HAL
open science

Retrouver la parole à travers l'écriture : utilisation de la technique des associations avec des patients aphasiques

Mélodie Vernon

To cite this version:

Mélodie Vernon. Retrouver la parole à travers l'écriture : utilisation de la technique des associations avec des patients aphasiques. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01503420

HAL Id: dumas-01503420

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01503420

Submitted on 7 Apr 2017

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.

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine
ECOLE D'ORTHOPHONIE

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

VERNON Mélodie
Née le 24 février 1989 à Toulon

RETROUVER LA PAROLE A TRAVERS L'ECRITURE :

Utilisation de la Technique des Associations avec des patients aphasiques

Directeur de Mémoire : **JAUBERT Sandrine,**
Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **WRONKE José,**
Orthophoniste

Nice

2014

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d'orthophonie

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

VERNON Mélodie
Née le 24 février 1989 à Toulon

RETROUVER LA PAROLE A TRAVERS L'ECRITURE :

Utilisation de la Technique des Associations avec des patients aphasiques

Directeur de Mémoire : **JAUBERT Sandrine,** orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **WRONKE José,** orthophoniste

Membres du jury : **GARELLI Catherine**, orthophoniste

MARSHALL Chloé, orthophoniste

Nice

2014

BY NC ND

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Sandrine Jaubert, ma directrice de mémoire, de m'avoir guidé tout au long de ce travail, ainsi qu'au long de cette dernière année d'étude en tant que maître de stage au CMP du Parc. Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés, ta confiance et ta bienveillance.

Je remercie tous les orthophonistes ayant participé, de près ou de loin, à ce mémoire, et plus particulièrement : mon co-directeur José Wronke, Catherine Garelli, Emmanuelle Vernassa, Clémence Batellier, Chloé Marshall, Christine Comin et Arielle Ancel. La qualité de vos réflexions sur la clinique orthophonique m'a fourni des clés précieuses pour approfondir ce travail, mais aussi de manière plus large, pour nourrir ma réflexion sur la pratique orthophonique.

Je tiens également à remercier les patients qui ont gentillement accepté ma présence lors de leurs séances d'orthophonie, permettant ainsi à ce travail de voir le jour.

Je souhaite bien sûr remercier ma famille, au grand complet : mes grands-parents, mes oncles et tantes, cousins et cousines (mention spéciale à Raphie!), mes parents Cécile et André, mon frère Maxime et sa compagne Sophie, Ruby…

Ainsi que mes ami(e)s : Marine Fiaz', Ely, Carole, Catherine S., Laëtitia, etc etc… et mes colocs Dani, Pab et Camille, pour tous les bons souvenirs et le réconfort que vous m'avez offerts.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue.

Enfin, pour terminer, je souhaiterais adresser un message de gratitude tout particulier à ma Volonté, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible ! Elle, qui a su inlassablement me pousser à avancer, malgré les embûches qui se sont dressées sur le chemin de ces loooonnngues années d'études… Voici quelques bribes de ce qu'elle m'a appris : n'abandonnez jamais vos rêves ! Nous n'avons qu'une seule vie et il ne faut jamais cesser de persévérer pour atteindre ses objectifs, ne serait-ce que pour ne pas vivre dans le regret... Et peut-être parvenir, enfin, à mettre la main sur cette satanée lumière au bout du tunnel !
A méditer !

SOMMAIRE

SOMMAIRE....4

INTRODUCTION....6

CHAPITRE I : L'APHASIE....8

I. HISTORIQUE....9
1. *L'Antiquité*....9
2. *Du Moyen Âge jusqu'au XIXème siècle*....10
3. *Localisationnisme et associationisme*....10
4. *Le courant globaliste : une critique du localisationnisme et de l'associationnisme*....14
5. *Renaissance de l'associationnisme*....16
6. *Le cognitivisme*....17
7. *Le connexionnisme*....18
8. *La neuropsychologie actuelle*....18

II. FONCTIONNEMENT NORMAL DU LANGAGE....19
1. *Aspects linguistiques*....19
2. *Aspects neuropsychologiques*....25

III. DESCRIPTION DES APHASIES....42
1. *Etiologies*....42
2. *Présentation générale des aphasies selon Roman Jakobson*....43
3. *Présentation classique des différents types d'aphasie*....45
4. *Retentissement de l'aphasie sur la qualité de vie du patient*....49

IV. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES APPROCHES RÉÉDUCATIVES....51
1. *L'approche empirique*....51
2. *L'approche soviétique : Luria et Tsvetkova*....52
3. *L'approche opérante, ou béhavioriste*....52
4. *L'approche cognitiviste*....53
5. *Les approches fonctionnelle, psychosociale, et pragmatique*....54

CHAPITRE II : LA TECHNIQUE DES ASSOCIATIONS....56

I. PRÉSENTATION DE CLAUDE CHASSAGNY ET DE LA PÉDAGOGIE RELATIONNELLE DU LANGAGE....57
1. *Claude Chassagny (1927-1981)*....57
2. *La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL)*....58

II. LA TECHNIQUE DES ASSOCIATIONS (T.A.)....61
1. *Fonctionnement général*....61
2. *Les différentes séries*....62

PARTIE PRATIQUE....69

I. DISCUSSION : POURQUOI LA T.A. DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'APHASIE ?....70

II. MÉTHODOLOGIE....72
1. *Présentation générale du protocole*....72
2. *Le questionnaire aux orthophonistes*....72
3. *Les études de cas cliniques*....74

III. ANALYSE DU QUESTIONNAIRE....75

IV. ETUDES DE CAS CLINIQUES....78
1. *Patiente A*....78
2. *Patient B*....88
3. *Patiente C*....100
4. *Patiente D*....107
5. *Patient E*....114

V. CONCLUSION DES CAS CLINIQUES....124

CONCLUSION GENERALE....127

BIBLIOGRAPHIE....129

ANNEXES....132

RÉPONSES DES ORTHOPHONISTES AU QUESTIONNAIRE....133

1. Réponse n°1.....133
2. Réponse n°2.....134
3. Réponse n°3.....135
4. Réponse n°4.....137

INTRODUCTION

Nous savons tous la place que tient le langage, et son pouvoir de communication, dans nos vies. Il est au cœur de l'élaboration de notre pensée, et de nos relations avec les autres. A tel point qu'il est difficile de concevoir ce que serait notre quotidien sans cette formidable faculté. Pourtant il arrive que certaines personnes, le plus souvent à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), se retrouvent affectées dans leur langage et leur communication. Cette affection porte le nom d'*aphasie*, terme qui signifie « sans parole ».

Depuis le début de mes études, cette pathologie a toujours éveillé mon intérêt. J'ai eu envie d'en comprendre les mécanismes cérébraux, les méthodes de rééducation, mais aussi les répercussions qu'elle pouvait avoir sur le sujet. Les récits d'Henri (par Frédy Têtu[1]), et de Sabadel[2] ont marqué mon esprit.

Le souvenir aussi, que je garde de ma première rencontre avec une personne aphasique… J'effectuais alors un stage d'observation auprès d'une de mes cousines, orthophoniste, dans le but de confronter mon désir d'exercer ce métier à la réalité. Arrivée au domicile familial, l'atmosphère était grave. Je découvris la jeune femme dans sa chambre, paralysée et totalement aphasique. Les larmes qui lui échappèrent en fin de séance me firent ressentir à quel point la perte du langage pouvait être un drame pour elle.

J'eus envie de m'intéresser aux moyens de rééducation possibles, mais en essayant de prendre en compte, au-delà de son étiquette nosologique d' « aphasique », le patient en tant que sujet. Dans le but d'approfondir cette question, je me suis d'abord intéressée à des ouvrages de témoignages, ainsi qu'à des approches comme l'art-thérapie ou la musicothérapie… Jusqu'à ce que je découvre la Technique des Associations (T.A.). Cette manière de travailler sur le langage m'a semblée très intéressante pour ce type de patients. Je me suis donc tout naturellement lancée dans cette voie pour mon mémoire de fin d'études, confortée de la pertinence du sujet par le fait que des orthophonistes la pratiquaient déjà avec des patients aphasiques, et qu'il existait pourtant un vide à ce sujet dans la littérature.

Ainsi, l'hypothèse qui nourrit ce mémoire est que la Technique des Associations peut constituer un outil orthophonique pertinent dans la prise en charge des patients aphasiques, au même titre que les techniques classiquement enseignées lors de la formation initiale en orthophonie.

Pour développer cette idée, nous présenterons dans une première partie les éléments théoriques nécessaires à sa compréhension : un premier chapitre traitera de l'aphasie, en évoquant l'historique de l'aphasiologie, le fonctionnement normal du langage, la description des différents types d'aphasie et des approches rééducatives classiques ; et un second sera consacré à la Technique des Associations : il présentera le mouvement de la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) dans lequel elle s'inscrit, son créateur Claude Chassagny, ainsi que son fonctionnement.

[1] Frédy Têtu, *Dessine-moi une aphasie*, Ortho-Editions (1997)
[2] G. Lorant et P. Van Eeckhout, *L'homme qui ne savait plus parler*, Nouvelles Editions Baudinière (1980)

La deuxième partie, consacrée aux éléments pratiques mis en œuvre pour ce mémoire, sera introduite par une discussion sur l'application de la T.A. dans le cadre des troubles aphasiques. Puis une synthèse des réponses au questionnaire proposé aux orthophonistes vous sera présentée, pour connaître leurs points de vue et les croiser, ainsi que cinq études de cas cliniques.

Enfin, nous ferons le point grâce à une conclusion générale.

ELEMENTS THEORIQUES

CHAPITRE I : L'APHASIE

1. Historique

Il est évident que de tout temps des hommes ont été atteints d'aphasie. Cependant il aura fallu atteindre un important perfectionnement de la médecine pour que l'on puisse identifier cette entité nosologique et l'étudier de manière précise. Nous allons à présent retracer l'histoire des découvertes qui ont abouti à nos conceptions actuelles sur l'aphasie. Ce détour historique ne pourra évidemment se faire sans évoquer les grandes découvertes sur le cerveau et les différents courants de la neuropsychologie.

2. L'Antiquité

Pour commencer, il faut savoir que l'étude des troubles du langage remonte presque aux tous premiers écrits : en effet, il y a plus de 3000 ans, les premiers compte-rendus médicaux d'Egypte, dont le célèbre papyrus chirurgical d'Edwin Smith, rapportent déjà des cas de sujets ayant perdu la parole à la suite d'un traumatisme cérébral. On y trouve également la distinction entre le *sémiologique*, c'est-à-dire l'endroit où l'on observe les signes, et l'*étiologique,* l'endroit où se trouve la lésion.

Vers 460-370 avant JC, le grec Démocrite invente le matérialisme, pour lequel seuls les atomes et le vide sont réels. Il décrit une division de la vie psychique en 3 entités : « l'âme », « l'esprit » ou « le principe vital » (résidant principalement dans le cerveau) qui serait constitué des atomes les plus complexes, le cœur qui serait constitué d'atomes plus grossiers et qui commanderait les émotions, et le foie, constitué d'atomes encore plus grossiers, commanderait l'appétit et le désir. Cette division tripartite sera développée par Platon et perdurera jusqu'au Moyen-Age.

A la même époque, Hippocrate soulève le problème de la relation entre le cerveau et la pensée. Il définit le cerveau comme le messager de l'intelligence, et le centre responsable de l'équilibre, physiologique et émotionnel. Il découvre un principe fondamental de l'organisation cérébrale : chaque hémisphère contrôle la moitié du corps du côté qui lui est opposé.

La position centrale et prééminente du cerveau est admise à partir du IVe siècle. Les penseurs de l'époque essaient alors d'établir des correspondances entre les facultés de l'esprit et des zones délimitées de l'organisme humain. Cette démarche analytique perdurera jusqu'à nos jours : en termes actuels il s'agit de localiser des compétences cognitives dans des zones circonscrites de l'encéphale ou du corps.

Un siècle après Hippocrate, Hérophile de Chalcédoine et Erasistrate de Chios, deux philosophes alexandrins, réalisent une étude systématique de cerveaux coupés en tranches : ils donnent une première description du cerveau, du cervelet, des méninges et des ventricules. Ils décrivent les circonvolutions cérébrales. Ils sont à l'origine de la théorie selon laquelle les ventricules cérébraux abriteraient l'âme. Cette théorie primera pendant les dix-huit siècles suivants. C'est Galien (131-201 après JC), un grand anatomiste, qui en fournira l'expression la plus élaborée : nommée la « Doctrine Cellulaire ». Il reprend l'idée de Platon d'après laquelle « l'âme raisonnable habite le cerveau, cause et principe des mouvements et des sensations ». Mais il pense que cette

âme circule dans les ventricules, auxquels il attribue des fonctions spécifiques : les ventricules latéraux seraient associés aux sensations, le 3ème ventricule serait le siège de la raison, et le 4ème serait lié à la mémoire et au mouvement. Sa pensée a influencé tout un millénaire !

3. Du Moyen Âge jusqu'au XIXème siècle

De la fin du IIe jusqu'au XIIIe siècle, les dissections sont prohibées pour cause religieuse, et il faut attendre les écrits de Vesale au XVIe siècle pour que l'on commence à remettre en question la Doctrine Cellulaire. Thomas Willis (1621-1675) fait figure de précurseur en attribuant au cortex un rôle essentiel dans la mémoire et l'action volontaire. Il remarque que la complexité des circonvolutions cérébrales varie grandement selon les espèces, en corrélation avec leur degré d'intelligence : c'est ce que l'on appelle la complexification phylogénétique.

Au XVIIe siècle, René Descartes met au point la théorie mécaniciste : il décrit une physiologie capable d'expliquer les principales fonctions biologiques, par une méthode spéculative. Cependant il rejette la conception qui voudrait que l'esprit puisse être expliqué par la physiologie. Pour lui, le corps (*res extensa*) et l'esprit (*res cogitans*) sont deux entités distinctes, c'est pourquoi on parle de « dualisme cartésien ». Cette notion est importante car elle a permis de dissocier la physiologie de la psychologie dans le domaine scientifique.

Durant le siècle des Lumières (XVIIIe siècle), les philosophes matérialistes s'opposent aux philosophes empiristes. Les premiers s'appuient sur une méthode scientifique déductive inspirée par Descartes. Ils prônent l'innéïsme des idées et considèrent la nature du seul point de vue mécaniciste. Les seconds, eux, emploient une méthode inductive influencée par Isaac Newton, qui rejette l'innéïsme des idées au profit d'une conception où l'expérience est le fondement de toute connaissance.

De la philosophie empiriste anglaise nait le courant de pensée philosophique associationniste, qui se développe au XVIIIe siècle, et devient influent au XIXème siècle. Hobbes, Locke, Hume et Hartley en sont les grands noms. Ce courant développe la théorie des images mentales : il explique toutes les opérations mentales par l'association automatique des idées, issues des expériences sensorielles. Taine écrit en 1870 : « *toutes les idées, toutes les connaissances, toutes les opérations de l'esprit se réduisent à des images associées, que toutes ces associations ont pour cause la propriété que les images ont de renaître, et que les images elles-mêmes sont des sensations qui renaissent spontanément ».*

4. Localisationnisme et associationisme

En 1808, le célèbre anatomiste Franz Joseph Gall (1758-1828) émet l'hypothèse révolutionnaire que les différentes facultés de l'esprit que sont la mémoire, l'apprentissage, l'intelligence, la perception, et la volonté sont localisées dans des régions

spécifiques du cerveau. Le cortex apparaît pour lui comme le siège des activités mentales. Son collaborateur J-C Spurzheim développe en parallèle la « phrénologie », une pseudo-science qui prétend que l'étude de la forme du crâne pourrait révéler la personnalité des individus, partant de l'idée que plus une faculté mentale est développée, plus la masse cérébrale qui y est associée serait importante. C'est de là que vient l'idée de l'existence d'une « bosse des maths » ! Ces deux médecins sont considérés comme étant les fondateurs des **théories localisationnistes**.

Le 18 avril 1861, le Dr Paul Broca présente la première observation de perte de la parole liée à une lésion de la troisième circonvolution du lobe frontal gauche : il s'agit de M. Leborgne, un de ses patients décédé, dont il pût observer le cerveau. Il présentait depuis 21 ans une expression orale limitée à l'émission d'une seule syllabe : « tan » qu'il répétait deux ou trois fois de suite. Broca nomme alors le trouble *aphémie : « ce symptôme assez singulier où la faculté générale du langage persiste inaltérée, où l'appareil auditif est intact, où tous les muscles, sans en excepter ceux de la voix et ceux de l'articulation, obéissent à la volonté, et où pourtant une lésion cérébrale abolit le langage articulé »* [3]. Il publie ensuite une dizaine d'autres cas, qui lui permettent de confirmer que le trouble est lié à l'atteinte de F3 gauche. Il localise la faculté de langage articulé dans l'hémisphère gauche après avoir observé qu'une telle lésion située dans l'hémisphère droit ne donnait, elle, pas lieu à une aphémie. Il apporte ses conclusions définitives en 1865 :

- L'aphémie est liée à une lésion de la partie postérieure de F3 gauche.
- La dominance de l'hémisphère gauche pour le langage articulé est de même nature que la dominance pour la motricité manuelle chez le droitier. Ainsi, de même qu'il existe des gauchers, individus exceptionnels dont c'est l'hémisphère droit qui assure la dominance pour la motricité manuelle, il existe également des individus exceptionnels chez lesquels la dominance pour le langage articulé est l'hémisphère droit.
- Le phénomène de dominance hémisphérique a des assises biologiques.
- L'aphémie n'affecte pas l'intelligence.

En 1864, le Dr Armand Trousseau renomme le trouble *aphasie*, qui restera son nom définitif. Selon lui, cette atteinte touche en particulier la mémoire des mots *: « l'aphasique a perdu, à un degré plus ou moins considérable, la mémoire des mots, la mémoire des actes à l'aide desquels on articule les mots et l'intelligence ; mais il n'a pas perdu toutes ses facultés parallèlement et, si lésée que soit son intelligence, elle l'est moins que la mémoire des actes phonateurs, et celle-ci moins que la mémoire des mots.»* [4] Cette question de la nature de l'aphasie, et de sa relation avec l'intelligence restera longtemps centrale dans l'histoire de la pathologie du langage.

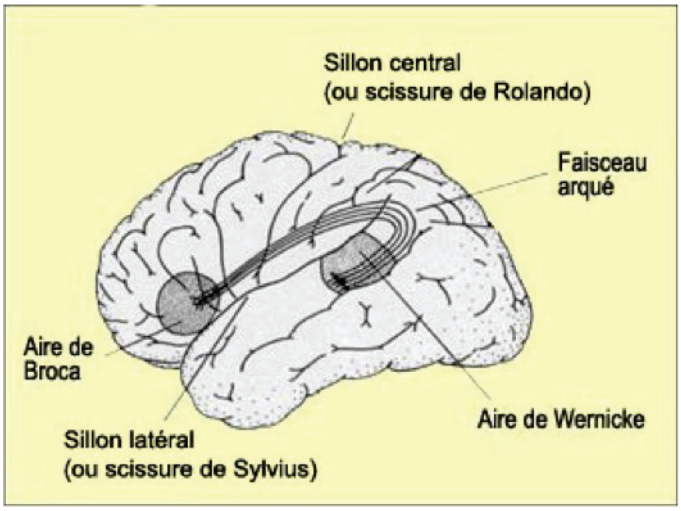
Quelques années plus tard, en 1874, l'allemand Carl Wernicke (1848-1905) distingue deux types d'aphasie, correspondant à deux localisations cérébrales différentes. Au départ il émet l'hypothèse qu'il existe une aphasie touchant la compréhension, et ce par le raisonnement analogique suivant : puisqu'il existe dans le cortex une partie antérieure effectrice et une partie postérieure réceptrice, et qu'il existe un trouble effecteur de l'émission du langage oral (c'est-à-dire l'aphasie de Broca), il doit exister une aphasie caractérisée par un trouble de la réception du langage oral (l'aphasie sensorielle). Et de la

[3] Hecaen et Dubois (1969), cités par Denis Forest dans *Histoire des aphasies*, p.47 (2005).
[4] Trousseau, *Cliniques médicales de l'Hotel-Dieu*, cité par D. Forest dans *Histoire des aphasies,* p.45

même manière que l'aphasie de Broca est liée à la lésion de l'aire motrice proche de la bouche et de la langue, *l'aphasie sensorielle* devrait être liée à une lésion proche des zones de l'audition. Puis grâce à l'observation de plusieurs cas il confirme l'existence de ce type d'aphasie. Elle s'oppose à l'aphasie de Broca : les aphasiques moteurs parlent peu mais comprennent le langage d'autrui, tandis que les aphasiques sensoriels parlent beaucoup mais avec un langage inadapté et présentent un trouble de la compréhension orale.

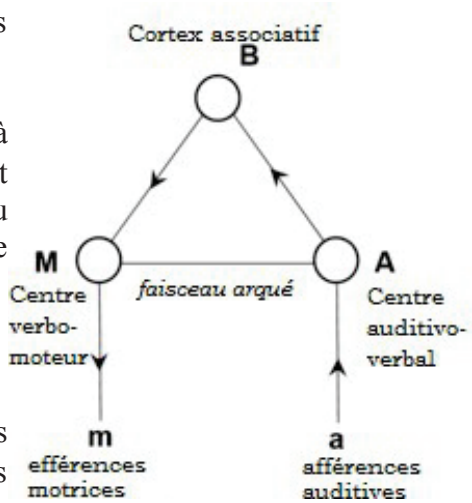
Wernicke évoque également l'existence d'une *aphasie globale*, correspondant à la lésion de la totalité des aires du langage (motrice et réceptrice).

Il postule de même l'existence de l'*aphasie de conduction*, par une approche non plus localisationniste mais associationniste : elle serait liée à la lésion des faisceaux associatifs qui relient F3 et T1, c'est-à-dire l'aire de Broca et l'aire de Wernicke. Son élève Lichtheim prouve son existence en 1904. Le patient atteint d'aphasie de conduction comprend le langage oral, mais le sien est comparable à celui d'un aphasique sensoriel.



Lichtheim propose en 1884-1885 un schéma important pour le courant associationniste (ci-dessous).

A partir de celui-ci, on peut définir 7 formes d'aphasie :



- 2 aphasies centrales, c'est-à-dire liées à l'atteinte d'un centre du langage. Ce sont l'aphasie motrice (Broca) par atteinte du centre M, et l'aphasie sensorielle (Wernicke) par atteinte du centre A.

- 5 aphasies commissurales, c'est-à-dire liées à l'atteinte de fibres associatives. Parmi ces 5 aphasies, 2 sont dites « périphériques » : l'aphasie motrice sous-corticale (anarthrie aujourd'hui) par atteinte entre M et m,

et l'aphasie sensorielle sous-corticale (surdité verbale pure aujourd'hui) par atteinte entre a et A. Les 3 autres aphasies commissurales sont dites « centrales » car elles sont liées à l'atteinte des faisceaux transcorticaux, qui relient les centres entre eux : ce sont l'aphasie transcorticale motrice par l'atteinte du faisceau qui relie B à M, l'aphasie transcorticale sensorielle par l'atteinte du faisceau qui relie A à B, et l'aphasie de conduction par l'atteinte du faisceau qui relie A et M.

Ce schéma ne prend pas en compte le langage écrit. En effet, selon Wernicke il n'y a pas de centre de l'écriture : selon lui la compréhension des mots écrits passerait par le centre auditivo-verbal. Il explique l'existence autonome de l'alexie par une « dysconnexion » telle que les messages issus du cortex visuel occipital ne peuvent parvenir au centre auditivo-verbal , à cause de lésions des radiations optiques et du corps calleux.

Parallèlement à ces découvertes révolutionnaires, les connaissances ont progressé concernant la localisation d'autres fonctions du système nerveux central telles que la sensibilité, la motricité, l'audition et la vision. Les lobes et les circonvolutions sont définies grâce aux travaux de Leuret et Gratiolet (1839) sur l'anatomie comparée, qui observent une constance de la structure du cerveau chez les individus.

La recherche en histologie, l'étude des tissus, a également permis de grandes avancées. La plus importante est l'établissement d'une carte cytoarchitectonique du cortex par Brodmann en 1908. Il identifie 52 aires fonctionnelles, qui sont encore utilisée aujourd'hui en neurophysiologie.

Durant cette période qui s'étend du début du XIXe au début du XXe siècle, c'est l'âge d'or du courant localisateur. La méthode anatomo-clinique se développe : elle met en lien des lésions avec des symptômes. Ces concepts font à l'époque consensus, car il semble que la topographie macroscopique et microscopique se recoupent à merveille.

Seul le courant associationniste vient relativiser ces données. Dans le domaine de la neurologie, **l'associationnisme** se définit comme un courant qui centre ses travaux sur l'étude des voies associatives qui existent entre les différentes aires cérébrales. Meynert en est le chef de file en Allemagne à la fin du XIXème siècle. Il défend une vision du cerveau organisé en aires fonctionnelles, connectées entre elles par des faisceaux de substance blanche.

Leur idée est que des *images primaires* (auditives, visuelles, ou tactiles), perçues dans l'environnement et acheminées jusqu'au cerveau par les nerfs périphériques, convergent vers des zones associatives permettant d'élaborer des *images secondaires* par la réunion de plusieurs images primaires. A partir de ces images secondaires, d'autres faisceaux d'association vont constituer des *images terciaires* (mots, concepts abstraits). Le caractère instantané de notre conscience résulterait de toutes ces connections.

En Angleterre, Jackson (1835-1911) donne naissance au *principe de Baillarger et Jackson,* plus communément appelé *dissociation automatico-volontaire*. Ce principe incontournable en aphasiologie consiste en une dissociation, fréquente chez les patients aphasiques ou apraxiques, entre une difficulté à réaliser des

mouvements ou des gestes de manière volontaire, et une aisance à les réaliser dans une situation automatique.

Jackson pense que les manifestations liées à des lésions cérébrales associent des signes négatifs, liés à des carences fonctionnelles, et des signes positifs, qui témoignent du fonctionnement isolé de centres inférieurs automatiques. La dissociation automatico-volontaire en serait une des conséquences.

Un autre principe fondamental en neuropsychologie, le *principe de diaschisis*, est établi par Konstantin von Monakow (1853-1930) en 1914. Il correspond à une dégénérescence de l'activité synaptique d'une structure du système nerveux central, secondaire à la lésion d'une autre structure à laquelle elle est reliée par une voie d'association. Cela induit 3 notions clés :

- une lésion neurologique est rarement localisée à une structure histologique nerveuse définie ;
- n'importe quel point du cerveau est interconnecté avec des structures éloignées qui peuvent être « désafférentées » du territoire lésé ;
- ces structures dépendantes peuvent reprendre quelque autonomie, comme le révèlent les récupérations comportementales post-traumatiques observées en clinique.

Ce principe s'observe en clinique. Il explique une partie de la symptomatologie des patients cérébrolésés.

Citons également les travaux de Dejerine et Liepmann, deux neurologues, qui décrivent des cas où les troubles s'expliquent par lésions de faisceaux associatifs.

Cependant l'associationnisme a peu de succès en France à cette époque, et il faut attendre les années 60 et les travaux de Norman Geschwind pour le voir réapparaître.

5. Le courant globaliste : une critique du localisationnisme et de l'associationnisme

Les recherches du Dr Pierre Flourens (1794-1867) sont à l'origine du courant globaliste. Il pratique l'expérimentation animale, pour tenter de déterminer la fonction des territoires cérébraux. Il observe que plus on détruit une grande partie du cerveau, plus les capacités sont altérées. Il en conclut donc que le cerveau répond à une *loi d'action de masse*.

Cependant le mouvement globaliste ne rejette pas l'ensemble des données localisationnistes : les principaux représentants de ce mouvement, notamment Henry Head (1861-1940) et Kurt Goldstein (1878-1965), reconnaissent le lien entre certains syndromes et certaines lésions localisées. Mais pour Goldstein, comme pour Hughlings Jackson, le symptôme ne peut être considéré comme

l'expression immédiate d'une fonction lésée, puisqu'il reflète également des réactions de l'organisme face à une atteinte.

Goldstein essaie de concilier la neurologie classique et une approche holistique du comportement de l'organisme tout entier. Il affirme qu'il faut considérer le patient cérébrolésé dans sa globalité et non pas se limiter à étudier les déficits en fonction des régions lésées. Il est le fondateur de la méthode de réhabilitation holistique. Magré cela, il reste très pessimiste sur les effets des mesures thérapeutiques, qui seraient incapables d'influencer le développement naturel d'une affection. Leur rôle principal serait selon lui de soutenir l'organisme dans son effort pour se restructurer.

Il me semble intéressant d'évoquer la contribution de Goldstein à un autre mouvement, qui est la psychologie de la Forme (ou Gestalt théorie), ce mouvement de pensée qui décrit les processus de la perception et de la représentation mentale comme traitant directement les phénomènes comme des ensembles structurés (les formes), et non comme une addition ou une juxtaposition d'éléments à analyser. Le mouvement de la Forme a beaucoup apporté à la neuropsychologie moderne, dans le domaine des fonctions visuo-cognitives. Mais revenons-en à présent au globalisme.

Comme Jackson, Goldstein développe une vision hiérarchique des fonctions cognitives : les habiletés abstraites seraient les premières atteintes en cas de lésion cérébrale, alors que les habiletés concrètes, liées aux perceptions, seraient les dernières atteintes. Il applique cette théorie aux aphasies, aux agnosies et aux diverses détériorations intellectuelles. Dans ce contexte, il reconnaît la prévalence des lobes frontaux pour les habiletés abstraites.

Une autre figure importante du courant globaliste, Karl Lashley, déclare en 1929 qu'aucune fonction n'est proprement localisée dans une zone particulière du cerveau : c'est la *loi d'équipotentialité*. Ses conclusions sont largement contestées.

Mais ce courant a au moins le mérite de soulever un problème réccurent dans le domaine de la neuropsychologie : selon Henry Head (1926), von Monakow (1928) et Kurt Goldstein (1934), il ne faut pas croire que localiser un trouble par rapport à une lésion permet de définir la localisation de cette fonction chez le sujet sain. En 1876, le Dr Charcot avouait déjà qu' *« il existe certainement dans l'encéphale des régions dont la lésion entraîne fatalement l'apparition de mêmes symptômes... Je vois des lésions constantes et des phénomènes constants ; je m'en tiens là ! »* [5].

La théorie globaliste domine entre la Première et la Deuxième Guerre Mondiale. Elle décline cependant depuis les années 50, car les progrès en neurophysiologie et neuroanatomie semblent infirmer ses thèses. Toutefois, on peut en retenir deux éléments majeurs : certaines notions sont toujours utilisées dans les modèles neuropsychologiques actuels, et l'appréhension de l'homme comme une entité, et non comme un ensemble de fonctions, reste pertinente au sein de la réhabilitation neuropsychologique actuelle.

[5] Michel Imbert, *Traité du cerveau* (éditions Odile Jacob sciences, 2006)

6. Renaissance de l'associationnisme

Après la Seconde Guerre Mondiale, l'associationnisme connaît un nouvel essor. Il repart sur les bases instaurées par le localisationnisme et l'associationnisme du siècle précédent, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur une certaine localisation des fonctions cérébrales au niveau du cortex, tout en reconnaissant l'existence de faisceaux permettant l'échange d'informations entre ces différentes zones cérébrales. Cela explique que :

- En cas de lésion d'un centre, il y a perte de fonction de ce centre.
- En cas de lésion de faisceaux reliant les centres entre eux, le sujet présente un *syndrome de déconnexion*, où les symptômes s'expliquent par la perte du transfert d'infomations d'un centre à un autre.

Norman Geschwind (1926-1984), psychiatre et neurologue, élabore les grands principes de l'associationnisme dans son article *« Dysconnections Syndromes in animals an man »*. Il y reformule notamment les bases de l'organisation sémantique, du langage, et des pathologies qui y sont associées.

Grâce à leurs travaux d'autopsie sur cent cerveaux humains en 1968, Geschwind et Levitsky notent la présence très fréquente d'une asymétrie du planum temporale, en faveur de l'hémisphère gauche. Ils élaborent grâce à ces résultats une théorie du langage qui tient compte des influences développementales, au niveau de l'individu mais aussi au niveau de l'espèce. Ils décrivent le langage comme modélisé autour d'un groupe de zones spécialisées de l'hémisphère gauche, dont chaque zone est responsable de l'un des aspects du langage : production, compréhension, dénomination, répétition, lecture et écriture. Elles communiquent entre elles par des connexions axonales.

Le concept de dominance hémisphérique évolue lui aussi. Suite à l'étude de patients porteurs de lésions hémisphériques droites, présentant des perturbations des fonctions visuo-spatiales, le concept de spécialisation hémisphérique apparaît : l'hémisphère gauche traite le langage et certaines fonctions motrices, alors que l'hémisphère droit gère le domaine visuo-spatial. Cela introduit en neuropsychologie la dichotomie neuro-anatomique droite/gauche, qui est toujours actuelle.

Les modèles qui voient le jour n'opposent plus localisationnisme et globalisme : ils empruntent aux uns et aux autres. L'idée est que les fonctions mentales ne peuvent être précisément localisées dans des zones corticales spécifiques, mais elles sont représentées dans un sytème beaucoup plus large. Le langage, par exemple, est actuellement présenté comme le résultat de l'activité parallèle de nombreux systèmes d'analyse. Il n'est pas clairement établi que ces différentes étapes d'analyse impliquent des aires corticales distinctes, mais la majorité des données disponibles semblent l'indiquer. Ces modèles se réfèrent à une analyse à la fois en série et en parallèle de l'information. Ils prennent également en compte les notions récentes d'apprentissage et de plasticité cérébrale, prenant ainsi en compte l'influence de l'environnement sur le développement cérébral. On s'aperçoit finalement qu'une telle approche permet de faire le lien entre les théories localisationnistes et globalistes du XIXe siècle, qui semblaient à l'époque en discordance.

Sur un autre point, on s'est rendu compte, contrairement aux thèses soutenues par la phrénologie, que la matière cérébrale acquiert du savoir sans se modifier quantitativement. Ainsi la qualité d'une fonction n'est pas liée à la taille des structures impliquées, mais plutôt à l'efficience des processus d'analyse et des circuits neuronaux impliqués. Cela est illustré par le fait que l'analyse de cerveaux de dyslexiques n'a pas mis en évidence d'anomalies quantitatives au niveau des zones du langage, mais au niveau des circuits neuronaux, ce qui engendredrait des troubles de la connectivité.

L'objectif poursuivi par ce nouvel associationnisme, toujours actif de nos jours, est d'avancer vers une compréhension toujours plus grande du fonctionnement cérébral, par la définition d'unités anatomo-fonctionnelles pertinentes.

7. Le cognitivisme

La psychologie cognitive voit le jour dans les années 50, et devient une alternative au *courant béhavioriste*, qui considérait l'objet de la psychologie comme étant l'étude des réactions comportementales face à des stimulations. Il s'appuyait sur les travaux de Pavlov et Skinner sur le conditionnement, par renforcements négatifs ou positifs. Cette théorie rejettait toute influence du mental sur le comportement, et mettait de côté toutes les inférences qui peuvent expliquer le lien entre un stimulus et une réponse. Mais il eut le grand mérite d'institutionnaliser la psychologie en tant que discipline scientifique.

La *« révolution cognitive »* a lieu dans les années 1970. Elle est pluridisciplinaire : elle associe entre autres psychologues, linguistes, anthropologues, et spécialistes en intelligence artificielle et en neurosciences. Son objectif est de permettre d'expliquer les processus mentaux, à différents niveaux et avec des approches multiples.

Une des branches du cognitivisme est la neuropsychologie cognitive, qui se conçoit comme étant une application des théories de la psychologie cognitive (qui étudie le fonctionnement cérébral sain) aux troubles présentés par des patients atteints de lésions cérébrales. Ses applications concernent notamment la rééducation de ces troubles. Ce courant est aujourd'hui dominant dans la recherche et dans la clinique neuropsychologique.

Dans le cognitivisme, le système cognitif est conçu comme étant un système de traitement de l'information, extrêmement complexe, mais qui peut être décrit en décomposant les fonctions cognitives en divers processus et sous-systèmes. C'est ce que l'on appelle *le principe de modularité*. Selon cette conception, le comportement du patient cérébrolésé témoigne du fonctionnement normal d'un système de traitement de l'information au sein duquel un ou plusieurs sous-sytèmes, ou connexions, sont altérés : c'est le *postulat de transparence.*

La neuropsychologie cognitive s'attache à rechercher « la *lésion fonctionnelle* » qui permet d'expliquer la sémiologie observée chez un sujet cérébrolésé. Il s'agit donc d'une localisation « *théorique* ».

Au niveau méthodologique, elle s'intéresse à des cas uniques, qui éclairent le fonctionnement cérébral sain (*postulat d'universalité*). Le cas le plus connu est le cas H.M. examiné par Brenda Milner, devenu amnésique après une neurochirurgie destinée à traiter son épilepsie.

On peut opposer au cognitivisme de nombreuses critiques, notamment du fait que ses principes n'intègrent pas la réorganisation fonctionnelle qui s'opère après la survenue de la lésion, et parce que ses modèles ne correspondent pas à la réalité anatomo-fonctionnelle. Mais les modèles présentés ont tout de même permis un important enrichissement des connaissances, sur des bases scientifiques.

8. Le connexionnisme

Le connexionnisme est apparu avec les débuts de l'intelligence artificielle. Il suscite beaucoup d'intérêt depuis les années 80, car il propose une approche novatrice. Les modèles qu'il propose tentent de modéliser le fonctionnement physiologique au niveau cérébral pour essayer d'expliquer le fonctionnement de la cognition humaine, à la fois dans ses aspects normaux et pathologiques.

Les modèles connexionnistes se présentent comme des réseaux qui sont constitués d'unités (en général des neurones) interconnectées entre elles, et fonctionnant en parallèle. A chaque connexion est associée un nombre indiquant son *poids synaptique*, qui détermine son influence : inhibitrice si le poids est négatif, et excitatrice s'il est positif. Un nombre est également attribué à chaque unité, qui correspond à son *seuil d'activation*, qui informe sur la probabilité que cette unité génère un potentiel d'action.

Son intérêt principal est de tester, à l'aide de systèmes informatiques relativement simples, la validité de certaines hypothèses sur le fonctionnement du système cognitif. Mais il faut tout de même préciser que ces modèles ne peuvent pour l'instant pas prétendre refléter la réalité du fonctionnement des structures neuronales, ni des activités cognitives qui y sont liées, car leur complexité nous dépasse encore. Toutefois ce courant de nos jours une importante contribution à la modélisation du fonctionnement cognitif, normal ou pathologique.

9. La neuropsychologie actuelle

Les différents courants de pensée en neuropsychologie ayant été décrits, on peut en faire une synthèse qui permet, très schématiquement, de discerner trois façons d'aborder la neuropsychologie actuelle :

- Par une approche traditionnelle, héritée du localisationnisme et de l'associationnisme. Elle s'appuie sur une méthode anatomo-clinique modernisée dans laquelle l'imagerie structurale a remplacé l'autopsie, et dans laquelle l'imagerie fonctionnelle apporte des éclairages sur le fonctionnement du cerveau

sain. La question de la relation entre fonction cérébrale et macro-structure cérébrale est restée inchangée.

- Par une approche « cognitiviste » qui étudie les différentes étapes du traitement de l'information, mais sans faire référence à un substrat anatomique.
- Par une approche *« néo-connexionniste »* qui tente de faire le lien entre les processus mis en œuvre dans les fonctions cognitives et les mécanismes qui les sous-tendent à l'échelle neuronale et synaptique (c'est-à-dire à l'échelle de la microstructure cérébrale).

Ces conceptions peuvent être imaginées sur un continnum allant d'un localisationnisme extrême, prônant une correspondance structure/fonction stricte, à un globalisme extrême, postulant une équipotentialité totale du cortex. Mais ces deux extrêmes peuvent être considérées comme deux erreurs symétriques. Et si ces conceptions paraissent à première vue contradictoires, il existe des ponts entre ces différentes approches, qui ont permis d'aboutir à une approche véritablement multidisciplinaire du cerveau et de ses productions mentales, langagières, comportementales et mêmes sociales : les *neurosciences.*

De nombreux champs de recherches sont à présent ouverts : décrire l'évolution phylogénétique du système cognitif, l'influence de l'environnement et de la culture, les invariants de la cognition et les variables individuelles… Dans ces recherches, l'imagerie fonctionnelle cérébrale apparaît comme un outil puissant, même si comprendre la signification des indices neurophysiologiques recueillis reste un défi.

