



**HAL**  
open science

# Observation de la mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce de soutien à la communication afin d'améliorer les compétences communicationnelles du patient aphasique sévère en institution

Marie Lencou

## ► To cite this version:

Marie Lencou. Observation de la mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce de soutien à la communication afin d'améliorer les compétences communicationnelles du patient aphasique sévère en institution. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870264

**HAL Id: hal-03870264**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870264>**

Submitted on 24 Nov 2022

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



**UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du  
**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE**

par

**Marie Lencou**

soutenu le : **18 juin 2020**

**Observation de la mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce  
de soutien à la communication afin d'améliorer les compétences  
communicationnelles du patient aphasique sévère en institution**

**Mémoire dirigé par :** Mme MORIN Nathalie, Orthophoniste

**Président de jury :** Mr PAYSANT Jean, Professeur de Médecine physique et de  
réadaptation

**Assesseur :** Mme PETIT Anne-Cécile, Cadre de santé

# REMERCIEMENTS

Ce travail est pour moi l'aboutissement d'un parcours universitaire passionnant et riche en découvertes. Aussi, il reflète l'intérêt particulier que je porte aux questions du handicap, de la communication et au domaine de la neurologie. Ces quelques lignes sont l'occasion de remercier toutes celles et ceux qui ont participé ou qui m'ont aidée, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

J'adresse mes premiers remerciements à Madame Morin, qui a encadré, porté, fait évoluer ce projet à chaque étape de son développement par ses relectures, ses réponses à chacune de mes sollicitations et ses propositions constructives.

Merci à Monsieur Le Professeur Paysant de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury.

Je tiens à remercier vivement Madame Petit, pour faire partie de mon jury de soutenance et pour s'être montrée disponible et à l'écoute tout au long de l'intervention, nous soutenant dans ce projet dès son commencement.

Je remercie chaleureusement les orthophonistes du CMPR de Lay-Saint-Christophe ainsi que les personnels de santé pour leur investissement dans ce programme, leur riche collaboration tout au long de ce travail et leur gentillesse à notre égard.

Merci à Floriane, qui a été mon soutien infailible tout au long de ce projet, avec qui j'ai partagé mes questionnements et mes doutes, et qui a le don de toujours trouver la solution à une situation compliquée.

Je remercie le groupe des « biches », mes fidèles amies qui ont infiniment embelli ces études, je n'ose imaginer ces cinq années et les futures sans elles à mes côtés.

Merci à mes parents et à ma sœur pour leur foi en mes projets et leur amour. Une pensée pour ma sœur qui a participé à l'élaboration des supports de communication, en acceptant d'y figurer.

Une mention spéciale pour Valentin, mon copain et mon allié, qui m'a apporté la motivation et l'énergie nécessaires au quotidien pour persévérer dans les dernières années de ce cursus.

Mes derniers remerciements vont à toutes les orthophonistes qui m'ont formée pendant ces cinq années. Merci pour leur bienveillance et leur passion pour l'orthophonie, communicative.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), Marie Lencou, inscrit(e) à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 28 mai 2020

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marie Lencou', written in a cursive style.

# SOMMAIRE

Remerciements.....	1
Introduction.....	8
1 Contexte .....	8
2 Problématique .....	9
3 Liste des abréviations.....	9
Partie 1 : Ancrage théorique .....	11
Chapitre 1 Aphasie sévère .....	12
1 Définition et postulat.....	12
2 Troubles principaux .....	12
3 Handicap communicationnel .....	14
4 Conséquences psycho-sociales .....	15
5 Notion de handicap partagé .....	16
Chapitre 2 : Apports des modèles pour définir la communication .....	17
1 Présentation.....	17
2 Préalable.....	17
3 Vision mécaniste de la communication .....	18
4 Vision organiste de la communication.....	18
5 Communication selon la CIF .....	20
Chapitre 3 : Intervention sur la communication dans le cadre de l'aphasie sévère .....	22
1 Approche pragmatique.....	22
1.1 Principe .....	22
1.2 Limites des outils actuels permettant d'évaluer la communication du patient aphasique sévère en institution.....	23
1.3 Supports de Communication Alternative Augmentée existants .....	24
1.4 Vers la création de nouveaux supports .....	26

2	Approche psycho-sociale.....	28
2.1	Principe et état des lieux des programmes actuels.....	28
2.2	Intervenir précocement : une piste pour éviter le désinvestissement de la communication.....	29
Chapitre 4 : Aide à la communication .....		31
1	Communication en institution : le rôle des infirmiers et des aides-soignants.....	31
2	Soutien à la communication.....	31
Partie 2 : Partie méthodologique.....		34
1	Problématique .....	35
2	Hypothèses.....	35
3	Objectifs de l'étude.....	36
4	Critères de jugement .....	38
5	Méthodologie .....	38
5.1	Type d'étude .....	38
5.2	Population d'étude .....	39
5.3	Recrutement .....	39
5.4	Déroulement de l'étude.....	40
5.5	Collecte des données.....	40
5.6	Taille de l'échantillon .....	43
5.7	Plan d'analyses statistiques.....	43
6	Calendrier de l'étude.....	43
Partie 3 : Résultats .....		44
1	Présentation des résultats des deux patients pour lesquels le programme de soutien de la communication a été mené à terme.....	45
1.1	Monsieur J et Monsieur R.....	45
1.1.1	Données anamnestiques .....	45
1.1.2	Comparaison des grilles d'analyse de la communication.....	46



1.1.3	Comparaison des scores MIC et BDAE pré et inter-programme .....	49
1.1.4	Remarques concernant la mise en place du programme de soutien de la communication.....	50
1.1.5	Conclusions et vérification de nos hypothèses .....	52
2	Présentation des résultats des cinq patients pour lesquels le programme de soutien de la communication a été interrompu .....	54
2.1	Préambule .....	54
2.2	Monsieur An .....	55
2.2.1	Données anamnestiques .....	55
2.2.2	Analyse de la communication.....	55
2.3	Monsieur S.....	56
2.3.1	Données anamnestiques .....	56
2.3.2	Analyse de la communication.....	56
2.4	Monsieur H .....	57
2.4.1	Données anamnestiques .....	57
2.4.2	Analyse de la communication.....	58
2.5	Madame D.....	59
2.5.1	Données anamnestiques .....	59
2.5.2	Analyse de la communication.....	59
2.6	Monsieur Au .....	60
2.6.1	Données anamnestiques .....	60
2.6.2	Analyse de la communication.....	60
2.7	Scores MIC et BDAE.....	61
2.8	Conclusions.....	61
	Discussion.....	62
3	Rappel de la problématique .....	62
4	Remarques sur nos hypothèses .....	62

4.1	Hypothèse principale .....	62
4.2	Sous-hypothèses.....	63
5	Programmes de soutien de la communication interrompus .....	66
5.1	Monsieur An .....	66
5.2	Monsieur S.....	67
5.3	Monsieur H .....	67
5.4	Madame D.....	67
5.5	Monsieur Au .....	68
6	Limites et perspectives de nos supports.....	68
6.1	À propos de l'ensemble des supports.....	68
6.2	Support toilette.....	68
6.3	Support planning.....	69
7	Limites et perspectives du programme .....	70
7.1	Obstacles.....	70
7.1.1	Facteur de précocité.....	70
7.1.2	Arrêt du programme.....	70
7.1.3	Aléas de l'institution.....	71
7.2	Perspectives positives .....	71
7.2.1	Conclusions du programme .....	71
7.2.2	Expérience.....	72
	Conclusion .....	73
	Bibliographie.....	75
	Annexes.....	79
	Annexe 1 : Support de communication pour la toilette .....	79
	Annexe 2 : Support de communication pour le repas .....	80
	Annexe 3 : Support planning .....	81

# INTRODUCTION

## 1 Contexte

En France, une préoccupation et un intérêt croissants sont portés à l'AVC. En témoignent la création de la journée dédiée à cet accident (29 octobre) ainsi que le plan national mis en place par l'état de 2010 à 2014. Une volonté d'améliorer le parcours de soin, l'accompagnement, la prévention et la réinsertion des personnes post-AVC se fait sentir dans les institutions.

Cependant, une enquête nationale récente démontre une « méconnaissance des français en matière d'AVC et de prise en charge orthophonique » et conclue en ces termes « Elle doit s'inscrire dans une médiatisation plus large et plus efficace de l'AVC et de ses séquelles dans la société » (Vandenbussche, Robert, Unadreo & Gatignol, 2013).

D'après Mazaux : « Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) [...] constituent un enjeu de santé publique majeur ». Rappelons qu'en France, l'AVC est considéré comme la première cause de mortalité chez les femmes, la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence (site officiel de SFNV). Concernant l'aphasie, « environ un quart à un tiers des patients présentent des troubles du langage dans les suites d'un AVC ». (Mazaux, 2017)

A la suite d'un accident vasculaire cérébral, le parcours classique des patients est l'hospitalisation en UNV (Unités Neuro Vasculaires) puis une fois leur état stabilisé et selon les perspectives de progression, l'âge ou l'existence de structures accessibles, ceux-ci peuvent être dirigés vers des centres de réadaptation (SSR indifférenciés ou CMPR spécialisés), où divers accompagnements médicaux et paramédicaux leur sont proposés. Ces institutions constituent un lieu adapté spécifiquement à ces patients, ils y sont accompagnés par des soignants formés à ce type de prise en soin.

Dans ce contexte institutionnel, l'orthophoniste intervient auprès du patient pour lui permettre de surmonter son handicap langagier et communicationnel afin de tenter de préserver son statut d'être communicant. La réussite de ce dernier objectif est souvent limitée voire peu satisfaisante, notamment en cas d'aphasie sévère.

Aujourd'hui, les outils à destination des aphasiques sévères, tant pour évaluer leur communication que pour la soutenir, sont souvent proposés en dernière intention et aboutissent alors à un échec. Leurs moyens de s'exprimer et de transmettre un message s'en trouvent donc

très limités. Malgré le développement de la CAA (Communication Alternative Augmentée) et particulièrement des classeurs des communication, force est de constater que peu de patients les utilisent.

## 2 Problématique

Ce mémoire propose d'analyser un programme transdisciplinaire d'étayage de la communication, mis en place dès l'arrivée du patient, dans le but de préserver le statut de communicant du patient aphasique sévère. Afin de permettre aux patients d'être actifs dans l'échange, et de préserver leurs capacités communicationnelles, il s'agit de leur proposer le plus précocement possible des supports de communication alternative de manière écologique. En parallèle, le personnel soignant est formé à leur utilisation dans l'institution. Le but de cet étayage systématique et précoce est d'entretenir ou tenter de rétablir une communication efficace et fonctionnelle et d'empêcher la diminution des initiatives de communication du patient au fil du temps. Ce mémoire se construit en co-articulation avec celui de Floriane Messina et s'inscrit dans la continuité de celui de Clémence Nicot.

## 3 Liste des abréviations

AS : Aide-soignant(e)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDAE : Boston Diagnostic Aphasia Examination

CAA : Communication Alternative Augmentée

CIH 2 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

ECVB : Échelle de Communication Verbale de Bordeaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

ISAAC : International Society for Augmentative and Alternative Communication

LPAA : Life Participation Approach to Aphasia

MIC : Mesure de l'Indépendance Communicationnelle

MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACE : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness

PCCI : Patient-Centred Communication Intervention

SACC : Support à l'Apprentissage et à la Création de Carnets de Communication

SCA : Supported Conversation for Adults with Aphasia

SFNV : Société Française Neuro-Vasculaire

SPPARC : Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation

SSR : service de Soins de Suite et de Réadaptation

TC : Traumatisme Crânien

TLC : Test Lillois de Communication

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

**PARTIE 1 :**  
**ANCORAGE THEORIQUE**

# CHAPITRE 1

## APHASIE SEVERE

### 1 Définition et postulat

« L'aphasie est une altération des processus qui sous-tendent la production et la compréhension du langage, à la suite d'un accident vasculaire cérébral, lésant gravement les compétences réceptives et expressives du langage » (Bogliotti, 2012).

La sévérité de l'aphasie dépend du site de la lésion, de son étendue et de son étiologie. Elle peut permettre un pronostic quant au langage futur du patient, étant un prédicteur de la récupération langagière de celui-ci (Pedersen, Vinter & Olsen, 2004).

### 2 Troubles principaux

Chez une personne aphasique, les atteintes langagières peuvent toucher les niveaux praxique, phonologique, sémantique et syntaxique. Dans le cas d'une aphasie sévère, ces atteintes sont massives. Les versants expressifs et réceptifs sont perturbés, à l'oral comme à l'écrit.

Il nous semble pertinent ici de revenir succinctement sur la sémiologie globale des aphasies, car elles entraînent des conséquences sur le langage fonctionnel et donc la communication. Il ne s'agit pas d'une approche sémiologique différentielle permettant de discriminer les aphasies les unes les autres, mais d'une revue rapide des faits sémiologiques et de leur impact sur le langage fonctionnel.

Les troubles arthriques se rencontrent dans les tableaux d'aphasie non-fluente. Ils se définissent par une « difficulté de programmation des schèmes moteurs articulatoires, sans atteinte des organes effecteurs, fréquemment associée à une apraxie bucco-faciale, et se manifestent par des déviations phonétiques entraînant une modification du phonème. Ces transformations sont non systématiques et peuvent céder en dissociation automatico-volontaire (Thomas-Antérion, 2013). Ils affectent donc l'intelligibilité de la parole et s'étendent de l'anarthrie, invalidante, à la simple déviation phonétique isolée, sans conséquence majeure.

Certains troubles de la fluence comme le mutisme et la stéréotypie se rencontrent dans ces tableaux d'aphasies non-fluents. La stéréotypie désigne une « production répétée,

« systématique et automatique, de la ou des mêmes productions verbales (syllabes, mots, groupes de mots), à chaque tentative d'expression verbale ou non verbale » (Brin, Lederlé et al., 2011)

Les troubles lexico-sémantiques entraînent une difficulté voire impossibilité à évoquer spontanément le mot cible au moment voulu. Cela se traduit par des « productions de mots vides, de paraphrasies, de périphrases et circonlocutions, de conduites d'approche, un retard dans l'évocation du mot, voire une absence totale de production » (Bogliotti, 2012). Dans le cadre des aphasies fluentes, un jargon peut exister. Il est défini de la manière suivante : « langage déformé par de nombreuses paraphrasies de première ou deuxième articulation qui rendent le discours incompréhensible » (Brin, Lederlé et al., 2011). Ces troubles entravent profondément l'intelligibilité du message et de fait la communication du patient.

Les troubles morphosyntaxiques comprennent deux types de difficultés selon que l'aphasie est non fluente ou fluente, soit respectivement l'agrammatisme, défini comme la « diminution de la fluence verbale, privilégiant la production de mots porteurs de sens (les noms et, dans une moindre mesure, les verbes) au détriment de mots fonctionnels et de marqueurs grammaticaux » et la dyssyntaxie, qui est la « production de mots et de marqueurs grammaticaux nombreux, mais dont l'emploi est souvent inapproprié » (Thomas-Antérion, 2013). Ces troubles confèrent au discours du patient un aspect peu naturel et peuvent gêner l'intelligibilité du message également. Dans le cas de l'agrammatisme, l'intelligibilité du message est perturbée par une insuffisance informative tandis que dans le cas de la dyssyntaxie, le message est alambiqué, peu cohérent et peut amener l'interlocuteur au faux sens.

Les troubles de la compréhension, quant à eux, atteignent la capacité du patient à accéder au sens, à la signification des messages linguistiques délivrés à l'oral ou à l'écrit. Les capacités de compréhension d'une personne dépendent de facteurs multiples comme la maîtrise de la langue avant l'accident, les capacités intellectuelles, le niveau de complexité lexicale et syntaxique des stimuli ou encore la capacité de perception et discrimination auditive et visuelle, l'attention, la mémoire, la fatigue et la vigilance. Dans le cas d'une aphasie, différentes atteintes peuvent être à l'origine de troubles de la compréhension. Une atteinte de l'analyse phonético-phonologique du message perturbe la discrimination et le décodage des phonèmes (sons du langage) tandis qu'une altération de l'accès aux représentations lexico-sémantiques empêche le patient d'accéder au sens des mots. Cette dernière atteinte est à distinguer d'une altération des représentations sémantiques elles-mêmes, le patient n'est alors plus capable d'activer les



représentations sémantiques voisines de celles des mots cibles, ce qui engendre des troubles sévères de la compréhension. Sont également décrits des troubles de la compréhension syntaxique ainsi que des troubles du traitement du discours. Le patient rencontre alors des difficultés pour comprendre des mots isolés mais parvient à extraire le sens général d'un énoncé (Chomel-Guillaume S. et al., 2010). Les conséquences fonctionnelles en sont multiples et différentes les unes les autres au quotidien.

À l'écrit, tant en expression qu'en compréhension, des symptômes similaires à ceux rencontrés à l'oral peuvent être retrouvés.

