'elle ne perçoit pas pour ce qui est de rester dans le sujet de la conversation, alors que M. E n'a pas conscience de ce comportement).

Enfin, M. E. ne sait pas dire s'il évite de faire répéter son interlocuteur lorsqu'il ne comprend pas. Pour Mme C., cela est faux (même si elle dit l'inverse en spontané) et elle pense que son conjoint a répondu « vrai ».

5) Comparaison des évaluations pré et post-thérapeutiques

a) PTECCA

Des tableaux récapitulatifs des résultats sont présentés en annexe M.

- Utilisation des fonctions de la communication (Jakobson) :

On observe chez M. E. une meilleure implication dans son discours, il est moins en attente de sollicitations que lors de l'évaluation initiale. De plus, il transmet l'information de manière plus efficace, passant par l'écrit chaque fois que c'est nécessaire. Cependant, ce comportement est trop peu observé en vie quotidienne, et Mme C. le déplore.

Au plan de la fonction conative, aucune évolution significative n'est notée. On observe toujours de manière ponctuelle une tendance de Mme C. à ignorer son conjoint lorsqu'il souhaite apporter de nouveaux éléments à la discussion.

En ce qui concerne la fonction phatique, le contact est meilleur chez M. E. lors de l'évaluation finale. Il prend davantage d'initiatives. Cependant, pour ce qui est du maintien du contact, plus qu'à une multiplication des phatiques, cela paraît être dû à une meilleure prise en compte de ceux-ci par sa conjointe.

Aucune évolution n'est notée au plan de la fonction métalinguistique.

De même pour ce qui est de la fonction poétique. Mme C. dévalorise souvent son partenaire, et l'humour qu'elle emploie y participe également parfois.

- Respect du principe de coopération (Grice) :

L'appétence à communiquer ainsi que l'attention et l'écoute sont bonnes pour les deux conjoints, hormis dans certaines situations particulières. Aucune évolution n'est à noter.

M. E. fournit une quantité d'information suffisante au cours de l'évaluation finale, ne fait aucune digression et complète davantage l'information, montrant un meilleur respect de la maxime de quantité.

Les maximes de qualité, de relation et de manière sont toujours respectées, et ce depuis le départ.

- Respect de la dynamique du discours :

L'alternance est mieux observée par Mme C. lors de l'évaluation finale, qui coupe moins son partenaire et est davantage attentive aux signaux phatiques qu'il émet pour signaler sa volonté de prendre la parole. Ainsi, M. E. parvient plus à s'imposer dans l'échange.

Les feedback sont un peu mieux pris en compte par Mme C. lors de l'évaluation finale.

Enfin, la multicanalité est observée et optimise la communication. Le recours à l'écrit se révèle particulièrement efficace chez M. E.

En conclusion, on observe trois évolutions significatives. Mme C. a fait des efforts pour prendre davantage en compte les interventions de son conjoint et a moins empiété sur ses tours de parole, mais n'a encore que peu recours aux stratégies incitatives. De son côté, M. E. a fait attention à recourir davantage à l'écrit, et ce plus rapidement qu'en pré-thérapeutique. Cela a permis de limiter les conduites d'approches inefficaces, qui consistaient à répéter sans cesse le même mot sans amélioration, agaçant sa partenaire au plus haut point. Cependant, celle-ci signifie qu'il n'y a pas suffisamment recours en vie quotidienne, dans son désir de récupérer une communication verbale orale à tout prix. Enfin, le discours de M. E. paraît plus informatif, d'autant plus quand il l'accompagne de gestes ou le complète par l'écrit.

b) C-10

Concernant les réponses de M. E., trois ont changé. Il dit désormais prendre moins souvent la parole qu'avant l'AVC. De plus, alors qu'il disait éviter de faire répéter son interlocuteur en cas d'incompréhension lors de la passation initiale, il ne sait plus évaluer cet aspect. Enfin, il exprime ne plus avoir envie de communiquer malgré la réponse inverse en initial et une appétence manifeste. Il faut prendre en compte pour l'interprétation des réponses les troubles thymiques et la recherche des bénéfices secondaires, assez prégnante.

Pour ce qui est de l'avis de Mme C. sur les performances de son conjoint, deux réponses ont été modifiées par rapport à l'évaluation initiale. Elle dit maintenant qu'il prend moins la parole qu'avant l'AVC, et qu'il utilise des moyens non-verbaux pour communiquer, ce qui semble être dû à une meilleure conscience des mécanismes sous-tendant la communication de M. E.. Il faut cependant prendre en compte pour l'interprétation des réponses le fait qu'elle ne connaissait pas son conjoint avant son aphasie.

Enfin, en ce qui concerne les réponses de Mme C. en se mettant à la place de son conjoint, quatre ont été modifiées et concordent, dans la majorité des cas, avec les réponses

de M. E.. Ses réponses sur les troubles d'attention et de compréhension montrent qu'elle a conscience de l'anosognosie de son conjoint. Cependant, elle pense désormais que son compagnon sait qu'il ne reste pas dans le sujet de conversation la plupart du temps, ce qui n'est pas le cas. Enfin, elle a également perçu la baisse d'appétence ressentie par M. E..

Ainsi, il existe chez M. E. une probable anosognosie concernant les aspects de compréhension et d'attention, les capacités à communiquer sur un sujet abstrait et à rester dans le sujet (beaucoup de coq-à-l'âne sont observés selon Mme C.). De plus, il semblerait que la thérapie ait permis de faire prendre conscience à Mme C. de la place qu'occupe la communication non-verbale dans l'expression de son compagnon.

Le PTECCA a ainsi mis en avant une évolution positive des comportements communicationnels travaillés, excepté le recours aux stratégies d'aides par Mme C. et l'utilisation du téléphone qui n'est pas évaluée dans ce cadre. Les évolutions semblent donc correspondre globalement aux axes travaillés lors de la thérapie, répondant aux attentes du couple. Le C-10 n'a, lui, pas montré d'amélioration de la qualité de vie, mais a plutôt permis une conscientisation des comportements du sujet aphasique par sa conjointe. L'efficacité de la thérapie reste donc à démontrer au cours d'une étude ultérieure.

