

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Orthophonie**

**Création d'un outil de rééducation pour la réhabilitation sociale des
adultes aphasiques chroniques**

Elaboration de l'item 2 : les courses de proximité

Mémoire présenté et soutenu par

Maëlys Grivel

En juin 2023

Mémoire dirigé par

Isabelle Vincent

Orthophoniste

Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire, Isabelle Vincent. Vous m'avez donné confiance et toujours encouragée à fournir un travail rigoureux et de qualité. Merci pour votre accompagnement sans failles, vos relectures attentives et vos retours constructifs. J'ai beaucoup appris auprès de vous et j'espère être une orthophoniste aussi bienveillante et à l'écoute que vous l'êtes auprès de vos patients.

Merci à l'équipe pédagogique de l'ILFOMER et aux professeurs pour votre encadrement et votre implication durant ces 5 années d'études. Votre disponibilité et votre écoute nous ont permis de bénéficier d'une formation de qualité, et de se sentir toujours à l'aise de partager nos ressentis.

Merci aux membres du jury d'avoir pris le temps de lire mon travail.

Merci à toutes mes maîtres de stage. Auprès de vous, j'ai pris confiance en moi, en l'orthophoniste que je voulais devenir. Merci d'avoir pris le temps de me guider et de m'encourager. J'ai construit mon savoir-être et mon savoir-faire clinique grâce à vous.

Merci à tous les patients rencontrés tout au long des stages qui ont nourri ma réflexion, alimenté mon sens clinique et contribué à construire ma posture professionnelle. Un remerciement particulier aux trois patients sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Merci à ma famille. Papa, Maman, Gaëtan vous avez été d'un soutien sans failles durant ces longues études. Je mesure la chance que j'ai d'avoir une famille aussi soudée et compréhensive que la nôtre. Vous m'avez permis de m'épanouir et de me construire en toute confiance. Je vous aime fort.

Merci à la best maîtrise pailletée, votre amitié m'est extrêmement précieuse. Nico, merci pour tes blagues dans lesquelles je plonge toujours la tête la première. Baptiste, merci pour toutes ces petites bulles hors du temps, en randade ou au soleil sur ton balcon, qui m'ont permis de penser à autre chose. Solenne, merci d'avoir été toujours présente à mes côtés, d'avoir cru en moi, d'avoir partagé mes coups de mou et surtout d'avoir été ma pom-pom girl durant toutes ces années. C'est définitivement toi la plus fun. J'ai hâte d'être à l'an prochain pour partager encore plus de beaux moments tous ensemble.

Un énorme merci aux petites châtaignes, cette promo du love, mes fleurs. Une promo de l'entraide, du soutien, de l'amour. Ces 5 ans n'auraient pas eu la même saveur sans vous. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir partagé un bout de ma vie à vos côtés. J'ai appris le sens du mot « sororité » grâce à vous. Je me suis construite avec votre bienveillance, votre bonne humeur, votre écoute. Merci pour tous ces moments partagés, ces fous rires, cette solidarité dans les moments difficiles. On se retrouve vite pour la 3^e édition de notre WEP !

Merci à mes girls on fire, je me sens très chanceuse d'avoir des amies aussi attentionnées et bienveillantes que vous. Merci pour votre confiance, vos conseils toujours avisés. Vous avez été mes piliers. Je suis fière de vous, de tout ce qu'on a traversé ensemble. Un merci tout particulier à Isaline, ma co-VP, mon acolyte de toujours, ma copine d'amour. Vous avez rempli ma jauge de bonheur au maximum. Je vous pince fort.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Maëlys Grivel

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à LIMOGES, Le lundi 24 avril 2023



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Session de juin 2023

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Maëlys Grivel

Etudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : LIMOGES

Le : lundi 24 avril 2023

Signature de l'étudiant.e :



Glossaire

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Aphasique

PES : Prise En Soins

Table des matières

Introduction.....	11
Partie théorique	12
1. La communication dans l'aphasie	12
1.1. L'aphasie.....	12
1.1.1. Données générales	12
1.1.2. Sémiologie.....	12
1.2. La communication.....	12
1.2.1. Aspects théoriques.....	12
1.2.2. Perturbations communicationnelles dans l'aphasie	14
2. L'aphasie en tant que handicap	15
2.1. La référence à la CIF	15
2.2. Des restrictions dans la vie quotidienne et sociale	17
2.3. Une altération de la qualité de vie	20
2.4. Des répercussions pour le patient, mais aussi pour l'entourage	20
3. La réhabilitation sociale	21
3.1. Rôle de l'orthophoniste	21
3.2. Bilan et évaluation de la communication	22
3.3. Approches et techniques de la prise en soin orthophonique	23
4. Le cas particulier de la gestion des courses	25
4.1. Les activités instrumentales de la vie quotidienne.....	25
4.2. Les fonctions cognitives impliquées	25
4.3. Les facteurs facilitants et les facteurs obstacles	27
Problématique et objectifs de recherche	29
Méthodologie	31
1. Etude bibliographique.....	31
1.1. L'importance des tâches fonctionnelles	31
1.2. L'intérêt de l'entraînement par script.....	32
1.3. Script d'une interaction commerciale	32
1.4. Les différentes situations pouvant être rencontrées dans un commerce.....	33
1.5. Les caractéristiques de l'outil	34
2. Elaboration de l'item « courses de proximité »	35
2.1. Rappel du travail de Totola (2022)	35
2.2. Etapes de développement.....	36
2.2.1. Choix des commerces.....	36
2.2.2. Recherche des items à travailler	37
2.2.3. Ecriture et mise en forme des scénarii	38
3. Première présentation de l'outil.....	40
3.1. Population	40
3.2. Etapes de présentation de l'outil	42
Présentation des résultats.....	44
1. Modifications apportées à l'outil	44
1.1. Ajouts d'items.....	44
1.2. Modifications	44
2. Retours qualitatifs.....	45
2.1. Du point de vue d'un patient.....	46

2.2. Du point de vue d'une aidante.....	47
Discussion	48
1. La création d'un outil	48
2. Propos du patient et de son aidante : comparaison à la littérature	49
2.1. Les facteurs ayant influencé leur expérience.....	49
2.1.1. Facteurs personnels.....	49
2.1.2. Facteurs sociaux	50
2.1.3. Facteurs environnementaux	51
2.2. Les bénéfices retirés.....	52
2.3. L'importance de la réhabilitation sociale	52
3. L'implication de l'orthophoniste	53
4. Perspectives de travail	54
4.1. Une participation modeste.....	54
4.2. Une méthodologie à étoffer	55
4.3. Les courses, une activité instrumentale de la vie quotidienne parmi d'autres	56
4.4. Perspectives d'enrichissement de l'outil et pistes de réflexion.....	56
4.5. Retours sur les objectifs de recherche	58
Conclusion.....	60
Références bibliographiques	61
Annexes.....	67

Table des illustrations

Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF (OMS, 2001).....	16
Figure 2 : La communication dans le modèle du fonctionnement proposé par la CIF (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014)	17
Figure 3 - Extrait de notre document de travail sur les images des produits.....	38
Figure 4 - Synthèse des niveaux des scénarii.....	39
Figure 5 - Extrait de notre document de travail sur les scénarii.....	39
Figure 6 - Exemple d'une fiche « scénario »	40
Figure 7 – Exemple de prises de notes lors d'un échange pour le scénario niveau 2 au tabac- presse.....	43
Figure 8 - Piste de réflexion pour un support d'entraînement à la présentation de sa pathologie à l'interlocuteur par la PA.....	51
Figure 9 - Piste de réflexion pour un support collaboratif entre l'orthophoniste, le patient et son entourage	54
Figure 10 – Piste de réflexion pour le diagramme d'auto-évaluation.....	57

Table des tableaux

Tableau 1 : Les perturbations de communication rencontrées dans l'aphasie.....	14
Tableau 2 : Communication et participation chez les PA (Mazaux, Dacharry, et al., 2014) ..	18
Tableau 3 : Facteurs personnels et environnementaux influençant la participation sociale du point de vue des PA (Le Dorze et al., 2014; Martin, 2018b)	19
Tableau 4 - Tâches et fonctions cognitives impliquées lors des courses (selon Gong et al., 2022).....	26
Tableau 5 : Facteurs facilitants et facteurs obstacles influençant la participation des PA dans les commerces (d'après Anglade et al., 2019; Brown et al., 2006).....	27
Tableau 6 - Liste des études sélectionnées pour l'élaboration de notre outil	34
Tableau 7 - Items initialement sélectionnés	37
Tableau 8 - Données relatives aux participants	41
Tableau 9 - Exemples d'items modifiés	45
Tableau 10 - Questions posées durant l'interview.....	46

Introduction

Les habiletés communicationnelles sont nécessaires pour entrer en relation avec ses pairs, exprimer ses besoins et ses projets et demeurer épanoui dans sa vie sociale. Elles renvoient non seulement au contenu de l'échange, mais aussi au contexte et à l'acte communicationnel en lui-même (Mazaux et al., 2006). Or, « l'aphasie frappe au cœur de ce qui est profondément humain : la capacité de communiquer » (Joanette et al., 2018). Les conséquences sont majeures sur l'état psychologique du patient et sur les relations sociales qu'il entretient (De Partz, 2008). L'aphasie est alors source d'exclusion sociale (Parr, 2007), en raison de la réduction de la participation sociale, la diminution de l'engagement dans les activités de la vie quotidienne, la perte d'identité et de confiance en soi (Martin, 2018b). De nombreuses situations de la vie quotidienne sont altérées : la vie domestique, comprenant l'utilisation des transports en commun, la gestion des courses, la manipulation de l'argent ; les relations interpersonnelles ; les loisirs ; la vie communautaire (Mazaux, Dacharry, et al., 2014). Au-delà de son inscription dans une approche cognitive, la rééducation se doit de prendre en compte les aspects pragmatiques et fonctionnels des besoins des patients. Ainsi, la prise en soin orthophonique a pour objectif d'améliorer la qualité de vie, stimuler les capacités communicationnelles et augmenter la participation à la vie sociale (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). Dans une approche écologique, les scénarii et les jeux de rôles constituent des moyens efficaces et pertinents pour simuler des situations de la vie quotidienne, entraîner les capacités communicationnelles et généraliser ces compétences dans la vie réelle (Anglade et al., 2019; Joly, 2013; Kaye & Cherney, 2016; Trauchessec, 2018).

Totola, en 2022, a initié un travail sur la création d'un outil pour exercer les personnes aphasiques à des situations de communication problématiques dans la vie quotidienne. Le premier item, développé par Totola, portait sur l'utilisation du téléphone. Notre travail prend sa suite, et vise à élaborer l'item relatif aux courses de proximité. Ainsi, notre question de recherche est la suivante : Quelles caractéristiques doit comporter un outil de rééducation des adultes aphasiques chroniques post-AVC ou TC, pour la réhabilitation sociale, concernant les courses de proximité, en se référant aux données de la littérature et après une première présentation de l'outil auprès de patients ?

Dans une première partie, nous nous appuyons sur la théorie pour souligner que l'aphasie relève d'un véritable handicap, et que l'orthophoniste a un rôle à jouer pour la réhabilitation sociale des personnes victimes de ce trouble. Dans la deuxième partie, nous détaillerons nos objectifs de recherche et les étapes qui nous ont guidé dans l'élaboration du matériel. Nous exposerons ensuite nos résultats après une première présentation de l'outil auprès de patients. Enfin, nous discuterons des limites et des perspectives de notre étude.

Partie théorique

1. La communication dans l'aphasie

1.1. L'aphasie

1.1.1. Données générales

Trousseau, en 1954, définit l'aphasie comme « une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit » (Brin-Henry et al., 2011). Il s'agit d'un trouble acquis. Les domaines phonologiques, lexicaux, sémantiques, morphosyntaxiques et pragmatiques peuvent être affectés. Des troubles cognitifs peuvent également se surajouter, se manifestant au niveau instrumental (gestes, capacités visuo-spatiales, calcul, gnosies), au niveau exécutif (inhibition, planification, flexibilité), au niveau attentionnel et au niveau mnésique (mémoire à court terme, mémoire épisodique, mémoire sémantique) (Sabadell et al., 2018).

Les étiologies sont diverses, l'aphasie peut être d'origine vasculaire, traumatique, neurodégénérative, infectieuse, inflammatoire ou tumorale (Peskine & Pradat-Diehl, 2007).

Cette affection reste encore mal connue des médias, des organismes et du grand public, bien qu'elle touche 12 000 à 15 000 personnes en France chaque année (Vaillandet, 2016).

1.1.2. Sémiologie

Les symptômes aphasiques étant très hétérogènes, les classifications élaborées à partir des syndromes anatomocliniques typiques ont été abandonnées avec l'arrivée de l'imagerie cérébrale et de la cartographie peropératoire (Sainson, 2018a). Les aphasies sont maintenant décrites selon la modalité fluente/non fluente et les domaines (phonologique, lexical, sémantique, morphosyntaxique, pragmatique) et versants (oral, écrit, compréhension, expression) du langage touchés (Sabadell et al., 2018).

Nous ne détaillerons pas les troubles linguistiques rencontrés, notre travail se concentrant davantage sur les altérations de la communication.

1.2. La communication

1.2.1. Aspects théoriques

Notre société est basée sur les échanges et la communication. Cette dernière est essentielle pour entrer en relation avec ses pairs, elle assure un épanouissement personnel et un équilibre psychique (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007a). La communication est décrite comme « un système qui comprend un émetteur et un récepteur entre lesquels circule un message signifiant et intentionnel émis dans un contexte donné » (Joanette et al., 2018). La définition de l'American Speech Language Hearing Association ajoute une dimension fonctionnelle : « habileté à recevoir ou à transmettre un message indépendamment du mode choisi, à communiquer de manière efficiente dans un environnement naturel » (Martin, 2018a).

Roman Jakobson a établi 6 fonctions de communication (Mazaux, Daviet, et al., 2007) :

- La fonction référentielle, c'est-à-dire le contexte, permet de comprendre le sens de la communication, à travers l'emploi des pronoms, des inférences, des sous-entendus...
- La fonction poétique est rattachée aux signes et au code utilisés.

- La fonction expressive correspond à l'émetteur. Elle rend compte des émotions : expressions faciales, timbre de la voix...
- La fonction conative se rapporte au destinataire, par la modification de son état d'esprit, de son comportement ou de ses actions.
- La fonction phatique sert à établir le contact et à assurer l'attention de ses interlocuteurs.
- La fonction métalinguistique correspond au code, c'est-à-dire la langue employée.

Dans ce modèle, le récepteur joue un rôle passif. D'autres courants ont enrichi les modèles de communication, notamment le courant de la cybernétique et l'école de Palo Alto. Ils ajoutent la notion d'ajustement des partenaires l'un à l'autre par les feedbacks, ainsi que l'importance du contexte : le sens du message diffère selon l'environnement (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014).

Nous adaptons notre communication en fonction de la relation que nous partageons avec notre interlocuteur, du rang social et de notre histoire commune. La pragmatique « interprète la production du message en contexte et considère principalement les processus d'échange et d'interaction. Elle considère les habiletés d'un individu à traiter (comprendre et/ou exprimer) les intentions de communication par référence à un contexte donné. De plus, elle s'intéresse à l'échange de paroles comme activité intersubjective, comme pratique sociale » (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014). Cette discipline présente plusieurs aspects (Lissandre et al., 2007) :

- Les actes de langage d'Austin correspondent à la notion d'intentionnalité. Ils peuvent être directs ou indirects, selon s'ils sont implicites et nécessitent de réaliser des inférences ou non.
- Les règles de coopération de Grice, qui sont au nombre de quatre : principe de quantité (ni trop ni trop peu d'informations), principe de qualité (informations véridiques), principe de pertinence (parler à propos), principe de manière (clarté du discours).
- La régie de l'échange : la succession des tours de parole permet un équilibre de la conversation entre les interlocuteurs, à travers des indices verbaux et gestuels comme les intonations, les pauses, les respirations, les regards, la posture, les gestes... Nous y retrouvons également les moyens mis en œuvre pour introduire, maintenir, clore ou modifier un thème ou un échange verbal.
- La loi d'informativité : nous nous devons d'apporter une information que l'autre ignore.
- Le dit et le présupposé : « le dit constitue la partie explicitement énoncée du message, le présupposé est ce que l'émetteur suppose connu de son interlocuteur dont une part est le savoir partagé ».
- La loi d'intérêt : parler de ce qui est susceptible d'intéresser son interlocuteur.
- La loi de sincérité : dire ce que nous croyons vrai.
- Les comportements sémiotiques non verbaux ont pour but de compléter et préciser le message oral ou d'indiquer la qualité de la réception. Nous y retrouvons la proxémique, l'orientation du corps par rapport à l'interlocuteur, le regard, la posture, les mimiques, les gestes, les onomatopées.