D'autres symptômes peuvent s'ajouter aux troubles langagiers et compliquent le tableau clinique de la personne aphasique : l'anosognosie et l'anosodiaphorie. L'anosognosie est définie comme une « méconnaissance voire déni par un malade de son affection [...] consécutive à une lésion d'origine neurologique et [qui] peut gêner les premiers temps de la rééducation » (Brin, Lederlé et al., 2011) . Le terme d'anosodiaphorie désigne un autre état : « le patient reconnaît son atteinte mais ne peut en mesurer les conséquences. Un patient hémiplégique pourra ainsi admettre son incapacité à bouger son bras droit, mais déclarer vouloir et pouvoir accomplir une tâche mobilisant ce bras droit. » (Brin, Lederlé et al., 2011). À cause de ces troubles associés, le patient ne tient pas compte de ses propres difficultés et ne peut s'ajuster à son interlocuteur, à la situation de communication, celle-ci s'en trouve donc perturbée.

### 3 Handicap communicationnel

Les multiples atteintes langagières rencontrées dans les tableaux d'aphasie entraînent un handicap communicationnel important, bouleversant les habitudes communicationnelles et sociales de l'aphasique.

La personne aphasique trouve difficilement ses mots, la conversation s'en trouve donc perturbée et les locuteurs ne parviennent pas toujours à s'ajuster, ce qui peut être mal perçu et douloureux pour la personne aphasique. Les patients aphasiques rapportent six principales conséquences du handicap langagier et communicationnel. Ils constatent des changements dans les situations de communication, dans les contacts interpersonnels, une perte d'autonomie, une restriction des activités ainsi qu'une stigmatisation. Aussi, ils insistent sur les efforts que leur coûte toute communication. Celle-ci engendre une importante fatigabilité et peut être

particulièrement difficile, voire impossible, lors de conversations de groupe ou d'appels téléphoniques (Michallet, Le Dorze & Tetreault, 1999).

Le handicap langagier et communicationnel est donc lourd de conséquences et ne touche pas seulement la communication mais de multiples aspects de la vie personnelle du patient.

#### 4 Conséquences psycho-sociales

Le handicap communicationnel atteint les habitudes de vie du patient : ses relations familiales, affectives, professionnelles mais également sa place dans la société. En outre, dans un registre plus personnel, la communication modifiée produit « une série de réactions face à la maladie, à l'incapacité, au sens du moi, à l'adaptation au fait d'être socialement différent, au sentiment de perte et à la diminution de l'estime de soi » (Michallet, Le Dorze & Tetreault, 1999). Les répercussions peuvent aller jusqu'à la dépression, notamment si le patient n'est pas accompagné tôt sur le plan psychologique : « La survenue d'une dépression est une complication fréquente des AVC et influence la récupération fonctionnelle » (Pariel-Madjlessi et al., 2005).

Un modèle permet de décrire précisément les répercussions de l'aphasie sur la vie du patient et les importantes variations interindividuelles qui peuvent exister. Il s'agit du modèle de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) révisé par l'OMS en 2001 au profit de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH-2 ou CIF). Ce nouveau modèle ajoute aux notions de déficience, incapacité, et handicap - présentes dans le modèle de la CIH- le rôle et l'importance des facteurs sociaux et de la participation sociale. Cela permet de mettre en œuvre une intervention centrée soit sur l'individu soit sur l'environnement. Dans le premier cas, il s'agit de réduire la gravité de la limitation d'activité en donnant, au-delà des tentatives de diminution des troubles eux-mêmes, des aides à l'individu pour lui permettre de participer ; dans le second, les stratégies visent à modifier l'environnement physique et social pour qu'il devienne plus adapté aux besoins de la personne (Barral, 2007).

Dans le cadre de l'aphasie sévère, Michallet rapporte : « les recherches citées excluent, pour des raisons méthodologiques, les individus sévèrement aphasiques. Il est possible d'envisager que ces personnes éprouvent des difficultés encore plus importantes sur les plans psychologique et social. » (Michallet, Le Dorze & Tetreault, 1999). Sur ce point, Darrigrand précise : « Les patients aphasiques sévères souffrent d'importantes limitations d'activités de communication, avec des performances trois fois inférieures à celles des patients présentant une aphasie modérée et quatre fois inférieure au score obtenu par les adultes tout-venants » (Darrigrand et al., 2011).

## 5 Notion de handicap partagé

« L'aphasie n'est plus considérée seulement comme un trouble linguistique impactant le patient cérébrolésé, mais comme une perturbation d'un système de communication dans lequel évoluent le patient aphasique et son entourage » (Thomas-Antérion, 2013).

Le handicap communicationnel et langagier de la personne aphasique concerne directement les proches, qui doivent vivre en s'adaptant aux conséquences de ce handicap. Le quotidien de la famille se transforme, les rôles au sein de celle-ci peuvent être redéfinis. Les proches de la personne aphasique composent avec une nouvelle personnalité et de nouveaux comportements. La période du retour à domicile peut être difficilement vécue par la personne aphasique comme pour ses proches et s'accompagner de questionnements et de doutes sur le rôle de chacun.

Ces proches, aussi appelés aidants, détiennent un rôle primordial et complexe, soutenant et aidant la personne aphasique tout en lui laissant une certaine indépendance. Leur importance dans le parcours de réadaptation du patient est aujourd'hui avérée, des programmes d'aide aux aidants sont d'ailleurs proposés pour accompagner au mieux ces personnes.

Les personnes aphasiques et notamment les personnes aphasiques sévères sont donc particulièrement vulnérables et à risque sur les plans psychosociaux, c'est pourquoi un accompagnement global, précoce et impliquant l'entourage semble indispensable dès la phase d'hospitalisation en SSR ou CMPR où les aidants de premier plan sont les soignants (IDE, AS).

# CHAPITRE 2 : APPORTS DES MODELES POUR DEFINIR LA COMMUNICATION

## 1 Présentation

Rousseaux et ses collaborateurs définissent la communication de la manière suivante : « La communication est un comportement social, qui fait participer des acteurs avec comme objectif de modifier l'état mental de l'interlocuteur ». Il ajoute : « De nombreuses personnes ont participé à l'évolution de ce concept [la communication], avec la prise en compte de plus en plus évidente d'un comportement complexe impliquant les aspects les plus élaborés de la cognition » (Rousseaux et al., 2014).

Nous présentons ici les apports les plus marquants des modèles de communication majeurs afin de comprendre d'où vient l'acception actuelle de la communication ainsi que toutes les notions pertinentes sous-jacentes à celle-ci.

## 2 Préalable

Avant de mettre en lumière les apports des modèles de communication à travers les divers courants théoriques et époques, il nous semble important d'évoquer les préalables nécessaires pour communiquer : les précurseurs à la communication.

Le bébé communique dès sa première année de vie, bien avant de pouvoir parler. L'attention visuelle soutenue (qui permet l'apparition de l'attention conjointe), l'élan à l'interaction, les comportements affiliatifs (comportements sociaux positifs), l'imitation et l'organisation structurée et ciblée du geste sont autant d'exemples d'habiletés indispensables à l'émergence du langage (Montagner, 1997).

Dans le cadre de l'aphasie, nous pouvons prendre appui sur ces compétences pour entrer en communication avec le patient et/ou soutenir l'échange. L'attention visuelle soutenue par exemple permet de maintenir le regard focalisé sur une cible, cette compétence est de fait indispensable pour déchiffrer un pictogramme. L'attention conjointe est également nécessaire pour parler avec le patient des mêmes référents qui nous entourent.

### 3 Vision mécaniste de la communication

« À la machine est immédiatement liée l'idée d'instrument avec lequel je peux réaliser des choses : [...] tu dois manger avec ta fourchette. Dans le même sens, la communication apparaît comme instrument de transmission : je parle avec des mots, des gestes, avec le langage (Lohisse, 2006). Il s'agit de la conception mécaniste, ou analytique de la communication.

Le modèle de Shannon et Weaver est longtemps considéré comme le modèle de référence en matière de communication. Ce modèle est simple et linéaire à la manière des systèmes télégraphiques de communication : l'émetteur est à l'origine d'un message codé à destination du récepteur, qui doit le décoder (Shannon, 1948). La communication consiste à transmettre une information par le biais d'un code. Cette vision s'étoffe ensuite avec la prise en compte des organismes émetteurs, de la notion d'analyse du contenu du message, de techniques utilisées pour transmettre le message, de public visé ainsi que de l'influence du message : « qui dit quoi, par quel canal, à qui et avec quel effet ? » (Lasswell, 1936). La communication est alors envisagée comme un système dynamique et structuré par des étapes.

Ces modèles linéaires ont l'avantage d'être clairs et de souligner les notions essentielles à la communication telles que celles de code, d'émetteur, de récepteur, les conséquences et l'effet d'un message. Ils demeurent néanmoins réducteurs et simplistes, ne décrivant qu'une partie des processus en jeu dans la communication.

### 4 Vision organiste de la communication

« L'organisme [...] véhicule l'idée d'ensemble dans lequel les constituants sont immergés. » (Lohisse, 2006). Cette vision s'oppose alors à la vision mécaniste. La communication n'est plus considérée comme linéaire et composée d'une juxtaposition d'éléments mais comme dynamique et complexe.

Dans l'évolution de la théorisation de la communication, le contexte social est peu à peu pris en compte. La communication s'inscrit dans un contexte social de la même manière que le récepteur appartient à un groupe. En découlent les notions d'influence et de rétroaction entre l'émetteur et le récepteur : le feed-back (Riley & Riley, 1959).

Les linguistes apportent ensuite la notion de fonction du langage avec le modèle de Jakobson, décrivant les fonctions expressive, conative, phatique, métalinguistique et poétique. Ces fonctions ne s'excluent pas les unes les autres et peuvent se superposer lors d'un acte de

communication (Jakobson, 1969). Dans toute situation de communication, le message est donc adressé dans un but précis.

La sociolinguistique permet une approche pragmatique de la communication avec le modèle SPEAKING (Hymes, 1967). Les composantes de la situation de communication sont définies : cadre, identité des participants, interventions, canaux et code, norme et genre, permettant de décrire et de comprendre la communication à un instant précis. Cette approche apporte également la notion de co-construction de l'interaction langagière.

L'approche pragmatique de la communication se développe avec la notion d'acte de communication. Le postulat est que le langage n'a pas seulement pour but de décrire le monde, il permet également d'accomplir des actions (Searle, 1972).

Cette approche s'enrichit avec les travaux de Grice qui abandonne l'idée que la communication est seulement régie par des règles linguistiques et avance l'idée qu'elle respecte également des règles conversationnelles. Il définit ainsi les « maximes conversationnelles » selon quatre principes (quantité, qualité, pertinence et manière) dont le respect par les interlocuteurs et grâce à leur coopération permet d'éviter l'échec communicationnel (Grice, 1979).

Les compétences de l'émetteur et du récepteur, nécessaires pour coder et décoder le message, sont ensuite prises en compte avec le modèle de la communication de Kerbrat-Orrechioni. Il décrit des compétences linguistiques, idéologiques, culturelles, des déterminations psychologiques, ainsi que la notion d'interprétation et non plus simplement de décodage du message. (Müller, Habert, Migozzi & Fiala, 1981).

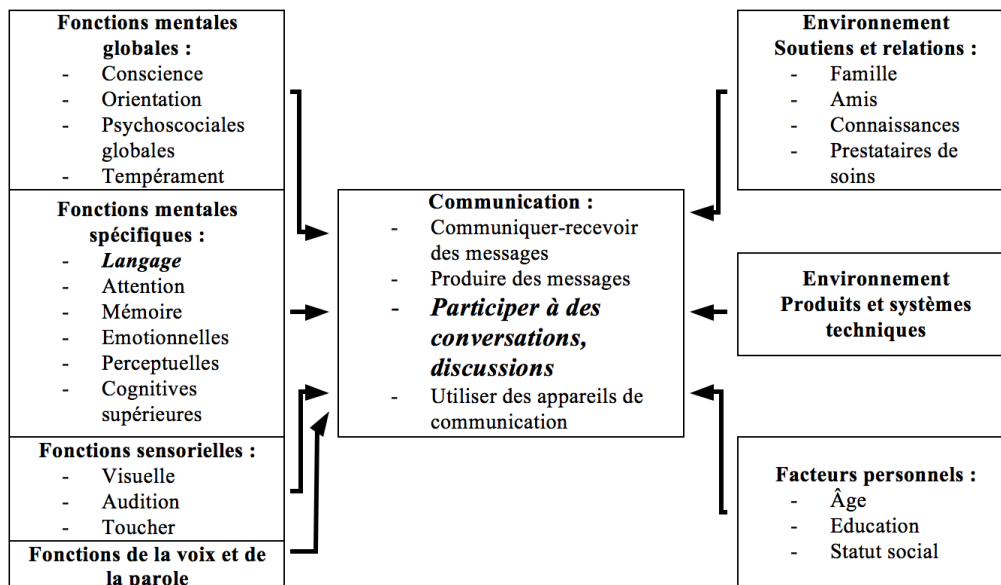
A partir de l'axiome : « on ne peut pas ne pas communiquer », d'autres moyens de communication sont considérés, notamment le langage non-verbal. Le contexte de communication est essentiel à la compréhension du message : qu'il en soit conscient ou non, tout individu a des mimiques, postures, attitudes corporelles qui traduisent son état émotionnel et ses pensées (Watzlawick et al., 1979). Cela complète la conception multimodale de la communication.

D'un point de vue sociologique, Goffman énonce l'enjeu principal de l'acte de communication : se valoriser. Selon lui, chaque locuteur prend la parole dans l'intention d'un effet calculé, se met en scène afin de se valoriser (Goffman, 1973). Le monde est vu comme une pièce de théâtre dans lequel chaque acteur tente de renvoyer la meilleure image de lui-même et de maintenir une situation stable afin qu'aucun des interlocuteurs ne « perde la face ». La notion de réussite ou d'échec d'acte de communication naît alors, la réussite apparaissant en cas de fluidité du discours, en opposition à l'échec qui serait lié à une rupture dans l'interaction.

S'inscrivant dans des approches linguistique, sociologique ou psychologique, ces modèles sont circulaires et complexes. Ils prennent en compte au fil de leur évolution les variables liées à toute situation de communication : le feed-back nécessaire entre les interlocuteurs, les fonctions du langage, les composantes et l'importance de la situation de communication, les règles qui la régissent, les compétences de l'émetteur et du récepteur en cause dans l'interprétation d'un message, ainsi que la multi-modalité de la communication.

## 5 Communication selon la CIF

L'interprétation de la communication au regard de la CIF permet de rendre compte des difficultés de communication d'une personne résultant de l'atteinte de plusieurs fonctions mentales ou de l'inadaptation de l'environnement et des caractéristiques de cette personne, en cela il complète les précédents modèles. Il permet donc de différencier profil pathologique et non-pathologique.



*Modèle du fonctionnement proposé par la classification internationale du fonctionnement (Organisation Mondiale de la Santé, 2001).*

Ce modèle décline la communication en quatre composantes. Les deux premières sont « communiquer-recevoir des messages- et « communiquer-produire des messages ». Pour produire et recevoir un message, tous les canaux de communication sont pris en compte : langage oral ou écrit, langage gestuel, langage des signes ou utilisant les dessins. Ce modèle accorde donc une place importante à la multi-modalité de communication car tous les canaux de communication y sont représentés.

Il propose également de prendre en compte les paramètres en jeu dans une conversation comme l'engagement dans la conversation, son soutien, sa clôture ainsi le nombre de locuteurs y prenant part et ceux impliqués dans une discussion. Ce modèle permet donc une approche pragmatique de la situation et de la gestion de la communication.

Enfin, il permet d'inclure l'utilisation d'appareils et de techniques de communication, paramètre important aujourd'hui où la majorité des personnes sont dites « connectées et augmentées » et utilisent smartphones, tablettes et Internet.

La communication ainsi définie est influencée par les fonctions mentales globales et spécifiques (dont le langage), les fonctions sensorielles, celles de la voix et de la parole ainsi que par l'environnement, divisé en « soutiens et relations » et « produits et systèmes techniques » et les facteurs personnels.



# **CHAPITRE 3 : INTERVENTION SUR LA COMMUNICATION DANS LE CADRE DE L'APHASIE SEVERE**

Nous avons décrit les paramètres en jeu dans toute situation de communication. Comme évoqué dans notre première partie, les troubles engendrés par l'aphasie créent un véritable handicap communicationnel, entraînant des répercussions directes sur la communication réelle et situationnelle de la personne aphasique, l'amenant dans de nombreux cas à s'isoler, réduire sa participation sociale et se replier sur elle-même. Dans ce contexte, comment aider une personne aphasique à communiquer et à être acteur ?

Depuis plusieurs années, les approches pragmatiques et psycho-sociales tentent d'apporter des éléments de réponse à cette question.

