



HAL
open science

Intérêt d'une prise en charge en binôme sur les compétences communicationnelles de patients aphasiques : étude de cas

Françoise Letellier

► To cite this version:

Françoise Letellier. Intérêt d'une prise en charge en binôme sur les compétences communicationnelles de patients aphasiques : étude de cas. Sciences cognitives. 2015. dumas-01212370

HAL Id: dumas-01212370

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01212370>

Submitted on 6 Oct 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.

Département d'Orthophonie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**Intérêt d'une prise en charge en binôme
sur les compétences communicationnelles
de patients aphasiques - Etude de cas**

Présenté par : Françoise Letellier

Directrice de mémoire : Isabelle Gonzalez, Orthophoniste, C.M.P.R.F. Les Grands Chênes, Bordeaux

Année universitaire 2014 -2015

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Isabelle Gonzalez, qui en tant que maître de stage a renforcé mon attrait pour la neurologie, attrait pourtant déjà bien prononcé ! Et qui, en tant que directrice de mémoire, a nourri ma pensée et guidé mes réflexions. Je la remercie pour son soutien bienveillant, sa disponibilité et ses encouragements.

Je remercie chaleureusement Madame Gaëlle Benichou et Madame Valérie Michelet pour m'avoir confié leurs patients et pour leurs conseils éclairés.

Je remercie vivement Madame Bénédicte Darrigrand et Madame Angélique Moreira d'avoir accepté mon invitation comme membres du jury.

Je remercie également Madame Claire Lété pour l'intérêt porté à ce travail et sa relecture attentive.

J'adresse mes remerciements aux maîtres de stages qui m'ont accueillie durant ces quatre années d'études aux côtés desquelles j'ai grandement appris ainsi que les enseignants de l'école d'Orthophonie de Bordeaux.

Je remercie Mr B. et Mr F. qui ont accepté de participer à cette étude. Merci à leurs épouses pour leur coopération. Travailler avec eux a été un réel plaisir, je les remercie pour leur enthousiasme !

Merci à tous mes amis qui, de près ou de loin, se sont montrés si bienveillants.

Et un grand merci à ma famille pour son soutien et ses encouragements !

A Ilane et Lise.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
Chapitre I CONTEXTE THEORIQUE.....	8
1. La Communication	9
2. Aphasie, les troubles de la communication et les thérapies	14
3. Apports de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et des sciences de l'éducation	25
Chapitre II PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE	34
1. Objectif, problématique et hypothèses.....	35
2. Méthodologie	37
Chapitre III RESULTATS	45
1. Préambule.....	46
2. Présentation de la population de l'étude.....	47
3. Résultats à l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux	48
4. Résultats aux épreuves BDAE	49
5. Résultats à l'épreuve de discussion	50
6. Comparaison des résultats ECVB – BDAE – EPREUVE DE DISCUSSION.....	52
7. Questionnaire TLC destiné à la famille	54
8. Questionnaire patient : évaluation de la prise en charge	56
9. Résultats issues des observations cliniques.....	61
Chapitre IV DISCUSSION	66
1. Analyse qualitative des séances en binôme.....	67
2. Intérêts et limites de notre protocole.....	70
3. Présentation des résultats au regard des hypothèses.....	73
4. Spécificités de la prise en charge en binôme.....	75
5. Perspectives dans le champ de l'orthophonie.....	79
CONCLUSION.....	82
TABLE DES MATIERES	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	86

ANNEXES.....	92
Annexe 1 - Descriptif des séances et des activités.....	93
Annexe 2 – Grille d’évaluation Epreuve de discussion.....	96
Annexe 3 – Questionnaire patient : Evaluation de la prise en charge en binôme.....	97
Annexe 4 – Grille observations séances en binôme	98

INTRODUCTION

Les prises en charge en orthophonie s'effectuent principalement en individuel ou en groupe, ces contextes permettent des approches thérapeutiques différentes. Peu de prises en charge s'effectuent avec des binômes de patients et il semble qu'aucune étude n'y ait été consacrée.

La prise en charge individuelle induit une relation asymétrique et « *l'inégalité des positions qui sous-tend la relation d'accompagnement engendre les postures du professionnel et de la personne en situation de handicap* » (Schaller, 2008). Quant à la prise en charge de groupe en orthophonie, on s'intéresse à la relation symétrique, « *ce sont surtout les interactions entre pairs qui sont particulièrement privilégiées. On connaît leur rôle dans le développement des capacités cognitives et langagières, et plus largement dans toutes les situations d'apprentissage* » (De Weck, 2005). Les prises en charge de groupe visent également à proposer un contexte le plus écologique possible et favorisent les relations sociales.

En se référant à la littérature dans les domaines de la Psychologie sociale et des Sciences de l'éducation, il a été démontré quels peuvent être les apports des interactions entre pairs au sein d'une dyade. Par ailleurs, la recherche en orthophonie engage à développer des prises en charge visant la généralisation des acquis et la prise en compte des troubles dans un contexte écologique. Aussi il nous a paru intéressant d'explorer une pratique professionnelle, peu usitée en orthophonie, consistant à composer un groupe de deux patients en vue d'effectuer des séances en binôme. Nous souhaitons, au travers de cette expérimentation, explorer les interactions en jeu au sein d'une dyade de patients dans le cadre d'une prise en charge en orthophonie. La mise en situation en binôme peut-elle être bénéfique pour certains patients et certaines pathologies ? Peut-elle être complémentaire aux prises en charge individuelle et de groupe, se situant à mi-chemin entre celles-ci ?

Il nous a semblé pertinent d'expérimenter ce mode de prise en charge avec des patients aphasiques adultes à plusieurs titres.

De nombreuses études ont montré que la perturbation de la communication engendre un désarroi psychologique et social pour la personne aphasique. En se référant à la Classification

Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le fonctionnement en binôme permettrait d'expérimenter une situation visant l'efficacité de la communication destinée à un pair. Cela permettrait de travailler les aspects Activités (fonctions du sujet pour lui-même) et Participation (rôle social) avec une approche pragmatique tendant vers une situation écologique basée sur la relation entre deux patients partenaires de communication.

Et enfin, la mise en place d'un binôme permet de proposer des activités coopératives « faire ensemble » mais aussi des activités où la personne peut être alternativement en position de « tuteur » et de « tutoré ». En position de « tuteur », le patient « fait faire » à son partenaire, il lui explique une consigne, le guide. Les études relevant de la psychologie de l'éducation et traitant de l'interaction de tutorat ou de guidage montrent plusieurs bénéfices. Lorsque l'on aide une personne à réaliser une tâche ou acquérir une notion, l'interaction sociocognitive réunit des processus de transmission et d'acquisition de savoirs et de savoir-faire (Foulin et al., 2005). Dans le cadre d'une prise en charge en orthophonie, que peut engendrer l'interaction de guidage ?

En première partie, nous dressons un bref état des lieux des connaissances sur la communication et l'aphasie, ses retentissements sur la personne et nous présentons les prises en charge actuelles. Nous abordons ensuite le fonctionnement en binôme au travers des données issues de la Psychologie sociale, de la Psychologie cognitive et des Sciences de l'éducation en vue d'estimer l'intérêt de son application dans le cadre de prises en charge orthophoniques.

En deuxième partie, nous présentons les aspects méthodologiques de l'expérimentation. Notre protocole consiste à effectuer, auprès de deux personnes aphasiques, une prise en charge en binôme centrée sur les compétences communicationnelles en vue d'évaluer l'effet de cette prise en charge sur la communication des patients.

En troisième partie, les résultats sont présentés et analysés au regard de nos observations quant au fonctionnement du binôme et des limites de notre méthodologie. La discussion porte sur l'intérêt de la prise en charge en binôme pour des patients aphasiques, ses spécificités ainsi que des perspectives en orthophonie pour ce type de prise en charge.

CHAPITRE I

CONTEXTE THEORIQUE

1. La Communication

1.1. La communication : modèles et approches pragmatiques

La communication est un terme polysémique, « *C'est un invraisemblable fourre-tout, où l'on trouve des trains et des autobus, des télégraphes et des chaînes de télévision, des petits groupes de rencontre, des vases et des écluses, et bien entendu une colonie de rats laveurs, puisque les animaux communiquent comme chacun sait.* », Winkin (2002).

Différentes théories de la communication ont été élaborées pour nous éclairer quant à la communication en tant que conduite psychosociale entre les individus.

Le linguiste Saussure (1916) se focalise sur la langue et analyse la communication sur le plan audio-oral. Shannon et Weaver (1949), quant à eux, élaborent un schéma de la communication qui présente le transfert d'information comme une structure linéaire unidirectionnelle intégrant la notion d'interférences parasites. Wiener (1950) montre la non-linéarité de la communication avec les notions de feedback, le modèle est circulaire, prenant en compte l'interaction dans l'échange d'information. Ces conceptions se réfèrent aux modèles de télécommunications. La théorie mathématique de la communication a eu une répercussion importante sur la psychologie et constitue la base de la psychologie cognitive.

Le linguiste Jakobson (1963) apporte la dimension contextuelle et décrit les fonctions du langage comme suit.

- La fonction référentielle, axée sur le contexte. Le message représente le monde, un état des choses.
- La fonction émotive (ou expressive), axée sur le destinataire. Le message donne à voir les émotions, les affects, l'état d'esprit du destinataire ou émetteur.
- La fonction conative, axée sur le destinataire. Le message cherche à agir sur le destinataire, à l'atteindre, fonction en lien avec la théorie de l'esprit.
- La fonction phatique, axée sur le canal. Le message cherche à établir, prolonger ou interrompre la communication, à vérifier que le circuit fonctionne. Cette fonction utilise les phatèmes, les intonations, elle vise à assurer le contact et garder l'attention

de son interlocuteur.

- La fonction poétique, axée sur le message. Il s'agit de la forme du message en lui-même, la nature des signes et codes utilisés, l'ordre des mots, l'euphonie, autant d'éléments qui contribuent à l'esthétique de la forme.
- La fonction métalinguistique, axée sur le code. Le message porte sur la langue, les unités linguistiques, c'est une fonction propre à l'homme, fondamentale dans l'apprentissage et très sollicitée en orthophonie.

Ces fonctions ne sont pas exclusives, elles sont distribuées à des degrés divers selon les messages.

La pragmatique linguistique s'est développée à partir de la théorie des actes de langage, initiée par Austin (1962) et développée par Searle (1972). Cette théorie montre que la fonction du langage au-delà de décrire le monde est aussi d'accomplir des actions qui visent à modifier la situation de l'interlocuteur. L'acte de langage comporte une dimension locutoire, le sens immédiat véhiculé par l'acte, et une dimension illocutoire, le contenu implicite du message.

Au fur et à mesure que la linguistique élargit son champ d'investigation de nouveaux éléments sont apparus et la linguiste Kerbrat-Orecchioni (1980) remanie le schéma de Jakobson. Elle y intègre des éléments de la communication comme les compétences linguistiques, les compétences culturelles et les déterminations psychologiques propres à l'émetteur et au récepteur. Elle précise par ailleurs les notions de contraintes du discours qui vont influencer sur l'encodage et le décodage du message. Et enfin, elle ajoute la notion de modèles, des grilles de mise en forme nécessaires pour élaborer et interpréter un message.

L'approche systémique de la communication a été portée par l'école de Palo Alto, prônant un modèle « orchestral » de la communication :

- chaque individu participe à la communication,
- communiquer ce n'est pas agir mais interagir,
- la relation est symétrique ou complémentaire, basée sur l'égalité ou la différence,
- la communication n'est pas nécessairement consciente.

Les travaux de l'école de Palo Alto ouvrent sur la dimension pragmatique de la communication humaine.

Le philosophe Grice (1989), fondateur de la pragmatique contemporaine, met en avant plusieurs aspects en jeu dans l'acte de communiquer tels que l'état mental des interlocuteurs, les inférences/l'implicite, le contexte et la situation de communication. Il ouvre des pistes aux précurseurs de la pragmatique cognitive, Sperber et Wilson (1989) proposent une conception de la pragmatique ne relevant pas exclusivement de la linguistique. La pragmatique relève également de tâches non linguistiques telles que la communication non verbale ou les tâches liées aux compétences mnésiques et aux fonctions exécutives, la pragmatique s'affirme alors comme discipline cognitive. L'analyse de la communication doit prendre en compte des phénomènes intervenant dans l'interprétation des énoncés que ni la syntaxe, ni la sémantique ne traitent (Bracops, 2010).

Autre notion développée en neuropsychologie, la Théorie de l'esprit. Elle appartient à la cognition sociale, c'est-à-dire à « *l'ensemble des processus cognitifs permettant de décoder et encoder le monde social : perception, mémorisation, raisonnement, connaissance des règles régissant les interactions interpersonnelles* » (Desgranges et al, 2012). Il ne s'agit pas d'une théorie psychologique mais d'une aptitude cognitive permettant de saisir les représentations mentales d'autrui. Cette aptitude permet de prédire, d'anticiper et d'interpréter le comportement ou l'action des pairs dans une situation donnée. Les recherches ont mis en évidence le lien entre la communication et la théorie de l'esprit, cette dernière nourrit la pragmatique du langage. Leur interdépendance sur le plan développemental implique la nécessité d'évaluer la Théorie de l'Esprit dans le cadre de troubles communicationnels (De Villiers, 2014).

Depuis les années 1970, la pragmatique et la cognition sociale sont prises en compte dans la pratique clinique aphasiologique et des outils d'évaluation ont été créés pour évaluer les comportements communicatifs. Cette approche replace la communication au premier plan des préoccupations (Chomel Guillaume et al., 2010).

1.2. La communication verbale et non verbale

La dimension pragmatique de la communication humaine relève de deux modes de communication, la communication verbale et la communication non verbale (Watzlawick et al., 1979).

La communication verbale est véhiculée par le langage et par le code. Daviet et al. (2007) définissent la communication verbale comme une « *capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celles des partenaires de l'échange* ». Cette capacité est plus ou moins limitée pour la personne aphasique selon la nature des troubles et leur sévérité. Les difficultés langagières des personnes aphasiques peuvent avoir un impact important sur leur qualité de vie. Ainsi, des troubles de la compréhension orale peuvent engendrer des malentendus, des ruptures de la communication, une mise à l'écart de l'échange verbal pour le sujet qui souvent ne manifeste pas son incompréhension. De même, des perturbations au niveau des productions orales ralentissent l'échange, demandent parfois un effort de reconstitution important de la part de l'interlocuteur, pouvant le mettre dans une situation d'inconfort. La communication est malaisée tant pour la personne aphasique que pour l'interlocuteur.

La communication non-verbale comprend des processus ayant des propriétés communicatives comme les mouvements du corps, la proxémique (distance physique par rapport à l'interlocuteur), les expressions faciales, les regards et les éléments para-verbaux que sont l'intonation, le rythme, l'intensité de la parole ; ces éléments intentionnels ou non sont porteurs de sens. La communication non verbale constitue une part importante des actes de communication, elle peut compenser en partie les difficultés de communication verbale. Toutefois, de même que pour la communication verbale, ces capacités de communication non-verbale peuvent être altérées pour la personne aphasique.

1.3. Communication et neurones miroirs

Depuis la découverte de neurones miroirs chez les singes, des recherches portent sur l'étude de ce phénomène chez l'homme. Les « neurones miroirs » sont des neurones qui s'activent lorsque l'on exécute une action mais aussi lorsque l'on observe cette action chez l'autre quant aux « neurones canoniques » ils s'activent à la vue d'un stimulus comme par anticipation d'une action possible. Arbib (2012) avance que les neurones miroirs, en tant que mécanismes soutenant l'imitation, pourraient avoir un rôle central dans le développement de nos aptitudes communicationnelles.

Mukamel et al. (2010) font visionner des vidéos à 21 patients atteints d'épilepsie sévère, il leur a été demandé ensuite de reproduire les expressions faciales et les gestes vus. La réaction d'une proportion significative de neurones, à la fois à l'exécution et à la vue d'actions similaires, confirment l'hypothèse que les neurones miroirs jouent un rôle dans les processus cognitifs liés aux apprentissages par imitation ou encore sur la compréhension des émotions.

Des études cherchent à savoir si les « neurones miroirs » et les « neurones canoniques » peuvent être à l'origine de nos capacités langagières (Gallese, 2007).

Dans le domaine de la pathologie, les neurones miroirs peuvent-ils contribuer à la rééducation ? Rizzolatti (2007) affirme que *« le cerveau qui agit est aussi et avant tout un cerveau qui comprend. (...) Bien que cette compréhension soit pragmatique, préconceptuelle et prélinguistique, elle n'en est pas moins importante, puisque c'est sur elle que reposent la plupart de nos capacités cognitives cérébrales. Ce type de compréhension se reflète également dans l'activation des neurones miroirs. (...) Des formes plus ou moins complexes d'imitation, d'apprentissage, de communication gestuelle, voire verbale, trouvent, en effet, une correspondance ponctuelle dans l'activation de certains circuits spécifiques. »*

2. Aphasie, les troubles de la communication et les thérapies

2.1. Aphasie, langage et communication

Pour définir l'aphasie, le dictionnaire d'orthophonie (Brin et al., 2011) reprend la définition de Trousseau (1864) : « *il s'agit d'une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit* ».

Généralement l'aphasie n'est pas un trouble isolé, les troubles associés notamment moteurs, sensitifs, visuels et cognitifs peuvent majorer les difficultés communicatives.

Les auteurs s'accordent aujourd'hui sur le fait que l'aphasie ne se réduit pas à une pathologie du langage mais à un trouble de la communication qui retentit sur l'ensemble de la personnalité de l'individu.

Mazaux et al. (2007) soulignent l'impact psychologique et social : « *Dans une société basée sur les échanges et la communication, la survenue d'une aphasie est un drame psychologique et social pour le patient et toute sa famille. L'aphasie est source d'incapacités dans la vie quotidienne, de restrictions de participation à la vie citoyenne et sociale, d'isolement, de repli sur soi, de frustration et souvent de dépression. Elle atteint le sujet qui en est victime dans l'une des dimensions les plus fondamentales pour son épanouissement et son équilibre psychique, la communication avec ses semblables.* »

Ainsi la prise en charge en orthophonie de la personne aphasique, au-delà des troubles linguistiques, doit porter plus largement sur l'atteinte de la communication. La nouvelle nomenclature générale des actes professionnels en orthophonie a été revue en septembre 2014 dans ce sens. Auparavant le libellé était « *rééducation du langage dans les aphasies* » désormais il s'agit de « *rééducation de la communication et du langage dans les aphasies* ».

2.2. Les troubles de la communication chez la personne aphasique

Une étude portant sur les difficultés de communication des aphasiques (Blom Johansson et al., 2012) rapporte que la personne aphasique est tentée d'éviter les conversations notamment en dehors de leur entourage proche et ce tout degré de sévérité confondu. Elles se sentent en « *insécurité* », elles craignent les situations où elles doivent s'exprimer. Les auteurs recommandent la formation des partenaires de communication mais aussi une aide psychologique pour aider les personnes aphasiques à surmonter leur frustration et leur crainte.

Nombre de patients, travaillant consciencieusement lors des séances d'orthophonie, ne savent plus participer à un échange conversationnel ou tout du moins se referment à l'idée de tels échanges en société. Il s'agit alors de développer les aspects pragmatiques. Nespoulous (1996) s'interroge sur ce que la personne aphasique « *parvient à faire en dépit de son handicap, de son déficit et de sa lésion cérébrale* ». Selon lui, en fonction de ses capacités et incapacités, la personne aphasique va mettre en place, consciemment ou non, des stratégies palliatives afin de contourner son déficit pour pouvoir communiquer. Pour une personne agrammaticale ce peut être l'utilisation d'adverbes de temps pour pallier les difficultés de flexions verbales, pour une personne avec un trouble de l'évocation, la périphrase, le recours à la multi-canalité peuvent constituer des stratégies remédiatives.

Toutefois, la personne aphasique est focalisée sur ses troubles langagiers et elle a bien souvent des difficultés pour surmonter ses incapacités et adopter de nouvelles stratégies pour lui permettre de communiquer. Elle est « *encapsulée* » dans ses problèmes de langage, elle focalise toute son énergie pour débloquer sa parole et n'est pas disponible pour les interactions. Avec une approche psychosociale l'objectif du thérapeute est de développer la participation du patient (Gonzalez et al., 2014).

L'étude de Blom Johansson et al. (2012), menée auprès de personnes aphasiques, plus de douze mois après leur accident, montre que la majorité des personnes estime que communiquer est difficile, frustrant et source d'anxiété. Or elles ont le désir de communiquer. Cette frustration est source de dépression et altère leur qualité de vie.

2.3. Dépression et qualité de vie

Les réactions psychologiques suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) porteur d'aphasie varient selon l'importance des séquelles, selon l'individu et le contexte dans lequel il évolue. Elles peuvent conduire la personne à une dépression grave ou modérée qui peut se manifester par de l'anxiété, de l'agressivité, un repli sur soi, voire une régression psychologique. Benaim et al. (2007) rapportent une prévalence de la dépression post-AVC qui varie, selon les méthodes, de 25 à 79%. Si tous les patients ne sont pas diagnostiqués dépressifs, il est néanmoins fréquent que, se rendant compte de leur état physique et de leurs troubles linguistiques et communicationnels, ils aient une réaction émotive importante, se sentant dépossédés d'une partie d'eux-mêmes. Les troubles dépressifs et anxieux sont plus importants pour les personnes victimes d'AVC avec aphasie que pour les personnes victimes d'AVC sans aphasie (Shehata et al., 2014). Létourneau (1991) avance que « *notre capacité à communiquer fait partie de notre identité personnelle* », et que « *l'impossibilité à communiquer nous déracine de la réalité et nous enlève une partie de notre humanité* ». La survenue d'une aphasie et le handicap de communication qu'elle occasionne au quotidien bouleversent profondément l'identité de la personne qui en est atteinte. L'identité est une construction sociale s'actualisant sans cesse dans les interactions entre les individus.