DISCUSSION

La prise en compte de l'aidant familial étant de plus en plus prégnante dans les approches thérapeutiques actuelles, la remédiation de la communication que nous proposons inclue spécifiquement le conjoint et lui donne un rôle prépondérant dans les capacités de communication du couple aphasique. Notre étude a permis de valider une partie de nos hypothèses. Toutefois le protocole et la démarche sont critiquables et certaines suppositions ne peuvent être confirmées. Il est donc nécessaire de modifier et d'améliorer certains points, dans l'objectif de réaliser une validation de ce protocole.

L'hypothèse stipulant que le PTECCA permet de faire émerger les axes thérapeutiques d'une prise en charge écologique de la communication du couple aphasique est validée. Les comportements adaptés et ceux entravant la communication de chacun des protagonistes sont identifiés grâce à l'évaluation et concordent avec les besoins et plaintes des patients. Le travail de réadaptation s'oriente donc naturellement vers ces stratégies mises en exergue par le PTECCA. Ces résultats concordent avec les conclusions du mémoire de N. Tetzlaff, stipulant que cette évaluation apporte une solide base théorique permettant la construction du projet thérapeutique.

Le protocole proposé est réalisable auprès d'une dyade aphasique pour des orthophonistes exerçant en libéral. Les séances d'évaluations initiale et finale comme les séances de thérapie respectent le temps imparti et ne nécessitent pas de formation spécifique. De plus, il est possible de filmer les séances au domicile à condition de posséder le matériel adéquat (une caméra équipée d'un micro). Les différentes étapes du protocole de thérapie, soit les phases d'information, de prise de conscience, d'entraînement et de généralisation sont cohérentes avec les attentes des couples et se succèdent logiquement dans l'évolution de la thérapie. Enfin, la prise en compte du conjoint a fait émerger une motivation, un investissement et une adhésion à la prise en charge orthophonique.

Cependant, nous n'avons pas assez investi l'intervention au domicile. Il serait donc judicieux de les accompagner plus spécifiquement dans des situations de vie quotidienne. De plus, bien que nous ayons présenté le projet thérapeutique, axé sur la réhabilitation de la communication et non du langage, il semble que cette notion était encore confuse pour l'ensemble des couples. En effet, les plaintes et demandes récurrentes portaient essentiellement sur les troubles linguistiques à proprement parler. Ainsi, une séance de groupe pourrait être envisagée en début de thérapie (après le retour sur l'évaluation), afin de

définir ensemble ce qu'est la communication et en quoi elle ne se restreint pas au langage. Une séance supplémentaire s'ajouterait, s'inscrivant dans la phase d'information initiale.

De plus, au vu des passations que nous avons réalisées, il semble que six séances de prise en charge ne soit pas suffisantes pour travailler la généralisation et assurer le transfert en vie quotidienne. Nous pensons donc qu'il serait judicieux de rajouter encore deux séances dans cet objectif.

Enfin, les modalités de sélection de la population peuvent être revues. En effet, il nous paraît préférable d'exclure les personnes présentant des troubles thymiques trop importants, influençant de manière négative une telle prise en charge, d'autant plus qu'elle touche à une dynamique conjugale et peut s'avérer douloureuse en cas de trop grande fragilité. De plus, le critère de phase chronique ne nous paraît pas pertinent, un tel protocole étant réalisable dès le retour de la personne aphasique à domicile. Sa précocité semble même souhaitable, et permettrait de prévenir les mécanismes délétères qui sont plus difficile à éradiquer dès lors qu'ils sont ancrés dans les habitudes des couples. Des thérapies ont d'ailleurs déjà lieu auprès de sujets aphasiques en phase aiguë, dans des services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), comme par exemple au cours de séances d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Il est également nécessaire de rajouter dans les critères d'inclusion que le couple exprime une plainte en rapport avec la communication. Dès lors, la pertinence d'une telle démarche serait assurée. Enfin, l'âge pourrait faire l'objet d'un critère d'exclusion, étant donnée la difficulté pour certains sujets âgés à s'adapter et se remettre en question, du fait de troubles associés, d'une fatigabilité ou d'un tempérament plus rigide. Ce critère doit cependant être testé par une étude spécifique en comparant les effets de la thérapie selon les classes d'âge.

Nos trois études de cas ne permettent pas d'affirmer que notre protocole améliore les capacités de communication du couple. Toutefois nous remarquons une tendance générale d'évolution positive. Le protocole reste à valider afin de pouvoir affirmer son efficacité.

Certains bénéfices et limites ont toutefois pu être dégagés. Premièrement, la prise de conscience progressive des comportements a amené les partenaires à mieux appréhender leurs difficultés et alors à mieux s'adapter l'un à l'autre. Nous avons relevé une tolérance respective accentuée des partenaires. Les conjointes se sont senties valorisées et épaulées dans leur rôle d'aidantes, les séances leur permettant de confier leurs difficultés et ainsi de trouver les solutions les plus adaptées en termes de stratégies communicationnelles. Concernant les sujets aphasiques, ils ont exprimé le plaisir d'avoir un moment consacré à la

communication avec leur partenaire. Cette thérapie a fait émerger une motivation et un investissement personnel important, certainement dû à la nouveauté de l'approche mais aussi aux nouvelles perspectives d'évolution.

Les évaluations finales ont globalement montré une évolution favorable, nous amenant à supposer une influence positive de la thérapie. La modification des comportements est surtout relevée chez les conjointes qui, en prenant conscience des difficultés, mettent en place de nouvelles stratégies d'adaptation. Toutefois, après huit semaines la relation thérapeutique s'est renforcée, les amenant à s'exprimer plus librement devant nous. Au départ, s'exposer à nous était effectivement très dur. Les relations conjugales étant mises en avant, il a été douloureux pour eux de se confronter aux difficultés. Une phase de blocage s'est distinguée en premier lieu avant d'accepter les échecs et ainsi de progresser. Ainsi un tel type de thérapie pourrait être administrée préférentiellement par un orthophoniste les suivant au préalable, la relation thérapeutique étant déjà établie. De plus, les capacités de communication restent très variables, dépendant de facteurs individuels (thymiques, psychologiques...) comme environnementaux (éléments perturbateurs, déroulement de la journée ...). Une étude de validation est indispensable pour prouver l'efficacité de notre protocole, dans laquelle il serait judicieux d'intégrer une évaluation de la communication à distance. Proposer une passation du PTECCA aux couples six à huit mois après la fin de la thérapie permettrait ainsi de juger d'un transfert à long terme des compétences de communication acquises au cours de la thérapie.