La notion de participation s'ancre au cœur de ces approches : la communication n'a de sens qu'inscrite dans une situation de communication, comprenant des locuteurs qui participent activement à son élaboration. Le but de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques est bien de rétablir une communication fonctionnelle afin de maintenir autant que faire se peut son statut d'être communicant au patient.

## **1 Approche pragmatique**

### **1.1 Principe**

Cette approche s'inscrit dans le prolongement des travaux de Hymes, Searle et Grice et naît du constat suivant : les approches linguistiques et cognitives s'avèrent peu efficaces ou applicables pour la communication au quotidien des patients aphasiques sévères. Avec ces deux premières approches : « certains patients ne développent pas un niveau satisfaisant de communication dans les situations interactives de la vie quotidienne » (De Partz, 1990).

L'approche pragmatique vise alors l'efficacité de la communication. Il s'agit d'une approche fonctionnelle et écologique, complémentaire aux approches linguistiques et cognitives, qui se fonde sur des situations naturelles d'échanges. « L'objectif, que ce soit pour le patient, son entourage, ou le thérapeute, est de favoriser la capacité à communiquer du sujet, l'efficacité de l'échange » (Thomas-Antérion, 2013).

Pour aboutir à une communication efficace, la multi-modalité de la communication est mise au service des compétences communicationnelles des locuteurs. Le but est de développer tous les moyens de communication à disposition du patient pour compenser ses déficits langagiers ainsi que de valoriser ses compétences communicationnelles résiduelles afin de réduire son handicap langagier et communicationnel. En effet, la personne aphasique « communique mieux qu'elle ne parle » (Holland, 1987). Kagan précise même que l'aphasie masque la compétence (Kagan, 1995).

Certaines des capacités de communication de l'aphasique sont dans la plupart des cas préservées, comme : « percevoir adéquatement les intentions de l'interlocuteur, [...] dégager des inférences à partir du contexte, [...] utiliser à des fins communicatives l'information prosodique, de même que les gestes et les expressions faciales » (De Partz, 1990).

L'approche pragmatique propose d'exploiter ces compétences, notamment par le biais de la PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) (Davis & Wilcox, 1985).

L'approche pragmatique peut s'exercer également par le biais de thérapies de groupe. Dans certaines institutions, des jeux de rôles ou d'autres types d'échanges plus libres autour de sujets définis sont réalisés avec les patients, toujours dans le but d'une communication fonctionnelle utilisant la multi-modalité de la communication. Cependant, malgré ces thérapies, des limites existent notamment quant au transfert dans la vie quotidienne hors de l'institution.

## 1.2 Limites des outils actuels permettant d'évaluer la communication du patient aphasique sévère en institution

En parallèle du développement de techniques et méthodes relevant de l'approche pragmatique, les auteurs se sont questionnés sur l'évaluation de la communication. En effet, l'exploitation des compétences résiduelles de communication nécessite que ces compétences aient été évaluées au préalable afin d'élaborer des stratégies thérapeutiques adaptées et de juger de leur efficacité.

Le Test lillois de communication (TLC) et l'Échelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) sont deux outils permettant d'évaluer la communication des patients aphasiques.

Le TLC investigate l'attention à la communication, la communication non-verbale, et la communication verbale à partir d'un entretien dirigé, d'une discussion sur un sujet d'actualité et d'une situation de type PACE. On peut reprocher à cet outil le caractère non-écologique

d'évaluation de la communication, car il s'agit de situations créées pour l'évaluation et non naturelles pour le patient (Rousseaux et al., 2001).

L'ECVB permet d'évaluer la communication fonctionnelle de la personne aphasique dans sa vie quotidienne, permettant de colliger les activités de communication qu'il réalise et de prendre connaissance des stratégies de compensation mises en place. Cette échelle interroge toutefois des performances liées à un retour à domicile et ne s'applique donc pas à un patient en institution (Darrigrand & Mazeaux, 2000).

En accord avec les limites de ces deux outils précédemment énoncées, Croux constate dans son mémoire qu'aucun questionnaire actuel validé évaluant la communication n'est adapté à la description qualitative et quantitative de la communication du patient en institution. Elle crée donc par son travail de mémoire la Mesure d'Indépendance Communicationnelle (MIC) pour répondre à ce besoin (Croux, 2013). Cette échelle s'inspire, dans sa construction, de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) et vise à évaluer spécifiquement les compétences communicationnelles des patients aphasiques en institution (Calmels, 1996). Les grands domaines évalués sont la motivation à la communication, l'expression, la compréhension et l'interaction en termes d'indépendance versus dépendance à l'interlocuteur. Cette échelle a fait l'objet d'une pré validation (Temple, 2014) et est actuellement en cours de validation (N.Morin).

Une fois les compétences communicationnelles du patient recueillies grâce à cet outil, un véritable profil se dresse ainsi qu'un score, permettant de situer le patient en termes d'indépendance communicationnelle.

Mais concrètement, après avoir évalué la communication fonctionnelle, sur quels supports peut-on s'appuyer pour aider les patients aphasiques sévères à communiquer de manière fonctionnelle et multimodale ?

### 1.3 Supports de Communication Alternative Augmentée existants

D'après l'association ISAAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication), qui œuvre pour améliorer la qualité de vie des personnes privées de parole : « la communication alternative augmentée recouvre tous les moyens humains et matériels permettant de communiquer autrement ou mieux qu'avec les modes habituels ou naturels, si ces derniers sont altérés ou absents ». Cela comprend des systèmes sans aide technique, aussi appelés « aide naturelle », comme l'utilisation du geste, du signe ou du pointage et également

des systèmes avec aide technique comme des tableaux de communication visuels ou des classeurs de communication.

Certaines de ces stratégies peuvent être mises en place spontanément par l'individu. Dans d'autres cas, des stratégies palliatives externes sont nécessaires. En général, le premier type d'aide est bien accepté par le patient et la famille car il est souvent perçu comme une technique de facilitation de la communication tandis que le second peut être considéré comme un abandon du langage oral et difficile à accepter pour la famille.

La mise en place d'un outil de CAA requiert certains prérequis. Le plus important est l'appétence à la communication. Si le patient n'a pas envie de communiquer, nul ne peut le forcer à interagir et l'outil de CAA n'a alors pas de sens. Aussi, le patient doit être conscient de ses difficultés à communiquer, auquel cas il ne comprendra pas l'intérêt d'être aidé pour communiquer. D'un point de vue pratique, des capacités sensorielles et cognitives sont indispensables pour utiliser un outil de CAA : l'utilisateur doit disposer de bonnes capacités visuelles et d'exploration visuelle, de capacités mnésiques et de catégorisation pour manipuler et s'approprier le support ainsi que des capacités de pointage. Enfin, le patient doit avoir des capacités d'abstraction pour associer un objet à une image et à un mot afin d'encoder et d'extraire les informations sémantiques.

Dans la littérature, les principaux outils de CAA utilisés auprès des personnes aphasiques sévères sont :

- Les tableaux de communication

Ils sont constitués de dessins, photos ou pictogrammes représentant les besoins vitaux, des positions, des objets courants, des sensations, des sentiments et souhaits, ainsi que le code « oui/non ». Ces supports peuvent être mis en place à l'hôpital, juste après l'accident, pour aider la personne aphasique à s'exprimer, surtout concernant ses besoins principaux ainsi que ses sentiments, et pour aider le personnel soignant à les comprendre. Ils permettent un premier contact plus efficace et adapté aux troubles du patient et représentent une aide pour les proches, permettant d'aborder l'aphasie et les moyens alternatifs et augmentatifs de la parole. Ce type de support peut constituer une initiation à l'utilisation future d'un carnet de communication (Havard, 2000).

- Les classeurs ou carnets de communication

Les classeurs de communication constituent un répertoire d'informations représentées sous forme de dessins, photographies, pictogrammes, symboles voire de mots écrits qui doivent servir au patient à transmettre ou à recevoir des informations dans des contextes réels (Seron et al., 1996). Ce cahier aide à maintenir le fil conducteur de l'échange et s'organise en thèmes autour des besoins essentiels et est personnel : il appartient au patient qui doit le transporter avec lui pour s'en servir à tout moment. Il existe des cahiers de communication standardisés (Germe de parole (Michel, 2001)) critiquables car non adaptables et constitués de pictogrammes donc nécessitant des capacités symboliques, et d'autres personnalisés (SACC (Frederix, 2007) et C.COM (Gonzalez et al., 2005)). Sur cet aspect, la littérature précise que le support de communication doit être le plus transparent possible pour un accès au sens immédiat : les photos, images et pictogrammes très explicites sont donc à favoriser (Gonzalez & Brun, 2007). L'utilisation voire l'appropriation du classeur de communication se fait grâce à la collaboration de l'interlocuteur, qui aide le patient à sélectionner l'item et à préciser son propos en cas de difficulté. Dans un premier temps, l'orthophoniste peut jouer ce rôle. Ce support de communication est centré autour des besoins de communication du patient et peut être modifié si ces besoins évoluent.

Cependant les résultats quant à ce support divergent et ses limites sont clairement identifiables. Trois contraintes de ce matériel sont décrites : les résistances psychologiques de la personne aphasique pour utiliser une aide à la communication, les séquelles cognitives entraînant des difficultés pour se souvenir de l'organisation du classeur, ainsi que des contraintes ergonomiques : « L'utilisation d'une aide doit être rapide. Pour cette raison, le carnet ne doit pas comprendre un nombre de pages trop important [...] Une aide ciblée pour une tâche spécifique a plus de chances d'être utilisée ». (Parent, 1999)

Aussi, on constate un transfert difficile dans la vie quotidienne. Pour le favoriser, Chomel-Guillaume propose : « la participation d'un ou plusieurs membres de l'entourage aux séances d'apprentissage devrait être plus systématique, ainsi que celle de tous les acteurs de soins (soignant, aide de vie) » (Chomel-Guillaume et al., 2010).

#### 1.4 Vers la création de nouveaux supports

Le principe et l'organisation des classeurs de communication semblent pertinents dans le cadre de l'aphasie sévère. En effet, le classeur se décline en catégories sémantiques et ses thèmes

ciblent les besoins essentiels du patient (toilette, habillage, alimentation, membres de la famille et de l'équipe soignante, calendrier). Cependant, un nombre trop important de thèmes peut compliquer la sélection du bon item et gêner l'utilisation efficace du support. Il pourrait être pertinent de limiter les thèmes afin que le choix du bon item soit facilité et l'efficacité du support optimisée.

Reprenons les principales critiques émises au sujet de ces classeurs. Concernant la résistance psychologique, le patient peut considérer le classeur de communication comme stigmatisant car il s'agit d'un objet qui doit toujours l'accompagner et le patient en est dépendant pour communiquer. De ce fait, créer un outil de communication non pas centré sur le patient mais sur un temps de vie (exemple : le repas) pourrait permettre de contourner cet obstacle.

La seconde critique faite au classeur de communication est son côté peu pratique dû à son nombre de pages important, nécessitant un véritable apprentissage pour se l'approprier puis l'utiliser. Face à ce constat, créer un outil plus concis permettrait une appropriation plus rapide du support et donc une utilisation naturelle de celui-ci.

Enfin, on constate d'importantes difficultés ergonomiques comme une difficulté pour le patient de tourner les pages du classeur, ou encore une accessibilité moindre de celui-ci car rangé à différents endroits. Il semblerait donc utile d'envisager un outil pratique (peu ou pas de pages à tourner par exemple) et simple d'accès (rangé toujours au même endroit).

Tableau synthétique des critiques et de leurs réponses possibles élaboré sur la base des critiques de M. Parent (Parent, 1999).

Critiques des classeurs de communication	Adaptation pour un nouveau support
Peu efficace car trop de thèmes	Créer un outil avec un thème central
Résistance psychologique/ stigmatisation	Créer un outil temps-dépendant et non plus patient-dépendant
Peu pratique	Créer un outil plus concis
Difficultés ergonomiques	Créer un outil avec peu ou pas de pages à tourner, facilement accessible

## 2 Approche psycho-sociale

### 2.1 Principe et état des lieux des programmes actuels

Accompagnant les avancées sur la compréhension et la prise en charge du handicap (CIF), l'approche psycho-sociale de l'aphasie s'est particulièrement développée depuis les années 1980 (Kagan, 2011). Cette approche se situe à l'interaction des facteurs personnels et environnementaux impliqués dans le modèle de la CIF : elle intègre la personne aphasique dans son milieu de vie naturel avec la participation des aidants et de la famille, se voulant écosystémique. Elle tente de répondre le plus largement possible aux difficultés quotidiennes de la personne aphasique et comme pour l'approche pragmatique, privilégie les compétences communicationnelles de la personne aphasique à ses compétences linguistiques.

L'approche psycho-sociale s'exerce par le biais d'un soutien à la communication. Ce soutien est défini comme tout ce qui améliore l'accès ou la participation à la communication, à des événements ou à des activités. Les moyens utilisés peuvent être divers et regrouper des stratégies, matériels et ressources facilitant la communication comme la CAA, des modifications de l'environnement, des activités, des attitudes étayantes favorisant la participation, des politiques ou pratiques des administrations ou institutions. Ces stratégies peuvent être mises en place par le patient aphasique ou par ses interlocuteurs, à toute étape du parcours de réadaptation (de la phase aiguë à la phase chronique), et leur mise en œuvre s'apprend par l'information et la formation (Simmons-Mackie et al., 2013). Par exemple, le LPAA (Life Participation Approach to Aphasia) vise à aider les personnes aphasiques et leur entourage à atteindre leurs objectifs de vie immédiats et à long terme. Il se concentre sur le réengagement dans la vie, en commençant par l'évaluation et l'intervention initiale, et en continuant, après la sortie de l'hôpital, jusqu'à ce que la personne ne choisisse plus de bénéficier d'un support de communication (Chapey et al., 2000). Le but de cette démarche est de créer un environnement « aphasia friendly ».

Le SCA (Supported Conversation for Adults with Aphasia) est un programme employé dans cette approche. Il s'agit d'un programme communautaire qui a pour mission de fournir aux personnes présentant une aphasie un service axé sur la communication et un soutien psycho-social afin d'assurer le meilleur retour possible à l'autonomie, à la productivité et à une joie de vivre. Ce programme repose sur deux techniques centrales : reconnaître et révéler la compétence. Pour reconnaître les compétences d'une personne, différents paramètres sont essentiels comme le fait de traiter cette personne avec respect, tenir compte de sa personnalité,

s'adresser à elle sur un ton naturel et non-infantilisant. Révéler les compétences de la personne revient à l'aider à s'exprimer. Pour cela, le thérapeute et les aidants mettent à disposition de la personne des outils de CAA et l'aident à les utiliser.

La thérapie conversationnelle est un autre programme s'inscrivant au sein de l'approche psycho-sociale. Il s'adresse à la personne aphasique et à son partenaire de communication significatif, le plus souvent le/la conjoint(e). Son objectif, similaire à celui du SCA, est d'améliorer les capacités langagières, la communication, la participation et le bien-être de la personne aphasique (Simmons-Mackie et al., 2010). Les changements survenus depuis l'aphasie, les perceptions et connaissances de la personne aphasique et de son partenaire, les habiletés de conversation de chacun, puis la dynamique de communication qui en résulte sont d'abord évalués. Les comportements favorables au bon déroulement des conversations sont alors identifiés, de même que les nuisibles, ce qui permet de cibler des objectifs d'intervention sur le comportement communicationnel de la dyade. Des sujets de conversation sont proposés aux interlocuteurs, qui sont ensuite filmés pendant leur interaction. Ces vidéos sont analysées par le thérapeute qui conseille alors les interlocuteurs afin de rendre leur communication plus efficace.

Pour conclure, ces propositions thérapeutiques s'intéressent à la personne aphasique qui a déjà des projets de vie, est déjà retournée à domicile ou dans un lieu de vie pérenne.

## 2.2 Intervenir précocement : une piste pour éviter le désinvestissement de la communication

Bien que ces méthodes s'adressent davantage à un patient aphasique plutôt avancé dans le processus d'évolution, elles permettent de souligner l'importance de l'environnement avec lequel interagit le patient, qui a un rôle à jouer dès le début du processus et tout au long. Toutes ces méthodes sont des solutions à distance : l'intervention pragmatique précoce n'est en effet pas encore envisagée.

Pour les patients moins avancés dans le processus d'évolution et/ou dont l'aphasie est plus sévère, les partenaires de communication privilégiés sont les soignants des institutions de type SSR et CMPR. Alors, dans ce contexte, agir directement avec ces partenaires dans la précocité semble plus que pertinent.

Quant aux outils utilisés dans les approches pragmatique et psycho-sociale, il s'agit d'outils de CAA pour lesquels l'accent est mis sur la manière de les utiliser et dont ils peuvent aider le patient aphasique dans sa communication. La formation et l'accompagnement des utilisateurs



de ces outils y sont indispensables. Aussi, communiquer efficacement, et ce le plus tôt possible après la survenue de l'aphasie, c'est disposer d'outils pertinents, en même temps que former à leur utilisation les personnels, afin que la personne aphasique bénéficie de l'aide nécessaire pour les utiliser. La notion d'étayage prend alors sens. L'étayage qui nous semble le plus pertinent se veut donc précoce pour tous, pour le patient comme pour les équipes soignantes.