Une étude publiée par Lucot et al. (2013) a consisté à comparer la qualité de vie de patients victimes d'AVC avec et sans aphasie. Les résultats confirment que l'aphasie altère la qualité de vie dans ses dimensions relationnelles, familiales et sociales. Les auteurs recommandent d'intégrer dans les projets thérapeutiques les approches favorisant l'insertion psycho-sociale des personnes aphasiques. Comme le soulignait Joannette et al. (1987), la réintégration sociale des personnes aphasiques doit être l'un des objectifs de la thérapie orthophonique. Mazaux (2008) précise que l'objectif avec les approches pragmatiques et psycho-sociales « *n'est plus de réduire directement la symptomatologie aphasique, mais de rompre l'isolement de la personne aphasique, de l'aider à mieux communiquer avec ses semblables, et à retrouver sa place dans la famille et dans la société* ».

2.4. Participation sociale de la personne aphasique

Plusieurs études ont montré que la participation sociale influe grandement sur la qualité de vie (Cruice et al., 2003). L'importance de la participation a été mise en avant dans la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Brookshire (2007) rappelle que l'objectif de la rééducation en aphasie est d'aider la personne à pouvoir communiquer et participer malgré ses déficiences résiduelles.

En 2010, Dalemans et al. ont mené plusieurs études qui apportent des éléments dans ce sens :

Une première étude conduite auprès de 20 personnes aphasiques et leurs aidants met l'accent sur le fait qu'au-delà des capacités de communication il faut s'interroger sur les facteurs influant sur les interactions sociales. *« Il est essentiel, pour les prises en charge orthophoniques, d'aborder le travail du langage et de la communication d'une façon signifiante pour la personne. L'enjeu, en se situant dans une prise en charge pluridisciplinaire, consiste à viser un réengagement dans la vie sociale. »*

La seconde étude, menée sous forme d'enquête auprès de 150 personnes aphasiques, montre que toute atteinte de la communication influe sur la participation or aux yeux des personnes aphasiques ce qui importe le plus c'est leur engagement dans les activités sociales. L'impact, même pour des déficiences langagières modérées, est source d'isolement social, de perte d'autonomie, de limitation d'activités et de changement de statut social. Cette étude montre une grande variabilité interindividuelle quant au niveau de participation, en moyenne elle est inférieure à celle des traumatisés crâniens. Les principaux critères influant sur la participation sociale de la personne aphasique sont la sévérité de l'accident, l'âge, le sexe et les capacités fonctionnelles. Une femme aphasique, jeune, aura une participation moins limitée. Toutefois ces quatre critères ne représentent que 37% des variations, d'autres variables influent sur le niveau de participation ainsi des critères relevant de facteurs psychologiques personnels et de facteurs environnementaux ont été étudiés. Il en résulte que les facteurs influant sur la participation sociale seraient étroitement liés à la personne et différeraient grandement selon les individus. Les auteurs suggèrent par ailleurs que d'autres facteurs peuvent intervenir mais qu'ils sont inconnus aujourd'hui. Aussi ils invitent à

approfondir les études dans ce sens et appellent les professionnels de la santé à cibler la communication et pour ce faire à « *aller au-delà des théories et pratiques établies pour viser une participation sociale authentique pendant et après la rééducation* ». Une question est également posée à savoir « *si les orthophonistes se sentent « équipés » pour traiter des issues sociales au-delà des compétences langagières* ».

2.5. CIF, activité et participation

En 2001, avec la Classification Internationale du Fonctionnement, la conception du handicap a évolué vers un modèle social, systémique. Cette nouvelle classification introduit les facteurs environnementaux. La notion de réadaptation a elle aussi évolué, il s'agit de réduire, compenser ou contourner les situations de handicap (on ne parle plus de handicap mais de situation de handicap).

Ce modèle prend en compte les interactions entre la personne, ses fonctions organiques, sa structure anatomique ainsi que l'individu en tant qu'être social. Deux notions sont capitales pour l'évaluation du patient: l'activité et la participation.

L'activité correspond à la capacité pour l'exécution d'une tâche ou d'une action tandis que la participation est la notion de réalisation effective dans l'environnement réel. On distingue ainsi les potentialités d'un individu et son implication dans une situation de vie quotidienne. Evaluer la participation revient à évaluer la performance, l'autonomie et les restrictions de participation, à savoir les difficultés rencontrées pour participer à une situation réelle.

Ces éléments sont en interaction avec les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, ceux-ci pouvant être obstacles ou facilitateurs. Ainsi deux personnes avec les mêmes atteintes ne présenteront pas forcément les mêmes limitations. Là encore, les recherches ayant trait aux difficultés de communication des personnes aphasiques montrent la variabilité interindividuelle. Certains individus, en dépit d'une aphasie sévère, estiment qu'ils peuvent aborder les mêmes discussions qu'auparavant alors que pour d'autres les échanges avec autrui sont devenus très réduits (Blom Johansson et al., 2012).

Aujourd'hui, en prenant comme cadre théorique la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, la prise en charge doit intervenir à la fois au niveau de l'activité et de la participation. Le projet thérapeutique doit être centré sur la personne et concilier différentes approches thérapeutiques complémentaires (Galletta et al., 2014).

L'ensemble des éléments cités montrent la complexité et l'intrication des processus influant sur la participation. Prendre en charge une personne aphasique c'est prendre en compte l'ensemble de ces éléments afin d'élaborer un projet thérapeutique adapté au patient.

Eléments clés à retenir dans le cadre de cette étude

- Désormais la nomenclature des actes en orthophonie mentionne la rééducation de la communication dans les aphasies.
- L'aphasie altère la qualité de vie notamment dans ses dimensions relationnelles, familiales et sociales (Lucot et al., 2013).
- Les personnes aphasiques craignent de s'exprimer principalement avec les personnes hors de leur entourage proche (Blom Johansson et al. 2012).
- La prise en charge des personnes aphasiques doit viser une participation sociale authentique (Dalemans et al., 2010).
- Avec une approche psychosociale, l'objectif du thérapeute est de développer la participation du patient (Gonzalez et al, 2014).
- Les orthophonistes sont-ils « équipés » pour traiter des issues sociales au-delà des compétences langagières ? (Dalemans et al., 2010)

2.6. Différentes approches thérapeutiques en orthophonie

Jusque dans les années 70, la rééducation était centrée sur les déficits avec comme objectif de restaurer les compétences linguistiques au travers de tâches langagières spécifiques. Aujourd'hui on s'attache également à améliorer la participation et la qualité de vie. L'objectif de ces approches n'est pas de réduire les symptômes mais de rendre la communication la plus fonctionnelle possible.

La pratique clinique en aphasiologie recourt de nos jours à différentes techniques.

- **L'approche cognitive.** Elle repose sur les modèles en neuropsychologie cognitive. L'élaboration du plan thérapeutique s'effectue via le repérage des niveaux de traitements perturbés et le contexte des erreurs pour identifier les composantes cognitives à travailler au travers de tâches spécifiques. Le but est d'influencer les architectures cognitives pour restaurer au mieux les compétences linguistiques. Cette approche est incontournable cependant elle « *est surtout adaptée aux formes modérées d'aphasie, voire aux atteintes « pures » d'une fonction langagière, et aux aphasies ayant évolué au stade chronique de la maladie* » (Chomel-Guillaume et al., 2010).

- **La CIAT (Constraint-induced aphasia therapy)** est une technique thérapeutique où le patient doit respecter des consignes en vue d'utiliser le langage oral et d'éviter toute stratégie de compensation. Ce peut être basé par exemple sur une situation de type PACE, des contraintes progressives sont données comme l'obligation de n'utiliser que le langage oral, dans un premier temps des mots puis peu à peu des phrases de plus en plus évoluées. Le but est d'adapter progressivement le comportement verbal, de réactiver l'hémisphère gauche en privilégiant l'utilisation du langage oral. Les résultats de cette thérapie sont controversés, selon Weill-Chounlamounry et al. (2013), les études montrent l'efficacité de la prise en charge mais il semblerait que ce soit dû au caractère intensif de la thérapie et non à la thérapie en elle-même. Des études plus poussées restent à mener pour étudier l'efficacité de la CIAT et ses effets sur la neuroplasticité, à savoir si cette pratique influe sur la capacité de « remodelage » des circuits neuronaux avec pour conséquence des modifications fonctionnelles.

- **Les approches fonctionnelles.** Sous l'impulsion de Sarno et Holland, ces approches sont centrées sur les besoins de communication en contexte naturel. Certes le patient peut être performant en séance sur des tâches langagières mais il doit pouvoir communiquer dans la vie de tous les jours.

Selon les besoins **l'approche pragmatique** consiste à développer des modes de communication alternatifs ou supplétifs. Pour ce faire l'accent est mis sur l'utilisation de stratégies de contournement relevant de tous les canaux de communication. Ce peut être l'utilisation de la parole, de l'écrit, du dessin, des gestes, des expressions faciales mais aussi l'utilisation de systèmes de Communication Augmentée.

L'approche psycho-sociale vise l'élargissement des situations de communication notamment au travers de jeux de rôle ou de prise en charge groupale. L'objectif est de stimuler les habiletés communicatives des patients en situations naturelles ou simulées de la vie quotidienne. Schlanger et Schlanger (1970) sont à l'initiative de l'utilisation des jeux de rôle pour la rééducation des aphasiques. Le jeu de rôle favorise la prise de conscience des comportements adaptés dans une situation donnée. Le but est de s'entraîner à interagir pour développer des stratégies de communication efficaces et les mettre en pratique ensuite dans la vie de tous les jours.

Dans le cadre des **approches environnementales**, des actions éducatives destinées à l'entourage du patient et aux professionnels de la santé ont été élaborées. Elles consistent à promouvoir les stratégies facilitatrices pour communiquer avec la personne aphasique.

L'approche dynamique interactive consiste à analyser la conversation en situation naturelle entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel privilégié, à l'aide d'outil tel que le PTECCA (Protocole Toulousain d'Evaluation de la Communication du Couple Aphasique, Deka et al. (2007)). L'orthophoniste intervient ensuite en vue de proposer des adaptations à chacun pour faciliter et renforcer la qualité de leur communication.

La revue de la littérature menée par Simmons-Mackie et al. (2010), montrent les effets bénéfiques des actions menées auprès des partenaires de communication. Au regard de l'AAN (American Academy of Neurology Classification of Evidence, échelle utilisée pour évaluer la

qualité des traitements), l'approche dynamique interactive apporte les résultats les plus élevés. Cependant les interventions mixent généralement des actions éducatives, de conseil ainsi que des interventions de communication directe en interaction avec les deux protagonistes aussi il n'est pas aisé de définir laquelle de ces actions est la plus efficace. Les résultats de cette revue confirment que la formation du partenaire facilite la communication et que cette méthode doit être considérée comme un support environnemental permettant de développer la communication. Toutefois Hallé et al. (2014), après avoir investigué sur ce sujet auprès des orthophonistes, rapportent que les orthophonistes considèrent l'intervention auprès de l'entourage comme un « *bonus* » plus que comme une nécessité. Aussi, dans le but de faire évoluer les perceptions des professionnels, ils suggèrent que les orthophonistes soient formés pour développer les pratiques incluant l'entourage de la personne aphasique.

Et enfin **la Réalité Virtuelle** pourrait dans les années à venir prendre sa place au sein des pratiques thérapeutiques. Des projets étudient notamment la possibilité de proposer à la personne aphasique un entraînement basé sur l'utilisation de scripts de communication en réalité virtuelle, scripts construits au préalable avec l'orthophoniste selon les besoins du patient (Graciano, 2013).

2.7. Zoom sur les thérapies de groupe

Concernant la rééducation des personnes aphasiques les prises en charge de groupe ont émergées dans les années 2000. Comme le décrit Buttet-Sovilla (1997) les motivations sont de chercher à améliorer les compétences langagières, trouver de nouvelles formes de communication, rétablir les contacts sociaux, maintenir les acquis obtenus en séances individuelles, et aussi de « *favoriser des situations d'apprentissage et de généralisation des acquisitions que n'offre pas la situation duelle du traitement individuel* ».

Pour Buttet-Sovilla (1999), le premier objectif de la prise en charge de groupe vise les compétences communicationnelles, verbales et non verbales, en situation contextuelle, relevant notamment de l'approche pragmatique. Elle rappelle l'intérêt des jeux de rôle ou de la conversation pour se rapprocher des situations de communication les plus naturelles dans les rapports sociaux entre individus. Le deuxième objectif est d'influer sur « *divers aspects*

psychologiques, comme la confiance, le respect de soi, l'acceptation de son handicap, l'entraide et le soutien mutuel. L'orientation socio-thérapeutique tente d'améliorer les comportements des patients dans leur vie quotidienne, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du groupe ». Quant au troisième objectif, ce peut être, selon les cas, un objectif pédagogique au travers de situations structurées d'apprentissage.

Pour ce qui est de la place de la rééducation en groupe au sein du projet thérapeutique, elle propose plusieurs alternatives. « *Dans certains cas, notamment dans la phase aiguë, ou dite de récupération spontanée, il peut être utile de proposer des séances de groupe en complément au travail individuel, dans le but, par exemple, de généraliser certaines notions. Dans d'autres cas, comme par exemple au stade chronique, le traitement de groupe devient une alternative à la réhabilitation individuelle, dans le but d'un soutien, d'un maintien des acquis. Toutefois, il peut arriver que, pendant cette phase de prise en charge en groupe, l'on propose des périodes de traitement individuel qui vont jouer un rôle complémentaire pour des acquisitions de notions ou de compétences particulières. Ces deux modes de réhabilitation ne sont donc pas mutuellement exclusifs.* »

Buttet-Sovilla rapporte par ailleurs deux expériences de groupes composés de deux personnes aphasiques. L'auteur relate que ces expériences, nées de situations fortuites, les a confortés dans « *l'idée qu'il peut être intéressant de faire travailler deux patients aphasiques ensemble (...) les patients prenant beaucoup de plaisir et s'encourageant mutuellement* ». Pour les deux expériences citées, elle souligne qu'il s'est créé de manière implicite un contrat « *pédagogique* » négocié entre les deux partenaires ayant pris ainsi une part active à leur thérapie.

Concernant l'efficacité de la prise en charge de groupe, la revue de la littérature montre que les patients peuvent améliorer des processus linguistiques, que le groupe favorise les relations sociales mais il est plus difficile de prouver qu'une amélioration des compétences communicationnelles soit la conséquence de la participation au groupe. La revue de Lanyon et al. (2013), utilisant la Classification Internationale du Fonctionnement, confirme ces éléments concernant les personnes avec aphasie chronique.

Néanmoins Chomel-Guillaume et al. (2010) plébiscitent le groupe pour l'aphasie et appellent à développer cette pratique. La thérapie de groupe « *s'inscrit dans le courant de l'approche pragmatique et à ce titre devrait être plus fréquemment pratiquée en pathologie aphasique. En s'appuyant sur les travaux récents menés dans ce domaine, les orthophonistes peuvent maintenant structurer cette thérapie et l'intégrer pleinement dans leur pratique. Qu'elle implique des patients aphasiques différents en termes de profils sémiologiques et de sévérité, ou au contraire des patients avec une atteinte de même niveau, cette thérapie permet aux patients d'initier différentes formes d'actes de communication, d'entraîner et de maintenir les capacités de communication préalablement travaillées en rééducation, d'entretenir ses capacités socio pragmatiques, d'interagir avec des partenaires différents, d'apprendre et échanger des informations pratiques sur leur maladie, et, ce qui est important, recevoir comme offrir un support psychosocial et émotionnel (Helm, 2003).* »

Depuis plusieurs années, au-delà du langage, les thérapeutes cherchent à maximiser la participation sociale de la personne aphasique et prendre en compte le contexte social environnant (Parr, 2001). Ainsi, en plus des prises en charge individuelles le projet thérapeutique du patient en orthophonie peut également comprendre la formation des partenaires de communication, la prise en compte de la sphère familiale, la proposition de prises en charge en groupe.

Les différentes approches sont complémentaires, comme le souligne Dalemans (2010), le besoin est de viser une participation sociale authentique, un réengagement dans la vie sociale qui nécessite que l'orthophoniste puisse traiter des issues sociales au-delà des compétences langagières.

« *Les nouvelles orientations s'intéressent aux apprentissages implicites permettant de libérer des ressources attentionnelles aux apprentissages et à l'adaptation sociale du patient aphasique* » (Chomel-Guillaume et al., 2010). Le groupe constitue aujourd'hui en orthophonie une pratique répondant aux objectifs psychosociaux. Une prise en charge en binôme répond à ces mêmes objectifs avec les spécificités que comporte la relation dyadique. Selon les individus et les objectifs thérapeutiques, la situation en binôme peut-elle être une passerelle entre les prises en charge individuelles et groupales ou un complément à ces prises en charge ?

3. Apports de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et des sciences de l'éducation

3.1. L'interaction sociale

Le sociologue interactionniste Goffman (1973) a étudié la communication en analysant les situations de la vie quotidienne pour mettre en évidence les différentes facettes du rôle d'acteur de chaque individu au travers des interactions régies par l'ordre social. Le fait social est une situation dans un contexte donné avec ses rituels d'interaction liés à la communication. Il définit l'interaction en face à face comme l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres. Kerbrat-Orechionni (2005) précise que « *la notion d'interaction implique que le destinataire soit en mesure d'influencer et d'infléchir le comportement du locuteur de manière imprévisible alors même qu'il est engagé dans la construction de son discours* ».

Pour Goffman, la règle fondamentale de l'interaction est le maintien de la « *face* », la valeur sociale positive attribuée à l'individu dans ses interactions, et elle se décline en deux modalités, à la fois préserver sa propre dignité (amour-propre) et celle des autres (considération) (Nizet et al., 2005). On comprend le problème que cela peut poser à la personne aphasique. Goffman envisage la rencontre sociale comme une scène de théâtre jouant la représentation de soi. Ses travaux soulignent l'importance de travailler sur des situations réelles de la vie quotidienne pour ne pas décontextualiser le langage.

De plus, les interactions sociales sont régies par des règles. Traverso (2009) décrit l'organisation qui se met en place dans l'interaction, une organisation locale et une organisation globale. La première est caractérisée par les règles d'allocation des tours de parole, la composition des tours de parole et les régulateurs. La deuxième se déroule en trois étapes, l'ouverture qui consiste en la mise en contact des participants, le corps composé de séquences interactives et la clôture composée de plusieurs actes pour mettre fin à la communication et séparer les participants.

La prise en charge orthophonique, pour les aspects communicationnels, doit privilégier les interactions sociales de tout ordre. Elle doit être axée sur les aspects langagiers mais aussi sur les aspects liés à l'interaction dans des situations de vie quotidienne pour prendre en compte également la représentation de soi et les règles sociales.

3.2. Apprentissage, constructivisme et socio-constructivisme

Les études menées sur les interactions sociales alliées aux apports de Piaget et Vygotsky dans le domaine de la psychologie cognitive ont fortement contribué à l'élaboration du courant socioconstructiviste.

Selon le psychologue Jean Piaget toute connaissance résulte d'une expérience individuelle d'apprentissage et fait appel aux concepts d'assimilation et d'accommodation. Ainsi la connaissance n'est pas un état mais un processus adaptatif continu, une adaptation vis à vis de nouvelles données du réel. L'assimilation consiste à intégrer de nouveaux événements via des schèmes de pensée déjà existants. L'accommodation est le processus inverse, c'est-à-dire modifier sa structure cognitive pour assimiler un nouvel objet ou un nouveau phénomène.

Quant à Vygotsky, psychologue russe, il a mis en avant le rôle prépondérant des influences sociales et environnementales sur les processus cognitifs régissant l'apprentissage. Pour lui, *" la vraie direction du développement ne va pas de l'individuel au social, mais du social à l'individuel "* (Vygotsky, 1985). Sans nier l'importance de l'activité individuelle, Vygotsky affirme que les interactions sociales sont primordiales pour l'apprentissage dans la mesure où elles se situent dans la Zone Proximale de Développement du sujet.

Doise et Mugny (1981) prolongent les travaux de Piaget et Vygotsky. En étudiant des groupes d'enfants, ils présentent les interactions entre pairs comme source de développement cognitif à condition qu'elles suscitent des conflits sociocognitifs. Le conflit sociocognitif se caractérise par la confrontation de points de vue divergents qui peut conduire à une modification du raisonnement ou du comportement, processus faisant l'objet d'une décentration du sujet.

Les théories socio-constructivistes, modèles de développement intellectuel de l'enfant, sont considérées comme pertinentes dans le domaine de la pédagogie pour adultes pour qui les stratégies opératoires sont plus diversifiées.

Bourgeois et Nizet (1997), suite à leur étude auprès d'adultes, montrent que les situations d'interaction sociale sont propices à cette décentration. Les auteurs s'accordent sur le fait que la décentration est une source importante d'apprentissage chez les adultes, la confrontation de points de vue peut y conduire (Sacco et al., 2008). Le phénomène de décentration s'opère préférentiellement lorsque les personnes qui confrontent leur point de vue ont le même statut, social ou professionnel, lorsque la relation est symétrique (Butera & Buchs, 2005). Si le statut des personnes est différent, celle qui se trouve en « infériorité » a tendance à conserver son point de vue et à rester centrée sur ses modèles de pensée parfois en faisant croire à un changement de point de vue. Il s'agit alors d'une attitude de complaisance relevant du versant social et qui n'engendre pas de travail cognitif.

A contrario, la personne qui est confrontée à une autre personne d'un statut moins élevé, peut se sentir moins en danger et chercher plus souvent à concilier les points de vue, à trouver des arguments alternatifs et donc à se décentrer. Dans une relation symétrique ce processus concerne les deux protagonistes.

A travers ces résultats de recherche, on peut percevoir la complexité des conditions d'apparition et de résolution de conflits sociocognitifs qui dépendent de la nature de la situation d'interaction sociale.