10. Fonctionnement normal du langage

Avant de nous intéresser à la pathologie du langage qu'est l'aphasie, il parait nécessaire de nous pencher, dans un premier temps, sur la question du fonctionnement normal du langage. Pour cela nous allons voir quelques notions essentielles dans les domaines de la linguistique et de la neuropsychologie.

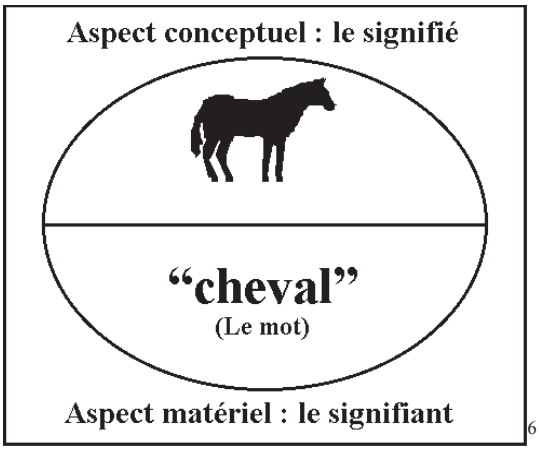
11. Aspects linguistiques

Tout d'abord il est important de différencier les notions de *langage*, de *parole*, et de *langue* :

- le *langage* est composé de la *langue* et de la *parole.* Il est une faculté humaine qui rend possible la production sociale de systèmes de signes qui servent à communiquer : *les langues.*
- La *langue* est un phénomène social, c'est le code commun à tous les membres d'une communauté linguistique.
- La *parole* permet l'acquisition de la *langue* chez l'individu. Elle en permet également, au fil du temps, une évolution.

La *langue* a longtemps été considérée comme une simple nomenclature, c'est-à-dire une liste d'éléments renvoyant individuellement et de manière indépendante à des objets du monde. Ainsi connaître une langue consisterait à en connaitre les éléments. Mais ceci n'est pas l'avis du célèbre linguiste Ferdinand de Saussure et de son « Structuralisme », qui conçoit la langue comme un système de signes organisé, à l'intérieur duquel chaque signe est défini par les relations qu'il entretient avec les autres.

Pour Saussure, la notion de « *mot* » doit être remplacée par celle, plus précise, de *signe linguistique*. Un *signe* est une entité psychique à deux faces, inséparables l'une de l'autre : il unit un *concept* ***(le signifié)*** et une *image acoustique* ***(le signifiant)***.



[6]

Ce signe linguistique est ***arbitraire***, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de lien motivé entre les propriétés du signifié et celles du signifiant. Le lien qui unit le concept et la forme phonétique est donc d'ordre purement *conventionnel*.

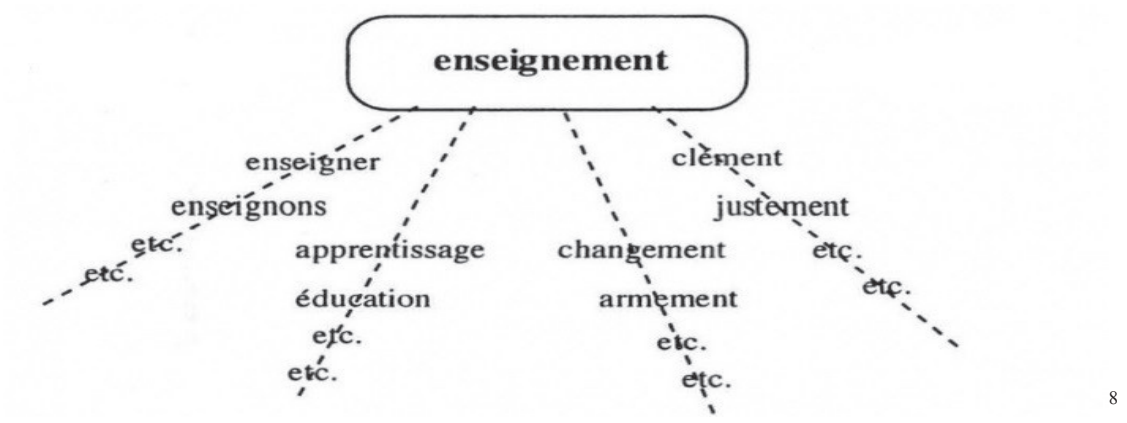
Saussure définit la *valeur* de ce signe, qu'il différencie de sa *signification*. Selon lui, la *signification* d'un signe est le résultat de l'association arbitraire d'un signifiant et d'un signifié, tandis que la *valeur* d'un signe est l'ensemble des attributs qu'il tire de ses relations avec les autres éléments du système.

Ces relations se déploient selon deux axes : l'***axe syntagmatique*** et ***l'axe paradigmatique***.

- L'*axe syntagmatique* concerne les rapports de successivité et de contiguïté qu'entretiennent les signes dans la chaîne parlée. Ils sont *« fondés sur le caractère linéaire de la langue, qui exclut la possibilité de prononcer deux éléments à la fois »* [3] et contraint par conséquent les unités linguistiques à se présenter les unes après les autres dans la chaîne parlée. On parle de *syntagme*, qui est le résultat de la combinaison de plusieurs unités linguistiques qui se suivent.
- Les *rapports paradigmatiques* se situent, eux, hors de la chaîne parlée. Ils sont des rapports associatifs entre signes présentant *« quelque chose de commun qui s'associe dans la mémoire »* [7], sur la base de relations diverses qui peuvent être : au niveau du signifiant et du signifié (pour les signes ayant le même radical), du signifié seulement (par l'appartenance à un même champ sémantique), du

[6] http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/logphil/notions/langage/convers/textes/saussure/signe.htm
[3] Saussure, *cours de linguistique générale* (p.170)
[7] Saussure, *cours de linguistique générale* (p. 171)

signifiant seulement (par rimes par exemple), ou au niveau de la formation du mot (par un suffixe commun entre les signes par exemple). Ces relations peuvent être illustrées par le schéma présenté ci-dessous :



[8]

Une fois ces deux axes bien distingués, il importe de ne pas les séparer et de bien voir qu'ils fonctionnent en s'appuyant l'un sur l'autre. Hjelmslev disait justement que *« le mécanisme de la langue est établi sur un réseau de rapports syntagmatiques et paradigmatiques qui se conditionnent mutuellement ».*[9]

Il découle du Structuralisme linguistique deux postulats :

- *L'indépendance de la forme* : la forme linguistique constitue un système autonome de dépendances internes, c'est-à-dire une structure, dans laquelle la valeur de chaque élément est définie différentiellement.
- *L'autonomie du langage* : le signe linguistique n'a pas pour fonction de relier un objet du monde à une expression, mais un signifié à un signifiant. Selon cette théorie, les sytèmes de signes doivent donc être étudiés d'un point de vue interne, pour eux-mêmes, et non dans les liens qui les relient au domaine extra-linguistique.

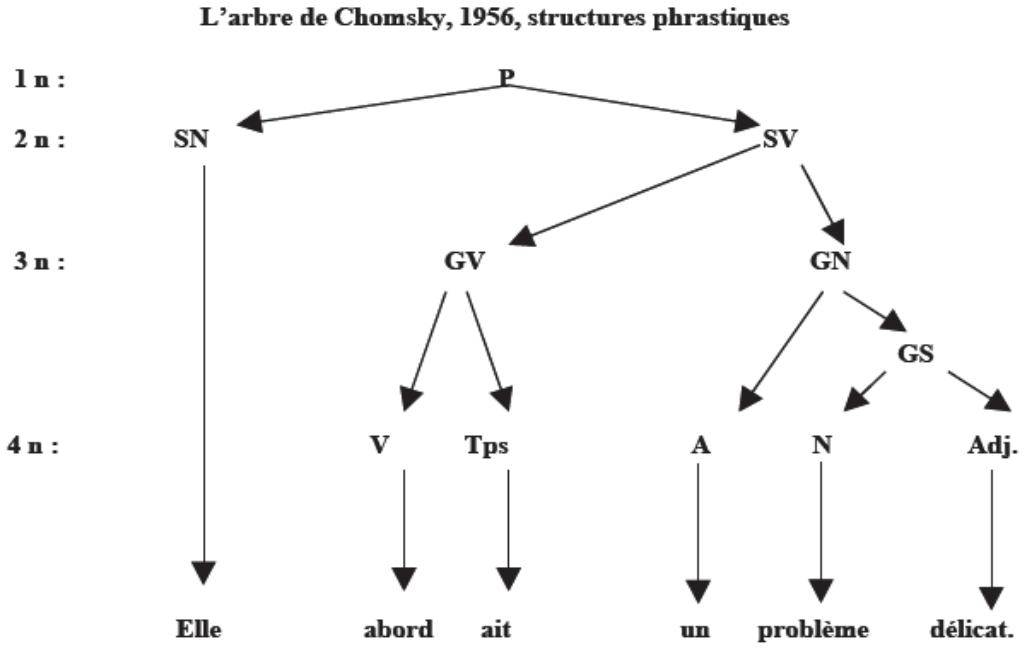
Dans la langue, les signes sont organisés hiérarchiquement selon 3 niveaux : le niveau superordonné (qui correspond à l'hyperonyme), le niveau de base (qui correspond au terme le plus représentatif de la catégorie) et le niveau subordonné (qui correspond à l'hyponyme). Par exemple :

Niveau superordonné	*Animal*	*Fruit*	*Meuble*
Niveau de base	*Chien*	*Pomme*	*Chaise*
Niveau subordonné	*Labrador*	*golden*	*Chaise pliante*

Noam Chomsky est à l'origine d'un autre courant en linguistique : la *linguistique générative*. Il s'oppose à Saussure dans sa vision de la langue : il ne pense pas qu'elle soit

[8] Rapports paradigmatiques (figure 8), « *introduction à la linguistique contemporaine* » (p.34)
[9] http://books.openedition.org/pup/484

un système de signes, mais plutôt un système de règles. Il est le fondateur de la *grammaire générative* qui tente de rendre explicites les règles permettant de générer l'ensemble des phrases grammaticales d'une langue donnée, et de leur assigner une description structurale. En voici un schéma classique expliquant la structure des phrases :



Niveau 1 : niveau de la phrase (P)
Niveau 2 : niveau du Syntagme Nominal (S.N.) & du Syntagme Verbal (S.V.)
Niveau 3 : niveau du Groupe Nominal (G.N.) & Groupe Verbal (G.V.)
Niveau 4 : niveau du GN constitué de A (Article) + GS (Groupe Substantival : nom + adjectif) ou bien GV = V (Verbe) + éventuellement auxiliaire (Auxi), etc.

[10]

Chomsky différencie la *compétence* et la *performance* chez le sujet parlant : la *compétence* renvoie à la connaissance des règles nécessaires à l'utilisation et à la compréhension du langage, tandis que la *performance* est l'emploi effectif qui est fait de cette *compétence* dans des situations concrètes.

Toujours selon lui, le langage serait divisé en deux parties : une *structure profonde*, lieu de représentation de la structure définie par ses règles syntaxiques (que l'on peut apparenter à la *compétence* du locuteur), et une *structure de surface* qui correspond à l'énoncé produit au niveau phonologique (à mettre en lien avec la *performance*).

Il faut savoir que ce langage humain est un système qui se distingue de tous les autres systèmes de communication du monde animal. Sa spécificité réside dans sa *double articulation*, décrite par André Martinet (1908-1999). Cela signifie que tout message est constitué de deux types d'unités analysables :

[10] http://www.cafepedagogique.net/lemensuel/lenseignant/primaire/elementaire/pages/2009/101elemgrammaire.aspx

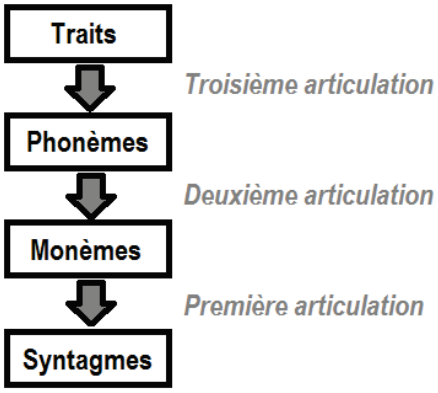
- Les *monèmes*, ou *morphèmes*, sont les plus petites unités de sens de la langue. Ils ont une forme et un sens (un signifiant et un signifié), et ils se combinent entre eux pour créer des énoncés signifiants. Ils correspondent à la première articulation du langage, qui est significative.

Exemple : « Le / chat / dorm/ait. » contient quatre monèmes.

- Les *phonèmes* sont les plus petites unités distinctives de la langue. En français il y en a 36 : 17 consonnes, 16 voyelles et 3 semi-voyelles. Ils permettent d'étudier la structure sonore de la langue, c'est-à-dire de distinguer les monèmes entre eux. Cette deuxième articulation a une fonction distinctive.

C'est l'articulation de ces unités qui offre au langage humain sa flexibilité et sa richesse infinie.

Ce modèle d'André Martinet a été repris et complexifié par Buyssens (1967), qui présente à son tour un modèle, très utile dans le domaine de l'aphasiologie pour désigner le niveau de traitement qui est touché. Il décrit 4 types d'unités linguistiques, fonctionnant autour de 3 niveaux d'articulation, pour permettre la réalisation de la parole et du langage :



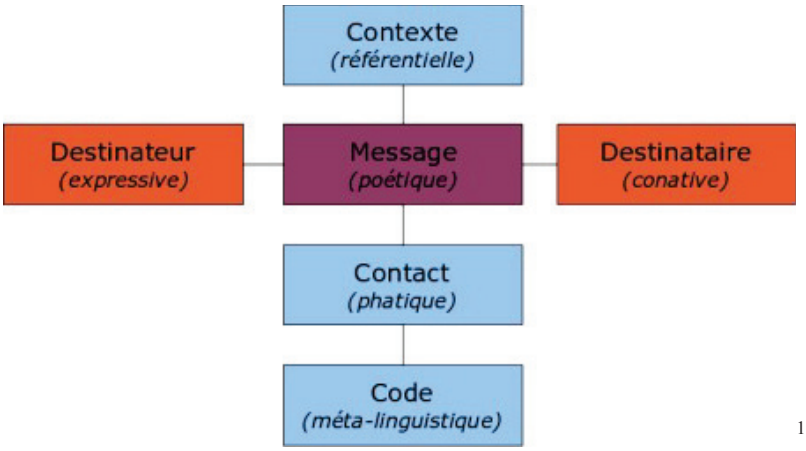
Les *traits* (ou *unités de troisième articulation*) correspondent aux caractéristiques articulatoires des phonèmes. Ces traits se combinent, en fonction des règles de convention phonétique, pour réaliser les phonèmes.

Les *phonèmes* (ou *unités de deuxième articulation*) sont les plus petites unités de sons de la langue, comme nous l'avons déjà vu. Leur combinaison, en fonction du système phonologique conventionnel, mène à la réalisation des monèmes.

Les *monèmes* (ou *unités de première articulation*) sont les plus petites unités de sens. Leur combinaison, en fonction des règles syntaxiques, mène à la production de syntagmes.

A l'écrit, on retrouve les mêmes niveaux d'articulation, sous la forme de *traits graphiques*, de *graphèmes* (se définissant comme étant la lettre ou le groupe de lettres correspondant à un phonème), de monèmes et de syntagmes.

Une autre théorie linguistique dont nous ne pouvons faire l'économie est celle de Roman Jakobson (1896-1982), et de son schéma de la communication qui décrit les différentes fonctions du langage :



[11]

Ainsi toute communication verbale est composée d'un message, d'un destinateur qui envoie le message au destinataire, et d'un destinataire censé recevoir ce message. Pour être opérant ce message doit remplir trois conditions : renvoyer à un contexte (aussi appelé *référent*), faire appel à un code commun entre le destinateur et le destinataire, et présence d'un contact établi permettant la communication entre ces personnes.

Les six fonctions de la communication se rapportent chacune à un de ces éléments, comme nous pouvons le voir sur le précédent schéma. Elles sont les suivantes :

- La *fonction expressive* qui traduit l'expression des sentiments du locuteur.
- La *fonction conative* est utilisée par le destinateur pour influencer le destinataire.
- La *fonction phatique* permet la mise en place et le maintien de la communication.
- La *fonction référentielle* permet au message de renvoyer au monde extérieur.
- La *fonction métalinguistique* intervient quand le code lui-même devient l'objet du message.
- La *fonction poétique* est utilisée lorsque la forme du texte est l'essentiel du message.

Jakobson considère que ces fonctions ne s'excluent pas les unes les autres, mais qu'elles se superposent le plus souvent. Un message peut ainsi servir plusieurs buts à la fois.

12. Aspects neuropsychologiques

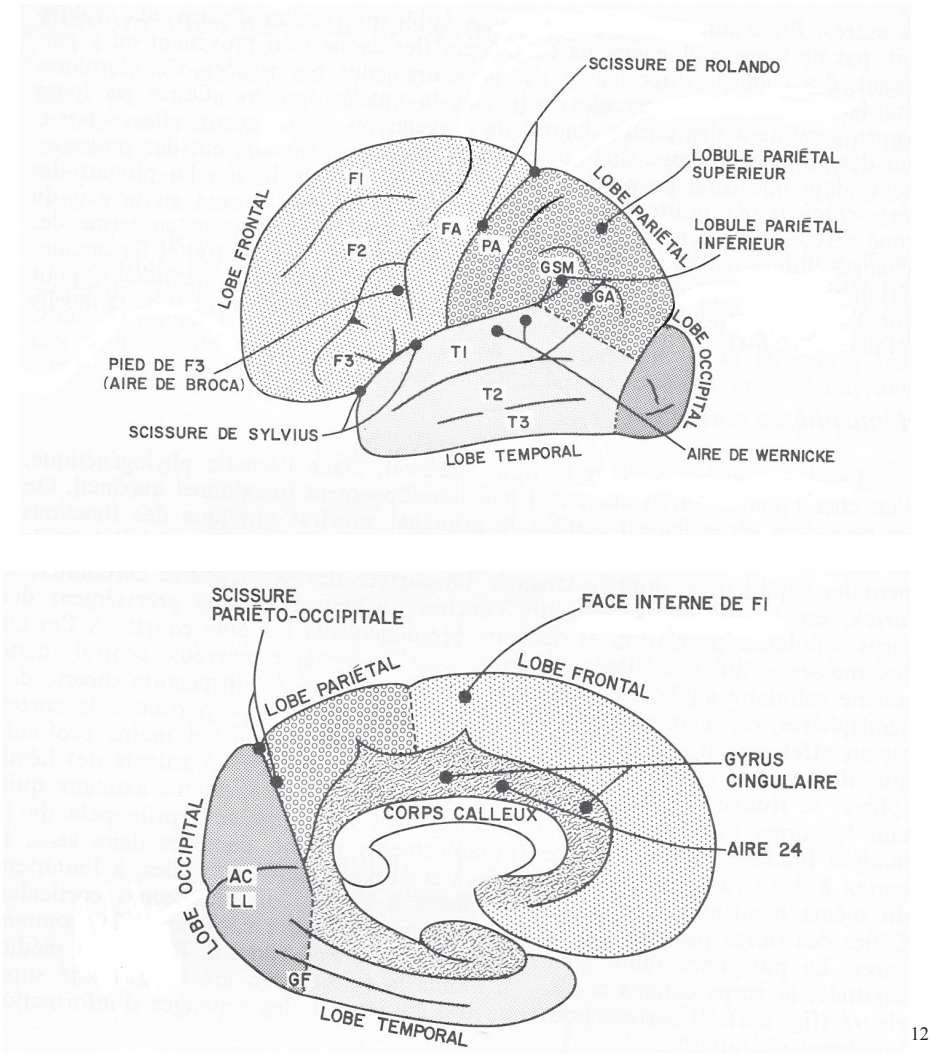
N

euroanatomie du langage

[11] http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Schema_communication_generale_jakobson.png

L'organisation cérébrale de l'homme lui permet de percevoir, d'apprendre, de comprendre, de produire la parole et le langage. Ces fonctions nécessitent deux grands pôles : un *pôle réceptif* au niveau sensoriel pour recueillir les informations, et *un pôle expressif* pour réaliser les actes moteurs nécessaires à l'expression verbale ou écrite. Ces deux pôles fonctionnent grâce à des *afférences* (responsables de la réception des informations) et à des *efférences* (qui permettent l'expression), qui circulent via les fibres nerveuses.

On peut représenter anatomiquement le cerveau de cette façon :



[12]

Lobes et circonvolutions de l'hémisphère gauche : vues schématiques latérale et interne

F1, F2, F3 : première, deuxième et troisième circonvolutions frontales

T1, T2, T3: première, deuxième et troisième cironvolutions temporales

FA et PA : circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante

GSM, GA : gyrus supramarginal et gyrus angulaire (forment le lobule pariétal inférieur)

GF : gyrus fusiforme

LL : lobule lingual

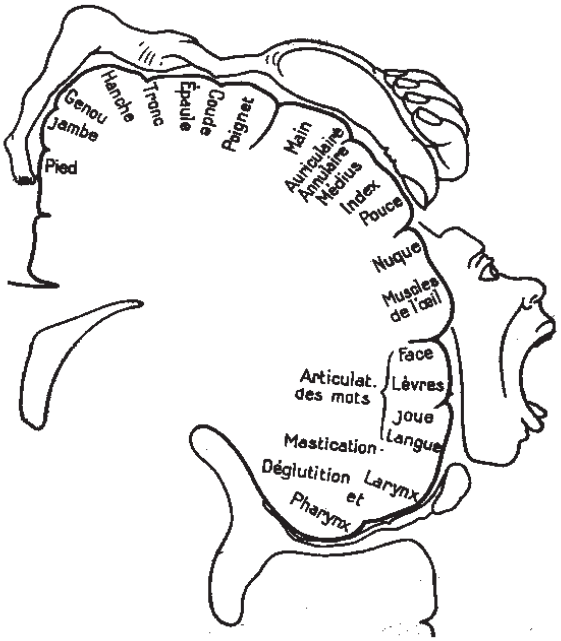
AC : aire calcarine

[12] A. Roch Lecours, F. Lhermitte & coll., « *L'aphasie* ». Schémas simplifiés issus de la fig. 8-2 (p.226).

Il présente 4 lobes externes : les lobes frontal, pariétal, temporal et occipital ; ainsi qu'un lobe interne : le lobe limbique, aussi appelé circonvolution cingulaire. On peut dire, schématiquement, que chaque circonvolution a une fonction particulière.

Les informations sensorielles, provenant des nerfs périphériques *afférents*, parviennent aux cortex primaires visuel, auditif, et somesthésique. Ces différentes zones ne sont pas directement reliées entre elles, mais elles le sont par des *fibres associatives courtes* qui forment les *cortex associatifs spécifiques*. Il existe également des *fibres associatives longues* qui permettent de relier les cortex associatifs entre eux : par exemple le *faisceau arqué*, et le *corps calleux* qui fait le lien entre les cortex associatifs des deux hémisphères.

La voie *efférente*, qui permet quant à elle la transmission des instructions volontaires provenant du cerveau aux nerfs périphériques, prend son origine dans le cortex moteur primaire (aussi nommé *circonvolution frontale ascendante*). Son organisation est classiquement illustrée par l'*homonculus de Penfield*, qui schématise la localisation des zones corticales avec les muscles du corps qu'elles commandent :



[13]

Il est à noter que les commandes motrices sont controlatérales : chaque hémisphère cérébral contrôle les muscles de l'hémicorps qui lui est opposé.

En ce qui concerne le support anatomique du langage, la conception classique de « *zone du langage* » prévalait encore récemment. Elle considérait qu'il existait une *zone du langage*, située dans l'hémisphère gauche chez la majorité des individus (95% environ selon Norman Geshwind[14]), et constituée de 3 aires :

[13] http://coursneurologie.free.fr/diencephale.HTM
[14] Norman Geschwind, *« Selected papers on language and the brain » (1974)*

- **L'aire de Broca** : elle comprend le pied et le cap de la troisième circonvolution frontale (F3) gauche, c'est-à-dire qu'elle fait partie du cortex associatif spécifique moteur, à proximité du cortex moteur primaire qui dirige notamment l'action musculaire de la sphère buccophonatoire.
- **L'aire de Wernicke** : à proprement parler, elle comprend la moitié postérieure de la première circonvolution temporale (T1) gauche, incluant le *planum temporale*. Certains considèrent que la partie adjacente de la deuxième circonvolution temporale (T2) en fait également partie. L'aire de Wernicke fait partie du cortex associatif spécifique auditif, à proximité du cortex auditif primaire (aussi appelé *gyrus* ou *circonvolution de Heschl*) . Son rôle serait essentiel dans le décodage des informations auditives, et en particulier de celles qui ont une valeur linguistique.
- **Le gyrus pariétal inférieur (P2)** : c'est une zone corticale associative non spécifique composée principalement du gyrus supramarginal et du gyrus angulaire. Elle est située au carrefour des trois zones corticales associatives spécifiques, avec lesquelles elle échange des informations : l'auditive, la visuelle et la somesthésique. On pense que cette région a une importance primordiale dans le fonctionnement d'un grand nombre de processus neuropsychologiques, dont la compréhension du langage oral et écrit. Selon Norman Geschwind, ce serait la rencontre, à cet endroit, entre des informations linguistiques actuelles (d'origine acoustique ou optique) et les traces mnésiques d'événéments linguistiques, et non linguistiques, passés qui assureraient en dernière instance la compréhension du langage.

Cette notion de « *centre-siège d'une fonction* » (ici du langage), rejetée dès 1891 par Sigmund Freud[15], a été remplacée de nos jours par l'idée de *réseaux neuronaux* complexes, où les aires du langage précédemment décrites sont impliquées, mais en lien avec d'autres structures corticales et sous-corticales. Cependant, dans l'état actuel des connaissances, il est important de souligner que le fonctionnement précis de ce vaste réseau neuronal reste loin d'être connu.

Mésulam[16], grâce à ses études comparatives en imagerie fonctionnelle, électrophysiologie et cytoarchitectonie, propose une description de ce réseau impliqué dans le langage :

- 3 aires corticales en relation avec l'espace extracorporel :

  - Les aires de réception primaire, c'est-à-dire le cortex auditif primaire et la circonvolution pariétale ascendante (PA), et l'aire de Broca.
  - Les aires gnosiques spécifiques (que sont l'aire de Wernicke, la partie pariétale du gyrus supramarginal, et le lobe occipital) et les aires prémotrices (situées en avant du cortex moteur primaire).
  - Les aires associatives temporale et frontale, la partie pariétale du gyrus angulaire, et les *aires temporo-basales du langage*[17] (formées par les gyrus fusiforme, parahippocampique et temporal inférieur).

- 2 aires corticales en relation avec les informations du milieu intérieur :

[15] Sigmund Freud, *« contribution à la conception des aphasies »* (1891)
[16] MM. Mesulam, *« from sensation to cognition »* (1998)
[17] Lüders & coll., *basal temporal language area* (1991)

- Le cortex paralimbique (le pôle temporal et les aires parahippocampiques)
- Le cortex limbique, dont l'amygdale et l'hippocampe sont impliqués dans les processus mnésiques et émotionnels.

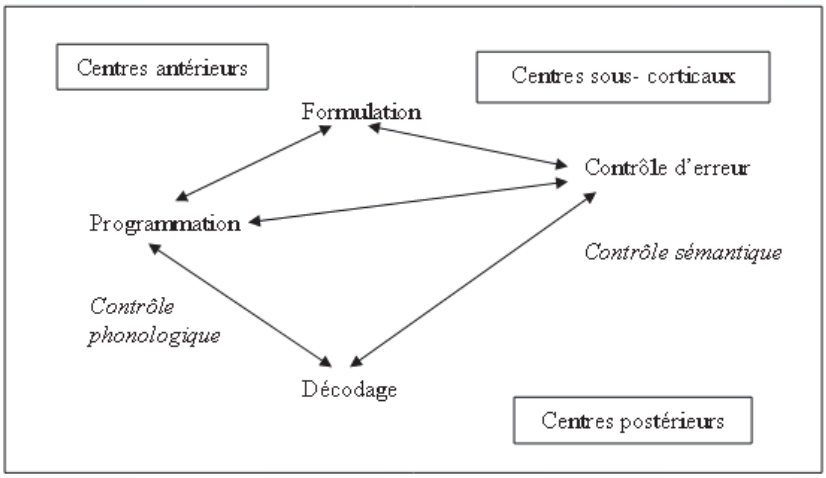
Ces 5 aires corticales établissent leurs relations sur un mode hiérarchisé conduisant à l'intégration progressive de l'information qui part de la sensation pour aboutir à la cognition.

Elles sont connectées entre elles par des faisceaux de substance blanche :

- Le faisceau arqué qui relie le cortex auditif primaire et l'aire de Broca.
- Le faisceau longitudinal supérieur qui permet la communication entre l'aire de Broca et l'aire de Wernicke.
- Le faisceau longitudinal inférieur qui fait le lien entre les *aires temporo-basales du langage* et le gyrus angulaire.
- Le faisceau unciné qui connecte les *aires temporo-basales* avec les aires associatives frontales.

En plus de ces structures, interviennent des structures sous-corticales, dont le rôle est moins connu, car peu étudié. On sait cependant qu'une lésion du thalamus ou des noyaux gris centraux (NGC), située dans l'hémisphère dominant pour le langage, peut entraîner une aphasie, alors qualifiée de *sous-corticale*[18].

Crosson a proposé en 1985 un modèle du fonctionnement langagier, prenant en compte ces structures sous-corticales :



Représentation schématique du modèle de Crosson (1985) [19]

Le rôle des centres sous-corticaux serait ainsi de contrôler la programmation des phonèmes, réalisée par les centres antérieurs du langage, ainsi que la cohérence sémantique, réalisée par les centres postérieurs.

[18] J. Cambier, chapitre *les aphasies sous corticales* dans *langage et aphasie* (De Boeck, 1989)
[19] Mémoire d'orthophonie de A. Lafont (Nancy, 2010) : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2010_LAFONT_AUDREY.pdf

Il parait intéressant de dire quelques mots également du rôle de l'hémisphère cérébral droit dans le langage. S'il ne participe pas au traitement phonologique, et peu au traitement sémantique, il n'est pas totalement étranger au langage. On sait qu'il traite les aspects prosodiques, émotionnels, et la prise en compte du contexte, que ce soit en compréhension ou en expression orale. De plus, il travaillerait en intéraction avec l'hémisphère gauche[20].

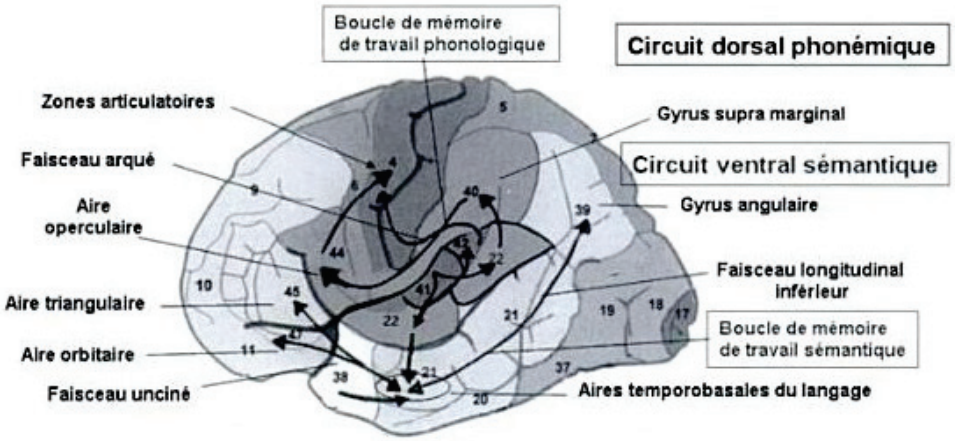
A présent que nous avons terminé notre tour d'horizon des régions cérébrales intervenant dans le langage, d'un point de vue anatomique, nous allons nous pencher sur leurs aspects fonctionnels.

Neuroanatomie fonctionnelle du langage

Les différentes modalités du langage, à savoir orale/écrite et réceptive/expressive, impliquent souvent des circuits neuronaux communs. Aussi le découpage de la présentation suivante, par modalités, peut paraître artificiel, mais il a été choisi pour privilégier la clarté du propos.

Le langage oral en réception :

A partir de la description des structures anatomiques cérébrales intervenant dans le langage réalisée par Mésulam, J. Guérin[21] propose un modèle de traitement de l'information auditive :



[22]

Pour rappel, les sons du monde extérieur parviennent à l'oreille, puis jusqu'à l'organe de Corti à l'intérieur de la cochlée. Les cellules ciliées internes qui s'y trouvent transforment

[20] Article *hémisphère droit et langage* du CNRS de Caen *:* www.dr19.cnrs.fr/Cnrs-Hebdo/Documents/79/Document.aspx
[21] J. Guérin, *neuroanatomie du langage et imagerie fonctionnelle (*livre *aphasies et aphasiques,* 2007)
[22] J. Guérin, *neuroanatomie du langage et imagerie fonctionnelle,* Figure 3 (*aphasies et aphasiques,* 2007)

les vibrations sonores en signaux électriques transmis par le nerf auditif (VIII) jusqu'au tronc cérébral. L'information passe ensuite par plusieurs étages de relais pour arriver jusqu'au corps geniculé médian du thalamus. Son trajet est à la fois ipsilatéral et controlatéral, ce qui assure une redondance de l'information auditive, utile en cas de pathologie ou de dommage.

Les *afférences* auditives gagnent le gyrus de Heschl, constitué du cortex auditif primaire (aire 41 de Brodmann sur le schéma ci-dessus) et secondaire (aire 42). Puis, de là, partent deux circuits gnosiques différents :

- Un *circuit dorsal phonémique* permettant la détection des phonèmes et des syllabes contenus dans les mots, indépendamment de leur signification. Il traite donc l'aspect formel des mots. Comme on peut le voir sur le schéma, son circuit part du cortex auditif primaire, passe par l'aire de Wernicke (aire 22), et le gyrus supramarginal peut être activé, ainsi que l'aire de Broca, si la tâche nécessite la mise en jeu de la mémoire de travail phonologique (par exemple s'il faut retenir une liste de mots ou de chiffres, ou compter le nombre de syllabes dans un mot). Ce circuit se projette ensuite, via le faisceau arqué, sur les aires frontales motrice primaire (aire 4) et prémotrice (aire 6) : ceci permet la conversion du phonème en mot articulé. Ce dispositif est activé même lors de l'écoute passive d'une voix, ou de tâches simples comme la répétition de mots signifiants ou non signifiants. D'autres régions sont activées en parallèle : la portion antérieure de l'aire 22, puis l'aire 21. Leur fonction est l'analyse qualitative des caractères physiques de la voix (notamment l'intonation et l'accent).

- Un *circuit ventral sémantique* permettant d'analyser le sens des mots. Celui-ci n'est activé que par les mots signifiants. Son circuit est latéralisé uniquement dans l'hémisphère gauche, et part du cortex auditif primaire vers la partie antérieure de l'aire 22, puis vers les aires temporales 21 et 20. Ces deux dernières aires sont polymodales : elles reçoivent des informations auditives, mais aussi visuelles, émotionnelles, et mnésiques provenant de la mémoire à long terme. Cette convergence d'informations permet l'élaboration de concepts, grâce à la réunion des différentes caractéristiques auxquelles renvoient la dénomination d'un terme. L'atteinte de ce système peut entraîner des erreurs en dénomination d'objets non vivants (par atteinte temporale postérieure gauche), ou en dénomination d'êtres vivants (par atteinte temporale antérieure gauche), et certains patients présentent un trouble de dénomination alors qu'ils peuvent décrire la fonction ou les caractéristiques de l'objet, ou inversement : certains peuvent dénommer mais pas décrire l'objet. C'est également cette atteinte qui explique la répétition préservée, avec pourtant une perte de la compréhension, dans l'aphasie transcorticale sensorielle.
  En parallèle, le gyrus angulaire (aire 39) reçoit des afférences auditives, visuelles, et participe à la boucle de mémoire de travail sémantique (activée lorsque le décodage du sens des mots est complexe pour l'auditeur). Il est connecté avec les aires temporales gauches, et frontales inférieures (aire triangulaire et orbitaire). Il est en quelque sorte le chef d'orchestre de ce circuit sémantique impliqué dans les tâches mettant en jeu des concepts (mémorisés au niveau temporal) nécessaires à la compréhension comme à l'élaboration des phrases du discours.

Ces deux systèmes sont activés en même temps lors d'une communication, et fournissent des données complémentaires aussi bien pour la compréhension que pour l'expression. Voici le schéma fonctionnel qu'en propose J. Guérin :

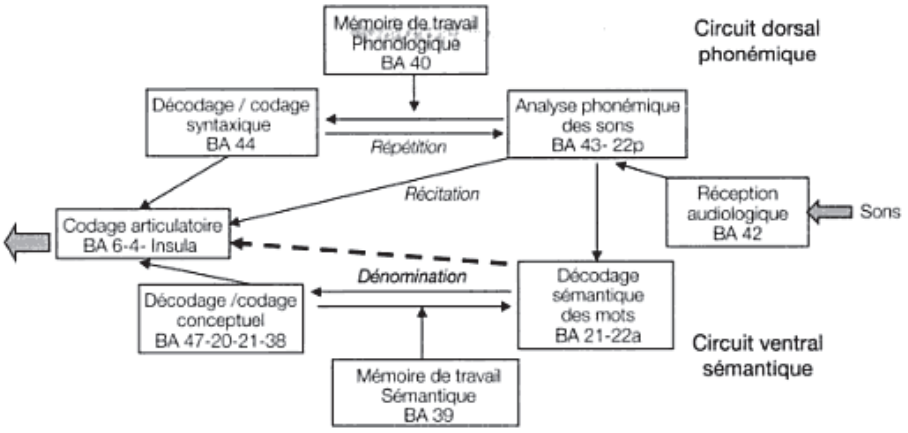


FIG. 4 – Schéma fonctionnel du traitement du langage entendu et parlé.

BA : aire de Brodmann, a : antérieur, p : postérieur

Le langage oral en expression

L'expression orale du langage met en jeu, toujours selon J. Guérin, les zones motrices articulatoires de la circonvolution frontale ascendante, ainsi que la troisième circonvolution frontale gauche, que l'on peut découper en 3 parties :

- F3 operculaire : elle correspond à l'aire 44 de Brodmann. On pensait classiquement qu'elle était le centre des images motrices des mots. Or, on s'est aperçu grâce à l'imagerie fonctionnelle cérébrale, que si cette zone est largement activée lors de l'expression verbale, elle ne l'était cependant pas lors de la production de mots simples dits *automatiques* tels les jours de la semaine ou les chiffres.
  Cette zone fait partie de la *boucle de travail phonologique*, qu'elle forme avec le gyrus supramarginal (aire 40), le cortex prémoteur et l'aire motrice supplémentaire (aire 6). Elle est en relation avec l'aire temporale postérieure 22 (comprenant l'aire de Wernicke), grâce au faisceau arqué. Cette boucle est activée lors de tâches phonologiques de dénombrement de syllabes, mais permet également de maintenir une courte liste de mots en mémoire à court terme, et d'opérer le choix syntaxique lors de la construction d'une phrase. Ce circuit est peu activé dans le langage courant, mais son activation augmente si l'information auditive est complexe, s'intègre dans une phrase, ou si elle présente un caractère de nouveauté qui nécessite l'analyse de sa structure phonétique. L'activation s'étend à la zone F3 triangulaire lorsque l'analyse dépasse la structure des mots et porte sur des phrases dont il faut analyser la syntaxe, la ponctuation, et les silences. Dans cette boucle, le gyrus supramarginal tiendrait le rôle de zone de stockage provisoire des données phonologiques, et l'aire F3 operculaire serait la

structure d'analyse de ces données. Lors de l'expression, cette boucle permettrait l' encodage des phonèmes (ou des graphèmes) au niveau moteur.