Enfin, une prise en charge écosystémique de ce type reste complémentaire à une thérapie orthophonique classique. En aucun cas elle ne peut se substituer à une rééducation formelle du langage de la personne aphasique.

Le C-10 ne s'est pas révélé suffisant pour mesurer la qualité de vie et ainsi valider notre dernière hypothèse. Cependant, cette échelle nous a permis de mettre en évidence un handicap partagé, une prise de conscience des mécanismes communicationnels, et nous a aidées à identifier les plaintes. Elle a donc un intérêt mais il serait avantageux de faire passer une échelle supplémentaire du type SIP-65 (Bénaïm et al., 2003), en ne retenant que les items concernant la communication. Il est également possible de présenter une partie relative à un autre domaine de cette échelle, afin de vérifier que l'évolution de la qualité de vie est spécifiquement liée à la communication et ainsi consécutive à notre thérapie.

CONCLUSION

Ces trois études de cas semblent montrer que le protocole élaboré est réalisable et présente un intérêt pour les couples aphasiques qui en ont bénéficié.

Cependant, certaines modalités doivent être revues conformément à ce que nous avons expérimenté. Ainsi, nous proposons de modifier certains critères, discutés dans la partie précédente, afin que l'efficacité de la thérapie soit améliorée. Par la suite, nous aimerions poursuivre l'étude sur une cohorte plus importante, en vue de vérifier la spécificité de notre action sur l'amélioration de la communication et sur la qualité de vie.

Dans la perspective de valider le protocole, il faudra réaliser un cross-over sur trois groupes, constitués de vingt couples minimum chacun pour un essai randomisé. Chaque groupe devra passer par trois phases : une rééducation classique seule, la remédiation écosystémique seule et une absence de prise en charge orthophonique. Etant données ces deux dernières étapes, le protocole de validation semble difficilement réalisable sur le plan éthique, d'autant plus si la thérapie s'ouvre aux sujets aphasiques proches de leur AVC. En effet, c'est au cours des premiers mois que la récupération fonctionnelle est la plus remarquable, du fait de la plasticité cérébrale importante en phase aiguë. Il est donc nécessaire de demander une autorisation préalable au Comité de Protection des Personnes (CPP). L'objectif de cette étude sera de comparer les courbes d'évolution afin de mesurer la spécificité de l'action de la thérapie sur la communication. Ainsi, une évaluation doit être réalisée à l'issue de chacune de ces phases. Enfin, il faudra être vigilant à laisser un intervalle de six mois entre deux passations d'une même version du PTECCA pour éviter l'effet re-test, immédiatement après la thérapie et à plus long terme, afin de vérifier la stabilité des acquis.

Pour finir, cette étude a été particulièrement riche en expériences pour nous. La découverte de l'évolution des relations thérapeutiques avec les patients, les responsabilités de mener une prise en charge, et la complexité des différentes problématiques psychologiques, linguistiques et aphasiques ont renforcé notre motivation à exercer en tant qu'orthophonistes et à investir par la suite les approches écosystémiques concernant les troubles de la communication dans nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin, G., Société de neuropsychologie de langue française. (2001). *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. Marseille: SOLAL.
- Bénaïm, C., Lorain, C., Péliissier, J., Desnuelle, C. (2007). Dépression, qualité de vie et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 283-289). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bénaïm, C., Péliissier, J., Petiot, S., Bareil, M., Ferrat, E., Royer, E., ... Hérisson, C. (2003). Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 46(1), 2-11.
- Bénichou-Crochet, G., Blaudeau Guerrero, A., Gaudry, P. (2012). Élaboration et validation d'une échelle de communication globale et fonctionnelle pour personnes aphasiques sévères: l'ECOMIM. *Glossa*, (111), 41-60.
- Bénichou-Crochet, G., Darrigrand, B., Mazaux, J.-M. (2014). La communication alternative et améliorée : focus sur le programme Makaton. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 179). Montpellier: Sauramps Medical.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Boisguérin, A. (2011). *Adaptation du protocole SIP-65 auprès de 50 couples aphasique-aidant naturel: étude et mise en perspective*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Toulouse, France.
- Booth, S., Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13(4-5), 283-303.

- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (3e édition.). Isbergues: Ortho édition.
- Cataix-Nègre, E. (2011). *Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage: les communications alternatives*. Marseille: Solal.
- Charton-Gonzalez, I., Munier, N., Bolinches, C., Garnier, J.-Y. (2003). *Le Logiciel C. COM*. Isbergues: Ortho édition.
- COFACE : Charte Aidant familial. (2009). Consulté 25 mars 2014, à l'adresse <http://www.coface-eu.org/fr/Publications/Charte-Aidant-familial>
- Crevier-Buchman, L. (2005). La prise en charge du Handicap en rééducation orthophonique. *Rééducation orthophonique*, 224, 4-6.
- Darrigrand, B., Mazaux, J.-M. (2000). *Echelle de Communication Verbale de Bordeaux*. Isbergues: Ortho édition.
- Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., Mazaux, J.-M. (2007). Communication et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 76-86). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- De Partz, M.-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques: l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 4-12(75).
- De Partz, M.-P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- De Partz, M.-P. (2014). L'analyse conversationnelle et son implémentation en rééducation. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 109-115). Montpellier: Sauramps Medical.
- Deka, S., Druelle, H., Iché, A. (2007). *Le PTECCA: élaboration d'un protocole d'évaluation écosystémique de la communication du couple aphasique*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Toulouse, France.