Nous distinguons la communication verbale et la communication non verbale.

La communication verbale est définie comme la « capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celle des partenaires de l'échange » (Mazaux, Daviet, et al., 2007). Elle suppose l'emploi de signes et de symboles spécifiques à une langue, avec des éléments lexico-sémantiques et syntaxiques. Elle correspond à la production et la compréhension d'énoncés longs, qui

constituent le thème de l'échange. Elle est sous-tendue par l'apport d'informations nouvelles et pertinentes, de manière logique et structurée, en respectant la notion de savoir partagé et en manipulant le changement de thème de façon appropriée. Enfin, la communication verbale nécessite l'efficacité d'autres processus cognitifs, comme la mémoire de travail, la mémoire déclarative, la mémoire procédurale, les fonctions exécutives et les fonctions émotionnelles (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014).

La communication non verbale désigne l'ensemble des composantes venant soutenir la communication verbale. Elle repose sur la notion de plurifonctionnalité, puisque nous y retrouvons trois catégories (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014) :

- Les composants voco-acoustiques (se rapprochant de la prosodie) : timbre de la voix, hauteur tonale, intensité, accent, intonation, rythme, débit, pauses, silences.
- Les composants olfactifs, tactiles et thermiques : odeurs et contact.
- Les composants visuels : apparence corporelle, tonus/posture, proxémique (positionnement dans l'espace), regard, expressions faciales, gestes.

Ainsi, les modèles de communication se fondent sur le principe de multicanalité, mettant en jeu des signes verbaux, non verbaux et paraverbaux (Engelhardt et al., 2014).

1.2.2. Perturbations communicationnelles dans l'aphasie

L'aphasie est source de sévères limitations des capacités de communication. Nous détaillerons ici les perturbations verbales, non verbales et prosodiques ainsi que les altérations de l'efficacité de la communication (Mazaux, Daviet, et al., 2007; Mazaux et al., 2006; Rousseaux, Cortiana, et al., 2014). Pour une meilleure lecture, nous présenterons les troubles sous forme de tableau :

Tableau 1 : Les perturbations de communication rencontrées dans l'aphasie

Symptômes aphasiques et perturbations de la communication verbale	<p>Troubles de la compréhension : abandon du sujet ou de l'échange verbal, malentendus, ruptures dans la communication.</p> <p>Troubles de la production (au niveau phonétique, sémantique ou syntaxique) : logorrhée, persévérations, énoncé incohérent, ralentissement de l'échange, sensation de malaise chez l'interlocuteur.</p> <p>Altération de la quantité ou de la concision des informations, liée à l'augmentation du nombre et de la durée des pauses.</p> <p>Appauvrissement de la pluralité des actes de langage.</p> <p>Non-respect des maximes de conversation de Grice.</p> <p>Difficultés à traiter les demandes indirectes et à effectuer les inférences nécessaires à la compréhension de l'humour, des métaphores, des sous-entendus.</p>
Perturbation de la communication non verbale et perturbations prosodiques	<p>Bruits buccaux (raclements de gorge, claquements de langue, sifflements) plus fréquents.</p> <p>Altération de la prosodie : augmentation ou diminution de l'accent tonique, monotonie, pseudo-accent étranger.</p> <p>Intensification des mimiques et des regards.</p> <p>Variabilité de la proxémique (analyse de la posture et de ses changements).</p>

	Altération des composantes temporelles (rythme, durée, segmentation, intensité vocale).
Altération de l'efficacité de la communication	<p>Difficulté à prendre la parole en premier.</p> <p>Effet du caractère familier ou étranger de l'interlocuteur.</p> <p>Influence de la complexité des thèmes de l'échange.</p> <p>Diminution des commentaires et des apports d'information.</p> <p>Perturbation de l'alternance des tours de parole .</p> <p>Perturbation de la gestions des thèmes : la personne aphasique laisse l'interlocuteur choisir le sujet de conversation et ses changements.</p> <p>Rôle passif dans la conversation.</p> <p>Pauvreté des procédures de réparation (informations complémentaires ajoutées si l'interlocuteur signale une incompréhension).</p>

Néanmoins, nous remarquons que les PA (personnes aphasiques) conservent une sensibilité au contexte, permettant d'appréhender le cadre général et l'objet des échanges verbaux. Elles continuent également à détecter l'intentionnalité et l'état émotionnel du partenaire. La redondance des énoncés est facilitante, et les PA savent distinguer une information nouvelle d'une information déjà introduite. Dans l'ensemble, les règles pragmatiques sont conservées, ainsi que Audrey Holland le constate en 1991 « les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent ». Les situations PACE ont également démontré que les PA développent des stratégies compensatoires verbales et non verbales pour repérer les informations importantes ou pour demander une reformulation. Les capacités de communication pour exprimer des besoins élémentaires ou faire part de projets sont conservées (Mazaux, Daviet, et al., 2007; Mazaux et al., 2006).

Il est à noter que les perturbations communicationnelles sont également liées aux ressentis du patient face à ses troubles, à la façon dont il communiquait avant l'aphasie, à sa personnalité, à la sévérité des troubles cognitifs associés, à l'évolution de travail de deuil langagier, à son environnement, au soutien social qu'il possède (Martin, 2018a)... C'est pourquoi les troubles communicationnels sont aussi variés, au vu des différences inter-individuelles mais aussi intra-individuelles.

2. L'aphasie en tant que handicap

2.1. La référence à la CIF

La CIF, Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, a été adoptée par l'assemblée générale de l'OMS en 2001. Elle cherche à définir, par un langage commun, l'ensemble des aspects de la santé humaine. Elle décrit les situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'une personne peut subir. Le fonctionnement est organisé selon le corps (organes et fonctions), selon les capacités individuelles de la personne, et selon son appartenance à une société. (Chapireau, 2001). Afin de comprendre précisément le modèle, nous reprendrons les définitions issues de la CIF (OMS, 2001):

- "L'activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne ».

- « La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ».
- « Les limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ».
- « Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle ».
- « Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie ». Ainsi, la CIF observe les interactions entre les composantes du fonctionnement et du handicap.
- « Les facteurs personnels peuvent recouvrir le sexe, l'âge, la race, d'autres problèmes de santé, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, les modes d'adaptation... ».

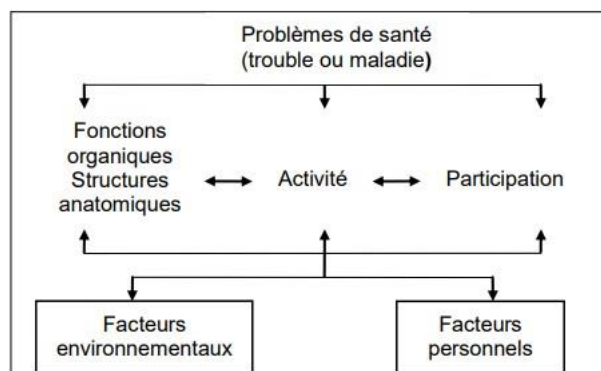


Figure 1 : Interactions entre les composantes de la CIF (OMS, 2001)

Ainsi, une lésion organique impacte le fonctionnement de la personne, provoquant un handicap dépendant des facteurs personnels et environnementaux. Ce handicap entrave la participation dans les sphères civiles, politiques, économiques, sociales et culturelles (United Nations General Assembly, 2007).

Dans la CIF, la communication est associée à la participation dans la vie quotidienne. Elle dépend de fonctions diverses (mentales, sensorielles, voix, parole), de facteurs personnels et de facteurs environnementaux (Rousseaux, Bénèche, et al., 2014). Or, l'aphasie est classée dans les fonctions mentales du langage (OMS, 2001). Nous comprenons donc en quoi une déficience langagière (et d'autres troubles cognitifs associés), source de troubles de la communication et donc de limitation d'activités, retentit également en tant que restriction de participation (Mazaux, Dacharry, et al., 2014).

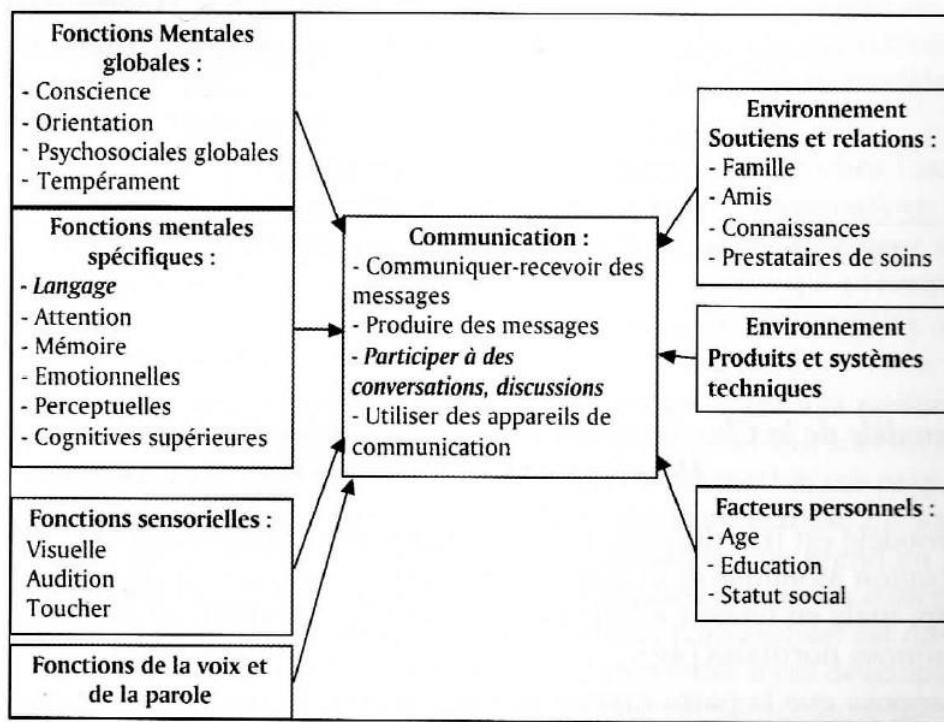


Figure 2 : La communication dans le modèle du fonctionnement proposé par la CIF (Rousseaux, Bénéche, et al., 2014)

Ainsi, la définition proposée par les Nations Unies cerne bien tous les aspects du handicap d'une personne : « Les personnes handicapées sont celles qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles à long terme, qui, en interaction avec diverses barrières, peuvent entraver leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (United Nations General Assembly, 2007).

2.2. Des restrictions dans la vie quotidienne et sociale

Comme nous l'avons vu précédemment, l'aphasie entraîne un handicap communicationnel qui se répercute dans la vie personnelle, sociale et citoyenne du patient. Nous détaillerons ici les restrictions de participation rencontrées, tout en tenant compte des différences interindividuelles, pouvant être expliquées par les facteurs suivants: la gravité de l'aphasie, la présence d'une déficience physique, l'âge, la motivation, l'état psychologique, la présence d'un aidant, la familiarité de la situation/de l'interlocuteur, la sensibilisation de l'interlocuteur à l'aphasie...(Le Dorze et al., 2014).

Mazaux et al. (2006) ont objectivé, à l'aide de l'Echelle Communicationnelle Verbale de Bordeaux (ECVB) les incapacités de communication retrouvées le plus souvent chez les PA : rédaction de lettres et de documents, gestion de documents administratifs, entretien d'une conversation sur un sujet complexe, maniement de chèques et de cartes de crédit, utilisation du téléphone, initiation d'une conversation avec des personnes non familières. A ces activités, Mazaux, Daviet, et al. (2007) rajoutent des difficultés à faire ses courses, solliciter un vendeur, expliquer un projet à un artisan, passer commande au restaurant, participer à des repas de famille. Plus généralement, le handicap entraînera aussi des difficultés à conduire, à voyager en autonomie, à voter, à reprendre une vie professionnelle (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007a).

Ces données sont retrouvées chez Dacharry et al. (2013), qui ont créé, à partir de la CIF, une Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation (GMAP). Ainsi, ils ont mis en évidence des différences significatives relatives à la participation entre des PA et des personnes saines. Pour une meilleure lisibilité, nous synthétiserons les résultats sous forme de tableau :

Tableau 2 : Communication et participation chez les PA (Mazaux, Dacharry, et al., 2014)

DOMAINES	DIFFICULTES RENCONTREES
Vie domestique	Se déplacer à l'extérieur et s'orienter Prendre les transports en commun Faire ses courses S'adresser à un vendeur Manipuler l'argent (argent liquide, carte bancaire, chèque) Planifier un budget Tenir le linge
Relations interpersonnelles	Rencontrer de nouvelles personnes Maintenir ses relations amicales et professionnelles Utiliser le téléphone Converser sur des sujets complexes Modifier son rythme et ses habitudes de vie Modifier sa relation de couple, sa vie familiale, voir son intimité perturbée
Loisirs	Solliciter un vendeur ou un employé Prendre la parole Tenir une conversation à plusieurs Aller au théâtre ou au cinéma
Vie citoyenne et communautaire	Gérer ses démarches et ses papiers administratifs Téléphoner Utiliser internet

Parr (2007), quant à elle, a centré ses recherches sur les aphasies sévères. Elle met en évidence les indicateurs d'exclusion sociale, sur le plan infrastructurel, interpersonnel et personnel.

Au niveau de l'exclusion infrastructurelle, nous retrouvons les indicateurs suivants :

- L'accès à l'emploi
- L'insuffisance des revenus
- L'inadaptation des services (santé, logement, éducation, loisirs)
- La localisation des ressources et des services
- Un manque d'information

L'exclusion interpersonnelle est envisagée sous 3 angles : les relations personnelles étroites, les relations avec les prestataires de services, les relations avec les autres patients. Elle comprend les réactions inadaptées des interlocuteurs (donner des ordres, parler de la personne comme si elle n'était pas présente, faire répéter, parler de manière infantilisante...) mais aussi le sentiment d'exclusion, de ne plus appartenir à un groupe auquel la PA a appartenu, ou de faire partie d'un groupe considéré comme stigmatisé.

L'exclusion personnelle est relative à la sensation d'isolement, d'ennui, de dépression, de frustration ou de colère ; aux changements de projet de vie ; au manque de contrôle et de prise de décision.

Pour compléter nos propos, nous nous appuyons sur deux études. Les recherches de Le Dorze et al. (2014) identifient du point de vue des PA, les facteurs pouvant influencer, outre les difficultés de langage, la participation sociale. En s'appuyant sur la CIF, les auteurs listent les facteurs personnels et environnementaux facilitateurs ou obstacles. Par ailleurs, l'article de Martin, (2018b), reprend les aspects facilitants ou bloquants détaillés par Van der Gaag, Smith, Davis, Moss, Cornelius, Laing en 2005 à travers des entretiens semi-structurés avec des PA.

Tableau 3 : Facteurs personnels et environnementaux influençant la participation sociale du point de vue des PA (Le Dorze et al., 2014; Martin, 2018b)

	FACTEURS FACILITATEURS	FACTEURS OBSTACLES
Facteurs personnels	Facteurs d'identité : détermination, persévérance, motivation, révélation de l'aphasie aux interlocuteurs, attitude positive et en recherche de solution.	Propres limitations communicatives et physiques. Mésestime de soi, peur du jugement, tendance à éviter les relations sociales.
Facteurs environnementaux	Interactions en face à face, permettant une meilleure identification des expressions faciales, gestes, postures et mimiques soutenant le langage. Famille et cercle social adaptés, disponibles, encourageants. Adhésion à une association pour les PA : compréhension et soutien des autres patients, partage d'expériences, nouvelles rencontres. Services de réadaptation satisfaisants. Tolérance et ouverture d'esprit des interlocuteurs.	Locuteurs mal adaptés, bruits et éléments distrayants. Relations sociales et familiales pauvres, comportement de surprotection de la part de l'entourage. Nécessité d'une tierce personne pour certaines activités. Interactions sociales ne répondant plus aux attentes sociétales de rapidité et de productivité. Méconnaissance des services disponibles. Consultations médicales inadaptées.