- F3 triangulaire : elle correspond à l'aire 45.
- F3 orbitaire : elle correspond à l'aire 47. Avec l'aire F3 triangulaire, elles sont reliées au gyrus angulaire (aire 39) et aux aires temporales inférieures, par le faisceau unciné. Toutes ces zones sont impliquées dans le *circuit ventral sémantique*, que nous avons décrit précédemment. Elles sont activées lors de l'analyse lexicale d'un message oral (ou écrit). Les aires F3 triangulaire et orbitaire interviennent également pendant l'expression (orale ou écrite), où leur activation augmente avec la difficulté de sélection du mot parmi plusieurs termes possibles.

Pour résumer, on pense aujourd'hui que l'expression du langage se réalise grâce à deux voies anatomo-fonctionnelles différentes[23] :

- La *voie dorsale* qui traite les aspects phonologiques de la langue, et effectue la transcription des phonèmes (et des graphèmes, à l'écrit).
- La *voie ventrale* qui traite les aspects sémantique de ce qui est entendu (ou lu).

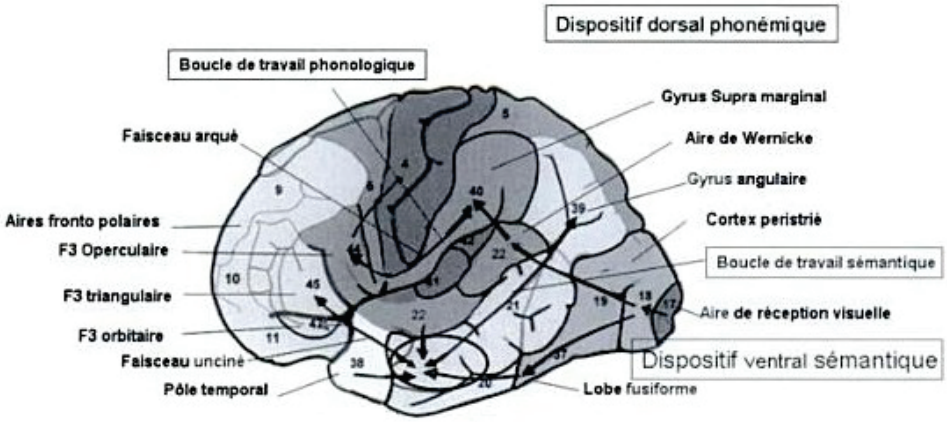
Ces deux voies fonctionnent de manière bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'elles sont activées aussi bien dans les activités langagières de réception que d'expression. Elles sont régulées par la boucle de mémoire de travail phonologique (avec activation du gyrus supramarginal) pour la première, et par la boucle de mémoire de travail sémantique pour la seconde (avec activation du carrefour temporo-occipito-pariétal et du gyrus angulaire).

Le langage écrit : lecture et écriture

La lecture et l'écriture sont des acquisitions plus tardives que le langage oral. Elles nécessitent des apprentissages spécifiques qui reposent, dans la plupart des langues, sur une correspondance grapho-phonémique. Pour y avoir accès, l'enfant doit avoir acquis une conscience phonologique.

Le traitement du langage écrit met en jeu les structures anatomiques liées à la vision : les informations provenant de la rétine parviennent au cortex visuel primaire (aire 17), via les radiations optiques. Puis il les transmet au cortex visuel secondaire (aire 18) et au cortex visuel associatif (aire 19), depuis lesquels s'originent deux circuits (superposables aux *circuits dorsal phonémique* et *ventral sémantique*, décrits pour le langage oral) :

[23] G. Hickock et D. Poeppel, *Dorsal and ventral streams : a framework for understanding aspects of the functional anatomy of language* (2004)



[24]

- Un *circuit dorsal*, aussi appelé *la voie du « Where »* permettant une lecture par décodage grapho-phonémique, où chaque combinaison de lettres est transformée en phonèmes correspondants. Ce type de décodage est utilisé par l'enfant pendant son apprentissage de la lecture, puis par l'adulte lorsqu'il lit un mot qui ne lui est pas familier (ou lorsqu'il doit lire des pseudo-mots). Ce circuit active les mêmes zones cérébrales que l'analyse phonologique de la parole, dont l'aire de Wernicke constitue véritablement l'interface sensori-motrice responsable du décodage phonémique, quelle que soit la modalité du langage présentée. Lorsque la complexité de décodage augmente, la mémoire de travail phonémique est activée conjointement (gyrus supramarginal et F3 operculaire). Puis, pour permettre l'expression articulée des mots lus, ce circuit emprunte ensuite les mêmes voies que pour l'expression orale, à savoir le faisceau arqué qui se projette sur les régions prémotrices et motrices (aires 6 et 4).
- Un *circuit ventral*, aussi appelé *« voie du What »* qui permet une lecture par décodage grapho-lexical, où la forme globale du mot est directement appréhendée et mise en correspondance avec sa signification symbolique. Cette lecture, dite *globale*, est utilisée par le lecteur lorsqu'il rencontre des mots familiers. La région activée se trouve sur le sillon occipito-temporal, où a été décrit une *« aire visuelle de la forme des mots »*[25], qui n'est activée que par les mots écrits. Lors de tâches plus complexes, nécessitant la compréhension de phrases entières, la mémoire de travail sémantique est activée, correspondant anatomiquement au gyrus fusiforme, au gyrus temporal inférieur (T3) et au gyrus angulaire. Ces gyrus constituent un cortex associatif multimodal, où des informations sensorielles, émotionnelles, et mnésiques provenant de la mémoire à long terme convergent, permettant ainsi de faire les liens entre les mots et leurs concepts.

Pour résumer, en voici le schéma proposé par J. Guérin :

[24] J. Guérin, *neuroanatomie du langage et imagerie fonctionnelle,* Figure 5 (*aphasies et aphasiques,* 2007)
[25] Cohen L, Dehaene S, Naccache L, Lehéricy S, Dehaene-Lambertz G, Hénaff MA, Michel F., *The visual word form area : spatial and temporal characterization of the initial stage of reading in normal subjects and posterior split brain patients* (*Brain*, 2000).

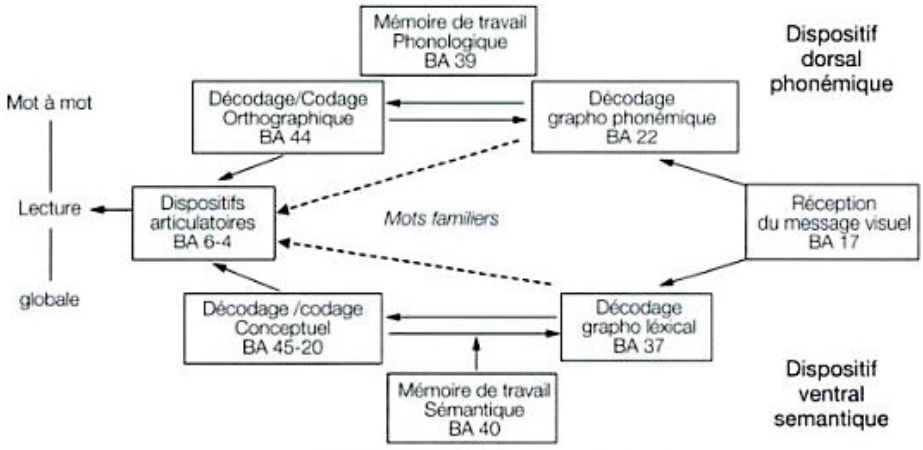


Schéma fonctionnel du langage écrit et lu.

[26]

Modèles cognitivistes de la production orale et écrite

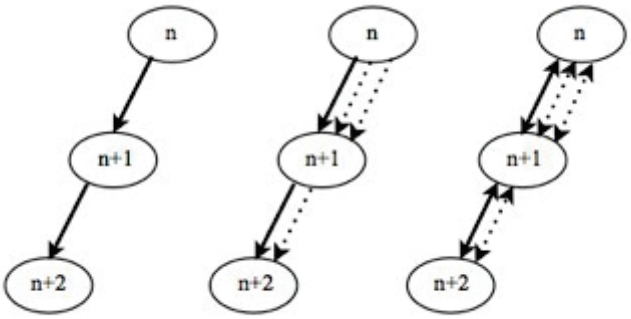
Nous allons maintenant nous intéresser au langage sous l'angle des sciences cognitives. Cette approche tente d'identifier les processus sous-jacents à l'activité langagière, ainsi que leur organisation, pour les présenter sous forme de modèles. Ces modèles sont une forme d'élaboration théorique, exprimée sous une forme métaphorique. Ils illustrent des propositions, supposées avoir une applicabilité générale. Ainsi il faut garder à l'esprit que ces modèles théoriques, constitués d'hypothèses, contiennent toujours une part de faux, puisqu'ils représentent une simplification d'une réalité plus complexe.

Il existe trois types de modèles :

- Les modèles sériels et discrets, qui définissent les opérations langagières comme un déroulement strictement séquentiel. Une opération doit donc être menée à son terme pour pouvoir accéder à l'opération suivante.
- Les modèles en cascade, qui présentent les opérations langagières de façon séquentielle, mais avec des intéractions possibles : une opération n'a pas besoin d'être parvenue à terme pour que la suivante commence à s'activer. Ainsi l'information est traitée simultanément à plusieurs niveaux.
- Les modèles intéractifs, utilisent le principe des modèles en cascade, mais y ajoutent des boucles de rétro-actions.

Voici comment on pourrait les représenter schématiquement, d'après Bonin (2013) :

[26] J. Guérin, *neuroanatomie du langage et imagerie fonctionnelle,* Figure 6 (*aphasies et aphasiques,* 2007)



De gauche à droite : principes des modèles sériels, en cascade et intéractifs.

Même si différentes théories psycholinguistiques co-existent, la majorité d'entre elles s'accorde au moins sur l'existence de trois principales étapes constitutives de la production de mot : il s'agit de la *préparation conceptuelle* du message préverbal, de la *formulation* du message préverbal (divisée en deux étapes : un encodage sémantique et syntaxique d'un côté, et un encodage phonologique et morphologique de l'autre), et enfin de *l'articulation* du message verbal.

Modèle sériel et discret de Levelt [27] et collaborateurs

Ce modèle de la production orale de mot présente le déroulement des différentes opérations langagières. Il s'initie grâce à l'intention de communiquer une information, qui entraîne une préparation conceptuelle (faisant intervenir les connaissances sémantiques du locuteur), et active un concept lexical contenu dans le lexique mental. Dans la théorie de Levelt, le concept lexical n'est pas activé en fonction de ses traits sémantiques, mais en fonction de ses *lemmas*. Plusieurs *lemmas*, correspondant à plusieurs mots proches, sont activés lors de cette sélection lexicale, mais le choix se porte sur le *lemma* le plus activé, (selon la règle de Luce).

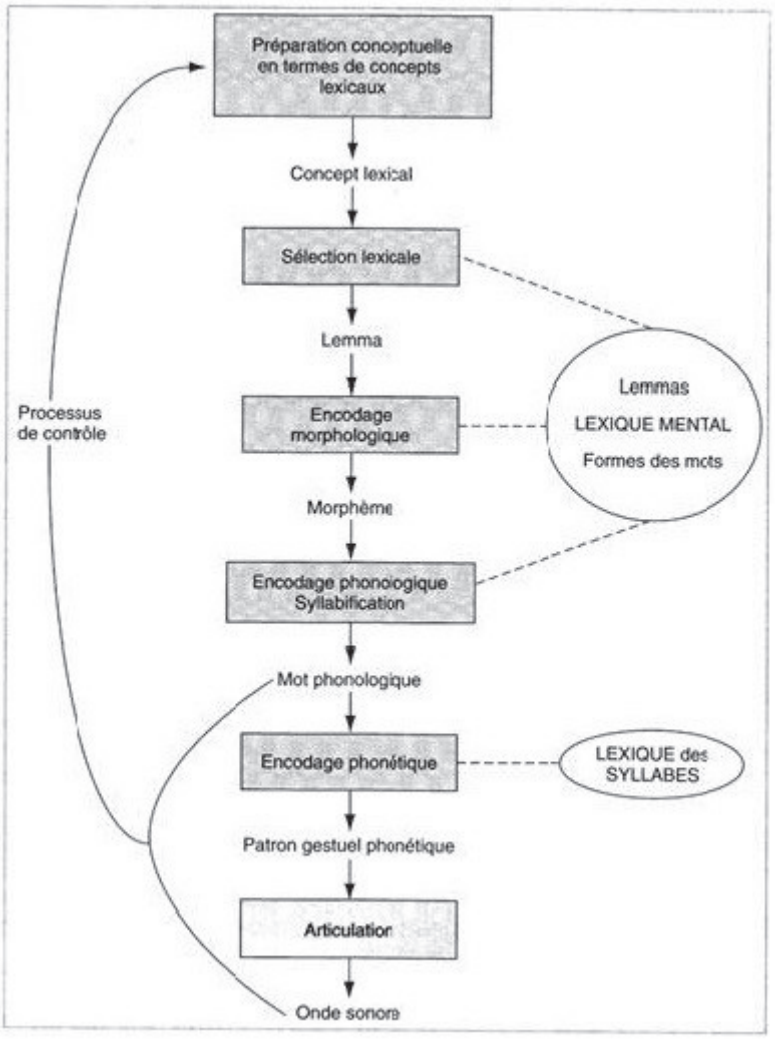
Les *lemmas* sont des représentations mentales abstraites, qui donnent des informations syntaxiques (le genre, la catégorie grammaticale) et sémantiques sur le mot. Ils existent en opposition avec la notion de *lexèmes*, qui correspondent aux traits morphologiques et phonologiques du mot.
Un concept lexical est donc une entité constituée de *lemmas* et de *lexèmes*.

Lorsqu'un *lemma* est sélectionné, ses traits syntaxiques deviennent disponibles pour l'encodage morphologique. Puis le système se prépare à la production articulatoire du mot : pour cela a lieu une première étape d'encodage de la forme phonologique du mot, dans son contexte prosodique, qui aboutit au *mot phonologique*, lui-même constitué de *syllabes phonologiques* issues du lexique de syllabes. La deuxième étape est l'encodage

[27] Levelt WJM, Roelofs A., Meyer AS., *a theory of lexical access in speech production* (*Behavioral and Brain Sciences*, 1999)

phonétique, qui permet de mettre en place les patrons gestuels phonétiques nécessaires à l'articulation du mot, qui est la dernière étape.

A côté de ces processus, il existe également des boucles de contrôle du langage, antérieures mais aussi postérieures à sa production orale.



[28]

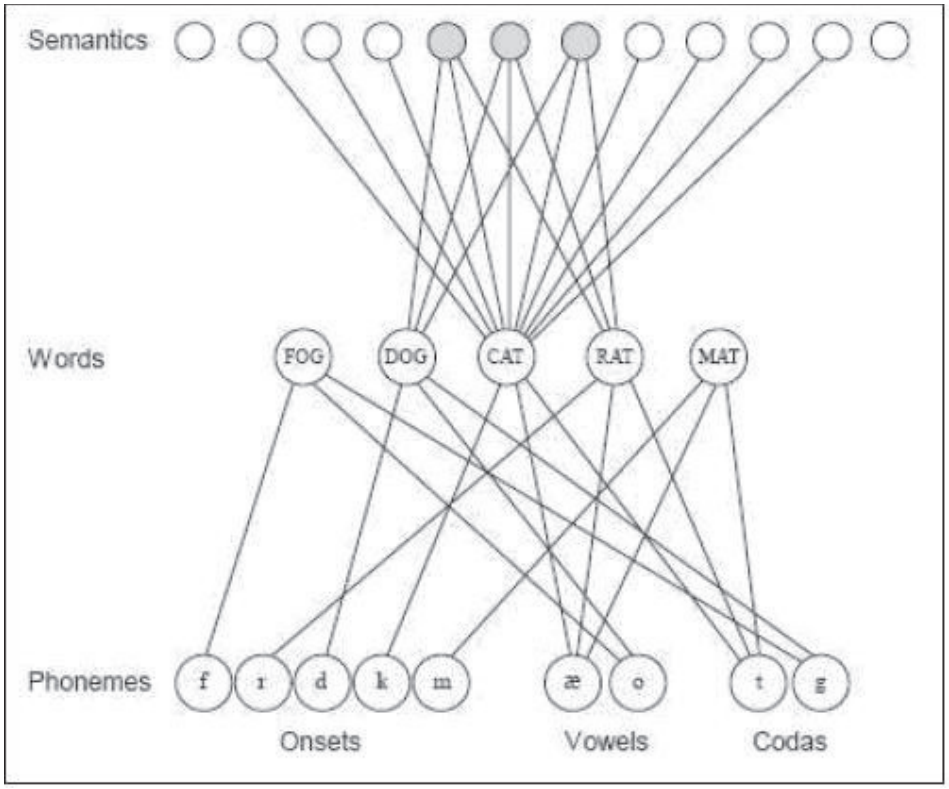
Selon ce modèle, la production orale exige une stricte séquentialité entre les opérations langagières, de nature sémantique, lexicale et phonologique.

Modèle intéractif de Dell[29] et collaborateurs

Ce modèle porte lui aussi sur la production orale de mots, et plus précisément sur l'organisation du lexique mental. On peut également y voir un intérêt pour comprendre certains mécanismes de la production écrite, puisque comme nous l'avons vu

[28] Patrick Bonin, *psychologie du langage, la fabrique des mots,* figure 5.4. (2013)
[29] Dell, *a spreading-activation theory of retrieval in sentence production, (Psychological review,* 1986), & Dell, Schwartz MF., Martin N., Safran EM., Gagnon DA., *lexical acess in aphasic and nonaphasic speakers* (*Psychological review*, 1997)

précédemment, de nombreux mécanismes sont communs à ces deux modalités de production. Il est intéressant car il fournit une explication des erreurs de production.



Trois niveaux sont représentés :

- Le *niveau sémantique* (« semantics » en anglais), contenant l'ensemble des traits sémantiques.
- Le *niveau lexical* (« words »), contenant l'ensemble des mots.
- Le *niveau phonologique* (« phonemes »), contenant l'ensemble des phonèmes. Ils sont divisés en phonèmes initiaux (« onsets »), voyelles (« vowels ») et phonèmes finaux (« codas »).

Ces différents niveaux sont reliés par des « nœuds ». Ils ont été simplifiés sur le schéma présenté ci-dessus, mais il existerait en réalité : des nœuds conceptuels (au niveau sémantique), des nœuds au niveau des lemmas, des nœuds au niveau des morphèmes, des nœuds syllabiques, des nœuds phonologiques, des nœuds pour la structure du mot (CVCV par exemple), et des nœuds pour la catégorie de segments (initial, intervocalique ou final). Ce modèle est intéractif car toutes les connexions sont birectionnelles : leur activation se propage dans les deux sens (descendant et ascendant).

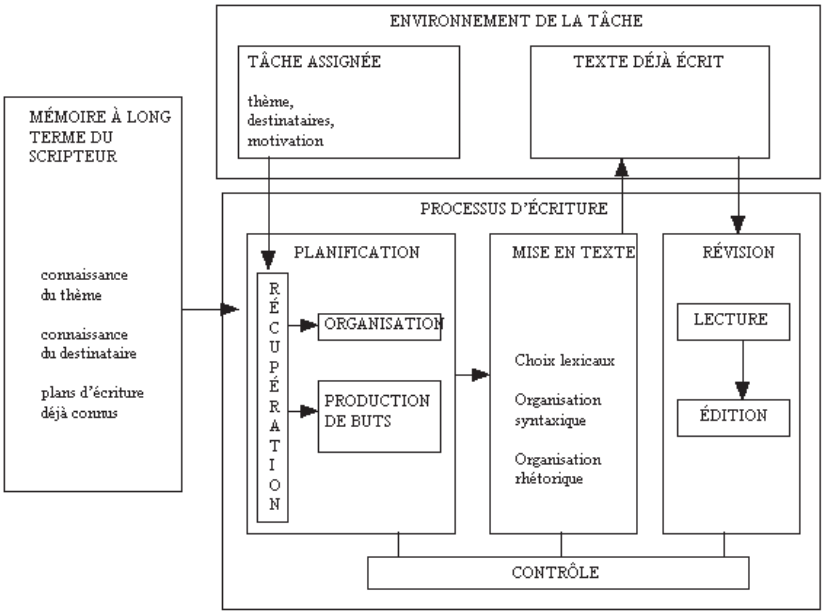
Le schéma montre qu'une intention de communiquer active différents concepts, activant eux-mêmes les traits sémantiques qui leur correspondent. Dans l'exemple, le concept «chat » active les traits sémantiques « animal », « mammifère » et « mammifère terrestre». Puis les unités lexicales correspondant à ces concepts s'activent toutes : ici «chat », « chien » et « rat ». Cette première étape constitue l'étape de *sélection lexicale*. Ensuite, les phonèmes qui composent les unités lexicales s'activent. Il s'agit de l'étape *d'encodage phonologique.* Cette activation se propage à d'autres mots proches : les

phonèmes [k], [a] et [t], entraînent l'activation des mots « rat » (cette erreur correspondrait à une paraphasie sémantique) et « mat » (paraphasie verbale morphologique), par activation ascendante. De même « fog » est activé car il est phonologiquement proche de « dog », mais il ne partage aucun lien phonologique ou sémantique avec « cat » (ce serait donc une paraphasie verbale). L'unité lexicale retenue est celle qui est reliée au plus grand nombre d'unités activées. Dans notre exemple ce sera l'unité «cat», mais ce mot a des chances d'être substitué par le mot « rat » (plus que par d'autres), car il partage des liens sémantiques et phonologiques avec lui.

Les auteurs de ce modèle se sont intéressés à l'aphasie, et ont formulé l'*hypothèse*, dite *de globalité*, selon laquelle les erreurs de productions observées chez les patients aphasiques seraient dûes à un déficit global de l'ensemble des processus de production langagière, se manifestant par un déclin anormalement rapide de l'activation des unités, et par la diminution de la force des connexions entre elles.

Modèle de la production de textes de Hayes et Flower

Le fonctionnement de la production écrite est moins bien connu que celui de la production orale, car il est vraisemblablement plus complexe à explorer. Cependant nous allons voir comment l'ont décrit Hayes et Flower (1980), dont le modèle sert habituellement de référence.



30

Ce modèle présente trois ensembles :

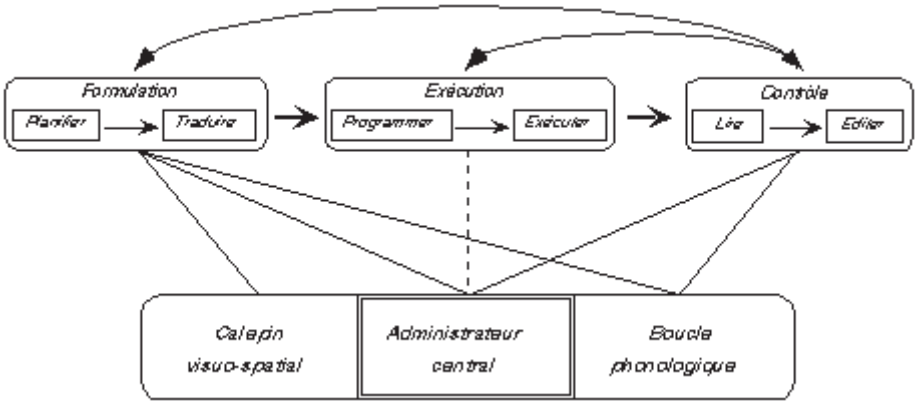
- *L'environnement de la tâche* qui comprend tout élément extérieur pouvant influencer la performance du rédacteur : texte déjà écrit ou non, le destinataire, l'enjeu, le sujet, le cadre social, éventuellement la consigne, etc.

[30] Modèle de Hayes et Flower, adapté par Fayol (1996)

- *La mémoire à long terme* qui contient les connaissances conceptuelles du rédacteur sur le thème de rédaction, mais également les connaissances situationnelles et rhétoriques.
- *Les processus rédactionnels :* ces processus fonctionnent en série mais de manière récursive, c'est-à-dire chaque processus peut interrompre l'activité d'un autre pour être mis en œuvre. Ils sont au nombre de 4 :

  - *La planification* : elle permet d'établir des plans de contenus et de traitements. Il existe trois plans : le plan « *pour faire* » qui définit les buts rhétoriques et pragmatiques de la rédaction, le plan *« pour dire »* qui gère les idées à développer, et le plan *« pour rédiger »* qui organise les concepts et leur traitement linguistique.
    Au cours de cette étape, les informations concernant le thème du message sont extraites de la mémoire à long terme (processus de *génération*), sont organisées (processus d'*organisation*), et les objectifs de rédaction sont déterminés (processus d'*établissement des buts*). Il est à noter que cette activité de planification est également retrouvée dans la plupart des activités cognitives complexes.
  - *La mise en texte* : les fragments de messages préverbaux produits par la planification sont transformés en produit linguistique par ce processus qui permet de choisir les unités lexicales, de construire les structures syntaxiques, et les représentations orthographiques des mots.
  - *La révision* : Elle permet de vérifier la production. Elle peut intervenir après l'exécution mais aussi sur le travail mental en cours. Elle comprend toute activité de retour sur le texte. Les opérations de révision vont de la révision de lettres à celle de paragraphes et peuvent être de quatre types : substitutions, déplacements, additions, et suppressions.
  - *Le contrôle*: il guide la mise en œuvre des trois processus rédactionnels précédents, et gère le déroulement de l'activité en activant un processus ou en l'interrompant pour en activer un autre.

Si ce modèle demeure une référence dans le domaine, sa relative imprécision est néanmoins critiquée. De nouveaux modèles ont été élaborés pour tenter de le compléter. On peut citer le modèle de Kellogg (1996), qui décrit les relations qui existent entre les processus rédactionnels et la mémoire de travail (selon le modèle de la mémoire de travail de Baddeley, 1986) :



La mémoire de travail comporte trois sous-systèmes :

- Le *calepin visuo-spatial* maintient en mémoire les informations visuelles et spatiales, et serait responsable de la formation et de la manipulation des images mentales. Lors de la production écrite, il participe au processus de *planification* pour créer et/ou récupérer des images mentales dans la mémoire à long terme.
- La *boucle phonologique* maintient en mémoire, et manipule les informations verbales. Elle intervient lors de la *formulation*, et de la *révision* du message écrit.
- L'*administrateur central* est un mécanisme attentionnel, chargé du contrôle et de la coordination des deux sous-systèmes précédents. Il intervient dans tous les processus rédactionnels (mis à part le processus d'éxecution qui est largement automatisé, chez le rédacteur expert).

Dans ce modèle, les activations seraient simultanées entre la *formulation*, l'*éxecution* et le *contrôle*.

Il est à noter que la mémoire de travail est une mémoire à capacité limitée, ce qui implique un « coût cognitif » lors de sa mobilisation. Ceci pourrait expliquer qu'au-delà d'un certain coût cognitif, des erreurs apparaissent dans la production verbale. Cette limitation contraint également l'ensemble des activités cognitives complexes dans lesquelles elle est impliquée.

Concernant les relations entre production verbale orale et production verbale écrite, il est traditionnellement admis que la production écrite dérive de l'oral (Ellis, 1988). Elle mettrait en jeu les mêmes mécanismes et représentations que ceux de l'oral, à la différence que la sortie phonologique se traduit en écriture. Mais cette conception est remise en question, notamment en raison de l'existence de dissociations entre performances orales et écrites en faveur de l'écrit, chez certains sujets aphasiques. Des auteurs ont alors proposé l'hypothèse de l'autonomie orthographique : c'est-à-dire que les représentations orthographiques de mots seraient récupérés indépendamment des représentations phonologiques, à partir des représentations sémantiques. Cette hypothèse n'exclut toutefois pas que les représentations phonologiques puissent intervenir dans l'encodage orthographique.

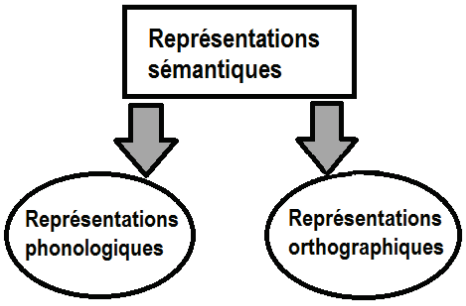


Illustration de l'hypothèse de l'autonomie orthographique

Au moins deux différences importantes restent à souligner entre la production écrite et la production orale : la première est liée au caractère permanent de l'écrit, opposée au caractère éphémère de la parole, qui permet une *révision* de la production. La deuxième concerne le rythme de production : selon Fayol (1997) le rythme moyen d'élocution se situe entre 150 à 200 mots par minute, alors qu'à l'écrit il serait 5 à 8 fois moins rapide. Cette moindre contrainte temporelle, et l'absence destinaire présent, autoriseraient ainsi une sélection plus lente et plus réfléchie des mots, ainsi qu'une recherche de précision afin de pallier le caractère décontextualisé de la production.

13. Description des aphasies

14. Etiologies

Les aphasies surviennent généralement de façon brutale, en lien avec des lésions cérébrales. Ces dernières peuvent apparaître à la suite de plusieurs types de pathologies, dont les principales sont :

- **Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) :**

C'est la pathologie neurologique la plus fréquente dans les pays industrialisés. Ils représentent la 3ème cause de mortalité après les maladies coronariennes et les cancers, et la 1ère cause de handicap acquis chez l'adulte. C'est également la 1ère cause d'aphasie, et la 2ème cause de démence après la maladie d'Alzheimer. En France, l'incidence est de 150 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants.

Selon l'OMS, on peut définir un AVC comme la « survenue brutale d'un déficit d'une fonction cérébrale, le plus souvent focal (hémiplégie, aphasie, cécité monoculaire), parfois global (confusion, coma), sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire ».

Il existe plusieurs types d'AVC : les plus fréquents sont les AVC ischémiques, qui surviennent après l'occlusion d'une artère cérébrale, et les AVC hémorragiques par rupture de la paroi d'une artère cérébrale (20% des cas).

- **Les traumatismes crâniens (TC) :**

Ces traumatismes sont souvent dûs aux accidents de la route et du travail. Ils représentent une cause importante d'aphasie, surtout chez le jeune adulte. La nature et l'importance des lésions est difficile à évaluer, et il est parfois difficile de faire la part entre les troubles propres à l'aphasie, et d'autres troubles.

- **Les tumeurs cérébrales :**

Comme les TC, elles constituent une cause fréquente d'aphasie chez le jeune adulte. La tumeur cérébrale est une masse intracrânienne dont le volume augmente progressivement, refoulant ou détruisant le tissu cérébral. Si elle atteint des régions cérébrales participant

au langage, une aphasie se déclare. Dans ce cas, la sémiologie aphasique apparaît progressivement.

- **Les maladies neurodégénératives :**

Il y a une perte progressive de cellules nerveuses, dans des régions plus ou moins définies du système nerveux central. Celle-ci entraîne une détérioration cognitive qui peut inclure des troubles du langage. C'est le cas dans la maladie d'Alzheimer, des démences fronto-temporales, des aphasies primaires progressives, de la maladie de Parkinson, de la paralysie supranucléaire progressive…

- **Autres pathologies :**

Rarement, une aphasie peut être en lien avec une pathologie inflammatoire (sclérose en plaques par exemple), ou une pathologie infectieuse (méningo-encéphalite herpétique par exemple).

15. Présentation générale des aphasies selon Roman Jakobson

Le linguiste Roman Jakobson s'est intéressé à la question de l'aphasie. Il pense, comme le neurologue J.H. Jackson, que cette pathologie du langage répond à un ensemble de règles.

Il décrit deux opérations fondamentales nécessaires au comportement langagier : la *sélection* et la *combinaison*, qui définissent la bipolarité du langage. A partir de ces deux grands pôles, il établit, en 1956, deux grandes classes de troubles aphasiques :

- L'aphasie par trouble de la sélection : ce trouble est lié à une perturbation de l'opération de sélection, de choix, des unités du langage, c'est-à-dire qu'il y a une perturbation du fonctionnement sur l'axe paradigmatique. La relation interne de similarité (et de contraste) qui permet de distinguer les unités entre elles, propre à l'opération de sélection, est atteinte. A contrario, la capacité à combiner les unités est relativement conservée. Cela renvoie à la sémiologie des aphasies de Wernicke.
- L'aphasie par trouble de la combinaison: ce trouble est lié à une perturbation de l'opération de combinaison des unités, c'est-à-dire qu'il y a une perturbation du fonctionnement sur l'axe syntagmatique. La relation interne de contiguïté, propre à l'opération de combinaison, est atteinte. Cependant l'émission de mots signifiants est relativement conservée, hors du contexte de la phrase, ce qui donne un « style télégraphique » au discours. Cela correspond à la sémiologie des aphasies de Broca.

Cette première dichotomie renvoie à l'opposition classique entre aphasie « motrice » et aphasie « sensorielle ». Jakobson leur préfère, respectivement, les termes de « trouble de l'encodage » et de « trouble du décodage ». Et ce, même si les altérations d'un de ces deux processus a un retentissement sur le second.

En 1964, Jakobson précise sa classification, en s'inspirant des travaux de Luria. Il présente quatre types d'aphasie supplémentaires, sur la base de 2 nouvelles dichotomies. Il s'agit des dichotomies « limitation - désintégration », et « séquence – co-présence ». La première concerne la « limitation » ou la « désintégration » d'un des pôles du langage : les deux aphasies précédemment décrites correspondent à la désintégration d'un pôle, alors que la limitation de ces pôles donne lieu à deux nouveaux types d'aphasies :

- L'aphasie dynamique, par trouble de l'encodage d'unités successives. On peut la considérer comme une forme atténuée de l'aphasie motrice.
- L'aphasie sémantique, par trouble du décodage et de la co-présence. On peut la considérer comme une forme atténuée de l'aphasie sensorielle.

La dernière dichotomie, « séquence – co-présence » fait référence aux deux types de combinaison possibles dans le langage : la co-présence qui a lieu sur l'axe paradigmatique, et la séquence qui se réalise sur l'axe syntagmatique. Cette distinction fait apparaître deux nouveaux types d'aphasies :

- L'aphasie afférente, ou kinesthésique : par trouble de l'encodage d'unités produites simultanément, c'est-à-dire qu' il s'agit d'un trouble de la combinaison des traits en phonèmes.
- L'aphasie acoustico-amnésique, ou amnestique : par trouble du décodage d'unités séquentielles, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un trouble de réception des unités présentées de manière successive. Alors que les ordres simples seraient compris.

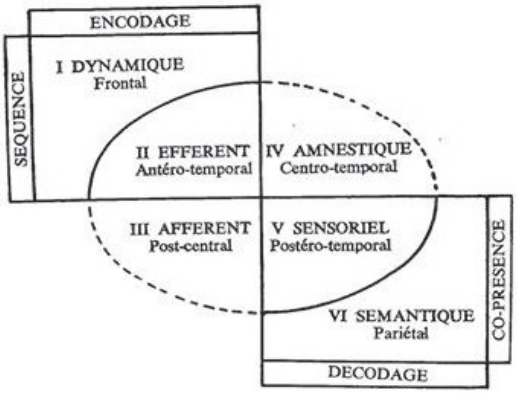


Schéma récapitulatif des 6 types d'aphasies de Jakobson (1972)

16. Présentation classique des différents types d'aphasie

On distingue classiquement plusieurs types d'aphasies, selon la localisation lésionnelle et les signes cliniques présentés. Cependant il reste parfois difficile de déterminer le type d'aphasie présenté par un patient, du fait de l'existence de formes mixtes, et de l'évolution des tableaux cliniques dans le temps.

A

phasie de type Broca

L'aphasie de Broca est la forme prototypique des aphasies non fluentes. Elle est essentiellement caractérisée par une réduction qualitative et quantitative du langage. Le *manque du mot* est généralement important, et correspond à une difficulté d'accès au lexique. Le sujet peut présenter des troubles arthriques : autrefois nommés *syndrome de désintégration phonétique*, on parle aujourd'hui plutôt d'*anarthrie* ou d'*apraxie de la parole*. L'élocution est lente et laborieuse, et peut s'accompagner d'une altération de la prosodie. Le contenu du discours reste informatif, mais il nécessite des efforts de la part du patient, en lien avec un défaut d'initiation de la parole et à un phénomène de manque du mot. De plus, la construction des phrases et leur organisation grammaticale est altérée (absence d'articles et de mots de liaison, verbes donnés à l'infinitif, etc), pouvant aller jusqu'à l'*agrammatisme*, c'est-à-dire l'expression par mots-phrases. La compréhension est bien préservée au niveau conversationnel, mais se détériore avec des énoncés présentant un niveau supérieur de longueur et de complexité (en lien avec une atteinte de la mémoire de travail et des capacités attentionnelles).

La sévérité des troubles est variable selon les individus, et l'évolution de la maladie : elle peut aller du mutisme, fréquent au stade initial, avec parfois présence d'une *stéréotypie* (à l'image du patient du Dr Broca, surnommé « Tan »), jusqu'à un simple *manque du mot* dans le cas le plus favorable.

La lecture, l'écriture et le calcul sont également atteints. Les troubles du graphisme sont souvent importants, mais il est difficile de les évaluer, en raison de l'existence d'une hémiplégie droite fréquemment associée. On retrouve à l'écrit la réduction quantitative et qualitative présente à l'oral, avec des signes d*'agrammatisme*, ainsi que des *paragraphies littérales* et *graphémiques*.

Les troubles neurologiques souvent associés à cette aphasie sont une hémiplégie droite, une apraxie idéomotrice et une apraxie bucco-lingo-faciale. Le sujet a conscience de ses troubles, ce qui peut entraîner une réaction dépressive et des conduites d'échec.

A

phasie de type Wernicke

Trois types d'aphasie de Wernicke ont été décrits par A. Roch-Lecours et F. Lhermitte :

- **L'aphasie de Wernicke** proprement dite :

Elle est caractérisé par un discours fluent (parfois logorrhéique), l'absence de trouble d'articulation, la production de nombreuses paraphasies de 1ère et de 2ème articulation, et des troubles importants de la compréhension (par atteinte lexico-sémantique, et trouble de la réception pouvant aller jusqu'à la *surdité verbale)*. Même si le débit est fluide, le

manque du mot est manifeste, comme en témoignent la présence de paraphasies, de néologismes et de circonlocutions. Si l'aphasie est massive, un *jargon* peut exister : il peut être à prédominance phonémique, sémantique ou mixte, selon le type de *paraphasies* prédominantes dans le discours. Leur langage est alors incompréhensible, et perd son pouvoir de communication. Des *néologismes* et des *mots de prédilection* peuvent s'y ajouter. Une *dyssyntaxie* est parfois également présente, c'est-à-dire que les règles de la syntaxe ne sont plus respectées pour construire les phrases.

Dans de nombreux cas, la lecture et l'écriture sont perturbées, dans les mêmes proportions que l'expression orale. Cependant le graphisme est conservé.

Les troubles neurologiques pouvant être associés à cette aphasie sont une *héminégligence latérale homonyme*, une *héminégligence droite*, une *apraxie idéomotrice* et une *désorientation temporo-spatiale*, qui sont souvent transitoires. Le sujet est généralement *anosognosique* au stade initial de la maladie. Cette absence de conscience de ses troubles peut entraîner des troubles du comportement chez le sujet, qui se sent incompris.

L'évolution est le plus souvent favorable : progressivement la compréhension s'améliore, l'anosognosie disparaît, le débit ralentit, et l'expression devient plus compréhensible. Mais cette aphasie peut aussi évoluer vers un Wernicke reduit, une aphasie de conduction ou une surdité verbale.

- **L'aphasie de Wernicke 2, ou « aphasie transcorticale sensorielle »** :

Trois signes sémiologiques principaux permettent de décrire cette aphasie : le discours comporte des paraphasies verbales de 1ère articulation (mais aucune paraphasies de 2ème et 3ème articulation) pouvant aller jusqu'à un *jargon sémantique*, la compréhension est altérée, mais la répétition est toutefois conservée.