# CHAPITRE 4 : AIDE A LA COMMUNICATION

## 1 Communication en institution : le rôle des infirmiers et des aides-soignants

En CMPR ou en SSR, les soignants et notamment ceux au contact quotidien des patients tels que les infirmiers et aides-soignants entretiennent des relations privilégiées avec eux. Ils développent une connaissance du patient, de ses comportements, de ses habitudes. Ce sont les professionnels que les patients côtoient le plus ainsi que ceux qui répondent quotidiennement aux demandes des patients (appel avec la sonnette par exemple). Aides-soignants et infirmiers partagent avec les patients de véritables situations de vie lors notamment de la toilette, du repas, ou de soins divers. Ces situations de vie entraînent des situations de communication de fait naturelles, contextualisées, centrées autour de ces thèmes. Les recherches effectuées en analyse conversationnelle montrent d'ailleurs l'importance des contextes d'interactions spécifiques dans la rééducation de l'aphasie : le patient déploierait alors davantage de ressources (Lock et al., 2001).

Au sein de ces structures, infirmiers et aides-soignants soutiennent la communication des patients quotidiennement, et pourraient permettre que le patient ne la désinvestisse pas en raison de ses difficultés sévères, c'est pourquoi il nous semble pertinent d'intervenir à leur côté dans ce but, et ce, précocement. Si des difficultés de compréhension surviennent, notamment avec des patients aphasiques sévères ou mutiques, ces professionnels et/ ou ces patients pourraient avoir recours spontanément à des « aides naturelles » de communication comme les mimiques, le regard, le pointage, le dessin ou à des « aides techniques ». Cependant ces outils, lorsqu'ils existent, se révèlent la plupart du temps insuffisants, peu pratiques et/ ou chronophages et ne permettent pas un échange satisfaisant, tant pour les soignants que pour les patients.

## 2 Soutien à la communication

Hemsley constate : « l'interaction entre l'infirmière et le patient engendre des résultats minimales et inefficaces et apporte beaucoup de frustration chez les deux interlocuteurs. Les principales difficultés rapportées par les infirmières en contact avec les patients aphasiques sont le manque de temps pour communiquer avec eux, l'incertitude de celles-ci à comprendre de manière correctes les désirs des patients et le manque de retours lors des échanges avec le patient » (Hemsley et al., 2001) cité dans (Gremaud & Martins, 2018). Or l'étayage de la communication nécessite des compétences spécifiques. C'est pourquoi un soutien à la communication entre

personnel soignant et aphasique est essentiel, « c'est à celui dont le cerveau est indemne de prendre en main l'interaction » (Gonzalez & Brun, 2007) . Le guidant doit d'abord saisir la moindre intention de communication du patient puis ensuite guider l'échange afin que le patient parvienne à exprimer cette intention de communication. Pour cela l'interlocuteur doit donner envie au patient de communiquer, encourager sa communication puis poser des questions fermées pour s'assurer de leur compréhension mutuelle. Ces compétences requièrent une formation et un accompagnement particulier.

La littérature révèle la mise en place de différents programmes de communication impliquant les soignants.

En France, des programmes de communication ont été réalisés, notamment un s'organisant en ateliers et mené par une infirmière formée, à la phase initiale de l'aphasie. Ces ateliers peuvent être des jeux de rôle ou des discussions ouvertes. Voici les objectifs de ce programme :

- Améliorer si possible les troubles du langage, ou au moins préserver les acquis de la rééducation et développer les compétences de communication sociale ;
- Favoriser les contacts sociaux et amener l'aphasique à retrouver son rôle dans la vie sociale et familiale ;
- Favoriser l'adaptation psychologique à la maladie [...], développer la confiance en soi, apporter à l'aphasique écoute, support social et réconfort ;
- Améliorer la pratique communicationnelle de l'équipe soignante avec les aphasiques dont elle est l'interlocuteur journalier le plus constant dans les premiers mois de l'aphasie ;
- Favoriser, dès la phase initiale de l'aphasie, des stratégies de communication de l'aphasique et de son entourage, conjointement aux stratégies rééducatives langagières orthophoniques et neuropsychologiques ;
- Lutter contre le développement de comportements néfastes à la communication de l'aphasique et de son entourage immédiat (repli, déni de compétence, crainte de l'erreur, fuite du contact, réduction du cercle de communication) ;
- Susciter un vrai plaisir de l'échange et de la communication avec les personnes aphasiques à travers des soins techniquement mieux maîtrisés.

Cependant le transfert des acquis à l'ensemble de l'équipe de soins, qui n'est pas directement impliquée dans les ateliers, est difficile : « à ces soins en atelier, doivent être impérativement associés des soins de communication de la personne aphasique avec son entourage familial, social, médical, scolaire et professionnel. Cet entourage assure en effet à long terme la pérennité de la réadaptation et de la qualité de vie de la personne aphasique » (Patry et al., 2006). Il semble alors pertinent que la formation du partenaire de communication fasse partie intégrante de la réadaptation de l'aphasie.

Dans cette perspective, au Canada, le programme PCCI (Patient-Centred Communication Intervention) est mené depuis plusieurs années à l'institut de l'aphasie à Toronto. Il a pour objectif d'éduquer, de former et de soutenir le personnel infirmier pour aboutir à une communication efficace avec les patients présentant des troubles de la communication à la suite d'un AVC. Le personnel infirmier est formé à des stratégies de communication de type SCA pour communiquer avec les patients aphasiques. En parallèle les infirmiers sont soutenus dans leurs interactions avec ces patients par une orthophoniste de manière hebdomadaire (McGilton et al., 2012).

Les apports de programmes d'aide à la communication auprès du personnel soignant ont déjà été démontrés, comme l'intérêt de soutenir la communication soignant/ patient aphasique. Ces programmes constituent de fait une démarche pertinente et essentielle dans le processus de réadaptation des personnes aphasiques, hélas encore peu répandus.

**PARTIE 2 :**  
**PARTIE METHODOLOGIQUE**

## 1 Problématique

Ce travail de fin d'études a pour but de montrer comment éviter le désinvestissement de la communication des patients aphasiques sévères. La partie théorique a permis de mettre en exergue certains points clés :

- Aucun support validé n'est aujourd'hui adapté au soutien de la communication du patient aphasique sévère en MPR/SSR
- Les outils de communication à destination du patient aphasique sévère sont souvent proposés trop tard dans le processus d'évolution, voire en dernière intention
- Les propositions thérapeutiques actuelles de soutien ou d'évaluation de la communication concernent le patient retourné à domicile et non le patient en institution
- Impliquer les soignants dès la phase d'hospitalisation dans le soutien à la communication du patient aphasique sévère en SSR ou MPR est indispensable
- En France, les programmes de soutien à la communication concernant les professionnels de santé en structure de type MPR/SSR sont peu répandus

Découle de ces conclusions la problématique suivante :

La mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce de soutien à la communication permet-elle au patient aphasique sévère de préserver son statut d'être communicant et d'améliorer ses compétences communicationnelles ?

## 2 Hypothèses

**Hypothèse principale** : soutenir les interactions entre les personnes aphasiques sévères et les soignants en institution par le biais d'outils spécifiques de CAA permet de préserver le statut de communicant du patient

- **Sous-hypothèse 1** : utiliser des supports de communication précocement et pendant des temps de vie quotidiens du patient permet de le placer dans une posture active de communicant le plus tôt possible sans le laisser s'habituer à ne plus produire d'initiatives de communication et lui donne une raison de communiquer (repas, toilette), faisant émerger des initiatives de communication

- **Sous-hypothèse 2** : le recours intensif aux supports de communication agit comme un facilitateur naturel sur la communication, améliorant les échanges entre patient et soignant et permet d'automatiser l'utilisation de ces supports au sein de l'institution

En parallèle, Floriane Messina travaille dans son mémoire sur la satisfaction et l'implication des soignants quant à leur communication avec les patients aphasiques grâce à un support de communication général (Benichou, 2007). Nos deux projets se veulent donc complémentaires.

### 3 Objectifs de l'étude

**Objectif principal** : préserver le statut de communicant du patient et son indépendance communicationnelle

- **Objectif spécifique 1** : production par le patient d'initiatives de communication lors des temps de vie avec les soignants

Objectif opérationnel : proposer des supports spécifiques de CAA au patient pendant le repas et la toilette dès son arrivée dans l'institution et ce, quotidiennement en y adjoignant une observation qualitative de sa communication.

Pour répondre à cet objectif, nous avons réalisé trois supports (cf. annexes) : deux liés à des temps de vie spécifiques du patient dans l'institution : un centré sur le repas, un sur la toilette et un autre lié aux activités du patient nommé « planning ». Pour la réalisation de ces supports, nous avons choisi d'utiliser des photos car contrairement aux pictogrammes ou au dessin, elles permettent une identification directe du signifié et nécessitent des capacités moindres d'abstraction. Nous avons également choisi d'écrire en scripte sous chaque photo et pour les titres des catégories afin de faciliter au maximum la compréhension. Ces supports s'organisent selon un classement taxonomique. Ils se présentent tous sous la forme d'un livret au format A5 constitué de 2 pages recto-verso. Ce format est pratique et simple d'utilisation.

Pour mesurer l'efficacité de cet objectif opérationnel, nous nous appuyerons sur la partie de notre grille d'observation de la communication permettant de comptabiliser le nombre d'initiatives verbales ou non-verbales du patient.

### 1. Support pour le repas

Ces supports sont disposés sur les tables du réfectoire ainsi que sur les tables des salles communes où mangent les patients les moins autonomes. Ils se divisent en quatre parties : « Aides humaines », « Aides matérielles », « Goût » avec différentes sauces (mayonnaise, moutarde, ketchup), le sel et le poivre, l'eau plate et gazeuse et « État » qui permet au patient de communiquer son état du jour, comment il se sent, son avis avec les items : « J'aime », « Je n'aime pas », « Je n'ai plus faim », « Je suis fatigué(e) » et « J'ai mal ».

### 2.Support pour la toilette

Ces supports sont disposés dans les salles de bain communes car ils s'adressent au patient aphasique sévère peu autonome au niveau de la toilette. Ils s'organisent en trois parties. La première partie « Toilette » comprend les items « aller aux toilettes », « se laver », « se laver les mains » et « chaud-froid ». La seconde s'intitule « Produits » et la dernière partie « Parties du corps » comprend une photo d'un corps humain de face, de dos et un gros plan d'un visage pour pointer n'importe quel endroit du corps.

### 3.Support planning

Nous avons placé ces supports sur les chariots de soins à chaque étage après les avoir présentés au personnel soignant. Ce support est constitué de trois grandes parties : la première concerne les « Activités de loisirs » comprenant les items « visite », « sortie », « soirée pizza » et un item « activité du jour », la seconde « Activités de soin » qui se divise en « Au centre » et « À l'hôpital ». La dernière page est celle du « Repérage temporel ». Ce planning peut être utilisé par tout soignant voulant informer le patient à propos d'un examen à l'hôpital, d'une synthèse avec sa famille, ou de toute autre activité sortant du cadre des séances de rééducation quotidiennes dans l'institution.

- **Objectif spécifique 2** : communication naturelle et efficace entre le patient et le soignant pendant ces temps de vie  
Objectif opérationnel : accompagner et soutenir les patients à utiliser des supports de CAA dans leurs interactions avec les soignants de manière hebdomadaire



Pour répondre à cet objectif, les orthophonistes de l'institution soutiennent les personnels de santé (IDE, AS) dans leurs interactions avec les patients aphasiques sévères dépendants sur le plan de la communication en utilisant les supports précédemment décrits ainsi que le support de communication général. Elles répondent aux questions des soignants concernant l'aphasie, la communication, montrent comment utiliser les supports et comment étayer une initiative de communication pour parvenir à un échange et à une intercompréhension plus efficaces.

Pour mesurer l'efficacité de cet objectif opérationnel, nous nous appuyerons à nouveau sur notre grille d'analyse de la communication, et plus précisément sur la partie permettant de recenser le nombre de fois où les initiatives du patient ont été efficaces et ont abouti à une utilisation du support.

#### 4 Critères de jugement

**Critère de jugement principal (CJP) :** comparaison de la MIC initiale et finale permettant d'objectiver ou non une augmentation de l'indépendance communicationnelle du patient suite à notre étude

- **Critère de jugement secondaire 1 (CJS 1) :** quantification et analyse comparative des initiatives de communication du patient grâce à une grille d'analyse de la communication
- **Critère de jugement secondaire 2 (CJS 2) :** analyse de l'efficacité et de la qualité des échanges entre patient et soignant grâce à une grille d'analyse de la communication

#### 5 Méthodologie

##### 5.1 Type d'étude

- **Étude quasi-expérimentale :** les orthophonistes du CMPR interviennent sur le statut d'exposition des individus en mettant en place le programme de soutien à la communication par le biais de supports alternatifs
- **Étude monocentrique :** notre étude porte sur un seul site, le CMPR de Lay-Saint-Christophe. Ce centre de rééducation et de réadaptation fait partie de l'Institut Régional de Réadaptation (I.R.R) de Lorraine et assure le suivi d'adultes ayant perdu leur

autonomie suite à un traumatisme crânien, un AVC, un traumatisme médullaire, une affection dégénérative ou inflammatoire.

- **Étude longitudinale** : il existe plusieurs mesures à travers le temps par sujet aphasique (comparaison des MIC avant et après la mise en place du programme de soutien à la communication)

## 5.2 Population d'étude

Notre enquête se fait par recrutement prospectif et intéresse les patients aphasiques du CMPR de Lay-Saint-Christophe en hospitalisation complète.

### **Critères d'inclusion :**

- Patients aphasiques sévères (score inférieur ou égal à 2 à l'échelle de gravité du BDAE)
- Patients aphasiques dépendants sur le plan de la communication (score inférieur à 35 à la MIC)

### **Critères de non-inclusion :**

- Patients aphasiques légers à modérés (score supérieur à 2 à l'échelle de gravité du BDAE)
- Patients aphasiques indépendants sur le plan de la communication (score supérieur à 35 à la MIC)

### **Critères d'exclusion :**

- Patients souffrant de cécité
- Patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques associés

## 5.3 Recrutement

Le recrutement des patients est réalisé par une sélection volontaire faite par les orthophonistes de la structure en collaboration avec Floriane Messina et nous-même sur la base des critères précédemment énoncés. Sont recrutés les patients aphasiques sévères en hospitalisation complète au CMPR de Lay-Saint-Christophe ayant obtenu un score de sévérité inférieur ou égal à 2 au BDAE ainsi qu'une MIC inférieure à 35.

Le recrutement des patients s'étend du début de l'étude (septembre) jusqu'à +6 mois (mars).

## 5.4 Déroulement de l'étude

1. Rencontres avec la cadre de santé du CMPR ainsi qu'avec les orthophonistes
2. Journées en immersion dans le centre pour observer les interactions entre patients et soignants, les routines quotidiennes et spécifiquement les temps de toilette et les temps de repas.
3. Création des supports spécifiques d'étayage de la communication (en annexe) : un support dédié à la toilette, un autre pour le repas, et un dernier appelé « support planning »
4. Recrutement des patients et présentation du projet et des supports aux soignants du centre lors de temps dédiés (temps de pause des soignants)
5. Phase d'investigation initiale : observation initiale de la communication du patient en situation (repas, toilette) grâce à une grille d'analyse de la communication
6. Phase d'observation : observation du programme de soutien à la communication (mené par les orthophonistes de l'institution) mené avec nos supports, auprès des soignants et des patients concernés avec une présence hebdomadaire de notre part
7. Phase finale d'investigation :
  - Observation finale de la communication du patient en situation (toilette, repas) grâce à la grille d'analyse
  - Comparaison de la MIC à + 3 mois après le début du protocole pour chaque patient

Les orthophonistes ont au préalable fait passer le BDAE et les soignants et/ou les orthophonistes la MIC à tous les patients aphasiques et nous ont communiqué ces scores pour permettre l'inclusion des patients conformément à nos critères.

## 5.5 Collecte des données

- **Sévérité de l'aphasie du patient avec le BDAE**

Le BDAE est un outil conçu pour diagnostiquer l'aphasie. Cette batterie évalue les modalités conceptuelles variées (auditive, visuelle et gestuelle), les fonctions de traitement (compréhension, analyse, résolution de problèmes) et les modalités de réponses (écriture, articulation et manipulation). Le BDAE est utilisé par des orthophonistes en premier lieu ainsi que par des neurologues et des psychologues formés. Une échelle permet de quantifier la sévérité de l'aphasie selon des scores s'étendant de 0 à 5, en voici le détail :

0	Aucune expression intelligible et aucune compréhension orale
1	Communication par expressions très fragmentaires, nécessitant de la part de l'auditeur beaucoup de déductions, de questions et d'attention. Peu d'informations peuvent être échangées et c'est l'auditeur qui mène la conversation
2	Une conversation sur des sujets familiers et concrets est possible avec l'aide de l'auditeur. Le malade est souvent incapable de se faire comprendre, mais il participe au déroulement de la conversation
3	Pratiquement tous les sujets courants peuvent être discutés avec peu ou pas d'aide de l'auditeur. Cependant, les troubles de l'expression et/ou de la compréhension rendent difficile ou impossible la conversation sur certains sujets
4	Diminution manifeste de la fluence verbale ou de la facilité et de la rapidité de compréhension, sans limitation significative de l'expression ou de la communication
5	Handicap linguistique à peine perceptible, ou seulement ressenti par le malade, sans que l'auditeur puisse l'objectiver

Items extraits du BDAE (Goodglass & Kaplan, 1972).