- Del Giudice, K., Mechin, P. (2011). *Prise en charge de la communication à partir de l'analyse conversationnelle entre un patient aphasique et son conjoint: utilisation d'une grille d'observation des comportements de communication* (Vol. 1-1). Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Besançon, France.
- Delort-Albrespit, I., Arroyo, H. (2010). *Etude pilote du bénéfice d'un livret d'information individualisé concernant la communication avec la personne aphasique, proposé précocement à l'entourage du patient*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Toulouse, France.
- Depatureaux, M. (2011). *Etude des répercussions de l'aphasie sur la communication: comparaison entre des couples aphasiques et des couples témoins à partir du PTECCA*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Poitiers, France.
- Engelhardt, M., Pélage, F., Gonzalez, I. (2014). *Prise en charge orthophonique des troubles de la communication auprès de la personne aphasique: la PACE et les prises en charge de groupe*. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 98-108). Montpellier: Sauramps Medical.
- Farias, D., Davis, C., Harrington, G. (2006). *Drawing: Its contribution to naming in aphasia*. *Brain and Language*, 97(1), 53-63.
- Gil, R. (2007). *Abrégés de Neuropsychologie*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Goossens, D., Wiart, L. (2005). *Dépression et accidents vasculaires cérébraux*. *EMC - Neurologie*, 2(2), 157-162.
- Gual, N., Depinay, V., Chomel-Guillaume, S., Samson, Y., Carmi, A. (2003). *AHS: Aphasie Handicap Score*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Pierre et Marie Curie. Paris, France.

- Hallé, M.-C., Le Dorze, G. (2013). Understanding significant others' experience of aphasia and rehabilitation following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Holland, A. (1987). *Approche pragmatique du traitement de l'aphasie*. Isbergues: Ortho-éditions.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale* (Vol. 1). Paris: Les éditions de minuit.
- Joffre, M., Dabbadie, T., Petit, C. (2013). *La prise en charge du couple aphasique: quels impacts sur la communication multimodale du patient ?* Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Poitiers, France.
- Joseph, P.-A., Stuit, A., Muller, F., Daviet, J.-C., Fernandez, B., Barat, M., ... Allard, M. (2007). Neuro-imagerie fonctionnelle et récupération de l'aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 324). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Joyeux, N. (2014). L'aide aux aidants auprès des personnes aphasiques. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 167-173). Montpellier: Sauramps Medical.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., ... Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- Kant, E., Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Paris: Seuil.
- Kohli, M. (2010). *Evaluation comparative dans le champ psychosocial de l'impact du handicap de la communication sur la qualité de vie de l'aphasique, au sein du couple aphasique-aidant naturel*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Toulouse, France.

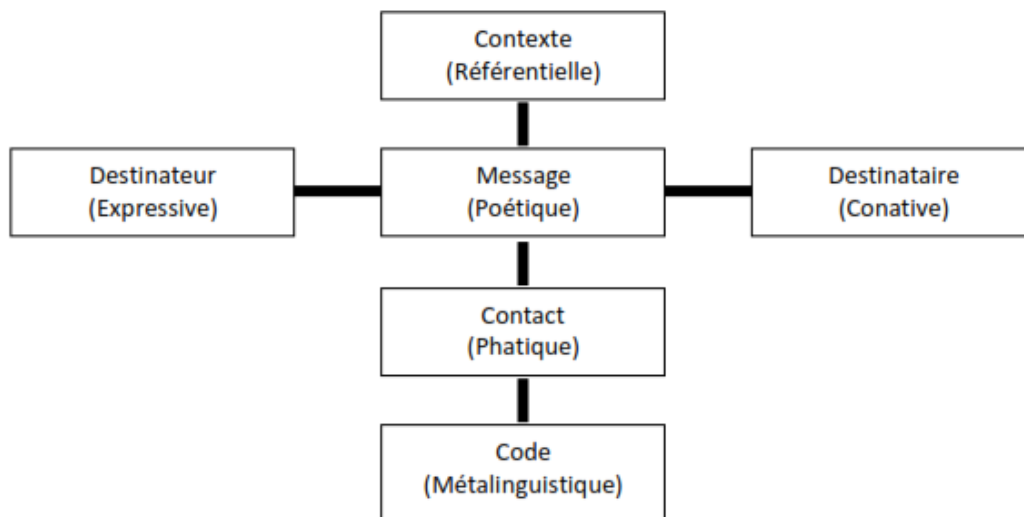
- Kwa, V. I. H., Limburg, M., Haan, R. J. de. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *Journal of Neurology*, 243(8), 599-604.
- Mazaux, J.-M., Brun, V., Péliissier, J. (2000). *Aphasie : rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Mazaux, J.-M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier: Sauramps Medical.
- Mazaux, J.-M., Glize, B., Dana-Gordon, C., de Sèze, M.-P., Darrigrand, B., Joseph, P.-A. (2014). Evaluation des troubles de la communication chez les personnes aphasiques. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 33-42). Montpellier: Sauramps Medical.
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., Brun, V., Allard, M., Entretiens de médecine physique et de réadaptation. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Michallet, B., Le Dorze, G. (1999). 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.
- Michallet, B., Le Dorze, G., Tetreault, S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap: implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(5), 260-270.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2013). *Aidant familial, Le guide de référence* (4ème éd.). La Documentation française.
- North, P. (2007). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. In *Aphasies et aphasiques* (p. 290-296). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- OMS. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. Consulté 25 mars 2014, à l'adresse <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

- Perkins, L. (2001). Analyse conversationnelle et aphasie. In *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. Marseille: SOLAL.
- Perkins, L., Whitworth, A., Lesser, R. (1999). *Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment*. London: Whurr Publishers.
- Ponzio, J., Lafond, D. (1991). *L'aphasique* (Vol. 1-1). St-Hyacinthe (Québec), Canada: Edisem.
- Rousseau, T., Gatignol, Peggy, Topouzkhianian, Sylvia. (2013). *Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*. Isbergues: Ortho édition.
- Rousseaux, M., Cortiana, M., Bénèche, M. (2014). Sémiologie et déficience de la communication chez la personne aphasique. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 43-52). Montpellier: Sauramps Medical.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., Lefeuvre, M. (2001). *Test Lillois de Communication: TLC*. Isbergues: Ortho édition.
- Simmons-Mackie, N., Kearns, K., Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology*, 19(6), 583-593.
- Simon, N., Parent, M.-C. (2006). *Création de supports de communication destinés aux entretiens entre professionnels, médecins et assistantes sociales, et personnes aphasiques*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie de l'Université de Lille, France.
- Tetzlaff, N. (2010). *La communication dans le couple aphasique: essai de thérapie écosystémique à partir du protocole PTECCA*. Thèse de l'Université Institut Libre Marie Haps, Belgique.
- Traverso, V. (1996). *La conversation familiale : analyse pragmatique des interactions*. Presses universitaires de Lyon, Lyon.