L'abondance des déviations verbales et la dyssyntaxie donnent une impression de grande incohérence, ce qui peut faire passer le patient pour dément. Le patient présente une anosognosie massive et souvent persistante.

L'évolution est souvent marquée par un appauvrissement quantitatif et qualitatif de l'expression, avec l'utilisation de syntagmes figés comportant des unités lexicales peu nombreuses et réccurentes.

- **L'aphasie de Wernicke 3, ou « alexie-agraphie »** :

L'atteinte est prédominante sur le langage écrit. Cette aphasie est marquée par deux dissociations :

- un langage oral avec un manque du mot isolé, alors que le langage écrit est très perturbé : il y a suppression ou *jargon*. De plus, si le patient est totalement conscient de son trouble à l'oral, il est cependant anosognosique de son trouble à l'écrit.

- Une compréhension normale ou quasi-normale du langage oral, alors que la compréhension du langage écrit est très déficitaire.

A

phasie de conduction

Ce type d'aphasie se caractérise par un discours fluent, comportant de nombreuses *paraphasies phonémiques* (de 2ème articulation) que le patient, conscient de ses troubles, tente de corriger, donnant alors lieu à des *approches phonémiques*. La répétition est très perturbée, alors même que la compréhension est correcte.

A l'écrit, le graphisme est préservé, la compréhension est bonne, mais l'expression comportent des *paragraphies phonémiques* (comme à l'oral).

Elle est le plus souvent l'évolution d'un tableau d'aphasie de Wernicke.

A

phasie globale

L'aphasie globale correspond à une altération massive de l'ensemble des capacités de langage : l'expression orale, l'expression écrite et la compréhension sont très réduites ou nulles.

Les troubles neurologiques qui y sont fréquemment associés sont une hémiplégie droite définitive avec des troubles sensitifs et des troubles du champ visuel. Le patient est anosognosique. Le pronostic d'évolution est sombre.

A

phasie transcorticale motrice

Elle est proche de l'aphasie dynamique décrite par Luria, puis par Jakobson. C'est une aphasie non-fluente dont les signes dominants sont le manque d'incitation et la réduction importante du langage. Les patients présentent un « adynamisme » dans le langage, mais aussi dans leurs activités quotidiennes.

Elle peut survenir d'emblée, ou apparaître comme l'évolution d'un tableau d'aphasie de type Broca. Les déficits neurologiques associés peuvent être une hémiplégie droite et/ou une apraxie idéomotrice. Le pronostic est généralement favorable.

A noter qu'il existe également une *aphasie transcorticale sensorielle* (ou *Wernicke type 2*), et une *aphasie transcorticale mixte* associant les signes des deux précédentes aphasies transcorticales, ce qui aboutit à un tableau très déficitaire, en lien avec des lésions cérébrales très étendues.

Tableau récapitulatif

D'autres aphasies ont été décrites, mais nous nous sommes limités à présenter les principales. La classification clinique reste pertinente si l'on garde à l'esprit qu'il ne s'agit pas de « classer » à tout prix un type d'aphasie, mais plutôt d'exploiter les observations anatomo-cliniques pour guider notre démarche diagnostique, réfléchir au devenir du patient, et proposer une prise en charge adaptée.

Voici un tableau récapitulatif des principales aphasies :

APHASIE :	Exp° orale	Exp° écrite	Comp° orale	Comp° écrite	répétition	LHV	dictée	copie
Broca	Réduite, agrammatisme	Réduite, dysorthographie, tbles graphisme	+	+	altérée	altérée	altérée	altérée
Wernicke 1	Fluente : logorrhée, jargon, paraphasies	Réduite, jargonagraphie	- : Surdité verbale	-	Très altérée	Très altérée	Très altérée	Très altérée
Wernicke 2 (ou trans.sens.)	Jargon sémantique	Réduction, jargonagraphie	-	-	+	+/- : paralexies	-	servile
Wernicke 3 (ou alexie-agraphie)	Manque du mot	Réduction, tbles graphisme, paragraphies	+	-	+	-	-	servile
Conduction	Jargon et approches phonémiques	dysorthographie	+	+	Très altérée	altérée	altérée	altérée
Globale	Réduite, mutisme, stéréotypie	Très perturbée	-	-	-	-	-	-
Trans. motrice	Réduite, manque d'incitation	Réduite (comme oral)	+ : mais effet de longueur et complexité	+	+	+	+	+
Trans.mixte	écholalies	-	-	-	+	-	-	-
Surdité verbale pure	+/- normale	normale	- : se comportent comme sourds	+	-	+	-	+
Cécité verbale pure	normale	normale	+	-	+	-	+	servile
Anarthrie pure	Tbles arthriques majeurs, paraphasies phonémiques	+/- : Parfois dysorthographie, tbles graphisme	+	+	-	-	+	+

16.1. Retentissement de l'aphasie sur la qualité de vie du patient

A u niveau de la personnalité

Selon P-Y. Létourneau (1991), les réactions psychologiques les plus fréquentes face à l'aphasie sont : l'anxiété, la négation de la réalité, des comportements de régression, de l'égocentrisme, une baisse de l'estime de soi, l'isolation sociale, une labilité des émotions, de l'agressivité, de la honte, de la passivité, une désinhibition. Ces comportements sont variables selon différents facteurs sémiologiques, personnels et environnementaux. Mais il est parfois difficile de faire la différence entre un changement de traits de la personnalité lié à des lésions, et la réaction du patient face à ses troubles.

Dans les aphasies de type Broca, la personne ne parvient pas à se faire comprendre, ni à trouver ses mots. La conscience douloureuse de son état peut l'amener à se retirer de la communication. Elle ressent une grande frustration à ne pas pouvoir exprimer sa pensée. Elle se sent diminuée et impuissante. Goldstein parlait de « réaction catastrophique » pour décrire ce comportement face à l'aphasie. La colère peut aussi être un moyen de défense pour eux.

En ce qui concerne les patients qui présentent une aphasie de type Wernicke, des troubles de la compréhension sont présents, et ils n'en ont pas toujours conscience. Ainsi, ces personnes peuvent donner l'impression d'être indifférentes ou de nier leurs troubles. S'il s'y ajoute un jargon, la personne est irritée du fait de ne pas être comprise. Elle s'agite pour essayer de se faire comprendre, et elle décharge parfois son agressivité sur l'entourage ou le personnel soignant. Mais cette période d'excitation générale est transitoire, car lorsque le patient commence à prendre conscience de ses troubles, il bascule généralement vers une phase de dépression ou d'isolement. Ces patients sont très dépendants de leur entourage, qui doit jouer le rôle de traducteur pour faciliter leur compréhension.

Face au bouleversement qu'est l'aphasie, le patient est plongé dans l'inconnu, son avenir lui paraît sombre, ce qui provoque chez lui une profonde angoisse. Il craint également de ne plus être comme avant, de ne pas pouvoir reprendre son travail et de perdre les liens avec son entourage. Ce sentiment de perte est toujours présent chez les personnes aphasiques. En effet, la perte de l'efficience de son langage s'accompagne généralement d'autres pertes : perte du statut familial et professionnel, diminution de l'autonomie, baisse de l'estime de soi… L'individu est atteint dans sa globalité, et doit faire le deuil de sa qualité de vie antérieure. Il va essayer de faire face à cette nouvelle réalité, pour retrouver un équilibre le plus rapidement possible.

Peu à peu, la personne aphasique va ainsi accepter de ne plus pouvoir *être comme avant*, et s'investir dans des efforts, plus réalistes, pour progresser dans le champ des *possibles*.

A

u niveau des relations sociales

Au sein de la famille, l'aphasie d'un de ses membres vient en perturber l'équilibre. Buck la qualifie à ce titre de *« maladie de la famille »*. Les principaux changements observés sont, selon R. Boisclair-Papillon (1991) : une modification des rôles familiaux (notamment liée au fait que le conjoint se voit attribuer de nouvelles responsabilités, que le partenaire assumait auparavant), une culpabilité ressentie par le conjoint de ne pas avoir pu prévenir l'accident ou ne pas assez aider au quotidien, des espoirs irréalistes quant au devenir du sujet aphasique, des attitudes surprotectrices, des problèmes de communication au sein du couple, ainsi qu'une réduction des activités sociales et des loisirs. De la même façon que la personne aphasique influence les autres membres de sa famille, ces derniers influencent le comportement de l'aphasique, ainsi qu'une part de sa récupération.

Au niveau de la vie en société, l'impact de l'aphasie est variable et dépend de plusieurs facteurs, dont le plus important est la récupération. Selon Marie-Andrée Lemay (1991), les personnes ayant bien récupéré gardent quelques difficultés dans des situations comme les conversations à plusieurs, ou dans le bruit. Elles cherchent alors à contourner les difficultés et à éviter certaines situations de communication. Pour les aphasiques dont la récupération est limitée, les conséquences sur les relations sociales sont plus importantes. Ils ont généralement tendance à se replier sur eux-mêmes et à éviter le contact avec les autres. Leur journée est souvent rythmée par l'intervention des différents thérapeutes, qu'ils considérent parfois comme des membres de leur entourage. L'autonomie et la qualité des contacts extérieurs de la personne aphasique sont également en lien avec la personnalité du sujet, ainsi qu'avec la réaction d'encouragement ou de limitation que peut avoir l'entourage.

Concernant le monde du travail, l'aphasie se présente comme un facteur négatif de reprise du travail chez les sujets cérébrolésés. Citons l'enquête de B. Ducarne de Ribaucourt (1986), effectuée sur 600 patients aphasiques, qui évalue à 36% le taux de personnes ayant pu reprendre une activité professionnelle, adaptée à leurs possibilités. Mais les résultats sont variables selon les études, car de nombreux facteurs entrent en jeu, dont la gravité de l'aphasie semble être le plus significatif. Notons que des plaintes de fatigalibilité, de troubles de l'attention et de la mémoire, une lenteur dans l'éxecution des tâches et des difficultés de communication sont souvent rapportées chez les patients réinsérés.

17. Présentation des différentes approches rééducatives

Historiquement, les premiers « aphasiologues » avaient très peu de connaissances en ce qui concerne les mécanismes neurophysiologiques de la récupération. Ils sont donc passés par des nombreuses tentatives de rééducation, basées sur l'hypothèse que les troubles aphasiques suivent une progression inverse à celle de l'acquisition du langage

chez l'enfant : ces premières approches sont donc essentiellement pédagogiques, et visaient à ré-apprendre aux sujets ce qu'ils avaient perdu.

Les premières approches structurées apparaissent après la Seconde Guerre Mondiale, grâce aux avancées théoriques en linguistique, en neurologie et en psychologie. En voici les principales :

18. L'approche empirique

Les principaux représentants de ce courant, implanté aux Etats-Unis et en Europe, sont Wepman, Schuell, B. Ducarne de Ribaucourt, F. Lhermitte et A. Tissot. Ce courant est essentiellement centré autour de l'aphasie, et essaie d'adapter à cette pathologie des méthodes créées au départ pour la rééducation des enfants. Il est qualifié d' « empirique » du fait d'un manque de fondements théoriques, et d'une méthodologie assez imprécise, qui est à mettre en lien avec l'état des connaissances de l'époque. Ce courant proposait cependant déjà des stratégies rééducatives sur la base d'hypothèses portant sur les déficits fonctionnels présentés, qui sont à l'origine de nombreuses stratégies employées actuellement.

Dans cette approche, le principe est de proposer une stimulation plus ou moins spécifique lorsque les compétences semblent préservées mais que leur accès est difficile, ou un véritable réapprentissage lorsqu'elles semblent abolies. Pour cela, les méthodes empiriques s'appuient sur la stimulation verbale, l'adaptation de la complexité des exercices et du rythme de travail au patient, une prise en compte des composantes médicales, neurologiques et psychologiques de l'aphasie, un repérage préalable des conduites de communication résiduelles chez le patient, la polystimulation (par les entrées visuelle, auditive, et/ou tactile), la hiérarchisation de la difficulté dans les exercices proposés, et enfin la favorisation du passage de l'automatique au volontaire et du volontaire à l'automatique.

Plusieurs méthodes existent, proposés par plusieurs auteurs : la rééducation par stimulation auditive de H. Schuell (1955 et 1974), la rééducation globale de Wepman (1951), la rééducation sémiologique selon Lhermitte et Ducarne (1962 et 1965)…

La notion de « réapprentissage » de la langue chez l'aphasique, employée par certains auteurs, est rejetée par Schuell, puis plus tard par Lhermitte et Ducarne qui pensent que *« rééduquer le langage d'un aphasique, ce n'est pas enseigner une nouvelle langue à un sujet normal. L'aphasique a su parler, et son cerveau malade n'a plus ses capacités normales d'apprentissage. La rééducation doit donc être principalement dirigée dans l'intention de faire ressurgir ou d' « actualiser » de façon spontanée et propositionnelle des activités psycho-linguistiques troublées ou perdues, plutôt que de faire apprendre les éléments constitutifs d'une langue.*[31] »

Pour les empiristes, toute thérapie est une aventure singulière liée à un sujet particulier, et ne doit pas être uniquement l'application d'un programme déterminé de procédures rééducatives.

[31] Xavier Séron, *aphasie et neuropsychologie*, p.84 (1979)

Selon Xavier Séron, les points négatifs de cette approche restent la pauvreté de l'implication de la famille et des partenaires sociaux dans la prise en charge, quelques faiblesses au niveau théorique, et l'absence de tests expérimentaux mettant en évidence l'efficacité des méthodes (ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles soient inefficaces).

19. L'approche soviétique : Luria et Tsvetkova

Cette approche s'appuie sur les travaux neuropsychologiques de Luria, réalisés dans les années 1960. On peut dire qu'il est le précurseur de l'approche cognitiviste, que nous étudierons par la suite. Cependant il s'en démarque par l'idée que les processus psychologiques supérieurs (la perception, le langage, la mémoire, etc) forment un système, qu'on ne peut diviser en facultés isolées. Il en découle que, pour lui, une lésion ne peut détruire la totalité d'une fonction, et qu'on ne saurait y assigner la localisation de cette fonction. Cette idée est à la base de son *analyse syndromique* (s'opposant à une analyse sémiologique), nécessitant l'étude détaillée et comparée survenant dans les différents systèmes fonctionnels, pour comprendre le rôle des différentes composantes.

Les principes généraux de la rééducation selon Luria sont les suivants :

- La restauration spécifique du système perturbé (qui se différencie d'une rééducation des symptômes visibles en surface)
- L'utilisation des fonctions préservées
- L'étalement dans le temps et la gradation de la difficulté
- Le retour informationnel sur l'échec ou la réussite de l'exercice, pour renforcer les capacités d'autocorrection.

Luria affirme qu'il n'y a pas d'espoir de restauration de la fonction perturbée, mais qu'il faut plutôt travailler à la réorganisation du système.

20. L'approche opérante, ou béhavioriste

Le courant béhavioriste se positionne à l'opposé du courant empirique. Il s'inspire des théories du conditionnement opérant découvert par B.F. Skinner, et du courant de la Modification du Comportement qui en découle, pour l'appliquer entre autres à l'aphasie. Son influence est particulièrement importante aux Etats-Unis.

Le principe est de modifier un « comportement déviant », ou d'installer de nouveaux comportements, au moyen de techniques de réapprentissage basées sur le conditionnement. Ainsi on essaie de modifier la *réponse* du patient, en utilisant des *stimulus discriminatifs* (positifs ou négatifs) qui induisent ou inhibent ce comportement, puis, après la production de la *réponse,* en utilisant un *renforcement* (positif ou négatif) qui augmente ou diminue la probabilité de réapparition du comportement. Des

« programmes rééducatifs » sont ainsi instaurés, avec généralement des seuils de réponses correctes à atteindre avant de pouvoir passer à l'étape suivante.

Plusieurs méthodes ont été mises au point : une méthode inspirée de l'enseignement programmé de Holland, l'apprentissage d'un code visuel arbitraire selon la technique de Premack (1973), « la remédiation de l'aphasie de conduction par la répétition de phrases » de Susan E. Kohn (1990)…

D'après Xavier Séron, la principale critique que l'on peut faire à cette méthode tient au fait que la pathologie neuropsychologique ne résulte pas d'un défaut du répertoire comportemental du sujet, mais d'une altération du système nerveux central. Pour autant, cela n'empêche pas que l'utilisation de certaines procédures rééducatives puisse s'avérer intéressantes.

21. L'approche cognitiviste

L'influence de l'approche cognitiviste sur les rééducations neuropsychologiques est apparue dans les années 1980, aux Etats-Unis et en Europe.

Elle se base sur les modèles cognitifs de traitement de l'information chez le sujet sain, qui tentent de décrire le trajet de l'information-langage par plusieurs niveaux successifs de traitement, selon la tâche effectuée. Elle tente ainsi d'identifier chez un patient les composantes de traitement qui sont atteintes, et celles qui sont préservées. A partir de cette évaluation, elle définit ensuite les objectifs de rééducation et les méthodes à utiliser, en fonction des hypothèses émises sur la nature du déficit.

Les techniques de rééducation diffèrent peu de celles utilisées dans l'approche empirique, mais elles sont choisies pour solliciter de façon le plus spécifiquement possible les composantes du langage altérées (par exemple le système sémantique, ou le lexique phonologique de sortie).

Si l'approche cognitiviste est prédominante dans la pratique clinique actuelle, elle paraît surtout adaptée aux formes modérées d'aphasie, voire aux atteintes « pures » d'une fonction langagière, mais paraît sensiblement moins adaptée au stade initial des aphasies (où tout est perturbé), et aux aphasies sévères, d'après J.M. Mazaux & coll. (2007) [32].

22. Les approches fonctionnelle, psychosociale, et pragmatique

Ces approches ne constituent pas une école de pensée unitaire, mais recouvrent en fait des travaux épars appartenant à plusieurs écoles. Elles partent d'un constat : le *« transfert des acquis »* n'est pas systématique après une rééducation traditionnelle. En effet, le but d'une rééducation n'est pas d'obtenir un comportement donné pendant les séances, mais d'améliorer le langage du patient dans sa vie quotidienne. D'où l'idée de

[32] J.M. Mazaux, P. Pradt-Diehl, V. Brun, *aphasies et aphasiques*, p. 263 (Masson, 2007)

mettre au point des méthodes plus proches des conditions réelles de communication du patient avec son environnement social.

Il faut savoir que lors d'une séance de rééducation traditionnelle, en situation duelle thérapeute-patient, les conditions de communication sont privilégiées : le thérapeute adapte ses productions verbales et non-verbales pour qu'elles soient reçues au mieux par le patient, il essaie de maintenir la communication, n'a pas de réaction négative face aux productions déformées du patient, et lui vient en aide en adaptant la difficulté de l'exercice ou en utilisant des moyens de facilitation. Toutefois, ces productions lors d'exercices sont rarement placés dans un contexte où ils prennent une valeur fonctionnelle. Or, les conditions d'échange dans la vie quotidienne sont souvent très éloignées de celles-ci, et les interlocuteurs du patient attendent une réponse effective.

X. Séron propose deux solutions pour rapprocher la thérapie des situations quotidiennes :

- Pratiquer des séances en groupe d'activités comme du chant, des lectures commentées, des lotos…
- Un déplacement progressif de la relation duelle aux situations habituelles de communication. Mais cette méthode de « programmation du transfert des apprentissages » n'a jamais été appliquée, en raison de sa complexité de mise en œuvre.

Dans ces approches, l'accent est également porté sur l'information des proches, et leur participation à la rééducation. Une des techniques les plus connues de ce courant est la technique de communication totale PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness), de Davis et Wilcox (1981), basée sur les principes de la linguistique pragmatique.

La co-existence de ces différentes approches révèlent des conceptions différentes de l'aphasie et de sa thérapie. Chacune présente des points faibles et des points forts, mais il n'est pas possible de donner raison à l'une ou à l'autre approche, de façon objective. D'autant plus que la validation expérimentale rigoureuse de ces méthodes s'avère extrêmement complexe à démontrer. De ce fait, il est habituel que ces approches cohabitent dans la prise en charge contemporaine, s'inspirant des aspects les plus pertinents de chacune, et essayant de les adapter au mieux à la singularité de chaque patient.

CHAPITRE II : LA TECHNIQUE DES ASSOCIATIONS

« Le mot, qu'on le sache, est un être vivant ! » Victor Hugo

Avant d'aborder la « Technique des Associations » en tant que telle, il nous a paru incoutournable d'en expliquer ses fondements : le parcours de Claude Chassagny, son créateur, et le mouvement de la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) dans laquelle elle s'inscrit.

I. Présentation de Claude Chassagny et de la Pédagogie Relationnelle du Langage

1.1. Claude Chassagny (1927-1981)

Claude Chassagny est une des grandes figures de l'Orthophonie française.

Il naît à Paris en 1927. Il vit une enfance difficile, marquée par la Seconde Guerre Mondiale, et doit apprendre à s'occuper de lui et de sa mère souffrante, après la mort de son père. A l'école, il est incapable d'accéder à la lecture et à l'orthographe, ce qui lui vaut le qualificatif de « débile », jusqu'à ce qu'un de ses instituteurs décèle en lui des aptitudes inexploitées. A partir de là, une lente remontée s'opère, et il termine finalement ses études secondaires de façon brillante. Il se présente ensuite aux concours des Hautes Ecoles de l'Etat, mais les séquelles de sa sévère dysorthographie lui en interdisent l'accès. A ce moment là, l'occasion lui est offerte de remplacer un ami instituteur. Il restera finalement toute sa vie dans l'Education Nationale.

Son passé d'enfant dyslexique et dysorthographique le rend tout particulièrement attentif aux difficultés que rencontrent ses élèves. Il poursuit ensuite ses études à l'Ecole Normale des instituteurs, d'où il sort 7ème sur 110 en 1950. Il demande alors à être chargé de classes d'enfants en difficultés. Il organise des réunions de réflexion avec d'autres enseignants, et garde les enfants en difficultés pendant la récréation ou après la classe pour les faire travailler : c'est la période qu'il appelle lui-même « *l'ultra-pédagogie* ».

Son premier livre, *L'apprentissage de la lecture chez l'enfant* paraît en 1952 (aux éditions PUF). Il occupe un poste d'instituteur à Paris jusqu'en 1956, date à laquelle il devient directeur de l'Ecole expérimentale de Boulogne, jusque là dirigée par Maria Montessori. Il y applique une pédagogie de type Freinet, et ouvre une classe pour les enfants dyslexiques. Il met au point *« la méthode des séries »*, l'ancêtre de la future *« Technique des Associations »*.

Le succès de ses entreprises le pousse a ouvrir, en 1957, l'Association Pour la Rééducation des Dyslexiques (ARPD), dans le but de former des « rééducateurs du langage écrit ». Ceci se fait avec la collaboration de médecins : le psychiatre André Haim, le neurologue Dr Leuret, le neuropsychiatre Pr Girard, ainsi qu'avec une psychologue et des pédagogues. L'intérêt grandissant des spécialistes, et le peu de rééducateurs formés à cette époque, assure à Claude Chassagny une renommée en tant que spécialiste de la dyslexie. De nombreux autres spécialistes viennent le rencontrer, parmi lesquels on retrouve Françoise Dolto, et plus tard Jacques Lacan. Pendant cette période, il publie plusieurs livres : *Manuel pour la rééducation et l'orthographe* (1963), *Manuel pour la rééducation des mathématiques* (1964), ainsi que *le Syllabaire* (1965).

S'ensuit la période dite *« psychopédagogique »* durant laquelle il effectue des travaux avec le psychologue René Zazzo. Ils entreprennent des recherches statistiques pour tenter de cerner l'origine des troubles « instrumentaux ». Dans le même temps, Claude Chassagny présente sa thèse de doctorat en psychopédagogie (Paris X), *Evolution et perspectives de recherches de la rééducation du langage écrit.*

En 1963, il est sollicité par le directeur de la Sauvegarde de l'Enfance à Brest pour créer le tout premier Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de Bretagne, ainsi qu'un second en 1967, qui porte aujourd'hui son nom. En parallèle, il fonde en 1964 un internat pour enfants dyslexiques ou en difficultés scolaires, appelé le « Centre d'application de pédagogie relationnelle et de rééducation », à Fontenay-aux-Roses.

En 1967, il créé la revue « Pratique des mots », pour permettre un échange de réflexions entre médecins, orthophonistes, psychologues, psychanalyses et autres thérapeutes concernés par les troubles du langage. L'année suivante, il publie *la lecture et l'orthographe chez l'enfant* (PUF), puis *la rééducation du langage écrit* en 1971.

La création du Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO), en 1972, par les médecins universitaires, entraîne la disparition du métier de « rééducateur de la dyslexie ». Les personnes déjà formées obtiennent néanmoins un statut d' « orthophoniste à exercice limité », les autorisant à continuer leur exercice. Chassagny créé alors l'Institut Pédagogique d'Enseignement Rééducatif Spécialisé (IPERS), pour s'inscrire dans le champ de la formation continue en orthophonie, et met ainsi en place ses premiers séminaires de « Pédagogie Relationnelle du Langage ». Il publie un ouvrage du même nom en 1977, qui restera son plus célèbre.

La maladie l'emporte malheureusement en mars 1981.

1.2. La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL)

La méthode des séries est antérieure à la création de la PRL. L'épouse de Claude Chassagny, Nicole Chassagny[33], raconte comment elle a été créée :

« Un enfant avait écrit « charqutier », ce mot devait donc être repris, étudié, analysé, décortiqué au moment où Claude Chassagny, appelé au téléphone, a quitté la salle. Quand il est revenu, il se souvenait qu'il s'agissait de la forme écrite de la syllabe « cu » et il a dicté « cuve », s'attendant à ce que l'enfant écrive « quve ». A son grand étonnement, puisqu'il n'y avait pas eu d'explication rationnelle, l'enfant a bien écrit « cuve ». Se rappellant alors qu'il s'agissait de « charcutier », C. Chassagny a redonné « charcutier », qui a été parfaitement orthographié par l'enfant ».

Partie du « faire » de l'enfant, la méthode des séries était née. En effet, Chassagny pensait qu'il fallait laisser la parole à l'enfant, et faire appel le plus possible aux mots qui ont un sens pour lui. En s'écartant du champ de la pédagogie, et de l'objectif de correction des erreurs, la « méthode des séries » devient plus tard la « méthode des associations ».

[33] Article *Dyslexie et la méthode Claude Chassagny* dans la revue Pratique des mots n°50 (mars 1985)

L'étape qui mène à la création de la PRL est la confrontation avec des *« déplacements de symptômes »* : Chassagny cite l'exemple d'une mère venue le féliciter pour avoir « débarrasser son fils de ses fautes d'orthographe », glissant dans la conversation que « depuis quelques semaines, il fait pipi au lit mais ce n'est pas grave, ça ne le gêne pas dans ses études ». Cela l'amène à remettre en question son travail, et à stopper ses « rééducations » d'enfants. Il apporte ses travaux à Jacques Lacan, qui l'invite à une nouvelle réflexion, par la mise à distance du symptôme. Car comme le pense Françoise Dolto *« il y a péril à pourchasser le symptôme »*. C'est ainsi qu'apparaissent la Pédagogie Relationnelle du Langage, puis deux ou trois ans plus tard, la Technique des Associations, version révisée de la « méthode des séries » prenant en compte les apports de la psychanalyse.

Dans cette perspective, le trouble du langage (oral ou écrit) chez l'enfant est abordé comme un *symptôme* qui fait écho au développement de l'enfant, à sa perception du monde, au développement de son langage et aux difficultés affectives qu'il a pu rencontrer. En effet, la PRL considère que le langage est constitutif de l'être humain, ce qui le rend indissociable de la construction du sujet : *«c'est dans, et par le langage que l'homme se constitue comme sujet »* disait Benveniste. Ceci est notamment corroboré par les travaux du psychologue Vygotski[34], pour qui le langage (*« le 2ème système de signalisation »*) est un facteur indispensable au développement psychologique de l'enfant.

La Pédagogie Relationnelle du Langage peut se définir comme *« une manière d'être qui tend à devenir une manière de faire »*, c'est-à-dire une manière d'aborder son rôle, sa manière d'être, en tant que pédagogue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, etc. Elle ne gomme pas les différences entre ces métiers, mais propose à chaque fois d'offrir à l'enfant, en début de suivi, un espace de liberté lui permettant de laisser émerger SON propre désir (et non le substituer au notre, à celui des parents, ou à celui de l'école) d'entrée dans le langage écrit. L'application de notre « technique » se fait dans un second temps, quand on sent que l'enfant est prêt.

Selon les mots de Chassagny *« Toute thérapeutique commence par donner le droit à l'autre d'être ce qu'il est ! », « il faut en définitive faire que cet enfant soit reconnu malgré sa dyslexie », « « ça veut dire qu'on n'est pas mis au ban d'une certaine société, société scolaire ou société familiale ». « Et je pense à 80% que c'était ça qui était important pour les enfants – d'être reconnus, d'aspirer à un certain vécu relationnel en dehors de toute situation d'échec condamnable. »*[35]

L'expression « Pédagogie Relationnelle du Langage » est choisie par Chassagny[36] pour exprimer les idées suivantes :

- *« Pédagogie »* : ici il ne s'agit pas de la pédagogie des institutions, mais d'une pédagogie universelle qui implique que toute personne peut apporter une réponse éclairante à la demande d'un autre, à un moment donné. C'est une conduite de disponibilité à la disposition de celui qui cherche, qui peut trouver réponse à sa question lui-même, ou trouver une aide chez l'autre.
- *« Relationnelle »* : la relation, et la communication font partie intégrante de toute pédagogie. Il y a rencontre entre deux personnes, qui produit nécessairement une

[34] VYGOTSKI Lev, *Pensée et langage* (1933)
[35] Article *Dyslexie et la méthode Claude Chassagny* dans la revue Pratique des mots n°50 (mars 1985)
[36] Claude Chassagny, *Pédagogie relationnelle du langage*, PUF (1977)

réaction affective chez eux (phénomène de *transfert*). C'est cette entrée en relation qui engage la suite. Quand il s'agit d'une thérapie, les personnes en présence doivent pouvoir vivre quelque chose en commun. Mais il faut que l'échange se fasse dans les deux sens pour qu'il y ait communication. Ce sens apporté à la relation, vécue comme une réciprocité, ne peut s'accorder qu'avec une certaine perception de la pédagogie, où le message de l'enfant doit être le principal.

- *« Langage »* : il faut l'entendre ici dans son sens le plus large, allant du pré-langage, jusqu'à la parole ou à l'écriture. Dans la relation pédagogique précédemment décrite, l'enfant va « *s'*» apprendre à communiquer. Le *« faire »* de l'enfant sera prégnant sur celui de l'adulte (contrairement aux situations vécues à l'école).

Selon Chassagny, *« c'est de cette rencontre adulte-enfant en toute simplicité que naîtra la démarche de conciliation de leurs langages pour accéder aux symboles. »* C'est-à-dire que le thérapeute PRL aide l'enfant à accéder au champ symbolique de l'adulte. L'objectif poursuivi n'est pas de faire disparaître le symptôme, mais de le remanier pour modifier le rapport de l'enfant au langage, et ainsi accéder au *code commun* de la langue sociale.

L'acte PRL est décrit par Claude Chassagny[37] en trois temps :

- *La station :* c'est le premier temps de la thérapie. Il faut accepter de prendre du temps pour laisser l'enfant investir les séances, découvrir le lieu et les objets, le laisser dessiner, bouger, parler… L'enjeu est ainsi temporairement mis à distance pour éviter de parasiter la rencontre, et d'angoisser l'enfant. Pendant cette période, l'enfant va généralement amener un matériel très riche, contenant des fantasmes qui n'ont jamais pu être exprimés totalement. Il convient de ne pas en avoir peur, et de ne surtout pas les interpréter *: « nous ne sommes pas là pour nous préoccuper des conflits de l'enfant, mais pour lui permettre –le fantasme étant exprimé- de le socialiser dans l'évolution qu'il va faire ».* La production de l'enfant doit être valorisée. Elle peut prendre diverses formes : le dessin, les jeux (symboliques ou de société), réagir à la lecture d'une histoire… Ces activités sont des *médiateurs* permettant de concilier l'imaginaire et le réel.
- *La conciliation :* elle correspond au moment où l'enfant décide de s'exprimer par les moyens conventionnellement utilisés par l'adulte. Cela constitue pour lui un renoncement. En réalité, « ce moment » se fait sur plusieurs séances, avec parfois des retours en arrière, et puis à nouveau l'utilisation d'un langage adulte.
- *L'expression :* c'est le point culminant de l'épanouissement de l'enfant au langage. Ici, le champ de l'expression n'est plus celui de la relation duelle, mûe par le transfert, mais devient celui d'un échange avec tous les « autres ». Il y a une évolution des conduites relationnelles extérieures aux séances.

Abordons à présent la « Technique des Associations ».

II. La Technique des Associations (T.A.)

[37] Claude Chassagny, *Pédagogie relationnelle du langage*, PUF (1977)

Comme nous l'avons vu, la Technique des Associations est née dans l'esprit de Claude Chassagny, au fil de son enrichissement théorique, et de ses expériences au contact d'enfants en difficulté avec le langage écrit. D'abord instituteur, puis rééducateur, et psychanalyste, il a ainsi fait évoluer sa méthode grâce aux apports de la pédagogie, de la linguistique, de la psychologie et de la psychanalyse.

1. Fonctionnement général

De par sa profession, Claude Chassagny a initialement conçu la T.A. pour la rééducation des enfants dyslexiques-dysorthographiques. Il émet l'idée que leurs difficultés de langage sont avant tout liées à un excès, ou à un manque d'investissement des mots. La T.A. tente de redonner confiance à l'enfant en lui montrant que malgré ses échecs répétés dans le langage écrit, il est capable de produire des mots qui ont un sens, et de la valeur pour l'autre. Il est replacé comme sujet dans la communication.

Les mots ne sont pas abordés d'emblée dans leur aspect formel, mais plutôt sous leur aspect signifiant. L'orthophoniste se donne pour objectif de progresser avec l'enfant dans son investissement langagier. Pour cela, il essaie de l'ouvrir au caractère vivant des mots : il cherche à lui montrer qu'ils ne se réduisent pas à un assemblage formel, mais portent aussi un sens et un affect. C'est ce qui va permettre l'appropriation des mots par l'enfant. En effet, selon une idée de Jakobson, le sens ne vient pas de ce que veut dire le mot (c'est-à-dire de sa définition théorique), mais de ce que nous construisons à son propos (c'est-à-dire des images mentales, et des liens associatifs). C'est dans ce cadre que l'enfant se découvre créateur de sens, et non plus seulement *« faiseur d'erreurs »*. L'orthophoniste n'est, de ce fait, plus considéré comme le seul maître des mots, mais devient le partenaire d'une aventure de construction du langage.

Depuis, la T.A. a intégré la liste des formations possibles pour la formation continue des orthophonistes, et son champ d'application s'est élargi à d'autres troubles du langage : aphasie, bégaiement, maladie d'Alzheimer… Même si les problématiques y sont différentes que pour la dyslexie-dysorthographie, la T.A. se révèle être un outil précieux, qui permet de mettre en jeu les phénomènes d'évocation et d'association, dans un contexte d'échange vivant.

L'évocation s'y fait sous une forme de dialogue, d'échange d'idées, en utilisant comme support tout à la fois le langage écrit et le langage oral. Par le biais de cette technique, où *« les mots sont utilisés comme parole écrite, adressée à l'autre »*[38] le patient peut éprouver les mots en tant que support de la pensée, partageable avec l'autre. Les évocations inhérentes à chaque sujet lui rappellent que chacun a sa propre façon de penser, différente de l'autre, et lui permettent, au travers de cette altérité, de se vivre en tant que sujet. Tour à tour énonciateur et destinataire, l'orthophoniste et le patient se laissent ainsi guider par leurs mouvements de pensée, éprouvant le caractère vivant des mots.

En même temps, grâce aux associations, le sujet crée des liens de forme et de sens entre les mots : il (re)découvre les moyens qu'il a d'exprimer, et d'organiser le monde qui l'entoure, en y repérant des cohérences significatives.

[38] *L'échec en écriture, comment y répondre* (L'Harmattan, 1999)

Voyons à présent en détail le fonctionnement des différentes séries que comporte la Technique des Associations.

2. Les différentes séries

a. la série verticale, ou série alternée

La mise en pratique de la série verticale nécessite en apparence peu de choses : un orthophoniste et un patient, assis l'un en face de l'autre à une table, une feuille pour écrire et un stylo à la main. L'orthophoniste et le patient donnent des mots oralement (au gré des associations qui leur viennent à l'esprit, sans tour de rôle prédéfini), et ce dernier les écrit au fur et à mesure. Avant chaque mot, l'orthophoniste trace un petit trait (-) en partant du bord de la feuille, de gauche à droite, et le patient écrit dans la continuité de ce mouvement. Les mots sont ainsi écrits les uns en-dessous des autres, laissant un *« blanc »* sur la partie droite de la feuille. Ce *blanc* représente en quelque sorte tout ce qui n'est pas dit explicitement.

L'ensemble formé par l'énonciation du mot, le petit trait, la transcription et le *blanc* est appelé un *« pas »*. Les pas peuvent être liés entre eux par des similitudes de forme :

- la chaise
- la saison
- la raison
- une maison

ou encore :

- je suis
- je sais
- je vais…

Ils peuvent être liés par des similitudes de sens :

- la mer
- les vagues
- le vent

ou encore :

- une forêt
- un arbre
- un sapin
- une guirlande
- Noël

On peut aussi trouver des séquences d'événements :

- des fruits
- ils sont mûrs
- je les ramasse
- tu goûtes
- il savoure

Mais aussi des enchaînements de similitudes de forme et de sens :

- joindre
- rejoindre
- unir
- une union
- une relation [39]

L'ensemble des *pas* forme la *série*.

Lors des *pas*, le choix des mots doit être sous-tendu par un processus d'association, faute de quoi nous nous retrouverions dans une liste de mots, ne produisant aucun sens.

Pour faciliter cela, un *discours parallèle* est mis en place à l'oral : il s'agit d'échanges qui alimentent, rythment et cadrent la série écrite. Les deux partenaires peuvent ainsi laisser cheminer leur pensée ensemble. Les mots apparaissent au rythme des évocations, et de l'adaptation de chacun aux mots de l'autre. Selon les termes de Claude Chassagny, ce discours parallèle est *« un va-et-vient avec la possibilité de parler de ce qu'on écrit, ou d'autre chose, par quelques mots, des mimiques ou une véritable conversation. »*[40] Il se développe en parallèle à la série écrite, pour créer des liens entre les pas et rendre la rencontre vivante.

Le style de la série est dit *« prédiscursif »*, par opposition à un style rédactionnel : les expressions écrites ne dépassent guère le déterminant et le nom, le pronom et la forme verbale, l'infinitif…. De ce fait, une grande partie de ce qui est pensé n'est pas écrit dans le pas, ce qui permet de donner une grande puissance évocatrice aux mots. Aussi, il est important que chaque substantif soit précédé d'un déterminant : car « *un* livre », « *le* livre » ou « *mon* livre » n'amènent pas les mêmes évocations.

Chaque groupement de pas est séparé des autres par un trait plus long : un *trait de pause* qui permet de marquer une pause de temps en temps, et de délimiter les différents mouvements de pensée. On pourrait dire qu'il joue un rôle de ponctuation. En voici un exemple :

- un bois
- un chemin
- la marche
- la promenade

---

[39] Exemples empruntés à Michel AUDOUARD, *L'échec en écriture* (L'Harmattan, 1999)
[40] Claude Chassagny, cours de Lille (non édité) cité dans *L'échec en écriture*, p. 93 (L'Harmattan, 1999)

- nous nous promenons
- où est-il ?
- que fait-il ?

Si les pauses sont fréquentes, l'échange s'en trouve dynamisé, alors que si les pauses sont espacées, l'échange est plus serein. Il y a un *rythme* qui s'établit lors des évocations, qui est variable selon chaque sujet. Mais il n'y a pas de rythme meilleur qu'un autre : l'essentiel est de parvenir à acquérir une évocation fluide, et de la souplesse dans les associations. Ainsi, le patient n'est pas uniquement focalisé sur l'aspect formel des mots.