Bourgeois et Nizet (1997) mettent ainsi en évidence quatre conditions favorables à l'apparition et à la résolution de conflits sociocognitifs chez les adultes en formation :

- le degré d'asymétrie de la relation sociale : de façon générale, « *une relation fortement asymétrique est susceptible d'enclencher un mode de régulation du conflit sociocognitif peu favorable à l'apprentissage* ». En effet, dans des relations hiérarchiques ou d'évaluation par exemple, le conflit peut n'être résolu que sur le plan relationnel, pour satisfaire l'interlocuteur ou pour garder le statu quo dans la relation.

- l'intensité de la relation sociocognitive : elle peut avoir un impact positif sur l'apprentissage en fonction de la fréquence des interactions verbales et des désaccords entre les personnes ou de l'intensité de l'argumentation de chacun.

- les caractéristiques socio-affectives de l'interaction sociale : un bon climat social a un impact positif sur la résolution cognitive du conflit et donc sur l'apprentissage.

- les prérequis cognitifs et sociaux : ils doivent être maîtrisés par les partenaires de

l'interaction : le degré de préparation des personnes à entrer en conflit avec autrui, que ce soit sur le plan cognitif ou sur le plan relationnel, a un effet sur la résolution cognitive de ce conflit.

Cependant en 2001, Perret-Clermont et al. ont relevé des interactions ayant un impact positif sur les apprentissages sans conflit sociocognitif : *« des effets bénéfiques de l'interaction ont été observées sans qu'un véritable conflit entre les sujets ait pu être noté. Les observations pratiquées ont notamment permis de souligner l'aspect bénéfique d'interventions de stimulation et d'activation, d'interventions conduisant à un élargissement du champ d'action ou de représentation, d'interventions de contrôle des réponses de l'activité, sans aucune manifestation de désaccord social. Ceci nous oriente vers un ensemble plus large d'interventions du partenaire susceptibles de favoriser les progrès individuels que les interventions de type purement conflictuel ».*

Ces processus entre pairs, étudiés dans le cadre de la formation adulte, demeurent-ils présents pour des personnes aphasiques dont les prérequis cognitifs peuvent être altérés et pour lesquelles la gestion des interactions sociales peut être malaisée ?

Une étude portant sur l'apprentissage des adultes et l'aphasie (Hopper et al., 2005) déplore l'absence de recherches dans ce domaine. Selon eux connaître et comprendre les principes facilitateurs pour l'apprentissage des adultes pourrait aider les orthophonistes à atteindre leurs objectifs thérapeutiques. Leur étude préconise d'inclure dans les modèles de réhabilitation pour personnes aphasiques les principes, très largement étudiés, de l'apprentissage des adultes. Isenberg (2013) souligne que certains orthophonistes s'y attachent mais que cette approche n'est pas généralisée et rappelle également les apports du groupe pour la prise en charge des personnes aphasiques.

3.3. La facilitation-inhibition sociale et la comparaison sociale

La Psychologie Sociale s'est intéressée à l'étude des performances notamment en présence d'une personne réalisant conjointement la même tâche ou d'une personne « observatrice ». La « *facilitation sociale* » correspond à l'augmentation des performances individuelles en situation de coaction. La coaction consiste à réaliser une tâche en présence d'une ou de plusieurs personnes réalisant simultanément cette même activité.

En 1920, le psychologue Allport a expérimenté les effets de la coaction au travers de tâches telles que des associations verbales, des tests de raisonnement. Pour $\frac{3}{4}$ des sujets la coaction a entraîné un effet facilitateur. Cet effet facilitateur se retrouvait notamment dans les tâches considérées comme plus représentatives du raisonnement et du jugement. Selon l'auteur, ces résultats résulteraient d'une part du phénomène d'imitation, d'autre part du caractère compétitif agissant sur la motivation et l'amélioration des performances. Des études récentes confirment cet effet (Fonseca, 2013).

Cependant ces résultats sont à nuancer. D'autres études montrent que, selon le contexte, la présence d'autrui peut aussi générer un effet d'« *inhibition sociale* » et dans ce cas ne plus être un facteur facilitateur mais une distraction mobilisant les ressources attentionnelles et, sur le plan émotionnel, la présence d'un stimulus social peut inhiber les performances (Drozda-Senkowska, 2010).

Ainsi on parle de phénomène de « *facilitation-inhibition sociale* ». Des recherches, menées en croisant les données de la neuropsychologie et celles de la psychologie sociale, s'interrogent sur des liens entre facteurs de facilitation/inhibition sociale et fonctions exécutives. Wagstaff et al, (2008) ont soumis des participants à une tâche de fluence verbale écrite dans trois conditions : réalisation solitaire de l'exercice, par groupe de cinq personnes en présence ou non de l'expérimentateur. Les résultats montrent que la production de mots phonémiquement ou sémantiquement proches (processus de « *clustering* ») est supérieure en présence d'autrui alors que la production de mots phonémiquement ou sémantiquement « éloignés » (processus de « *switching* ») est réduite en présence d'observateurs. Or le processus de « *clustering* » (regroupement) consiste à activer des mots par sous-catégorie et fait essentiellement appel à

des processus non-exécutifs situés dans les zones temporales quant au « *switching* » il nécessite la capacité de passer d'un regroupement à l'autre et sollicite de manière importante les zones frontales. Ces résultats soutiennent l'hypothèse que plus les tâches sollicitent les fonctions exécutives frontales, notamment la flexibilité spontanée, plus le facteur d'inhibition sociale risque de se produire. A l'inverse, les tâches plus « automatiques » sollicitant principalement les régions temporales seraient propices au facteur de facilitation sociale. Les auteurs invitent à poursuivre les recherches notamment en explorant d'autres facteurs pouvant influencer sur la facilitation et l'inhibition sociale tels que la capacité à appréhender les interférences, la motivation et le stress.

Autre théorie, *la comparaison sociale* (Festinger, 1954), la comparaison avec autrui permet l'évaluation de soi, elle influe sur l'estime de soi et peut être source de motivation pour s'améliorer. Des études sur la comparaison sociale et l'amélioration de soi (Smith et Sachs, 1997) utilisent le terme de « *self improvement* ». « *Nous pouvons à travers la comparaison sociale satisfaire le besoin d'amélioration de soi. [...]. Ce besoin intervient en particulier lorsque notre objectif est de progresser* » (Drozda-Senkowska, 2010). Mais tout comme l'effet inhibiteur ou facilitateur en présence d'un stimulus social, la comparaison sociale peut avoir des effets bénéfiques ou non, selon les contextes et les individus. Buunk et al. (2007) ont étudié la comparaison sociale au sein d'une formation de groupe sur les compétences sociales avec des étudiants en médecine. Ils confirment les bénéfices de la comparaison sociale et de l'amélioration de soi ; toutefois ils appellent à la vigilance des médiateurs quant au risque, pour certains individus, que la comparaison sociale soit source d'anxiété et vienne entraver leurs performances.

3.4. L'interaction coopérative et/ou collaborative

Dans le domaine des apprentissages, selon les auteurs, on distingue ou pas l'activité coopérative de l'activité collaborative. Pour ceux qui la distinguent, l'activité collaborative se prête à la rencontre de points de vue divergents, ce qui n'est pas le cas pour l'activité coopérative, sauf pour la coopération avec controverse qui consiste en une situation où les points de vue initiaux des protagonistes diffèrent. Dans tous les cas il s'agit de réaliser une tâche de concert.

Ce type d'interaction repose sur la réalisation collective d'une activité avec un but commun. Elle permet des progrès si elle aboutit à une réelle combinaison d'efforts et qu'il ne s'agit pas de juxtaposer des actions individuelles. Elle suppose que les partenaires aient une attitude positive l'un envers l'autre (Shachar & al. 1994).

Fuchs et al. (2000) mettent en évidence l'intérêt du travail en dyades par rapport à un travail de groupe pour une tâche coopérative. Selon eux la participation, l'aide, la coopération et la qualité des échanges est plus importante qu'au sein du groupe.

Des études ont été menées quant aux apports de l'apprentissage coopératif pour des enfants porteurs de handicap, les résultats sont hétérogènes. Les travaux montrent « *que plus les enfants sont porteurs de déficiences intellectuelles importantes, moins ils bénéficient de l'apprentissage coopératif* ». Toutefois il est souligné que, si l'efficacité en termes de réussite scolaire n'est pas probante, cette approche est bénéfique au niveau des aptitudes à interagir et échanger (Baudrit, 2007).

D'autres études portant sur la mémoire et l'apport de l'action coopérative montrent les bénéfices de cette dernière. Blumen et al. (2010) ont expérimenté une tâche de mémorisation de mots avec rappel auprès de 60 jeunes adultes (moyenne âge : 20,4 ans) et 60 séniors (moyenne âge : 67,35 ans). Les résultats montrent que, quel que soit l'âge, les performances de rappel en individuel, après un intervalle d'une semaine, sont supérieures lorsque la tâche de rappel a été effectuée la semaine précédente de manière coopérative. Les auteurs invitent à poursuivre les études pour préciser quelles sont les conditions nécessaires à la survenue de ces bénéfices. Ils invitent également à étudier cet axe de recherche au travers d'activités en lien avec la vie quotidienne.

En 2009, Semin et al., proposent un modèle de cognition sociale basé sur le rôle des neurones miroirs quant à l'interaction entre perception et coaction. Ces mécanismes permettent aux individus de se « *synchroniser* », de s'accorder de manière implicite. Les caractéristiques structurelles de l'environnement ou de la tâche détermineront les processus de coactions. Le comportement d'un individu devient un stimulus pour l'autre lorsque notamment les membres de la dyade sont activement « *interactants* », chacun produisant itérativement des effets co-actifs. Ce modèle de cognition sociale suggère que les comportements non conscients, qui

peuvent émerger de l'action conjointe, sont modelés selon l'objectif de l'action et la nature de l'action. Pour mieux comprendre ce phénomène, les auteurs considèrent que les études doivent porter sur l'analyse approfondie des interactions au sein de la dyade.

3.5. L'interaction de tutorat ou de guidage

Le tutorat entre pairs est fréquemment pratiqué tant avec des enfants dès l'école primaire qu'avec des adultes notamment dans le domaine de la recherche universitaire ou dans le cadre professionnel. L'interaction de tutorat se caractérise par une dissymétrie de statuts entre les partenaires. Le tuteur, l'expert, aide le tutoré, le novice, à réaliser une tâche. Cette situation réunit des processus de transmission et d'acquisition de savoirs et de savoir-faire (Winnykamen, 1990).

Les échanges verbaux constituent le cœur des interactions entre le tuteur et le tutoré. « *Ne pouvant intervenir directement sur la réalisation de la tâche, le tuteur est amené à engager avec le pair qu'il accompagne un dialogue autour du travail à effectuer.* » Il y a mobilisation des processus cognitifs et metacognitifs (Guichard, 2009). « *Si l'objectif visé est prioritairement « l'effet novice », c'est-à-dire la progression du tutoré, un bénéfice secondaire du tutorat est « l'effet tuteur », c'est-à-dire l'amélioration des capacités cognitives du tuteur* » (Foulin et al., 2005).

Pour les étudiants adultes, dans le cadre d'apprentissages via le tutorat, les études montrent que les tutorés gagnent en compréhension, en motivation et qu'ils travaillent plus vite. Quant aux tuteurs, leurs connaissances s'ancrent et se renforcent en tutorant (Chi, 2001).

En effet, les recherches montrent que les effets bénéfiques du tutorat résultent de la nature « hautement » interactive de la relation explicative ou démonstrative ponctuée de feedbacks et d'ajustements. Les bénéfices du tutorat sont tels qu'aujourd'hui on utilise des systèmes intelligents, tuteurs virtuels quasi aussi performants que le tuteur humain (Katz, 2013). Certains de ces programmes peuvent même capter les émotions du tutoré via un système de reconnaissance des émotions au niveau des expressions faciales et sémantiques (Lin, 2014).

Après des années d'études centrées sur le développement de l'enfant on sait aujourd'hui qu'il est également question du développement de l'adulte. Un individu ne se situe jamais de manière globale et homogène à un stade unique de développement, ce qui ouvre des perspectives tout au long de la vie. Ces perspectives allient les variables cognitives, émotives et sociales en lien avec la dynamique identitaire de l'individu (Bourgeois, 2003).

Dans le domaine de l'éducation, les travaux s'accordent pour attribuer un rôle central aux interactions sociales dans l'apprentissage, qu'en est-il pour les compétences communicationnelles de nos patients aphasiques ?

La communication prend tout son sens au travers des interactions régies par l'ordre social (Goffman 1973), intégrant les notions de la pragmatique (Bracops 2010) et de la théorie de l'esprit (Desgranges et al, 2012), d'où l'intérêt de travailler sur des situations réelles de la vie quotidienne pour mettre en scène le langage dans son contexte. Aussi l'un des enjeux de l'orthophonie, auprès des personnes aphasiques, est de favoriser les situations permettant à la personne aphasique d'exercer ses compétences communicationnelles.

Les interactions sociales s'effectuent soit au sein d'une dyade, soit au sein d'un « grand » groupe. La littérature distingue ces deux situations dans lesquelles des processus différents peuvent s'opérer.

Lors de la rééducation individuelle le patient se trouve, dans un lieu protégé, face à un thérapeute attentif et averti qui adapte sa prise en charge selon les possibilités du patient. Ces échanges contrôlés ne correspondent pas aux situations de communication de la vie de tous les jours. La prise en charge de groupe peut répondre à cela. Quant au fonctionnement en binôme, peut-il constituer un autre lieu protégé où pourraient s'opérer des interactions de guidage et des interactions coopératives entre pairs propices à la remédiation ? En quoi les interactions entre deux ou plusieurs patients diffèrent-elles ?

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

1. Objectif, problématique et hypothèses

1.1 Objectif et problématique

L'objectif de cette expérimentation est d'observer les interactions entre deux patients aphasiques lors de séances en binôme, dans deux situations :

- en mettant les patients à tour de rôle en position de « tuteur/tutoré » : faire faire à son partenaire.

- en mettant les patients dans des situations de travail coopératif : faire ensemble.

La problématique que nous posons est la suivante : une prise en charge en binôme constitue-t-elle une approche pertinente pour améliorer la communication des personnes aphasiques, au carrefour des approches traditionnelles, fonctionnelles et sociales ? Peut-elle être considérée comme une offre complémentaire, à mi-chemin entre prise en charge individuelle et de groupe ?

Nous proposons de mener une réflexion sur les bénéfices, les contraintes et les limites d'une prise en charge d'un binôme de patients aphasiques présentant une aphasie d'intensité modérée.

1.2 Hypothèses

Notre hypothèse est la suivante :

Une mise en situation en binôme, via les interactions coopératives et de guidage, participe à une progression des capacités fonctionnelles de communication pour des patients avec une aphasie d'intensité modérée.

Hypothèses opérationnelles :

1. Les interactions au sein de la dyade et l'émulation sont propices à l'amélioration des compétences communicationnelles.
2. Une prise en charge en binôme permet des situations d'échange avec un pair, cette approche écologique facilite le processus de généralisation des acquis dans la vie quotidienne.
3. Une prise en charge en binôme comporte un intérêt psychosocial, expérimenter ses capacités de communication vis-à-vis d'un pair favorise le développement de la confiance en soi et l'engagement dans la communication.
4. Une prise en charge en binôme aide le patient à se décentrer de ses propres difficultés.

2. Méthodologie

2.1. Présentation du protocole

Le protocole construit prévoit une séance de bilan avant la prise en charge (T1) et une séance de bilan après la prise en charge (T2), ceci à deux mois d'intervalle. Le contenu des séances en binôme et le matériel pour l'évaluation sont détaillés ci-après.

Calendrier et modalités du protocole

	PRE-TESTS T1	PERIODE D'EXPERIMENTATION	POST-TESTS T2
DATE DUREE	19/11/2014 <i>1 séance de 45 minutes, passations individuelles.</i>	Novembre 2014 à Janvier 2015 <i>6 séances en individuel 14 séances en binôme 45 minutes chacune</i>	22/1/2015 <i>1 séance de 1h15, passations individuelles.</i>
MODE D'EVALUATION	Epreuves formelles et questionnaires	Observations cliniques séances en binôme	Epreuves formelles et questionnaires

2.2. Contenu des séances

Nous avons élaboré, pour le contenu des prises en charge, un programme portant sur les compétences communicationnelles adapté au fonctionnement en binôme.

Le contenu des séances relève de l'approche pragmatique et repose sur l'utilisation de situations thérapeutiques mimant les interactions sociales de la vie quotidienne. Les activités en binôme seront alternativement des situations en interaction de guidage (*faire faire*) et des interactions coopératives (*faire ensemble*). Les activités proposées seront axées sur les thématiques de l'ECVB, conversations (discours argumentatif, procédural, descriptif, narratif), téléphone (différents jeux de rôle : transmettre un message, prise d'informations, de rendez-vous, négociation), achats (prise d'information sur les produits, achats selon budget donné, négociation). Le contenu des séances est présenté en annexe 1.

Ces axes de rééducation ne seront pas travaillés lors des séances réalisées avec leurs orthophonistes référentes.

Pour chacun des patients, 20 séances de 45 minutes seront effectuées à raison de 3 séances hebdomadaires. Notre protocole de prise en charge comprend des séances préparatoires en individuel visant à intégrer et expérimenter une activité que le patient devra, lors de la séance en binôme, faire faire à son partenaire. Le présent protocole comprend 6 séances préparatoires en individuel et 14 séances en binôme.

Il sera précisé aux patients, lors du recrutement, qu'il n'y a pas d'engagement de leur part, qu'ils pourront à tout moment interrompre la prise en charge en binôme s'ils le souhaitent. Leurs consentements seront recueillis ainsi que leurs autorisations pour être filmés durant les séances.

Les séances en binôme seront filmées pour permettre, à posteriori, une analyse fine des interactions entre les patients.

Afin de structurer l'observation clinique, nous avons réalisé une grille d'observation portant sur les capacités de communication et le comportement des patients pour chaque séance en binôme. Les éléments relevés concerneront l'élaboration des énoncés verbaux et les aspects pragmatiques des actes de communication (Annexe 4). Pour chacun des items, une note de 0 à 5 sera attribuée, nous pourrons ainsi évaluer les variations à chaque séance et vérifier si les cotations notées à T1 et T2, issues des observations cliniques, correspondent à celles de l'épreuve de discussion.

Cette grille sera renseignée par l'orthophoniste lors de la séance et complétée lors du visionnage des prises de vue effectuées.

2.3. Matériel pour l'évaluation

- T1 & T2 : **Epreuve de discussion.**

Nous avons choisi de proposer une épreuve de discussion pour évaluer la capacité du sujet à s'investir dans la communication, évaluer ses compétences pragmatiques et la pertinence du discours.

Vu les compétences de nos patients (aphasie d'intensité modérée), nous avons dû écarter l'utilisation du TLC (Test Lillois de Communication, 2001) car sa sensibilité est insuffisante pour montrer les variations de nos patients. Aussi, nous avons adapté la grille d'analyse du TLC afin de disposer d'une cotation plus fine (notre grille comporte 6 degrés de réponses versus 2 à 4 pour le TLC - cf Annexe 2).

Les thématiques proposées à T1 et T2 seront différentes pour éviter l'effet re-test.

Cette évaluation apportera des éléments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse 1.

(Hypothèse 1 : Les interactions au sein de la dyade et l'émulation sont propices à l'amélioration des compétences communicationnelles).

- T1 & T2 : **Epreuves de la BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE, traduite par Mazaux et Orgozozo, 1982))**

Nous avons sélectionné les épreuves d'Exécution d'ordres et celles de Logique et raisonnement pour disposer d'un repère objectif avant et après la prise en charge sur le plan de la compréhension.

Cette évaluation apportera des éléments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse 1.

(Hypothèse 1 : Les interactions au sein de la dyade et l'émulation sont propices à l'amélioration des compétences communicationnelles).

- **T1 & T2 : l'Echelle Verbale de Communication de Bordeaux (ECVB) élaborée par Darrigrand et Mazaux en 2000.**

Nous avons choisi l'Echelle Verbale de Communication de Bordeaux (ECVB) car cet outil, sensible et reproductible, permet de mesurer la communication en situation réelle de vie quotidienne. Ses qualités écologiques correspondent à notre axe de recherche centré sur le retentissement d'une prise en charge en binôme dans la vie quotidienne du patient. L'objet de l'ECVB n'est pas de relever les troubles de la communication, mais d'évaluer les retentissements de ces troubles sur les situations de vie courante. Il nous permettra ainsi d'objectiver l'efficacité de notre prise en charge au travers des restrictions de participation des sujets telles que définies par la CIF.

*Le score global ECVB apportera des éléments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse 2.
(Hypothèse 2 : Une prise en charge en binôme permet des situations d'échange avec un pair, cette approche écologique facilite le processus de généralisation des acquis dans la vie quotidienne).*

Le score Relations Sociales de l'ECVB apportera des éléments en faveur ou en défaveur de l'hypothèse 3.

(Hypothèse 3 : Une prise en charge en binôme comporte un intérêt psychosocial, expérimenter ses capacités de communication vis-à-vis d'un pair favorise le développement de la confiance en soi et l'engagement dans la communication).

- **T1 & T2 : Questionnaire complémentaire à la famille du TLC (Test Lillois de Communication, 2001).**

Le questionnaire du TLC destiné à la famille sera proposé pour vérifier s'il existe une relation entre les observations de la famille quant aux compétences du sujet dans son environnement quotidien et les éléments relevés par l'examineur lors de la passation du bilan.

▪ T2 : Questionnaire patient évaluation de la prise en charge en binôme.

Nous avons réalisé un questionnaire (Annexe 3) pour recueillir, à l'issue de la prise en charge, le ressenti des patients quant à la spécificité de travailler en binôme.