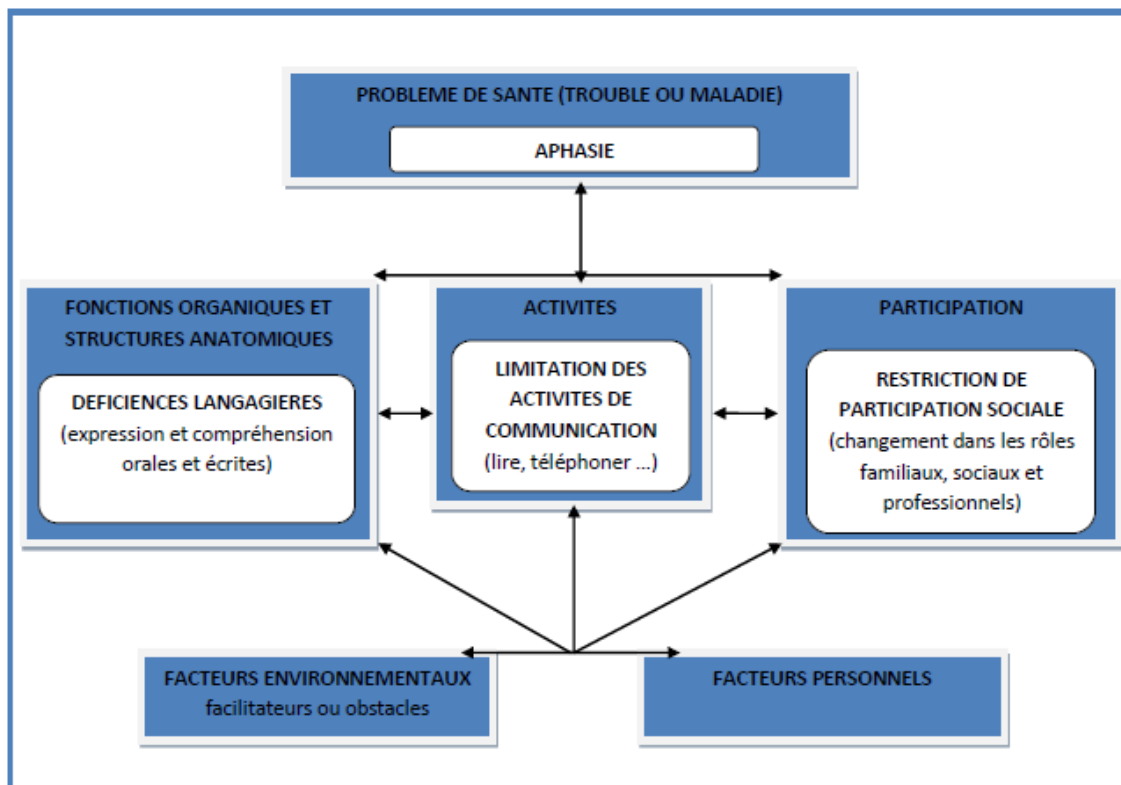
- Wagogne-Maréchal, G., Feuillet, A. (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille. *Glossa*, (94), 70-79.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S., Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples' conversations: A single case study. *Aphasiology*, 24(6-8), 869-886.
- Wirocius, J.-M., Petrissans, J.-L. (2005). Famille et handicap: les personnes cérébrolésées adultes. *Entretiens d'orthophonie 2005*, 94-106.

ANNEXES

Annexe A : Les fonctions de Jakobson (1963)



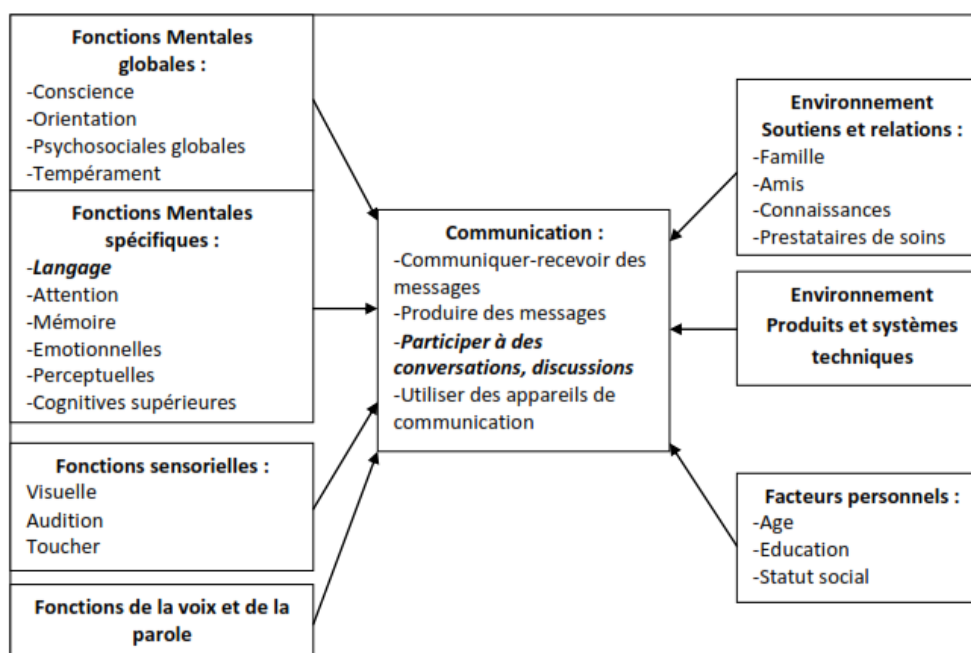
Annexe B : Interactions entre les composants de la CIF (OMS, 2001) - schéma d'application à l'aphasie



Annexe C: Résumé des analyses qualitatives et quantitatives, Perkins, 2001

ANALYSES QUALITATIVES	ANALYSES QUANTITATIVES
Tour de parole Impact des déficits linguistiques sur le partage de la conversation	Proportion des tours majeurs produits par la personne aphasique
Gestion des thèmes Impact des déficits linguistiques sur l'initiation, le maintien et la clôture des thèmes	Aucune
Auto-réparations Nature des structures des auto-réparations et liens avec les déficits linguistiques	Proportion des tours de parole contenant des : <ol style="list-style-type: none"> 1) délais 2) répétitions 3) remplacements de syntagmes 4) remplacements de phrases 5) commentaires métalinguistiques 6) toute forme d'auto-réparation qui échoue
Réparations collaboratives Liens entre la nature des sources des troubles et les déficits linguistiques Méthode d'initiation des réparations Méthode de résolution des réparations	Proportion des tours majeurs dans la conversation incluant des séquences de réparations collaboratives

Annexe D: La communication dans le modèle de fonctionnement proposé par la classification internationale du fonctionnement (CIF, OMS)



Annexe E : Formulaire d'information et de consentement à destination des couples



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Etude de faisabilité d'un protocole de rééducation orthophonique de la communication du couple aphasique en milieu écologique.