Pour autant, il n'est pas question de fermer les yeux sur les formes orthographiques erronées, car cela risquerait de laisser penser au patient que les mots peuvent s'écrire n'importe comment, sans que cela n'ait beaucoup d'importance. Les erreurs orthographiques sont donc corrigées : soit en se limitant à donner la bonne graphie, soit en faisant une référence éclairante pour le patient dans le discours parallèle, soit enfin, en utilisant ce que l'on appelle *l'autocorrection.* Cette dernière consiste, pour l'orthophoniste, à barrer le pas où se trouve l'erreur, marquer une pause (qui sera ici en fait une rupture de rythme dans le mouvement associatif), et proposer une correction en donnant des *pas* qui vont amener le patient à la bonne graphie, par similitude de forme (et de sens, dans la mesure du possible). Par exemple :

- ~~la famie~~

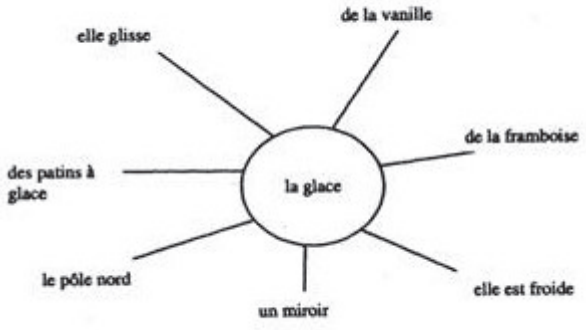
- la bille
- la grille
- la fille
- la famille [41]

On marque également un trait de pause à la fin, pour clôturer la série.

b. la série éclatée

Dans cette série, l'orthophoniste invite le patient à écrire un mot de son choix au centre de la feuille, puis trace un cercle autour. De ce mot central vont surgir d'autres mots, par associations. Ils sont écrits au bout de *« rayons »*, tracés par l'orthophoniste, qui partent du cercle (que l'on peut se représenter comme un soleil).

[41] Exemple emprunté à Michel Séron, dans son article *La Technique des Associations, la vie des mots dans la tête des enfants*, Ortho-Magazine n°32 (août-septembre 1999)



[42]

Ce type de série a été conçu pour les enfants ayant des difficultés à entrer dans la lecture et l'écriture. Dans ce cas, il est conseillé, dans un premier temps, de travailler sur un tableau (au lieu du matériel papier-crayon) pour déconditionner l'enfant. Le cercle a un aspect contenant et rassurant pour l'enfant, qui peut parfois être angoissé par l'espace vide. Avec des patients adultes, elle peut servir à travailler l'évocation, et/ou la re-création de liens sémantiques, pour aider à rassembler la pensée.

Les associations se font ici en revenant toujours au mot central, ce qui crée *« un leitmotiv qui va le faire résonner de tous ses possibles ».*[43] L'enfant accède ainsi aux sens multiples auxquels renvoient un mot, c'est-à-dire à la notion de polysémie. Il découvre des possibilités qu'il n'avait pas conscience d'avoir.

La série éclatée peut aussi servir de préparation à la série verticale, qui est plus riche, donc plus complexe. On y retrouve des éléments de cette dernière : le style prédiscursif, le petit trait (qui est ici le rayon), le discours parallèle, le blanc, et le rythme.

c. la série de construction

Si le patient est en difficulté au niveau des structures syllabiques de base, de façon momentanée ou durable, on peut lui proposer des *séries de construction* (quel que soit son âge). Elles permettent d'associer et de manipuler les syllabes, pour aboutir à la construction de mots signifiants, c'est-à-dire qui allient forme et sens. Exemples :

- a
- i
- le
- li
- il
- il a

[42] *L'échec en écriture, comment y répondre*, p. 161 (L'Harmattan, 1999)
[43] Marie-Thérèse Douteau-Peteul, *L'échec en écriture, comment y répondre* (L'Harmattan, 1999)

Pour construire un son complexe, ici « oi » par exemple :

- o
- i
- io
- oi
- le roi
- moi
- toi
- toi et moi

- une toile
- une étoile
- il la voit

Ou pour construire une structure de trois lettres :

- o
- co
- oc
- roc
- cor
- cro

- le roc
- un cor
- la corde
- un acrobate

Cette série peut également s'utiliser en tant qu'*autocorrection* :

- pra
- par
- por
- pur
- pru
- la prune

Ou même en *autocorrection* concernant les structures grammaticales (pour les plus grands) :

- ~~jemanvé~~
- tu vas
- où vas-tu ?
- tu le sais
- je vais en vélo
- je me prépare
- je m'en vais

Dans ce type de série, c'est l'orthophoniste qui donne tous les pas oralement, et accompagne le patient dans l'écriture par le discours parallèle. Il part des acquisitions déjà réalisées par l'enfant, pour aller plus loin.

d. la série d'investigation

La série d'investigation s'emploie lors des premières rencontres entre l'orthophoniste et le patient, c'est-à-dire lors du bilan. L'*investigation* donne à l'orthophoniste des points de repères concernant *« la fluidité de l'évocation, le rythme du graphisme, le partage de la parole entre les deux partenaires »*[44], mais aussi concernant sa réceptivité à l'étayage, et son acceptation de l'altérité. Selon Claire de Firmas, elle permet de trouver des repères cliniques : les *marqueurs transversaux*, qu'elle décrit dans son livre éponyme. La série d'investigation permet également de présenter au patient le travail avec les séries.

Son fonctionnement s'apparente à celui de la série verticale, mais on demande ici au patient de développer des thèmes donnés. De plus, le thérapeute essaie de faire apparaître certaines graphies et certaines structures langagières, pour voir où en est le patient dans ses acquisitions. La priorité est néanmoins laissée à l'échange.

Il est intéressant de souligner que cette technique se veut d'une grande souplesse et laisse à tout moment la possibilité à l'orthophoniste d'apporter les modifications qui lui semblent utiles pour s'adapter au mieux à son patient. Il est par exemple possible pour l'orthophoniste d'écrire à la place de ce dernier, pour des enfants qui ont des difficultés à entrer dans le langage écrit, ou des adultes qui ont perdu la capacité d'écrire. Dans le domaine de l'aphasiologie, il est notamment possible (et souhaitable) d'y ajouter les moyens de facilitation habituels.

[44] Claire De Firmas, *les Marqueurs Transversaux* (2008)

A présent que nous avons passé en revue tous les éléments théoriques essentiels à la compréhension du sujet, venons-en à la partie pratique de ce mémoire.

PARTIE PRATIQUE

I. Discussion : Pourquoi la T.A. dans la prise en charge de l'aphasie ?

Comme nous l'avons vu précédemment au *Chapitre 1 – IV – Présentation des différentes approches rééducatives*, il n'existe actuellement pas de « méthode miracle » pour aider les personnes aphasiques. Il revient donc aux orthophonistes de composer avec leurs connaissances, les outils à leur disposition et le patient qu'ils reçoivent pour établir un projet de soins adapté. Les méthodes décrites dans ce précédent chapitre demeurent les plus pratiquées car les orthophonistes en ont tous connaissance, et qu'elles ont été spécifiquement établies pour la rééducation des troubles aphasiques. Il semble toutefois intéressant d'enrichir sa pratique par l'utilisation de nouveaux outils, qui vont permettre d'offrir au patient une variété de techniques tout au long de son suivi orthophonique, et ainsi favoriser le maintien de son intérêt et de sa motivation.

La T.A. nous a semblé pouvoir être l'une de ces techniques. Outre le bénéfice apporté par l'introduction d'une « nouveauté », cet outil paraît mettre en jeu des mécanismes langagiers très intéressants. En effet, comme le dit Cécile Kerouanton *« [la série d'associations] est un dialogue qui passe de l'oral vers l'écrit, de l'écrit vers l'oral, de la bouche à l'oreille avant de s'incarner dans l'écrit par la main et d'être lu par les yeux »*[45]. Pour le dire en termes plus « neuropsychologiques », et donc plus adaptés au domaine de l'aphasiologie, nous pouvons dire qu'elle active :

- Le *circuit dorsal phonémique*, pour tout ce qui concerne le traitement des aspects formels des mots, c'est-à-dire leurs aspects phonologiques lorsque le langage est entendu, la programmation motrice des phonèmes (ou des graphèmes) lorsque le langage est produit, ou encore le décodage grapho-phonémique lorsque le langage est lu.
- Le *circuit ventral sémantique*, pour l'analyse du sens des mots de tout ce qui est entendu / produit ou lu (en lecture globale, dans ce cas).

Comme nous l'avons déjà étudié dans le *Chapitre 1 – II – 2 - b – Neuroanatomie fonctionnelle du langage*, ces deux voies sont bidirectionnelles, c'est-à-dire qu'elles s'activent aussi bien lors de la réception du langage, que lors de son expression. Rappellons également qu'elles contiennent les principales zones du langage (aires de Broca, Wernicke et gyrus temporal inférieur).

La T.A. permet donc une mobilisation simultanée de nombreux mécanismes, nécessaires à :

- la production et à la réception du langage oral au cours du *discours parallèle,*
- la transcription des mots de l'oral vers l'écrit,
- la (re)lecture des mots écrits.

Ces mécanismes font, de plus, intervenir l'ensemble des zones corticales associatives : auditive, visuelle (par la lecture) et somesthésique (par le geste graphique). Ce point est

[45] Cécile Kerouanton, *L'échec en écriture, comment y répondre*, p.93 (L'Harmattan, 1999)

intéressant car plusieurs auteurs considèrent la multimodalité comme restructurante pour le langage, et comme pouvant affiner les représentations du lexique mental (notamment Montfort (2000) et Gérard (1993) dans le domaine de la dysphasie, et Personnic (2002) dans le domaine de la surdité). De même, elle est généralement préconisée pour la rééducation de l'aphasie (Ducarne, 1986) : les mots sont répétés, écrits, lus, etc.

Des méthodes exploitant cette multimodalité ont, par ailleurs, été mises au point : les travaux de Pélagie M. Beeson (2002, 2003, 2006) et sa thérapie CART, ont par exemple montré que des aphasiques sévères ont pu dénommer spontanément des mots, après un travail de copie et de rappel écrit. Il existerait donc un transfert des acquis possible entre les deux modalités langagières, orale et écrite. A la suite de cette découverte, elle a d'ailleurs ajouté une épreuve de répétition pour travailler simultanément langage oral et langage écrit. En France, un logiciel appelé « Au fil des mots » (2009), a été mis au point par Catherine Tessier et Agnès Weill-Chounlamountry pour améliorer l'évocation orale et écrite, en proposant des épreuves multimodales : lecture, répétition, copie, dénomination…
Les travaux du Pr Anna Basso (2003) vont également dans ce sens, en proposant une aide par l'écrit pour faciliter la dénomination orale. Ces recherches sont d'autant plus pertinentes que beaucoup d'auteurs (dont B. Ducarne De Ribaucourt, 1986, A. Basso, 2003) présentent les modalités orale et écrite du langage comme dépendantes l'une de l'autre, et la récupération de l'une comme conditionnant celle de l'autre.

Un des points les plus intéressants de la T.A. nous paraît donc être l'imbriquement de toutes ces modalités langagières : à la fois orale et écrite, sur les versants expressif et réceptif, au sein d'un même 'exercice'.

En parallèle à cela, les séries nécessitent la mise en jeu de phénomènes d'associations, c'est-à-dire d'établissement de liens (de nature formelle ou sémantique) entre les mots évoqués lors des *pas*. S'il apparaît que les liens de nature formelle se font grâce au *circuit dorsal phonémique,* les liens de nature sémantique semblent, eux, être rendus possibles grâce au fonctionnement d'aires associatives multimodales (correspondant au gyrus temporal moyen et au gyrus temporal inférieur), déjà présentées au *Chapitre 1 – II – 2 – a – Neuroanatomie du langage* et *b- Neuroanatomie fonctionnelle du langage*, où convergent des informations à la fois auditives, visuelles, émotionnelles et mnésiques issues de la mémoire à long terme. Cette convergence d'informations est décrite dans la littérature comme permettant l'élaboration de concepts, grâce à la réunion des différentes caractéristiques auxquelles renvoient l'évocation d'un terme. Ce point étant très intéressant, je me permets de l'approfondir en y ajoutant l'avis de Christine Comin, orthophoniste ayant notamment participé à l'écriture de l'ouvrage *L'échec en écriture* (1999), et ayant gentillement accepté de me rencontrer pour répondre à mes questions : les associations sémantiques auraient ceci de particulier qu'elles se feraient de manière « automatique », ce qui permettrait de contourner la difficulté qu'ont les patients aphasiques à accéder aux mots de manière volontaire.

Un dernier point me semble essentiel à souligner : il s'agit des aspects pragmatiques et relationnels impliqués dans ce travail. En effet, la T.A. se présente comme une forme de *« dialogue »* entre le patient et l'orthophoniste. Comme tout dialogue, elle intègre des règles pragmatiques (notamment l'alternance du tour de parole, et l'adaptation au discours de l'interlocuteur) qui font partie intégrante des objectifs de la prise en charge orthophonique.

De plus, le contexte de communication « intéractif » qui s'instaure autour de la T.A. place le patient dans une véritable situation de communication, en relation de sujet à sujet avec l'orthophoniste. Ce point rejoint les préoccupations de l'approche fonctionnelle (*chapitre 1 – IV- 5*) concernant la proximité souhaitable entre situation de rééducation et situation d'échange naturel, dans le but de favoriser le transfert des acquis à la vie quotidienne du patient.
Dans cette communication, le patient trouve une place d'interlocuteur actif, libre de ses évocations, grâce au *style prédiscursif* de la série qui facilite son expression. Ce statut améliore en même temps l'appétence et le plaisir pris au langage ; ce que le patient a souvent perdu depuis l'apparition de ses troubles et qui constitue une base essentielle à toute prise en charge orthophonique.

II. Méthodologie

1.1. Présentation générale du protocole

Au départ, nous avions l'idée que nous pourrions peut-être évaluer « l'efficacité » de la T.A. pour les patients aphasiques. Mais de nombreuses zones d'ombres nous sont alors apparues : quels critères retenir pour démontrer l'efficacité d'une méthode comme la T.A., où il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse de la part du patient, et où l'échange prime sur l'aspect quantitatif du langage? Nous aurions éventuellement pu utiliser des échelles de revalidation fonctionnelle du langage et de la communication (issues des approches fonctionnelles et pragmatiques) pour tenter de cerner les bénéfices qu'en retirent les patients dans leur vie quotidienne, ou comparer les bilans de patients sur le long terme. Cependant, notre propos n'étant pas d'indiquer la T.A. comme seule et unique méthode de prise en charge pour l'aphasie, il nous a paru difficile d'en déterminer les bénéfices propres, dans la mesure où elle n'est pas employée de façon isolée, mais en concomitance avec d'autres techniques.

En concertation avec plusieurs orthophonistes formés à la T.A., nous avons donc décidé d'opter pour une analyse qualitative des productions de plusieurs patients, de profils variés, pour essayer de percevoir ce qui s'en dégage, ainsi qu'un questionnaire destiné aux orthophonistes qui suivent ces patients, pour savoir ce qui les a amené à cette pratique, et l'intérêt qu'ils y trouvent.

1.2. Le questionnaire aux orthophonistes

La création du questionnaire a poursuivi plusieurs objectifs :

- connaître les orientations théoriques qui guident les orthophonistes pratiquant la T.A. dans la prise en charge de l'aphasie,
- savoir ce qui les a menés vers la T.A.,

- savoir comment ils l'utilisent en général : dans quelles pathologies ? avec quelles adaptations ?
- savoir comment ils l'utilisent dans le cadre des troubles aphasiques ?
- comprendre ce que la T.A. peut apporter « de plus » dans la prise en charge de l'aphasie,
- et éclaircir la question de l'indication de la T.A., selon les types de troubles aphasiques présentés par le patient.

Voici le questionnaire qui a été mis au point :

Questionnaire aux orthophonistes

1- De manière générale, comment définiriez-vous votre approche de l'Orthophonie ?

2- Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la T.A. ?

3- Dans la prise en charge de quels troubles utilisez-vous la T.A. ?

4- Comment vous est venue l'idée d'utiliser la T.A. avec les patients aphasiques ? Et comment l'utilisez-vous (adaptations par rapport au patient, modifications personnelles de la technique, utilisation seule ou parmi d'autres techniques…) ?

5- Quels « résultats » avez-vous pu observer chez ces patients avec cette technique ? Pensez-vous que vous auriez-pu obtenir les mêmes résultats avec une autre technique (expliquez) ?

6- A quels types de patients aphasiques vous parait-elle la plus adaptée ?

Il a ensuite été proposé aux quatre orthophonistes dont nous avons eu la chance de pouvoir observer le travail avec la T.A. chez des patients aphasiques, et analysé sous la forme d'une discussion confrontant les différents points de vue exprimés.

1.3. Les études de cas cliniques

Il nous a paru intéressant d'illustrer le sujet de ce mémoire par la présentation d'études de cas, afin de vous faire découvrir le déroulement des séances, les atouts de la T.A. dans divers tableaux d'aphasie, les adaptations de la technique mises en place par les orthophonistes en fonction des troubles présentés, les « effets » observés chez ces patients… en espérant que cela vous inspirera !

Pour réaliser ce travail, nous avons assisté à plusieurs reprises aux séances d'orthophonie de patients aphasiques, suivis en cabinet libéral ou à domicile. Cette position d'observatrice a été préférée à une position de thérapeute, en concertation avec mes directeurs de mémoire, car plus appropriée à notre objectif. En effet, ce dernier étant de rendre compte du déroulement « habituel » de séances de travail avec la T.A., il nous est apparu qu'une position d'observatrice serait bien moins intrusive vis-à-vis des patients, et permettrait une prise de notes plus précise. A contrario, une position d'orthophoniste aurait probablement faussé de nombreux paramètres : au niveau de la qualité des séances notamment, puisque la pratique de la T.A. requiert une formation spécifique que je ne peux réaliser en raison de mon statut étudiant, mais aussi à cause du changement temporaire de thérapeute, qui aurait certainement induit une situation relativement artificielle, risquant de majorer l'expression des troubles et d'instaurer des échanges peu naturels autour des séries.
Il faut cependant souligner que la présence d'un regard extérieur lors des séances a tout de même pu avoir une certaine influence sur leur déroulement. De plus, ma venue pour observer l'utilisation de la T.A. a, d'une certaine manière, « imposé » ce type de travail lors des séances, alors qu'une autre technique aurait tout aussi bien pu être proposée ce jour-là.

Les études de cas portent sur cinq patients d'âge, de sexe, et de niveau socioculturel variés. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, il n'a pas été difficile de trouver des orthophonistes pratiquant la T.A. avec des patients aphasiques, et acceptant de nous recevoir, mais il a, en revanche, était plus complexe de faire concorder nos emplois du temps respectifs pour permettre la réalisation des observations (les horaires des rendez-vous, tout comme mes horaires de stages, n'étant pas flexibles). De plus, la contrainte de temps imposée pour l'écriture de ce mémoire nous a, inévitablement, poussé à limiter le nombre de patients étudiés. Cependant, dans l'idée de rendre ce travail le plus intéressant possible, nous avons cherché à présenter des patients dont les profils sémiologiques étaient les plus variés possible, et à présenter les séries qui nous ont paru les plus représentatives du travail effectué avec chaque patient.

Ces patients sont suivis par quatre orthophonistes différents, formés à la T.A. La variété des professionnels nous a semblé apporter une richesse supplémentaire à cette étude, par la possibilité de multiplier les points de vue. Grâce à eux, nous avons également pu approfondir notre travail par la consultation des dossiers des patients, ainsi que des séries produites antérieurement à notre venue, et en en discutant avec eux.

Pour chaque cas, une première partie présente le patient et les éléments de son bilan orthophonique, puis quelques séances de travail autour de la T.A. sont développées, et une synthèse fait le point sur chaque étude de cas.
Enfin, une conclusion plus générale reprend et met en lien tous ces éléments.

III. Analyse du questionnaire

Pour procéder à l'analyse des réponses, nous nous référons aux objectifs qui ont menés à l'élaboration du questionnaire (partie pratique : I – 1 – 1.1)

- **Orientations théoriques des orthophonistes pratiquant la T.A. avec des patients aphasiques**

Contrairement à ce que l'on aurait pu présager, seul un orthophoniste interrogé a clairement défini son approche comme s'inscrivant dans le courant de la PRL. Les autres orthophonistes ne semblent pas se reconnaître comme faisant partie intégrante d'un courant en particulier, mais décrivent leur pratique comme étant centrée autour de la notion de sujet.

Cette perspective consiste à ne pas se focaliser exclusivement sur les troubles langagiers du patient que l'on reçoit, mais à considérer également sa personne, ses capacités de communication avec l'autre, et sa relation au langage. Cette manière d'aborder la pratique orthophonique s'appuie sur une certaine vision du langage, qu'a développé l'un des orthophonistes (réponse n°4) : il s'agit de considérer *« le langage comme une capacité constitutive de l'être humain »* au sein de laquelle *« le cheminement […] est toujours singulier, et advient tout au long de la vie en intéraction avec les autres »* mais dont la *« fonction essentielle est commune à tous : construire son identité afin de pouvoir être reconnu par l'autre, ainsi que le reconnaître, de manière à pouvoir exister comme sujet ».*

Le langage n'apparaît donc pas ici comme une fonction isolée qu'il faudrait « ré-entraîner », mais comme une fonction imbriquée à la multitude de fonctions constitutives de l'être humain, qu'il paraît difficile de dissocier. Pour autant, cela ne signifie pas que ces orthophonistes rejettent l'apport des sciences cognitives (voir réponse n°3), qui aident à approfondir la connaissance que l'on a de chacune de ses fonctions.

Leurs préoccupations semblent plutôt rejoindre celles des partisans d'approches rééducatives « écologiques » (partie théorique : *chapitre 1 – IV – 5*), c'est-à-dire proches de situations naturelles de communication, de manière à s'adapter au mieux à la demande du patient, et à favoriser le transfert des acquis à la vie quotidienne.

- **Parcours qui les a mené à la T.A.**

Le parcours qui a mené ces orthophonistes à se former à la T.A. après l'obtention de leur diplôme semble avoir été tout naturel pour eux : ayant tous les quatre été formés à l'école de Nice, où des cours de présentation de la T.A. sont dispensés, il apparaît que ces professionnels étaient déjà, dès leurs études, intéressés par cette technique.

Cet intérêt est justifié par la recherche *« d'une approche qui ne soit ni du côté de la pédagogie, ni du côté du tout psychologique »* (réponse n°2) pour la prise en charge des troubles du langage écrit. Cette distanciation vis-à-vis d'un abord « scolaire » dans la prise en charge orthophonique est la réponse qui revient le plus, puisque trois des quatre orthophonistes interrogés l'ont cité. Deux de ces thérapeutes expliquent ce positionnement par la recherche d'un travail *« plus proche de l'expérience du sujet », « où le langage écrit n'est plus abordé comme un objet d'étude mais comme un moyen d'expression et d'échange »* (réponse n°4) qui permet de *« touche[r] le sens de l'écrit »* (réponse n°3).

Pratique de la T.A. en général

Les orthophonistes utilisent la T.A. principalement dans le cadre de troubles du langage écrit, au sens large, que ce soit avec des enfants ou des adultes : dyslexie-dysorthographie, dysgraphie, aphasie…

Certains orthophonistes l'utilisent également dans la prise en charge des pathologies neurologiques dégénératives, des troubles mnésiques, des difficultés de raisonnement logique, et parfois avec des personnes bègues, ou ayant des troubles du langage oral. Un orthophoniste a répondu qu'il l'utilisait également chez des patients atteints de troubles psychiatriques *« car cela soutient la pensée et crée des liens dans le langage et avec l'autre ».* Mais on peut retenir que l'indication reste à l'appréciation du thérapeute, car elle est susceptible d'être *« utilisée dans le cadre de tous les troubles »* langagiers.

Pratique de la T.A. avec des personnes aphasiques

L'idée d'utiliser la T.A. avec des patients aphasiques est venue pour la moitié des orthophonistes par le biais d'échanges avec des collègues, et pour l'autre moitié en tentant l'expérience par soi-même, après avoir acquis une certaine expérience de cette technique auprès d'autres types de patients. L'un de ces orthophonistes a par ailleurs attendu de nombreuses années avant d'en tenter l'expérience, par peur de confronter les patients à leurs difficultés.

Concernant la question de l'adaptation de la T.A. aux patients aphasiques, il ressort que *« toutes les libertés peuvent être prises, pourvu qu'elles soient pensées et réfléchies »* (réponse n°2). La technique est ajustable aux capacités du patient : l'orthophoniste peut par exemple écrire à la place du patient s'il n'en a pas la capacité, auquel cas il paraît préférable d'*« écrire à l'envers pour qu'il puisse visualiser la formation des lettres »* ainsi que pour soutenir l'échange (réponses n°1 et 3). Mais les objectifs ne sont pas les mêmes selon les troubles présentés : elle peut tout aussi bien stimuler l'évocation de patients non-fluents, que contenir et organiser la pensée de patients dont la fluence est excessive.

La plupart des orthophonistes ont cependant précisé que cette technique n'est *« jamais utilisée de façon systématique et isolée »* (réponse n°2), mais qu'elle est utilisée *« en parallèle à d'autres techniques »,* qui peuvent être par exemple des techniques *« plus centrées sur l'aspect formel du langage »* (réponse n°3). En effet, *« la richesse de [la] pratique [orthophonique] se nourrit de la variété et de la complémentarité des différents outils ou médiateurs »* (réponse n°2).

Intérêt de l'utilisation de la T.A. avec des personnes aphasiques

Les orthophonistes observent en général *« une amélioration de la capacité à écrire, mais surtout à parler »* lié à un *« 'effet d'entraînement'* » de l'écrit vers l'oral (réponse n°1). Deux orthophonistes évoquent également le *« plaisir »* (réponses n°3 et 4), car *« souvent les patients sont fiers de pouvoir écrire tout ça et prennent plaisir à échanger avec [l'orthophoniste] »* (réponse n°3).

Un professionnel raconte notamment son expérience avec l'un de ses patients présentant une aphasie massive (qui sera « monsieur B » dans notre étude de cas) : il explique avoir longtemps *« employé des exercices orthophoniques 'traditionnels' : répétition, séries automatiques, questions fermées avec réponse par oui/non […] »* qui lui ont paru *« fastidieux »* et *« favorisant un discours plaqué, en miroir avec le [sien] et qui n'était à [son] avis pas suffisamment porteur de sens »*. En essayant la T.A. avec ce patient, il décrit des progrès en compréhension et une meilleure informativité. Un *« objectif essentiel »* lui semble, en tout cas, toujours atteint : *« permettre à ce monsieur si attachant […] de sortir de son silence pour retrouver un accès à ses propres mots, à une expression de pensée malgré les obstacles et aléas rencontrés »* (réponse n°4).

Le patient se retrouve ainsi *« acteur de son langage, dans une situation beaucoup moins artificielle que les autres »* (réponse n°3), et l'on note généralement *« un accroissement du désir de parole (cf discours parallèle) et du désir de 'parler de soi' »* (réponse n°2).

Et même si *« nous ne pouvons jamais être sûrs que les effets que nous observons soient directement reliés à tel outil ou tel autre, il semble que la T.A. mobilise certaines fonctions qui échappent à d'autres techniques, car elle fonctionne à la fois dans la partie intime du sujet et dans l'altérité »* (réponse n°1).

- **« Indications » de la T.A. en fonction de la sémiologie aphasique**

La T.A. paraît bien adaptée aux patients atteints d'*« aphasie d'expression de type 'Broca' »* (réponse n°2), mais également aux aphasies de *« type fluent, car cela permet d'échanger tout en limitant la logorrhée de manière subtile. C'est également un bon moyen d'aborder les éléments de dyssyntaxie souvent présents dans ce type d'aphasie, tout comme les éléments de surdité verbale (via l'écriture de nos propositions). »* (réponse n°3).

Elle peut cependant paraître plus difficile à mettre en œuvre avec *« des patients présentant très peu d'évocation »* ou « *d'importantes difficultés mnésiques (ils tournent en rond et réécrivent les mêmes mots) »* (réponse n°3), même si nous verrons par la suite, avec l'étude des séries de Monsieur B., que c'est parfois possible.

Pour autant, il paraît peu judicieux de vouloir déterminer une indication précise : comme le dit un orthophoniste *« il faut se lancer avec le patient dans l'expérience pour savoir si la T.A. pourra lui apporter quelque chose ou pas ».*

IV. Etudes de cas cliniques

1.1. Patiente A

1.1.1. Présentation du patient et des éléments du bilan orthophonique

Mme A. a 74 ans. Avant d'être à la retraite, elle exerçait le métier de secrétaire de direction. Elle a réalisé de nombreux voyages à travers le monde, qui l'ont passionnée. Elle vit actuellement seule, et se plaint d'être peu entourée.

Elle a été victime d'un AVC hémorragique gauche il y a 3 ans, ainsi que d'un second, il y a 2 ans, à la suite d'une opération de la hanche. Du point de vue orthophonique, nous avons peu d'informations sur les perturbations langagières présentées initialement, car Mme A. a coupé les ponts avec l'orthophoniste qui la suivait depuis cette période.

L'orthophoniste qui la suit désormais a donc réalisé un bilan pour évaluer les possibilités langagières actuelles de la patiente. Il indique la présence d'une aphasie d'expression se caractérisant par :

- Un manque du mot, très gênant, à l'oral comme à l'écrit,
- Avec cependant une bonne fluence.
- Le discours peut même parfois devenir diffluent s'il n'est pas contenu.
- De nombreuses paraphasies phonémiques, et quelques paraphasies sémantiques.
- Une intelligibilité moyenne, mais une informativité relativement conservée grâce aux moyens de compensation mis en place : mot écrit, gestes, périphrases et définitions par l'usage.
- Une compréhension orale et écrite efficace au niveau lexical, mais plus difficile lorsqu'il s'agit de phrases ou de textes.
- Une parfaite conscience des troubles
- Une conservation de la lecture de lettres, syllabes et mots. Mais le traitement au niveau de la phrase ou du texte est lacunaire.
- Au niveau du graphisme, la production est lente, légèrement tremblée, avec quelques retouches de lettres, mais tout à fait intelligible.

Selon les conclusions du bilan, l'écriture semble contenir et organiser le langage et la pensée de Mme A. Elle constitue donc un moyen de facilitation et de canalisation de choix dans le travail avec cette patiente.

1.1.2. Le travail avec les séries

Lors des premières séries verticales, l'orthophoniste proposait à chacun d'écrire ses propres mots (plutôt que de demander à la patiente de tous les écrire), afin de marquer l'alternance du tour de parole. En effet, Mme A. avait une certaine difficulté à tenir compte des associations produites par l'autre.

Voici l'une de ces séries :

15.10.13

— l'automne

les feuilles mortes.

— yves Montand

— l'artiste.

— le théâtre

— le cinéma.

— une affiche

— une publicité.

— le commerce

— les enfants

— les voiturs — TAHITI

— les voyages.

ces trois mots sont "référés" au commerce

— des avions

— des Hôtels

— des îles (Evoque Tahiti → recherche sur l'Atlas)

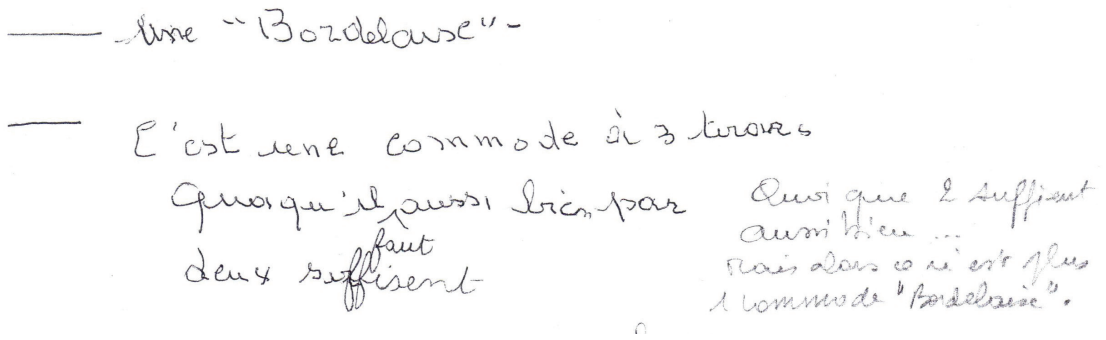
— La Bretagne
— le cidre et les crêpes
— les galettes de Pont Aven
— les armes.
— la guerre.
— la Croatie. (Croatie)

L'orthophoniste débute cette série avec « l'automne », qui évoque à Mme A. l'association « les feuilles mortes », terme qui renvoie à son tour l'orthophoniste à la chanson d'Yves Montand du même nom, et ainsi de suite pour les associations suivantes : « l'artiste », « le théâtre », « le cinéma », « une affiche », « une publicité », « le commerce ».

A partir de ces deux derniers pas, « une publicité » et « le commerce », la patiente imagine des affiches publicitaires, et produit les pas suivants : « les enfants », « les voitures », et « les voyages ». Cette dernière association l'amène à parler de l'un de ses voyages à Tahiti dans le discours parallèle, et à rechercher sa localisation sur un atlas. Puis, à partir de ce récit, le thérapeute donnent les pas : « les avions », « des hôtels », « des îles ».

La patiente, lancée sur le thème des voyages, évoque ensuite « la Bretagne », qui rappelle à l'orthophoniste « le cidre et les crêpes » et « les galettes de Pont Aven ». Mme A. pense alors aux « armes » qui apparaissent sur l'écusson d'une marque de galettes, puis clôture la série en ré-associant sur ce pas: elle évoque cette fois un voyage en Croatie, où elle a été confrontée aux stigmates de la guerre. En découle les pas « la guerre » et « la Croatie ».

Notons que l'orthophoniste privilégie, pour l'instant, l'expression par pas courts, qui « contiennent » le discours de Mme A., car, comme il est indiqué dans le bilan, les phrases lui posent encore difficulté. Elles entraînent des confusions, des oublis de mots, et parfois des téléscopages lorsqu'elle veut écrire trop d'idées à la fois. Voici l'extrait d'une série qui illustre cette difficulté :



On s'aperçoit ici qu'elle donne d'abord une phrase correcte pour décrire ce qu'est une « bordelaise » : « c'est une commode à 3 tiroirs ». Mais le sens et la syntaxe deviennent par la suite confus : des oublis de mots apparaissent, avec parfois des tentatives d'autocorrections, des erreurs portant sur les mots grammaticaux, et la construction de la phrase au niveau syntaxique. Comme l'annotation de l'orthophoniste l'indique, la patiente voulait en réalité écrire « 2 [tiroirs] suffisent aussi bien… mais alors ce n'est plus une commode Bordelaise », ce qui traduit une certaine difficulté d'organisation de la pensée, parallèle à la difficulté d'organisation du langage.

Voyons à présent un deuxième exemple de série, produit deux mois plus tard :

03.12.13

— Soleil.
— voyages.
— antarctique
+ la banquise
— l'ours Blanc.
+ les esquimaux

antarctique

— Paquebot
— Tempête
— Vagues.
— annonce
— Commandant
— Consignes.
+ Securité

Mme A. nous emmène une nouvelle fois dans ses voyages : elle évoque le « soleil », les « voyages », l'« antarctique », « l'ours blanc », et l'orthophoniste donne « la banquise » et « les esquimaux ». Il laisse ici une grande place à l'évocation personnelle de la patiente, mais rappelle par ses pas l'alternance des rôles dans la série, qui permet qu'elle soit un échange entre les deux sujets, et non un monologue de l'un des deux.

La patiente commence le deuxième groupement de pas avec le « paquebot », ce qui l'entraîne dans le discours parallèle à faire le récit de son voyage en Antarctique, au cours duquel une tempête s'est déclarée. Elle produit beaucoup de langage oral, et en oublie presque la série écrite. Du coup, l'orthophoniste l'aide à sélectionner au fur-et-à-mesure dans son discours les mots qu'il est intéressant de noter, pour garder le fil des idées : cela donne la « tempête », les « vagues », l'« annonce », le « commandant », les « consignes ».

Et le thérapeute conclut la série par la « sécurité », terme qui fait lien avec l'« annonce », les « consignes », et la peur ressentie par la patiente lors de cet événement.

Il est à noter que l'orthophoniste ne reprend pas systématiquement les oublis de déterminants, et les erreurs orthographiques pour éviter d'interférer avec le mouvement de pensée associatif. Son objectif est ici plus centré sur l'évocation et la communication interpersonnelle, que sur la correction du langage écrit.

Langage écrit qui est relativement conservé au niveau lexical chez cette patiente, même si on retrouve des erreurs orthographiques qui semblent s'apparenter à une altération du buffer graphémique : il s'agit d'erreurs non phonologiquement plausibles à type d'omissions, de substitutions, et d'ajouts prédominant en milieu de mot, avec un effet de longueur marqué au niveau du phonème. On peut le voir dans l'écriture des pas : « l'antarctique » dans cette série, ou de « Tahiti » dans la série précédente.

Voici un troisième exemple de série, réalisée deux semaines plus tard :

17.12.13

— Le Manuel A17.

— les etoiles

—

— les enfants

— les parents

— l'éducation

— l'école.

— les maîtresses

— la lecture

— les romans

— les polars

— les meurtres

— les enquêtes

— la police.

— le tribunal.

— la prison.

— l'evasion

—

— cavale cavale. — se cache.

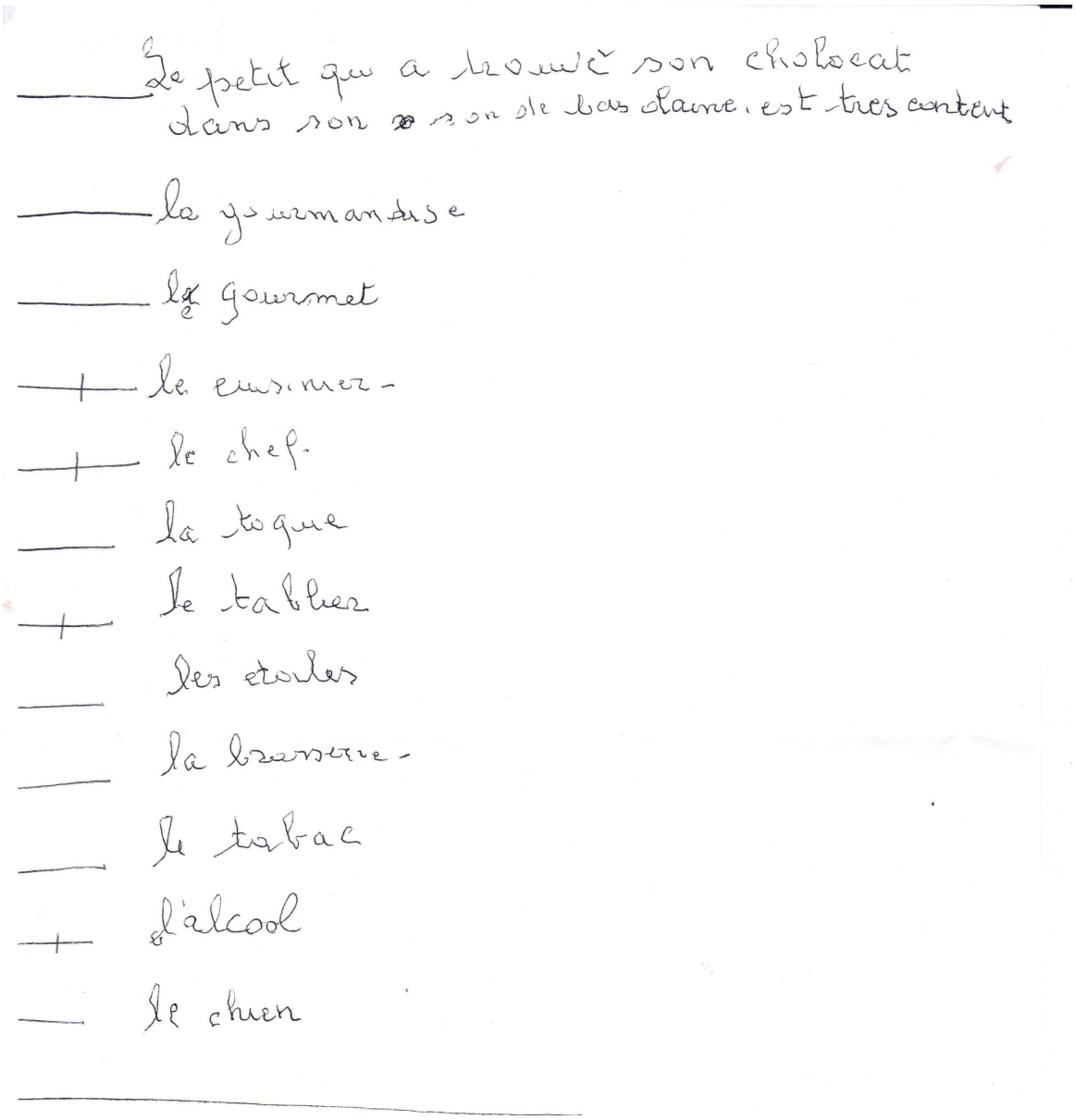
A présent, la patiente écrit elle-même tous les pas : les siens, mais aussi ceux de l'orthophoniste.