Nous présentons ci-dessous les items constituant le questionnaire et leurs fondements par rapport à notre étude.

<i>Il est proposé au patient une échelle de 0 à 5, ce qui implique un choix entre six degrés possibles et exclut une réponse se situant dans la moyenne. Ainsi les choix 2 ou 3 exprimeront une tendance négative ou positive. Zéro correspond au degré minimum, cinq au degré maximum.</i>	
Quel est votre degré de satisfaction générale pour la prise en charge en binôme ?	Evaluation subjective du patient quant à son contentement pour les séances effectuées.
<i>Les questions ci-dessous portent sur la <u>comparaison entre séances individuelle, en binôme ou en groupe</u>. Les six degrés de l'échelle permettent de recueillir le degré d'intensité mais aussi de pouvoir comparer ce degré selon le type de prise en charge.</i>	
Quel est votre degré de motivation à venir selon le type de séance ?	La motivation concerne le plaisir, l'envie de venir aux séances.
Quel est votre niveau d'implication selon le type de séance ?	L'implication concerne l'engagement, l'investissement, l'énergie consacrée.
Quel type de séance vous semble le plus fatigant ?	La fatigue est en lien avec l'implication, il s'agit de ses conséquences sur le plan physique.
En rééducation, vous êtes plus ou moins à l'aise dans quelle situation de communication ?	Estimer si le patient ressent plus ou moins de gêne, d'embarras selon la nature des relations interpersonnelles en jeu : avec l'orthophoniste, avec un pair, entre pairs.
La durée de la séance en binôme vous a paru...	Trop longue, trop courte, adaptée.
Avez-vous eu des réticences à accepter la prise en charge en binôme ?	Recueillir les facteurs influant sur l'acceptation ou non d'une prise en charge en binôme.

La deuxième partie du questionnaire porte sur le ressenti du patient quant aux variations avant et après la prise en charge.

<i>Choix de réponse : progression, pareil, régression.</i>	
Si vous comparez avant et après la prise en charge en binôme, comment considérez-vous les aspects suivants vous concernant ?	
Expression	Les réponses apportées ici pourront être comparées avec les résultats aux épreuves formelles.
Compréhension	
Maintien de l'attention	
Confiance en soi	
Initier une conversation /entourage	
Initier une conversation /inconnu(s)	
Suivre une discussion	

La troisième partie du questionnaire porte sur le ressenti du patient quant aux apports de la situation en binôme sur le plan de la connaissance de soi.

<i>Choix de réponse : oui, non.</i>	
Vous êtes-vous senti « utile » envers votre partenaire ?	Ces items sont destinés à recueillir l'analyse des patients quant à la relation avec leur partenaire et déterminer quelle est leur perception de ce qui est utile, positif et négatif, savoir quelles notions ils associent à ces termes.
Votre partenaire vous a-t-il apporté quelque chose de positif ?	
Votre partenaire vous a-t-il apporté quelque chose de négatif ?	
Pensez-vous que cette prise en charge, avec un « partenaire », a eu pour effet de vous décentrer de vos difficultés de communication ?	Cet item vise à évaluer si les patients ont eu le sentiment d'être moins focalisés sur leurs difficultés de communication, le cas échéant quel(s) bénéfice(s) ils pensent en avoir tiré.
Comparer vos compétences et vos difficultés à celles de votre partenaire, cela vous a-t-il gêné parfois ?	Cet item a pour but d'estimer si, selon les patients, la comparaison a un effet bénéfique ou non et si cela peut constituer un frein à la mise en place d'un binôme.

La question ci-dessous, posée à la fin du questionnaire, sera à comparer avec le degré de satisfaction générale pour la prise en charge en binôme (élément demandé au début de l'interview). Ceci afin d'évaluer si le ressenti du patient reste le même alors qu'il a entre-temps dû approfondir son analyse pour répondre aux différentes questions.

Conseilleriez-vous ce type de prise en charge en complément de la prise en charge individuelle ?	Evaluation subjective du patient concernant l'intérêt et les limites d'une prise en charge en binôme.
---	---

La collecte des réponses se fera sans la présence du partenaire. Ce questionnaire sera renseigné par chacun des patients à l'issue de la prise en charge en binôme lors d'une interview avec l'orthophoniste, celle-ci pourra expliciter les questions si besoin. Pour chacun des items il sera demandé aux patients d'argumenter leurs réponses, les informations recueillies sont présentées dans la partie Résultats.

Les réponses à ce questionnaire apporteront des éléments en faveur ou en défaveur des hypothèses 3 et 4.

(Hypothèse 3 : Une prise en charge en binôme comporte un intérêt psychosocial, expérimenter ses capacités de communication vis-à-vis d'un pair favorise le développement de la confiance en soi et l'engagement dans la communication. Hypothèse 4 - Une prise en charge en binôme aide le patient à se décentrer de ses propres difficultés).

2.4. Critères pour le recrutement de la population

Critères d'inclusion :

- Patients suivis en orthophonie pour rééducation du langage dans les aphasies.
- Distance de l'AVC : minimum un an.
- Patients avec atteinte modérée, ayant un score 4 ou 5 à l'échelle de gravité BDAE
3 = Pratiquement tous les sujets courants peuvent être discutés avec peu ou pas d'aide de l'auditeur. Cependant les troubles de l'expression et/ou de la compréhension rendent difficile ou impossible la conversation sur certains sujets.
4 = Diminution manifeste de la fluence verbale ou de la facilité et de la rapidité de compréhension, sans limitation significative de l'expression ou de la communication.
- Score BDAE Compréhension orale - Compréhension d'ordre >10
- Score BDAE Logique et raisonnement > 5
- Score ECVB \leq 80

Critères de non-inclusion :

- Patients présentant des troubles psychiques de type dépressif, psychiatriques, du comportement, liés à une pathologie associée (pathologies neurodégénératives, états psychotiques) (vérification des dossiers médicaux des patients).
- Patients présentant des troubles perceptifs (visuels et auditifs), apraxiques, cognitifs (mémoire, attention) signalés comme pénalisants (vérification des dossiers médicaux et des comptes rendus effectués par les différents professionnels).

Recommandation pour la composition du binôme :

- Concernant la composition du binôme, Johannsen-Horbach et al. (1991) préconisent une moyenne d'âge semblable ainsi que des objectifs et intérêts communs. Cela nous semble pertinent pour favoriser les affinités entre les deux personnes qui vont travailler en binôme.

CHAPITRE III

RESULTATS

1. Préambule

Nous présentons tout d'abord la population recrutée pour cette étude.

Puis nous montrons conjointement les résultats des patients à T1 et T2, avant et après la prise en charge en binôme pour :

- l'ECVB,
- les épreuves BDAE,
- et l'épreuve de discussion.

Nous avons ensuite reporté les informations recueillies via le questionnaire à la famille et le questionnaire d'évaluation de la prise en charge renseigné par les patients.

Nous terminons par la présentation des données issues de nos observations cliniques.

2. Présentation de la population de l'étude

Mr B et Mr F, pris en charge au CMPR de La Tour de Gassies, constituent le binôme.

<u>Monsieur B</u>	<u>Monsieur F</u>
52 ans	51 ans
Chef entreprise dans la Restauration CSP : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise Niveau d'étude : Niveau V (CAP-BEP) à niveau III (BAC +2)	Chargé d'affaires banque et assurance CSP : Professions intermédiaires Niveau d'étude : Niveau V (CAP-BEP) à niveau III (BAC +2)
Aphasie anomique suite à encéphalopathie anoxique. Lésions diffuses.	Aphasie croisée de type transcorticale sensorielle suite à AVC sylvien droit. Accident ischémique puis remaniement hémorragique. Craniectomie.
Date accident : septembre 2013	Date accident : septembre 2013
Tableau tetraparétique avec rétractions articulaires. Syndrome de Balint moins invalidant aujourd'hui (peut lire des mots).	Hémiplégie gauche. Négligence spatiale gauche (peut lire des mots).
Score de gravité BDAE : 4 Score ECVB : 58	Score de gravité BDAE : 3,5 Score ECVB : 53
Extraits du dossier patient : - Accès au lexique lent mais efficace, compréhension variable selon la longueur et la complexité de l'énoncé, quelques persévérations et manque du mot. - Selon le niveau de discussion : manque d'informativité possible et difficultés à maintenir le thème de l'échange. - Pas de syndrome dysexécutif avéré. - Mémoire de travail déficitaire (septembre 2014 : empan chiffres endroit et envers = 2).	Extraits du dossier patient : - Altération de la syntaxe impactant la cohérence du discours et la compréhension. Alexie, agraphie modérée. - Selon le niveau de discussion : manque d'informativité possible et difficultés à maintenir le thème de l'échange. - Pas de syndrome dysexécutif avéré.

3. Résultats à l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux

Nous présentons ici l'appréciation des patients concernant l'efficacité de leurs compétences communicatives dans les situations de vie quotidienne à T1 et T2. Pour la présentation des résultats nous avons effectué un sous-total des rubriques Expression des intentions, Conversation, Téléphone, Achats, Relations sociales pour pouvoir estimer le pourcentage d'évolution concernant les thématiques travaillées lors des séances en binôme. Le langage écrit a été travaillé par ailleurs avec leurs orthophonistes lors de leurs séances en individuel. Les résultats surlignés sont ceux qui ont varié entre T1 et T2.

Scores ECVB – Mr B. et Mr F.

	Monsieur B.		Monsieur F.	
	T1	T2	T1	T2
EXPRESSION DES INTENTIONS				
Besoins élémentaires	3	3	3	3
Désirs et intentions	2	3	3	3
Demander son chemin	3	3	3	3
CONVERSATION				
Sujet courant / proches	3	3	3	3
Sujet abstrait / proches	3	3	1	3
Initier une conversation / proches	2	2	2	2
Sentiments / proches	2	3	1	3
Sujet courant / inconnus	3	3	2	3
Sujet complexe / inconnus	3	3	2	2
Prise de parole	3	3	3	3
TELEPHONE				
Famille	3	3	3	3
Amis	3	3	3	3
Rendez-vous	1	3	0	0
Appeler un inconnu	3	3	1	3
Répondre au téléphone si seul	1	1	2	3
Répondre au téléphone si famille présente	0	1	2	2
Transmettre un message	3	3	1	2
ACHATS				
Achat seul	0	0	0	3
Solliciter le vendeur	3	3	3	3
Manipulation d'argent	2	2	0	0
Chèques / Cartes bancaires	0	0	0	3
RELATIONS SOCIALES				
Suivi conversation repas de famille / amis	0	0	0	1
Demande de renseignements	3	3	3	3
Sorties	1	3	2	3
Restaurant	3	3	3	3
Coiffeur/garagiste/libraire	3	3	3	3
SCORE SOUS -TOTAL	56/78	63/78	49/78	66/78

LECTURE				
Journaux, magazines, livres	0	0	0	1
Courrier affectif	0	0	0	3
Papiers administratifs	0	0	0	1
Lire l'heure	2	2	0	2
ECRITURE				
Liste de courses	0	0	3	3
Courrier	0	0	1	1
Papiers administratifs	0	0	0	0
Libellé de chèques	0	0	0	0
SCORE TOTAL	58/102	65/102	53/102	77/102
SATISFACTION COMMUNICATION	6/10	8/10	5 /10	5,5 /10

La comparaison des scores totaux à T1 et T2, montrent pour les deux patients une évolution de leur participation avec une progression plus marquée pour Mr F. Cependant Mr F. est moins satisfait de ses compétences communicatives, son évaluation à T1 et T2 est quasi-identique et se situe au milieu de l'échelle.

4. Résultats aux épreuves BDAE

Ce tableau présente les scores de nos patients, à T1 et T2, pour la compréhension d'ordres et la compréhension faisant appel à la logique et au raisonnement ; toutes deux nécessitant l'analyse de l'organisation syntaxique des énoncés.

Scores BDAE – Mr B. et Mr F.

	Monsieur B.		Monsieur F.	
	T1	T2	T1	T2
Exécution d'ordres	7	7	8	12
Logique et raisonnement	5	9	6	9

Les deux patients ont gagné en compréhension mais Mr B. est pénalisé pour l'épreuve d'exécution d'ordres, sa mémoire de travail étant encore déficitaire à T2.

5. Résultats à l'épreuve de discussion

Ce tableau reporte la performance communicationnelle des patients relevée à T1 et T2 à l'épreuve de discussion. Cette évaluation porte sur la capacité des sujets à s'investir dans la communication, les compétences pragmatiques et la pertinence du discours. Les résultats surlignés sont ceux qui ont varié entre T1 et T2.

Scores Epreuve de discussion – Mr B. et Mr F.

	Mr B.		Mr F.	
	T 1	T 2	T 1	T 2
ATTENTION ET MOTIVATION A LA COMMUNICATION 0 ← déficient - adapté → 5				
Conduite de salutation	5	5	5	5
Attention aux propos de l'interlocuteur (regard, posture, réponses verbales et non verbales)	4	4	4	4
Investissement, engagement dans l'interaction (initiatives exprimant la volonté de communiquer)	5	5	5	5
COMMUNICATION VERBALE 0 ← déficient - adapté → 5				
Compréhension verbale (nécessite répétitions, reformulation, simplifications)	2	3	3	4
Débit (nombre de mot à la minute)	3	4	3	4
Informativité et pertinence du discours				
Niveau lexical (troubles de l'évocation)	3	4	3	4
Paraphasies	3	4	3	4
Niveau syntaxique	3	4	2	4
Niveau idéique et pragmatique (degré d'informativité, réponses développées)	3	4	2	4
Maintien du thème de l'échange (digressions)	2	4	3	4
Apport d'informations nouvelles (adaptées et rapport logique avec thème abordé)	3	4	3	4
Apport de nouveaux thèmes (adaptés et rapport logique avec thème abordé)	2	3	3	4
Organisation logique du discours (liens explicites ou implicites, chronologie)	2	4	3	4
Discours adapté aux connaissances, à la compréhension de l'interlocuteur (capacité d'adaptation et réajustement du discours)	2	4	2	4
Feed-back verbaux témoignant des difficultés de compréhension	3	4	3	4

COMMUNICATION NON VERBALE		0 ← déficient - adapté → 5			
Compréhension signes non verbaux (déictiques, gestes symboliques, mimes d'utilisation objets, actions, mimes formes objets, signes non verbaux évoquant état physique ou émotionnel)	5	5	5	5	
Expressivité émotionnelle et affective (gestes, expressions faciales, manifestations vocales, ...)	5	5	5	5	
Pragmatique interactionnelle (prosodie, regard régulateur, mimogestualité)	5	5	5	5	
Respect tours de parole	2	4	4	4	
Expressivité Lexicale (geste, regard, expressions faciales)	5	5	5	5	
Feedback non verbaux témoignant difficultés de compréhension (expressions faciales, hochement de tête)	3	4	3	4	
Réajustement du discours selon feedback non verbaux	2	4	2	4	

ATTITUDES		0 ← pas du tout - beaucoup → 5			
Centration sur soi	2	4	3	4	
Aisance conversationnelle	3	4	2	4	

Total	77	100	81	102
--------------	-----------	------------	-----------	------------

Progression	+ 23	+ 21
--------------------	-------------	-------------

L'épreuve de discussion montre pour tous deux des scores proches et une amélioration de leur communication. Les principales évolutions concernant les deux patients portent sur la fluidité, la longueur des énoncés, l'informativité, l'organisation logique du discours et le réajustement du discours.

La progression de Mr F. est notamment marquée pour la longueur de ses phrases et énoncés, les éléments d'agrammatisme ont diminué, ceci lui fait gagner en informativité et en aisance conversationnelle.

Mr B. a principalement progressé pour l'organisation logique du discours, le maintien du thème de l'échange et le respect du tour de rôle.

Ces points seront détaillés dans la partie Discussion, Analyse qualitative des séances en binôme.

6. Comparaison des résultats ECVB – BDAE – EPREUVE DE DISCUSSION

	Monsieur B.		Monsieur F.	
	T1	T2	T1	T2
ECVB évaluation par le patient de sa participation par domaines de communication	58	65	53	77
ECVB évaluation par le patient de sa satisfaction générale pour ses compétences communicatives	6	8	5	5,5
BDAE Exécution d'ordres	7	7	8	12
BDAE Logique et raisonnement	5	9	6	9
Epreuve de discussion	77	100	81	102

A T1, nous notons que :

- La satisfaction générale pour les compétences communicatives est supérieure pour Mr B.
- Or les résultats de Mr B. à l'épreuve de discussion et aux épreuves BDAE montrent des capacités communicatives inférieures à celles de Mr F.

A T2, nous notons que :

- Mr B. est nettement plus satisfait de ses compétences communicatives que Mr F.
- Or les résultats aux épreuves de bilan sont proches pour les deux patients et montrent des capacités fonctionnelles de communication semblables, si ce n'est pour l'épreuve d'exécution d'ordres mais rappelons que Mr B. est pénalisé pour cette épreuve par une mémoire de travail encore limitée.

Ces points seront détaillés dans le Chapitre Discussion.

Résultats ECVB - Evolution en pourcentage entre T1 et T2

	Mr B.	Mr F.
➤ Progression évaluation par le patient de sa participation par domaines de communication	12 % (58 - 65)	45.3 % (53 - 77)
➤ Progression de l'évaluation par le patient de sa satisfaction générale pour ses compétences communicatives	33.3 % (6 - 8)	10 % (5 - 5,5)

Malgré la nette progression de la participation de Mr F. entre T1 et T2 (+45,3%) sa satisfaction générale a peu évolué (+ 10%).

Pour Mr B. c'est le contraire, l'évolution de sa participation par domaines de communication est moindre (12 %) mais il affiche un taux de satisfaction générale significativement plus élevé à T2 (+ 33,3%).

7. Questionnaire TLC destiné à la famille

Le questionnaire TLC destiné à la famille a été renseigné par les épouses des patients. Nous présentons ici en parallèle leur ressenti sur le fonctionnement de la communication de leurs époux, à T1 et T2. Les éléments en italique et entre guillemets correspondent à la retranscription de leurs propres termes.

T 1	
Monsieur B.	Monsieur F.
<p>Mme B. a le sentiment que son conjoint a envie de communiquer avec son entourage. Il peut prendre l'initiative d'engager la conversation « <i>avec un petit bémol en groupe</i> ». Il est attentif lorsqu'on lui parle.</p>	<p>Mme F. a le sentiment que son conjoint a envie de communiquer avec son entourage. Il engage plus ou moins la conversation selon son état de fatigue. Il est attentif lorsqu'on lui parle.</p>
<p>Elle comprend aisément son mari. Il comprend plutôt bien et s'il ne comprend pas il le dit. Il n'est pas nécessaire d'ajouter des signes non verbaux pour améliorer sa compréhension mais parfois son entourage doit répéter et/ou reformuler.</p>	<p>Elle comprend plutôt aisément son mari. Il comprend très bien. Il n'est pas nécessaire d'ajouter des signes non verbaux pour améliorer sa compréhension.</p>
<p>Il reste dans le sujet de la conversation. Il peut couper la parole mais le faisait auparavant. Il est capable d'amener des sujets de conversation.</p>	<p>Il reste dans le sujet de la conversation. Il ne coupe pas la parole. Il est capable d'amener des sujets de discussion.</p>

T 1 (suite)	
Monsieur B.	Monsieur F.
<p>Pour l'organisation du discours Mme B. estime que les propos de son époux sont logiques, que l'on peut suivre le fil de ses idées mais « <i>il peut manquer de mots ou d'arguments</i> ». Mme B. ajoute que son mari « <i>fait des fixations sur certains sujets qu'il va en rediscuter même si le sujet est clos</i> ».</p> <p>Elle n'est pas gênée par la mauvaise construction de ses phrases.</p>	<p>Pour l'organisation du discours Mme F. reporte des difficultés sur le plan syntaxique, l'absence parfois de sujet, de verbe. Elle lui demande de reformuler ou lui demande de préciser le sujet et/ou le verbe.</p> <p>La mauvaise construction de ses phrases la gêne pour la compréhension mais ce n'est pas systématique (réponse : « <i>des fois oui et des fois pas du tout</i> »).</p>
<p>Il utilise souvent un mot contraire au mot adapté (exemple : chaud pour froid).</p>	<p>Elle estime qu'il a quelques difficultés pour trouver ses mots mais « <i>pas trop</i> ».</p>
<p>Mr B. ne pratique plus les mêmes activités et loisirs qu'auparavant.</p>	<p>Mr F. ne pratique plus les mêmes activités et loisirs qu'auparavant.</p>

T 2	
Monsieur B.	Monsieur F.
<p>Mme B. note que son époux prend l'initiative d'engager la conversation, sans préciser cette fois « <i>le bémol en groupe</i> » évoqué à T1.</p>	<p>Mme F. reporte que les énoncés sont plus longs et mieux construits, les échanges sont plus informatifs et structurés. Ceci est confirmé par son entourage tant pour les interactions en face à face que pour les conversations téléphoniques.</p>
<p>Elle trouve qu'il cherche encore quelque fois le mot juste.</p>	<p>Elle estime qu'il a parfois des difficultés à trouver ses mots.</p>
<p>Pour l'organisation du discours Mme B. ne mentionne pas à T2 les « fixations » évoquées précédemment, en lui posant la question, elle reporte que « <i>cela peut encore</i></p>	<p>Pour l'organisation du discours, la mauvaise construction de ses phrases gêne beaucoup Mme F. (réponse : « <i>oui beaucoup</i> »). Elle continue à lui demander de préciser la</p>

<i>se produire quoi que cela fait un certain temps ».</i>	syntaxe de ses phrases lorsque nécessaire.
Mme B. mentionne « nous notons une très nette amélioration de la communication ».	Madame F. mentionne « malgré les troubles de la syntaxe et d'évocation lexicale persistants, mais moins présents, mon époux a progressé sur le plan de la communication ».
Mr. B pratique à T2 les mêmes activités qu'à T1.	Mme F. rapporte que son époux a repris la pétanque avec des amis.