Personnes responsables du projet

Nais Escher et Léa Simon, étudiantes en orthophonie.

Le projet est réalisé dans le cadre du mémoire de fin d'études en vue d'obtention du certificat de capacité en orthophonie, sous la direction d'Aurélien Lhé et de Philippe Penzgang, orthophonistes.

Objectifs du projet

-étudier la faisabilité d'un protocole de prise en charge écosystémique du couple aphasique -démontrer que le PTECCA peut servir de ligne de base à une rééducation orthophonique -étudier le lien entre l'amélioration de la communication et la qualité de vie du couple aphasique

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise pour 6 à 8 rencontres d'environ 45 minutes chacune. Ces rencontres auront lieu à votre domicile, en fonction de vos disponibilités. Vous aurez à répondre à un questionnaire se rapportant à votre qualité de vie. Vous aurez aussi à participer à une évaluation de la communication entre vous et votre conjoint(e). Enfin vous serez bénéficiaires d'une prise en charge de la communication au sein de votre couple, dont les objectifs précis auront été définis à l'aide des résultats de l'évaluation et de vos attentes et besoins. Votre participation sera effectuée à titre gratuit, sans aucune compensation financière.

Initiales du participant : _____
Version datée du 08/01/2014

1

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de bénéficier d'une aide pour améliorer la communication avec votre conjoint(e). A cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant le domaine de l'orthophonie, en particulier avec les patients aphasiques.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra si vous le désirez.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?
Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs recueilleront et consignent dans un dossier les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, photographies, enregistrements vidéo ou audio, habitudes de vie, résultats de tous les tests, examens et procédures que vous aurez à subir hors de ce projet, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Les chercheurs de l'étude utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Initiales du participant : _____
Version datée du 08/01/2014

2

Enregistrement vidéo

Les séances seront enregistrées à l'aide d'une caméra afin de permettre aux observateurs de recueillir les informations concernant les actes et les stratégies de communication entre les protagonistes filmés. La collecte de ces données permet de vérifier la pertinence des observations pendant l'évaluation et les séances de rééducation afin d'ajuster au mieux les axes de la prise en charge. Ces films ne seront utilisés que dans le cadre du mémoire et de la soutenance ; seules les personnes concernées par le mémoire seront amenées à les visionner. Les expérimentateurs s'engagent à n'utiliser les bandes-vidéos que dans ce cadre précis et sans aucune autre finalité. En signant ce formulaire d'information et de consentement, vous vous engagez à céder vos droits à l'image.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu et ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Nous, _____, chercheurs principaux de l'étude, déclarons que nous sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature des chercheurs principaux de l'étude : _____

Initiales du participant : _____
Version datée du 09/01/2014

Annexe F : Questionnaire d'auto-évaluation de la communication

Questionnaire d'auto-évaluation de la communication

- 0 : jamais
- 1 : parfois
- 2 : souvent
- 3 : toujours

Pour chaque item, les conjoints répondent ensemble pour eux-mêmes et pour leur partenaire.

	Sujet aphasique	Partenaire	Observations
L'exercice est réussi, on s'est bien compris	0 1 2 3	0 1 2 3	
Je me suis impliqu(e) suffisamment	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai donné assez d'informations en quantité	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai pris des initiatives	0 1 2 3	0 1 2 3	
Je suis rest(e) dans le sujet de la conversation	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai laissé assez de temps à mon conjoint pour répondre/réagir	0 1 2 3	0 1 2 3	
Je me suis fait couper la parole donc je n'ai pas pu dire tout ce que je voulais	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai montré quand je comprenais et quand je ne comprenais pas	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai pris en compte les signes de compréhension ou d'incompréhension	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai utilisé des moyens verbaux (paroles et écrits)	0 1 2 3	0 1 2 3	
J'ai utilisé des moyens non-verbaux (regard, gestes, mimique, posture, dessin...)	0 1 2 3	0 1 2 3	

Annexe G: Résultats des évaluations initiales et finales du PTECCA chez M. et Mme

B.

		Observé dans ... situation(s) / 4			
		Sujet aphasique		Partenaire	
		Initial	Final	Initial	Final
LES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION DE JAKOBSON					
Fonction expressive	S'impliquer dans son discours	4	3	3	4
Fonction référentielle	Transmettre l'information	4	4	4	4
Fonction conative	Agir avec et sur l'autre	4	3	4	4
Fonction phatique	Initier le contact	1	3	4	4
	Maintenir le contact	2	3	3	4
	Interrompre le contact	3	1	3	1
Fonction métalinguistique	Signaler les incidents de parole	1	0	2	2
	Corriger les incidents de parole	3	2	2	2
Fonction poétique	Politesse relationnelle	2	4	4	4
	Recourir à l'humour	2	1	3	2
LE RESPECT DU PRINCIPE DE COOPERATION DE GRICE					
Attention et motivation à interagir	Appétence à l'échange	4	4	4	4
	Attention / écoute	3	4	4	4
Maxime de quantité	Fournir une quantité d'information suffisante	3	3	4	4
	Ne pas fournir trop d'informations	3	4	3	4
	Compléter l'information si nécessaire	1	2	4	4
	Aider à émettre l'information	0	0	4	4
Maxime de qualité	Discours sincère, sans affabulations	4	4	4	4
Maxime de relation	Discours cohérent	4	4	4	4
	Cohérence thématique	3	4	4	4
Maxime de manière	Présenter ses idées de façon à ce qu'elles soient comprises par l'interlocuteur	3	4	4	4
LA DYNAMIQUE DU DISCOURS					
Gestion des tours de parole	Respecter l'alternance	1	4	1	4
	Prendre la parole quand on le souhaite	4	4	4	4
Fonctionnement des boucles de rétroaction (feedback)	Réagir en réponse aux propos de l'interlocuteur	4	4	4	4
	S'ajuster en fonction des réactions de l'autre	0	4	2	4
Multicanalité	Utiliser plusieurs canaux de communication	4	4	2	4
	Congruence entre les canaux	4	4	2	4