#### - **Indépendance communicationnelle du patient avec la MIC**

Croux constate dans son mémoire qu'aucun questionnaire actuel évaluant la communication n'est adapté à la description qualitative et quantitative de la communication du patient en institution. Elle crée donc par son travail une ébauche de la Mesure d'Indépendance Communicationnelle (MIC) pour répondre à ce besoin (Croux, 2013). Cette échelle s'inspire de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) mais contrairement à celle-ci, vise à évaluer spécifiquement les compétences communicationnelles des patients aphasiques. Les grands domaines évalués sont la motivation à la communication, l'expression, la compréhension et l'interaction. En 2014, Temple réalise une étude de pré validation de cet outil. Ce travail a permis de révéler, pour 15 sujets, les qualités psychométriques de cette échelle : la fidélité inter-juges est constatée ainsi que la corrélation entre le score obtenu à la M.I.C et celui obtenu à l'échelle de sévérité de l'aphasie du BDAE pour un même patient (Temple, 2014). Cette échelle est aujourd'hui en cours de validation finale avec 100 sujets (Morin, 2018-2020).

- **Données relatives à la communication entre patient et soignant avec notre grille d'analyse de la communication.**

	<b>Soigné</b>	<b>Soignant</b>
<b>Diminution de la double tâche</b>		
<b>Attention conjointe</b>		
<b>Initiatives de communication</b>		
<b>Support utilisé</b>		

Cette grille est un outil que nous avons élaboré pour recenser puis analyser les conduites de communication des personnes aphasiques sévères et des soignants au cours de leurs échanges.

Nous portons notre attention d'abord sur les prérequis à la communication dans ce contexte :

- La « **Diminution de la double tâche** » : le soignant permet au patient de concentrer ses efforts sur la communication et d'utiliser ses ressources cognitives dans ce but. Pour ce faire, il évite de lui demander d'effectuer une action simultanément et instaure un temps dédié à l'échange.
- Les moments d'« **Attention conjointe** » : l'attention du patient et celle du soignant se dirigent vers le même objet. Il s'agit d'un préalable à l'utilisation de tout support de CAA.

Nous observons ensuite les « **Initiatives de communication** » produites par le patient et par le soignant, ainsi que leur nature : verbale, para-verbale, non-verbale. Ces initiatives sont essentielles et nous permettront d'objectiver l'investissement de la personne aphasique dans l'échange.

La dernière ligne « **Support utilisé** » a pour but de recenser le nombre d'initiatives de communication du soigné comme du soignant dites efficaces grâce à l'utilisation d'un support de communication. La CAA aura donc dans ces cas permis d'étayer l'initiative de communication et d'aboutir à une intercompréhension.

## 5.6 Taille de l'échantillon

Elle est définie en fonction du nombre de patients aphasiques accueillis dans l'institution au cours de notre étude et répondant aux critères décrits précédemment.

## 5.7 Plan d'analyses statistiques

Étant donné les grandes variabilités présentes chez les personnes aphasiques ainsi que la faiblesse numérique de l'échantillon humain de notre étude, notre interprétation des résultats se veut uniquement descriptive. Nous comparons le patient à lui-même pour éventuellement objectiver une évolution dans le temps, en analysant les composantes de la communication du patient (recueillies grâce à la grille d'analyse de la communication) ainsi que les scores obtenus à la MIC, avant et après la mise en place du programme de soutien à la communication.

## 6 Calendrier de l'étude

Août : Élaboration des 3 supports de communication (repas, toilette, planning)

Octobre :

- Présentation aux soignants de nos supports (le support général décrit dans le travail de mémoire de Floriane Messina et les supports spécifiques décrits dans ce mémoire)
- Évaluations initiales : BDAE et MIC des patients inclus

Octobre à avril :

- Observation initiale de la communication grâce à la grille d'analyse
- Observation de la formation et de la guidance des professionnels sur la communication avec les patients aphasiques sévères grâce aux supports de communication
- Poursuite de l'inclusion des patients qui arrivent et correspondent aux critères

Avril :

- Observation finale de la communication grâce à la grille d'analyse
- Réalisation comparative de la MIC

Événement intercurrent particulier :

- Crise sanitaire liée au Covid-19 et confinement depuis le 16 mars
- Interruption de nos observations et des guidances réalisées par les orthophonistes au profit d'une adaptation organisationnelles de la structure

## **PARTIE 3 :**

### **RESULTATS**

# 1 Présentation des résultats des deux patients pour lesquels le programme de soutien de la communication a été mené à terme

En l'absence de patients remplissant tous les critères d'inclusion, le programme a débuté avec deux patients présents au CMPR depuis plusieurs mois. Pour ces patients, le protocole s'est déroulé sur une période de 3 mois (de fin octobre à fin janvier).

## 1.1 Monsieur J et Monsieur R

### 1.1.1 Données anamnestiques

	<b>Monsieur J</b>	<b>Monsieur R</b>
<b>Âge</b>	65 ans	53 ans
<b>Latéralité</b>	Droitier	Droitier
<b>Profession</b>	Responsable qualité en CAT en retraite	Peintre en bâtiment
<b>Date de l'accident</b>	11/09/2018	02/03/2019
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	08/04/2019	02/04/2019
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie de Wernicke	Aphasie non-fluente
<b>Étiologie</b>	TC grave avec hémorragie sous arachnoïdienne, contusions oedémato-hémorragiques fronto-temporales bilatérales et cérébelleuses gauches, hématome sous dural des deux convexités avec effet de masse sur le parenchyme hémisphérique gauche, engagement sous falcoriel droit et temporal gauche	AVC sylvien superficiel et profond gauche



### Remarques initiales concernant Monsieur J :

Dans le cadre d'une aphasie de Wernicke, le discours de Monsieur J est logorrhéique et se caractérise par un jargon sémantique. Une importante dissociation automatico-volontaire est observée : les courtes conversations en contexte, routinières et peu propositionnelles, sont possibles et adaptées, cependant en l'absence de référence commune, la communication se complique car le jargon apparaît alors. Monsieur J oriente souvent son propos vers certains thèmes de prédilection, en particulier la natation (c'est un ancien triathlète) mais pas toujours à des fins communicatives. Monsieur J est anosognosique. Dans ce contexte, les supports peuvent servir de référence commune et alors aider Monsieur J à produire des initiatives de communication et réduire les sources d'incompréhension liées au jargon.

### Remarques initiales concernant Monsieur R :

L'orthophoniste nous explique que Monsieur R parvient bien à se faire comprendre quand il veut quelque chose mais qu'il se trouve en grande difficulté pour initier une idée, et ce surtout en dehors d'un contexte défini. Elle a mis en place un cahier de communication avec ce patient, qu'il n'utilise pas spontanément voire rejette.

#### 1.1.2 Comparaison des grilles d'analyse de la communication

##### Observation initiale de la communication de Monsieur J / Monsieur R en situation de toilette et commentaires

Toilette 31/01/2020	Monsieur J		Monsieur R	
	<u>Soigné</u>	<u>Soignant</u>	<u>Soigné</u>	<u>Soignant</u>
<b>Diminution de la double tâche</b>	L'AS demande à Monsieur J comment il va et si la température lui convient, et ce sans lui demander d'effectuer une action simultanément		Plusieurs moments sans double tâche, comme lorsque l'AS demande à Monsieur R comment il va pendant qu'elle lave sa jambe	
<b>Attention conjointe</b>	L'AS et Monsieur J portent tous deux leur regard vers le		Plusieurs moments d'attention conjointe, notamment portée sur le	

	shampoing, puis dans un second temps sur la serviette		bas de contention, ou encore l'interrupteur de la chambre	
<b>Initiatives de communication</b>	<u>Pas d'initiative de communication, verbale ou non</u>	L'AS produit de nombreuses initiatives verbales : indications sur la toilette et questions fermées.	<u>3 initiatives</u> - émet un son rauque + pointe l'interrupteur - gémit + pointe sa jambe - gémit	L'AS produit de nombreuses initiatives de communication verbales, surtout des indications sur le déroulement de la toilette
<b>Support utilisé</b>	Non		Non	

#### Commentaires concernant la communication initiale de Monsieur J :

- Monsieur J ne produit pas d'initiatives de communication mais répond brièvement et de manière adaptée aux initiatives de communication du soignant (par « oui » ou par « non » aux questions fermées ou par des formules sociales comme « merci » ou « bonjour »). Dans d'autres cas, il ne répond pas aux initiatives de communication du soignant, qui restent en suspens.

#### Commentaires concernant la communication initiale de Monsieur R :

- Le pointage de l'interrupteur (1ère initiative de communication observée) n'est pas immédiatement compris par l'AS, Monsieur R réitère alors son initiative jusqu'à ce qu'elle interprète cette initiative comme une demande pour allumer la lumière
- Le pointage de la jambe (2<sup>nd</sup>e initiative) est interprété par l'AS comme une demande pour mettre le bas de contention, elle vérifie son hypothèse, il acquiesce alors de la tête.
- Le gémissement isolé (dernière initiative) n'est pas compris par l'AS, qui répond alors « je reviens tout à l'heure ».

Pour communiquer, Monsieur R utilise préférentiellement le canal para-verbal : il chante beaucoup, produit des onomatopées. Cependant ces conduites ne semblent pas toujours adressées. Il utilise également le canal non-verbal, et spécifiquement les mimiques, qu'il utilise notamment pour répondre à l'AS. De plus, le pointage en contexte semble plutôt efficace.

Observation finale de la communication de Monsieur J / Monsieur R en situation et commentaires

31/01/2020	Monsieur J : toilette		Monsieur R : repas	
	Soigné	Soignant	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Nous observons plusieurs moments sans double tâche		Pas de diminution de la double tâche : Monsieur R mange pendant qu'il échange avec l'AS	
<b>Attention conjointe</b>	Attention conjointe portée sur les chaussons lorsque l'AS aide Monsieur J à les mettre		Attention conjointe portée sur le café, lorsque l'AS demande si celui-ci n'est pas trop chaud	
<b>Initiatives de communication</b>	<u>3 initiatives</u> - « je suis tout maigre » - « ça me gêne » + pointe son orteil - air mécontent au contact de l'eau	L'AS produit de nombreuses initiatives verbales, pour la majorité des actes descriptifs.	<u>2 initiatives</u> - « non non non » à notre arrivée - met le support général de communication dans sa poche	Les initiatives de communication de l'AS sont surtout des questions fermées adressées à Monsieur R.
<b>Support utilisé</b>	Non		Non	

**Commentaires concernant la communication de Monsieur J suite à la mise en place du programme :**

- Les initiatives de communication de Monsieur J sont prises en compte par l'AS, qui étaye son propos en posant une question comme « c'est froid ? » lorsque Monsieur J a l'air de ne pas apprécier la toilette, ou encore « vous voulez que je vous coupe les ongles ? » lorsqu'il montre son orteil en disant « ça me gêne ». L'AS rebondit également sur l'initiative verbale : « je suis tout maigre », en répondant « vous avez de la chance d'être tout maigre ».

- Les initiatives de communication verbales et non-verbales de Monsieur J sont efficaces : l'AS et lui parviennent à se comprendre sans avoir recours au support de communication.

**Commentaires concernant la communication de Monsieur R suite à la mise en place du programme :**

- La première initiative est en réalité une habitude qu'a prise Monsieur R, que nous interprétons comme une sorte de taquinerie lorsque nous arrivons avec les orthophonistes au début de chaque repas.
- L'AS questionne Monsieur R suite à cette initiative : « vous voulez le gardez ? » (en parlant du support général), Monsieur R semble alors acquiescer.

Nous constatons que les initiatives de communication de Monsieur R sont efficaces sans l'utilisation du support. Les rares fois où des difficultés de compréhension sont notables, il n'utilise pas spontanément les supports mis à sa disposition.

Cependant il les accepte plus qu'au début du programme, comme en témoigne le fait qu'il prenne un support général et le mette dans sa poche (seconde initiative), acte assez parlant, et a recours aux supports lorsqu'on l'incite à les utiliser pour étayer son propos ou répondre à une question. Une avancée est donc véritablement notable sur ce plan.

1.1.3 Comparaison des scores MIC et BDAE pré et inter-programme

	Monsieur J		Monsieur R	
	<u>Initial (05/2019)</u>	<u>Inter (11/2019)</u>	<u>Initial (05/2019)</u>	<u>Inter (11/2019)</u>
<b>BDAE</b>	0	1	1	3
<b>MIC</b>	24	27	31	34

Comme en témoignent les grilles d'analyse de la communication, aucune évolution majeure sur ce plan n'est constatée avant et au début de la mise en place du programme. En raison de la crise épidémique ayant requis un confinement dès la mi-mars 2020, les orthophonistes n'ont pas réalisé de nouvelle MIC ni de BDAE car les patients sont sortis. Mais en l'absence

d'évolution nette et au regard de la distance à l'accident, nous pouvons supposer que les scores MIC et BDAE de ces deux patients seraient similaires aux scores de novembre 2019.

#### 1.1.4 Remarques concernant la mise en place du programme de soutien de la communication

##### 1.1.4.1 Observations sur le déroulement du programme

#### **Monsieur J :**

Les orthophonistes et nous avons pris l'habitude de nous rendre une fois par semaine auprès de ce patient pendant les temps de toilette et pendant les temps de repas, qu'il prend seul en chambre.

Les orthophonistes ont tenté d'utiliser les supports de communication, en particulier celui destiné à la toilette et au repas. Cependant, le patient étant au centre depuis des mois, il était coutumier de l'organisation de la toilette, du repas, avait déjà installé des habitudes de communication avec les soignants. Aussi, nous avons remarqué que lorsqu'apparaissent des difficultés de compréhension avec le soignant, l'ébauche gestuelle se révèle plus efficace que le pointage d'un item du support. En outre, lorsque nous incitons Monsieur J à utiliser un support pour tenter de faire émerger une initiative de communication ou pour répondre à une initiative de communication, il a tendance à balayer du regard plusieurs items tout en jargonnant. Les orthophonistes ont donc poursuivi l'objectif principal : faire émerger des initiatives de communication, en utilisant dans la mesure du possible les supports, et sinon l'environnement de la chambre et les événements quotidiens.

#### **Monsieur R :**

Le programme de soutien de la communication a d'abord eu lieu au moment de la toilette et du repas. Cependant Monsieur R refuse la toilette sauf si elle a lieu au lit. L'AS apporte une bassine, un gant et du savon, lave l'hémicorps paralysé et lui laisse le soin de poursuivre lui-même sa toilette. Son comportement gestuel comme verbal dénote une certaine passivité : Monsieur R préfère que les soignants fassent à sa place, pour autant, ceux-ci restent peu car Monsieur R fait l'essentiel de sa toilette seul. Nous avons décidé d'intervenir davantage pendant le moment du repas, et plus particulièrement pendant le petit-déjeuner, qu'il prend au réfectoire avec les autres patients. Cependant nous ne pouvons que partiellement observer la

communication entre Monsieur R et les soignants car peu de soignants restent pendant le petit-déjeuner au réfectoire. Les orthophonistes ont néanmoins décidé de soutenir la communication de Monsieur R avec le support repas, en espérant éveiller la curiosité de soignants qui passeraient par le réfectoire, que nous pourrions alors sensibiliser.

Les orthophonistes ont étayé la communication de Monsieur R en utilisant le support repas dans un premier temps en orientant la conversation sur ce thème, mais elles ont rapidement été limitées sur ce sujet et ont alors utilisé le support général pour orienter la conversation vers d'autres sujets comme la famille, les loisirs, le métier de Monsieur R.

Pendant ces moments, nous nous trouvons souvent en compagnie des voisins de table de Monsieur R, ils ont donc participé aux échanges et se sont trouvés sensibilisés à la CAA et à l'utilisation de nos supports.