8. Questionnaire patient : évaluation de la prise en charge

Un questionnaire (Annexe 3) a été soumis à chacun des patients pour collecter leur ressenti quant à la prise en charge en binôme. Les éléments en italique et entre guillemets correspondent à la retranscription de leurs propres termes.

<u>Monsieur B.</u>	<u>Monsieur F.</u>
Satisfaction générale de la prise en charge en binôme (de 0 à 5)	
<p><i>Note = 5</i></p> <p>Mr B. attribue la note maximale et souligne l'importance de la bonne entente avec le partenaire.</p> <p>Il a apprécié les échanges, le fait de travailler avec quelqu'un qui lui aussi a ses difficultés de communication, « <i>avancer ensemble</i> ».</p> <p>Il apprécie l'alternance entre séances en individuel et séances en binôme.</p> <p>Il souhaiterait également reprendre les séances de groupe.</p>	<p><i>Note = 3</i></p> <p>Mr F. note sa satisfaction comme légèrement au-dessus de la moyenne et souligne l'importance de la bonne entente avec le partenaire.</p>

<u>Monsieur B.</u>	<u>Monsieur F.</u>
Degré de motivation selon le type de séance, individuel, binôme, groupe (de 0 à 5)	
<i>Individuel = 2 – Binôme et groupe = 5</i> Mr B. marque une préférence pour les séances en binôme et de groupe car les situations peuvent être « <i>marrantes</i> ».	<i>Individuel, binôme et groupe = 3</i> Mr F. attribue une note juste au-dessus de la moyenne quel que soit le type de séance alors qu'il précise en commentaire une forte motivation « <i>J'ai tellement envie ! La motivation elle est là !</i> »
Niveau d'implication selon le type de séance individuel, binôme, groupe (de 0 à 5)	
<i>Individuel, binôme = 5 – groupe = 3</i> Mr B. souligne qu'il « <i>travaille</i> » plus en séances en individuel et en binôme qu'au cours de séances de groupe.	<i>Individuel, binôme et groupe = 3</i> Mr F. souligne qu'il a le sentiment de s'être « <i>plus amusé dans le groupe</i> ».
Quelle type de séance vous semble le plus fatigant, individuel, binôme, groupe ? (de 0 à 5)	
<i>Individuel = 5 – binôme = 4 – groupe = 3</i> Les séances en individuel sont plus fatigantes.	<i>Individuel, binôme et groupe = 4</i> Idem quel que soit le type de séance.
Plus à l'aise dans quelle situation, individuel, binôme, groupe ? (de 0 à 5)	
<i>Individuel, binôme et groupe = 5</i>	<i>Individuel, binôme et groupe = 4</i>
La durée de la séance en binôme vous a semblé, trop longue, trop courte, adaptée ?	
Adaptée voire un peu courte.	Adaptée.
Avez-vous eu des réticences à accepter la prise en charge en binôme ?	
Mr B. rapporte ne pas avoir eu de réticences à accepter la prise en charge en binôme, se disant que « <i>ça allait être bien de travailler ensemble et pour lui et pour moi</i> ».	Mr F. dit ne pas avoir eu de réticences à accepter la prise en charge en binôme, en précisant « <i>pour les mêmes raisons, envie de tout faire pour s'en sortir !</i> ».

Vous êtes-vous senti « utile » envers votre partenaire ?	
Mr B. s'est senti utile vis-à-vis de son partenaire et pense que tous deux ont pris du plaisir à travailler ensemble.	Mr F. dit ne pas savoir s'il a été utile à Mr B. Puis il mentionnera, à un autre moment de l'interview, qu'un point important est l'émulation au sein du binôme. Mr F. rappelle qu'il a motivé à plusieurs reprises son partenaire qui commençait à se lasser de la kiné, « <i>se dire que la kiné ne sert à rien et bien non ! on a le sentiment de tourner en rond mais à force de tourner en rond...</i> ».
Votre partenaire vous-a-t-il apporté quelque chose de positif ?	
« <i>oui, on fait de la réflexion, nous réfléchissons beaucoup</i> », « <i>on veut faire bien tous les deux</i> ».	Hormis l'émulation, il rapporte que les aspects positifs de ce travail avec Mr B. a été l'attitude tempérée de Mr B, « <i>son calme par rapport au handicap</i> ». Il estime que son partenaire, par son comportement et sa bonne humeur, a changé son point de vue sur son handicap, cela lui a permis de prendre du recul.
Votre partenaire vous-a-t-il apporté quelque chose de négatif ?	
Non.	Non.
Pensez-vous que cette prise en charge, avec un « partenaire », a eu pour effet de vous décentrer de vos difficultés de communication ?	
Mr B. estime qu'il s'est décentré de ses problèmes de langage, le fonctionnement en binôme est bénéfique selon lui car on est « <i>tourné vers l'autre</i> », « <i>cela a fait du bien d'être avec quelqu'un pour communiquer, pour travailler</i> ».	Mr F. souligne qu'en considérant les difficultés de son partenaire, il a ainsi relativisé ses propres difficultés. Il pense que cela l'a rendu aussi plus obstiné encore vis-à-vis de sa prise en charge.

Comparer vos compétences et difficultés à celles de votre partenaire, cela vous a-t-il gêné parfois ?	
Non car Mr B. voyait que son partenaire avait lui aussi des difficultés « <i>je le voyais chercher dans sa tête des fois</i> », « <i>j'essayais de le comprendre</i> ».	Non. Mr B. souligne qu'il avait « <i>envie de faire au mieux</i> », « <i>d'aider son partenaire aussi</i> ».
Ressenti des patients quant à la variation de leurs compétences communicationnelles avant et après la prise en charge en binôme	
Mr B. estime qu'il a progressé sur le plan expressif pour la structuration de ses idées quant aux autres items du questionnaire (compréhension, maintien de l'attention, confiance en soi, initier une conversation, suivi de discussion) il ne voit pas d'amélioration. Il est à noter qu'à l'épreuve de logique et raisonnement du Bdae, son score est passé de 5 à 9 et l'épreuve de discussion, entre T1 à T2, a montré de meilleures capacités (score de 100 au lieu de 77).	Mr F. estime qu'il a progressé sur les plans de l'expression, du maintien de l'attention, de l'initiation d'une conversation et le suivi d'une discussion et qu'il a stagné sur les plans de la compréhension et de la confiance en soi. Il est à noter, pour la compréhension, qu'à l'épreuve de logique et raisonnement du Bdae, son score est passé de 6 à 9 et pour l'épreuve d'exécution d'ordres de 8 à 12. Mr F. souligne que son entourage (amical et professionnel) lui a fait part récemment de retours positifs, « <i>Qu'est-ce que tu comprends bien, tu t'exprimes bien ! C'était au niveau du téléphone</i> ».

	<p>Concernant la compréhension Mr F. a le sentiment d'avoir moins besoin de se concentrer mais il estime que sa compréhension reste la même. Quant au suivi d'une discussion il pense avoir fait des progrès, il a le sentiment que cela le fatigue moins et il rappelle les nombreuses discussions qui ont été travaillées en séances avec son partenaire où il devait « <i>tenir un cap</i> », argumenter dans un but précis, « <i>cet entraînement ça a fait du bien</i> ».</p>
<p>Conseilleriez-vous la prise en charge en binôme en complément des séances individuelles ?</p>	
<p>Oui mais cela dépend du partenaire, il faut quelqu'un avec lequel on puisse « <i>parler de tout</i> », avoir « <i>plein d'échanges</i> ».</p> <p>Mr B. mentionne une différence entre la séance en individuel et la séance en binôme : « <i>c'est mieux avec Mr F., parce qu'on échange plein de choses, des échanges qu'on aime bien, naturel, dans la réalité</i> ».</p>	<p>Oui pour « <i>le regard sur la maladie</i> » et les « <i>vrais échanges</i> », Mr F. parle de « <i>situations naturelles</i> », « <i>pas de barrière</i> », « <i>on se parle normalement</i> ».</p> <p>Il a particulièrement apprécié les activités qu'il qualifie de « <i>concrètes</i> » : manipulation d'argent, échanges téléphoniques et discours argumentatifs.</p> <p>Mr F. dit « <i>grâce à la prise en charge en binôme j'ai retrouvé mon moi</i> ».</p>
<p>Souhaitez-vous apporter des remarques complémentaires ?</p>	
<p>« <i>Ca a fait du bien !</i> »</p>	<p>Mr F. rappelle le principal avantage selon lui de cette situation en binôme : Mr B. lui a fait porter un regard autre sur ses difficultés. « <i>Je me suis permis d'avoir une opinion, pas juger</i> », « <i>on s'apitoie sur son propre sort et bon je marche !</i> » (son partenaire est en fauteuil).</p> <p>Mr F. rappelle également la complicité qui s'est instaurée avec Mr B.</p>

9. Résultats issues des observations cliniques

Ce tableau présente les données relevées via la grille d'observation pour l'analyse des séances en binôme (Annexe 4). Nous présentons ici les cotations pour trois périodes distinctes (début, milieu et fin de prise en charge) : T1 = séances en binôme 1 et 3, T1' = séances en binôme 10 et 11 et T2 = séances en binôme 19 et 20.

Résultats issus de l'observation clinique des séances en binôme

Le degré de notation est de 0 à 5.
(0 = non performant, 5 = très performant).

	Monsieur B.			Monsieur F.		
	T1	T1'	T2	T1	T1'	T2
VERSANT EXPRESSIF						
Pertinence des informations	3	3	4	2	3	4
Organisation logique du discours	2	3	4	3	3	4
Longueur des phrases	3	3	4	2	3	4
Reformulation	2	3	3	2	3	4
Aide son partenaire (suggère, questionne)	3	4	4	3	4	4
Vérifie compréhension du partenaire	2	3	4	2	3	4
VERSANT RECEPTIF						
Compréhension	2	3	3	3	4	4
Attitude de renforcement pour la compréhension (écoute, réflexion, questions)	2	3	4	3	4	4
COMPORTEMENT						
Décentration de soi	2	3	4	3	4	4
Maintien attention	4	4	4	4	4	4
Tour de rôle	2	4	4	4	4	4
Aisance conversationnelle	3	3	4	2	3	4

Pour T1 et T2, nous notons une adéquation entre les cotations ci-dessus effectuées via nos observations cliniques et celles à l'épreuve de discussion.

Présentation des observations cliniques lors des séances en binôme

Nous présentons tout d'abord, de manière globale, les observations concernant les interactions au sein de la dyade puis nous distinguons les observations survenues lors des activités coopératives et lors des activités de tutorat de guidage.

Les séances se sont déroulées dans la bonne humeur, une complicité s'est instaurée rapidement entre les deux patients. Ils se sont aperçus avoir fréquenté la même école pour leur formation professionnelle et se sont découverts nombre de points communs au fil des discussions. Il s'est imposé naturellement, dès les premières séances, une relation bienveillante et d'entraide, avec des encouragements exprimés de manière verbale ou non, par exemple l'un disant à l'autre « *c'est bien !* » ou via des gestes de félicitations.

Décentration de soi

Mr B. au début du protocole était très centré sur sa personne et son handicap. Lors de l'épreuve de discussion pour le bilan, il lui est demandé d'exprimer son avis sur les progrès technologiques au sein de la société, il répond « *je suis très satisfait de mes progrès ... je ne pouvais pas trop parler, comprendre* ». Le sujet de la discussion est ensuite recadré mais il a tendance, tout au long de la conversation, à ramener les éléments sur son handicap et ses capacités. Par la suite, lors des premières séances, cette centration est souvent présente, pour les premiers jeux de rôle il ne pouvait entrer dans le rôle d'un personnage et parlait de lui, utilisait le « je » de manière inappropriée. Au fil des activités menées et suites aux régulations de Mr F. ce comportement a disparu dans le cadre des séances.

Concernant Mr F., la centration sur soi a été visible quelquefois lors des premières séances en individuel mais pas lors des séances en binôme. Il a toujours été très attentif à l'autre avec parfois une tendance à se mettre en retrait et laisser plus de place à son partenaire. Il a reporté à l'issue de la prise en charge que son partenaire, dans sa façon d'être, joviale et pleine d'allant, lui avait beaucoup apporté pour relativiser ses difficultés.

Ajustement envers l'autre

Mr B. au début des prises en charge avait tendance à monopoliser quelque peu la parole, il pouvait parfois persévérer ou digresser. Mr F. n'a pas réagi lors de la première séance mais ensuite il a mis en exergue les dérives de Mr B. lorsqu'elles se présentaient, de manière diplomate ou humoristique selon les situations. Ainsi au fil des séances, Mr B. a laissé de la place à son interlocuteur, se reprenant ensuite de lui-même en se rendant compte qu'il venait d'interrompre son interlocuteur. Les persévérations et digressions se sont dissipées et ont disparu lors des dernières séances. A la fin du protocole nous avons demandé à son épouse s'il en était de même avec elle, sa réponse a été qu'elle n'avait pas relevé cela depuis un certain temps.

Quant à Mr F., il s'est adapté à son partenaire qui était gêné pour les tâches complexes sollicitant la mémoire de travail. Mr F. ajustait alors en répétant ou en reformulant.

Adaptation de la communication

Au début de la prise en charge, les deux patients étaient peu informatifs, Mr F. notamment en raison de son agrammatisme et Mr B. principalement pour l'organisation du discours. Tous deux, s'ils ne comprenaient pas leur partenaire, le signalaient « *heu... qu'est-ce que tu veux dire là ?* », « *attend je n'ai pas compris* ».

Par ailleurs, selon les activités proposées, il était demandé d'évaluer la « prestation » de son partenaire. Cette demande a positionné chaque patient comme observateur, observer l'autre a été l'occasion de développer la capacité de s'observer soi-même. Par exemple Mr F. fait remarquer à Mr B. « *au lieu de commencer par le début de l'histoire tu as commencé par la fin ça m'a embrouillé... bon je sais moi aussi je fais ça des fois* ». Ces observations ont été bénéfiques de manière bilatérale, les patients étaient très attentifs aux retours bienveillants exprimés par leur partenaire, conscients de l'aspect constructif des remarques.

Nous avons constaté au fil des séances de nettes améliorations quant à la reformulation et l'organisation logique du discours objectivées ensuite avec l'épreuve de discussion.

Interactions - Activités coopératives

Concernant les activités coopératives les objectifs étaient de s'assurer de la clarté du discours en vérifiant la compréhension de son partenaire et de s'assurer de la précision et de l'exhaustivité des informations communiquées.

Ainsi pour les situations où à tour de rôle ils doivent transmettre un message nous avons pu voir des évolutions entre ces deux exercices proposés à un mois d'intervalle. La première fois les objectifs demandés n'ont pas été pris en compte et nous avons pu constater ensemble à la fin de l'activité qu'il manquait nombre d'informations et que certaines n'avaient pas été comprises par l'interlocuteur. Or la seconde fois les deux patients se sont attachés à faire répéter les informations, faire reformuler ou reformuler par eux-mêmes pour vérifier leur compréhension, ils questionnaient leur interlocuteur pour avoir un maximum d'informations « *est-ce qu'elle t'a dit à quelle heure ?* », « *ce sera à quel endroit ?* », « *peux-tu me rappeler son nom ?* ». Ils ont alors entrepris une démarche facilitante pour l'un et pour l'autre en se laissant le temps de donner les informations, si le « transmetteur » de message disait « *alors attends... est-ce que j'ai oublié quelque chose ?* », son interlocuteur (qui n'avait bien sûr pas eu connaissance des informations au préalable) le questionnait pour lui suggérer d'autres éléments que nous aurions pu communiquer. Ils ont tous deux fort apprécié de voir la progression par rapport à la fois précédente, ils ont été en mesure de restituer la majeure partie des informations et celles-ci ont bien été comprises par chacun.

Une activité, proposée également à deux reprises à un mois d'intervalle, a été de débattre d'un sujet pour en extraire au final cinq arguments principaux. Les patients ont eu plus de facilité la seconde fois à diversifier leurs arguments alors que le sujet abordé était plus complexe. Le thème de la première conversation consistait à argumenter sur les avantages et inconvénients des vacances à la mer et à la montagne et celui de la seconde conversation portait sur la lutte anti-terrorisme. Plusieurs séances de notre protocole ont fait l'objet du discours et ces mises en situations répétées où nous leur demandions de développer une discussion relativement poussée a eu un effet sur leurs capacités en termes de flexibilité et d'anticipation. Lors de la deuxième séance, un mois plus tard, l'apport d'informations nouvelles pertinentes a été plus important (pour une conversation de 15 minutes, dix informations nouvelles à la deuxième séance versus six lors de la première séance).

Pour la partie coopérative, à proprement parler, où il leur fallait extraire de leur discussion les points essentiels, dans les deux cas ils n'ont pas eu de difficulté à s'accorder. Il a pu y avoir des points de vue divergents avec des échanges menant à une négociation pour proposer au final une synthèse commune, sans qu'un des partenaires ne fasse plus de concession que l'autre et tout cela toujours dans la bonne humeur. Une autre activité coopérative a été proposée avec, cette fois, des tâches d'organisation et de planification, pour la réalisation d'un événement ; celle-ci n'a pas posé de difficulté sur le plan de la communication. De par leurs expériences professionnelles passées on les sentait à l'aise avec ce type de tâches.

Interactions - Activités avec tutorat de guidage

L'action de « tutorat » a consisté, dans le cadre de notre protocole, à donner des consignes oralement à son partenaire en vue de lui présenter une tâche puis d'apporter des informations supplémentaires au cours de l'activité pour le guider si besoin.

Du fait que les possibilités en lecture soient limitées pour nos patients, la transmission des informations s'effectue essentiellement de manière verbale. Cela a parfois constitué un frein pour Mr B. dont les capacités mnésiques sont déficitaires, ceci dit nous avons constaté à la fin de la prise en charge l'augmentation de ses capacités de rétention et restitution. Nous avons notamment relevé, pour une activité dont l'objet était de restituer un message à son partenaire, que cinq informations ont été restituées précisément fin janvier alors qu'un mois avant deux informations avaient été précisément restituées.

Pour les activités avec interactions de guidage, où le patient se trouve en position de « tuteur », l'intérêt des séances préparatoires a rapidement été intégré et les patients se sont attachés à expérimenter en boucle l'activité pour être le plus compétent possible ensuite face à leur partenaire. D'eux-mêmes, dès la deuxième séance préparatoire individuelle, ils se sont appliqués à récapituler les éléments à maîtriser à l'issue de la séance.

<p>Pour conclure quant aux interactions observées, les améliorations portent sur les capacités communicationnelles (tour de rôle, écoute, syntaxe, compétences mnésiques, argumentation, organisation logique du discours) et sur des changements comportementaux tels que la capacité d'analyse et d'auto-analyse, la décentration de soi et la prise en compte de l'autre.</p>
--

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Nous présentons ici dans un premier temps notre analyse des séances au regard des données de la littérature. Nous abordons ensuite les intérêts et limites de notre protocole puis nous discutons les hypothèses au vu des résultats.

Dans un second temps, nous présentons les éléments spécifiques à la prise en charge en binôme et terminons la discussion par nos réflexions, issues de cette expérimentation, quant aux perspectives de la prise en charge en binôme en orthophonie.

1. Analyse qualitative des séances en binôme

Motivation et émulation

Les deux patients sont très motivés et investis dans leur prise en charge que les séances soient en individuel ou en binôme. En leur demandant de comparer les deux situations, ils rapportent que le fait d'être en binôme les stimule pour ne pas se sentir « *à la traîne* » par rapport à l'autre. Aussi, pour la séance en binôme il leur importe tout particulièrement « *d'être en forme* ».

Les deux patients ont fait preuve d'un fort investissement, prenant rapidement conscience de l'engagement nécessaire vis-à-vis de leur partenaire. Ils ont dans un premier temps abordé les jeux de rôle comme une activité ludique dont l'objet était d'en rire. Puis ils ont abordé cela de manière différente, tout en travaillant dans la bonne humeur, il était réellement question de travailler, d'appliquer les consignes, de répondre aux objectifs. On retrouve ici la notion de « *contrat* » évoqué par Buttet-Sovilla (1999) où elle rapporte deux cas de prises en charge en binôme pour lesquels il s'est créé de manière implicite entre les deux partenaires ce qu'elle nomme un « *contrat pédagogique* ». Nos deux patients l'ont mentionné à leur manière, lors de l'évaluation de la prise en charge, pour Mr B. : « *on a beaucoup réfléchi* », « *on voulait bien faire pour l'autre* », pour Mr F. : « *on a été très entraîné à tenir le cap, le cap, toujours le cap !* », « *faut assurer, car en face...* ».

Bénéfices des interactions - Activités coopératives

Les activités coopératives ont eu l'effet avancé par Baudrit (2007) quant à l'amélioration des aptitudes à interagir et à échanger. Le fait de faire à deux a influé sur la décentration de soi ce qui a permis aux deux partenaires de se focaliser sur l'objectif de la tâche à réaliser conjointement. Les patients ont développé l'utilisation de stratégies pour améliorer leurs capacités expressives et réceptives notamment via la reformulation et le questionnement de manière à ce qu'ils puissent avancer ensemble. Les observations bienveillantes de chacun vis à vis de la communication de l'autre ont par ailleurs constitué des éléments de recadrage qui ont favorisé, de manière naturelle et réciproque, les ajustements nécessaires pour la réalisation de l'activité.

Lors des activités coopératives, nous avons observé les effets bénéfiques de l'interaction sans conflit entre les sujets décrits par Perret-Clermont et al. (2001) et les effets de la co-action où le comportement d'un individu peut devenir un stimulus pour l'autre (Semin et al., 2009). Comme il l'a été reporté par les patients, il y avait une forte volonté de part et d'autre « *de bien faire* », et parfois en s'inspirant de l'autre, le « mimétisme » a été à plusieurs reprises visible. Par exemple, pour l'activité où il a été demandé de conseiller son interlocuteur sur des produits, Mr B. a repris la même organisation du discours que celle de Mr. F alors que lors de la séance préparatoire en individuel son discours était très désorganisé. Pourrait-on imaginer l'implication des neurones miroirs ? Toujours est-il que l'on remarque ici les effets de la co-action qui selon Fonseca (2013) résulteraient de l'imitation et de la compétition, cette dernière agissant sur la motivation et l'amélioration des performances.