Annexe H: Réponses initiales de M. et Mme B. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	V	V	F
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	V	F	F
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	NE	F	F
Je ne comprends pas tout	F	F	F
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	F	V	F
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	V	F	NE
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	F	NE	F
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	NE	F	NE
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	F	F	F
<p><u>Légende :</u></p> <p>-<i>Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p>-<i>Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p>-<i>Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p>-<i>V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p>-<i>F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p>-<i>NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

Annexe I: Réponses finales de M. et Mme B. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	F	F	F
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	F	F	F
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	F	F	F
Je ne comprends pas tout	F	F	V
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	F	F	F
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	F	F	F
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	F	F	F
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	NE	V	V
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	F	F	F
<p><u>Légende :</u></p> <p>-<i>Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p>-<i>Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p>-<i>Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p>-<i>V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p>-<i>F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p>-<i>NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

Annexe J: Résultats des évaluations initiales et finales du PTECCA chez M. et Mme

G.

		Observé dans ... situation(s) / 4			
		Sujet aphasique		Partenaire	
		Initial	Final	Initial	Final
LES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION DE JAKOBSON					
Fonction expressive	S'impliquer dans son discours	2	4	2	4
Fonction référentielle	Transmettre l'information	3	4	2	4
Fonction conative	Agir avec et sur l'autre	1	4	3	4
Fonction phatique	Initier le contact	4	4	3	4
	Maintenir le contact	2	4	4	4
	Interrompre le contact	0	0	0	0
Fonction métalinguistique	Signaler les incidents de parole	0	0	0	1
	Corriger les incidents de parole	0	0	1	1
Fonction poétique	Politesse relationnelle	3	3	4	3
	Recourir à l'humour	0	0	3	2
LE RESPECT DU PRINCIPE DE COOPERATION DE GRICE					
Attention et motivation à interagir	Appétence à l'échange	3	4	3	4
	Attention / écoute	4	4	4	4
Maxime de quantité	Fournir une quantité d'information suffisante	1	4	1	4
	Ne pas fournir trop d'informations	3	4	3	4
	Compléter l'information si nécessaire	1	4	3	4
	Aider à émettre l'information	0	0	2	4
Maxime de qualité	Discours sincère, sans affabulations	4	4	4	4
Maxime de relation	Discours cohérent	3	4	4	4
	Cohérence thématique	4	4	4	4
Maxime de manière	Présenter ses idées de façon à ce qu'elles soient comprises par l'interlocuteur	3	4	4	4
LA DYNAMIQUE DU DISCOURS					
Gestion des tours de parole	Respecter l'alternance	4	4	4	4
	Prendre la parole quand on le souhaite	4	4	3	4
Fonctionnement des boucles de rétroaction (feedback)	Réagir en réponse aux propos de l'interlocuteur	4	4	4	4
	S'ajuster en fonction des réactions de l'autre	3	4	4	4
Multicanalité	Utiliser plusieurs canaux de communication	1	2	0	3
	Congruence entre les canaux	1	4	0	4

Annexe K : Réponses initiales de M. et Mme G. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	V	F	V
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	F	V	F
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	F	NE	NE
Je ne comprends pas tout	F	V	F
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	V	V	V
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	F	V	F
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	V	V	V
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	F	F	F
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	F	F	F
<p><u>Légende :</u></p> <p><i>-Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p><i>-Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p><i>-Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p><i>-V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p><i>-F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p><i>-NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

Annexe L: Réponses finales de M. et Mme G. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	V	V	V
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	F	F	F
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	F	F	F
Je ne comprends pas tout	F	V	F
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	F	V	F
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	F	F	F
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	V	V	V
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	F	F	F
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	F	F	F
<p><u>Légende :</u></p> <p>-<i>Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p>-<i>Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p>-<i>Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p>-<i>V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p>-<i>F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p>-<i>NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

**Annexe M: Résultats des évaluations initiales et finales du PTECCA chez M. E.et
Mme C.**

		Observé dans ... situation(s) / 4			
		Sujet aphasique		Partenaire	
		Initial	Final	Initial	Final
LES FONCTIONS DE LA COMMUNICATION DE JAKOBSON					
Fonction expressive	S'impliquer dans son discours	2	4	4	4
Fonction référentielle	Transmettre l'information	2	4	4	4
Fonction conative	Agir avec et sur l'autre	4	4	3	3
Fonction phatique	Initier le contact	2	4	4	4
	Maintenir le contact	2	4	3	4
	Interrompre le contact	0	0	0	1
Fonction métalinguistique	Signaler les incidents de parole	1	1	0	0
	Corriger les incidents de parole	1	2	1	2
Fonction poétique	Politesse relationnelle	4	4	1	2
	Recourir à l'humour	1	1	4	2
LE RESPECT DU PRINCIPE DE COOPERATION DE GRICE					
Attention et motivation à interagir	Appétence à l'échange	3	4	4	3
	Attention / écoute	4	4	3	3
Maxime de quantité	Fournir une quantité d'information suffisante	2	4	4	4
	Ne pas fournir trop d'informations	3	4	4	4
	Compléter l'information si nécessaire	2	4	3	4
	Aider à émettre l'information	0	0	3	2
Maxime de qualité	Discours sincère, sans affabulations	4	4	4	4
Maxime de relation	Discours cohérent	4	4	4	4
	Cohérence thématique	4	4	4	4
Maxime de manière	Présenter ses idées de façon à ce qu'elles soient comprises par l'interlocuteur	4	4	4	4
LA DYNAMIQUE DU DISCOURS					
Gestion des tours de parole	Respecter l'alternance	4	4	1	3
	Prendre la parole quand on le souhaite	1	3	4	4
Fonctionnement des boucles de rétroaction (feedback)	Réagir en réponse aux propos de l'interlocuteur	4	4	3	3
	S'ajuster en fonction des réactions de l'autre	4	4	3	4
Multicanalité	Utiliser plusieurs canaux de communication	4	4	3	4
	Congruence entre les canaux	3	4	3	4