#### 1.1.4.2 Observations sur les attitudes de communication des patients durant tout le programme

##### **Monsieur J :**

Lors de cette phase de soutien de la communication, nous constatons :

- De nombreuses persévérations sur le thème du sport, difficilement intelligibles à cause du jargon et pour lesquelles nos supports sont peu adaptés
- Des initiatives de communication lorsque Monsieur J n'est pas satisfait, par exemple lorsqu'une AS le lave (les autres soignants le laissent autonome pendant sa toilette) il formule « je fais tout seul ». De la même manière, cette AS souhaite l'habiller pour l'emmener à la toilette alors qu'habituellement il met un peignoir pour y aller ; il manifeste alors son désaccord par des mimiques comme un froncement des sourcils et pointe l'armoire, dans laquelle se trouve le peignoir.
- Des initiatives de communication adaptées et intentionnelles : « vous partez en vacances ? » nous étant destiné, début janvier. Ces initiatives apparaissent surtout lorsque Monsieur J est dans un moment calme, pendant que le soignant est occupé à prendre les vêtements dans l'armoire par exemple, Monsieur J semble en effet avoir besoin de temps pour élaborer une initiative de communication verbale. Celles-ci sont de plus en plus nombreuses au fil des semaines mais pas toujours compréhensibles ni pouvant être étayées avec nos supports.

- Une attention portée à la compréhension de ses interlocuteurs, notamment lorsqu'il mime une pratique sportive que personne ne comprend. Il change alors sa manière de mimer, se réajustant selon les retours des orthophonistes.
- Des initiatives de communication le concernant, révélant possiblement une certaine levée de l'anosognosie, « je suis tout maigre », « ça fait longtemps que je suis mort », « faut que je touche un peu parce que je m'ennuie », « il y a 4/5 ans je n'étais pas comme ça », « maintenant je sais plus parler »

### **Monsieur R :**

Au fil du programme, il arrive que Monsieur R produise des initiatives de communication avec le support général, bien qu'elles soient assez rares et moins nombreuses que les réponses, avec un nombre de plus en plus important d'items au fil de l'intervention.

#### 1.1.5 Conclusions et vérification de nos hypothèses

##### Hypothèse principale : partiellement vérifiée

Quantitativement, nous ne pouvons confirmer ou infirmer l'hypothèse que le soutien des interactions entre les personnes aphasiques sévères et les soignants en institution par le biais d'outils spécifiques de CAA permette de préserver le statut de communicant du patient étant donné que nous n'avons pas de scores post programme et que ces patients étaient présents au centre depuis plusieurs mois lors du début de la mise en place du programme.

Qualitativement, nous avons constaté que Monsieur J et Monsieur R se sont investis dans le programme et se sont montrés de plus en plus motivés au cours de celui-ci. À notre arrivée lors d'une des séances du programme de soutien, par exemple, Monsieur J s'est levé et a pris le support de communication créé par son orthophoniste que nous avons utilisé les semaines précédentes, il nous l'a alors montré tout en produisant des initiatives de communication verbales jargonnées. Nous n'avons malheureusement pas réussi à comprendre cette initiative de communication.

Monsieur R a progressivement accepté d'utiliser le support repas et le général, malgré ses réticences. Il a surtout employé ces supports pour répondre, et non pour produire des initiatives de communication, suite à des questions fermées ou semi-ouvertes.

### Sous-hypothèse 1 : partiellement vérifiée

Cette hypothèse, selon laquelle l'utilisation précoce des supports de communication pendant des temps de vie quotidiens du patient permet de le placer dans une posture active de communicant le plus tôt possible sans le laisser s'habituer à ne plus produire d'initiatives de communication et lui donne une raison de communiquer (repas, toilette), faisant émerger des initiatives de communication, est vérifiée pour Monsieur R mais pas pour Monsieur J.

Monsieur J produit davantage d'initiatives de communication verbales et non-verbales suite au programme de soutien de la communication, comme le souligne le tableau final ainsi que nos observations qualitatives.

Monsieur R ne produit pas plus d'initiatives de communication verbales ou non-verbales suite à la mise en place du programme.

Cependant, ces constats sont à relativiser, il faut prendre en compte les fluctuations importantes des conduites de ces patients selon leur(s) interlocuteur(s) et selon les jours. Aussi, nous ne pouvons réellement statuer sur cette hypothèse car l'intervention initialement prévue dès l'arrivée du patient dans l'institution a débuté lors de leur sixième mois au centre.

### Sous-hypothèse 2 : non-vérifiée

D'après cette dernière hypothèse, le recours intensif aux supports de communication agit comme un facilitateur naturel sur la communication, améliorant les échanges entre patient et soignant et permet d'automatiser l'utilisation de ces supports au sein de l'institution.

Pour Monsieur J comme pour Monsieur R, le tableau final ne montre pas une utilisation plus importante du support de communication après la mise en place du programme malgré la présence des prérequis nécessaires à son utilisation (diminution de la double tâche et attention conjointe). En effet, d'après nos observations, lorsque Monsieur J produit une initiative de communication incomprise, le recours au support de communication ne permet pas de lever l'ambiguïté. D'une part, Monsieur J ne l'utilise pas spontanément même après le soutien de la communication dont il a bénéficié, d'autre part, son attitude envers le support ne permet pas une utilisation fonctionnelle de celui-ci.



## 2 Présentation des résultats des cinq patients pour lesquels le programme de soutien de la communication a été interrompu

### 2.1 Préambule

La pandémie de Covid-19 actuelle est pour nous, comme pour de nombreuses autres personnes, un bouleversement majeur auquel nous avons dû nous adapter et qui a occasionné diverses décisions concernant directement ce travail, en particulier :

- Des mesures universitaires interdisant la présence des stagiaires sur leur lieu de stage
- Des mesures de réorganisation de la structure pour assurer la prise en charge de patients post-réanimation touchés par ce virus :
  - Transition des missions des professionnels avec arrêt des interventions de rééducation pour leur permettre d'intervenir auprès de ces nouveaux patients
  - Confinement des patients, à domicile pour les états les plus stabilisés, au CMPR pour les autres

En conséquence, le programme de soutien de la communication a été interrompu brutalement, alors qu'il avait tout juste débuté pour ces patients.

Nous avons donc choisi de présenter les résultats initiaux, en l'absence de résultats finaux. Aussi, le titre « Comparaison des grilles d'analyse de la communication » initialement envisagé a été remplacé par « Analyse de la communication ». Pour ces patients, notre observation a été réduite, dans la mesure où ces patients sont autonomes pour la toilette et le repas (le soignant n'est donc pas présent pendant ces temps), ou dans le cas où nous n'avons assisté qu'à la première rencontre entre ces patients, l'orthophoniste et nous (l'observation de la communication du patient pendant la toilette ou le repas était prévue ultérieurement).

## 2.2 Monsieur An

### 2.2.1 Données anamnestiques

<b>Âge</b>	45 ans
<b>Latéralité</b>	Droitier
<b>Profession</b>	Chef cuisiner
<b>Date de l'accident</b>	09/01/2020
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	28/01/2020
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie transcorticale motrice avec désintégration phonétique
<b>Étiologie</b>	AVC ischémique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche superficielle avec ischémies pré et post centrales

Le compte-rendu du bilan orthophonique indique des troubles de compréhension du discours élaboré. Monsieur An est autonome pour la toilette malgré une atteinte du membre supérieur droit.

### 2.2.2 Analyse de la communication

#### Observation initiale de la communication de Monsieur An

05/02/2020	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Ces prérequis à la communication et à l'utilisation du support de CAA sont présents et de qualité.	
<b>Attention conjointe</b>		
<b>Initiatives de communication</b>	1 initiative de communication non-verbale : pointe l'icône du logiciel de synthèse vocale sur son portable	Initiatives verbales : questions sur la famille de Monsieur An, son métier, sa ville et explications sur le programme

<b>Support utilisé</b>	Monsieur An l'utilise seulement pour répondre aux initiatives de communication d'autrui
------------------------	---

Monsieur An utilise surtout le canal para-verbal pour communiquer. Pour répondre aux initiatives de communication, il pointe des items sur le support général ou a recours au mime.

Ses initiatives de communication peuvent s'exprimer par le biais du pointage, comme lorsqu'il semble désigner le logiciel de synthèse vocale.

En cas d'incompréhension, Monsieur An n'hésite pas à utiliser toutes ces stratégies jusqu'à ce qu'on le comprenne.

## 2.3 Monsieur S

### 2.3.1 Données anamnestiques

<b>Âge</b>	61 ans
<b>Latéralité</b>	Droitier
<b>Profession</b>	Chauffeur routier
<b>Date de l'accident</b>	23/01/2020
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	10/02/2020
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie non-fluente
<b>Étiologie</b>	Lésion ischémique sylvienne profonde et superficielle gauche étendue

La compréhension de Monsieur S n'a pas réellement pu être évaluée compte-tenu de son mutisme. Une amimie ainsi qu'une paralysie faciale centrale sont notables.

### 2.3.2 Analyse de la communication

Lorsque nous arrivons dans sa chambre, nous remarquons qu'un(e) AS ou un(e) IDE a déposé un support de communication général sur sa tablette repas.

## Observation initiale de la communication de Monsieur S

06/03/2020	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Monsieur S a fini de manger et n'effectue aucune autre action pendant ce temps d'échange	
<b>Attention conjointe</b>	Un moment d'attention conjointe a lieu lorsque les orthophonistes présentent le support général à Monsieur S	
<b>Initiatives de communication</b>	2 initiatives non-verbales : pointe près de la fenêtre + se frotte les yeux	L'orthophoniste présente le programme et pose des questions fermées à Monsieur S
<b>Support utilisé</b>	Non	

Pendant cette première rencontre, Monsieur S ne répond ni verbalement (ce à quoi nous nous attendions étant donné qu'il est mutique) ni non-verbalement aux initiatives de l'orthophoniste.

Concernant l'initiative non-verbale produite par Monsieur S : il pointe près de la fenêtre de sa chambre. L'orthophoniste a pensé qu'il demandait la boîte de mouchoir posée sur sa table de chevet près de la fenêtre, nous la lui avons donc apportée, pensant qu'il souhaitait essuyer les restes du petit-déjeuner. Il a alors formé une boule avec le mouchoir et fait signe de se frotter les yeux. L'orthophoniste lui a demandé s'il était triste mais n'a pas obtenu de réponse, Monsieur S a repoussé le support qu'elle lui tendait.

## 2.4 Monsieur H

### 2.4.1 Données anamnestiques

<b>Âge</b>	63 ans
<b>Latéralité</b>	Droitier
<b>Profession</b>	Retraité
<b>Date de l'accident</b>	21/09/2019
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	28/10/2019
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie fluente

<b>Étiologie</b>	AVC ischémique secondairement hémorragique du noyau lenticulaire gauche
------------------	---

L'aphasie fluente diagnostiquée se caractérise par un jargon phonologique, une logorrhée avec une tendance à ajouter des mots superflus dans le discours et un manque du mot important. Monsieur H présente également une dysarthrie, il est de fait peu intelligible. Sa compréhension est décrite comme assez altérée. Monsieur H est analphabète et présentait avant son AVC des troubles pragmatiques (absence de progression thématique) et dysarthriques.

#### 2.4.2 Analyse de la communication

##### Observation initiale de la communication de Monsieur H

05/02/2020	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Monsieur H n'effectue aucune autre action pendant ce temps	
<b>Attention conjointe</b>	Possible mais de courte durée (support planning)	
<b>Initiatives de communication</b>	Monsieur H produit de nombreuses initiatives non-verbales, malheureusement très peu intelligibles	L'orthophoniste présente le support général et le planning à Monsieur H, elle lui pose également quelques questions
<b>Support utilisé</b>	Non	

La logorrhée et la faible intelligibilité de Monsieur H rendent difficile toute communication. Monsieur H produit en effet des initiatives de communication verbales et non-verbales qui permettent dans de nombreux cas de comprendre le thème, mais ensuite malgré l'étayage de ses propos, nous nous heurtons à une incompréhension à cause du jargon et de la logorrhée. Aussi, nous vérifions l'existence des troubles pragmatiques évoqués ci-dessus : longs tours de parole, en conséquence pas d'alternance, enfin absence d'adressage du discours à un interlocuteur précis.

Monsieur H ne pointe pas les items du support général, l'utilisation des supports se révèle donc globalement très limitée.

## 2.5 Madame D

### 2.5.1 Données anamnestiques

<b>Âge</b>	67 ans
<b>Latéralité</b>	Droitière
<b>Profession</b>	Aucune
<b>Date de l'accident</b>	02/02/2020
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	25/02/2020
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie transcorticale motrice
<b>Étiologie</b>	AVC ischémique sylvien gauche

Le compte-rendu du bilan orthophonique met en avant une légère dysarthrie altérant l'articulation. Des troubles de la compréhension sont relevés par les soignants, qui décrivent une attitude totalement passive au quotidien.

### 2.5.2 Analyse de la communication

#### Observation initiale de la communication de Madame D

11/03/2020	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Madame D n'effectue aucune autre action pendant ce temps	
<b>Attention conjointe</b>	Moments d'attention conjointe possibles mais de courte durée	
<b>Initiatives de communication</b>	Aucune initiative, verbale ou non	Nombreuses initiatives de communication, surtout des questions fermées
<b>Support utilisé</b>	Non	

Madame D est passive dans l'échange et répète à plusieurs reprises en écholalie. Ces conduites sont certainement liées au déficit d'initiation et d'élaboration verbales décrit dans ce type

d'aphasie. Son langage ne semble pas utilisé à des fins communicatives. Son code oui/non paraît fiable et elle répond de manière adaptée par oui ou par non à des questions fermées. Nous nous interrogeons cependant quant à sa compréhension du langage plus élaboré.

## 2.6 Monsieur Au

### 2.6.1 Données anamnestiques

<b>Âge</b>	50 ans
<b>Latéralité</b>	Droitier
<b>Profession</b>	Mécanicien automobile
<b>Date de l'accident</b>	16/02/2020
<b>Date d'entrée au CMPR</b>	02/03/2020
<b>Diagnostic aphasiologique</b>	Aphasie fluente
<b>Étiologie</b>	AVC hémorragique intra-parenchymateux pariétal et frontal gauche

Le compte-rendu orthophonique souligne un manque du mot prédominant. Monsieur Au est anosognosique et a des troubles de la compréhension importants.

### 2.6.2 Analyse de la communication

#### Observation initiale de la communication de Monsieur Au

06/03/2020	Soigné	Soignant
<b>Diminution de la double tâche</b>	Monsieur Au n'effectue aucune autre action pendant ce temps	
<b>Attention conjointe</b>	Possible sur le support de communication général	
<b>Initiatives de communication</b>	Aucune initiative verbale ou non	Plusieurs initiatives de communication, surtout des questions semi-ouvertes personnelles

<b>Support utilisé</b>	Utilisé pour répondre aux initiatives de l'orthophoniste
------------------------	--

Nous constatons les troubles de la compréhension lors de cet échange, obligeant notamment l'orthophoniste à reformuler ses questions.

## 2.7 Scores MIC et BDAE

		<b>Initial (03/2020)</b>	<b>Final</b>
<b>Monsieur An</b>	<b>BDAE</b>	2	Donnée manquante
	<b>MIC</b>	56	Donnée manquante
<b>Monsieur S</b>	<b>BDAE</b>	1	Donnée manquante
	<b>MIC</b>	32	Donnée manquante
<b>Monsieur H</b>	<b>BDAE</b>	1	Donnée manquante
	<b>MIC</b>	27	Donnée manquante
<b>Madame D</b>	<b>BDAE</b>	1	Donnée manquante
	<b>MIC</b>	25	Donnée manquante
<b>Monsieur Au</b>	<b>BDAE</b>	1	Donnée manquante
	<b>MIC</b>	35	Donnée manquante

## 2.8 Conclusions

En l'absence de scores à l'issue du programme et de grille finale d'observation de la communication (pandémie Covid 19 et arrêt des interventions de rééducation au CMPR), *nous ne pouvons confirmer ou infirmer notre hypothèse principale ainsi que nos deux sous-hypothèses*. Nous envisagerons dans la partie « Discussion » les modalités du programme qui aurait dû être poursuivi pour soutenir la communication de ces cinq patients.



# DISCUSSION

## 3 Rappel de la problématique

L'objectif de l'étude est d'étudier l'intérêt de la mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce de soutien à la communication dans le but d'améliorer les compétences communicationnelles des patients aphasiques sévères, et donc d'éviter un potentiel désinvestissement de la communication souvent constaté chez ce public.

## 4 Remarques sur nos hypothèses

Comme nous l'avons souligné dans la partie « conclusions et vérifications de nos hypothèses », aucune de nos hypothèses n'a pu être entièrement vérifiée compte-tenu des résultats obtenus pour Monsieur J et Monsieur R, en l'absence d'évaluation finale. L'observation de la mise en place du programme, des attitudes des patients ainsi que les retours des personnels soignants nous ont néanmoins permis de réfléchir sur ces hypothèses et d'en tirer certains enseignements.

### 4.1 Hypothèse principale

**Soutenir les interactions entre les personnes aphasiques sévères et les soignants en institution par le biais d'outils spécifiques de CAA permet de préserver le statut de communicant du patient.**

Nous n'avons pas assez de résultats pour infirmer ou confirmer cette hypothèse, qui se mesure grâce à la comparaison des scores MIC pré et post programme.