		<p>Manque de connaissances sur l'aphasie de la part du grand public.</p> <p>Peu d'adaptations concernant l'activité professionnelle.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ainsi, le contexte communicationnel, la redéfinition du rôle social et les représentations autour de l'aphasie sont des facteurs majeurs influençant la participation sociale des PA.

2.3. Une altération de la qualité de vie

La qualité de vie, selon le modèle A-FROM (Aphasia : Framework for Outcome Measurement) construit à partir de la CIF par le groupe Aphasia Institute of Toronto, dépend des paramètres suivants : sévérité de l'aphasie ; participation aux situations habituelles de vie (activités, conversations, relations avec autrui, rôle du sujet et responsabilités) ; facteurs personnels comme l'identité, les attitudes et les émotions ; environnement (Martin, 2018a). Or, nous avons vu précédemment que la participation des PA était fortement réduite. Leur qualité de vie peut alors être altérée.

Lucot et al. (2013) ont cherché à déterminer les paramètres de la qualité de vie affectés par l'aphasie après un AVC à l'aide du SIP-65 (Sickness Impact Profile) et de la Li-Sat-11 (Life Satisfaction Questionnaire). Le SIP-65 vise à évaluer le niveau de santé des personnes présentant une maladie chronique, en explorant les aspects physique, psychique et social des déficiences. La Li-Sat-11 est un questionnaire d'autoévaluation portant sur l'épanouissement des personnes dans différents domaines de la vie quotidienne. Les résultats de Lucot montrent que l'aphasie altère la qualité de vie, surtout dans le domaine relationnel, familial et social. Les PA sont moins satisfaites que les participants témoins pour toutes les dimensions de la vie quotidienne : sommeil, état psychique, occupations à la maison et au jardin, déplacements à l'extérieur, relations avec les proches, cognition, communication, loisirs, alimentation.

Cet affaiblissement des liens sociaux s'explique par une diminution des activités physiques et des sorties à l'extérieur. Les PA privilégient les activités d'intérieur (repos, télévision, lecture, conversation avec la famille proche), ce qui majore leur isolement et le repli sur elles-mêmes (Benaim et al., 2007).

La dimension psychique est également à prendre en compte dans les facteurs influençant la qualité de vie. Pour Mazaux et al. (2006), l'aphasie est source de détresse, de perte de confiance en soi, d'anxiété, de dévalorisation et de dépression.

L'aphasie vient donc profondément réduire la qualité de vie, en touchant toutes les dimensions de la vie quotidienne, en particulier l'aspect relationnel, social et psychique.

2.4. Des répercussions pour le patient, mais aussi pour l'entourage

Au-delà de l'impact sur la vie du patient, l'aphasie entraîne également des conséquences sur les proches. Mazaux, Pradat-Diehl, et al. (2007) parlent ainsi de drame psychologique et social, pour le patient mais aussi pour son entourage.

Le rythme et les habitudes de la vie quotidienne sont à remodeler. Le retour à domicile est source de désillusions, avec les changements dus à l'accident. Il est nécessaire de repenser le quotidien, de réfléchir à des aménagements et de mettre en place de nouvelles routines (De Collasson, 2012).

Dès lors, c'est toute la dynamique familiale qui est bouleversée, avec parfois le risque d'une rupture dans le schéma familial. Ainsi, selon le profil de patient, les interactions familiales peuvent s'en trouver modifiées. Si le sujet est jeune, les parents peuvent se montrer plus protecteurs, avec un abandon des projets d'avenir pour leur enfant. Si c'est le conjoint qui est touché, la relation de couple peut être altérée par une remise en question des responsabilités et une impression de dépendance. Si le sujet est parent, il peut exister une souffrance relative à la disponibilité du parent, une modification du lien affectif, un sentiment d'impuissance et d'insécurité. Enfin, dans le cas d'une fratrie, un processus d'identification peut se mettre en place, avec une sensation de culpabilité (De Collasson, 2012).

De plus, les collègues, voisins et amis prennent leurs distances : la marginalisation et l'isolement de la famille se creusent. Les problèmes psychoaffectifs, matériels et financiers ont un impact sur les loisirs, les sorties de groupe, les sorties au cinéma, au restaurant ou au théâtre (North, 2007).

Les proches décrivent également leur sentiment d'isolement, la sensation d'un avenir bouché et l'impression d'un fardeau. Le risque d'épuisement est majoré (De Collasson, 2012). Plusieurs aspects semblent alors essentiels pour le soutien des aidants : être aidés par la famille, les amis, les voisins ; être informés sur l'aphasie et les différentes prises en soin, accepter son changement de rôle, se former, se laisser des périodes de repos (North, 2007). Le Plan Aphasie, une convention signée en 2009 par la FNAF, la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie, le Collège Français d'Orthophonie et la Société Française de Psychologie, préconise d'ailleurs des actions pour sensibiliser, former, accompagner et soutenir les aidants professionnels et personnels des PA (Vaillandet, 2016).

Face à ces éléments, nous comprenons aisément pourquoi Degiovani parle de l'aphasie comme une « maladie familiale » (Sainson, 2018a).

3. La réhabilitation sociale

3.1. Rôle de l'orthophoniste

Face à l'aphasie, les missions de l'orthophoniste sont plurielles.

Le bilan orthophonique de l'aphasie vise à évaluer les capacités de communication, les compétences conversationnelles et le langage, mais aussi les possibilités restantes relatives à l'expression et à la compréhension. Il prendra également en compte les praxies bucco-faciales, la déglutition et les troubles associés (Brin-Henry et al., 2011). Ainsi, l'évaluation des troubles linguistiques et communicationnels ainsi que leurs répercussions sur le quotidien de la PA permettent d'élaborer un projet thérapeutique spécifique, adapté aux besoins du patient, afin de lui faire recouvrer sa place d'interlocuteur (Engelhardt et al., 2014). L'orthophoniste axe sa prise en soin sur les performances fonctionnelles du sujet et non sur ses déficits (Martin, 2018a). La rééducation a pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient, développer ses capacités de communication avec ses proches et stimuler sa participation à la vie sociale (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b), tout en prenant en compte les habitudes antérieures à l'aphasie et son état de motivation (Mazaux, Daviet, et al., 2007).

En plus de ce travail, l'orthophoniste cherche à augmenter la confiance en soi du sujet et de son entourage ; à soutenir leur espoir de progression ; à les accompagner dans l'acceptation du handicap de communication et à réfléchir aux adaptations familiales, scolaires et professionnelles possibles (Vaillandet, 2016). Elle identifie les besoins des proches, pour les former et mettre en place des stratégies conversationnelles facilitatrices (Sainson, 2018a). Elle

encourage également les patients à faire partie d'associations, comme la FNAF, pour bénéficier d'un soutien et d'un partage d'expériences avec d'autres personnes aphasiques. De plus, cette adhésion permet à la PA de recouvrer un rôle social, trouver du réconfort auprès de ses pairs et ébaucher une réinsertion communautaire (Mazaux, Boissezon, et al., 2014). Elle joue donc un rôle-clé dans l'acceptation positive du handicap et dans le maintien du rôle du patient dans la cellule familiale (De Collasson, 2012).

La rééducation nécessite un projet thérapeutique évolutif et personnalisé, centré sur le patient, ses attentes, ses besoins, son évolution psychologique et affective, sa qualité de vie. Il se basera sur deux approches, l'approche cognitive et l'approche pragmatique, qui sont complémentaires (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). Nous détaillerons l'approche pragmatique dans une autre sous-partie. L'approche cognitive, quant à elle, repose sur la plasticité cérébrale pour récupérer, compenser ou maintenir une fonction : il s'agit de stimulation cognitive. Cette réorganisation cognitive dépend de plusieurs paramètres (Trauchessec, 2018) :

- Identification, lors du bilan, des fonctions préservées afin de les stimuler et s'appuyer dessus pour la rééducation
- Tâches faisant appel aux fonctions préservées afin de les renforcer
- Entraînements spécifiques, pour influencer des circuits neuronaux donnés qui participeront ensuite à une généralisation des acquis
- Répétition de la tâche, qui permet d'introduire des changements pérennes et un transfert de comportement dans des items non-entraînés
- Intensité suffisamment élevée, avec des items de difficultés progressives
- Prise en soin précoce, pour éviter la mise en place de mauvaises habitudes ou de mécanismes compensatoires compromettant la plasticité cérébrale
- Pertinence de la tâche : partir de la plainte du patient, s'assurer que celui-ci reste motivé en variant le matériel
- Réinvestissement des stratégies et des compétences acquises dans des situations du quotidien

Il est à noter qu'une prise en soin trop longue peut avoir des effets néfastes sur le patient : dépendance vis-à-vis du thérapeute ou d'un système de soins, perte des acquis à l'arrêt de la PES (prise en soins), absence de transfert des apprentissages dans les situations de la vie quotidienne (Martin, 2018a).

3.2. Bilan et évaluation de la communication

Notre travail portant sur la réhabilitation sociale, nous nous concentrerons sur les bilans de communication et non les bilans des troubles linguistiques.

L'évaluation de la PA présente deux aspects : tout d'abord, identifier les compétences préservées et les compétences altérées, puis examiner l'efficacité de la communication et déterminer les limitations d'activités engendrées par l'aphasie (Mazaux et al., 2006). Cette évaluation fonctionnelle cible plusieurs aspects : les interactions sociales, la capacité à attribuer à autrui des intentions ou des représentations mentales, les tours de parole, la faculté à s'ajuster à son interlocuteur, l'expression des émotions, l'appétence à la communication, les expressions faciales, la mimogestualité, le regard, la posture, l'intelligibilité, l'informativité, les activités de la vie quotidienne (Vaillandet, 2016).

Ainsi, plusieurs batteries d'évaluation existent pour évaluer les troubles de la communication chez la PA (Sabadell et al., 2018) :

- MEC – protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (Joanette et al., 2014) et MEC de poche (Ferré et al., 2011) : évaluent les compétences pragmatiques, prosodiques, discursives et lexico-sémantiques.
- TLC – Test Lillois de Communication (Rousseaux et al., 2001) : évalue la communication verbale et non verbale, la motivation du patient et l'efficacité de la PES.
- ECVB – Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (Darrigand et al., 2000) : évalue les aspects communicationnels en situation familière et non-familière pour identifier les situations du quotidien sources de difficultés.
- Eco-Mim – Echelle de Communication Multimodale en Images (Crochet et al., 2012) : évalue les capacités de communication et les moyens mis en œuvre pour communiquer sur trois aspects : besoins élémentaires, situations d'urgence et stress aigu, échanges sociaux.

En complément de ces bilans, il est nécessaire d'orienter vers une consultation neuropsychologique car d'autres troubles cognitifs peuvent perturber la communication : troubles de la mémoire de travail, troubles praxiques, troubles dysexécutifs... (Mazaux, Daviet, et al., 2007).

3.3. Approches et techniques de la prise en soin orthophonique

Comme vu précédemment, la prise en soin orthophonique allie les aspects cognitifs et les aspects pragmatiques (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007a). L'approche empirique, ou cognitive, repose sur les modèles langagiers, en identifiant les processus préservés et altérés. Les tâches rééducatives sont contrôlées, mesurées par des lignes de base, mais les situations restent artificielles. L'approche pragmatique, quant à elle, vise à améliorer la qualité de vie dans le quotidien, à augmenter les capacités de communication et la participation à la vie quotidienne. Dans cet objectif, le thérapeute et le patient travaillent dans des contextes d'échanges naturels et cherchent à concevoir des stratégies palliatives ou de suppléance. L'efficacité de la rééducation est mesurable à l'aide d'échelles fonctionnelles de la communication et de la qualité de vie (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). C'est cette dernière approche que nous détaillerons dans cette partie.

En premier lieu, l'orthophoniste veillera à prendre en compte les besoins des PA et de leur famille. Wallace et al. (2017) ont interrogé des PA et leurs proches pour identifier les aspects les plus importants de la rééducation. L'amélioration de la communication est l'un des objectifs principaux, pour retrouver des interactions sociales efficaces et indépendantes. Les participants mentionnent également une augmentation de leur participation à la vie sociale, un maintien des relations amicales, une reprise des activités de loisirs et du travail. L'amélioration du bien-être physique et émotionnel et de la confiance est aussi un thème qui revient fréquemment. Cette étude fait écho à celle réalisée par Le Dorze et al. en 2014, qui fournit des pistes thérapeutiques aux orthophonistes :

- Mettre en place des stratégies facilitatrices le plus tôt possible
- Favoriser des activités renforçant le sentiment de compétence et d'estime de soi
- Être à l'écoute des patients, des familles et de leurs besoins
- Viser une communication fonctionnelle en s'entraînant dans des situations de vie quotidienne réelles
- Impliquer les membres de la famille et les former pour devenir de meilleurs partenaires conversationnels
- Encourager à développer des stratégies d'auto-assistance (révéler son aphasie par exemple)
- Encourager à faire partie d'une association ou d'un groupe de parole
- Informer les PA des ressources et des services existants

Une des pistes de rééducation de l'orthophoniste sera ainsi de faire prendre conscience, d'améliorer et d'ajuster les habiletés communicatives du patient et de ses proches aux situations quotidiennes d'échange (Martin, 2018b). Plusieurs stratégies s'offrent alors au thérapeute : les stratégies alternatives et les stratégies fonctionnelles (Lissandre et al., 2007).

Les systèmes de communication alternatifs et augmentatifs sont des moyens de suppléance ou de substitution en cas d'atteinte langagière très sévère. Il peut s'agir de gestes, de dessins, de pictogrammes, de photographies, de cahiers de communication ou bien d'aides techniques informatives (Martin, 2018b).

Les stratégies fonctionnelles regroupent les thérapies dynamiques et interactives et les groupes de communication. Nous y retrouvons la PACE, une thérapie basée sur la linguistique pragmatique et créée par Davis et Wilcox. Cette approche repose sur une situation de conversation naturelle et a pour but d'entraîner le patient à utiliser tous les canaux de communication à sa disposition. Les analyses conversationnelles quant à elles, impliquent l'entourage pour apprendre de nouvelles stratégies favorisantes et supprimer les comportements de communication non-facilitateurs. Enfin, des simulations de situations de la vie quotidienne et des mises en situations réelles peuvent également être proposées (Engelhardt et al., 2014; Lissandre et al., 2007; Martin, 2018b). Le jeu de rôles, en tant qu'interaction écologique, peut être utilisé comme moyen de rééducation pour améliorer la communication globale des personnes aphasiques (Joly, 2013), puisqu'« à chaque événement de communication correspond un script, plus ou moins contraignant et précis selon les cas » (Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2004).

Ainsi, la participation sociale doit être l'un des objectifs principaux de la rééducation (United Nations General Assembly, 2007). Pour cela, l'orthophoniste proposera les tâches les plus écologiques possibles (Hamonet-Torny et al., 2013).

4. Le cas particulier de la gestion des courses

4.1. Les activités instrumentales de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne sont définies comme les activités que nous accomplissons pour vivre de manière autonome, s'intégrer dans notre environnement et remplir notre rôle social (Romero-Ayuso et al., 2021). Elles participent au sentiment d'auto-efficacité, de confiance en soi et d'estime de soi. Ces activités supposent des compétences motrices, cognitives et socio-émotionnelles. Elles se divisent en deux catégories : les activités routinières basiques (ADL – Activities of Daily Living) et les activités plus complexes instrumentalisées (IADL - Instrumental Activities of Daily Living). Ces dernières requièrent davantage de ressources cognitives ainsi que d'interactions avec l'environnement social (Romero-Ayuso et al., 2021). Les niveaux de performance aux IADL sont indicatifs d'un fonctionnement indépendant et constituent des prédicteurs fiables en termes de résultats de réadaptation et de qualité de vie (Josman et al., 2014).