Le mot de départ proposé était « Noël », mais Mme A. l'a refusé en expliquant que ce thème ne lui plaisait pas, car elle passe les fêtes de Noël toute seule. Elle propose à la place « le nouvel an », puis y associe spontanément « les étoiles », « les enfants », « les parents ». Elle a ensuite un manque du mot, qu'elle tente de pallier par des circonlocutions, mais parvient finalement à trouver le mot recherché grâce à l'aide de l'orthophoniste : « l'éducation ». Elle exprime dans le discours parallèle que « l'éducation, ça se perd aujourd'hui », et se retrouve une nouvelle fois confrontée à un manque du mot pour le pas suivant. Le thérapeute évoque alors « les maîtresses », « la lecture », « les livres », « les romans », tout en essayant de la raccrocher à l'un de ces termes, en lui demandant par exemple : « vous, vous aimez les livres ? ». Elle évoque alors « les polars », mais a ensuite besoin de l'intervention de l'orthophoniste (« les meurtres », « les enquêtes », « la police ») pour parvenir à de nouvelles associations : « le tribunal » est émis spontanément, mais « la prison » et « l'évasion » ont nécessité de l'aide car le manque du mot était une nouvelle fois présent.

L'orthophoniste termine la série par la « cavale », et « se cacher », puis propose une relecture de l'intégralité de la série. La lecture réalisée par Mme A. se montre de très bonne qualité.

On s'aperçoit dans cette série que le manque du mot est plus présent que d'habitude. Il est probablement fluctuant selon différents facteurs : fatigue, humeur, degré de familiarité de l'interlocuteur... mais on peut aussi se demander, dans ce cas, si l'intérêt porté au thème ne joue pas un certain rôle. En effet, outre l'importance du manque du mot, on observe également une diminution significative du nombre de mots évoqués, ainsi qu'une participation moindre au discours parallèle, par rapport aux séries précédentes. On peut donc penser que l'éloignement du thème par rapport aux intérêts personnels de la patiente a entraîné une diminution de son implication dans le discours, et de sa qualité d'évocation. De plus, il paraît lui être plus difficile de suivre le mouvement associatif de son interlocuteur, que d'initier et de développer le sien.

Voyons maintenant une dernière série, produite 3 semaines plus tard :


Le petit qui a trouvé son chocolat dans son bas de laine, est très content

la gourmandise

le gourmet

le cuisinier

le chef

la toque

le tablier

les étoiles

la brasserie

le tabac

l'alcool

le chien

La patiente nous ayant gentiment amené des chocolats de Noël, l'orthophoniste lui propose de débuter la série par « des chocolats » : elle rit, et écrit finalement « le petit qui a trouvé son chocolat dans son bas de laine est très content ». Elle associe ensuite avec « la gourmandise », « le gourmet », puis le thérapeute évoque « le cuisinier » et « le chef », en faisant référence dans le discours parallèle au père de Mme A. qui était cuisinier. La patiente donne alors « la toque », et l'orthophoniste « le tablier ». Puis, Mme A. nous raconte une anecdote sur les chefs étoilés, dont l'idée est reprise, après suggestion du thérapeute, par le pas « les étoiles ».

Ensuite, l'orthophoniste propose « l'hôtel » mais la patiente n'accepte pas ce terme, et dit « le restaurant », avant d'écrire finalement « la brasserie », en référence à la brasserie que tenait son père. Elle évoque aisément des souvenirs qui y sont liés dans le discours parallèle, mais laisse un peu de côté la série écrite. Pour y revenir ensuite, l'orthophoniste lui demande s'il y a des sensations, ou des odeurs qui lui reviennent de cette brasserie : elle écrit « le tabac », et « l'alcool » (avec de l'aide pour l'orthographier). Le thérapeute donne ensuite le pas « les clients », mais elle n'écrit pas ce terme : elle nous parle des clients, puis fait une association avec « le chien » de la brasserie.

En ce qui concerne les associations réalisées par Mme A., on remarque qu'elle privilégie largement les associations par similitudes de sens, c'est-à-dire qu'elle utilise des termes qui entretiennent des liens au niveau de leur signifié. Plus rarement, on peut également retrouver dans ses productions des associations par similitudes de forme et de sens (c'est-à-dire au niveau de leur signifiant et de leur signifié), par exemple « la gourmandise » et « le gourmet » dans cette série.

1.1.3. Synthèse

Le travail avec les séries associatives plaît beaucoup à Mme A. Il lui est, de plus, tout à fait adapté puisqu'elle a conservé une bonne motricité de sa main droite qui lui permet d'écrire avec, et de très bonnes capacités d'évocation.

Elle est capable de faire des associations très intéressantes, comme nous avons pu nous en rendre compte par exemple avec « les armes », pouvant être à la fois le symbole de galettes bretonnes, et d'armes de guerre.

Grâce aux séries, elle peut évoquer des thèmes qui l'intéressent, et avoir une expression personnelle, qui la place en tant que sujet face à l'autre sujet qu'est l'orthophoniste. Cette situation accroît son appétence au langage et à la communication ; point essentiel de toute prise en charge orthophonique. Comme nous l'avons étudié au chapitre 1-III-4, cette appétence est généralement atteinte chez les patients aphasiques, en lien avec la perte de leur efficience langagière, et de leur statut social antérieurs. C'est le cas de Mme A., qui regrette l'éloignement de la plupart de ses amis depuis l'apparition de ses difficultés.

D'un autre côté, les séries permettent de travailler avec elle sur l'alternance des tours de parole, et la prise en compte de l'interlocuteur, qui restent encore à améliorer : en effet, nous avons vu que les évocations de l'interlocuteur sont souvent mises en doute, voire refusées, et qu'il lui est plus aisé de « mener » l'échange plutôt que de s'adapter au discours de l'autre. De plus, le passage par l'écriture « contraint » la patiente à organiser le fil de sa pensée, et à canaliser son débit d'évocation, pour maintenir une certaine cohérence dans la succession des pas de la série.

1.2. Patient B

1.2.1. Présentation du patient et des éléments du bilan orthophonique

Monsieur B. a 68 ans. Il est instituteur à la retraite, et vit avec sa femme. C'est un homme très cultivé. Ses passions sont l'art, la photographie, le football et les nouvelles technologies.

Il y a deux ans, il a été atteint d'un AVC ischémique sylvien et jonctionnel profond gauche, entraînant une aphasie de type Broca majeure, accompagnée d'une hémiplégie

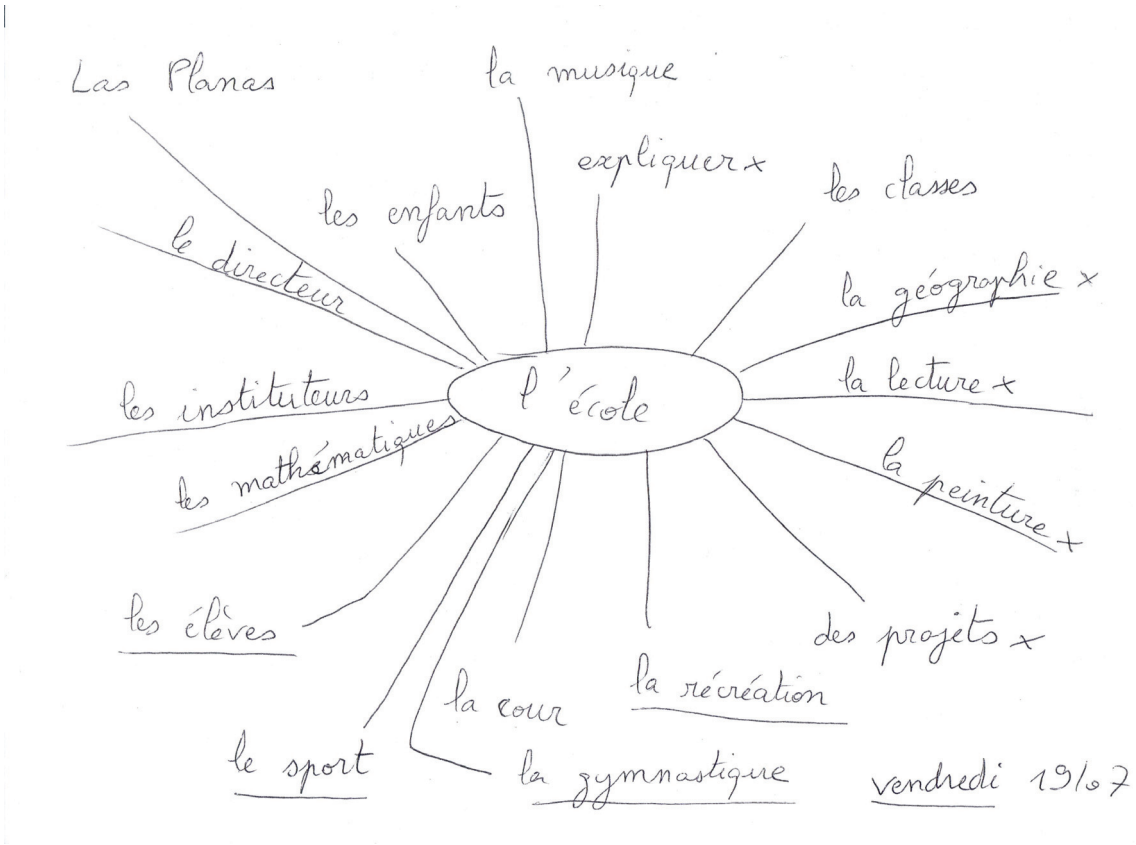
droite spastique, d'une paralysie faciale centrale droite et d'une hémianopsie latérale homonyme droite. Il présentait en outre une apraxie bucco-faciale et des difficultés articulatoires pour les phonèmes postérieurs.

Lors du bilan initial, l'orthophoniste indique la présence d'une aphasie massive, tant sur le plan de l'expression, que sur celui de la compréhension. Le discours spontané est réduit à quelques mots isolés, avec de nombreuses persévérations, et les troubles de la compréhension, sévères, donnent l'impression d'une incommunicabilité. De même, le langage écrit est très altéré : il peut parfois reconnaître un mot et le lire, mais c'est très aléatoire. Etant droitier, il n'a plus accès à l'écriture à cause de son hémiplégie. Il utilise peu de moyens de compensation.

Le travail orthophonique a exclusivement porté, durant les six premiers mois, sur des techniques « traditionnelles » comme associer des phrases à des images, répondre à des questions fermées par oui ou non, terminer des fins de phrases ou des proverbes, etc. Le travail en répétition, et par le chant, est le seul qui lui ait permis de prononcer des phrases entières. Face aux maigres résultats obtenus et à l'absence d'expression personnelle que permettent ces exercices, l'orthophoniste a décidé de tenter l'expérience avec la T.A. : d'abord avec des séries éclatées sur des thèmes simples, puis avec des séries verticales. A noter que le suivi orthophonique est intensif, puisqu'il se fait à raison de trois séances par semaine.

1.2.2. Le travail avec les séries

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les premières séries proposées à M. B ont été des séries éclatées, car elles sont plus simples à mettre en œuvre au départ que les séries verticales. Compte tenu du caractère massif de l'aphasie, et de la présence de troubles de la compréhension, cette première approche paraît bien adaptée aux difficultés du patient. En voici une :



Dans cette série, l'orthophoniste a choisi un mot central très évocateur pour le patient, puisqu'il était instituteur. Elle écrit généralement les mots à sa place car l'hémiplégie l'empêche d'utiliser sa main droite, et que l'écriture avec la main gauche laisse transparaître un langage écrit aussi perturbé que le langage oral. Il parvient à évoquer quelques mots : « la géographie », « la lecture », « expliquer », « des projets » et « la peinture ».

Une fois que le patient a eu bien compris et expérimenté le fonctionnement de la série éclatée, l'orthophoniste a pu introduire le travail avec les séries verticales, qui offrent une plus grande richesse d'évocation et d'association. Voyons maintenant une de ces séries, qui illustre bien la manière dont se déroule habituellement le travail en série avec M. B :

Vendredi 11 octobre

	jaune
	le soleil
	juillet
	les vacances
	la montagne
	les sapins
	monter sur les sommets
	c'est magnifique

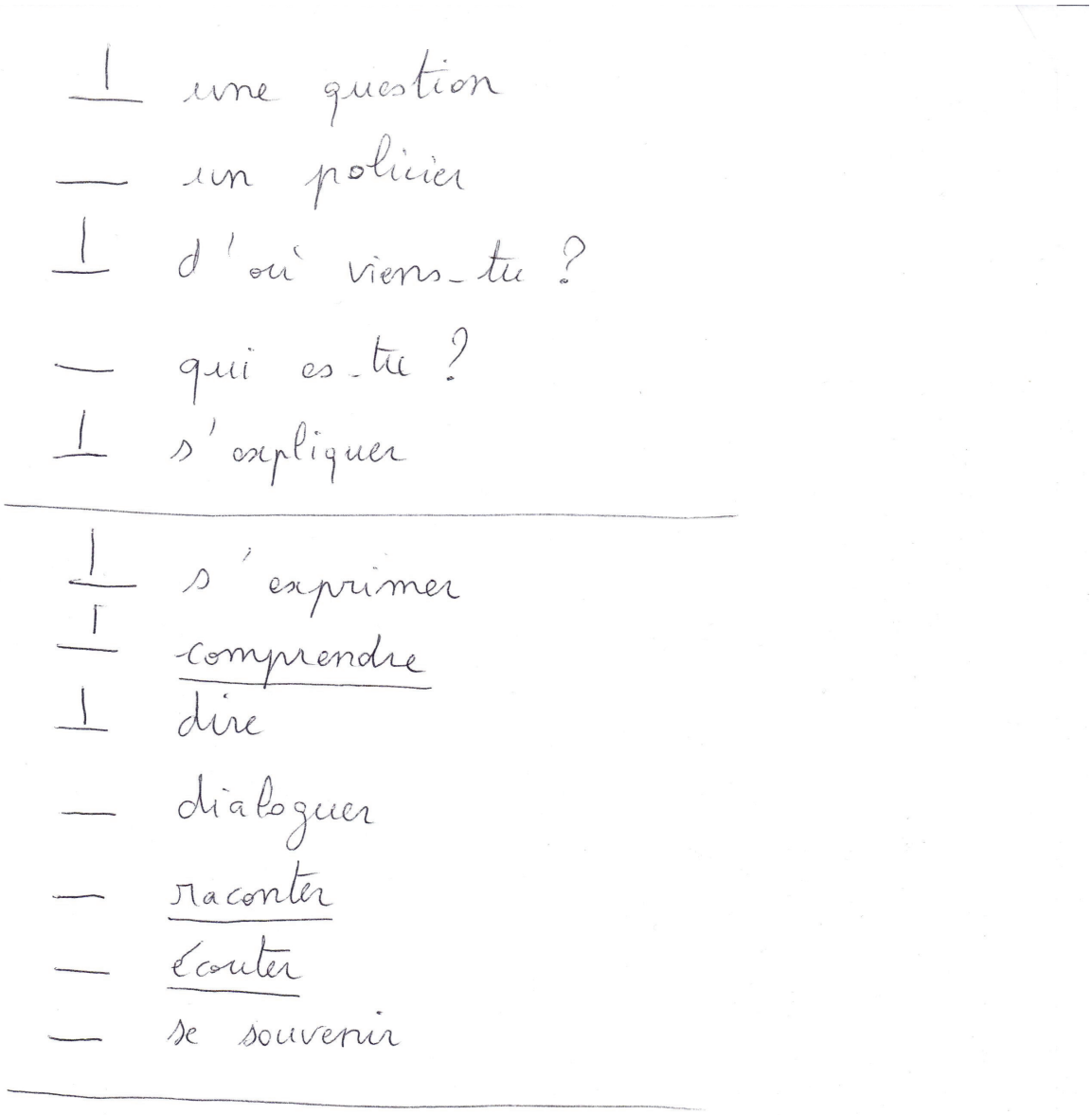
	l'hiver
	un souci
	la neige
	on ne peut plus travailler
	on ne peut plus sortir
	se promener

| travailler
| la maison

— préparer les cours
— les cahiers
— sortir avec les élèves
— le musée
— une exposition

| la maison
| lire
| écrire
| parler
| compter

| questionner
— pourquoi ?
| comment ?
| c'est qui ?
| les raisons



L'orthophoniste débute chaque séance par l'écriture de la date, par le patient (avec sa main gauche). Pour l'aider, elle le guide souvent oralement, en lui rappellant par exemple que « hier on était jeudi, alors aujourd'hui on est … ? ». Ce jour-ci, M. B se récite les jours de la semaine, mais omet justement le « vendredi ». Selon la thérapeute, ce phénomène est fréquent chez ce patient : le mot qu'il recherche est le seul qui lui échappe. Elle a aussi remarqué que ceci lui arrive essentiellement lors d'exercices sur demande, et moins lorsque l'expression est spontanée, comme c'est le cas dans les séries par exemple.

Pour initier la série, l'orthophoniste reparle du travail sur les couleurs qui a été réalisé la veille, et propose de partir d'un nom de couleur. Le patient dit « jaune », mais lorsqu'il essaie de l'écrire, il trace les premières lettres de « rouge ». On retrouve à nouveau ici une forme de dissociation entre sa pensée et son expression. L'orthophoniste lui vient alors en aide, en retouchant les premières lettres et en lui dictant la suite. Puis, elle met en place un discours parallèle pour entraîner M. B dans un mouvement de pensée associatif : par exemple en lui demandant à quoi ce mot lui fait penser, et en n'hésitant pas à donner ses propres associations pour mettre en place une certaine fluidité dans la communication.

Elle écrit ensuite elle-même l'ensemble des pas de la série pour ne pas entraver l'évocation, déjà coûteuse, de M. B.

Le patient associe au premier pas « Juillet », puis l'orthophoniste évoque : « le soleil », « les vacances », « la montagne », « les sapins », « monter sur les sommets », « c'est magnifique » et marque une pause. Comme nous pouvons le constater, le patient a peu évoqué durant ce premier groupement de pas. C'est en général le cas lors du « démarrage » car le patient a besoin de temps, et des associations de l'autre, pour mettre sa pensée et son langage en mouvement.

Avant de poursuivre, l'orthophoniste propose une relecture de la série : elle relit et M. B répète, à part pour le pas plus long qu'est « monter sur les sommets » où il parvient à prononcer spontanément le dernier mot. Lors de la relecture du dernier pas, un nouveau mot surgit : au lieu de dire « magnifique » comme l'on pourrait s'y attendre, le patient dit « l'hiver ». Ce mot est alors utilisé comme nouveau pas pour poursuivre la série. Il évoque à la suite « un souci », puis l'orthophoniste « la neige ». M. B évoque ensuite les verbes : « travailler », « sortir » et « se promener », qui sont des verbes réccurents (voire des mots de prédilection) dans son expression spontanée. Ils sont intégrés à la série sous les formes « on ne peut plus travailler », « on ne peut plus sortir » et « on ne peut plus se promener » pour les rattacher au thème qui était développé au sein de ce deuxième groupement de pas. L'orthophoniste marque une pause. Mais le patient « persévère » sur ses mots de prédilection : « travailler », « sortir », « beaucoup », « tous les jours », comme s'il cherchait un mot au sein de son lexique disponible, qui est malheureusement très restreint.

L'orthophoniste accepte tout de même le terme « travailler » pour relancer un nouveau mouvement de pensée, et le patient parvient à se dégager de ses mots de prédilection pour évoquer « la maison », ce qui fait penser la thérapeute qu'en tant qu'instituteur il devait « préparer les cours » à la maison, et corriger « les cahiers ». Puis, M. B émet à nouveau le verbe « sortir », repris sous la forme « sortir avec les élèves » par l'orthophoniste, qui y associe ensuite « le musée » et « une exposition ». Ils procèdent à une relecture du groupement de pas, sur le même modèle que précédemment : par répétition, ou émission spontanée du patient pour ce qui concerne la fin des pas les plus longs.

Le quatrième mouvement de pensée est exclusivement produit par M. B, dont l'évocation s'est quelque peu « débloquée » depuis le début de la série : il cite « la maison », « lire », « écrire », « parler » et « compter », qui semblent décrire les activités qu'il pouvait faire chez lui auparavant. On remarque que les verbes sont la catégorie grammaticale qu'il évoque le plus facilement.

L'orthophoniste laisse une pause, et le patient continue ses évocations : il dit « questionner (les raisons, toujours raison) », « pourquoi ? », « comment ? », « c'est qui ? » (noté « qui c'est ? »), et « les raisons ». La thérapeute marque une nouvelle pause, puis un sixième mouvement de pensée apparaît : M. B donne le pas « une question », auquel l'orthophoniste associe « un policier ». Le patient ajoute « d'où viens-tu ? », puis l'orthophoniste « qui es-tu ? » ; qui amène chez M. B le pas « s'expliquer ».

A ce moment là, ce dernier dit spontanément tout d'un coup : « c'est tout ! ». Etant présente lors de cette séance, je lui exprime que ce travail d'évocation doit être fatigant pour lui, ce à quoi il répond « oui » et me sourit. Il donne pourtant encore de nouvelles

évocations : « s'exprimer », « comprendre », « dire », auxquelles la thérapeute ajoute ensuite « dialoguer », « raconter », « écouter » et « se souvenir ». Puis il répète « c'est tout, c'est tout ! », et la séance se termine.

Ce premier exemple de série montre, d'une certaine façon, le déroulement « classique » d'une série avec M. B : ses difficultés massives d'accès au lexique, la manière qu'a l'orthophoniste de l'entraîner dans un mouvement de pensée associatif, les liens qui peuvent être faits avec son vécu et ses centres d'intérêts, etc. Mais il arrive aussi souvent que des séries soient « étonnantes », et que le patient puisse « produire des mots qu'il n'aurait pas pu produire auparavant », selon les mots de l'orthophoniste. Les deux séries suivantes qui vont être présentées illustrent ceci.

Vendredi 25 octobre 2013

| marcher
| surprendre
| espérer
— progresser
— se sentir mieux debout (relecture)

| ~~sua~~ souvenir souvenir
— chanter
| créer
— la musique classique
| Rafaël
— l'Italie
| Rome
— c'est super joli (relecture)
| Dieu

---

venir
plaisir d'amour
une chanson
facile
être fasciné
écouter
surprendre
une chanteuse d'opéra

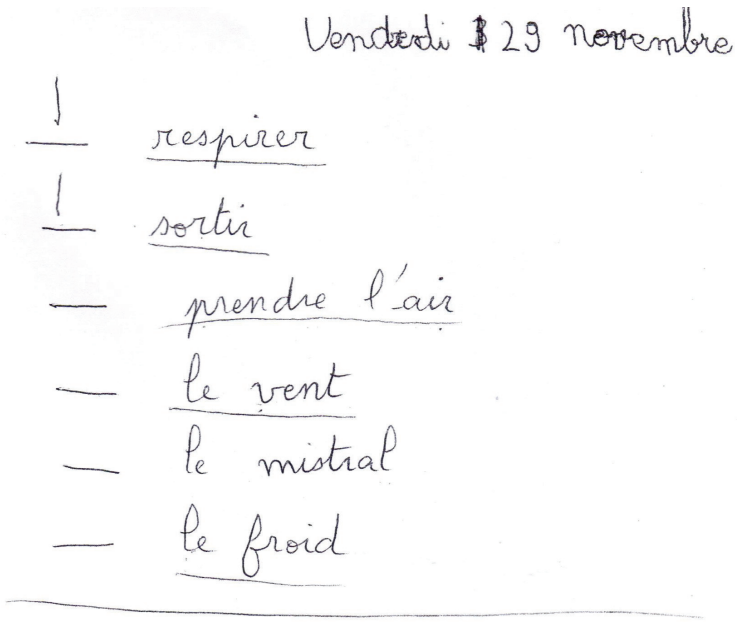
Le patient évoque « marcher », puis « surprendre », en faisant peut-être référence à sa séance de kinésithérapie, qui précède celle d'orthophonie. La thérapeute fait d'ailleurs le lien dans le discours parallèle en lui exprimant que ça lui fait penser aux moments où il surprend son kiné, ou sa femme, en se levant pour marcher tout seul. M. B donne alors « espérer », auquel l'orthophoniste associe « progresser » et « se sentir mieux », qui est relu par le patient « se sentir debout » lors de la relecture. L'orthophoniste marque une pause.

Puis, M. B se met à chantonner « souvenir souvenir » sur l'air de la chanson de Johnny Hallyday ! La thérapeute note donc « souvenir souvenir », et donne le pas « chanter », qui évoque au patient « créer » et « classique ». L'orthophoniste transforme ce dernier pas pour donner « la musique classique ». Elle cite alors des compositeurs de musique classique dans le discours parallèle, et demande à M. B quels sont ses préférés : il répond « Raphaël », en pensant probablement au peintre italien (car peut-être ne pensait-il pas à la musique classique, mais à l'art classique ?). Suite à quoi la thérapeute note « l'Italie », qui évoque très spontanément au patient « Rome ! », « c'est super ! », et « (c'est) Dieu ». L'orthophoniste lui demande alors si ce dernier pas a un lien avec le Vatican, et s'il y est allé : il répond « tout seul ». Ne pouvant en dire plus, elle trace un trait de pause.

M. B produit ensuite « venir », puis un pas étonnant : « plaisir… d'amour » qui rappelle à l'orthophoniste la chanson de Nana Mouskouri du même nom, qu'ils se mettent à chanter ensemble. L'orthophoniste écrit le pas « une chanson », puis le patient donne un mot difficilement identifiable, oscillant phonétiquement entre « facile / fascine ». La thérapeute note d'abord le terme « facile » mais suite à la réitération du patient, prend ensuite en compte « fasciner », qu'elle modifie en « être fasciné » pour tenter de s'approcher du sens recherché par le patient. Elle y associe « écouter », M. B « surprendre », et la série se termine sur un dernier pas de l'orthophoniste : « une chanteuse d'opéra ».

Avant de partir, nous discutons avec sa femme à propos de l'évocation de « Rome ». Elle nous raconte que son mari y est allé, sans elle, lors de ses études. La réponse « tout seul » de M. B. se rapportait donc à cela.

Voici un dernier exemple de série :


Vendredi 29 novembre

— respirer
— sortir
— prendre l'air
— le vent
— le mistral
— le froid

sortir
promener
se rétablir
un bon moral
espérer

le travail
des progrès
s'émerveiller
c'est fantastique

c'est merveilleux l'amour
c'est fantastique
la motivation c'est motivant
c'est plus facile
c'est très bien
être entouré ensemble (relecture)
être encouragé c'est rassurant (relecture)
espérer toujours

L'écriture de la date se fait aujourd'hui plus aisée : M. B fait simplement une inversion de lettres au départ : « venderdi », et une erreur sur un chiffre.

Au début de la série, comme le patient propose plusieurs mots à la fois, l'orthophoniste lui demande de choisir un mot : il dit « respirer », puis « sortir », ce à quoi la thérapeute associe « prendre l'air », « le vent », « le mistral », et « le froid ». Elle aide le patient à

trouver cette dernière association, en lui demandant « comment il est le vent ? », ce qui lui permet de trouver « froid ». Ils effectuent une relecture de ce premier groupement de pas.

M. B évoque ensuite « sortir », « promener », et « rétablir » que la thérapeute modifie en « se rétablir ». Dans le discours parallèle, elle essaie de mettre des mots sur ce que cherche à exprimer le patient : elle lui verbalise que « quand on fait des progrès ça donne bon moral, ça donne de l'espoir », et elle note le pas « un bon moral », qui est suivi par l'évocation « espérer » du patient. La relecture s'avère difficile, car M. B essaie de l'effectuer spontanément, sans passer par la répétition : les mots sont dans le désordre, et parfois mélangés à d'autres.

Le patient initie un troisième mouvement de pensée avec le mot « travail », qui évoque à l'orthophoniste « des progrès ». Puis il donne « s'émerveiller », et cette dernière nourrit le discours parallèle en expliquant que « ça [la] fait penser aux moments pendant lesquels [ils] travaillent le langage, et où [il] dit des mots étonnants, et qu'[il] arrive à développer une pensée ». M. B associe alors « fantastique », transformé en « c'est fantastique » par la thérapeute.

Après la relecture du groupement précédent, M. B fait une évocation spontanée très étonnante : il dit d'un coup « c'est merveilleux l'amour », puis y ré-associe « (c'est) fantastique ». L'orthophoniste évoque à la suite « la motivation », et le patient « (c'est plus) facile », « c'est très bien ». Pour terminer cette série, et cette séance, l'orthophoniste donne les pas « être entouré », « être encouragé », qui inspire à M. B « espérer… toujours ».

Sa femme nous apprend avant de partir que c'est son anniversaire aujourd'hui, et qu'après l'avoir remémoré à son mari ce matin, il lui a chanté la chanson « joyeux anniversaire ». Elle est émue par l'évocation « c'est merveilleux l'amour » que lui rapporte l'orthophoniste, et émet l'hypothèse qu'elle puisse être en lien avec l'événement du matin.

1.2.3. Synthèse

Ce cas contraste fortement avec celui de Mme A. Aussi l'on comprend aisément l'hésitation qu'a pu avoir l'orthophoniste avant de tenter le travail en séries associatives avec ce patient. En effet, comme le disait l'un des orthophonistes interrogés lors du questionnaire, il paraît plus « *compliqué* » de mettre en place un échange « *avec des patients présentant très peu d'évocation* » (réponse n°3). Cependant, le cas de M. B semble illustrer que si c'est « compliqué », ce n'est pourtant pas de l'ordre de l'impossible.

On imagine aussi la frustration que vit le patient à ne pas pouvoir s'exprimer. Sa femme raconte qu'il essaie souvent de communiquer quelque chose, mais n'y parvient pas et s'énerve. On retrouve chez lui une grande envie de communiquer : il est présent par le regard, répète parfois les mots de l'autre pour montrer qu'il les comprend (et peut-être se les approprier), cherche ses mots… Il garde aussi un fort « espoir » de se « rétablir », comme on a pu le lire dans ses séries.

Le travail avec la T.A. paraît ici intéressant car il permet à M. B une certaine expression personnelle, dont l'aphasie le prive habituellement au quotidien. Elle permet d'instaurer une communication de sujet à sujet entre le patient et l'orthophoniste, et ce, malgré l'importance des troubles du langage. Cette position de sujet, auquel on prête intérêt, réhausse son sentiment de performance sociale, et, à un certain degré, le « re-narcissise ».

L'orthophoniste décrit également des progrès au niveau de la compréhension, de l'informativité, et s'étonne de voir régulièrement apparaître de nouveaux mots, jamais évoqués auparavant, dans l'expression de M. B.

1.3. Patiente C

1.3.1. Présentation du patient et des éléments du bilan orthophonique

Mme C. a 71 ans. Après des études secondaires, elle a été mère au foyer. Sa langue maternelle est le français.

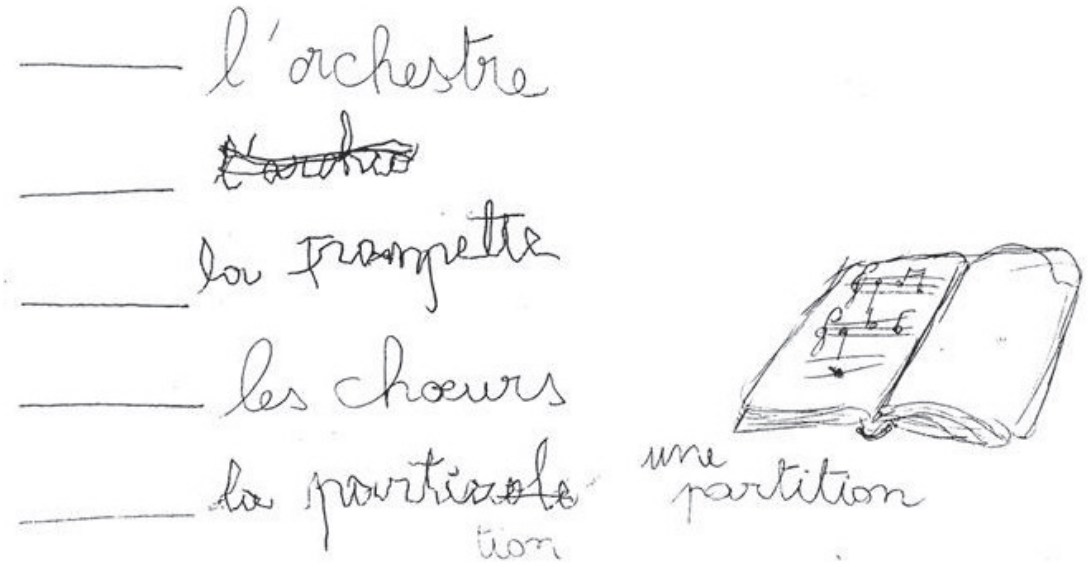
Elle a été atteinte d'un AVC hémorragique gauche il y a 4 ans, entraînant une aphasie d'expression massive et une hémiparésie droite. Lors du bilan initial, l'orthophoniste décrit une apraxie bucco-linguo-faciale, un syndrôme de désintégration phonétique avec une impossibilité à produire des phonèmes ou des mots isolés, une stéréotypie verbale systématique et envahissante, des persévérations sur la fin des mots, ainsi qu'une non-conservation des automatismes langagiers. La compréhension orale/écrite est relativement conservée en ce qui concerne les mots isolés, mais elle est altérée au niveau des phrases et des énoncés. A cette période, peu de moyens de compensation sont mis en place spontanément par la patiente, qui se résigne souvent à abandonner ses tentatives de communication. De plus, les moyens de facilitation orthophoniques habituels se montrent peu efficaces. Des signes de souffrance liés à son état de « rupture de communication » sont également visibles.

Mme C. est droitière, mais ne peut plus écrire de cette main en raison de l'hémiparésie. Toutefois, un travail sur l'écriture est possible en utilisant sa main gauche : les lettres sont tout à fait identifiables, mais un jargon est présent en production spontanée (ce qui n'est pas le cas en copie). Du côté de la lecture, elle est relativement conservée au niveau des mots isolés, mais très altérée au niveau des phrases et des énoncés.

Depuis le début du suivi orthophonique, le tableau clinique présenté par la patiente a évolué : la stéréotypie verbale et les persévérations ont disparu, cependant l'expression orale demeure très limitée, avec peu de moyens de compensation efficaces. D'un autre côté, l'écriture s'est bien développée, et le manque du mot y est souvent compensé par le dessin.

1.3.2. Le travail avec les séries

Au commencement du travail avec les séries, l'orthophoniste proposait des aménagements techniques pour s'adapter aux difficultés massives d'initiation de Mme C. : il proposait d'abord des séries éclatées, en s'aidant du dessin. Puis plus tard, pour aborder la série verticale : ils écrivaient chacun un mot sur deux, en s'appuyant sur l'aide du dessin, ou de l'ébauche écrite de mots (pour limiter les persévérations). En voici une illustration :



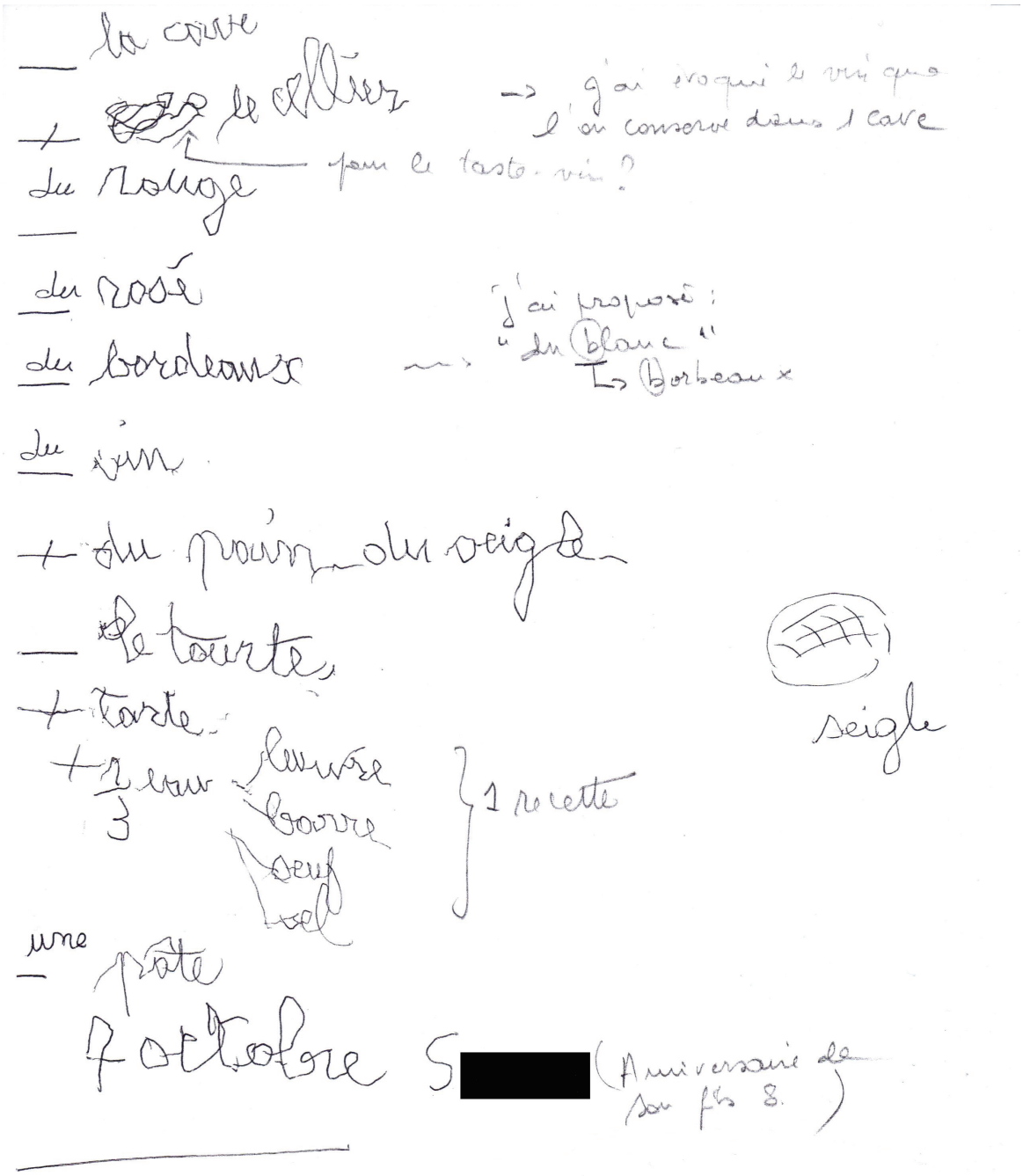
Actuellement, la patiente présente un langage écrit plus efficace, de par la diminution des phénomènes de persévération, et l'amélioration de l'initiation, même s'il subsiste un manque du mot important. Les séries se déroulent de ce fait de manière plus classique : les tours de parole sont plus libres et la patiente peut écrire tous les pas, même si ses difficultés d'expression orale l'empêche toujours de participer activement au discours parallèle, et qu'elle a parfois encore besoin de passer par le dessin avant de pouvoir accéder au mot.