Bénéfices Interactions - Activités avec tutorat de guidage

Les bénéfices que nous avons notés en interaction de guidage sont les suivants :

- La responsabilité d'expliquer une activité et d'être à même de répondre aux questions du partenaire a généré une forte motivation. Tous deux attachaient de l'importance à ne pas faillir vis-à-vis de l'autre. On retrouve ici la notion de « *face* » du sociologue Goffman, la valeur sociale positive relative aux processus identitaires et aux représentations sociales (Molinier, 2012).
- Devoir expliquer à l'autre les a obligés à mettre en œuvre une articulation entre pensée

et langage. Cette situation a démultiplié les actions de reformulation. En effet pour pouvoir répondre aux questions de l'interlocuteur, les patients avaient tendance au départ à répéter ce qu'ils venaient de dire et avaient de grandes difficultés à formuler de manière différente leur pensée. Souvent l'orthophoniste a dû intervenir pour débloquer la situation. Peu à peu ils sont parvenus à développer cette aptitude et l'intervention de l'orthophoniste n'était plus nécessaire.

- Comme le montrent les résultats à l'épreuve de discussion, les patients ont gagné en flexibilité et ont développé leur capacité à imaginer le point de vue de l'autre. Ainsi ils ont pu assumer leur rôle de « guide » pour expliquer une consigne et suivre son application.

Foulin et al. (2005) rapportent une amélioration des capacités cognitives du tuteur dans le cadre des apprentissages et Guichard (2009) affirme que le tutorat implique la mobilisation des processus cognitifs et métacognitifs. Nous pensons effectivement que la position de « tuteur » a contribué pour nos patients à ancrer et renforcer les processus nécessaires à la mobilisation des ressources pour l'organisation logique du discours. Lors des premières séances cet exercice était difficile, les consignes étaient partielles et peu claires, l'intervention de l'orthophoniste était nécessaire pour compléter et reformuler. Par exemple, pour un jeu de rôle acheteur/vendeur, Mr B. devait expliquer à Mr F. qu'il serait l'acheteur et qu'il devait se renseigner auprès de Mr. B. (le vendeur) pour l'achat de skis et accessoires selon un budget déterminé. La consigne donnée par Mr B. a été la suivante : « *Tu veux des skis après tu dois me le dire. Je vais t'en montrer.* ». Pour Mr F., devant expliquer à son partenaire qu'il devra retourner au magasin pour se faire rembourser un article défectueux, il dit « après faudra que je rembourse » sans donner plus d'explications. A l'issue du protocole les deux patients étaient à même de guider leur partenaire avec efficacité, sans intervention de l'orthophoniste. Extraits de leurs discours : Mr B. « Alors toi tu es l'acheteur et moi le vendeur. Tu as besoin d'un appareil photo pour tes vacances. Je vais te renseigner, te proposer. Tu as 500€ », Mr F. « Je travaille à la Fnac. Tu veux un ordinateur, une imprimante. Maximum 600€. Tu dois me dire pour quoi faire ».

Au regard de la théorie de la comparaison sociale (Drozda-Senkowska, 2010), la comparaison entre les individus peut conduire à l'amélioration de soi. C'est ce qui nous est apparu, pour les deux patients de l'étude, travailler en binôme a suscité chez eux la volonté de se surpasser.

2. Intérêts et limites de notre protocole

2.1. Contenu de la prise en charge

Mr F. a apprécié les aspects « *pratiques* » des activités proposées, cette simulation du réel a donné selon lui une dimension concrète à la prise en charge « *on est passé de l'abstrait au concret* ». Mr B. et Mr F. ont tous deux souligné plusieurs fois le caractère authentique de leurs interactions, ils parlent de « *vrais échanges* », de situations où « *on se parle normalement* ». Ils ont mentionné par ailleurs, à plusieurs reprises, que l'ambiance en binôme est plus récréative qu'en séance individuelle. Pour reprendre leur propre terme, les patients considèrent que le fonctionnement en binôme est plus propice « *à la rigolade* » (caractéristique qu'ils attribuent également à la prise en charge de groupe qu'ils ont pu effectuer auparavant).

Les retours des patients sur le contenu des séances soulignent leur appréciation de l'orientation écologique de la prise en charge, centrée sur des situations de la vie quotidienne en lien avec leurs centres d'intérêts. Ceci explique probablement la remarque de Mr F. lorsqu'il dit en parlant de la prise en charge « *j'ai retrouvé mon moi* ».

Ces appréciations confirment l'intérêt d'exploiter des situations réelles de la vie quotidienne pour ne pas décontextualiser le langage (Goffman, 1973), de proposer des situations signifiantes socialement (Dalemans et al, 2010) et d'y associer le plaisir, vecteur de motivation

2.2. Population

Notre souhait initial était de procéder à une étude « *cross-over* », recruter quatre patients aphasiques pour constituer deux binômes. Pour le premier groupe, la prise en charge aurait été effectuée en séances individuelles de T0 à T1 puis de T1 à T2 la prise en charge aurait été effectuée en binôme ; et inversement pour le deuxième groupe. Notre volonté était de pouvoir ainsi montrer les variations inter et intra individuelles selon le mode de prise en charge. Nous avons dû abandonner cette méthodologie car nous n'avons pas trouvé quatre patients « *appariables* » dans les limites de temps imposées pour l'étude.

La présence de groupe contrôle fait défaut et nous n'avons pas d'éléments de comparaison. Aussi il n'est pas possible, au travers de cette étude, d'affirmer pour les progrès évalués, si cela est imputable au mode de fonctionnement en binôme, de même qu'il n'est pas possible d'écarter l'évolution spontanée.

Par conséquent, nous avons centré notre étude de cas sur l'analyse de la prise en charge en binôme en mettant l'accent sur les spécificités propres au fonctionnement de la dyade dans le cadre d'une prise en charge orthophonique.

2.3. Matériel

Notre protocole portant sur les compétences communicationnelles de patients aphasiques, nous aurions apprécié pouvoir recourir à des évaluations objectives, étalonnées, pour mesurer finement les capacités de communication des patients.

Les limites de notre matériel d'évaluation sont, hormis pour les épreuves de la BDAE, leur nature subjective. L'ECVB, le questionnaire à la famille et le questionnaire d'évaluation de la prise en charge portent sur l'appréciation des personnes concernées quant à l'épreuve de discussion, malgré toute la rigueur souhaitée, elle reste néanmoins sujette à la subjectivité de l'examineur.

Nous avons constaté un décalage entre le ressenti des épouses de Mr B. et Mr F. et les appréciations de l'examineur. Mme B. et Mme F. mentionnent à T1 le fait que leurs époux restent dans le sujet de la conversation or, du point de vue de l'examineur, il s'est avéré que ce n'était pas le cas au cours des premières séances. Une explication possible est que lors des séances les patients étaient soumis à des contraintes au niveau du discours avec des sujets et un niveau de complexité imposés.

Un autre point à prendre en compte pour nos évaluations est la variabilité interindividuelle concernant l'auto-appréciation des patients. L'estimation de la satisfaction globale de la communication par Mr F. passe de 5 à 5,5 et celle de Mr B. de 6 à 8 or les scores à l'ECVB de Mr F. ont augmenté de 24 points et pour Mr. B l'augmentation est moindre, elle est de 7 points. Par rapport à Mr B., Mr F. considère donc sa communication comme moins satisfaisante alors qu'elle semble plus fonctionnelle que celle de Mr B. au regard des scores

ECVB. Ces résultats rappellent les études de Cruice et al. (2003), Dalemans et al. (2010), Blom Johansson et al. (2012) : à compétences égales l'auto-évaluation des patients est bien souvent différente. L'origine de ces variations interindividuelles est due selon les auteurs aux facteurs psychologiques personnels et aux facteurs environnementaux.

Nous avons noté qu'à l'ECVB, les réponses de Mr B., lors de la première évaluation, reflètent sa satisfaction quant à son évolution entre ses capacités après l'accident et celles à T1. Il se dit très heureux de ses performances actuelles et se positionne par rapport à ses possibilités post-accident. L'examineur lui rappelle que son évaluation concerne ses capacités avant l'accident mais ceci tempère peu la positivité de ses réponses. Lorsqu'il affirme pouvoir aborder des sujets complexes, appeler un inconnu et transmettre un message téléphonique, il s'avère au travers des activités menées ultérieurement en séances qu'il est en difficulté pour ces situations. Il en est de même pour la manipulation d'argent. Du point de vue de l'examineur, les réponses de Mr F. à l'ECVB sont plus objectives. Il est également intéressant de noter, sur le plan de la personnalité, que les évaluations portées par Mr F. sont pour la plupart en-deçà de celles de Mr B. alors que leurs commentaires peuvent être similaires.

Concernant les facteurs environnementaux, l'agrammatisme de Mr F. à T.1 ne semblait pas gêner significativement son épouse mais à T2 ceci est perçu par elle comme très gênant alors qu'il a progressé. Il est probable que ce sentiment s'explique par l'amélioration de la santé de Mr F. entre T1 et T2. A T1 le couple était très inquiet, Mr F. se plaignait de maux de tête et ils craignaient une nouvelle intervention chirurgicale. Les préoccupations de Mme F. étaient donc tout autre à T1.

Il est à souligner par ailleurs le manque d'outils adaptés pour l'évaluation objective de la communication de sujets aphasiques avec atteinte modérée. Plus les troubles sont fins plus la nécessité d'utiliser des outils sensibles s'impose pour pouvoir évaluer les variables selon un nombre suffisant de degrés.

Et enfin, les évaluations ont été effectuées par la personne en charge de réaliser les séances en binôme, de plus une partie de nos résultats reposent sur nos observations cliniques ce qui peut remettre en cause l'objectivité de ces résultats. Pour éviter ce biais, il aurait fallu une personne

neutre pour procéder aux évaluations et à l'analyse clinique des séances mais cela représentait un investissement en temps conséquent de la part d'un orthophoniste et cette condition n'a pas pu être appliquée.

3. Présentation des résultats au regard des hypothèses

Hypothèse 1 : Les interactions au sein de la dyade et l'émulation sont propices à l'amélioration des compétences communicationnelles.

Pour les deux patients ayant participé à l'étude cette hypothèse est validée avec réserve. L'épreuve de discussion montre une progression de 23 points pour Mr B. et 21 points pour Mr F. ainsi qu'une amélioration aux épreuves de logique et raisonnement du BDAE. L'analyse qualitative de la prise en charge confirme ces résultats.

Hypothèse 2 : Une prise en charge en binôme permet des situations d'échange avec un pair, cette approche écologique facilite le processus de généralisation des acquis dans la vie quotidienne.

Cette hypothèse est validée avec réserve. Les scores à l'ECVB (hors lecture et écriture) ont progressé de 7 points pour Mr B. et 17 points pour Mr F., leur appréciation quant à leurs capacités de communication a évolué positivement. Ce ressenti est partagé par leurs épouses et leur entourage, informations recueillies via le Questionnaire à la famille du TLC.

Nous avons validé les deux premières hypothèses « avec réserve » pour plusieurs raisons :

- Une étude de Pierdait et al. (2006), cherchant à évaluer l'impact du groupe sur les compétences communicationnelles, a montré une évolution des scores ECVB pour six patients sur sept. Les auteurs soulignent toutefois les précautions à prendre quant à l'interprétation de ces résultats puisque l'évolution de la communication est obligatoirement multifactorielle.
- Nombre de facteurs peuvent intervenir, notamment la récupération spontanée, la stimulation effectuée dans le cadre des prises en charge rééducatives en dehors des séances en binôme et la stimulation via l'entourage amical et familial.

Hypothèse 3 : Une prise en charge en binôme comporte un intérêt psychosocial, expérimenter ses capacités de communication vis-à-vis d'un pair favorise le développement de la confiance en soi et son engagement dans la communication.

Cette hypothèse est partiellement validée. Pour chacun des patients, les scores à l'ECVB pour les Relations sociales ont augmenté de deux points notamment en raison de la progression des sorties. Concernant la confiance en soi et l'engagement dans la conversation les patients affirment qu'elle reste la même, si ce n'est pour Mr F. qui pense pouvoir plus facilement initier une conversation avec des inconnus. Mr F. a repris durant le protocole une activité qu'il pratiquait auparavant, il retrouve des amis avec qui il joue à la pétanque. Quant à Mr B. il reçoit fréquemment la visite de ses amis tout autant qu'avant le protocole.

Hypothèse 4 : Une prise en charge en binôme aide le patient à se décentrer de ses propres difficultés.

Cette hypothèse est validée dans la limite de la valeur subjective de nos évaluations. Les deux patients relatent que la prise en charge en binôme leur a permis de se décentrer de leurs difficultés langagières et de prendre du recul par rapport à leurs autres handicaps, notamment moteurs. Par ailleurs l'analyse qualitative a révélé des modifications comportementales quant à la décentration de soi et la prise en compte de l'autre.

4. Spécificités de la prise en charge en binôme

La pratique en binôme s'inscrit dans la prise en charge de groupe. La dyade étant l'unité sociale minimum, elle permet une approche écologique et apporte une dimension psychosociale.

Les spécificités du fonctionnement en binôme portent sur la relation étroite entre les deux protagonistes, selon la nature des liens instaurés le rapprochement peut engendrer une dynamique d'émulation et de motivation. L'engagement dans la rééducation devient un travail d'équipe avec un pair où s'instaure de manière implicite le sentiment de responsabilité et par conséquent un rôle social vis-à-vis d'autrui. Deux rendez-vous ont été manqués par les patients, ceux-ci s'en sont excusés expressément auprès de leur partenaire, conscients de leur rôle, leur présence est indispensable pour le fonctionnement du binôme. On retrouve ici encore la notion de « *contrat pédagogique* » implicite entre deux partenaires (Buttet-Sovilla, 1999).

Pour le bon fonctionnement d'une prise en charge en binôme, **un élément primordial est l'adéquation entre les patients sur le plan affectif**. Le cas contraire constitue une limite pour ce type de prise en charge. Aussi nous avons informé les personnes qu'elles pouvaient à tout moment **cesser la prise en charge en binôme sans nécessité d'en justifier la raison**. Mais en revanche une relation trop « forte » pourrait-elle engendrer des conséquences nuisibles pour les patients ? Par exemple un état de dépendance qui puisse mettre à mal l'un des patients voire les deux patients à l'issue de la prise en charge en binôme. De plus, bien que l'enthousiasme de nos patients pour cette prise en charge ait été confirmé par leur entourage, il peut être envisagé qu'au bout d'un certain temps l'émulation et la motivation s'émoussent et fassent place à la routine ce qui annihilerait les bénéfices observés dans le cadre de la présente étude. L'effet de la durée est moindre pour les prises en charge dites de groupe car, pour les groupes ouverts, la composition peut changer au gré des départs et arrivées des participants, or le binôme constitue un groupe fermé.

Au vu de ces considérations nous pensons qu'**il est souhaitable d'inscrire la prise en charge en binôme dans un cadre temporel défini au préalable avec les patients**.

En outre, il serait à évaluer quel est le risque qu'une relation délétère puisse s'établir sans qu'elle ne soit identifiée par le thérapeute. Tout comme pour les prises en charge individuelles ou en groupe, il est de la responsabilité de l'orthophoniste de veiller au bien être des patients.

En effet, en situation de binôme, nous craignons de potentielles **influences négatives quant à « l'effet miroir »**. Travailler régulièrement avec un patient signifie être face à une personne déficiente qui peut nous renvoyer en permanence nos propres difficultés. Ce processus ne s'est pas opéré avec nos patients. Tous deux ont une atteinte de leurs capacités communicationnelles engendrant une restriction de participation semblable. Par contre, Mr F. a une paralysie du membre gauche supérieur alors que Mr B. est tétraparétique, ceci peut susciter le sentiment pour l'un d'être moins diminué mais pour l'autre cela peut constituer un rappel prégnant de son degré d'infirmité. Ce que nous pouvons affirmer c'est que Mr. F. a mentionné, en citant les points positifs apportés par son partenaire, le fait d'avoir pris du recul par rapport à son handicap, se disant qu'il avait la chance de marcher. Ils ont par ailleurs abordé cette question ouvertement lors de leurs échanges, Mr B. disant à Mr F. « *t'as du pot !* ». Mr F., pour sa part, a particulièrement motivé Mr B. quant aux bienfaits de la kinésithérapie, Mr B. se montrant parfois désabusé. Mr F. et Mr B. se sont apporté un soutien inconditionnel dès lors que l'un deux exprimait des réflexions, des questionnements quant à leurs difficultés. Ils n'hésitaient pas à donner leur point de vue voire à prodiguer des conseils. Ceci confirme les dires de Buttet-Sovilla (1999), le groupe **favorise l'acceptation du handicap, l'entraide et le soutien mutuel**, et ce à notre avis de manière plus accentuée dans le cadre du binôme en raison des liens étroits qui peuvent se tisser entre les deux partenaires.

Lorsque la complicité et le respect constituent le socle de la relation du binôme nous pensons que cela ouvre une dimension de communication nouvelle. La proximité entre les personnes constituant le binôme permet de s'exprimer sans faux semblant, d'égal à égal, dans un esprit d'entraide. Ceci a été souligné à plusieurs reprises par nos patients évoquant « *de vrais échanges* », « *des échanges naturels* ». Nous pensons que cette relation influe sur la prise en compte des remarques de l'autre. Un exemple frappant pour illustrer notre propos est le suivant. Mr. B, lors d'une activité, se met à digresser et monopoliser la parole. Mr F. le regarde, attends puis lui dit en mimant la personne énervée « *Mais on s'en fout de ça ! Tu fais ch... à la fin ! je dois juste te transmettre un message !* » et là fou-rire général ! Généralement, du fait du handicap de la personne, la diplomatie est de rigueur pour lui exprimer nos

remarques. Là, le jeu de rôle dans le cadre d'une relation symétrique, a fait exprimer autrement les choses (Mr F. n'avait pas pour habitude de parler ainsi). Notre propos n'est pas d'encourager le langage châtié pour être plus percutant mais nous pensons que pour les patients se trouvant en binôme il y a une injonction plus ou moins consciente de réussite. Et il nous a semblé que Mr B., soucieux d'être compétent auprès de Mr F., s'est attaché à canaliser ses persévérations et digressions. **Encore faut-il que le patient puisse s'ajuster**, pour Mr B. cela s'est produit.

Le binôme favorise donc une relation proche entre pairs et permet, sous réserve qu'il y ait empathie de part et d'autre, d'établir une relation permettant d'aborder des sujets sensibles. Les échanges respectifs sur leurs accidents et leurs conséquences, la confrontation de leurs points de vue quant à l'acceptation des déficiences et leur volonté commune de s'investir dans la prise en charge ont engendré une **prise en compte de l'autre qui a opéré des changements personnels**. Mr F. dit que son partenaire lui a fait « *porter un regard autre sur ses difficultés* ». Par ailleurs, cette prise en compte de l'autre, sur le plan communicationnel, a suscité des efforts notables pour être à chaque séance le plus performant possible face à son partenaire.

Concernant les capacités et incapacités des sujets, la comparaison avec l'autre en binôme s'opère de la même manière qu'au sein d'un groupe plus conséquent. Toutefois il nous paraît **essentiel, pour le bon fonctionnement du binôme, que les patients aient un niveau proche en termes de compétences**, bien que leurs atteintes ne soient pas nécessairement les mêmes. L'intérêt du fonctionnement en binôme ce sont les interactions dyadiques fructueuses. Un décalage trop important des compétences engendrerait une relation asymétrique, ce qui n'est pas le but recherché pour une émulation réciproque. Si les aptitudes respectives des patients ne permettent pas une interaction de qualité et si l'équilibre entre la position des patients n'est pas respecté, ces facteurs constituent une limite au bon fonctionnement du binôme et peuvent, dans le cas de l'asymétrie, engendrer une altération de l'image de soi.

Une autre spécificité du binôme est de pouvoir **positionner le patient en interaction de guidage**, voire en tuteur selon les compétences de chacun. Nous avons constaté que cette situation a été très motivante pour nos patients, les patients sont investis d'une responsabilité face à leur pair. Par ailleurs, nous pensons que la progression des patients, notamment

concernant l'organisation de leur discours, peut résulter de l'effet tuteur décrit par Guichard (2009), le tutorat mobilisant des processus cognitifs et métacognitifs. Nous recommandons de préparer ce type d'activité en amont lors d'une séance en individuel de manière à ce que les patients puissent expérimenter les tâches qu'ils devront ensuite faire faire à leur binôme. La relation étant symétrique, les deux patients se trouvent à tour de rôle en position de tuteur aussi il n'y a pas d'effet dominant/dominé.

La principale limite à la mise en place de séances en binôme en orthophonie a trait à la nécessaire adéquation entre les patients, tant sur le plan affectif que sur le plan des compétences. L'orthophoniste, que ce soit en structure ou encore plus, en cabinet libéral, n'a pas forcément deux patients « appariables » au même moment. Un autre frein à cette pratique, en exercice libéral, est la tarification des actes qui n'est pas adaptée à ce type de prise en charge.

Pour conclure sur la prise en charge effectuée, nous reprendrons des points extraits d'une étude de Grohn et al. (2012). Cette étude présente les éléments qui facilitent la vie avec l'aphasie, ces éléments recueillis auprès de 15 personnes aphasiques à moins de trois mois de l'accident nous semblent prépondérants à tout moment de la prise en charge.