Lawton & Brody, en 1969, ont créé une échelle pour évaluer les compétences fonctionnelles quotidiennes, en s'appuyant sur les IADL suivantes : la cuisine et la préparation des repas, l'entretien de la maison, la blanchisserie, la capacité à gérer ses finances, l'utilisation des moyens de transport, la capacité à utiliser son téléphone, l'automédication, les courses. Chez les PA, la gestion de l'alimentation, l'entretien du linge, les déplacements, les courses et les achats sont les actes les plus perturbés (Mazaux, Dacharry, et al., 2014).

Selon Peng et al. (2019), les courses constituent une activité nécessitant des compétences langagières, cognitives et motrices. L'OMS (2001) définit les courses comme l'action suivante : « acquérir pour de l'argent, les produits et les services nécessaires à la vie quotidienne (y compris donner instruction et superviser un intermédiaire chargé de faire les courses), par exemple choisir la nourriture, les boissons, les produits d'entretien, les articles ménagers ou les vêtements au magasin ou au marché ; comparer la qualité et les prix des articles désignés, négocier et finalement payer les produits et les services choisis et les transporter ».

Ainsi, il s'agit d'une activité d'intégration communautaire typique, significative pour la plupart des personnes (Nir-Hadad et al., 2017; Togher et al., 1997). En effet, cette activité entretient les relations sociales, réduit la solitude, favorise l'indépendance et donc conduit à une meilleure qualité de vie (Mouri et al., 2022).

4.2. Les fonctions cognitives impliquées

Les IADL, notamment les courses, sont des activités complexes, puisqu'elles reposent sur l'interaction de trois points : l'exigence de l'activité, le contexte d'exécution et les compétences cognitives et motrices. Ce sont des activités multitâches : plusieurs sous-tâches peuvent être accomplies, se chevauchant parfois et variant en termes de priorité, de difficulté et de durée (Romero-Ayuso et al., 2021).

Les courses mettent en jeu plusieurs processus cognitifs, comme les fonctions langagières, les fonctions exécutives et les fonctions attentionnelles (Juillerat Van Der Linden, 2008).

Les fonctions exécutives sont définies comme des fonctions cognitives d'ordre supérieur nécessaires à l'exécution de tâches complexes ou non routinières, qui nécessitent une intégrité des compétences de raisonnement, de logique, d'attention, de contrôle et d'inhibition. Elles sont impliquées dans le contrôle, la régulation, l'organisation et la planification de processus cognitifs de niveau inférieur pour fournir une réponse adaptée à des demandes

environnementales. Plusieurs processus sont nécessaires à l'élaboration de cette réponse : évaluation de la situation, préparation d'un objectif, développement d'un plan pour atteindre cet objectif, traduction du plan en action, autosurveillance et autorégulation du processus vers cet objectif (Josman et al., 2006)

L'attention est définie comme « la capacité à se centrer sur quelque chose ou sur quelqu'un, à se situer dans un contexte donné et dans une relation précise à l'objet ou à l'interlocuteur dans le but de recueillir des informations ou d'effectuer une tâche précise » (Brin-Henry et al., 2011).

Gong et al. (2022) ont exploré les fonctions cognitives mises en jeu durant les courses, en mettant en évidence leur interdépendance.

Tableau 4 - Tâches et fonctions cognitives impliquées lors des courses (selon Gong et al., 2022)

FONCTION SOLLICITEE	TACHE
ATTENTION ET VITESSE DE TRAITEMENT	Attention soutenue et continue : rester concentré jusqu'à la fin de l'activité. Attention sélective : acheter seulement les articles nécessaires. Vitesse de traitement : terminer chaque sous-tâche dans un certain délai.
MEMOIRE	Mémoire sémantique : connaître les concepts liés aux mots, accéder au sens. Mémoire épisodique verbale : se souvenir des noms des articles. Mémoire de travail : retenir les produits à acheter.
FONCTIONS EXECUTIVES	Orientation : se repérer dans les rayons, trouver les produits désirés. Planification : s'organiser pour mener sa tâche à bien le plus efficacement possible. Inhibition : ignorer les informations non pertinentes (auditives, olfactives), ne pas céder aux achats impulsifs. Flexibilité mentale : changer d'objectif en passant d'un achat à l'autre, remplacer un produit par un autre.
LANGAGE	Compréhension : comprendre ce que l'interlocuteur nous dit. Production : nommer les produits, les décrire. Capacités pragmatiques : répondre de façon adaptée aux questions de l'interlocuteur. Capacités discursives : entretenir un dialogue avec un vendeur.

Or, un déficit des fonctions exécutives, de l'attention et de la mémoire est retrouvé chez 43 à 78% des personnes victimes d'un AVC (Josman et al., 2014). Ces dysfonctionnements se manifestent par des difficultés à initier ou à suspendre des activités, une flexibilité altérée, une distractibilité accrue, des difficultés à apprendre de nouvelles tâches... (Nir-Hadad et al.,

2017). Ces perturbations peuvent venir majorer les troubles du langage, en affectant la communication, les interactions sociales et la pragmatique : non-respect des tours de parole ; déficit de la théorie de l'esprit ; incapacité à planifier, contrôler et corriger son discours ; persévérations... (Keil & Kaszniak, 2002).

Nous comprenons donc aisément en quoi un déficit des fonctions cognitives (langage, fonctions exécutives, mémoire, attention...) peut altérer l'exécution d'une activité telle que la gestion des courses.

4.3. Les facteurs facilitants et les facteurs obstacles

Des études ont identifié les différents facteurs influençant la participation des PA dans les commerces du point de vue des prestataires. Les auteurs ont mis en évidence trois catégories : les facteurs personnels, les facteurs physiques, les facteurs organisationnels.

Tableau 5 : Facteurs facilitants et facteurs obstacles influençant la participation des PA dans les commerces (d'après Anglade et al., 2019; Brown et al., 2006)

	FACTEURS OBSTACLES	FACTEURS FACILITATEURS
Les facteurs environnementaux liés aux personnes	<p>Manque de sensibilisation à l'aphasie.</p> <p>Croyances erronées sur la nature des difficultés de communication (déficience intellectuelle, état d'ivresse, personne étrangère...).</p> <p>Absence de symptôme physique.</p>	<p>Connaissances et prévention vis-à-vis de l'aphasie.</p> <p>Formation du personnel pour savoir comment interagir et faciliter les échanges avec les PA.</p> <p>Révélation du handicap par la PA.</p> <p>Attitude compréhensive et patiente de l'employé.</p>
Les facteurs environnementaux physiques	<p>Abondance d'informations écrites : signalisation, étiquettes détaillant les ingrédients, fiches d'informations, promotions...</p> <p>Utilisation de la technologie : caisses automatisées.</p> <p>Environnement sonore et aménagement des magasins : bruits, interruptions, produits inaccessibles sans demande d'aide...</p>	<p>Informations visuelles (image, photographie).</p> <p>Services en ligne.</p> <p>Produits physiquement disponibles (en libre-service, accessibles visuellement ou par pointage) ou visibles par une représentation (catalogue, affiche).</p> <p>Prix affichés clairement dans les rayons.</p> <p>Montant total des achats visible sur un écran.</p> <p>Possibilité de payer par carte bleue.</p>
Les facteurs environnementaux liés à l'entreprise ou à l'organisation	<p>Exigences communicatives des transactions commerciales : négociations, besoin de poser des questions</p>	

	<p>pour aider le client dans son choix.</p> <p>Taille du magasin, effectifs du personnel.</p> <p>Heures de pointe.</p> <p>Files d'attente.</p> <p>Pression temporelle.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Terradillos & Sage (2017), quant à eux, ont souligné l'importance du soutien du partenaire de communication. Ainsi, si les commerçants utilisent des stratégies facilitant la communication avec les PA, l'échange commercial se trouve fluidifié.

Problématique et objectifs de recherche

L'aphasie constitue un handicap linguistique et social important. En touchant tous les domaines et modalités du langage, elle perturbe fortement la communication du sujet, et notamment la communication verbale : perturbation de l'alternance des tours de parole, rôle passif dans l'échange, difficultés de maintien du thème et de réintroduction d'un nouveau sujet, altération des procédures de réparation, difficultés à comprendre ou gérer les demandes indirectes (Mazaux, Daviet, et al., 2007). Cette pathologie, aux multiples étiologies, affecte donc sévèrement les capacités de communication.

Or, la communication est essentielle pour entrer en relation avec ses pairs, elle assure un épanouissement et un équilibre psychique. Notre société étant fondée sur les échanges et la communication, nous comprenons donc aisément en quoi l'aphasie constitue un handicap au quotidien. Les limitations de communication liées à l'aphasie sont d'ailleurs reconnues comme un handicap dans la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement de la Santé et du Handicap). L'aphasie perturbe fortement la qualité de vie de la personne, en ayant pour conséquences une réduction de la participation sociale ; une diminution de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ; une perturbation des relations familiales, amicales et professionnelles ; pouvant mener à une baisse de l'estime de soi, un isolement voire une dépression (De Partz, 2008). Les impacts psychosociaux de l'aphasie sont donc majeurs, pour le patient mais également pour son entourage (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007).

Le rôle de l'orthophoniste est d'accompagner le patient pour retrouver une communication fonctionnelle, lui permettre de pallier ses incapacités au quotidien et ainsi accroître son autonomie et se réinsérer pleinement dans la vie sociale. Les activités instrumentales les plus touchées seraient l'écriture et la lecture de documents, l'utilisation de cartes de crédit, la prise de parole avec des personnes non-familiales, les courses, l'utilisation du téléphone (Mazaux et al., 2006). Le jeu de rôles constitue un moyen efficace pour solliciter la communication fonctionnelle du patient aphasique (Joly, 2013). La prise en soin orthophonique vise donc à entraîner les capacités fonctionnelles du langage et de la communication du patient par des tâches écologiques, pour favoriser sa réinsertion sociale (De Partz, 2008). Néanmoins, à notre connaissance, peu d'outils orthophoniques alliant mise en situation écologique et activités instrumentales de la vie quotidienne existent.

Totola, en 2022, a travaillé sur la création d'un outil de réhabilitation sociale à destination des adultes aphasiques chroniques. Celui-ci consiste au réentraînement des capacités langagières et communicationnelles des personnes aphasiques, pour des situations de la vie quotidienne identifiées comme problématiques par la littérature. Le premier item « utilisation du téléphone » a été élaboré et engage à poursuivre l'écriture des scénarii sur d'autres thématiques. Nous avons choisi de continuer le mémoire de Totola en travaillant sur le thème des courses de proximité, une activité instrumentale de la vie quotidienne. La reprise des courses présente plusieurs bénéfices : elle améliore la qualité de vie en développant les relations sociales et en diminuant la dépendance ; elle permet de retrouver des routines et des habitudes antérieures (Mouri et al., 2022) ; elle favorise l'inclusion sociale et la participation communautaire (O'Neill & Gutman, 2020). Mais cette activité peut être une source de difficultés (Mazaux, Dacharry, et al., 2014), puisqu'elle nécessite des fonctions langagières, exécutives et attentionnelles qui peuvent être déficitaires chez les PA (Juillerat Van Der Linden, 2008).

Ainsi, notre problématique est la suivante : Quelles caractéristiques doit comporter un outil de rééducation des adultes aphasiques chroniques post-AVC ou TC, pour la réhabilitation sociale,

concernant les courses de proximité, en se référant aux données de la littérature et après une première présentation de l'outil auprès de patients ?

Notre question de recherche nous mène aux objectifs de travail suivants dans le cadre d'un outil de rééducation basé sur des tâches écologiques et à destination d'adultes aphasiques chroniques post-AVC ou TC.

- Identifier, à partir d'une recherche bibliographique, les caractéristiques nécessaires à la création de l'item « courses de proximité » dans le cadre d'un outil de rééducation basé sur des tâches écologiques et à destination d'adultes aphasiques chroniques.
- Elaborer le contenu de l'item « courses de proximité » en s'appuyant sur les données de la littérature préalablement déterminées.
- Pré-valider le contenu de l'item « courses de proximité » après présentation de l'outil à des personnes aphasiques chroniques.

Méthodologie

Dans le cadre d'un travail de production, plusieurs étapes sont nécessaires à l'élaboration d'un outil : appui sur les données de la littérature, définition des caractéristiques de l'outil, élaboration de l'outil, test auprès de la population cible, modifications en fonction des retours de la population cible, normalisation, validation de l'outil.

Pour notre travail, nous nous concentrerons sur les premiers stades de création :

- Une étude bibliographique afin de déterminer, à partir des données de la littérature, les propriétés de l'outil.
- La définition des scénarii.
- La présentation de notre outil auprès de patients.

Les phases suivantes pourront faire l'objet d'autres travaux.

1. Etude bibliographique

Pour définir les caractéristiques de notre outil et élaborer l'item des courses, nous nous sommes appuyée sur la littérature.

Pour cela, nous avons utilisé les bases de recherche suivantes : Cairn, Cinhal, EM consulte, Glossa, Google Scholar, HAL, Kaolim, Persée, PubMed, Research Gate, Sciences Direct, Taylor & Francis Online. Nous avons sélectionné les écrits qui nous intéressaient en suivant les étapes suivantes : recherche par mot-clé, puis lecture du titre et du résumé et enfin lecture complète. Nous nous sommes servis des mots-clés suivants : activities of daily living, aphasia or people with aphasia or aphasic people, brain injury, buying, communication, executive function, interaction, purchases, rehabilitation, script, service encounter, shopper, shopping, speech language therapist or speech language pathologist, speech language therapy or speech language pathology, stroke, supermarket or groceries stores or food retails.

Nous avons conservé les articles les plus pertinents, puis nous avons extrait les données répondant à notre recherche.

1.1. L'importance des tâches fonctionnelles

La prise en soin orthophonique vise à rendre le patient conscient de ses compétences pragmatiques et de les entraîner dans des mises en situation pour les appliquer ensuite quotidiennement. L'efficacité d'une approche fonctionnelle (thérapie de groupe, jeu de rôles...), a été démontrée pour améliorer les capacités de communication dans la vie quotidienne (Lissandre et al., 2007). L'analyse de scénarii et la mise en situation sont ainsi des tâches retrouvées dans des thérapies cognitives et écologiques. Ces types d'exercices consistent à partager le vécu du patient, à faire prendre conscience des difficultés pouvant être rencontrées, à réfléchir à des stratégies puis à les expérimenter, le tout dans un contexte favorable (D'Honincthun et al., 2018).

De plus, les tâches de la vie réelle ont une meilleure validité écologique (Keil & Kaszniak, 2002).

Ainsi, les tâches fonctionnelles comme les mises en situation permettent de travailler les habiletés communicationnelles, langagières et sociales ; d'acquérir de nouvelles stratégies et de favoriser la généralisation des acquis dans la vie quotidienne (D'Honincthun et al., 2018; Togher et al., 1997).

1.2. L'intérêt de l'entraînement par script

Le script, aussi appelé scénario, est défini comme une « série d'actions conventionnelles, avec un ordre chronologique fixé, et qui sont socialement reconnues par une communauté donnée » (Brin-Henry et al., 2011). Leur existence est implicite. A chaque situation de communication correspondent des représentations mentales de l'échange (Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2004).

L'objectif d'un entraînement par script serait d'améliorer la communication dans la vie quotidienne (Kaye & Cherney, 2016), puisque selon le modèle de Shallice proposé en 1982, « une activité de la vie quotidienne consiste en une séquence d'actions s'appuyant sur un schéma ou un script dans lequel chaque action est fortement contrainte et engage plusieurs étapes (Le Gall & Allain, 2008).

Dans les scripts, nous retrouvons une composante sémantique, c'est-à-dire les actions indispensables à l'obtention d'un but, et une composante syntaxique, c'est-à-dire les relations temporelles entre ces actions. Le système et l'environnement n'ont pas besoin d'être caractérisés précisément, puisqu'un schéma similaire est toujours retrouvé dans le déroulement du script (Juillerat Van Der Linden, 2008).

Un travail basé sur des scénarii linguistiques réels permet une maîtrise d'un langage plus écologique, qui sera plus facile à transposer ensuite dans la réalité (Peng et al., 2019). De plus, le travail d'un certain script peut permettre une généralisation des acquis à une situation autre que celle de l'entraînement. Par exemple, la tâche de commander un vêtement par téléphone se transférera à la tâche de commander une pizza par téléphone (Holland et al., 2010).