Voici l'une de ses séries (avec à droite, les annotations du thérapeute) :

16 octobre, eau-forte

07.10.3

PREÉL ~~[illegible]~~ non ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~



Au début de cette séance, Mme C. essaie de nous dire quelque chose : son expression orale étant très laborieuse, elle écrit quelques mots, et utilise l'aide de gestes pour augmenter son informativité. On comprend qu'elle parle de son mari et de son fils, autour du thème de la chasse, mais nous ne parvenons pas à saisir le sens de son message, et la tentative de communication est malheureusement abandonnée.

La série débute : Mme C. note les pas « écrire », « pensée », « arrière », « une biche », la plupart du temps sans verbaliser, car l'expression orale lui est très coûteuse, en lien avec ses troubles praxiques, et son manque du mot. L'orthophoniste donne ensuite les pas « la forêt », et « un chemin » qui est transcrit sous la forme « ce chemin » par la patiente.

Au pas suivant, elle produit une persévération sur le « ce », puis dessine une maison pour pallier le manque du mot. L'orthophoniste écrit lui-même le mot « maison », dans le sens de Mme C., pour qu'elle puisse s'imprégner de sa forme.

Pour nourrir le discours parallèle et l'évocation, l'orthophoniste suggère à Mme C. que « la cuisine » doit lui faire penser à beaucoup de choses, car il sait que c'est l'un de ses centres d'intérêt. Elle écrit alors « le bas étage », qui évoque au thérapeute « la cave » où l'on conserve le vin. Il lui propose alors d'écrire « le vin », mais elle fait une association et écrit à la place « le cellier », qui semble être le lieu où elle stocke le vin chez elle. Puis, l'orthophoniste évoque les différents types de vins : « rouge », « rosé », « blanc », mais ce dernier pas est transformé en « bordeaux » par la patiente (peut-être par association personnelle). Après le pas suivant, « du vin », Mme C. recherche un mot, qu'elle essaie de nous faire deviner grâce aux gestes et au dessin : « du pain de seigle ». L'orthophoniste y associe « la tourte », qui rappelle à la patiente « tarte », puis une recette : « 1/3 (d')eau, levure, farine, œuf, sel », qui correspond à la recette d'une « pâte ». Ce dernier pas est induit par le discours du thérapeute qui énonce qu'« avec tout cela on obtient une … », et la patiente parvient spontanément à oraliser le mot « pâte ».

S'ensuit une relecture de l'intégralité de la série, avec la mise en place de moyens de facilitation tels que la répétition, l'ébauche articulatoire ou l'ébauche orale pour favoriser les productions orales de Mme C.

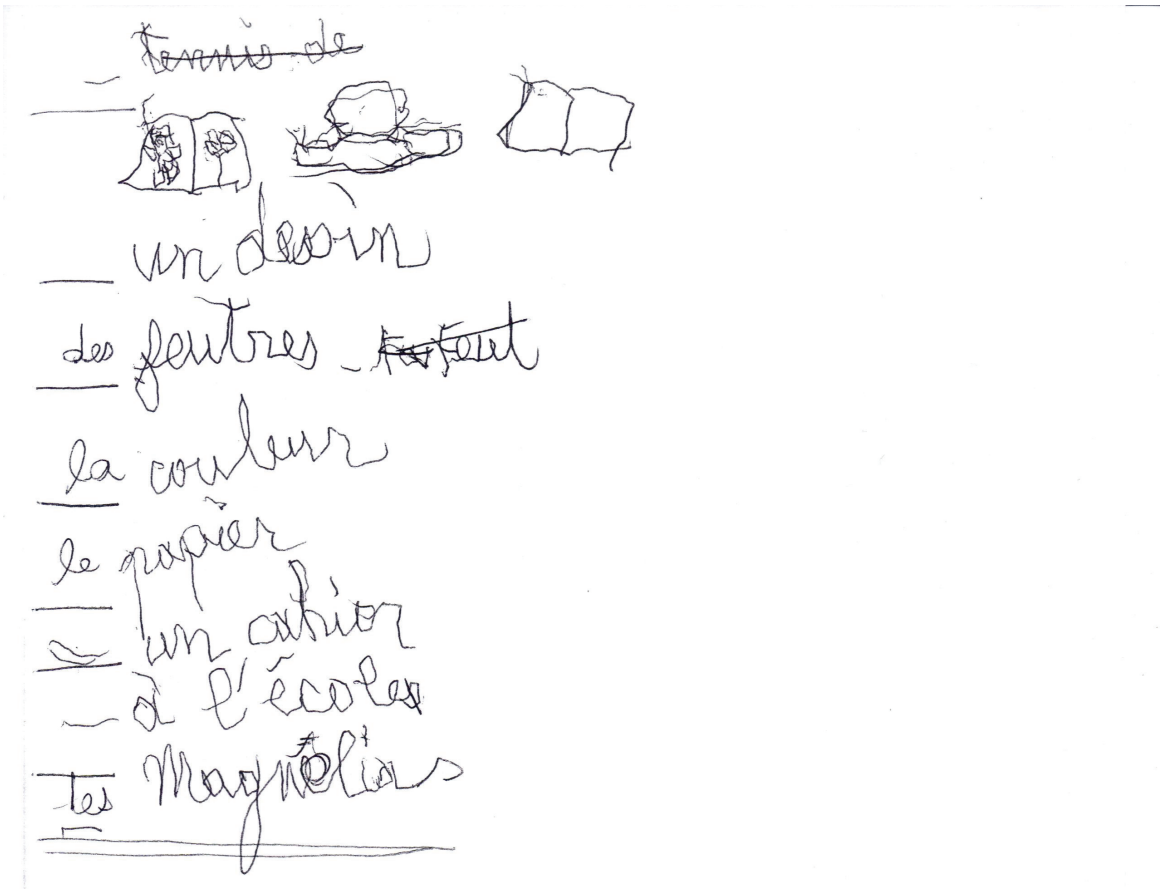
La séance est momentanément interrompue par un coup de téléphone de son fils « S. », qui nous offre l'occasion d'observer le comportement de communication de la patiente dans sa vie quotidienne : elle répond « oui » à de nombreuses reprises, pour signifier à son interlocuteur qu'elle est bien présente et comprend, mais elle ne peut (en tout cas pas lors de cette conversation téléphonique) émettre d'autres mots, hormis le prénom de son fils. Mme C. semble émue de cet appel. Après avoir raccroché, elle s'empare d'un stylo pour écrire la date du jour, suivi du prénom de son fils, et l'on finit par comprendre que c'est l'anniversaire de son fils aujourd'hui.

Voici à présent une seconde série :

21.10.13

— 1 Boulangerie
pain de céréales
— pain de blé
— farine
— Moulin
— l'âne
— la meule
— l'huile
— l'huile de olive(s)
— l'huile des olives
— ~~O~~ la santé

— tennis
— raquette
— balle
— revers (revers)
— St Saurent
→ D[redacted]



Ce jour-ci, Mme C. est arrivée avec quelques minutes de retard à la séance, et tente de nous expliquer pourquoi : elle montre la rue qui se trouve en bas du cabinet, et essaie d'écrire « une boulangerie ». Après lui avoir proposé plusieurs hypothèses, qu'elle infirme ou confirme, on finit par comprendre qu'elle a voulu acheter un pain dans cette boulangerie. Venant d'entendre le mot « pain », elle parvient à le répéter spontanément, et écrit d'elle-même le terme « pain de céréales » sans aucune difficulté !

Ces deux premiers mots se transforment en début de série verticale, et l'orthophoniste propose le pas « (le) pain de blé », suivi de ceux de Mme C. : « farine », « moulin », « l'âne » (oralisé spontanément en même temps), puis « meule », qui a été trouvé grâce à l'aide du geste et de la répétition. Le thérapeute donne ensuite « l'huile », suggère que « la meilleure huile c'est l'huile … », et la patiente écrit l'« huile d'olive ». Il y associe « les olives », mais Mme C. produit une persévération sur le pas précédent, avant de pouvoir l'écrire convenablement. Idem pour le pas suivant, où il suggère que « l'huile d'olive c'est bon pour… », et où Mme C. persévère avant de parvenir à écrire « la santé ». L'orthophoniste marque un trait de pause.

Afin d'amorcer un nouveau mouvement de pensée, il évoque dans le discours parallèle les vacances scolaires dont profitent les petites filles de Mme C. Elle mime alors une partie de tennis pour nous faire comprendre qu'elles en profitent pour y jouer, et écrit les pas « tennis », « raquette » (orthographié « racquet » au départ), ainsi que ceux donnés par l'orthophoniste : « balle » et « revers » (orthographié « revest »). Puis, elle fait des gestes pour évoquer le terrain de tennis, et note « St … » mais ne retrouve plus la suite : le thérapeute lui propose alors plusieurs noms de lieux commençant par « Saint … » dans la

région, jusqu'à tomber sur celui qu'elle recherchait : « St Laurent », qui est le club où joue sa fille, dont elle écrit le prénom à la suite.

L'orthophoniste lui demande alors ce que fait la plus jeune pendant ce temps là : Mme C. persévère sur « tennis », puis dessine un cahier, des coloriages, car sa petite fille dessine pendant les vacances. Elle reprend ensuite spontanément des mots du discours parallèle, entretenu par le thérapeute : « un dessin », « feutres, « couleur », « papier », « un cahier », « à l'école », et enfin, le nom de l'école de sa petite fille « (les) magnolias ». Pour terminer ce travail, ils procèdent ensemble à la relecture de la série.

Suite à cette séance, l'orthophoniste me rapporte qu'il observe de plus en plus de mots écrits spontanément, et correctement lors des séries. Il m'explique également que l'on peut considérer la capacité d'écriture comme retrouvée chez cette patiente, au vu de la relative informativité de ses productions écrites.

1.3.3. Synthèse

Le travail en séries avec Mme C. révèle une nouvelle facette de l'application de la T.A. avec des personnes aphasiques : le langage écrit, constituant le canal d'expression privilégié de cette patiente lors des séances, peut également être employé comme support à l'émergence de l'expression orale.

On observe à travers ce cas la souplesse de cette technique, pouvant s'adapter aux difficultés du patient : par la graduation de la difficulté tout au long de la prise en charge, parallèlement aux progrès réalisés par la patiente, et l'utilisation des moyens de facilitation habituels en aphasiologie (notamment la répétition, le dessin, l'ébauche orale). Dans le cas de Mme C., on constate le besoin de repasser par du sens pour pouvoir évoquer un mot qui lui fait défaut. Pour cela, elle utilise spontanément l'aide du dessin et du geste, qui, étant des formes de symbolisation primaire, favorisent l'accès au concept.

On remarque que la T.A. permet de mettre en place un échange naturel avec le patient, en dépit des difficultés qui sont parfois massives, comme c'est le cas pour Mme C. Cet échange prend les apparences d'une discussion, où les éléments les plus complexes pour le patient sont momentanément mis de côté (par exemple la construction de phrases), permettant ainsi d'instaurer une communication, sans mise en échec. On voit d'ailleurs bien la façon dont s'en saisit Mme C. pour y formuler une certaine expression personnelle.

1.4. Patiente D

1.4.1. Présentation du patient et des éléments du bilan orthophonique

Mme D. a 83 ans. Avant d'être à la retraite, elle était employée dans un pressing. Elle appréciait le contact avec les clients, et avait une vie sociale bien remplie. Elle vit actuellement seule, mais reçoit régulièrement la visite de sa famille.

Elle a fait un Accident Ischémique Transitoire (AIT) il y a un an, qui lui a laissé des séquelles : elle éprouve des difficultés pour s'exprimer, trouver ses mots et parfois pour articuler. Elle ne sort plus seule, car elle a peur de faire une chute. Elle reste donc le plus souvent confinée chez elle, et reçoit la visite d'aides à domicile pour faire les courses, le ménage, se promener…

Lors du bilan initial, Mme D. évoque facilement son histoire. Elle se présente comme quelqu'un qui a été très actif, et qui a eu une vie sociale riche. Elle souffre d'avoir perdu ces choses là, et espère « redevenir comme avant ». C'est une personne qui parle beaucoup, et qui se sent diminuée par ses troubles langagiers.

Pour ménager sa susceptibilité, l'orthophoniste a préféré éviter pour l'instant les tests classiques d'évaluation de l'aphasie, en se basant plutôt sur l'analyse du discours spontané et de séries associatives d'investigation. Elle a pu repérer que :

- En langage spontané, un manque du mot léger est présent, ainsi que quelques paraphasies phonémiques, et sémantiques (plus rares). La compréhension est bonne.
- Concernant le langage écrit, la lecture est de bonne qualité, malgré quelques approches phonémiques, et paralexies sémantiques. Les auto-corrections sont quasi-systématiques, ce qui montre là aussi de bonnes capacités de compréhension. L'écriture est cependant plus difficile pour elle : l'évocation est pauvre, et on retrouve des transformations phonémiques, des élisions, des ajouts, ainsi que des collages. Le trait graphique est assez raide.

La série d'investigation a, de plus, montré que la patiente se saisit immédiatement de l'étayage fourni par l'orthophoniste, et que les associations lui viennent facilement. Souvent, elle a même des difficultés à choisir un seul mot, car plusieurs peuvent lui venir à l'esprit en même temps.

Le travail avec la Technique des Associations semble lui être bénéfique, car le support écrit canalise son importante fluidité verbale (qui n'est cependant pas une logorrhée), et l'aide à aller au bout de son cheminement de pensée. Elle peut ainsi plus aisément organiser et partager ses idées.

Elle est suivie en orthophonie à son domicile, à raison d'une séance par semaine.

1.4.2. Le travail avec les séries

Voici l'une des premières séries qu'a écrit Mme D. avec son orthophoniste, en début de prise en charge :

— une MESON.
— l'Algerie
— un Retour
+ des souvenirs
+ des photos

+ une promenade
— un jardin
— école
— des enfants
— ils courent
— je regarde

+ un Banc
— Savoir
— et faire Bicyclette
— de la Marche
— le Ski
— ze faire une promenade
+ un Piquenique

La patiente évoque ici spontanément sa jeunesse en Algérie, période de sa vie qui l'a beaucoup marquée. Elle semble assez mélancolique de la vie confortable qu'elle menait là-bas, et reste amère des événements qui ont poussé sa famille à quitter le pays. Elle abordera d'ailleurs ce sujet à plusieurs reprises tout au long du suivi orthophonique.

On voit qu'elle est ici concise dans son évocation : elle produit d'elle-même les pas « maison », « Algérie » et « retour » (sans même les faire précéder d'un déterminant), qui semblent résumer pour elle l'essentiel de cette période marquante. C'est pourquoi elle se

retrouve probablement ensuite « en panne » d'évocation. Pour l'inciter à développer cette pensée, l'orthophoniste propose alors les pas suivants : « des souvenirs, des photos ». Mais Mme D. n'a pas de nouvelle évocation, et elle marque une pause.

La thérapeute évoque « une promenade », ce qui rappelle à Mme D. « un jardin, une école, des enfants, ils courent, je regarde ». Une nouvelle pause est marquée et un nouveau pas est donné par l'orthophoniste : « un banc », qui relance l'évocation de la patiente : « s'asseoir », « et faire (de la) bicyclette », « de la marche », « le ski », « refaire une promenade ».

On s'aperçoit à travers cette première série que la patiente a, d'elle-même, envie d'évoquer des thèmes qui se rapportent à son vécu personnel, à des choses qui font sens pour elle.

Au niveau de l'écriture, Mme D. s'aide souvent de l'oralisation du mot pour retranscrire les pas, par correspondance grapho-phonétique. Mais elle a plus de difficultés avec les graphies irrégulières.

Dans une autre série, deux mois plus tard, Mme D. évoque Noël :

— ~~Noël~~

— ~~Noël~~ :

· Noël

— le Sapin

— les guirlandes

— ~~la crèche~~

— la crèche

+ les lumières

+ la fête

+ la famille

— les Bûches

— le chocolat

+ les étrennes

+ les enfants.

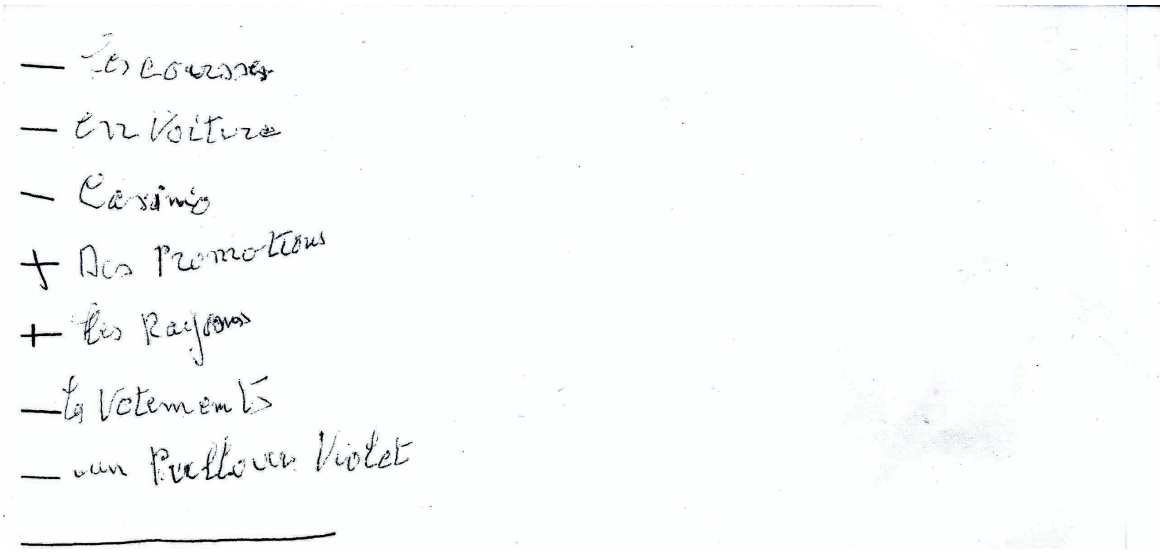
+ les cadeaux

+ l'excitation

— les dattes.

— les figues.

— les marons.



Le thème de Noël est à ce moment là en lien avec la période de fin d'année dans laquelle nous nous trouvons. Les premières évocations produites par Mme D. : « Noël, le sapin, des guirlandes, la crèche, les lumières » sont en lien avec les décorations qu'elle a installées chez elle : un sapin avec des guirlandes, et une crèche éclairée.

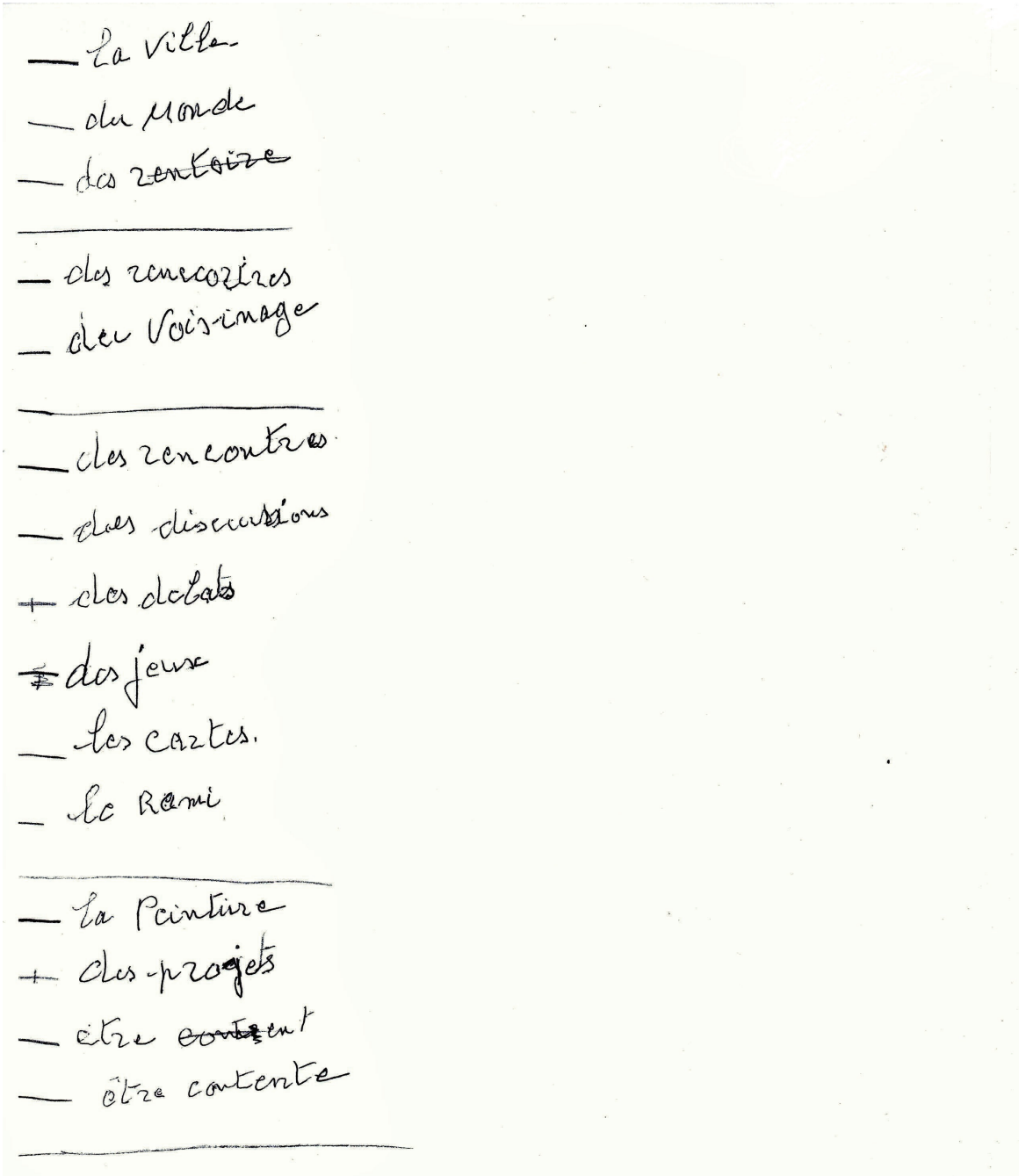
Puis l'orthophoniste marque une pause, et relance un nouveau mouvement de pensée sur « la fête, la famille », ce qui évoque à la patiente « les bûches, le chocolat » (car elle pense à des bûches au chocolat). La thérapeute note ensuite « les clémentines », car cela lui rappelle des souvenirs de Noël, et Mme D. nous raconte dans le discours parallèle le déroulement du réveillon chez son fils. Ce récit amène les pas : « les enfants », « les cadeaux », et « l'excitation » que l'orthophoniste aide à sélectionner parmi les mots énoncés oralement.

Au début du groupement de pas suivant, Mme D. propose d'écrire « mademoiselle » pour m'inclure dans la série, mais la thérapeute soumet plutôt l'idée de poursuivre sur le thème de Noël, en demandant à la patiente si elle aime les fruits secs par exemple : elle répond « les dattes » et « les figues », avec l'aide de l'orthophoniste pour pallier le manque du mot. Cette dernière écrit « les marrons » puis tire un trait de pause.

Mme D. évoque ensuite son quotidien : elle explique se sentir seule parfois, mais des aides à domicile viennent régulièrement s'occuper d'elle pour faire « les courses », « en voiture », à « Casino ». L'orthophoniste évoque les « promotions » dans « les rayons », et Mme D. y associe « les vêtements », car elle s'est acheté récemment « un pull-over violet » qui lui plait beaucoup. La série se termine alors, et la thérapeute en effectue une relecture.

En discutant avec Mme D., elle m'exprime que le passage par l'écriture l'aide. En effet, l'orthophoniste m'indique qu'au tout début de la prise en charge, elle avait une fluence importante, associée à un débit rapide, avec quelques passages « du coq à l'âne ». La retranscription écrite semble lui permettre de rester plus facilement focalisée sur un thème, et de le développer, sans se précipiter.

Voyons à présent un dernier exemple de série :


— la ville
— du monde
— des rencontre
— des rencontres
— du voisinage
— des rencontres
— des discussions
+ des débats
— des jeux
— les cartes.
— le Rami
— la Peinture
+ des projets
— être content
— être contente

Au début de cette séance, Mme D. exprime le sentiment d'être seule, délaissée par ses proches, et diminuée par ses difficultés de langage. On remarque une influence importante de ses émotions sur la qualité de son expression orale : le manque du mot est majoré, et des difficultés rappellant une sorte de bégaiement apparaissent.

Après l'avoir écouté, l'orthophoniste lui propose d'écrire une série sur un sujet qu'elle apprécie : elle évoque alors « la ville », « du monde », « des rencontres » (verbalisé : « rencontoires »), ainsi que « du voisinage ». En écrivant ce dernier pas, elle ajoute que « c'est ça qui lui manque » pour se sentir plus entourée. La thérapeute lui conseille alors de s'inscrire dans une association de loisirs pour personnes âgées, ce qui lui remonte un

petit peu le moral. A noter que l'on constate au fur et à mesure de la verbalisation de ses soucis une nette amélioration de son expression orale.

La série reprend avec le pas de Mme D. « des rencontres », puis ceux de l'orthophoniste « des discussions », « des débats », « des jeux », faisant référence aux émissions télévisées que suit la patiente. Puis cette dernière évoque : « les cartes », « le rami », « la peinture », et avec l'aide de l'orthophoniste : « des projets », « être contente ». S'ensuit une relecture de l'intégralité de la série.

1.4.3. Synthèse

Le travail orthophonique avec la T.A. semble bénéfique pour Mme D. car il permet de travailler sur la plupart de ses difficultés :

- l'évocation, pour travailler le manque du mot et la mise en mots de ses pensées,
- l'ajustement de la fluence verbale, grâce au ralentissement qu'impose la transcription écrite, et la recherche d'informativité que nécessite le style prédiscursif des séries,
- l'organisation des idées, par le biais du style prédiscursif et des liens sémantiques qui doivent sous-tendre l'enchaînement des pas.

1.5. Patient E

1.5.1. Présentation du patient et des éléments du bilan orthophonique

Monsieur E. a 71 ans. Il est ingénieur, à la retraite. Son niveau socio-culturel est très élevé. Il parle plusieurs langues : sa langue maternelle le français, l'anglais, et l'italien. Il a une grande appétence pour le langage, la communication et les relations sociales. Sa famille est très présente, et lui apporte un soutien de qualité.

Il a été victime d'un AVC ischémique sylvien dans la région pariétale gauche, il y a 2 ans et demi. Il est utile de préciser que le patient a pu bénéficier, à l'époque, d'une prise en charge médicale rapide, et d'une thrombolyse, qui a vraisemblablement permis de limiter les séquelles au niveau cérébral. Suite à cet AVC, des troubles massifs du langage sont apparus : ils sont qualifiés d'« aphasie mixte » car relevant d'un tableau intermédiaire entre une aphasie de Wernicke et une aphasie de conduction.

Le bilan initial fait état, sur le versant expressif, d'une logorrhée, de nombreuses paraphasies phonémiques, sémantiques et morphologiques (proches du jargon), d'une dyssyntaxie, et de tentatives de correction par approches successives liées à une certaine conscience des troubles. Cette conscience des troubles est, par ailleurs, très douloureuse

pour le patient. Sur le versant réceptif, la compréhension est massivement atteinte : des éléments de surdité verbale sont présents, et seuls des mots isolés peuvent être perçus. En ce qui concerne le langage écrit : l'altération est comparable à celle du langage oral. Certains domaines sont cependant préservés : les automatismes langagiers, la dénomination et le graphisme.

A noter l'absence de troubles de nature gnosique, praxique, exécutif et mnésique.

Le tableau présenté par le patient a, depuis, évolué. Le dernier bilan de renouvellement, datant d'il y a 1 an et demi, évoque à présent des « séquelles d'aphasie de conduction » se traduisant par : la disparition de la logorrhée, des paraphasies plus rares, une réduction de la dyssyntaxie, l'utilisation de circonlocutions comme moyen de compensation pour pallier le manque du mot, la disparition quasi-totale des troubles de la compréhension (mise à part la compréhension fine ou implicite), et une bonne récupération de la surdité verbale (même si l'analyse auditive reste coûteuse). Au niveau du langage écrit, le patient a retrouvé l'usage basique de la lecture dans son quotidien (articles de journaux par exemple). Il fait peu de paralexies, est capable de s'auto-corriger, et a une bonne compréhension de ce qu'il lit. A côté de cela, il a actuellement une meilleure acceptation de son trouble, qui retentit sur son moral et ses performances quotidiennes. Un certain lâcher-prise vis-à-vis des erreurs a également permis de retrouver la fluidité nécessaire à une communication efficace.

La conclusion de ce dernier bilan indique que le patient a eu une très bonne récupération de ses troubles, et qu'aucun domaine ne se situe à présent dans la pathologie selon les tests pratiqués. La prise en charge orthophonique se poursuit cependant, car le niveau de langage antérieur n'a pas été retrouvée, et que la demande du patient reste extrêmement forte. De plus, la comparaison des bilans successifs montre une poursuite de l'amélioration, qui indique que la phase de récupération n'est pas encore parvenue à son terme. Seule l'intensité du suivi a été revue à la baisse : 2 séances par semaine, au lieu de 3 séances précédemment.

1.5.2. Le travail avec les séries

Au début de la prise en charge orthophonique, la thérapeute employait rarement la T.A. avec M. E car elle se montrait très compliquée à mettre en place, notamment à cause de la logorrhée et des éléments de surdité verbale. Mais suite à l'évolution favorable des troubles, ce travail est devenu plus régulier.

Avant de vous montrer le travail actuel de M. E, il nous paraît intéressant de vous montrer des extraits de séries, datant d'il y a environ un an, pour se rendre compte des progrès réalisés depuis :

- la raison
- oui... avec un peu de déraison !
- la folie
- il en faut, aussi.
- un peu seulement
- pour bien rigoler
- une fête
- pour moi, c'est rare -
- un anniversaire
- pour le plaisir des enfants -
- ils déballent les cadeaux.
- quel plaisir !
- un régal -
- des générations
- l'époque est revolue pour certains animaux -
- certains reviennent ou reviendront un jour
- peut être,

On note dans cet extrait un certain manque d'informativité dans l'expression du patient, qui a tendance à utiliser de nombreux adverbes peu significatifs comme « certainement », « peut-être », ainsi qu'à abuser des connecteurs tels que « et » et « pour », sur lesquels il peut parfois persévérer. L'orthophoniste a d'ailleurs travailler à la prise de conscience de ces réitérations, et à la recherche d'autres possibilités de formulations.

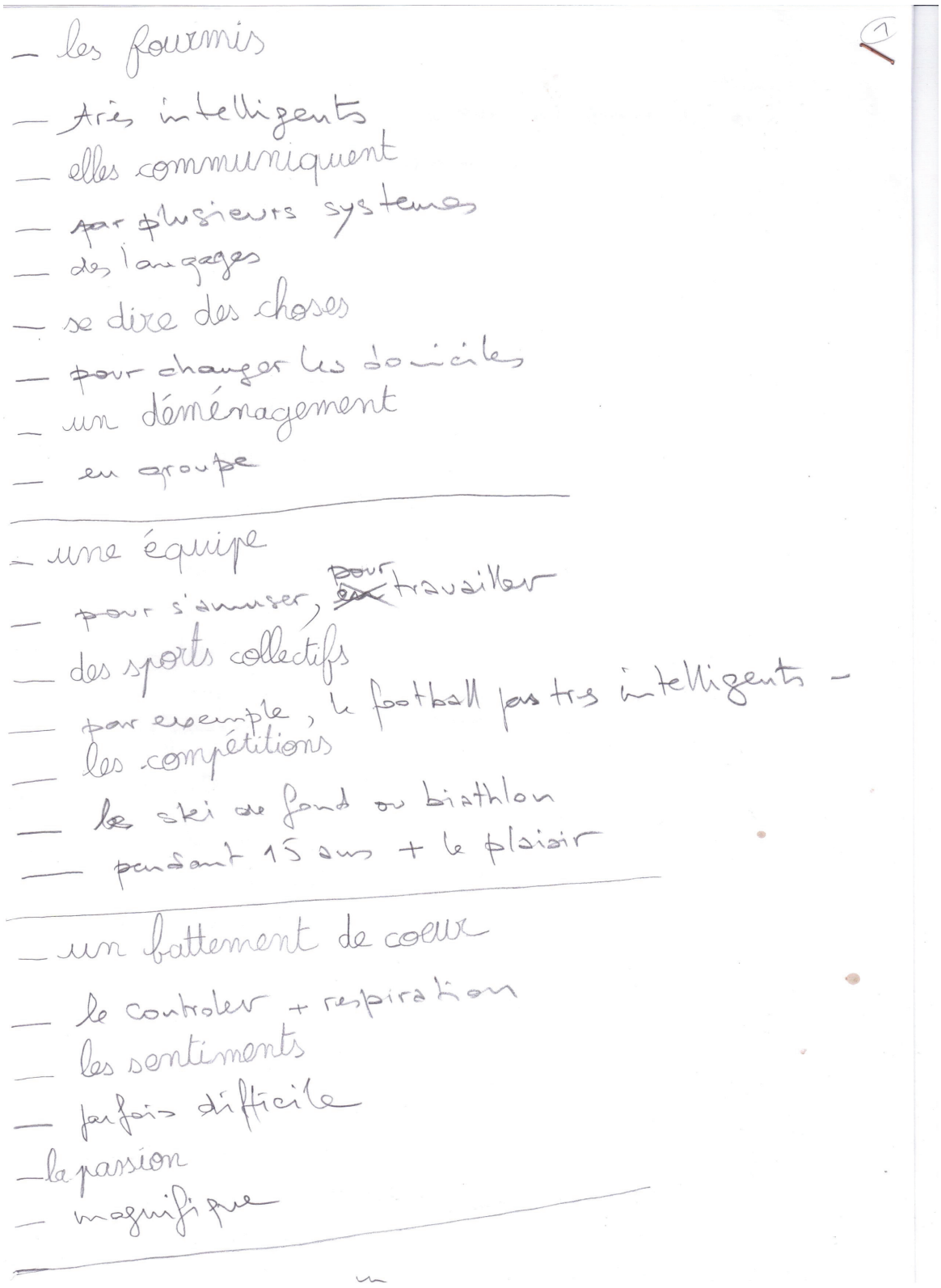
Si l'évocation est bonne, on remarque toutefois que la pensée associative lui est plus difficile d'accès : ses pas se rapportent quasi-systématiquement au pas de l'orthophoniste précédent, donnant une impression d'un échange sur le mode « question – réponse ». Cette difficulté peut occasionnellement se manifester par une reprise terme à terme du pas de l'orthophoniste, aboutissant à une perte du sens :

- les goûts et les couleurs
- le goutter et l'habillement

Le sens lui pose parfois difficulté : on peut s'en rendre compte avec ce pas, mais aussi avec le pas « l'époque est révolue pour certains animaux », issu de l'extrait précédent. En effet, le pas « des générations » donné par l'orthophoniste a été compris comme « des

espèces », en lien avec les séquelles de surdité verbale, et il cherchait alors à évoquer la disparition de certaines espèces animales.

Voyons à présent une série plus récente :



— les fourmis
— très intelligents
— elles communiquent
— par plusieurs systèmes
— des langages
— se dire des choses
— pour changer les domiciles
— un déménagement
— en groupe

— une équipe
— pour s'amuser, ~~ex~~ pour travailler
— des sports collectifs
— par exemple, le football pas très intelligents —
— les compétitions
— le ski de fond ou biathlon
— pendant 15 ans + le plaisir

— un battement de coeur
— le controler + respiration
— les sentiments
— parfois difficile
— la passion
— magnifique

— la beauté

— c'est personnel, mais surtout pour les yeux —

— pour l'esprit du cerveau

— ça pétille

— le sucre

— c'est régal

— la gastronomie

— un fin gourmet

— gourmet et gourmand

~~j'aime~~ bien manger en quantité
j'aime

— les produits du terroir

— je préfère le méditerranéen

— la tomate - olive - basilic

— équilibré

— se balancer

— equilibre

— lentement

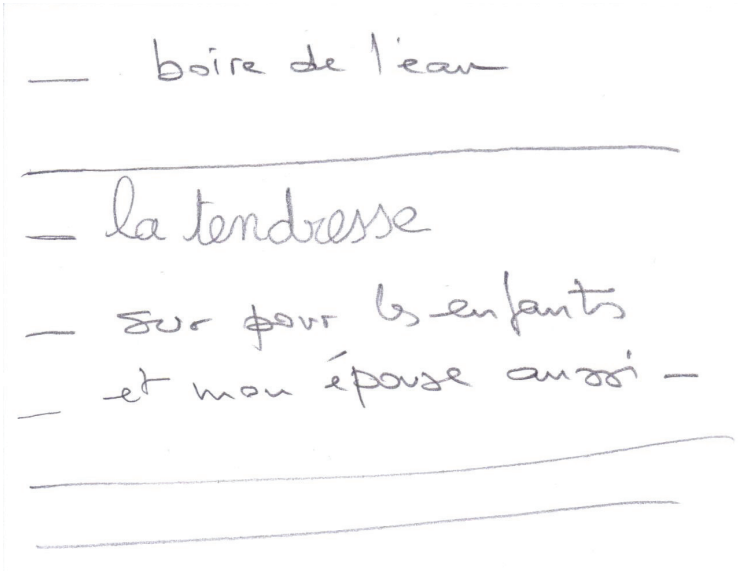
— sûrement

— c'est sûr

— l'assurance

— indispensable

— des besoins



L'orthophoniste propose, et écrit le pas « les fourmis » pour débuter la série, en référence à la fourmi qui vient de passer sur le bureau. M. E propose « très intelligents », puis, la thérapeute « elles communiquent », suite à quoi le patient nous explique la manière dont les fourmis communiquent, et note : « par plusieurs systèmes », « des langages ». L'orthophoniste, essayant de susciter une association plus riche, donne le pas « se dire des choses », mais le patient continue à développer le thème de la communication des fourmis dans les pas suivants : « pour changer les domiciles », « un déménagement », « en groupe ». Elle marque une pause.

Le deuxième groupement de pas démarre par « une équipe », auquel M. E associe « pour s'amuser en travailler », qu'il modifie une première fois en « pour s'amuser, ou pour travailler », puis finalement en « pour s'amuser, pour travailler ». L'orthophoniste propose ensuite « des sports collectifs », qui fait dire au patient « ils ne sont pas très intelligents ! » et écrire sur la série « par exemple, le football pas très intelligents ». La thérapeute évoque « les compétitions », qui rappelle à M. E « le ski de fond ou biathlon », qu'il a lui-même pratiqué « pendant 15 ans » pour « le plaisir ». Il profite de cette occasion pour nous expliquer le déroulement des entraînements au biathlon, et notamment le contrôle du ryhtme cardiaque, ce qui nous amène vers un troisième mouvement de pensée.

En lien avec son explication, l'orthophoniste note « un battement de cœur », puis le patient « le contrôler + respiration ». Essayant une seconde fois d'induire des associations plus « métaphoriques » chez lui, la thérapeute évoque « les sentiments » en énonçant dans le discours parallèle qu' « il y a des moments où l'on ne peut pas contrôler tout ça ». Il écrit alors « parfois difficile », l'orthophoniste « la passion », et le patient « magnifique ». Puis, il ajoute oralement, en réalisant pour le coup une belle association métaphorique : « j'ai perdu toutes mes capacités, c'est pas magnifique ! ».

L'orthophoniste tire un trait de pause, et repart sur un nouveau mouvement de pensée à partir de « la beauté ». Ce thème inspire beaucoup M. E, qui y est très sensible, et nous explique que pour lui « c'est personnel, mais surtout pour les yeux ». Il développe son point de vue dans le discours parallèle, qui se révèle assez confus : « peu importe la couleur (des yeux), ce qui compte c'est l'éclat : un noir profond peut être méchant ou

magnifique. Mais ce que je préfère c'est le bleu. », qu'il conclut en ajoutant que « la beauté pour moi c'est dans le cerveau ». De là découle le pas « pour l'esprit du cerveau », dont le sens est repris oralement par l'orthophoniste, qui interroge « l'esprit transparaît dans les yeux donc ? » ; confirmé par le patient. La thérapeute propose à la suite : « ça pétille » en référence aux yeux, puis « le sucre » en pensant au sucre pétillant. M. E y associe « c'est (un) régal ».