Annexe N : Réponses initiales de M. E. et Mme C. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	F	F	V
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	F	V	F
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	V	V	F
Je ne comprends pas tout	F	V	V
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	F	V	F
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	F	V	V
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	V	F	V
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	F	V	F
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	F	F	F
<p><u>Légende :</u></p> <p>-<i>Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p>-<i>Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p>-<i>Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p>-<i>V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p>-<i>F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p>-<i>NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

Annexe O : Réponses finales de M. E. et Mme C. au C-10

Items	Patient	Conjoint 1	Conjoint 2
Je prends moins souvent la parole	V	V	V
J'ai des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation	F	V	V
Lorsque je parle, on m'écoute moins qu'avant et on me coupe la parole	V	V	F
Je ne comprends pas tout	F	V	F
Lorsque j'ai des difficultés pour parler, je n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques...)	F	F	F
Lorsqu'on me parle, j'ai des difficultés à rester attentif	F	V	F
Lorsque je n'ai pas compris, j'évite de faire répéter mon interlocuteur	NE	F	V
J'ai des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait	F	V	F
Je n'arrive pas à dire tout ce que je voudrais ni comme je le voudrais	V	V	V
Je n'ai plus envie de communiquer	V	F	V
<p><u>Légende :</u></p> <p>-<i>Patient</i> : Réponses du sujet aphasique</p> <p>-<i>Conjoint 1</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez ce que vous pensez de votre proche aphasique ».</p> <p>-<i>Conjoint 2</i> : Réponses du partenaire à la consigne « Répondez en vous mettant à la place de votre proche aphasique. Cochez ce que vous pensez qu'il a répondu ».</p> <p>-<i>V</i> : Réponse vraie cochée</p> <p>-<i>F</i> : Réponse fausse cochée</p> <p>-<i>NE</i> : Réponse non évaluable cochée</p>			

Annexe P : Fiche de la séance n°3 de M. et Mme B.

Séance n°3 M. et Mme B.

1) Qu'avez-vous pensé / retenu de la dernière séance ? Avez-vous des questions ?

Retour sur la semaine dernière :

Rappeler les objectifs, notamment celui du visionnage de la séquence : observer et non se corriger.

Mme B doit laisser la parole à son mari mais cela ne veut pas dire qu'elle ne doit plus intervenir, M. B a besoin d'être canalisé. L'objectif est **d'équilibrer les temps de parole**.

2) **Entraînement du respect de l'alternance des tours de parole**

Raconter un événement vécu pendant la semaine (par exemple un repas de famille) en respectant les tours de parole grâce à un objet symbolique (5 mn maximum)

- Visionnage de la séquence
 - Auto-évaluation
 - Spontanée
- Dirigée
- Retour du rééducateur

3) **Classeur de communication**

Présentation + arbre généalogique et entourage, aspect verbal : mots interrogatifs...

Choix des planches d'images à intégrer selon les besoins

4) **Conclusion de la séance et ajustement du projet thérapeutique :**

Qu'avez-vous pensé de la séance ? Est-ce que ça vous a apporté des choses ?

Annexe Q : Fiche de la séance n°2 de M. et Mme G.

Séance n°2 M. et Mme G.

1) Qu'avez-vous pensé / retenu de la dernière séance ? Avez-vous des questions ?

2) Travail sur l'informativité (détails) et le non-verbal (mime et dessin)

Exercice de type « times up » en deux manches :

Les mots à faire deviner sont les mêmes pour les deux manches (5 mots). La catégorie (personnages) est déterminée et donnée afin de limiter la difficulté. Cependant, nous donnons volontairement des personnages distincts, pouvant se mimer facilement, pour introduire cette modalité non-verbale jusqu'ici très peu investie.

Pour cette première séance, nous participons car nous pensons que sans cela, le couple serait mal à l'aise. Ainsi, nous devons faire deviner à l'assemblée chacun notre tour la carte piochée.

- La première manche consiste à faire deviner les personnages, afin de travailler l'informativité (détails)
- La deuxième manche consiste à mimer les personnages (déjà connus dans le désordre) afin de travailler sur le non-verbal. Une grille récapitulant les personnages en jeu (découverts lors de la première manche) est laissée à la disposition du couple afin de s'assurer que des éventuelles difficultés mnésiques ne majorent pas les difficultés de M. G.

Les cartes sont les suivantes :

- Un peintre : Picasso
 - Un écrivain : Diderot
 - Un acteur : Charlie Chaplin
 - Un réalisateur : Hitchcock
 - Un chanteur : Edith Piaf
 - Un homme politique français : Charles de Gaulle
 - Un homme politique américain : Nelson Mandela
 - Un personnage historique : Christophe Colomb
 - Un personnage de BD : tintin
 - Un philosophe : Karl Marx
- Visionnage de la séquence
 - Auto-évaluation
 - Spontanée
 - Dirigée
 - Retour du rééducateur

3) Conclusion de la séance et ajustement du projet thérapeutique :

Qu'avez-vous pensé de la séance ? Est-ce que ça vous a apporté des choses ?

Annexe R : Fiche de la séance n°5 de M. E. et Mme C.

Séance n°5 M. E. et Mme C.

1) Qu'avez-vous pensé / retenu de la dernière séance ? Avez-vous des questions ?

2) **Activités :**

Travail de la modalité verbale pure

A la demande de Mme C, mise en situation avec le téléphone : dans deux pièces séparées (ou si possible, un des conjoints quitte l'appartement).

Mme C est en voyage et M. E lui raconte un événement de son choix.

- Discuter avec M. E de l'information qu'il veut faire passer, l'aider à l'organiser et à la formaliser au mieux. Préparer un support écrit avec des mots-clés pour l'aider.
- Aider Mme C à formuler les questions adéquates et les bonnes stratégies incitatives.

Mode HP

- Visionnage de la séquence (film du point de vue de M. E)
 - Auto-évaluation
 - Spontanée
- Dirigée
- Retour du rééducateur

3) **Conclusion de la séance et ajustement du projet thérapeutique :**

Qu'avez-vous pensé de la séance ? Est-ce que ça vous a apporté des choses ?