Le script peut s'inscrire dans des jeux de rôles. Ceux-ci présentent plusieurs avantages : ils sont réalistes, écologiques, reproductibles dans la vie réelle. Ils permettent d'explicitement une situation de communication, d'analyser les mécanismes interactionnels, de préparer à des situations quotidiennes équivalentes et de développer de nouvelles stratégies. Ils ont l'intérêt de pouvoir expérimenter une situation sans en subir les conséquences réelles (Joly, 2013).

Anglade et al. (2019) suggèrent l'emploi de scripts standards en rééducation orthophonique. Pour appuyer cette idée, nous pouvons citer le travail de Joly (2013), qui a démontré que l'utilisation du jeu de rôles comme moyen de rééducation, par le travail des compétences pragmatiques, améliore la communication globale des PA et augmente partiellement l'utilisation fonctionnelle de la communication non-verbale.

1.3. Script d'une interaction commerciale

Le but d'une interaction commerciale est d'obtenir ou de délivrer un bien ou un service et de conclure à une transaction commerciale. Les participants revêtent alors des rôles complémentaires, par exemple client et vendeur. Ces rôles reposent sur des règles de conduite qui vont structurer l'échange (Anglade et al., 2021).

Anglade et al. (2019, 2021), ont comparé les étapes d'échanges commerciaux typiques avec des échanges réalisés par des PA. La structure d'une interaction transactionnelle suit traditionnellement quatre étapes :

- Préparation de l'interaction : les sujets s'assurent de la disponibilité mutuelle de chacun des participants pour que la transaction commerciale commence. Des indices comme la proximité physique, un échange de regards/sourires/salutations signalent le début de l'engagement conversationnel.
- Prise de décision : les acteurs se mettent d'accord sur les produits à acheter, que ce soit par modalité verbale, gestuelle ou par suggestion du vendeur. Le client indique au vendeur ce qu'il souhaite acheter et le vendeur doit comprendre ce qui sera acheté. L'accessibilité des articles a un impact sur la durée de cette étape.
- Paiement/échange d'argent pour le produit : les acteurs s'entendent sur le prix des articles. Cette étape n'implique pas forcément beaucoup de tours de parole. Souvent, le vendeur annonce le prix, le client manifeste son intention de payer par carte/espèces/chèque et le vendeur accepte le type de paiement.
- Réalisation de la transaction commerciale et clôture de l'interaction : les acteurs se mettent d'accord sur la fin de l'échange. Après la finalisation du paiement, le désengagement des participants est visible par des comportements non verbaux comme une prise de distance ou une rupture du contact visuel.

Nous pouvons nuancer cette structure en rappelant que les aspects contextuels de l'échange peuvent varier : représentations de l'interlocuteur, culture, cadre, type d'achat, complexité de la demande, service, temps disponible... (Togher et al., 1997).

L'étude met en évidence que tout au long des échanges entre les vendeurs et les PA, les interlocuteurs se réajustent sans cesse. Le respect des séquences traditionnelles est alors essentiel pour la compréhension mutuelle de chaque participant.

A ce discours transactionnel, peut parfois s'ajouter un module conversationnel, c'est-à-dire un moment informel intervenant au sein de l'interaction. Par exemple, un commerçant et un client discutant de la météo (Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2004).

1.4. Les différentes situations pouvant être rencontrées dans un commerce

Nous listerons ici les différentes tâches pouvant être rencontrées lors de la gestion des courses (Josman et al., 2006; Nir-Hadad et al., 2017; Peng et al., 2019; Romero-Ayuso et al., 2021) :

- Demande d'un jeton pour un chariot
- Planification et respect d'une liste de courses
- Respect d'un budget
- Déplacement et repérage dans les rayons
- Flexibilité si absence du produit désiré
- Différenciation de produits similaires qui varient en taille, qualité, saveur ou prix
- Type d'achat : boissons, conserves, produits laitiers, boucherie, poissonnerie, surgelés, étals de fruits et légumes, boulangerie et pâtisserie, produits de nettoyage, vêtements, papeterie, fleurs
- Pesée des fruits et légumes
- Interaction avec un vendeur : demande d'un produit, d'un rayon, paiement
- Moyen d'achat : caisse avec une personne, caisse automatique
- Type de paiement : chèque, carte bleue, espèces
- Taille du commerce : supermarché, petit commerce, marché

1.5. Les caractéristiques de l'outil

L'écriture de nos scénarii s'appuiera sur plusieurs études.

Tableau 6 - Liste des études sélectionnées pour l'élaboration de notre outil

OBJET DE L'ETUDE	REFERENCE DE L'ETUDE	INFORMATIONS RETENUES POUR NOTRE TRAVAIL
Revue de la littérature consacrée à l'évaluation des fonctions cognitives des IADL.	Romero-Ayuso et al. (2021)	En moyenne, élaboration de 6 scénarii. Prise en compte des stimuli sensoriels (visuels, olfactifs, tactiles, auditifs). Critères de validité d'une tâche écologique : correspondance, représentativité, commodité, efficacité.
Principes généraux de rééducation dans les pathologies neurologiques de l'adulte.	Trauchessec, (2018)	Généralisation des compétences par un entraînement spécifique pour influencer les circuits neuronaux. Importance de la répétition et d'une exposition récurrente à la tâche pour un transfert plus durable des compétences et une automatisation. Préconisation d'items à difficulté progressive. Prise en compte de la métacognition du patient (compréhension des objectifs, investissement, auto-réflexion sur des stratégies, feedbacks de la vie réelle). Utilisation d'un matériel écologique, par des situations quotidiennes, pour induire une généralisation dans la vie réelle. Implication des aidants pour accompagner le patient dans le réinvestissement des stratégies et des situations dans la vie quotidienne.
Réhabilitation sociale de l'aphasie après un AVC à l'aide d'un système de réalité virtuelle	Peng et al. (2019)	Pertinence de scénarii linguistiques à 3 niveaux de difficulté. Utilisation de tâches à 2 niveaux de difficulté. Introduction d'objets réels dans la tâche.
Réhabilitation et vie quotidienne chez les traumatisés crâniens.	Le Gall & Allain (2008)	Prise en compte : <ul style="list-style-type: none"> • Des variables environnementales (distractibilité, moment de la journée) • Des variables liées au patient (motivation, capacités antérieures et actuelles, stress) • De la gestion temporelle de l'action
Analyse de scripts coconstruits par des PA et des cliniciens.	Holland et al. (2010)	Nombre de tours de parole dans les dialogues : entre 8 et 10.

Etude de la méthode du script training.	Kaye & Cherney, (2016)	<p>Préconisation de scripts gradués.</p> <p>Pertinence de 5 niveaux de difficultés.</p> <p>Calcul du nombre de mots et de syllabes par phrase.</p> <p>Difficulté grammaticale croissante.</p> <p>Difficulté sémantique croissante.</p> <p>Personnalisation des scénarii en incluant des informations personnelles : commerce privilégié, marques spécifiques...</p>
Contribution à l'élaboration d'un matériel d'intervention orthophonique visant la réhabilitation des troubles pragmatiques expressifs d'individus cérébrolésés.	(Ardisson & Besnardeau, 2007)	<p>Principes directeurs de l'élaboration d'un matériel, selon Pausé (2005) et Myers (1999), pour favoriser une généralisation de la rééducation dans la vie quotidienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principe de progression : difficulté croissante pour favoriser l'apprentissage et soutenir l'efficacité de l'intervention • Principe de rétroaction : proposer un feedback sur les productions du patient afin de lui faire prendre conscience de ses points forts et ses points faibles. Viser l'amélioration de ses performances et son ajustement ultérieur. Prendre des notes pendant la tâche pour faire des retours, ou demander au patient de s'auto-évaluer.
Création d'un outil de réhabilitation sociale à destination d'adultes aphasiques, item « utilisation du téléphone ».	Totola (2022)	<p>Choix de 3 thématiques et de 3 niveaux de difficultés.</p> <p>Proposition de 9 scénarii.</p>

Nous sommes consciente qu'idéalement, chaque script devrait être personnalisé en fonction du vécu de la personne et de la gravité de son aphasie. Néanmoins, pour des questions pratiques et au vu des données relevées précédemment, nous élaborerons notre outil sur la base d'un script standard, en faisant varier les niveaux de complexité en termes de nombre de scénarii, d'éléments linguistiques (syntaxe et sémantique), de tours de parole, d'éléments perturbateurs (stimuli sensoriels) et de tâches en elles-mêmes.

2. Elaboration de l'item « courses de proximité »

2.1. Rappel du travail de Totola (2022)

Pour élaborer l'item portant sur le thème des courses, nous nous sommes appuyée sur le travail de Totola (2022). Nous rappellerons ici les généralités concernant l'outil.

Le matériel est à destination des orthophonistes, afin de réentraîner les capacités communicationnelles des personnes victimes d'une aphasie chronique suite à une lésion cérébrale non dégénérative. L'objectif de l'outil est de favoriser la réhabilitation sociale de ces patients dans la vie réelle, par des tâches écologiques de mises en situation de la vie quotidienne identifiées comme problématiques dans la littérature, dans un cadre thérapeutique privilégié. Ces caractéristiques correspondent aux résultats de nos recherches, cités précédemment.

Les particularités de l'outil doivent être les suivantes (Totola, 2022) :

« Sa prise en main doit être facile et rapide : l'orthophoniste ne doit pas avoir besoin de beaucoup de temps en amont des séances pour comprendre le matériel.

- Le matériel doit être manipulable : certaines activités sociales du quotidien nécessitant la manipulation d'objets (argent, consommables, tickets...), le matériel de rééducation utilisé doit permettre cette manipulation pour être le plus écologique possible.
- Le matériel doit être concret : pour qu'un outil soit écologique, son contenu doit être au plus proche de la réalité.
- Le matériel doit, si possible, privilégier les vrais objets plutôt que les images.
- Le matériel doit être de complexité croissante, afin de s'adapter au niveau de chaque patient et permettre une progression des compétences ».

En 2022, Totola a créé les scénarii concernant l'utilisation du téléphone, les a testés auprès de la population cible puis a effectué les modifications suggérées par les sujets. Les scripts portent sur 3 tâches différentes (prendre un rendez-vous, demander une information, converser avec un proche) et présentent 3 niveaux de difficultés, variant en fonction de la longueur du scénario, de la longueur des phrases, de la complexité syntaxique, du type de questions, de la fréquence lexicale. Les tâches se déclinent en plusieurs thèmes :

- Prendre un rendez-vous : chez le médecin, chez le coiffeur, au restaurant.
- Converser avec un proche : avec un membre de la famille, avec un(e) ami(e), avec un(e) voisin(e).
- Demander une information : renseignement sur un produit, inscription à une activité, renseignement bancaire.

2.2. Etapes de développement

2.2.1. Choix des commerces

Tout d'abord, nous avons réfléchi aux commerces qui pourraient être entraînés dans notre outil. Nous avons privilégié des commerces de proximité plutôt que des commerces de type supermarchés, car la reprise des courses chez les PA s'effectue progressivement.

Gahinet (2018) a mis en évidence les caractéristiques des commerces de proximité. Nous y retrouvons d'abord une dimension géographique et spatiale : ce type de commerce est souvent proche du domicile, il n'est pas nécessaire d'utiliser un moyen de transport (bus, voiture...) pour s'y rendre et les locaux sont souvent petits, n'exigeant pas de grands déplacements à travers le magasin. De plus, l'auteur souligne la dimension relationnelle. Le client se rend fréquemment dans ce genre de commerce, car il s'agit d'achats quotidiens. Les contacts avec les vendeurs sont ainsi plus réguliers, il existe une proximité de contact, une relation duelle de conseil, d'entraide, voire de solidarité. Le caractère répété et direct de ces interactions rend les échanges plus personnels. Enfin, nous pouvons citer la dimension

fonctionnelle. Les supermarchés sont plus contraignants, que ce soit par les stimuli visuels et auditifs, la taille du magasin, le temps d'attente aux caisses ou bien les capacités d'organisation et de planification que requièrent ces lieux.

Ces différents paramètres sont donc en faveur d'une reprise des courses dans des commerces de proximité plutôt que dans des supermarchés.

Ainsi, nous avons choisi de travailler autour des trois commerces de proximité qui nous paraissaient les plus courants : la boulangerie-pâtisserie, la boucherie-charcuterie, le tabac-presse. Il s'agit en effet de commerces dans lesquels nous sommes amenés à nous rendre quotidiennement et qui induisent différentes situations de langage selon nos achats.

2.2.2. Recherche des items à travailler

Après avoir sélectionné les commerces, nous avons recherché les articles susceptibles d'être les plus fréquemment achetés dans chaque point de vente.

Pour cela, nous avons mêlé expérience personnelle et recherches lexicales. Nous avons d'abord listé les produits que nous évoquait chaque commerce, puis nous avons confronté ces données à des réseaux lexicaux comme Spiderlex ou l'outil de recherche proxémique du CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Spiderlex est un instrument de recherche, développé par l'ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française), à l'origine du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et de l'Université de Lorraine, pour permettre une visualisation des données lexicales basée sur la proxémie (Ollinger & Polguère, 2020). Le portail lexical du CNRTL appuie sa recherche proxémique sur le projet Prox des laboratoires CLLE-ERSS, une unité de recherche mixte entre le CNRS et l'Université de Toulouse II (*Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, 2012).

Les items que nous avons conservés sont donc ceux retrouvés le plus fréquemment dans nos recherches et qui pouvaient être facilement imageables.

Tableau 7 - Items initialement sélectionnés

TYPE DE COMMERCES	Boulangerie-pâtisserie	Boucherie-charcuterie	Tabac-presse
ITEMS CONSERVES	Baguette Chausson aux pommes Chouquettes Croissant Eclair au café Eclair au chocolat Galette des rois Madeleines Meringues Pain au chocolat Pain aux raisins	Brochette Entrecôte Jambon blanc Jambon cru Pâté Poulet rôti Rôti Saucisse Saucisson Steak haché	Briquet Timbres Tabac Paquet de cigarettes Magazine TV Journal

	Pain complet Pain de mie Tourte		
--	---------------------------------------	--	--

Nous avons ensuite cherché à imager chaque article. Nos critères étaient les suivants :

- L'image devait être la plus fidèle possible à la réalité
- L'image devait être reconnaissable immédiatement
- L'image devait être épurée et ne représenter que notre produit
- L'arrière-plan de l'image devait être neutre

Nous avons effectué nos recherches sur des banques de données d'images libres et gratuites de droit, comme Pixabay, Pexels, Freepik, Free Images et Unsplash, ou bien en utilisant la version d'essai gratuite d'Adobe Stock. Certains images (comme celles des magazines), n'ont pas pu être trouvées en version libre de droit, les URL sont donc indiquées en bas de l'image.

Enfin, nous avons mis en forme les images avant de les imprimer. Pour que les cartes soient les plus claires possibles, nous avons choisi de les imprimer en format A2.



Figure 3 - Extrait de notre document de travail sur les images des produits

2.2.3. Ecriture et mise en forme des scénarii

En synthétisant notre étude bibliographique, nous avons choisi de construire trois niveaux pour chaque type de commerce, équivalent à 9 scénarii.

Nous avons cherché à accroître progressivement la difficulté de chaque scénario, comme préconisé par Trauchessec (2018). Pour cela, nous avons listé les différentes questions et situations possibles au sein d'un échange commercial, en les classant selon leur niveau de langage et les compétences transversales sollicitées (flexibilité mentale, inhibition, mémoire de travail, capacités de jugement, habiletés pragmatiques...).