En effet, pour tous les patients ayant bénéficié du programme de soutien à la communication, la MIC comparative n'a pu être réalisée. Cependant, notre recul concernant la mise en place du programme mené à terme pour Monsieur J et Monsieur R permet d'objectiver une stagnation voire une amélioration qualitative de leurs compétences communicationnelles, développée ci-dessous, que nous pouvons imputer au programme.

#### Remarques :

Nous avons remarqué que la continuité des séances de soutien de la communication permettait de créer des sortes de « routines » avec ces deux patients : Monsieur R a pris l'habitude de nous

serrer la main par exemple à chaque début de séance, ou encore de nous taquiner dès que nous le rejoignons dans le réfectoire, ce qui a permis de systématiser l'utilisation des supports. Notons que ces patients (Monsieur R et Monsieur J) étaient présents au CMPR depuis plus de 6 mois lorsque le programme a débuté : leurs habitudes au sein de l'institution étaient donc installées et inchangées depuis un certain temps. Au vu de l'instauration de ces nouvelles routines et de l'implication progressive dans le programme, nous pouvons suggérer que celui-ci a eu un effet redynamisant sur la communication de ces patients.

Nous avons également observé une reconfiguration de la communication : au début ces patients étaient très dépendants au soignant, au fil des semaines ils se sont adaptés et s'adressent maintenant à plusieurs interlocuteurs, que sont les orthophonistes et les soignants. Cela constitue déjà un changement avec la situation de communication classique soignant/ patient et est un petit pas vers une situation de communication plus écologique, où la personne aphasique est placée comme véritable partenaire dans l'échange. Ces nouvelles situations de communication s'organisent autour du patient, celui-ci est l'acteur au cœur de l'échange, son statut de communicant en est donc obligatoirement préservé, conformément à notre hypothèse.

## 4.2 Sous-hypothèses

**1 : Utiliser des supports de communication précocement et pendant des temps de vie quotidiens du patient permet de le placer dans une posture active de communicant le plus tôt possible sans le laisser s'habituer à ne plus produire d'initiatives de communication et lui donne une raison de communiquer (repas, toilette), faisant émerger des initiatives de communication**

Les scores de Monsieur J et de Monsieur R ne permettent pas de confirmer cette hypothèse : en situation d'observation, nous avons relevé 3 initiatives de Monsieur J avant la mise en place du programme et 3 après la mise en place du programme, ainsi que 3 initiatives de Monsieur R avant la mise en place du programme contre 2 ensuite.

Néanmoins, nous pouvons constater que ces deux patients continuent à produire des initiatives de communication suite à la mise en place du programme. Le maintien de ces initiatives communicatives révèle donc que ces patients n'ont pas désinvesti la communication, ce qui était la mission essentielle de ce travail.

Cette hypothèse concerne encore plus particulièrement quatre des patients pour lesquels le programme a été interrompu, car il a débuté dès leur arrivée au CMPR, ces patients n'avaient donc pas pris encore d'habitudes au centre. Au cours des quelques séances auxquelles nous avons assisté avec ces patients, nous avons relevé peu d'initiatives de communication. Cependant, nous avons constaté que ces patients produisaient plutôt des réponses, soutenues par le support de communication, grâce notamment au code oui/non. Cet investissement du support de communication par les patients constitue donc un progrès vers la systématisation de l'utilisation de supports pour communiquer, dans la perspective de maintien du statut de communicant de la personne aphasique.

#### Remarques :

D'abord, nous avons eu le plaisir de constater que conformément à ce que nous avons imaginé, les situations de communication en contexte lors des temps quotidiens de toilette et de repas font émerger des initiatives de communication en rapport avec ces situations, de la part du patient comme du soignant. Cela vient confirmer l'intérêt de soutenir spécifiquement les échanges pendant ces temps de vie quotidiens.

D'un autre côté, nous avons remarqué un effet de fluctuation important dans les conduites communicationnelles des patients d'une séance à l'autre, d'un soignant à l'autre, sur le plan qualitatif comme sur le plan quantitatif. Cela confirme la nécessité d'intervenir fréquemment auprès de ces personnes, pour soutenir et étayer tout type d'initiative de communication : pour pousser le patient à produire encore plus d'initiatives de communication lorsqu'il en produit déjà, et sinon pour préserver une communication minimale. Joindre soutien et observation de la communication des patients de manière hebdomadaire nous a paru essentiel pour répondre, donc, aux différents besoins communicationnels de ces patients.

Pour représenter de la manière la plus objective possible l'évolution de la communication des patients, nous avons ajouté à l'analyse de la communication initiale une description qualitative de la communication de ces patients suite à la mise en place du programme au fil des semaines dans la partie « Remarques concernant la mise en place du programme de soutien de la communication ».

## **2 : Le recours intensif aux supports de communication agit comme un facilitateur naturel sur la communication, améliorant les échanges entre patient et soignant et permet d’automatiser l’utilisation de ces supports au sein de l’institution.**

Suite à la mise en place du programme, nous avons constaté que l’utilisation des supports agissait comme un facilitateur naturel sur la communication pour tous les patients sauf Monsieur J, pour qui l’utilisation de nos supports ne permet pas une communication fonctionnelle et s’associe à un jargon et à une logorrhée. En revanche, pour Monsieur R et pour les autres patients, force est de constater que les supports ont permis de débloquent de nombreuses situations de communication.

### Remarques :

Quelques situations, que nous n’avions pas envisagées, nous ont permis de constater l’effet positif et facilitateur de l’utilisation des supports sur la communication. La majorité des personnels de santé ont assisté à la présentation des supports et ont été amené à participer plusieurs fois au programme de soutien.

Pour les nouveaux personnels de santé et les soignants intérimaires, la première séance de soutien de communication s’est déroulée dès leur première rencontre avec les patients. Les situations ont été intéressantes car ils ne connaissaient pas le patient ; différentes difficultés de compréhension sont alors apparues, donnant l’occasion d’utiliser les supports pour faciliter l’échange dans l’immédiat. L’avantage de ce turn-over présent dans la dynamique du CMPR permet donc une situation plus écologique, lorsque le soignant ne connaît pas le patient, au sein de laquelle peuvent émerger plus facilement des initiatives de communication de la part du patient comme du soignant, car ils n’ont pas encore pris d’habitude ensemble.

Plus globalement, nous avons pu tirer des conclusions positives concernant l’appropriation et la généralisation de supports de CAA au sein de l’institution. Nous avons évoqué précédemment des routines remarquées chez Monsieur J et Monsieur R. Du côté des soignants, des habitudes se sont aussi installées. Nous avons par exemple observé certains soignants avoir le réflexe de tendre le support au patient lorsqu’ils ne le comprenaient pas. D’autres encore ont pris l’habitude de laisser un certain temps au patient pour répondre. Nous connaissons l’importance des répétitions et des routines dans l’acquisition de nouveaux savoir-faire, ces conduites sont

donc de bon augure et mettent en évidence une certaine assurance vis-à-vis de la CAA chez les patients comme chez les soignants, voire un début d'appropriation des supports. Ces comportements ont émergé en parallèle de questionnements des soignants à propos des attitudes des patients, de la CAA, de l'aphasie : une réelle collaboration autour de la CAA s'est donc mise en place entre les personnels de santé et les orthophonistes.

Aussi, nous avons constaté que les supports spécifiques étaient utilisés par les soignants avec d'autres patients que ceux qui étaient inclus dans le programme de soutien de la communication. Nous pouvons sans doute parler d'une certaine généralisation de l'utilisation et de l'appropriation de la CAA entre les patients les plus dépendants sur le plan de la communication et les soignants de l'institution.

Enfin, la mise en place de ces habitudes observées chez les patients comme chez les soignants laisse supposer que de tels programmes peuvent être un préalable à l'utilisation de supports de CAA personnalisés comme les classeurs de communication, créant une sorte de continuum sur le plan du soutien de la communication et s'adaptant progressivement aux besoins spécifiques du patient.

## 5 Programmes de soutien de la communication interrompus

Nous avons cherché un moyen de rendre compte du travail mené auprès de ces patients, pour lesquels le programme de soutien de la communication a été interrompu. Nous avons donc imaginé dans cette partie, en nous basant sur les quelques séances de soutien auxquelles nous avons assisté pour ces patients, les compétences communicationnelles du patient sur lesquelles le programme aurait pu se baser et dans quel objectif particulier il aurait pu être mené pour répondre spécifiquement aux besoins communicationnels de ces cinq patients.

### 5.1 Monsieur An

Les orthophonistes ont soutenu la communication multimodale de Monsieur A, qui utilise tantôt le canal para-verbal, tantôt le mime pour communiquer, tout en l'orientant de plus en plus vers l'utilisation du pointage. Celui-ci a été travaillé pour une éventuelle utilisation d'un support de communication personnalisé, comme un classeur de communication, dans une perspective de compensation pour un futur retour à domicile. À cause de l'interruption brutale du programme, nous n'avons donc pu échanger avec ce patient qu'à deux reprises, en chambre. Nous aurions aimé avoir l'occasion d'observer sa communication avec les soignants et ainsi pouvoir les

sensibiliser au cas particulier de l'aphasie transcorticale motrice et à la manière de contourner le handicap langagier.

## 5.2 Monsieur S

Il était prévu de soutenir la communication de Monsieur S en commençant par les temps du repas, et surtout d'observer de quelle manière les soignants communiquaient avec lui, et s'ils utilisaient le support général retrouvé sur sa tablette. Malheureusement l'intervention auprès de ce patient s'est limitée à la première rencontre, les orthophonistes n'ont pu observer la communication de ce patient avec les personnels de santé. Cependant, nous avons pu recueillir le précieux témoignage d'une aide-soignante qui évoquait l'évolution positive de ce patient, sur le plan psychologique comme sur le plan de la communication, elle a ajouté qu'être confrontée à un patient si peu expressif et amimique était difficile. Pour ce patient, le programme de soutien de la communication centré sur ses temps de vie principaux aurait pu permettre le rétablissement d'une communication de base entre lui et l'équipe soignante, essentielle.

## 5.3 Monsieur H

Le programme n'a pu être mené auprès de Monsieur H qu'à deux reprises, dans sa chambre. Lors de notre seconde rencontre, il était plus enclin à prendre et observer les supports. Son voisin de chambre a manifesté de l'intérêt pour l'intervention, les orthophonistes lui ont donc montré comment utiliser les supports avec Monsieur H, en particulier le support général. Étant donnée la très faible intelligibilité de Monsieur H, le programme aurait pu lui permettre de mieux se faire comprendre en ayant un référent commun avec son interlocuteur, limitant alors les possibilités d'interprétation de son propos.

## 5.4 Madame D

Bien que l'intervention se soit limitée à une première et unique rencontre avec Madame D, les orthophonistes ont pu dialoguer avec une AS et un stagiaire AS intervenant quotidiennement auprès d'elle. Ils ont l'impression que Madame D ne comprend pas totalement ce qu'ils lui disent, et que le geste l'aide à comprendre. Ils s'avouent déstabilisés par cette posture passive et ont l'impression que Madame D « dit oui à tout » et se laisse guider. Ils nous rapportent que lors de leur première intervention auprès de cette femme, ils ne lui ont pas mis de soutien-gorge et qu'elle ne s'en est pas plainte, alors que sa famille a confirmé qu'elle en mettait. Dans ce contexte, rétablir le statut de communicant de Madame D nous a paru urgent. Il était prévu dès la seconde intervention de soutenir la communication entre cette femme et l'AS en question

pendant la toilette, d'une part pour la rassurer, et d'autre part pour l'habituer à produire des initiatives de communication afin de faire respecter ses habitudes antérieures.

## 5.5 Monsieur Au

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'observer la communication de Monsieur Au avec les soignants. Compte-tenu des grandes difficultés de compréhension de ce patient, nous pensons que l'utilisation de nos supports aurait pu lui être bénéfique, pour lui permettre de mieux comprendre les messages des soignants et pour qu'il puisse se faire comprendre malgré son manque du mot important.

Cette partie montre de quelle manière le programme aurait pu être mené pour répondre aux besoins, en termes de communication, de ces cinq patients. Cela donne un aperçu de la diversité des profils pour lesquels un outil de CAA peut être indiqué, c'est-à-dire pour toute personne aphasique sévère en difficulté majeure sur le plan de la communication

## 6 Limites et perspectives de nos supports

### 6.1 À propos de l'ensemble des supports

Nous avons rapidement eu l'impression que nos supports « repas » et « toilette » étaient limités pour Monsieur J et Monsieur R. En effet, étant au CMPR depuis plus de six mois lors du début du programme, ces deux patients ont installé des habitudes de communication avec les soignants, que nous avons remarquées dès l'observation initiale de leur communication. Le recours au support toilette pendant le temps de toilette, et du support repas pendant les repas s'est donc élargi : les supports planning et le support général ont donc également servi à soutenir la communication.

### 6.2 Support toilette

Dans la perspective d'une communication la plus naturelle et universelle possible, nous avons décidé que les supports ne soient pas propres au patient mais propre à un temps de la journée comme le repas ou la toilette. En conséquence ces supports ont été installés dans les salles de bain communes pour le support toilette, dans la salle de réfectoire commune et également celles des étages pour le support repas.

Les retours des soignants concernant ce support toilette ont été positifs, nombreux sont ceux qui ont déclaré l'utiliser, avec d'autres patients que ceux pour lesquels le programme de soutien de la communication était mené. Ces échanges nous ont permis de recueillir certaines remarques de la part des soignants, suite à leur utilisation de ce support. D'abord, ils nous ont confié que dans plusieurs situations ils auraient aimé utiliser le support toilette lorsqu'ils se trouvaient dans la chambre du patient, avant ou après la toilette par exemple. Le fait qu'il reste dans la salle de bain commune les a donc gênés.

Aussi, le format du support toilette a été questionné. Nous avons opté pour un livret au format A5 accroché par une ficelle à la barre de douche, ce qui permettait au patient de pointer le support et au soignant d'étayer sa communication en lui mettant à disposition le support. Cette manière de procéder permettait d'éviter la double tâche et de favoriser l'attention conjointe portée sur le support. Cependant certains soignants nous ont expliqué qu'ils auraient préféré, d'un point de vue pratique, un grand format directement affiché au mur.

### 6.3 Support planning

Nous avons imaginé que ce support servirait à annoncer à un patient un examen médical ou une activité prévue au CMPR, tout ce qui diffère en tout cas du cadre quotidien des rééducations. En réalité, ce support a été utilisé surtout pour sa partie « repérage temporel » lors des échanges avec les patients.

Cependant, nous n'avons eu que peu de retours des soignants le concernant. En effet, contrairement au support toilette et au support repas affichés respectivement dans les salles de bains et réfectoires, nous avons installé ces supports, avec l'accord des personnels de santé, dans une pochette du chariot de soin, ce qui le rendait bien moins visible que les autres.

Nous avons également recueilli des remarques concernant la conception du support. La majorité de ses items sont des photos prises au CMPR, cependant, certaines photos sont des reconstitutions. Par exemple, l'item « synthèse » censé représenter les synthèses d'équipes réalisées au CMPR montre deux étudiantes en blouse blanche assises à une table. On nous a conseillé de refaire cet item en prenant en photo directement des professionnels du centre dans la salle destinée à cet usage.



## 7 Limites et perspectives du programme

### 7.1 Obstacles

#### 7.1.1 Facteur de précocité

La spécificité de ce programme tel qu'il a été initialement envisagé résidait dans la précocité de l'utilisation de supports de CAA pour éviter le désinvestissement de la communication des personnes aphasiques sévères. Aussi, c'est dans cette perspective que nous avons conçu les supports spécifiques : à destination des patients nouvellement arrivés dans l'institution (à une date donc proche de celle de l'accident) et ce, afin qu'ils se les approprient et que ceux-ci puissent devenir peut-être un levier pour une CAA personnalisée plus riche et adaptée à leurs besoins. Cependant cette modalité n'a pu être respectée pour les deux patients pour lesquels le programme a été mené dans son intégralité, nous privant de conclusions à ce sujet. La poursuite de ce programme permettrait donc d'étudier l'intérêt de ce facteur pour éviter aux patients aphasiques sévères de réduire leurs initiatives communicationnelles.

#### 7.1.2 Arrêt du programme

Le principal obstacle a été l'arrêt du programme en lien avec la crise sanitaire. S'il avait continué, nous aurions pu observer les effets du soutien à la communication sur les capacités communicationnelles des cinq patients pour lesquels la distance à l'accident était assez proche et les habitudes d'interaction avec les soignants non établies. Bien entendu, à ce stade, la récupération spontanée aurait également été en cause dans l'évolution de la communication de ces patients. Une MIC comparative aurait été remplie suite à la mise en place du programme et aurait permis d'objectiver une amélioration des compétences communicationnelles des patients en cas d'augmentation du score. Aussi, repérer les items de la MIC dont les scores auraient changé entre la MIC initiale et la MIC comparative aurait permis une analyse qualitative pertinente. Des comparaisons auraient pu être faites entre les évolutions respectives des compétences communicationnelles des patients du programme, afin de constater une éventuelle tendance à l'amélioration globale de l'indépendance communicationnelle ou des tendances interindividuelles différentes. Cela laisse donc de nombreuses pistes à investiguer pour de futures recherches.