Au cinquième groupement de pas, l'orthophoniste évoque « la gastronomie », en précisant dans le discours parallèle que c'est le thème du prochain Carnaval de Nice, puis « un fin gourmet ». M. E écrit alors « gourmet et gourmand » en reprenant le terme précédent, ainsi que « j'aime bien manger en quantité » (retranscrit au départ « je bien mangé en quantité »). La thérapeute introduit « les produits du terroir », qui amène le patient à nous raconter qu'« [il] préfère [manger] méditerranéen », et que lorsqu'arrive l'été il ne mange que des « tomate[s] – olive[s] – basilic », même s'il sait qu'il faudrait diversifier les repas pour manger « équilibré ». On note à ce moment là, à l'oral, une paraphasie phonémique : [ézélikibré] pour « équilibré ».

En continuant sur ce thème, l'orthophoniste débute un sixième groupement de pas en proposant « se balancer », qui évoque au patient l'« équilibre » et « lentement ». La thérapeute associe à ce dernier pas « sûrement », auquel M. E répond par « c'est sûr ». Parfaitement conscient de ses troubles, il exprime sa difficulté à retrouver la graphie du terme « c'est », et plus particulièrement l'apostrophe. L'orthophoniste reprend la série en donnant le pas « l'assurance », dont elle précise le sens : « être sûr de soi », qui paraît être à M. E une qualité « indispensable ». Elle propose ensuite « des besoins », qui évoque au patient « boire de l'eau », car « pour moi c'est l'indispensable ». L'orthophoniste exprime alors qu'« on dit 'vivre d'amour et d'eau fraîche'… », et le patient développe à nouveau sa pensée dans le discours parallèle : « l'amour c'est plus compliqué… s'il y a le physique c'est bien, mais il faut le cœur. Il faut de la tendresse. », et retranscrit cette idée à travers les pas « la tendresse », « sur(tout) pour les enfants », « et mon épouse aussi ». Il nous raconte ensuite que sa femme a été très présente pour le soutenir dans l'épreuve qu'a été l'AVC, et qu'il lui en est extrêmement reconnaissant.

Voici un second exemple de série récente :

— BEAU TEMPS

/ L'ETE

— IL FAIT CHAUD

/ ~~ON TRESPIRE~~

— TRANSPIRATION

/ DE L'EAU

— A BOIRE

— SE LAVER

/ LA MOUSSE

— ~~POUR~~ LE SAVON

/ PROPRE

— LES MAINS

— FROTTER

/ ASTIQUER

/ CENDRILLON

— PETITE FILLE

/ L'ECOLE

— SUPERIEURE

— PRIMAIRE

— PENSIONNAT

— C'EST BIEN

/ LES BETISES

X SE VENGER

— RANCUNIER

— MEMOIRE

— MAL OU BIEN

X L'ENFER

— PARFOIS L'ARMEE

— DIFFICILE

— D'AUTRE CHOSE

— AGREABLE

— LE SPORT

— LA CHASSE

— LA PECHE

X DISCUTER

— INTERESSANT

— LE TRAVAIL

X LA POLITIQUE

— DESAGREABLE

— LE POIREAU

— LA SOUPE

— AVEC LES POMMES DE TERRE

+ VITAMINES

— NECESSAIRES

— FRUITS & LEGUMES

— AU MARCHE

— LES COULEURS

+ LES ODEURS

— LES POISSONS

+ LES FLEURS

— ODORANTES

— FRESIA

— BLANCHE ODORANTE

— ROSE TENDRE

Dans cette série, l'orthophoniste lui propose d'écrire lui-même tous les pas de la série. En effet, si la production écrite alternée permet de faciliter l'alternance du tour de parole (que M. E a tendance à monopoliser), ainsi que le maintien du fil de la pensée, la transcription des mots de l'orthophoniste par le patient permet d'accentuer le travail sur le versant réceptif du langage.

M. E a spontanément une idée pour commencer cette série : « beau temps », qui évoque à la thérapeute « l'été », puis au patient « il fait chaud ». L'orthophoniste donne ensuite « on transpire », qu'il transforme après erreur en « transpiration ». Elle propose pour poursuivre le terme « de l'eau », que le patient associe à « boire » et « se laver ». Elle y ajoute : « la mousse » qui inspire le pas « pour le savon » à M. E. La thérapeute propose à la suite « propre », et le patient « (surtout) les mains », « frotter ». Elle repart sur « astiquer », et « Cendrillon », qui évoque au patient une « petite fille ».

Le deuxième groupement de pas débute par « l'école », qui rappelle à M. E les écoles « supérieure » et « primaire ». Il nous raconte dans le discours parallèle sa scolarité dans un « pensionnat », qu'il juge « (c'est) bien ». L'orthophoniste lui propose alors d'évoquer, dans le discours parallèle, « les bêtises » qu'il a faites au pensionnat.

En lien avec ce récit, elle écrit « se venger », et M. E explique qu'il est « rancunier » (mot qu'il ne retrouve plus, mais dont il nous donne la définition), et qu'il garde la « mémoire » du « mal et du bien ». Cette évocation fait penser l'orthophoniste à

« l'enfer », qui rappelle au patient son expérience de « (parfois) l'armée », où il a vécu des événements « difficile[s] ».

La thérapeute propose donc de parler « d'autre chose », et le patient évoque des choses « agréable[s] » : « le sport », « la chasse », ainsi que « la pêche ». L'orthophoniste pense alors à « discuter », qui évoque à son interlocuteur quelque chose d'« intéressant », « (pour) le travail ». Elle propose ensuite « la politique », qui évoque ici quelque chose de « désagréable » à M. E : il nous explique qu'il « n'aime pas beaucoup » les hommes politiques, et nous raconte que l'ancien Président de la République Valéry Giscard d'Estaing était surnommé « le poireau ».

Ce terme est à l'origine d'un sixième groupement de pas : « la soupe », « avec les pommes de terre », « les vitamines » (donné par l'orthophoniste), les « fruits et légumes », « le marché » évoqué par la thérapeute et retranscrit « au marché », « les couleurs », « les odeurs » (par l'orthophoniste), « les poissons ». Pour terminer la série, l'orthophoniste propose « les fleurs » car elle sait que M. E les apprécie. Il ajoute qu'il aime les fleurs « odorantes », comme par exemple les « fresia[s] », qui sont « blanche[s] » et « odorante[s] », ou « des roses… tendres » dit-il. Cette dernière association amène le récit d'une histoire personnelle : il nous raconte qu'il a offert des fleurs à sa femme et à sa fille pour la Saint-Valentin, mais qu'il a malencontreusement renversé l'eau des fleurs sur des papiers importants… On y relève un néologisme : « éserpiller », à la place de « passer la serpillère ».

1.5.3. Synthèse

Le travail en séries est très apprécié de M. E. En effet, ce monsieur ayant un haut niveau socio-culturel, et une haute estime de lui-même, il a toujours refusé certains exercices classiques qu'il juge infantilisants. Il apprécie la relation de sujet à sujet qu' instaure la T.A., l'expression de soi qu'elle permet, ainsi que les apartés qu'il peut développer dans le discours parallèle pour exposer ses connaissances.

Parallèlement au plaisir trouvé dans cette forme d'échange, la T.A. permet de travailler sur la plupart de ses difficultés: l'alternance du tour de parole, laisser de la place à l'autre dans le discours (antérieure à l'AVC), se limiter au style prédiscursif pour ne garder que les mots les plus signifiants, la dyssyntaxie, les persévérations, la réception du langage d'autrui, l'évocation (car un manque du mot reste parfois visible), et l'association d'idées.

V. Conclusion des cas cliniques

La présentation des séances avec ces différents patients me paraît être une bonne illustration du large panel de tableaux cliniques, et de personnalités que l'on peut rencontrer chez des patients aphasiques. On remarque que s'ils se ressemblent sur certains aspects, ils se démarquent pourtant considérablement sur d'autres. Et de la même

manière, si la T.A. a été utilisée avec chacun de ces patients, elle a pourtant pris différentes formes, et servi différents objectifs.

Premièrement, on peut dire que pour chaque patient l'utilisation de la T.A. lors des séances a été source de plaisir, en ce sens qu'il est un outil de travail agréable, permettant un échange interpersonnel avec l'orthophoniste, et plaçant généralement le patient dans une situation où il se redécouvre en tant qu'interlocuteur compétent et intéressant.

Le travail en séries se positionne du côté d'une approche écologique de la rééducation, s'approchant de la réalité des situations quotidiennes de communication en proposant une forme de dialogue, dont l'expression est assez simplifiée pour être accessible à la personne aphasique. Ce format permet de mettre en jeu, en plus des aspects expressifs et réceptifs du langage, ses aspects pragmatiques : introduire un sujet, le maintenir ou en changer, s'adapter aux réponses de l'autre, respecter les tours de parole, développer une attention mutuelle, etc. Cet aspect est particulièrement pertinent pour Mme A. et M. E, dont nous avons vu les difficultés d'adaptation à l'autre dans le discours.

Deuxièmement, certains points ont été plus spécifiques à certains patients :

- le passage par l'écriture, et par le style prédiscursif des séries, permettent à Mme A., Mme D. et M. E de canaliser leur fluence verbale, d'organiser leurs idées et d'améliorer leur informativité en se concentrant sur les termes les plus significatifs pour formuler leurs idées.
  Chez M.E il permet également de limiter la dyssyntaxie, et les persévérations.
- La compréhension et la retranscription des pas donnés par l'orthophoniste, permet chez M.E de travailler sur le versant réceptif du langage, qui reste altéré par des séquelles de surdité verbale (peu visibles en contexte, mais majorées en répétition de mots lors du bilan).
- Grâce à ses deux mécanismes essentiels : l'évocation et l'association, la T.A. permet pour chaque patient de faciliter l'accès au lexique, et de renforcer les liens sémantiques existants entre les éléments de celui-ci, dans le but d'améliorer le manque du mot.
- Dans le cas de M.B, cette technique lui permet de sortir quelques instants de l'incommunicabilité dans laquelle ses difficultés massives le plongent habituellement au quotidien, pour reprendre pied à la communication. Pour lui, tout comme pour Mme C., les séries servent de point d'appui à l'émergence de l'expression orale.

Finalement on s'aperçoit que la T.A., destinée au départ à la rééducation des troubles du langage écrit, est essentiellement employée ici à la réhabilitation du langage oral. Ceci s'explique par l'intérêt plus grand porté à la prise en charge de ce type de troubles dans le cadre de l'aphasie, en raison de l'importance majeure du handicap qu'ils causent au quotidien. Mais il est évident que si des patients avaient présenté des troubles relevant essentiellement du langage écrit, le travail orthophonique avec la T.A. aurait davantage été axé sur ce dernier.

A noter que ma présence lors des séances a pu avoir une certaine influence sur le déroulement des séries, car les patients ont souvent ressenti une « pression » lors de ma venue, les poussant à vouloir faire de leur mieux, par honte de leurs difficultés et par

envie de produire quelque chose d'intéressant pour mon travail de mémoire. Malheureusement, ceci a souvent quelque peu majoré leurs difficultés, en particulier concernant M.B et Mme C, qui ont d'importantes difficultés d'évocation orale.

CONCLUSION GENERALE

Après vous avoir présenté un historique retraçant la constitution des connaissances actuelles sur l'aphasie, les théories concernant le fonctionnement normal du langage, la description classique des aphasies et les principales approches rééducatives, il me semble plus aisé d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'est l'aphasiologie, ainsi que des différents courants de pensée qui la façonnent, présentant chacun des points forts et des points faibles, mais apportant tous leur pierre à l'édifice.

Finalement, c'est une petite pierre que j'ai voulu aussi apporter avec ce travail de mémoire, pour rendre compte d'une pratique orthophonique quasi-inexistante dans la littérature : celle de l'utilisation de la Technique des Associations avec des personnes aphasiques. Comme nous avons pu le développer dans la *discussion : 'pourquoi la T.A. dans l'aphasie ?'*, ainsi que la *conclusion des cas cliniques*, cette pratique semble pourtant avoir toute sa place parmi les outils dont disposent les orthophonistes.

En effet, elle présente de multiples intérêts:

- L'utilisation des phénomènes d'évocation et d'association, pour tenter d'améliorer l'accès au lexique et de consolider les liens entre les différents éléments qui le composent,
- La mise en jeu concomitante des versants expressif et réceptif du langage,
- Un passage permanent de l'oral vers l'écrit, et de l'écrit vers l'oral, dans le but de permettre un renforcement du code,
- Un support assez « souple » pour admettre la mise en place d'adaptations, dans l'objectif d'accentuer le travail sur une difficulté spécifique du patient, ou au contraire pour faciliter son expression (ou la canaliser),
- Une situation de communication et d'échange autour des séries s'approchant des situations de communication naturelles (pouvant être mise en lien avec les approches écologiques de la rééducation),
- Un travail sur les aspects pragmatiques du langage : alternance des tours de parole, introduction de sujets, adaptation aux interventions de l'autre…
- Le plaisir pris à l'expression personnelle

Aussi le travail avec la T.A. me paraît-il intéressant car liant à la fois la technique et le relationnel ; deux versants du travail de l'orthophoniste qui me semblent indissociables.

J'aimerais à présent mettre un point final à ce mémoire en vous proposant une citation inspirante de Claude Chassagny : *« Il s'agit surtout de transformer une méthode en art, d'en exprimer une humanité dont le sens est tel que faire œuvre de rééducateur c'est être un humaniste. »*[46]

Quelques pistes à approfondir

[46] Claude Chassagny (revue Rééducation Orthophonique n°32, 1967)

Certains aspects abordés dans ce mémoire me paraissent mériter un approfondissement, qu'il m'a été impossible de réaliser au vu de la contrainte de temps imposée :

- Tout d'abord, concernant les aspects du 'fonctionnement normal du langage' : si les grandes lignes de la linguistique et de la neuropsychologie ont été ici abordées, il aurait également été enrichissant d'y ajouter les aspects psychologiques et/ou l'avis psychanalytique, pour tenter de faire des liens entre ces différents points de vue.
- La question des enjeux relationnels mis en jeu dans la prise en charge des patients aphasiques, ou de façon plus générale des patients adultes . Question déjà abordée dans le mémoire de Carole Sautel, *les enjeux relationnels en orthophonie* (Nice, 2012) en ce qui concerne la prise en charge des enfants.
- Il serait également intéressant de creuser la question des approches rééducatives de l'aphasie : si j'ai présenté les principaux courants évoqués dans la littérature, il serait pertinent de mettre à jour ces données, en interrogeant par exemple des professionnels ou des chercheurs pratiquant dans différentes régions.

Je souhaiterais également souligner le travail de Sylvie Bonnet Portais, qui, à travers son mémoire *Restaurer le statut d'interlocuteur chez la personne souffrant d'aphasie sévère en exploitant les échanges spontanés* (Nantes, 2013) fournit des clés pertinentes pour comprendre l'importance de conférer au patient aphasique un statut de sujet au sein de sa prise en charge orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

Livres du domaine neuropsychologique :

- BASSO Anna, *Aphasia and its therapy,* Oxford University Press (2003)
- BONIN Patrick, *psychologie du langage, la fabrique des mots*, De Boeck (2ème édition, 2013)
- CHOMEL-GUILLAUME Sophie, LELOUP Gilles et BERNARD Isabelle, *Les aphasies, évaluation et rééducation*, Masson (2010)
- DUCARNE DE RIBAUCOURT Blanche, *Rééducation sémiologique de l'aphasie*, Masson (1986)
- EUSTACHE F., FAURE S., et DESGRANGES B., *manuel de neuropsychologie,* Dunod (4ème édition, 2013)
- FAYOL Michel & coll., *Production du langage*, Hermès Science publications (2002)
- FOREST Denis, *Histoire des aphasies*, PUF (2005)
- IMBERT Michel, *Traité du cerveau*, Odile Jacob (2006)
- LECHEVALIER B., EUSTACHE F., VIADER F. &coll., *Traité de neuropsychologie clinique, neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*, De Boeck (2008)
- LECHEVALIER B., EUSTACHE F. & coll., *Langage et aphasie, séminaire de Jean-Louis Signoret,* De Boeck (1989)
- LEMAIRE Patrick, *La psychologie cognitive,* De Boeck (2ème édition, 2006)
- McFARLAND David H., *L'anatomie en orthophonie*, Masson (2ème édition , 2009)
- PONZIO J., LAFOND D., DEGIOVANI R., JOANETTE Y. & coll., *L'aphasique,* Edisem et Maloine (1991)
- ROCH LECOURS André et LHERMITTE François, *L'aphasie*, Flammarion et PUM (3ème édition - 1983)
- SERON Xavier, *aphasie et neuropsychologie, approches thérapeutiques*, Pierre Mardaga Editeur (1979)

+ Cours de neurologie du Dr Barrès, enseigné à l'Ecole d'Orthophonie de Nice (2012)

Livres du domaine linguistique :

- AUCHLIN Antoine et MOESCHLER Jacques, *introduction à la linguistique contemporaine,* Armand Colin (2009)
- JAKOBSON Roman, *Langage enfantin et aphasie,* les éditions de minuit (1972)

+ Cours de linguistique de Mme G. Maillan, enseigné à l'Ecole d'Orthophonie de Nice (2010 et 2012)

Livres du domaine PRL :

- AUDOUARD Michel & coll., *L'échec en écriture, comment y répondre,* l'Harmattan (1999)
- CHASSAGNY Claude, *Pédagogie relationnelle du langage*, PUF (1977)

+ Cours de José Wronke et de Sandrine Jaubert sur la PRL et la Technique des Associations, enseignés à l'Ecole d'Orthophonie de Nice (2013)

Articles :

- *Claude Chassagny, sa vie, ses œuvres* dans la revue Pratique des Mots n° 50
- *Langage et cerveau* dans la revue Pratique des Mots n° 85-86
- *Dyslexie et la méthode Claude Chassagny* dans la revue Pratique des Mots n°50
- *Les différents aspects de la rééducation de la lecture,* Claude Chassagny dans la revue Rééducation Orthophonique n°31-32 (novembre-décembre 1967)
- *Lire et écrire, deux actes conjoints qui se rejoignent dans l'échange*, Michel Séron, dans la revue Pratique des Mots n° 87 (juin 1994)
- *L'enfant créateur dans la rééducation du langage*, Simone Rignault, dans la revue Pratique des mots n° 78 (mars 1992)
- MAOUS-CHASSAGNY Nicole dans la revue Ortho-Magazine n°32
- Dossier dans la revue Ortho-Magazine n°32 (1999)

Mémoires d'Orthophonie :

- AIGNEL Elise, *La Technique des Associations, un outil de mise en liens ?*, Nantes (2011)
- BALLANDRAS Marlène, *De la communication au quotidien chez l'aphasique fluent et non fluent,* Nice (2010)
- BONNET PORTAIS Sylvie, *Restaurer le statut d'interlocuteur chez la personne souffrant d'aphasie sévère en exploitant les échanges spontanés : études de cas*, Nantes (2013)
- BRUNET-DE GENDEL Edith, *De la rééducation des aphasiques adultes,* Nice (1985)

- JOLY REYNAUD Pascale, *Pédagogie Relationnelle du Langage en Orthophonie*, Nice (1989)
- SAINTE Louise, *élaboration et expérimentation d'un test de dénomination avec indiçage olfactif et gustatif destiné aux sujets aphasiques,* Nice (2013)
- SAUTEL Carole, *les enjeux relationnels en Orthophonie : l'orthophoniste en question(s)*, Nice (2012)

Sites Web :

- **Informations sur les aires de Brodmann :** http://brodmann.psyblogs.net
- **Le cerveau à tous les niveaux :** http://lecerveau.mcgill.ca/intermediaire.php
- **Vidéo de l'intervention de Marie-Pierre Pratz *« processus mnésiques impliqués dans la production du langage écrit »* (2012) :** http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/processus_mnesiques_impliques_dans_la_production_du_langage_ecrit_marie_pierre_de_partz.11756
- **Vidéo de l'intervention d'Agnès Weill-Chounlamountry *« apport de la multimodalité dans les thérapies de la dénomination orale illustrée par deux cas uniques présentant des déficits lexicaux distincts »* (2012) :** http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/apport_de_la_multimodalite_dans_les_therapies_de_la_denomination_orale_illustree_par_deux_cas_uniques_presentant_des_deficits_lexicaux_distincts_agnes_weill_chounlamountry.11760
- **Wikipedia :** www.wikipedia.org

ANNEXES

Réponses des orthophonistes au questionnaire

.1.1. Réponse n°1

1- De manière générale, comment définiriez-vous votre approche de l'Orthophonie ?
Je m'inscris dans le courant de la PRL (Pédagogie Relationnelle du Langage).

2- Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la T.A. ?
Lors de mes études à l'école d'orthophonie de Nice, j'ai eu la chance de rencontrer une enseignante qui nous a présenté les troubles du langage écrit sous l'éclairage de la linguistique et de la psychanalyse, nous a fait nous questionner sur la façon d'aborder ces troubles et sur l'orthophonie en général.
Elle nous a présenté la T.A. et j'ai pu l'observer et l'expérimenter en stage.
Après mes études, je me suis donc dirigée vers la formation à la T.A. car je n'envisageais pas de travailler sans cet outil précieux.

3- Dans la prise en charge de quels troubles utilisez-vous la T.A. ?
Dans les premiers temps, je l'ai utilisée de façon très orthodoxe, avec des patients ayant des troubles du langage écrit.
Peu à peu, en situation, j'ai été amenée à utiliser la série éclatée avec des patients ayant des troubles du langage oral et en écrivant pour eux.
Un patient bègue adulte qui reliait l'origine de son bégaiement à un blocage autour de l'écrit suite à une réflexion de son institutrice m'a amenée à lui proposer d'écrire en série associative.
Plus tard, c'est avec une patiente aphasique que nous avons découvert la richesse de la TA et son effet sur le langage oral.
Je pense donc qu'elle peut être utilisée dans le cadre de tous les troubles, lorsqu'on pense qu'elle est indiquée.

4- Comment vous est venue l'idée d'utiliser la T.A. avec les patients aphasiques ? Et comment l'utilisez-vous (adaptations par rapport au patient, modifications personnelles de la technique, utilisation seule ou parmi d'autres techniques…) ?
C'est donc en élargissant le champ d'application de la TA, en observant ses effets sur la facilité d'évocation grâce aux associations, en percevant qu'elle entraîne une pensée et un langage spontanés qu'elle s'est installée tout naturellement avec les patients aphasiques.
Il est certain que nous n'avons pas les mêmes objectifs que lorsqu'elle est utilisée avec des patients dysorthographiques, patients pour lesquels elle a été créée par Claude Chassagny.
Pour chaque patient, elle va servir à quelque chose de différent. Toutes les libertés peuvent donc être prises, pourvu qu'elles soient pensées et réfléchies.
Je pense que la TA n'est jamais utilisée de façon systématique et isolée. La richesse de notre pratique se nourrit justement de la variété et de la complémentarité des différents outils ou médiateurs. La créativité et la diversité sont au cœur de notre travail thérapeutique.

5- Quels « résultats » avez-vous pu observer chez ces patients avec cette technique ? Pensez-vous que vous auriez-pu obtenir les mêmes résultats avec une autre technique (expliquez) ?
Certains patients qui ne peuvent plus s'exprimer oralement retrouvent un mouvement de pensée à travers cette expérience d'écriture.
D'autres, logorrhéiques, peuvent freiner leur débit de parole.
La TA permet parfois aussi de structurer la pensée, de retrouver un rapport à l'autre apaisé, de revenir à l'échange.
Nous ne pouvons jamais être sûr que les effets que nous observons soient directement reliés à tel outil ou tel autre, mais il semble que la TA mobilise certaines fonctions qui échappent à d'autres techniques car elle fonctionne à la fois dans la partie intime du sujet et dans l'altérité.

6- A quels types de patients aphasiques vous parait-elle la plus adaptée ?
Je ne crois pas qu'il y ait de type particulier. Il faut se lancer avec le patient dans l'expérience pour savoir si la TA pourra lui apporter quelque chose ou pas.

.1.2. <u>Réponse n°2</u>

1- De manière générale, comment définiriez-vous votre approche de l'Orthophonie ?
Elle est guidée par la notion de sujet, c'est à dire la singularité de chaque patient au-delà de son « étiquette nosographique ».

2- Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la T.A. ?
Les cours de certains enseignants au moment de mes études, le sentiment d'être démuni face aux pathologies du langage écrit, la volonté aussi d'acquérir une approche qui ne soit ni du côté de la pédagogie, ni du côté du « tout psychologique »...

3- Dans la prise en charge de quels troubles utilisez-vous la T.A. ?
Pathologies du langage écrit, aphasies, pathologies neurologiques dégénératives.

4- Comment vous est venue l'idée d'utiliser la T.A. avec les patients aphasiques ? Et comment l'utilisez-vous (adaptations par rapport au patient, modifications personnelles de la technique, utilisation seule ou parmi d'autres techniques…) ?
Ce sont certaines collègues qui m'ont engagé à tenter l'expérience... J'adapte la technique en fonction des capacités de chaque patient (parfois, c'est moi qui écris si le sujet ne peut le faire par exemple)... La technique est en général « couplée » à d'autres approches (récit autobiographique, commentaires de photos, travail plus resserré autour de recherches lexicales, ...).

5- Quels « résultats » avez-vous pu observer chez ces patients avec cette technique ? Pensez-vous que vous auriez-pu obtenir les mêmes résultats avec une autre technique (expliquez) ?
J'observe en général une amélioration de la capacité à écrire mais surtout à parler, « l'effet d'entraînement » de l'écrit à l'oral fonctionne bien... J'observe également une

meilleure finesse des évocations et des associations et donc un patient qui devient progressivement plus informatif... Cela se couple en général à un accroissement du désir de parole (cf discours parallèle) et du désir de « parler de soi »... Par rapport aux autres techniques, il me paraît difficile de hiérarchiser ou de mettre en concurrence les différentes approches. Par contre, ce qui me paraît juste c'est de dire que la TA mobilise la créativité du patient et l'implique dans une parole authentique qu'elle soit écrite ou orale et met donc ainsi en jeu la question du « désir » de communiquer et d'être compris...

6- A quels types de patients aphasiques vous parait-elle la plus adaptée ?
L'aphasie d'expression de type « Broca » me paraît une indication de choix... Mais dans d'autres types d'aphasie, la TA peut avoir des effets « contenants » et peut permettre de « réguler » l'expression.

.1.3. Réponse n°3

1. De manière générale, comment définiriez-vous votre approche de l'Orthophonie ?
Je suis pour une orthophonie centrée sur la personne et non uniquement sur son trouble, d'où découle une prise en charge évidemment singulière. Dans ma pratique quotidienne, ce qui m'importe le plus est de redonner du sens au langage, que le patient l' investisse ou le réinvestisse avant tout dans le rapport à l'autre ; en sachant que pensée et langage sont intimement liés. Au quotidien, ce n'est pas le matériel qui est au centre mais la relation avec le patient.
Je me nourris beaucoup des approches de type PRL mais j'essaie de faire des liens avec les sciences cognitives. Dans tous les cas, c'est la clinique qui est au centre et qui permet (d'essayer !) de constamment se réajuster au patient et de rester vigilante à de petits signes qui peuvent nous apprendre beaucoup.

2- Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la T.A. ?
J'ai connu la TA à l'école d'orthophonie et ça m'intéressait déjà beaucoup. Le travail de l'écrit en orthophonie est, selon ce que j'ai pu voir, souvent artificiel à mes yeux et laisse rarement la place à la parole de l'autre. Avec la TA, on échange autour de l'écrit, exactement comme on pourrait le faire à l'oral et on touche du doigt le sens de l'écrit. C'est également un excellent moyen d'aborder l'orthographe de manière moins scolaire, via les autocorrections. Cela permet à la fois de stimuler l'évocation mais aussi les associations qui créent de la pensée.

3- Dans la prise en charge de quels troubles utilisez-vous la T.A. ?
J'utilise la TA dès qu'un patient sait écrire, peu importe son âge. Je dirais même que je le fais aussi avec les plus jeunes, en empilant des jetons à chaque mot, mais là n'est pas la question. De manière générale, je l'utilise plus particulièrement avec les troubles du langage écrit y compris dysgraphie, aphasies, troubles mnésiques, difficultés de raisonnement logique. C'est un « support » très intéressant avec les patients atteints de troubles psychiatriques car cela soutient la pensée et créé des liens dans le langage et avec l'autre.

4- Comment vous est venue l'idée d'utiliser la T.A. avec les patients aphasiques ? Et comment l'utilisez-vous (adaptations par rapport au patient, modifications personnelles de la technique, utilisation seule ou parmi d'autres techniques…) ?
J'avais déjà entendu mes maîtres de stage dire qu'ils utilisaient la TA avec des patients aphasiques, donc quand j'ai rencontré un patient avec des troubles du langage écrit accompagné d'une importante plainte à ce niveau, je me suis lancée. Si le patient a des difficultés mnésiques et persévère, il m'arrive de relire les quelques mots que nous venons d'écrire, en essayant de rester naturelle. Je peux également tout écrire si le patient ne peut ou ne veut le faire, auquel cas j'essaie le plus possible de continuer à écrire à l'envers pour qu'il puisse quand même visualiser la formation de mes lettres et pour que l'on reste « ensemble ». Avec un patient présentant des troubles de type surdité verbale, je peux écrire mes propres phrases, en ayant pour objectif qu'il puisse les écrire un jour. J'utilise la TA systématiquement en parallèle à d'autres techniques, plus centrées sur l'aspect formel du langage.

5- Quels « résultats » avez-vous pu observer chez ces patients avec cette technique ? Pensez-vous que vous auriez-pu obtenir les mêmes résultats avec une autre technique (expliquez) ?
Le plaisir retrouvé à écrire, indéniablement. Souvent les patients sont fiers de pouvoir écrire tout ça et prennent plaisir à échanger avec nous, d'autant plus que cela nous donne l'occasion de discuter, de faire le lien au vécu via le discours parallèle, et nous permet d'aborder des sujets que l'on aurait peut être jamais abordé sans cela. Je ne sais pas si j'aurais pu obtenir ces résultats avec une autre technique, je ne connais pas tout ce qui existe, en tout cas, pas avec une de celles que j'utilise en parallèle, simplement car le patient est ici acteur de son langage, dans une situation beaucoup moins artificielle que les autres.

6- A quels types de patients aphasiques vous parait-elle la plus adaptée ?
Mon expérience personnelle fait que je la trouve particulièrement adaptée avec les patients atteints d'une aphasie de type fluent, car cela permet d'échanger tout en limitant la logorrhée de manière plus subtile. C'est également un bon moyen d'aborder les éléments de dyssyntaxie souvent présents dans ce type d'aphasie, tout comme les éléments de surdité verbale (via l'écriture de nos propositions).
C'est en revanche plus compliqué selon moi avec des patients présentant très peu d'évocation, comme avec ceux présentant d'importantes difficultés mnésiques (ils tournent en rond et réécrivent les mêmes mots).

.1.4. Réponse n°4

1. De manière générale, comment définiriez-vous votre approche de l'Orthophonie ?
Les orthophonistes travaillent avec des personnes en difficulté avec le langage; il me semble que ma pratique est liée aux représentations que j'ai du langage, qui se sont constituées tout au long de mon histoire personnelle et professionnelle, de par les formations que j'ai effectuées et les expériences vécues avec mes patients. Le langage est

une capacité constitutive de l'être humain qui se manifeste sous des formes différentes - "tout est langage" disait Françoise Dolto- dont la plus élaborée passe par les mots. Il se construit en lien avec la pensée et prend forme à travers le système d'une langue. Il me semble que le cheminement d'un être humain au sein du langage est toujours singulier et advient tout au long de la vie en interaction avec les autres, mais que sa fonction essentielle est commune à tous: construire son identité afin de pouvoir être reconnu par l'autre ainsi que le reconnaître, de manière à pouvoir exister comme sujet.
Quand je rencontre une personne, enfant ou adulte, qui est en panne ou en difficulté avec le langage, quelles qu'en soient les causes, j'essaie de l'aider à s'approprier ou à se réapproprier les mots, à mettre en mouvement sa pensée et sa prise de parole. Il s'agit d'écouter, d'accueillir, d'accompagner mais aussi de susciter, de nourrir, d'imaginer, d'échanger...

2- Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la T.A. ?
Au sortir de mes études, j'ai commencé la formation à la pédagogie relationnelle du langage initiée par Claude Chassagny, car j'avais besoin de repères théoriques et cliniques dans l'exercice de mon tout nouveau métier. Le choix de cette formation était en cohérence avec mon histoire : j'avais d'une part du mal à envisager de travailler sur le langage en tant qu'objet, d'autre part il me semblait essentiel d'écouter et d'accueillir le « rééducant » pour qu'il puisse progresser dans son rapport au langage, dans sa capacité à être en relation avec lui-même et avec les autres par son usage des mots et sa prise de parole.
J'ai poursuivi la formation PRL par la technique des associations car elle était indissociable de la réflexion entamée en PRL : c'est une technique d'appropriation du langage écrit qui n'est plus abordé comme un objet d'études mais comme un moyen d'expression et d'échange.
Dans ma pratique, j'étais souvent en panne avec mes patients lorsqu'il s'agissait de travailler l'écrit, je souhaitais acquérir une ou des méthodes qui permettraient d'aborder l'écriture de façon plus libre et plus en prise avec l'expérience du sujet que ce qui est proposé à l'école, tout en ayant une réflexion pédagogique sur l'investissement et le respect du code écrit.

3- Dans la prise en charge de quels troubles utilisez-vous la T.A. ?
J'utilise cette technique avec des enfants ou des adultes qui ont des difficultés avec le langage écrit, qu'il s'agisse de la lecture ou de l'écriture : problèmes de décodage et/ou d'accès au sens en lecture, difficultés en orthographe et en expression écrite.
Je découvre aussi les potentialités et les richesses de ce travail avec des patients aphasiques depuis peu.

4- Comment vous est venue l'idée d'utiliser la T.A. avec les patients aphasiques ? Et comment l'utilisez-vous (adaptations par rapport au patient, modifications personnelles de la technique, utilisation seule ou parmi d'autres techniques…) ?
Avec les patients aphasiques souffrant d'une réduction importante du langage oral et écrit (aphasies de Broca, aphasies globales), j'ai jusqu'il y a peu de temps employé des exercices orthophoniques « traditionnels » : répétition, séries automatiques, questions fermées avec réponses oui/non, phrases ou proverbes avec dernier mot manquant, désignation et dénomination, appariement de mots ou phrases écrits avec images, etc…
Ce travail souvent fastidieux a pu être intéressant à certains moments mais a eu une portée limitée qualitativement et quantitativement. Il n'a surtout pas permis de redonner

une parole à mes patients, favorisant un discours plaqué, en miroir avec le mien et qui n'était à mon avis pas suffisamment porteur de sens.
Pourquoi ne pas tenter le travail en séries ? J'avais fait la formation et l'utilisais beaucoup avec enfants ou adultes présentant des troubles du langage écrit.
Je craignais en fait de confronter mes patients aphasiques à leurs difficultés à cause de la réduction de leur langage, je les pensais incapables d'évoquer avant même d'avoir essayé…
Face à nos maigres résultats, je me suis résolue à tenter l'expérience voilà un an avec un patient présentant une aphasie massive, encouragée par son désir de progresser et rassurée par son ouverture à toutes mes propositions !
Nous avons démarré par des séries éclatées sur des thèmes simples comme « les fruits », liés au calendrier ou à son métier pour susciter des évocations en relation avec sa vie et ses centres d'intérêt puis nous avons enchaîné avec des séries verticales.
J'écris et je relis nos associations puisque ce patient a un accès au langage écrit difficile et aléatoire. Il a plus de facilité à trouver des mots seul, même si ça peut prendre quelques minutes, qu'à me suivre. Lorsqu'il part sur des persévérations, ce qui est fréquent, je l'incite à chercher encore, à partir dans une autre direction. J'essaie de faire des liens par le biais du discours parallèle entre ses évocations -verbes à l'infinitif le plus souvent- et ce que je connais de sa vie passée et présente grâce aux conversations avec son épouse, pour lui donner un retour de son activité associative et l'aider à se réapproprier son discours, sa pensée. Je reformule les substantifs en y ajoutant le déterminant et je prolonge parfois son évocation sur le plan syntaxique car il a une expression de style télégraphique, en mots isolés non reliés les uns aux autres, dans l'idée de cheminer vers la phrase et peut-être favoriser l'émergence de pronoms, notamment le « je » et de temps verbaux.

5- Quels « résultats » avez-vous pu observer chez ces patients avec cette technique ? Pensez-vous que vous auriez-pu obtenir les mêmes résultats avec une autre technique (expliquez) ?

J'ai peu de recul sur la pratique de la technique des associations dans le champ de l'aphasie. Je peux cependant affirmer qu'avec le patient cité plus haut, le travail en séries a marqué un tournant dans la prise en charge : j'ai le sentiment qu'il a beaucoup progressé en compréhension. Je n'éprouve plus ce sentiment d'incommunicabilité lors de nos échanges, même s'il a souvent besoin de temps et de répétition pour se représenter ou se souvenir ce dont on lui parle.
En expression, son discours spontané reste réduit et les persévérations nombreuses, quoique plus signifiantes de sa vie au quotidien : « travailler, sortir, tous les jours… ».
Cependant, chaque fois que nous nous attelons à ce travail associatif, un objectif essentiel me semble atteint : permettre à ce monsieur si attachant, cultivé, curieux de la vie et des autres de sortir de son silence pour retrouver un accès à ses propres mots, à une expression de pensée malgré les obstacles et aléas rencontrés.
Je suis souvent étonnée et même émerveillée de lui entendre dire un mot nouveau, une association inattendue, alors qu'en conversation il ne peut que répéter la plupart du temps des formules toutes faites.
Ce mode de travail le mobilise tout entier sans l'épuiser, comme le chant d'ailleurs qui lui convient très bien et l'aide à faire venir les mots grâce à la mélodie, alors que les « exercices » de langage oraux ou écrits, dénués de sens ou de plaisir, entraînent des soupirs qui en disent long.

6- A quels types de patients aphasiques vous parait-elle la plus adaptée ?

Je préfère ne pas répondre car je démarre à peine la T.A. avec les aphasiques.

Mélodie Vernon

RETROUVER LA PAROLE A TRAVERS L'ECRITURE : utilisation de la Technique des Associations avec des patients aphasiques

RESUME

La Technique des Associations (T.A.) a été créée par Claude Chassagny dans les années 1950 pour la rééducation des enfants dyslexiques-dysorthographiques. Issue de divers courants de pensée, tels la linguistique, la pédagogie, la psychologie ou encore la psychanalyse, elle propose un travail autour de « séries », mêlant à la fois langage écrit et langage oral. Selon Cécile Kerouanton, c'est une forme de *« dialogue qui passe de l'oral vers l'écrit, de l'écrit vers l'oral, de la bouche à l'oreille avant de s'incarner dans l'écrit par la main et d'être lu par les yeux »*.

Dans ce mémoire, nous avons voulu rendre compte de l'utilisation qui peut en être faite auprès de patients atteints d'*aphasie*, une affection neurologique qui touche le langage et la communication.

Après un exposé des éléments théoriques concernant l'aphasie, puis la T.A., nous avons cherché à montrer les intérêts que peut présenter le travail autour des séries associatives avec des patients aphasiques, en recueillant grâce à un questionnaire les témoignages d'orthophonistes qui le pratiquent, et en présentant les cas de cinq patients, atteints de différents types d'aphasie. A travers l'étude des séances, nous avons essayé de mettre en lumière les atouts que peut avoir la T.A. dans divers tableaux d'aphasie, les adaptations mises en place par les orthophonistes en fonction des troubles présentés, ainsi que les « effets » observés chez ces patients.

MOTS-CLES

Aphasie – Technique des Associations – T.A. - Claude Chassagny – évocation – associations

DIRECTEURS DE MEMOIRE

Sandrine Jaubert, José Wronke