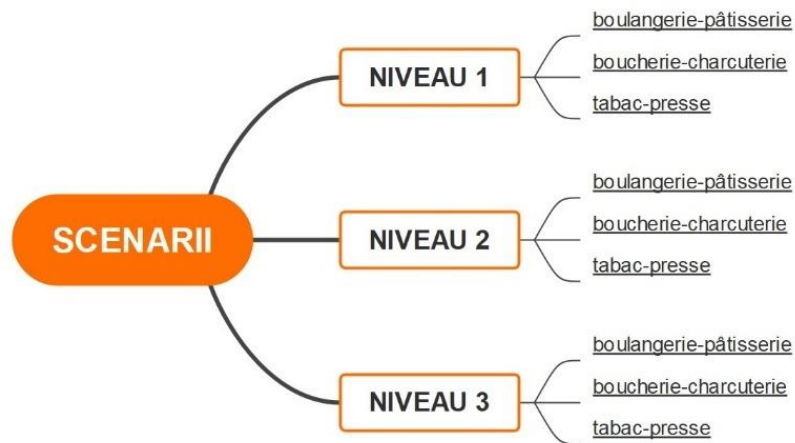


Figure 4 - Synthèse des niveaux des scénarii

Pour le niveau le plus simple (niveau 1), le patient ne doit acheter qu'un seul produit, afin de se familiariser avec le jeu de rôles, retrouver ses habitudes dans le cadre d'une interaction commerciale et développer des stratégies palliatives.

Pour le niveau intermédiaire (niveau 2), le patient doit acheter plusieurs produits. L'orthophoniste, en tant que commerçant, lui pose des questions simples, telles que des précisions sur son achat.

Pour le niveau complexe (niveau 3), le patient doit acheter plusieurs produits, dont un qui est indisponible et l'orthophoniste lui pose des questions plus élaborées.

SCENARIIS								
Niveau 1			Niveau 2			Niveau 3		
/	/	/	Vous en voulez combien ? (meringues, chouquettes)	Pour combien de personnes ? (poulet, rôti, pâté)	Quelle sorte de timbres ?	Questions précédentes + :	Questions précédentes + :	Questions précédentes + :
			Pour combien de personnes ? (galette, brioche)	Je vous en mets combien ? (saucisses, brochettes, entrecôte, escalope)	Combien de timbres ?	Je n'en ai plus.	Je n'en ai plus.	Je n'en ai plus.
			Je vous le/la tranche ? (pain complet, tourte, pain de mie, brioche)	Vous en voulez combien de tranches ? (jambon)	Le Journal national ou régional ?	Quelle cuisson ? (baguette)	Il n'y a que Xg, ça vous va ? (rôti, poulet, pâté).	Colis : demander au patient son nom + de l'épeler
					Combien de tickets vous voulez ? (loto, à gratter)	Pour la brioche, j'ai nature, aux pépites de chocolat ou aux pralines. Qu'est-ce que vous préférez ?	Pour les brochettes, j'ai bœuf ou canard.	Quel type de magazine ?
						Pour la galette, j'ai briochée, frangipane classique, frangipane au chocolat ou à la compote de pommes. Qu'est-ce que vous préférez ?	Pour les brochettes, vous préférez avec des poivrons ou avec des pruneaux ?	Quelle marque de cigarette ?
							Pour le saucisson, j'ai classique, au poivre ou aux herbes. Qu'est-ce que vous préférez ?	Vous voulez des filtres avec (si tabac ?)

Figure 5 - Extrait de notre document de travail sur les scénarii

Nous avons choisi de construire des fiches pour chaque scénario, en précisant le niveau, le type de commerce, les cartes-produits nécessaires et le type de question possible. Chaque fiche présente la même structure, avec des lignes destinées à la prise de notes pour l'orthophoniste (observations pendant le jeu de rôles, enrichissement du scénario, ajout de questions...). Ces fiches sont visibles en annexe IV.

NIVEAU 3 – BOULANGERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Baguette
- Brioche
- Chausson aux pommes
- Chouquettes
- Croissant
- Eclair au café
- Eclair au chocolat
- Galette des rois
- Madeleines
- Meringues
- Pain au chocolat
- Pain aux raisins
- Pain complet
- Pain de mie
- Tourte

QUESTIONS POSSIBLES :

Vous en voulez combien ? *meringues, chouquettes*

Pour combien de personnes ? *galette, brioche*

Je vous le/la tranche ? *pain complet, tourte, pain de mie, brioche*

Je n'en ai plus.

Quelle cuisson ? *baguette*

Pour la brioche, j'ai nature, aux pépites de chocolat ou aux pralines. Qu'est-ce que vous préférez ?

Pour la galette, j'ai briochée, frangipane classique, frangipane au chocolat ou à la compote de pommes. Qu'est-ce que vous préférez ?

Pour 3 viennoiseries achetées, 1 offerte, vous voulez profiter de l'offre ?

Figure 6 - Exemple d'une fiche « scénario »

Nous avons également ajouté une fiche « déroulé général » afin de guider l'orthophoniste dans sa prise en main du matériel. Le thérapeute pourra ainsi y retrouver : une explication des fiches « scénario », une invitation à faire dénommer les produits au patient, un rappel d'une interaction commerciale traditionnelle. Cette fiche est visible en annexe I.

3. Première présentation de l'outil

3.1. Population

La population est constituée de 3 patients, dont un homme et deux femmes, qui ont entre 50 et 91 ans.

Les critères d'admissibilité étaient les suivants :

- Être une personne adulte
- Présenter une aphasie résultant d'une lésion cérébrale non dégénérative
- Être en phase chronique de récupération (au moins 6 mois après la lésion)
- Avoir un niveau langagier et communicationnel suffisant pour des échanges commerciaux
- Avoir la langue française comme langue maternelle

- Présenter une absence d'alcoolisme, de toxicomanie ou de trouble psychiatrique

Les patients ont été recrutés sur notre lieu de stage, au sein du cabinet libéral de Mme Vincent, notre maître de mémoire. Tous ont complété un document de consentement éclairé (consultable en annexe II) avant de participer à l'étude.

Les données personnelles recueillies sont visibles dans le tableau suivant.

Tableau 8 - Données relatives aux participants

	M. L.	Mme R.	Mme N.
Sexe	Homme	Femme	Femme
Date de naissance	05/04/1948	29/10/1972	30/07/1931
Age	74 ans	50 ans	91 ans
Profession exercée	Employé de banque à la retraite	Agent administratif des finances publiques	Secrétaire en comptabilité à la retraite
Etiologie de l'aphasie	AVC hémorragique capsulo-thalamique (sylvien) profond gauche	Rupture d'anévrisme – hémisphère cérébral gauche	AVC (pas d'informations complémentaires)
Date de l'accident	16/01/2018	08/09/2016	30/07/2020
Nombre de séances de rééducation orthophonique en libéral depuis l'accident	430	321	82
Fréquence des séances de rééducation orthophonique	3 séances par semaine, auprès de deux orthophonistes.	2 séances par semaine, auprès de deux orthophonistes.	2 séances par semaine.

Concernant le langage, M. L. présente une aphasie non fluente, marquée par un manque du mot et un débit de parole ralenti. Un déficit en mémoire auditivo-verbale est relevé. Le patient est néanmoins capable de produire des phrases, son discours est cohérent et informatif. La compréhension orale est pleinement efficiente.

Mme R. présente une aphasie non fluente, caractérisée par un manque du mot. Quelques persévérations sont observées. La compréhension orale de phrases simples est préservée.

Mme N. présente une aphasie logopénique. L'expression orale est marquée par un manque du mot et des paraphasies phonétiques. Des troubles exécutifs et quelques persévérations sont également présents. La compréhension orale de phrases simples est préservée, même si une fatigabilité est observée.

3.2. Etapes de présentation de l'outil

L'objectif du mémoire a été expliqué à tous les participants et leur consentement a été recueilli à travers un document de consentement éclairé (annexe II). Deux d'entre eux avaient déjà participé à l'étude de Totola en 2022 et étaient intéressés pour poursuivre leur contribution à l'élaboration du matériel. Aucun d'entre eux n'avaient repris les courses depuis leur AVC.

La présentation de l'activité s'est déroulée de la même manière pour chaque participant. Nous invitons le patient à simuler un jeu de rôle comme dans un commerce. Le patient tenait le rôle du client et nous-même le rôle du commerçant. Nous avons systématiquement proposé les commerces dans le même ordre pour chaque niveau : boulangerie-pâtisserie, boucherie-charcuterie, tabac-presse.

Avant de débiter le jeu de rôles, nous présentions nos cartes plastifiées afin que le patient dénomme chaque produit. Cette étape nous apparaissait nécessaire pour s'assurer que chaque item soit compréhensible et que le patient maîtrise le vocabulaire. Certains produits n'étaient pas immédiatement identifiables et ont été modifiés (ces changements seront développés ultérieurement). Lorsque le patient présentait un manque du mot, nous l'encourageons à utiliser des périphrases ou des gestes ; s'il avait besoin de plus d'indication nous l'aidions par des ébauches phonémiques ou des fins de phrases automatiques.

Ensuite, nous disposons les cartes sur le bureau puis nous réalisons le jeu de rôles en suivant la trame décrite précédemment et visible sur la fiche « déroulé général » (annexe I). Pour les premiers jeux de rôles, aucune contrainte supplémentaire n'a été ajoutée. Puis, afin d'exercer la mémoire de travail et le respect d'une consigne, nous avons imposé les produits à acheter. La manipulation de l'argent a volontairement été écartée (cette idée sera développée dans la partie discussion).

Enfin, nous prenions le temps d'échanger avec le patient sur ses ressentis après la tâche. Nous lui demandions comment il se sentait, ce qui lui avait posé problème, s'il se sentait capable de faire la même chose dans la vie réelle. Nous soulignions ses points forts, les stratégies qu'il avait mises en place pour contourner les éventuelles difficultés. Nous réfléchissions ensemble à ce qui pourrait être amélioré, tant sur ses productions que sur notre matériel. Les suggestions des participants seront développées dans la partie suivante de notre mémoire.

Pour chacun des scénarii, nous avons nous-même joué le rôle du commerçant mais notre maître de mémoire était également présente. Les retours après le jeu de rôles étaient donc encore plus riches, puisqu'en tant qu'observateur extérieur à l'échange, elle pouvait pointer en toute objectivité les pistes d'amélioration, que ce soit pour la performance du patient ou l'efficacité de notre outil.

« Patient : Bonjour !
Orthophoniste : Bonjour ! Qu'est-ce que je peux faire pour vous ?
P : Le journal.
O : Le journal national ou régional ?
P : Celui d'ici.
O : D'accord, le journal régional, le Populaire. Vous voulez autre chose ?
P : Des timbres. Les rouges.
O : Des timbres rouges, très bien. Vous en voulez combien ?
P : 10.
O : Un carnet de 10 timbres, d'accord. Avec ceci ?
P : Des mots croisés (*désigne*) et c'est tout.
O : D'accord, un magazine de mots croisés. Cela fera 10 euros. Vous payez par carte bleue ou en espèces ?
P : Carte.
O : Merci, voilà pour vous.
P : Au revoir !
O : Au revoir ».

Figure 7 – Exemple de prises de notes lors d'un échange pour le scénario niveau 2 au tabac-presse
Tous les scénarii de chaque niveau ont pu être présentés à M. L. Seuls les scénarii des niveaux 2 et 3 ont été présentés aux autres participants, par manque de temps.

Présentation des résultats

1. Modifications apportées à l'outil

La version finale de l'outil est disponible en annexe.

1.1. Ajouts d'items

Au fur et à mesure des passations, nous avons enrichi la liste des produits disponibles pour chaque commerce, par suggestion du patient ou de notre maître de mémoire.

Ainsi, pour la boulangerie-pâtisserie, M. L. nous a fait remarquer qu'il manquait l'image d'une brioche. Pour la boucherie-charcuterie, nous avons complété avec l'image d'une escalope. Enfin, pour le tabac-presse, les ajouts ont été plus conséquents. Nous avons choisi de rajouter des tickets à gratter et des tickets de loto, de diversifier les types de magazines (décoration, cuisine, jeunesse, automobile, voyage, people, mots croisés) et de différencier le journal régional du journal national. De plus, il nous a semblé pertinent d'ajouter une image de colis pour simuler un retrait colis. Cette situation, plus complexe car il est demandé au patient d'épeler son nom, a été ajoutée au niveau 3.

De ce fait, nous avons également enrichi les scénarii initiaux, en complétant avec des questions en rapport avec les produits ajoutés ou bien avec des questions naturellement posées dans la conversation auxquelles nous n'avions pas pensé avant l'expérimentation.

1.2. Modifications



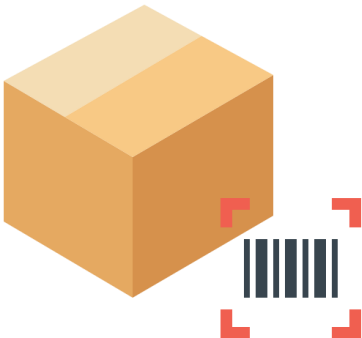



À la suite des retours des participants, nous avons également effectué des modifications dans le choix de nos images.

Tout d'abord, nous avons changé l'image du tabac. En effet, un des participants a dénommé « tas de fumier » et les deux autres n'ont pas su identifier l'item.

Nous avons également fait le choix de flouter les titres des magazines afin de favoriser la généralisation. En effet, les patients lisaient les titres plutôt que de généraliser sur le type de magazine. Ainsi, les magazines de cuisine étaient dénommés « gourmand » et les magazines people « ici Paris et France dimanche ».

Enfin, nous avons changé l'image correspondant au retrait colis car elle n'était pas reconnue rapidement par les patients.

Tableau 9 - Exemples d'items modifiés

IMAGES ORIGINALES		
		
IMAGES MODIFIEES		
		

2. Retours qualitatifs

Nous avons interrogé l'un des participant et son épouse quant à leur point de vue sur la reprise des courses dans les commerces de proximité. Le patient a beaucoup investi le travail proposé, non seulement en testant dans la vie réelle plusieurs commerces entraînés en séance de rééducation (la boulangerie, la boucherie), mais aussi en expérimentant d'autres commerces (la pharmacie, le fleuriste). Il nous a donc semblé pertinent de l'interroger sur ces expériences, et d'échanger également avec sa principale aidante, son épouse, sur cette reprise des courses de proximité.

Nous avons choisi de guider cet échange sous la forme d'un entretien semi-dirigé. Ce format est intéressant, car il s'apparente à une véritable discussion. L'intervieweur, en posant des questions ouvertes, permet aux personnes interrogées de donner librement leur avis.

Nous avons donc préparé une liste de questions, se voulant les plus ouvertes et neutres possibles, afin de recueillir leurs points de vue sur notre thématique.

Les questions sont les suivantes :

Tableau 10 - Questions posées durant l'interview

FORMULATION DE LA QUESTION	JUSTIFICATION
« Dans quels commerces êtes-vous allés ? »	Nous savons que M. L. a déjà fait des essais dans la vie réelle au moment de l'interview. Nous cherchons donc à savoir s'il a seulement expérimenté les commerces travaillés en séance, ou s'il a pu en essayer d'autres.
« Pouvez-vous nous décrire comment cela s'est passé ? »	<p>Cette question, volontairement très ouverte, laisse aux participants le libre choix de la façon de raconter leur expérience, en leur laissant mettre l'accent sur ce qui les a le plus marqué.</p> <p>Nous avons choisi de poser la question à M. L. et à son épouse, pour qu'ils se complètent dans leur description et livrent chacun leur point de vue.</p>
« Comment vous êtes-vous sentis pendant ces expériences ? »	<p>Ici, nous cherchons à avoir un retour sur leurs émotions, sans influencer la réponse d'une manière positive ou négative.</p> <p>La question se veut adressée aux deux participants, qui ont sans doute vécu les expériences de façon différente.</p>
« Quelles difficultés avez-vous identifiées ? »	Nous avons posé cette question pour plusieurs raisons. D'une part pour confronter les difficultés identifiées par les participants à celles que nous avons pu repérer en amont en tant qu'orthophoniste, d'autre part pour voir si elles différaient en fonction du rôle de chacun (patient actif / aidant observateur).
« Que pensez-vous de la réhabilitation sociale en tant qu'objectif orthophonique ? »	Par cette question, nous cherchons à aborder le thème de l'approche fonctionnelle en orthophonie. En effet, certains patients et leur entourage mettent davantage l'accent sur la rééducation des troubles linguistiques, à défaut des compétences de communication.

Nous avons pris des notes durant l'échange pour retranscrire leurs idées dans notre étude.