### 7.1.3 Aléas de l'institution

Tout au long de la mise en place du programme, les orthophonistes ont dû contourner un nombre important de difficultés et d'imprévus : la toilette de Monsieur R prévue en chambre et non dans la salle de bain commune, pour laquelle donc le support toilette n'est pas vraiment adapté, le fait qu'il n'y ait pas de personnels de santé présents au réfectoire pendant les temps de petit-déjeuner, la surprise voire l'implication des autres patients lorsque les séances ont lieu au réfectoire, ainsi que les nombreux aléas de la vie en institution faisant que parfois la toilette a lieu à une heure différente, ou que le patient n'est pas disponible. Le programme a donc été adapté, jour après jour, pour pouvoir être mis en place malgré ces modifications, conduisant parfois à écourter les séances du programme ou à les reporter. Cette expérience nous a donc appris que pour mener ce genre de programme dans une institution de type CMPR, il est inutile de trop prévoir à l'avance l'organisation et le contenu des séances, en revanche une grande disponibilité ainsi que des capacités d'adaptation et d'improvisation sont indispensables.

## 7.2 Perspectives positives

### 7.2.1 Conclusions du programme

Ce programme s'inscrit dans une volonté de maintenir le statut de communicant et l'appétence à la communication de la personne aphasique sévère, dans la perspective de mieux accompagner et répondre aux besoins communicationnels de ces patients. Dans ce contexte, la mise en place du programme nous amène à constater que :

- Les initiatives de communication des patients inclus dans notre programme n'ont pas diminué
- L'utilisation de supports de CAA a un effet facilitateur sur la communication entre les patients aphasiques sévères et les soignants
- Une certaine généralisation de l'utilisation de la CAA par les soignants s'est mise en place au CMPR
- Un début d'appropriation des supports est notable chez les patients comme chez les soignants
- Des temps de questionnements et d'échanges se sont mis en place entre les personnels de santé et les orthophonistes autour de ce programme et de la CAA

Il semblerait donc que la valorisation et le soutien des compétences communicationnelles des patients aphasiques sévères pendant leurs échanges avec les personnels de santé aient eu un effet positif global et dynamique au sein de l'institution.

### 7.2.2 Expérience

Assister à la mise en place de ce programme a été riche sur le plan personnel comme professionnel.

Observer les échanges quotidiens entre les dyades patient/ soignant m'a permis de me rendre compte de la nécessité d'utiliser des ressources de CAA pour étayer et soutenir la communication des patients aphasiques en difficulté majeure sur le plan de la communication, et de l'urgence d'intervenir auprès de ces patients le plus précocement possible.

En outre, nos échanges avec les personnels de santé m'ont permis de réaliser la diversité de leurs représentations concernant le sujet du handicap communicationnel, de l'aphasie, de la CAA ; et c'est la raison pour laquelle il me semble dorénavant indispensable de les interroger et de considérer leurs représentations comme un socle pour soutenir leurs échanges avec les patients et ainsi proposer une aide pertinente.

## CONCLUSION

À travers ce travail, nous avons mis en évidence que l'utilisation de nouveaux supports simples, pratiques et spécifiques à un temps de vie dans l'institution constituait une piste intéressante pour étayer et soutenir la communication de la personne aphasique sévère, et ce, le plus précocement possible pour éviter qu'il ne désinvestisse la communication.

Le programme de soutien de la communication décrit dans ce travail de fin d'études a été construit en s'inspirant des approches pragmatiques et psycho-sociales et se veut original par sa transdisciplinarité. Nous retenons en effet de cette intervention qu'un partenariat entre orthophonistes et personnels soignants (IDE et AS) basé sur le soutien de la communication patient/ soignant peut être mené dans les institutions telles que les CMPR et s'avérer pertinent dans le processus de réadaptation des personnes aphasiques. Cette collaboration s'est révélée riche et enrichissante pour les professionnels comme pour nous, étudiantes. Ce travail peut être une manière de renforcer les liens entre le travail de tous les professionnels de santé, dans le but d'aider conjointement le patient à garder l'envie de communiquer et conserver une communication fonctionnelle.

Nous espérons que ce travail donnera lieu à la poursuite voire à la généralisation de programmes de soutien de la communication auprès des personnes aphasiques sévères en institution, qui constituent aujourd'hui une population particulièrement vulnérable pour laquelle il n'existe pas d'outils standardisés et validés.

Nous pensons que l'utilisation de nos supports de communication pourrait s'adresser à un public plus large, notamment à tout patient risquant un repli et un désinvestissement sur le plan de la communication, dans des institutions telles que les EHPAD par exemple, ou encore les IME.

Créer des supports spécifiques d'étayage de la communication et observer la mise en place d'un tel programme à chaque étape de son développement a été pour nous passionnant et formateur, nous offrant l'opportunité de réfléchir tant à la conception qu'à l'utilisation de la CAA.

## BIBLIOGRAPHIE

- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27(2), 231-246.
- Bogliotti, C. (2012). Les troubles de la dénomination. *Langue française*, 174(2), 95-110.
- Brin, F., Lederlé, E., Masy, V., Kremer, J.-M., & Courrier, C. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition).
- Calmels. (1996). La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) en France. Développement et utilisation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 39(4), 241-249.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G., & Simmons Mackie, N. (2000). Life Participation Approach to Aphasia : A Statement of Values for the Future. *The ASHA Leader*, 5(3), 4-6.
- Chomel-Guillaume S., Leloup G., & Bernard I. (2010). *Les aphasies : Évaluation et rééducation* (Masson).
- Croux, C. (2013). *Élaboration d'une évaluation fonctionnelle de la communication des personnes aphasiques : La Mesure d'Indépendance Communicationnelle* [Mémoire pour l'obtention du Certificat d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine].
- Darrigrand, B., & Mazeaux, J.-M. (2000). *Échelle de communication verbale de Bordeaux*.
- Darrigrand, Benedicte, Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M., & mazaux, J.-M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1169-1178.
- Davis, G., & Wilcox, J. (1985). *Adult Aphasia Rehabilitation : Applied Pragmatics*.
- De Partz, M.-P. (1990). *Les approches pragmatiques dans la rééducation des patients aphasiques*. 16, 37-47.
- Frederix, M. (2007). *Le SACC*.
- Gofman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne* (Les éditions de minuit).
- Gonzalez, I., & Brun, V. (2007). *Communications alternatives et suppléances fonctionnelles* (Masson, p. 251-261).
- Gonzalez, I., Munier, N., Petit, H., Gaujard, E., & Bolinches, C. (2005). *Le C.COM. Un outil*

*de communication.*

Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *Boston Diagnostic Aphasia Examination.*

Gremaud, O., & Martins, C. (2018). *Soutenir la communication chez les personnes souffrant d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral en soins aigus.*

Grice, P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30, 57-72.

Havard, I. (2000). Mise en place d'un panneau de communication comme support aux échanges conversationnels entre le patient aphasique en phase aiguë d'hospitalisation et le personnel soignant/ les proches. *Les Cahiers de la SBLU*, 4, 12-15.

Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 827-835.

Holland, A. (1987). Approche pragmatique du traitement de l'aphasie. Dans *L'orthophonie ici, ailleurs, autrement : Actes scientifiques du congrès international d'orthophonie* (L'orthophonie, p. 191-198).

Hymes, D. (1967). Models of the interaction of language and social setting. *Journal of Social Issues*, 23.

Jakobson, R. (1969). Linguistique et poétique. *Essais de linguistique générale*, 1.

Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15-28.

Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in Speech and Language*, 32(03), 216-228.

Lasswell, H. (1936). *Who gets what, when, how.*

Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C., & Moir, D. (2001). Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(s1), 25-30.

Lohisse, J. (2006). *La communication : De la transmission à la relation.* 25, 342-346.

Mazeaux. (2017). Chapitre 6 : L'aphasie vasculaire : Prédiction de la récupération, innovations en rééducation et au-delà. Dans *Troubles neuro-cognitifs vasculaires et post-AVC. De l'évaluation à la prise en charge* (De Boeck).

- McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Boscart, V., Fox, M., & Rochon, E. (2012). Patient-centred communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. *BMC Geriatrics*, *12*, 61.
- Michallet, B., Le Dorze, G., & Tetreault S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap : Implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *42*(5), 260-270.
- Michel, M.-J. (2001). *Germes de parole. Communication et relation avec le patient ne pouvant s'exprimer oralement*. (Masson).
- Montagner, H. (1997). Les compétences-socles : Une nouvelle grille de lecture des constructions enfantines et de leurs anomalies. *Communication et organisation*, *12*.
- Müller, J., Habert, B., Migozzi, J., & Fiala, P. (1981). Catherine Kerbrat-Orecchioni, L'énonciation de la subjectivité dans le langage, Paris, Armand Colin, 1980.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.
- Parent, M. (1999). Les aides à la communication pour la personne aphasique : Construction et limites de leur utilisation. *Glossa*, 34-50.
- Pariel-Madjlessi, S., Pouillon, M., Robcis, I., Sebban, C., Frémont, P., & Belmin, J. (2005). La dépression : Une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, *3*, 11.
- Patry, J.-F., Arino, C., Bailleil, N., Keller, O., Lamarque, J., Laneige, C., Latour, M., Mercier, N., & Simon, C. (2006). Favoriser la communication des aphasiques par l'équipe soignante : Place d'un atelier de communication. Dans *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 83-89). Springer-Verlag.
- Pedersen, P., Vinter, K., & Olsen, T. S. (2004). Aphasia after Stroke : Type, Severity and Prognosis. *Cerebrovascular Diseases*, *17*(1), 35-43.
- Riley, M., & Riley, J. (1959). Mass Communication and the Social System. *Sociology Today*.
- Rousseaux, M., Cortiana, M., & Bénèche, M. (2014). Dans *Communiquer malgré l'aphasie* (Sauramps Médical).
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2001). *TLC: Test Lillois de Communication* (Isbergues: OrthoEdition).



Searle, J. (1972). Les actes de langage. Essai de linguistique générale. *Revue Philosophique de Louvain*, 12, 807-811.

Seron, X., De Wilde, V., De Partz, M.-P., Prairial, C., & Jacquemin, A. (1996). Les carnets de communication. *Questions de logopédie*, 33, 153-187.

Shannon. (1948). *A mathematical theory of communication*.

Simmons-Mackie, N., King, J. M., & Beukelman, D. R. (2013). *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*.

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication Partner Training in Aphasia : A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1814-1837.

Temple, G. (2014). *Étude de prévalidation d'un outil d'évaluation fonctionnelle de la communication de l'aphasique* [Mémoire pour l'obtention du Certificat d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine].

Thomas-Antérion, C. (2013). Réviser nos classiques anatomo-cliniques, distinguer les principaux niveaux de traitement linguistique... *les aphasies*, 16, 22.

Vandenbussche, M., Robert, M., Unadreo, E., & Gatignol, P. (2013). Connaissances en matière d'accident vasculaire cérébral (AVC) et prise en charge orthophonique post-AVC. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, e257.

Watzlawick, P., Helmick, J., & Jackson, D. (1979). *Une logique de la communication*.

#### Sitographie :

-« Qu'est-ce que la Communication Alternative ? », ISAAC : <https://www.isaac-fr.org/accueil/>

-« Communication tools : communicative access & SCA », Aphasia Institute : <https://www.aphasia.ca/communicative-access-sca/>

-Benichou, D. (2007) « Aphasies et rééducation : Plaquettes de communication », <https://www.aphasiesetreeducation.sitew.fr>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Support de communication pour la toilette



Parties du corps



### Produits



Brosse à dents



Dentifrice



Rasoir



Coupe-ongles



Savon



Shampooing

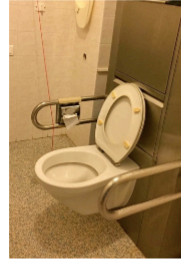


Gant



Crème

### Toilette



Aller aux toilettes



Se laver



Se laver les mains



Chaud - Froid



Brosse



Élastique



Déodorant



Parfum



Lunettes



Vernis



Maquillage



Protection féminine



Protection masculine



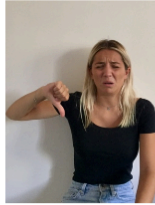
Protection mixte

## Annexe 2 : Support de communication pour le repas

### État



J'aime



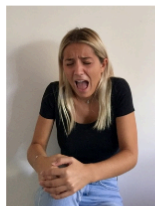
Je n'aime pas



Je n'ai plus faim

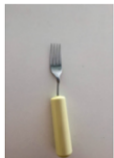


Je suis fatigué(e)



J'ai mal

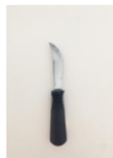
### Aides matérielles



Fourchette



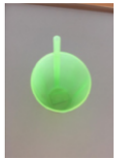
Cuillère



Couteau



Couteau-fourchette



Paille



Verre à découpe



Verre canard



Anti-dérapant



Serviette

### RÉFECTOIRE



### Aides humaines



Couper



Essuyer

### Goût



Mayonnaise



Moutarde



Ketchup



Sel



Poivre



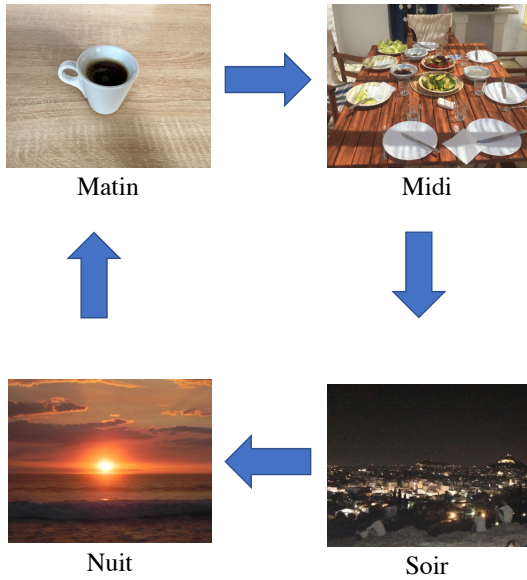
Eau plate



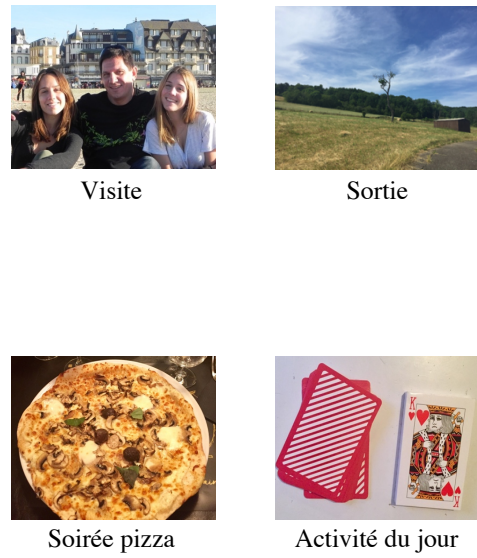
Eau gazeuse

## Annexe 3 : Support planning

### REPÉRAGE TEMPOREL



### ACTIVITÉS DE LOISIRS



### ACTIVITÉS DE SOIN

#### Au centre



#### À l'hôpital





Marie Lencou

*Observation de la mise en place d'un programme transdisciplinaire précoce de soutien à la communication pour améliorer les compétences communicationnelles du patient aphasique sévère en institution*

Résumé : En CMPR, l'orthophoniste intervient auprès du patient pour lui permettre de surmonter son handicap langagier et communicationnel afin de préserver son statut d'être communicant, mais la réussite de ce dernier objectif est souvent limitée. Ce mémoire propose de comparer l'indépendance communicationnelle des patients aphasiques sévères avant et après l'application d'un programme de soutien à la communication : il s'agit de leur proposer le plus précocement possible des supports de CAA de manière écologique et systématique en formant le personnel soignant à leur utilisation dans l'institution. Les résultats montrent que les patients ont pris l'habitude d'utiliser ces supports et n'ont pas désinvesti la communication.

Mots-clés : Aphasie, communication, CAA, approche psychosociale, soutien précoce de la communication

*Study of a precocious transdisciplinary communication support program to improve communication's skills of the severe aphasic patient in an institution*

Abstract : In Physical Medicine and Rehabilitation centers, speech-therapist helps the patient to overcome his language and communication handicap to preserve his status as a communicator, but the success of this objective is often limited. This thesis compares the communication independence of severe aphasic patients before and after a communication support program : we offer them as early as possible CAA supports of ecological and systematic way by training the nursing staff in their use in the institution. We notice that patients included in this program have become accustomed to using these supports and have not disengaged communication.

Keywords : Aphasia, communication, AAC, psychosocial approach, precocious communication support program