Parmi les différents points évoqués dans cette étude, voici ceux en lien avec ce que nous avons observé au cours de la prise en charge en binôme :

S'engager activement dans sa réhabilitation de manière autonome.

Etre responsable de soi, garder le contrôle sur sa vie avec une attitude positive.

Faire des choses qui ont du sens et qui procurent un but précis.

Echanger avec d'autres patients apporte un support émotionnel, une source de motivation et d'encouragement.

Au regard de nos observations pour la présente expérimentation nous considérons que la prise en charge orthophonique en binôme avec des patients aphasiques répond à l'ensemble des points évoqués ci-dessus. Le statut donné aux patients via les interactions coopératives et de guidage leur confère un rôle social fort, ils interviennent dans la rééducation du partenaire et ce de manière plus marquée qu'en participant à une prise en charge de groupe. Ce statut influe sur leur engagement dans la rééducation, sur leur sentiment d'utilité et renforce les besoins identitaires en matière de reconnaissance.

Cette prise en charge a participé à une évolution des compétences communicationnelles des patients dans un contexte stimulant et agréable de par la relation qui s'est instaurée entre les partenaires. Comme nous l'avons déjà précisé l'interprétation des résultats est à nuancer, toutefois nos patients ont confirmé les dires de Fuchs et al. (2000) : la participation, l'aide, la coopération et la qualité des échanges est plus importante au sein de la dyade que dans un groupe.

Les appréciations des deux patients concernant la mise en situation en binôme nous conforte quant au caractère attractif de cette prise en charge, sous réserve que cela corresponde à leurs attentes et qu'il y ait adéquation entre les personnes.

5. Perspectives dans le champ de l'orthophonie

Cette étude, à visée exploratoire, s'inscrit dans la recherche liée aux pratiques professionnelles en orthophonie.

Plusieurs études ont été consacrées à la prise en charge de groupe mais aucune n'a pu valider réellement son efficacité. Toutefois cette approche pragmatique est utilisée pour de nombreuses pathologies (troubles neurologiques, maladies neurodégénératives, rééducation de la voix, bégaiement, troubles du développement) et a montré divers bénéfices selon les cas étudiés.

Les orthophonistes sont de plus en plus appelés à prendre en compte les issues sociales pour la prise en charge des personnes aphasiques. La prise en charge en binôme, de par les interactions coopératives et de guidage, répond aux besoins fondamentaux propres à chaque individu que sont les besoins de compétence (interagir efficacement avec l'environnement) et le besoin d'appartenance sociale. Ces besoins sont à la source de la motivation intrinsèque. Ainsi, tout comme pour le « grand » groupe, une prise en charge en binôme de personnes aphasiques permet d'exercer les compétences communicationnelles et d'agir sur les conséquences fonctionnelles de l'aphasie. Le binôme offre ainsi la possibilité d'une approche rééducative fonctionnelle, stimulation ouverte au travers des interactions entre pairs dans une situation écologique et il offre de surcroît la possibilité d'une approche rééducative formelle, généralement réservée aux séances en individuel, avec un contenu d'apprentissage précis, conscient et structuré.

La différence entre prise en charge individuelle, en binôme ou en grand groupe repose sur la nature des interactions. Sur le plan de la relation, elle est asymétrique en prise en charge individuelle, symétrique ou quasi symétrique en binôme et plus ou moins symétrique en grand groupe selon le profil des participants. Nous pensons que ces configurations démultiplient les situations de travail possibles et peuvent permettre ainsi à l'orthophoniste d'aborder un même axe thérapeutique dans des situations différentes ou encore de préférer l'une ou l'autre des situations en fonction de l'axe travaillé et du profil du patient.

Selon les pathologies et les capacités des sujets, la prise en charge en binôme nous semble notamment appropriée pour des personnes avec troubles cognitifs fins et pour des personnes atteintes de maladies chroniques en vue de dynamiser leur prise en charge et proposer une approche où le patient est acteur vis-à-vis d'un pair. Ce peut être également une alternative pour des patients qui ne sont pas prêts à intégrer un groupe et initier ainsi un réengagement social. Ou encore, pour des patients plus jeunes, ce peut être un moyen de favoriser les apprentissages implicites.

Le rôle de l'orthophoniste, tout comme pour un « grand » groupe est celui de régulateur, il doit s'effacer le plus possible lors des activités pour laisser place aux interactions entre les deux patients. Pour les séances en binôme que nous avons effectuées, l'orthophoniste accueille les patients, elle présente l'activité à réaliser et les consignes pour les activités

coopératives, ou, pour les activités avec tutorat de guidage, elle invite le patient tuteur à expliquer l'activité au partenaire (travail expérimenté au préalable en séance individuelle). Une fois l'activité démarrée, l'orthophoniste se met en retrait et note les interactions observées et ses commentaires. A l'issue de l'activité, en vue de mettre les patients dans une posture réflexive, il peut leur être demandé d'apprécier si leurs échanges ont été efficaces et s'ils sont parvenus selon eux à atteindre l'objectif fixé. Il peut leur être demandé également de souligner les points, chez eux et chez le partenaire, qu'ils ont trouvé performants ou moins performants. L'orthophoniste doit veiller à ce que ces observations soient bénéfiques de manière bilatérale, les apports doivent être constructifs et s'effectuer dans un climat de bienveillance. Puis, l'orthophoniste rapporte ses propres observations.

Lors des premières séances, l'orthophoniste a dû intervenir au cours des activités lorsqu'elle a jugé que les patients s'égarait (en déviant des objectifs) ou stagnaient (en répétant les mêmes informations sans faculté d'enrichir les échanges). Pour ces cas de figure, l'intervention de l'orthophoniste ne doit pas être prématurée, il est intéressant de laisser le temps aux patients dans le cas où l'un d'eux en prendrait conscience et voir s'il parviendrait à agir en conséquence.

Eléments clés pour une prise en charge en binôme dans le cadre de la pratique orthophonique : il apparaît que le fonctionnement en binôme peut être adapté pour deux patients dont les compétences permettent, de manière réciproque, des interactions bénéfiques. Nous pensons que la périodicité hebdomadaire est pertinente pour proposer un rendez-vous régulier, le nombre de séances et la durée du protocole étant à déterminer selon les objectifs thérapeutiques. Il en est de même pour le matériel, celui-ci est à définir en fonction des axes thérapeutiques à travailler et des intérêts des patients. Comme pour les séances individuelles, l'élaboration du contenu des séances nécessite du sur-mesure. Il est intéressant, selon les possibilités des patients, d'opter pour des interactions coopératives et/ou des interactions de tutorat. Une séance préparatoire en individuel peut être nécessaire en fonction de la complexité des activités. Et enfin, comme l'a souligné l'un de nos patients, le fonctionnement en binôme est une opportunité pour réhabiliter le patient en tant qu'individu, lui conférer un rôle social vis-à-vis d'autrui au travers de situations concrètes ancrées dans la vie réelle.

CONCLUSION

La littérature en aphasie plébiscite, pour la prise en charge des troubles communicationnels, des situations authentiques centrées sur la participation sociale. Le philosophe Klein (2011) appelle plus généralement, dans le domaine de l'orthophonie, à « *mettre l'accent sur les apports des sciences humaines et sociales pour le développement d'un regard critique sur la pratique orthophonique et la valorisation du modèle psychosocial* ».

Aussi, il nous a paru intéressant d'expérimenter une prise en charge en binôme pour discerner en quoi le binôme peut répondre à ces besoins, en quoi il se distingue du « grand » groupe, quels peuvent être les intérêts et les limites. Dans le champ de l'orthophonie, les études que nous avons identifiées consacrées à des dyades concernent soit le patient aphasique et son aidant soit l'interaction mère/enfant.

Pour deux patients aphasiques, pris en charge en binôme, notre étude a montré une évolution des compétences communicationnelles sans toutefois pouvoir objectiver le réel impact de la situation en binôme sur leurs améliorations. Notre expérimentation, de par son approche empirique, n'a pas de valeur scientifique mais témoigne d'une expérience dont le but est d'apporter un éclairage sur une pratique professionnelle qui selon nous mériterait de se développer.

Comme nous l'avons montré, la position de l'individu au sein d'un groupe de deux personnes n'est pas la même qu'au sein d'un grand groupe. La prise en charge en binôme s'apparente à la prise en charge de groupe mais permet de mettre en place des activités rééducatives propres au fonctionnement en dyade, entre pairs. Aussi nous considérons que la prise en charge en binôme est complémentaire aux prises en charge individuelles et de groupe. Elle peut permettre de généraliser et/ou d'entretenir des notions travaillées en séances individuelles, elle peut également constituer une passerelle vers le groupe.

Nous pensons que les bénéfices identifiés lors de notre expérimentation sont transposables à d'autres pathologies, à d'autres classes d'âge voire même en « appariant » des personnes avec des pathologies différentes, dès lors que les patients sont en mesure d'apporter une complémentarité de manière sensiblement égale. Mais ceci reste à étudier.

Ce travail ouvre la discussion sur les potentiels apports et limites d'une prise en charge en binôme. Toutefois, pour mieux comprendre ce qui se joue au travers des interactions, il mériterait que les mécanismes propres aux prises en charge orthophoniques, individuelles et de groupe, soient étudiés au regard des aspects psychosociaux et des sciences cognitives en vue de développer les pratiques.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	6
Chapitre I CONTEXTE THEORIQUE.....	8
1. La Communication	9
1.1. La communication : modèles et approches pragmatiques	9
1.2. La communication verbale et non verbale	12
1.3. Communication et neurones miroirs	13
2. Aphasie, les troubles de la communication et les thérapies	14
2.1. Aphasie, langage et communication	14
2.2. Les troubles de la communication chez la personne aphasique.....	15
2.3. Dépression et qualité de vie	16
2.4. Participation sociale de la personne aphasique	17
2.5. CIF, activité et participation	18
2.6. Différentes approches thérapeutiques en orthophonie.....	20
2.7. Zoom sur les thérapies de groupe	22
3. Apports de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et des sciences de l'éducation	25
3.1. L'interaction sociale.....	25
3.2. Apprentissage, constructivisme et socio-constructivisme	26
3.3. La facilitation-inhibition sociale et la comparaison sociale.....	29
3.4. L'interaction coopérative et/ou collaborative	30
3.5. L'interaction de tutorat ou de guidage	32
Chapitre II PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE	34
1. Objectif, problématique et hypothèses.....	35
1.1 Objectif et problématique	35
1.2 Hypothèses	36
2. Méthodologie	37
2.1. Présentation du protocole.....	37
2.2. Contenu des séances	37

2.3. Matériel pour l'évaluation.....	39
2.4. Critères pour le recrutement de la population.....	44
Chapitre III RESULTATS	45
1. Préambule.....	46
2. Présentation de la population de l'étude.....	47
3. Résultats à l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux	48
4. Résultats aux épreuves BDAE	49
5. Résultats à l'épreuve de discussion	50
6. Comparaison des résultats ECVB – BDAE – EPREUVE DE DISCUSSION.....	52
7. Questionnaire TLC destiné à la famille	54
8. Questionnaire patient : évaluation de la prise en charge	56
9. Résultats issues des observations cliniques.....	61
Chapitre IV DISCUSSION	66
1. Analyse qualitative des séances en binôme.....	67
2. Intérêts et limites de notre protocole.....	70
2.1. Contenu de la prise en charge	70
2.2. Population	70
2.3. Matériel	71
3. Présentation des résultats au regard des hypothèses.....	73
4. Spécificités de la prise en charge en binôme.....	75
5. Perspectives dans le champ de l'orthophonie.....	79
CONCLUSION.....	82
TABLE DES MATIERES	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	86
ANNEXES.....	92
Annexe 1 - Descriptif des séances et des activités	93
Annexe 2 – Grille d'évaluation Epreuve de discussion	96
Annexe 3 – Questionnaire patient : Evaluation de la prise en charge en binôme	97
Annexe 4 – Grille observations séances en binôme	98

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARBIB, M.A. (2012). How the brain got language: The mirror system hypothesis. New-York. University Press.
- AUSTIN, J.L. (1962). How do things with words. Oxford University Press.
- BAUDRIT, A. (2007). L'apprentissage coopératif : origines et évolutions d'une méthode pédagogique. De Boeck 2007, 78 - 84.
- BENAIM C., LORAIN C., PELISSIER J., DESNUELLE C. (2007). Dépression, qualité de vie et aphasie in Aphasies et aphasiques. Masson.
- BLOM JOHANSSON, M., CARLSSON, M., SONNANDER, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. International Journal of Language & Communication Disorders, 47(2), 144–155.
- BLUMEN H, STERN Y. (2010). Short-term and long-term collaboration benefits on individual recall in younger and older adults. Memory & Cognition, 39(1), 147-154.
- BOURGEOIS, E., NIZET, J. (1997). Apprentissage et formation des adultes. Paris, PUF.
- BOURGEOIS, E., (2003). L'adulte, un être en développement. Former, se former, se transformer, Sciences Humaines, hors-série, 40.
- BRACOPS, M., (2010). Introduction à la pragmatique. De Boeck-Duculot.
- BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V. (2011). Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues : Ortho édition.
- BROOKSHIRE, R. H. (2007). Introduction to Neurogenic Communication Disorders. St. Louis, MO: Mosby, Elsevier.
- BUTERA, F., BUCHS, C. (2005). Reasoning together: from focusing to decentering. In Girotto, V., Johnson-Laird, P. N., The shape of reason, UK : Psychology Press, 193-203.
- BUTTET SOVILLA , J. (1997). Les thérapies de groupe. In Eustache F, Lambert J, Viader F. Rééducations neuropsychologiques. Bruxelles: De Boeck, 97-123.
- BUTTET SOVILLA , J. (1999). Les thérapies de groupe en aphasiologie. Rééducation orthophonique, 198, 132-135.
- BUUNK, A. P., COHEN-SCHOTANUS, J., VAN NEK, R. H. (2007). Why and how people engage in social comparison while learning social skills in groups. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 11(3), 140 152.
- CHI, M. T. H., SILER, S., JEONG, H., YAMAUCHI, T., HAUSMANN, R. G. (2001). Learning from human tutoring. Cognitive Science, 25, 471–533.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I. (2010). Les aphasies : évaluation et rééducation. Masson.

CRUICE, M., WORRALL, L., HICKSON, L. AND MURISON, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17, 333–353.

DALEMANS, R., DE WITTE, L., WADE, D., VAN DEN HEUVEL, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537–550.

DALEMANS, R., DE WITTE, L., WADE, D., VAN DEN HEUVEL, W., BEURSKENS, A. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(20): 1678–1685

DARRIGRAND, B., MAZAUX, J.M. (2000). Echelle de Communication Verbale de Bordeaux : ECVB. Ortho édition.

DAVIET, J.-C, MULLER, F., STUIT, A., DARRIGRAND, B., MAZAUX, J.-M. (2007). Communication et aphasie. In J.-M MAZAUX, P. PRADAT-DIEHL ET V. BRUN. *Aphasies et aphasiques*, 76-86, Paris : Masson.

DE VILLIERS, J.G., DE VILLIERS, P.A. (2014). The role of language in theory of mind development. In *Language Disorders*, 34(4), 313-328, Lippincott Williams & Wilkins.

DE WECK, G. (2005). L'approche interactionniste en orthophonie/logopédie. *Rééducation Orthophonique*, 221, 80.

DEKA, S., DRUELLE, H., ICHE, A., (2007). Le PTECCA : élaboration d'un protocole d'évaluation écosystémique de la communication du couple aphasique. *Mémoire d'orthophonie*, Université Toulouse 3.

DELACOURT, A., LEFEUVRE, M., ROUSSEAUX, M., WYRZYKOWSKI, N. (2001). T.L.C. - Test Lillois de Communication. Ortho édition.

DESGRANGES, B., LAISNEY, M., BON, L., DUVAL, MONDOU, A., BEJANIN, A., FLISS, R., BEAUNIEUX, H., EUSTACHE, F. (2012). TOM-15 : Une épreuve de fausses croyances pour évaluer la théorie de l'esprit cognitive. *Revue de Neuropsychologie*, 216-220.

DOISE, W., MUGNY, G. (1981). *Le Développement Social de l'intelligence*. InterEditions, Paris.

DROZDA-SENKOWSKA, E., DUBOIS, N., MOLLARET, P., (2010). *Psychologie sociale*. Presses universitaires de France.

FESTINGER, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.

FONSECA, R., GARCIA-MARQUES, T. (2013). Back to Basics: Socially Facilitated Situated Cognition. *Social Cognition*, 31(2), 147–161.

FOULIN, J.N., MOUCHON, S. (2005). *Psychologie de l'éducation*. Nathan.

FUCHS, L. S., FUCHS, D., KAZDAN, S., KARNS, K., CALHOON, M. B., HAMLETT, C. L., HEWLETT, S. (2000). Effects of workgroup structure and size on student productivity during collaborative work on complex tasks. *The Elementary School Journal*, 100(3), 183-212

GALLESE, V., (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-176.

GALLETTA, E. E., BARRETT, A. M. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(2), 114-120.

GOFFMAN, E. (1973). *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, Minuit.

GONZALEZ, I., PELAGE, F., ENGELHARDT, M. (2014). Prise en charge orthophonique des troubles de la communication auprès de la personne aphasique : la place et les prises en charge de groupe. In MAZAUX, J-M., De BOISSEZON, X., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier : Sauramps Medical.

GRACIANO, O. 2013. Entraînement sur des scripts de communication à l'aide de la réalité virtuelle chez deux patients aphasiques. *Mémoire d'orthophonie*. Université Victor Segalen Bordeaux 2.

GRICE, H.P. (1989). *Studies in the Way of Words*. Harvard University Press.

GROHN B, WORRALL LE, SIMMONS-MACKIE N, BROWN K. (2012). The first 3-months post-stroke: what facilitates successfully living with aphasia ? *International journal of speech-language pathology* 14(4):390-400.

GUICHARD, D., (2009). Le tutorat et l'effet tuteur à l'école élémentaire. *Carrefours de l'éducation* 1, 27, 19-35.

HALLÉ, M.-C., LE DORZE, G., MINGANT, A. (2014). Speech-language therapists' process of including significant others in aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, Royal College of Speech & Language Therapists, 49(6), 748-760.

HELM-ESTABROOKS, N., ALBERT, M.L. (2003). *Manual of Aphasia Therapy*, 2e édition. Austin : Pro-Ed.

HOPPER, T., HOLLAND. A., (2005). Aphasia and Learning in Adults Key Concepts and Clinical Considerations. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Vol. 21, 4, 315-322.

ISENBERG, S., (2013). Learning Needs of Adults With Aphasia After Stroke. Presented at the 32nd Annual Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Lindenwood University, St. Charles, USA, September 20-21, 2013

JAKOBSON, R.O. (1963) *Essais de linguistique générale* (1 et 2). Paris, Éditions de Minuit.

JOANETTE Y., COT F., CYR-STAFFORD C., HUBERT M, LAFOND D., LEMAY A, LECOURS, A.R. (1987). Intervention orthophonique auprès des aphasiques In BOTEZ, M.I., *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, Montréal : Presses universitaires 383-393.

- JOHANNSEN-HORBACH M., WENZ, C., FUNFGELD, M., HERRMANN, M. WALLECH, C., (1991). Psychosocial aspects in the treatment of adult aphasics and their families – a group approach, in FORBES, M., HOLLAND, A.,. Aphasia, a world perspective. San Diego, Singular.
- KATZ, S. (2013). A tutoring system that simulates the highly interactive nature of human tutoring. *Journal of Educational Psychology*, 105(4), US: American Psychological Association, 1126-1141.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1980). *L'énonciation : de la subjectivité dans le langage*. Paris, Armand Colin.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. (2005). *Le discours en interaction*. Paris, Armand Colin, 17.
- KLEIN, A., (2011). Approche philosophique de l'éthique en orthophonie. Un plaidoyer pour une discipline orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 247, 7-24
- LANYON LE, ROSE ML, WORRALL L., (2013). The efficacy of outpatient and community-based aphasia group interventions: a systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2013; 15(4): 359–374
- LETOURNEAU P.-Y. (1991). Conséquences psychologiques de l'aphasie. In PONZIO J., LAFOND D., DEGIOVANI R., JOANETTE Y (1991). *L'aphasique*, Québec, Edisem.
- LIN, H. C., WU, C. H., HSUEH, Y. P. (2014), The Influence of Using Affective Tutoring System in Accounting Remedial Instruction on Learning Performance and Usability, *Computers in Human Behavior*. 514-522.
- LUCOT, C. , KOLECK, M., LAURENT, K., DARRIGRAND, B., BORDES, J., JOSEPH, P.-A., DEHAIL, P., MAZAUX, J.-M. (2013). La qualité de la vie des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 43-44.
- MAZAUX, J.M., PRADT-DIEHL, P. et BRUN, V. (2007). *Aphasies et Aphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- MAZAUX J.M, 2008. Aphasie. Evolution des concepts, évaluation et rééducation. *DES Médecine Physique et de Réadaptation, Module Neuropsychologie, Cofemer*.
- MAZAUX, J.M., DE BOISSEZON, X., PRADAT-DIEHL, P., BRUN, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps Médical.
- MOLINIER, P. (2012). *L'identité en psychologie sociale : des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris, Armand Colin.
- MUKAMEL R., EKSTROM AD, KAPLAN J, IACOBONI M, FRIED I. (2010). Single-neuron responses in humans during execution and observation of actions. *Current Biology*. 27;20(8):750-6
- NESPOULOUS, J.L. (1996). Les stratégies palliatives de l'aphasie. *Rééducation orthophonique*, 188, 423-425.