2.1. Du point de vue d'un patient

M. L. nous a décrit ses différents essais dans les commerces. Au cours de nos 5 semaines de stage, il a expérimenté la boucherie, la boulangerie, la pharmacie et le fleuriste. Pour chaque commerce, il a pu exprimer à l'oral l'ouverture et la clôture de l'interaction (formules de politesse de type bonjour, au revoir). Selon les commerces, il a désigné ou demandé oralement les produits qu'il souhaitait. Par exemple, à la boulangerie, il a commandé verbalement une

chocolatine et une brioche ; à la pharmacie il a demandé du doliprane. Pour la boucherie et le fleuriste, il a désigné les produits qu'il souhaitait, puis a complété à l'oral selon les questions des commerçants (quantités pour la boucherie, ornements du bouquet chez le fleuriste).

Concernant ses ressentis, M. L. nous a indiqué que la première fois qu'il a tenté l'expérience, il était anxieux. Il avait peur du regard d'autrui : peur d'être jugé, peur de se tromper de mot, peur de déranger en faisant attendre les autres. Néanmoins, il était rassuré par la présence de son épouse à ses côtés.

Les difficultés identifiées par M. L. sont de deux types. La première relève de l'accessibilité aux commerces : il pointe qu'il n'a pas pu se rendre à sa boulangerie habituelle car il y a des marches pour y accéder et cela le met en difficulté avec sa canne. La seconde est liée à l'interlocuteur. En effet, il verbalise qu'il est toujours difficile de s'adresser à une nouvelle personne. Ainsi, cela demande plus de courage face à des commerçants inconnus. Il nous signale qu'il a fait son premier essai à la boucherie parce qu'il connaissait bien la vendeuse et qu'elle était gentille. Il ajoute que d'autres commerçants sont moins bienveillants : la fleuriste, en voyant qu'il pointait les fleurs qu'il souhaitait pour constituer son bouquet, lui aurait dit « je ne comprends pas, il faut me dire un mot ».

En conclusion, M. L. nous explique qu'au fil des essais, il se sentait de plus en plus à l'aise pour demander un produit à l'oral et non plus seulement pour le pointer. Il nous dit se sentir capable de se rendre dans d'autres commerces non entraînés. Finalement, il nous indique que l'expérience s'est révélée positive.

2.2. Du point de vue d'une aidante

Mme L. nous explique qu'elle a trouvé son mari tout à fait adapté. Il a réussi à se débrouiller sans qu'elle ait besoin de beaucoup intervenir. Elle a l'impression qu'il a gagné en aisance au fur et à mesure des tentatives. Ces expériences lui ont également permis de prendre conscience des progrès de son mari dans la vie réelle.

Mme L. rejoint son époux concernant les types de difficultés identifiées. En effet, pour elle l'accessibilité est un facteur majeur. En plus des marches, elle évoque les portes automatiques (qui peuvent se refermer sur les personnes qui ne se déplacent pas assez vite) et la nécessité d'un parking attenant au commerce. Par ailleurs, pour elle aussi, le comportement de l'interlocuteur est décisif. Certains peuvent être mal à l'aise et ne s'adresser qu'à l'aidant alors que c'est la personne aphasique qui parle. Enfin, elle ajoute un élément que M. L. n'avait pas soulevé : la disponibilité et l'implication des aidants. En effet, pour elle, cela demande du temps et de l'investissement pour cibler les commerces adaptés et accompagner le patient dans cette expérience.

Enfin, Mme L. trouve que la réhabilitation sociale est importante dans la rééducation orthophonique, car cela permet de retrouver les échanges de la vie quotidienne et de regagner en autonomie. Elle juge essentiel de s'entraîner dans des situations de la vie réelle, même si cela peut dépendre de l'investissement des aidants. Elle projette de continuer ces expériences de façon progressive : accompagner son mari dans le commerce mais ne rien dire, puis rester dans la voiture et le laisser aller tout seul dans le magasin... Tout en contrôlant l'environnement pour que son époux soit le plus rassuré possible : par exemple en choisissant des moments de la journée avec moins d'affluence.

Ils concluent tous les deux en se disant qu'il serait intéressant de s'imposer de le faire une fois par semaine, en diversifiant les commerces ou en généralisant au marché.

Discussion

1. La création d'un outil

Un outil doit reposer sur plusieurs principes.

Notre matériel se voulait le plus écologique possible, pour viser une communication fonctionnelle dans la reprise des courses de proximité. La validité écologique d'un support repose sur 4 critères (Romero-Ayuso et al., 2021) :

- Correspondance : les tâches correspondent aux aspects pertinents de l'activité et de l'environnement du monde réel.
- Représentativité : les tâches sont représentatives des personnes qui les exécutent.
- Commodité : les tâches concernent des situations du monde réel et les résultats doivent refléter et prédire des phénomènes de la réalité.
- Efficacité : les tâches doivent être pertinentes d'un point de vue neurocognitif.

Nous avons fait de notre mieux pour respecter ces critères, mais nous pouvons néanmoins soulever plusieurs limites. Premièrement, même si l'aspect-clé de l'activité, à savoir l'interaction commerciale, a été observée, les tâches ne correspondent pas tout à fait à la réalité : la transaction financière a volontairement été négligée (nous développerons cet aspect ultérieurement), l'environnement réel ne peut pas être reproduit à l'identique (aménagement du commerce, présence des autres clients, stimuli auditifs et visuels, produits réels...). Deuxièmement, nos mises en situations n'étaient pas totalement représentatives de la réalité, puisque le facteur stress (abordé par exemple par M. L. par la peur du regard d'autrui, la peur de se tromper de mot, la peur de se retrouver face à un interlocuteur peu facilitateur) ne pouvait pas être simulé. Troisièmement, nous avons essayé d'élaborer des scénarii complets et de niveaux différents, pour qu'ils se rapprochent le plus possible des situations pouvant être rencontrées dans la vie réelle, mais nous sommes consciente qu'ils ne sont pas exhaustifs. Enfin, notre matériel visait à s'entraîner à communiquer en simulant une situation de la vie quotidienne, de façon à faire appel aux mêmes fonctions cognitives que celles sollicitées dans la réalité. Nous avons donc notamment intégré le travail des fonctions langagières et des fonctions exécutives.

Par ailleurs, un autre des objectifs de notre outil était la généralisation de l'entraînement vers la vie quotidienne. En effet, la pratique des différentes étapes et l'analyse des mécanismes de l'échange permettent l'apprentissage de comportements nouveaux et le développement de stratégies alternatives (Anglade et al., 2019; Joly, 2013). Cette généralisation à d'autres situations est possible, d'une part en se basant sur des scénarii linguistiques représentatifs de la réalité, d'autre part en s'appuyant sur des objets réels (Peng et al., 2019). Concernant le premier point, nos scénarii ont été élaborés à partir d'une approche empirique, fondés sur notre expérience personnelle et enrichis avec les retours des participants. Même s'ils sont de difficultés variables et respectent donc le principe de progression (Ardisson & Besnardeau, 2007), pour approfondir cette approche, nous aurions pu faire une recherche de corpus en lien avec les échanges commerciaux, pour plus de représentativité des scénarii. Nous aurions également pu observer plus de rigueur dans les niveaux de difficultés, par exemple en calculant le nombre de mots ou de syllabes par phrase ou en respectant une difficulté grammaticale et sémantique croissante (Kaye & Cherney, 2016). Pour le second point, les commerces choisis (boucherie et boulangerie) étaient limités du fait des contraintes

alimentaires, cependant pour le tabac-presse il aurait pu être intéressant d'introduire de véritables produits pendant la tâche.

Le jeu de rôles, inhérent à notre outil, présente différentes fonctions (Joly, 2013). D'une part, il a une fonction de formation personnelle, puisqu'il permet d'expérimenter des situations sans en subir les conséquences réelles ou bien de changer de point de vue en intervertissant les rôles et ainsi mieux prendre en compte l'autre et ses feedbacks. D'autre part, il a une fonction de formation des apprentissages sociaux, puisqu'il permet de se préparer à des situations nouvelles et de se projeter dans l'avenir. Notre matériel offre donc ces perspectives, en anticipant diverses situations dans un contexte facilitateur et sécuritaire. Il aurait pu être intéressant d'échanger les rôles, pour que le patient prenne conscience des mécanismes interactionnels du point de vue du commerçant : peut-être que cela lui aurait fourni d'autres stratégies non envisagées auparavant dans son rôle de client. De plus, l'entretien systématique après chaque jeu de rôle entre le patient ou l'orthophoniste, aussi appelé principe de rétroaction (Ardisson & Besnardeau, 2007), permet d'échanger les impressions de chacun. Le patient peut ainsi verbaliser ce qui l'a mis en difficulté, ce qui lui semble compliqué à reproduire en réalité... Ce moment permet également de réfléchir à des stratégies pour ajuster sa communication. Enfin, l'orthophoniste s'attache à valoriser les performances du patient et à souligner ses points forts, afin de lui faire prendre conscience de ses capacités et de lui donner confiance pour généraliser dans la vie réelle. A long terme, cette approche pragmatique présente plusieurs bénéfices : amélioration de la qualité de vie, stimulation des capacités de communication, augmentation de la participation à la vie sociale (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). Nous reconnaissons toutefois les limites de nos propositions de travail, puisque les tâches proposées ne reproduisent pas l'ensemble des exigences de la vie quotidienne et nécessitent un certain degré d'abstraction de la part du patient pour pouvoir conceptualiser la situation (Romero-Ayuso et al., 2021).

2. Propos du patient et de son aidante : comparaison à la littérature

L'interview de M. L. et de son épouse met en exergue différentes idées abordées dans la littérature.

Nous mentionnons notre regret de ne pas avoir pu interroger les deux autres participantes à l'étude et leur entourage, faute de temps et en raison de la moindre fréquence des séances de rééducation dans la semaine. Ces différents points de vue auraient pu apporter d'autres éléments pour confronter la littérature à la réalité.

2.1. Les facteurs ayant influencé leur expérience

Nous choisissons de rassembler les facteurs obstacles et facilitateurs en suivant les études de Anglade et al. (2019) ; Brown et al., (2006) ; Dalemans et al., (2010), c'est-à-dire les facteurs personnels, les facteurs sociaux et les facteurs environnementaux.

2.1.1. Facteurs personnels

Les facteurs personnels se rapportent à la motivation, à la condition physique et physiologique de la personne et à ses compétences en matière de communication.

Nous retrouvons ces points dans les propos de M. L., lorsque qu'il nous mentionne sa peur de se tromper de mot et d'être jugé par autrui. En effet, la peur du jugement et du regard d'autrui est un frein à la reprise de la vie sociale. La conscience de ses propres restrictions en matière de communication constitue également une limite (Le Dorze et al., 2014; Martin, 2018b). La

communication peut d'autant plus être bloquée lorsque les personnes aphasiques se sentent pressées par le temps (Dalemans et al., 2010), comme l'indique M. L. par sa peur de déranger en faisant attendre les autres. Les limites motrices sont aussi citées par M. L. et son épouse, qui mentionnent la question de l'accessibilité physique des commerces (M. L. se déplaçant difficilement avec une canne).

2.1.2. Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux regroupent le rôle de l'aidant et les caractéristiques des partenaires de communication.

Son épouse a une influence positive pour M. L. dans la reprise des courses. Il souligne être rassuré par la présence de sa femme. Le soutien de l'aidant est en effet un aspect-clé retrouvé dans la littérature : il constitue un allié puissant pour soutenir la participation et la communication de la PA (Brown et al., 2012; Le Dorze et al., 2015). L'orthophoniste peut ainsi s'appuyer sur lui pour savoir si les stratégies et compétences développées sont réinvesties dans la vie quotidienne (Trauchessec, 2018). Néanmoins, comme le mentionne Mme L., l'engagement des aidants nécessite disponibilité et implication. L'anticipation et l'organisation des activités sociales demandent du temps et de l'investissement. Par exemple, dans le cas des courses, Anglade et al. (2021) et Dalemans et al. (2010) citent l'exemple du repérage des commerces physiquement accessibles et de l'organisation de l'emploi du temps pour privilégier des moments avec moins d'affluence. L'aidant suit et encourage les progrès de la personne aphasique au niveau social (Dalemans et al., 2010), comme l'exemple de Mme L. qui réfléchit à une progression pour laisser son mari prendre plus d'autonomie. L'aidant peut alors devenir un partenaire actif dans le suivi orthophonique de réhabilitation sociale (Croteau et al., 2018). Cependant, parfois, il présente des comportements perçus comme négatifs : surprotection, prise de contrôle, remplacement, tendance à freiner la prise de parole... (Dalemans et al., 2010; Mazaux, Dacharry, et al., 2014). Nous n'avons pas retrouvé ces notions dans notre interview, mais l'entretien a été réalisé en duo, M. et Mme L. étaient en présence l'un de l'autre, il n'était donc peut-être pas facile d'aborder cette idée devant son conjoint.e. En revanche, une autre de nos participantes à l'étude, Mme R., a soulevé ce sujet lors de nos séances, en nous expliquant que ses parents, chez qui elle vivait, ne l'autorisaient pas à refaire des courses tant que ses capacités langagières n'étaient pas optimales.

Le second élément sous-tendant les facteurs sociaux est le partenaire de communication. Cet élément a été cité par nos deux sujets interrogés. Si la personne est connue, identifiée comme gentille comme M. L. le verbalise, elle possède une caractéristique facilitatrice : les auteurs Howe et al. (2008) parlent de familiarité des individus. Dalemans et al. (2010), quant à eux, évoquent trois caractéristiques du partenaire de communication : la volonté, les compétences et les connaissances. La volonté se rapporte aux efforts que fait l'interlocuteur, sa prise d'initiatives. Les compétences sont définies comme les capacités qu'a l'interlocuteur de s'adapter, ou non : parler lentement, faire des phrases courtes, laisser le temps de répondre, poser des questions fermées, prendre le temps, ou au contraire couper la parole, parler rapidement, changer de sujet brutalement. Ces deux caractéristiques sont retrouvées dans les propos de M. et Mme L, notamment à travers le malaise ou la bienveillance de l'interlocuteur. De plus, l'attitude du partenaire de communication dans l'échange est cruciale : les corrections ou reprises langagières sont très mal vécues par les personnes aphasiques (Howe et al., 2008), comme en témoigne la mésaventure de M. L. face à la fleuriste peu compréhensive. Répondre à l'accompagnant plutôt qu'à la PA, parler d'elle à la 3^e personne, faire comme si elle n'était pas là sont autant d'éléments qui témoignent d'une exclusion sociale (Parr, 2007),

comme l'ont vécu nos participants lorsque le vendeur s'est adressé à Mme L. alors que c'était M. L. qui parlait. Pourtant, les PA ont une réelle volonté d'être respectées et considérées comme des interlocuteurs à part entière (Dalemans et al., 2010). Enfin, la troisième caractéristique du partenaire de communication est la connaissance de l'interlocuteur sur l'aphasie en général, sur la personne et sur ses possibilités. Ce point n'a pas été développé lors de l'entretien, alors que la verbalisation de sa pathologie par la personne aphasique peut être un facteur facilitant (Dalemans et al., 2010). Ainsi, nous pourrions prévoir dans la conception du matériel une fiche-entraînement pour préparer le patient à présenter sa pathologie et les troubles engendrés de façon claire, synthétique et accessible.

FICHE ENTRAINEMENT – PRESENTATION DE L'APHASIE

Modèle vierge	Exemple du modèle complété
Nom de la pathologie :	Nom de la pathologie : <i>Aphasie = trouble acquis du langage, pouvant affecter la compréhension et/ou l'expression, l'oral et/ou l'écrit.</i>
Difficultés engendrées :	Difficultés engendrées :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ... ▪ ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Dire un mot à la place d'un autre</i> ▪ <i>Parler moins vite</i> ▪ <i>Difficultés à comprendre</i>
Ce qui est facilitateur pour moi :	Ce qui est facilitateur pour moi :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ralentir son débit de parole</i> ▪ <i>Utiliser des phrases simples et courtes</i> ▪ <i>Me laisser le temps de répondre</i>
Ce qu'il faut éviter de faire :	Ce qu'il faut éviter de faire :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Me couper la parole</i> ▪ <i>Finir mes phrases à ma place</i> ▪ <i>Faire semblant d'avoir compris alors que ce n'est pas le cas</i>

Figure 8 - Piste de réflexion pour un support d'entraînement à la présentation de sa pathologie à l'interlocuteur par la PA

Enfin, nous pouvons citer la pression temporelle liée à la fois aux facteurs sociaux, en tant que pression sociale face à une file d'attente, mais liée aussi aux facteurs environnementaux, puisque cette pression dépend du moment de la journée et de la configuration du commerce. Cet aspect est évoqué par M. L. par sa peur de déranger en faisant attendre les autres. Or, le temps disponible pour l'échange influence les performances communicationnelles des PA, pouvant aller jusqu'à un blocage lorsqu'elles se sentent pressées par le temps et les autres personnes qui attendent (Anglade et al., 2019; Brown et al., 2006; Howe et al., 2008).