- NIZET, J., RIGAUX, N., (2005). La sociologie de Erving Goffman, Paris, La Découverte, rééd. 2014.
- PARR S. (2001). Psychosocial aspects of aphasia: whose perspectives ? *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 53(5), 266-288.
- PERRET-CLERMONT, A.N., NICOLET, M. (2001). *Interagir et Connaître*, L'Harmattan, Paris, 27.
- PIERDAIT, P., STROEBEL, V., TRIGER, F., FONTAINE, A. ET GOURLAN, A. (2006). Aphasiques, le groupe joue le rôle de tremplin. *Orthomagazine*, 67, 34-37.
- RIZZOLATTI, G. (2007). Les neurones miroirs. *Odile Jacob*, 10-11.
- SACCO, K., BUCCIARELLI, M. (2008). The role of cognitive and socio-cognitive conflict in learning to reason. *Mind & Society*, 7(1), 1-19
- SAUSSURE, F. (1916). *Cours de linguistique générale*, Payot, rééd. 1995.
- SCHALLER, J.J. (2008). Accompagner l'autre : une relation asymétrique symétrique. In AMISTANI, C., SCHALLER, J.J., *Accompagner la personne gravement handicapée, L'éducation spécialisée au quotidien*, 62.
- SCHLANGER, P.H., SCHLANGER, B.B. (1970). Adapting role-playing activities with aphasic patients. *The Journal of speech and hearing disorders* ; 35(3), 229-235.
- SEARLE, J. (1972). *Les Actes de langage. Essai de philosophie linguistique*. Paris, Hermann.
- SEMIN, G. R., CACIOPPO, J. T. (2009). From embodied representation to co-regulation. *Mirror neuron systems: The Role of Mirroring Processes in Social Cognition*, US: Humana Press, 107-120.
- SHACHAR, H., SHARAN, S. (1994). Talking, Relating, and Achieving: Effects of Cooperative Learning and Whole – Class Instruction. *Cognition and Instruction*, 12, 313-353.
- SHANNON C, WEAVER W., (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois press.
- SHEHATA, G. A., EL MISTIKAWI, T., RISHA, A. S. K., & HASSAN, H. S. (2014). The effect of aphasia upon personality traits, depression and anxiety among stroke patients. *Journal of Affective Disorders*, 172C:312-314.
- SIMMONS-MACKIE N, RAYMER A, ARMSTRONG E, HOLLAND A, CHERNEY LR., (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Physical Medicine Rehabilitation*, 91, 1814-1837.
- SMITH, W. P., SACHS, P. (1997). Social comparison and task prediction : Ability similarity and the use of a proxy. *British Journal of Social Psychology*, 36, 587–602.
- SPERBER, D., WILSON, D. (1989). *La pertinence. Communication et Cognition*. Editions de Minuit.

TRAVERSO V. (2009). L'analyse des conversations. Paris, Armand Colin, 5-41.

VYGOTSKY, L.S. (1985). Pensée et langage. Paris, Éditions Sociales, 21.

WAGSTAFF, G.F., WHEATCROFT, J., COLE, J., BRUNAS-WAGSTAFF, J., BLACKMORE, V., PILKINGTON, A. (2008). Some cognitive and neuropsychological aspects of social inhibition and facilitation. *European Journal Of Cognitive Psychology*, 20(4), 828-846.

WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J., JACKSON, Don D. (1979). Une logique de la communication. Paris : Seuil.

WEILL-CHOUNLAMOUNTRY, A., DE LARMINAT, E., LEMOINE, C., TESSIER, C., PRADAT-DIEHL, P. (2013). Etude de l'efficacité d'une thérapie intensive de l'aphasie chez un sujet francophone vivant à l'étranger. In *Entretiens d'Orthophonie*. Paris : Bichat, 63-72.

WIENER, N. (1950). Speech, language and learning. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 22, 696-697.

WINKIN Y. (2002). La nouvelle communication, Seuil, 13.

WINNYKAMEN, F. (1990). Apprendre en imitant, Paris, PUF.

ANNEXES

Annexe 1 - Descriptif des séances et des activités.

Annexe 2 – Grille d'évaluation Epreuve de discussion.

Annexe 3 – Questionnaire patient : Evaluation de la prise en charge en binôme.

Annexe 4 – Grille d'observations séances en binôme.

Annexe 1 - Descriptif des séances et des activités

PB = patient B - PF = patient F - IG =interaction de guidage - IC =interaction coopérative

Code	Activité	N° Séance	Descriptif
A binôme	Discussion Présentations	Séance 1 25/11/2014 PB +PF	10' Présentation du protocole de PEC. 15' A tour de rôle, les patients se présentent à leur partenaire.
B indiv	Discours argumentatif	Séance 2 25/11/2014 Indiv. PB	L'orthophoniste donne les consignes au patient, il doit appeler et convaincre le dentiste pour avoir un rdv dans la journée. Puis inversion des rôles, le patient donne la consigne et prendra le rôle du dentiste. <i>Synthèse avec le patient des arguments donnés par chaque protagoniste.</i>
B indiv	Discours argumentatif	Séance 2 25/11/2014 Indiv. PF	L'orthophoniste donne les consignes au patient, un réfrigérateur lui est livré, celui-ci est éraflé. Le patient appelle le service après-vente et devra tenter d'obtenir une remise de 20%. Puis inversion des rôles, le patient donne la consigne et prendra le rôle du service après-vente. <i>Synthèse avec le patient des arguments donnés par chaque protagoniste.</i>
B binôme IG	Discours argumentatif	Séance 3 2/12/2014 PB +PF	Le patient A donne les consignes au patient B pour jouer la situation « rdv dentiste ». Puis débriefing des 2 patients sur leur entretien. Le patient B donne les consignes au patient A pour jouer la situation « service après-vente ». Puis débriefing des 2 patients sur leur entretien. <i>Chaque patient doit évaluer le respect des consignes, la clarté des explications et la qualité de l'argumentation.</i>
C Binôme IC	Transmettre un message Téléphone	Séance 4 4/12/2014 PB +PF	L'orthophoniste donne des informations en aparté au patient A, le patient A doit ensuite transmettre le message au patient B. Puis l'orthophoniste donne des informations en aparté au patient B, le patient B doit ensuite transmettre le message au patient A. <i>Les patients doivent s'assurer de la compréhension et de la précision des informations transmises.</i>
D Binôme IC	Transmettre un message Téléphone	Séance 5 9/12/2014 PB +PF	L'orthophoniste donne des informations en aparté au patient A et d'autres informations en aparté au patient B. Le patient A devra ensuite transmettre son message au patient B. Puis au tour du patient B de transmettre son message au patient A. <i>Les patients doivent s'assurer de la compréhension et de la précision des informations transmises.</i>
E indiv	Discours procédural	Séance 6 9/12/2014 indiv PB	Le patient propose une action qu'il devra expliquer à son partenaire lors de la séance en binôme (une recette, un travail type bricolage ou autre). Elaboration du discours.
E indiv	Discours procédural	Séance 6 9/12/2014 indiv PF	Le patient propose une action qu'il devra expliquer à son partenaire lors de la séance en binôme (une recette, un travail type bricolage ou autre). Elaboration du discours.
E Binôme IC	Discours procédural	Séance 7 11/12/2014 PB + PF	A tour de rôle les patients exposent à leur partenaire les explications pour réaliser l'action choisie précédemment. <i>Les patients doivent s'assurer de la compréhension et de la précision des informations transmises.</i>

Code	Activité	N° Séance	Descriptif
F Binôme IC	Discours descriptif et narratif	Séance 8 16/12/2014 PB +PF	1) A tour de rôle les patients décrivent à leur partenaire leur habitation. Il est demandé de venir avec des photos pour vérifier ensuite l'informativité du discours. 2) Ecoute sketch (30'' à 1') puis le raconter à son partenaire. <i>Les patients doivent s'assurer auprès du partenaire de la clarté du discours et de son exhaustivité.</i>
G Indiv	Organisation et planification. Prise de rdv et négociation.	Séance 9 16/12/2014 Indiv PB	Le patient doit organiser le réveillon du jour de l'an. Identifier la liste des tâches à effectuer, leur chronologie, estimer les coûts par postes. Puis jeu de rôle avec l'orthophoniste : contacter une société proposant traiteur, DJ et salle. Selon un budget donné, négocier les prix et planification des rendez-vous. Puis l'orthophoniste joue le rôle de l'organisateur et le patient celui du prestataire.
G indiv		Séance 9 16/12/2014 Indiv PF	Même situation que ci-dessus.
G Binôme IC	Organisation et planification. Prise de rdv et négociation.	Séance 10 22/12/2014 PB +PF	Temps 1 : Identifier ensemble la liste des tâches à effectuer, planification, estimation des budgets puis répartition des rôles entre eux pour l'organisation. <i>Objectif pour les patients : identifier les tâches à effectuer, répartition des tâches.</i> Temps 2 : Jeu de rôle organisateur/prestataire : prise d'informations, renseignements à fournir, négociations et prises de rendez-vous. <i>Objectif pour les patients : organisation du discours, argumentation, planification.</i>
H Binôme IC	Discours argumentatif	Séance 11 23/12/2014 PB +PF	Choix thème pour discussion Pour ou Contre. Consignes : reformuler les propos du partenaire. Exprimer en quoi les arguments de l'autre sont convaincants ou pas. <i>Objectif pour les patients : définir ensemble les 5 arguments essentiels selon eux sur le sujet débattu.</i>
I indiv	Prise d'information et Manipulation d'argent	Séance 12 6/1/2015 Indiv PB	Mise en situation achat matériel de ski. Identifier les caractéristiques possibles du matériel et accessoires. Présentation de produits au patient par l'orthophoniste. Jeu de rôle. Le patient après s'être renseigné sur les caractéristiques des différents produits, procède aux achats demandés selon le budget dont il dispose, avec manipulation d'argent factice. Puis retour d'un article. Puis inversion des rôles : l'orthophoniste fait l'acheteur.
I indiv		Séance 12 6/1/2015 Indiv PF	Idem situation précédente. Achat/vente vélo et équipements.
I Binôme IG		Séance 13 6/1/2015 PB +PF	Les patients, à tour de rôle, donnent les consignes pour jouer ensemble l'activité vue précédemment lors de la séance préparatoire en individuel. Ils seront alternativement acheteur et vendeur. <i>Objectif pour les patients : Evaluer la clarté du discours et la richesse des informations transmises.</i>

Code	Activité	N° Séance	Descriptif
J Binôme IC	Discours narratif	Séance 14 PB +PF 7/1/2015	1) Raconter à tour de rôle à son partenaire une histoire, une anecdote, un film, un livre, ... Temps imparti de 5 minutes. 2) Ecoute sketch puis le raconter à son partenaire. <i>Objectif pour le patient : résumer ce qui lui a été exposé avec l'aide si besoin de son interlocuteur.</i>
K indiv	Prise d'information et Manipulation d'argent	Séance 15 13/1/2015 Indiv PB	Idem activité I du 6/1. Achat/vente appareil photo et accessoires.
K indiv		Séance 15 13/1/2015 Indiv PF	Idem activité I du 6/1. Achat/vente ordinateur et accessoires.
K Binôme IG		Séance 16 13/1/2015 PB +PF	Idem activité I du 6/1.
L Binôme IC	Transmettre un message - téléphone	Séance 17 14/1/2015 PB +PF	L'orthophoniste donne des informations en aparté au patient A, le patient A doit ensuite transmettre le message au patient B. Puis l'orthophoniste donne des informations en aparté au patient B, le patient B doit ensuite transmettre le message au patient A. (avec scénario du 9/12 (activité D) pour comparaison)
M indiv	Suivi d'une discussion rapide et complexe	Séance 18 20/1/2015 Indiv PB	Ecoute d'un sketch humoristique avec débit rapide et interférences possibles (A Caen les vacances - R.Devos) puis restitution libre puis réponse à des questions de compréhension. Analyse du texte avec l'orthophoniste.
M indiv		Séance 18 20/1/2015 Indiv PF	Ecoute d'un sketch humoristique avec débit rapide et interférences possibles (La mer démontée - R.Devos) puis restitution libre puis réponse à des questions de compréhension. Analyse du texte avec l'orthophoniste.
M Binôme IG & IC		Séance 19 20/1/2015 PB +PF	Le patient A expose au patient B l'activité : « nous allons écouter le sketch XX de R. Devos, il te sera demandé ensuite d'en faire un résumé ». La consigne pour le patient « tuteur » est ensuite de guider et d'accompagner son partenaire dans l'élaboration du résumé. Puis inversion des rôles. <i>Objectif pour le patient : résumer ce qui lui a été exposé avec l'aide si besoin de son interlocuteur.</i>
N Binôme IC	Discours argumentatif. Sujet abstrait	Séance 20 20/1/2015 PB +PF	Conversation sur un sujet d'actualité. Consignes : reformuler les propos du partenaire. Exprimer en quoi les arguments de l'autre sont convaincants ou pas. <i>Objectif pour les patients : définir ensemble les 5 arguments essentiels selon eux sur le sujet débattu.</i> (conversation qui sera comparée à celle du 23/12 - Activité H)

Annexe 2 – Grille d'évaluation Epreuve de discussion

(adaptée à partir du TLC – Test Lillois de Communication, 2001)

ATTENTION ET MOTIVATION A LA COMMUNICATION		0 ← déficient - adapté → 5	
	Note	Remarques	
Conduite de salutation			
Attention aux propos de l'interlocuteur (regard, posture, réponses verbales et non verbales)			
Investissement, engagement dans l'interaction (initiatives exprimant la volonté de communiquer)			
COMMUNICATION VERBALE		0 ← déficient - adapté → 5	
Compréhension verbale (nécessite répétitions, reformulation, simplifications)			
Débit (nombre de mot à la minute)			
Informativité et pertinence du discours			
Niveau lexical (troubles de l'évocation)			
Paraphasies			
Niveau syntaxique			
Niveau idéique et pragmatique (degré d'informativité, réponses développées)			
Maintien du thème de l'échange (digressions)			
Apport d'informations nouvelles (adaptées et rapport logique avec thème abordé)			
Apport de nouveaux thèmes (adaptées et rapport logique avec thème abordé)			
Organisation logique du discours (liens explicites ou implicites, chronologie)			
Discours adapté aux connaissances, à la compréhension de l'interlocuteur (capacité d'adaptation et réajustement du discours)			
Feed-back verbaux témoignant des difficultés de compréhension			
COMMUNICATION NON VERBALE			0 ← déficient - adapté → 5
Compréhension signes non verbaux (déictiques, gestes symboliques, mimes d'utilisation objets, actions, mimes formes objets, signes non verbaux évoquant état physique ou émotionnel)			
Expressivité émotionnelle et affective (gestes, expressions faciales, manifestations vocales, ...)			
Pragmatique interactionnelle (prosodie, regard régulateur, mimogestualité)			
Respect tours de parole			
Expressivité Lexicale (geste, regard, expressions faciales)			
Feedback non verbaux témoignant difficultés de compréhension (expressions faciales, hochement de tête)			
Réajustement du discours selon feedback non verbaux			
ATTITUDES		0 ← pas du tout - beaucoup → 5	
Centration sur soi			
Aisance conversationnelle			
Total			

Annexe 3 – Questionnaire patient :
Evaluation de la prise en charge en binôme

Niveaux de réponses de 0 à 5. NSP = ne sait pas.

	Mr. B	Mr. F
Satisfaction générale de la prise en charge en binôme		
Quel est votre degré de motivation à venir selon le type de séance ?		
Individuel		
Binôme		
Groupe		
Quel est votre niveau d'implication selon le type de séance ?		
Individuel		
Binôme		
Groupe		
Quel type de séance vous semble le plus fatigant ?		
Individuel		
Binôme		
Groupe		
En rééducation, vous êtes plus ou moins à l'aise dans quelle situation de communication ?		
Individuel		
Binôme		
Groupe		
La durée de la séance en binôme vous a paru...		
Trop longue		
Trop courte		
Adaptée		
Avez-vous eu des réticences à accepter la prise en charge en binôme ?		

Si vous comparez avant et après la prise en charge en binôme, comment considérez-vous les aspects suivants vous concernant ?

Choix de réponse : Progression - Pareil - Régression

	Mr. B	Mr. F
Expression		
Compréhension		
Maintien de l'attention		
Confiance en soi		
Initier une conversation /entourage		
Initier une conversation /inconnu(s)		
Suivre une discussion		

Choix de réponse : oui - non - NSP (ne sait pas)

	Mr. B	Mr. F
Vous êtes-vous senti « utile » envers votre partenaire ?		
Votre partenaire vous a-t-il apporté quelque chose de positif ?		
Votre partenaire vous a-t-il apporté quelque chose de négatif ?		
Pensez-vous que cette prise en charge, avec un « partenaire », a eu pour effet de vous décentrer de vos difficultés de communication ?		
Comparer vos compétences et vos difficultés à celles de votre partenaire, cela vous a-t-il gêné parfois ?		
Conseilleriez-vous ce type de prise en charge en complément de la prise en charge individuelle ?		
Souhaitez-vous apporter d'autres commentaires ?		

Annexe 4 – Grille observations séances en binôme

PATIENT :

Date :

Activité :

VERSANT EXPRESSIF

Fluence	① ② ③ ④ ⑤	.....
Informativité	① ② ③ ④ ⑤	.....
Organisation du discours	① ② ③ ④ ⑤	.....
Longueur des phrases	① ② ③ ④ ⑤	.....
Reformulation	① ② ③ ④ ⑤	.....
Adapte sa communication (articulation, débit, prosodie, ajout de gestes, écrit, ...)	① ② ③ ④ ⑤	..........
Adapte son attitude (écoute, laisse le temps, ...)	① ② ③ ④ ⑤	..........
Aide son partenaire (suggère, questionne, ...)	① ② ③ ④ ⑤	..........
Mise en place de stratégies d'ajustement	① ② ③ ④ ⑤	..........
Respecte le tour de rôle	① ② ③ ④ ⑤	.....
Vérifie compréhension de son partenaire	① ② ③ ④ ⑤	..........

VERSANT RECEPTIF

Comprend son partenaire	① ② ③ ④ ⑤ (→ <i>Partenaire est informatif ?</i> <i>OUI NON</i>)
Efforts pour comprendre (écoute, réflexion, questions, ...)	① ② ③ ④ ⑤

Communication verbale	① ② ③ ④ ⑤	.....
Communication non verbale	① ② ③ ④ ⑤	.....
Décentrage/ses pbs de com°	① ② ③ ④ ⑤	.....
Maintien attention	① ② ③ ④ ⑤	.....
Prise de parole	① ② ③ ④ ⑤	.....
Aisance conversationnelle	① ② ③ ④ ⑤	.....
Autonomie / orthophoniste	① ② ③ ④ ⑤	.....

Bienveillance	① ② ③ ④ ⑤	.....
Agacement	① ② ③ ④ ⑤	.....
Fatigue	① ② ③ ④ ⑤	.....
Plaisir	① ② ③ ④ ⑤	.....
Implication	① ② ③ ④ ⑤	.....

Noter au verso les interventions de l'orthophonistes lors de l'activité + autres commentaires éventuels.

Title : Benefits of peer assisted rehabilitation on communication skills for people with aphasia – Study case

Abstract : The literature emphasizes the need for speech pathologists to develop new psychosocial and environmental approaches to promote the participation of people with aphasia. Currently, rehabilitation is mainly individual or in groups; these practices involve various therapeutic processes. Few language therapies are carried out with pairs of patients and it seems there is no research on this subject. Thus we chose to experiment working with pairs of moderately aphasic patients. The purpose of this experiment is to study the interactions between peers in a dyad; the dyad being the minimum social unit. We question whether working with pairs may constitute a relevant approach to improve the communication skills of aphasic patients. We also wish to evaluate its possible complementarity with individual and group sessions. We developed a therapy program focused on the communication skills of two aphasic patients; the program includes cooperative and tutoring interactions between patients. The results suggest that working in pairs helps improve communication skills, however other factors, apart from working in pairs, can influence communication progress and may have affected our findings. This pragmatic approach allowed us to observe pair interactions within the dyad and our clinical analysis aims to highlight the specifics of working with pairs of patients and in particular the implementation conditions.

Keywords : aphasia, speech therapy, pairs, interaction, cooperation.

Titre : Intérêt d'une prise en charge en binôme sur les compétences communicationnelles de patients aphasiques - Etude de cas

Résumé : La littérature plébiscite en orthophonie le développement de nouvelles approches psychosociales et écologiques en vue de favoriser la participation des personnes aphasiques. Aujourd'hui, la rééducation s'effectue principalement en individuel ou en groupe, ces contextes permettent des approches thérapeutiques différentes. Peu de prises en charge se font avec des binômes de patients et il semble qu'aucune étude n'y ait été consacrée. Aussi nous avons souhaité expérimenter une prise en charge en binôme avec deux patients présentant une aphasie d'intensité modérée. Le but de cette expérimentation est d'étudier les interactions entre pairs au sein d'une dyade, la dyade étant l'unité sociale minimum. Nous nous demandons si la situation en binôme peut constituer une approche pertinente pour améliorer la communication des personnes aphasiques. Nous souhaitons par ailleurs étudier son éventuelle complémentarité avec les séances individuelles et de groupe. Nous avons élaboré un programme thérapeutique centré sur les compétences communicationnelles des deux partenaires aphasiques, programme permettant des interactions coopératives et des interactions de guidage entre les deux patients. Les résultats ont suggéré que la mise en situation en binôme participe à l'amélioration des compétences communicationnelles toutefois l'interprétation de nos résultats est à nuancer puisque d'autres facteurs, en dehors de la prise en charge en binôme, peuvent influencer sur l'évolution de la communication. Un regard pragmatique nous a permis d'observer les interactions au sein du binôme et nos analyses cliniques visent à mettre en avant les spécificités d'une prise en charge avec deux patients notamment les conditions de mise en œuvre.

Mots clés : aphasie, orthophonie, binôme, interaction, coopération.

Nombre de pages total : 98.

Nombres de références bibliographiques : 88.

Mémoire soutenu à l'Université de Bordeaux – Département Orthophonie.

Le : 2 juillet 2015.

Directrice de Mémoire : Isabelle Gonzalez (Orthophoniste).