2.1.3. Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux correspondent aux aspects physiques du lieu. Cette dimension est évoquée par M. et Mme. L. qui pointent les difficultés liées à l'accessibilité des commerces : présence de marches, portes automatiques se refermant trop rapidement,

absence de parking à proximité du commerce... A ces obstacles nous pouvons ajouter la multitude de stimuli (visuels, olfactifs, auditifs), la configuration du commerce, l'affichage des informations comme le prix... (Anglade et al., 2019; Le Dorze et al., 2015). Enfin, la disponibilité physique des produits est un paramètre facilitateur, comme M. L. le souligne en étant rassuré par le fait de pouvoir pointer les produits qu'il souhaite acheter. Nous retrouvons ce point dans la littérature : la présence visible du référent faisant l'objet de la communication permet de compléter la communication en utilisant le contexte d'interaction (Anglade et al., 2021; Howe et al., 2008).

2.2. Les bénéfices retirés

M. et Mme L. ont souligné tous les deux qu'au fur et à mesure des entraînements et des essais, ils sentaient que M. L. gagnait en aisance. Nous retrouvons cette idée chez Romero-Ayuso et al. (2021), puisque la reprise des courses contribue au renforcement de l'estime de soi, au sentiment d'auto-efficacité et au gain d'assurance. Cette prise de confiance est l'un des aspects les plus importants de la rééducation du point de vue des PA. Elle passe par l'amélioration de la communication, la reprise de la vie sociale, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et le retour à une certaine normalité (Wallace et al., 2017). Brown et al. (2012) complètent cette notion, en mettant en évidence que la participation à des activités significatives permet de vivre son aphasie avec succès et de retrouver un sentiment d'accomplissement. En revanche, ni le patient ni son épouse n'ont mentionné explicitement que la pratique des étapes de communication d'un échange commercial avait participé à ce gain de confiance, une idée que nous avons pourtant retrouvée dans la littérature (Anglade et al., 2019). De même, le rôle de l'orthophoniste dans la prise de conscience de la PA de ses capacités n'a pas été évoqué (Vailland, 2016).

Les deux personnes interrogées ont également évoqué la notion de généralisation et de progression. En effet, M.L. s'est senti capable d'expérimenter d'autres commerces, non travaillés en séance, comme la pharmacie et le fleuriste. Il s'agissait de l'un des objectifs de notre outil, puisque la littérature démontre qu'un entraînement à une tâche spécifique permet de généraliser à d'autres situations que les exercices effectués en séance (Holland et al., 2010; Trauchessec, 2018). De plus, les projections vers d'autres situations (aidante qui reste dans la voiture, tentative au marché) révèlent qu'ils se sont réellement saisis de ce que nous leur avons proposé. La définition d'objectifs à long terme par le patient et son entourage est également citée dans le travail de Brown et al. (2012) pour vivre son aphasie avec succès.

Enfin, le retour à des activités fonctionnelles a permis à Mme L. de se rendre compte des progrès communicationnels de son mari. Ce transfert dans la vie quotidienne des compétences travaillées en séance est le but d'une approche pragmatique : il ne s'agit pas seulement de réussir les tâches proposées dans le cabinet, mais bien d'appliquer les stratégies communicationnelles dans la vie réelle (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). Ainsi, le rôle de l'orthophoniste est de construire une passerelle pour se réengager dans la vie (Dalemans et al., 2010).

2.3. L'importance de la réhabilitation sociale

Mme L. mentionne la nécessité de la dimension fonctionnelle dans la prise en soin orthophonique. Comme de nombreux auteurs le soulignent, le but de la rééducation est d'encourager l'autonomie de la PA, en mettant l'accent sur des tâches écologiques et en le rendant acteur de sa récupération (Hamonet-Torny et al., 2013; Sainson, 2018b). Il s'agit

d'avoir une approche holistique, en considérant le patient dans son ensemble, et pas seulement du point de vue linguistique. L'orthophoniste a alors pour but d'encourager la participation sociale et de soutenir le retour à l'indépendance, par la réappropriation de nouvelles routines (Brown et al., 2012). Elle cherche à améliorer la qualité de vie de son patient, qui repose notamment sur les relations sociales et l'autonomie (De Partz, 2008). Or, nous savons notamment que les courses favorisent l'indépendance, et sont source d'inclusion sociale (O'Neill & Gutman, 2020). L'entraînement à des interactions commerciales est donc une tâche orthophonique pertinente pour la réhabilitation sociale des PA.

3. L'implication de l'orthophoniste

Le travail bibliographique effectué pour l'élaboration de l'outil et les retours des participants nous permettent d'affirmer que l'orthophoniste joue un rôle-clé pour stimuler la PA dans la reprise des courses. Plusieurs pistes de rééducation peuvent être proposées au patient :

- Valoriser et rassurer sur ses capacités communicationnelles (communication verbale résiduelle, communication non verbale)
- Interroger sur ses habitudes passées, ses commerces privilégiés
- Expliciter le déroulement d'un échange commercial
- S'entraîner en séance aux étapes d'une interaction vendeur/client
- Elaborer et tester des stratégies de préparation
- Préparer un support écrit
- Expérimenter dans la vie réelle

Le thérapeute peut également prodiguer des conseils pour faciliter l'activité : faire ses achats en journée et pendant les jours ouvrés, afin d'éviter les magasins surpeuplés et de limiter le stress ; utiliser un support écrit ; privilégier des commerces accessibles à la communication ; suggérer des adaptations aux propriétaires des magasins (Anglade et al., 2019, 2021; Togher et al., 1997).

Enfin, le professionnel doit veiller à impliquer l'aidant dans la prise en soin. En effet, le soutien quotidien d'un membre de la famille facilite la participation sociale, stimule la PA au quotidien et anticipe les situations de communication dans les activités de la vie quotidienne (Dalemans et al., 2010; Le Dorze et al., 2014). Ainsi, il pourrait être intéressant d'intégrer à notre matériel une fiche collaborative entre l'orthophoniste, le patient et son entourage, afin d'encourager les protagonistes à identifier ensemble les caractéristiques d'accès aux commerces. Des temps spécifiques d'échange pourraient être menés autour de ce thème avec l'aidant, pour repérer les facteurs facilitateurs des commerces et anticiper les difficultés.

FICHE COLLABORATIVE DE REFLEXION ENTRE L'ORTHOPHONISTE, LE PATIENT ET SON ENTOURAGE AUTOUR DES COMMERCES DE PROXIMITE

Modèle vierge	Exemple de modèle complété
Type de commerce :	Type de commerce : <i>Poissonnerie</i>
Accessibilité physique :	Accessibilité physique :
<ul style="list-style-type: none">▪ ...▪ ...▪ ...	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Absence de marches</i>▪ <i>Parking à proximité</i>▪ <i>Allées larges</i>▪ <i>Produits visibles et pointables facilement</i>
Horaires de moindre affluence :	Horaires de moindre affluence :
<ul style="list-style-type: none">▪ ...	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Entre 14h et 16h</i>
Commerçant :	Commerçant :
<ul style="list-style-type: none">▪ ...▪ ...	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Familier</i>▪ <i>Au courant de l'aphasie et des perturbations engendrées</i>
Articles fréquemment achetés :	Articles fréquemment achetés :
<ul style="list-style-type: none">▪ ...▪ ...▪ ...	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Mayonnaise</i>▪ <i>Huîtres</i>▪ <i>Crevettes</i>

Figure 9 - Piste de réflexion pour un support collaboratif entre l'orthophoniste, le patient et son entourage

4. Perspectives de travail

Nous présenterons ici les limites et biais identifiés dans notre travail, ainsi que les pistes de réflexion pour poursuivre et approfondir la recherche.

4.1. Une participation modeste

Les participants à notre étude ont été recrutés sur notre lieu de stage du mois de janvier 2023, au sein du cabinet de Mme Vincent. Hélas, peu de patients pris en soin à cette période correspondaient à nos critères d'inclusion. Notre population est donc restreinte, et ne couvre pas l'ensemble du public visé. En effet, notre outil est à destination des personnes aphasiques post-AVC ou TC, et nos participants présentent tous une aphasie consécutive à une lésion vasculaire. De plus, seul un participant, M. L., a pu expérimenter la reprise des courses dans la vie réelle pour donner suite au travail des scénarii en séance. Cette limite peut être liée notamment à la disponibilité et à l'investissement des aidants, comme Mme L. l'a elle-même mentionné. Par exemple, Mme R. a été freinée dans cette généralisation par son entourage, qui préférait qu'elle reprenne les courses lorsque ses compétences verbales seraient meilleures. Nous retrouvons cette dissociation dans l'étude de Brown et al. (2012), qui relèvent les différences des attentes thérapeutiques entre l'orthophoniste et le patient ou son entourage : l'orthophoniste vise une communication fonctionnelle tandis que les PA

recherchent une communication verbale. Il est donc nécessaire en amont de co-construire le projet thérapeutique avec le patient pour s'assurer de partager les mêmes objectifs thérapeutiques.

Il serait intéressant de proposer ce matériel à un plus grand nombre de participants : d'une part afin d'enrichir son contenu et d'étoffer encore les scénarii, d'autre part pour vérifier qu'il soit adapté à la reprise des courses de proximité en situation réelle.

4.2. Une méthodologie à étoffer

Nous relevons plusieurs biais quant à notre méthodologie.

Tout d'abord, l'appréciation de l'outil est subjective : les modifications et les changements ont été effectués à partir des retours oraux des patients, sans trame d'évaluation quantitative. Il aurait pu être intéressant de leur soumettre un questionnaire : antérieur à la création de l'outil tout d'abord, pour les interroger sur leurs attentes quant à ce type d'outil et sur les difficultés déjà identifiées au quotidien ; puis postérieur à l'élaboration et à la passation de l'outil, pour relever scrupuleusement toutes les corrections à apporter. En parallèle, nous aurions pu recueillir les avis des orthophonistes. Il aurait été pertinent, en amont de notre travail, de les questionner sur leurs besoins, leurs attentes, les objectifs d'un tel support... Puis de les faire tester le matériel, pour évaluer l'efficacité de la progression, la pertinence des scénarii, la facilité d'utilisation... Ainsi, nous aurions pu confronter les différents questionnaires, par exemple en comparant les points de vue des patients et des orthophonistes. Nous regrettons de n'avoir pas eu le temps de réaliser ce travail, qui aurait accru la validité du matériel. En effet, si nous comparons l'élaboration d'un matériel de rééducation à celui d'un matériel d'évaluation, nous pouvons relever des étapes communes :

- Elaboration d'un protocole et développement des items à partir de données théoriques (revue bibliographique) pour définir des tâches précises.
- Pré-validation, c'est-à-dire ajustement du protocole (modifications des items, changements de formulation, pertinence des images...) en le testant sur un échantillon de population.
- Etablissement des normes et validation : tester le matériel à plus grande échelle, en prenant soin d'intégrer des personnes d'âge, de sexe, de catégorie socio-professionnelle, d'origine géographique différents ; c'est-à-dire une population précise et représentative de la population générale. Les critères de sensibilité (proposer une précision et une progression), de fiabilité (constance dans les énoncés, consignes claires) et validité (appui théorique solide) seront également pris en compte.
- Publication et commercialisation

Au vu de ces étapes, nous situons notre travail dans la phase de pré-validation, puisque nous avons révisé notre outil à partir des retours d'un petit échantillon de population. Les autres phases pourront faire l'objet de futurs travaux de recherche.

Enfin, il pourrait être pertinent d'évaluer l'objectif final de l'outil, en particulier reprendre véritablement les courses de proximité de façon la plus autonome possible. Ainsi, l'échelle IADL de Lawton & Brody (1969) pourrait être administrée avant et après le travail autour des compétences fonctionnelles quotidiennes. Pour les courses par exemple, l'échelle se décline ainsi : autonomie et indépendance pour tous les besoins concernant les courses, indépendance pour les petits achats, besoin d'être accompagné lors de toute sortie, dépendance complète ou incapacité à réaliser toute tâche liée aux courses. De plus,

l'observation clinique en situation réelle pourrait être un moyen d'évaluation complet. Il permettrait d'appréhender le contexte interactionnel, de dépasser les impressions subjectives des participants et d'identifier les différences entre ce que le patient perçoit et ce qu'il accomplit réellement.

4.3. Les courses, une activité instrumentale de la vie quotidienne parmi d'autres

Comme nous l'avons exposé précédemment, les IADL posant le plus de difficultés aux PA sont les suivantes : la gestion de l'alimentation, l'entretien du linge, l'usage du téléphone, l'utilisation des moyens de transport, les courses, la manipulation de l'argent (Mazaux, Dacharry, et al., 2014). Pour ces quatre dernières activités, l'orthophoniste a un rôle à jouer, puisque ce sont des activités qui supposent d'exploiter des compétences communicationnelles.

Totola, en 2022, a traité l'utilisation du téléphone, puis nous avons développé la gestion des courses de proximité. Nous avons volontairement mis de côté la gestion de l'argent dans notre étude, une aptitude inhérente aux courses, car dans l'échelle de Lawton & Brody (1969), la manipulation de l'argent constitue une activité à part entière. En effet, c'est une compétence qui peut être sollicitée dans différentes situations de la vie quotidienne, comme par exemple l'utilisation des moyens de transport. Ces savoir-faire -manipulation de l'argent et utilisation des transports en commun- pourront constituer un continuum pour notre outil et faire l'objet de futurs travaux, en élaborant des scénarii pour entraîner les patients à ces situations.

Villain (2018) souligne que la manipulation de l'argent est encore peu intégrée dans les rééducations, alors qu'elle fait pleinement partie de la vie quotidienne. Elle donne quelques exemples d'activités pour travailler la manipulation de monnaie, à partir d'une entrée orale ou écrite : payer une somme exacte, payer une somme qui oblige à un rendu de monnaie, vérifier sa monnaie... A cela nous pouvons ajouter l'exercice de remplissage de chèque, qui sollicite à la fois l'écriture en chiffres et l'écriture en lettres. Pour cet item, il sera fondamental de manipuler du matériel concret.

Concernant les transports, l'étude de Ashton et al., (2008) sur l'accessibilité de la communication dans les transports publics pour les PA peut constituer un appui théorique pour développer l'item de l'utilisation des moyens de transport. Les auteurs identifient 4 étapes de communication pendant le déplacement : la planification du voyage, la localisation et l'identification du point de départ et du véhicule, le paiement du billet, la transmission de la destination. Pour chaque étape, ils listent les facteurs environnementaux correspondants (système du transport public, produits et technologies liés à la communication, soutien d'autres personnes) en les classant sous forme de facteur facilitateur ou de facteur obstacle. Ils soulignent le rôle de l'orthophoniste pour aider le patient à développer des stratégies de communication à utiliser lors de ses déplacements. En effet, les transports en commun permettent un accès à des services et des lieux communautaires pour ceux qui ne peuvent plus conduire. Ils favorisent alors une réduction de l'isolement social et un retour à l'indépendance.

Plusieurs pistes de recherche sont donc envisageables pour la poursuite de notre travail.

4.4. Perspectives d'enrichissement de l'outil et pistes de réflexion

Il pourrait être intéressant d'inclure dans l'outil une échelle d'auto-évaluation pour suivre la progression du patient. Cette trace écrite de l'évolution de ses perceptions permettrait d'objectiver ses progrès et de le valoriser dans ses compétences. Nous pourrions imaginer un

diagramme sous forme de toile d'araignée, en intégrant pour chaque branche les différents items (utilisation du téléphone, gestion des courses de proximité, utilisation des transports en commun, manipulation de l'argent...).

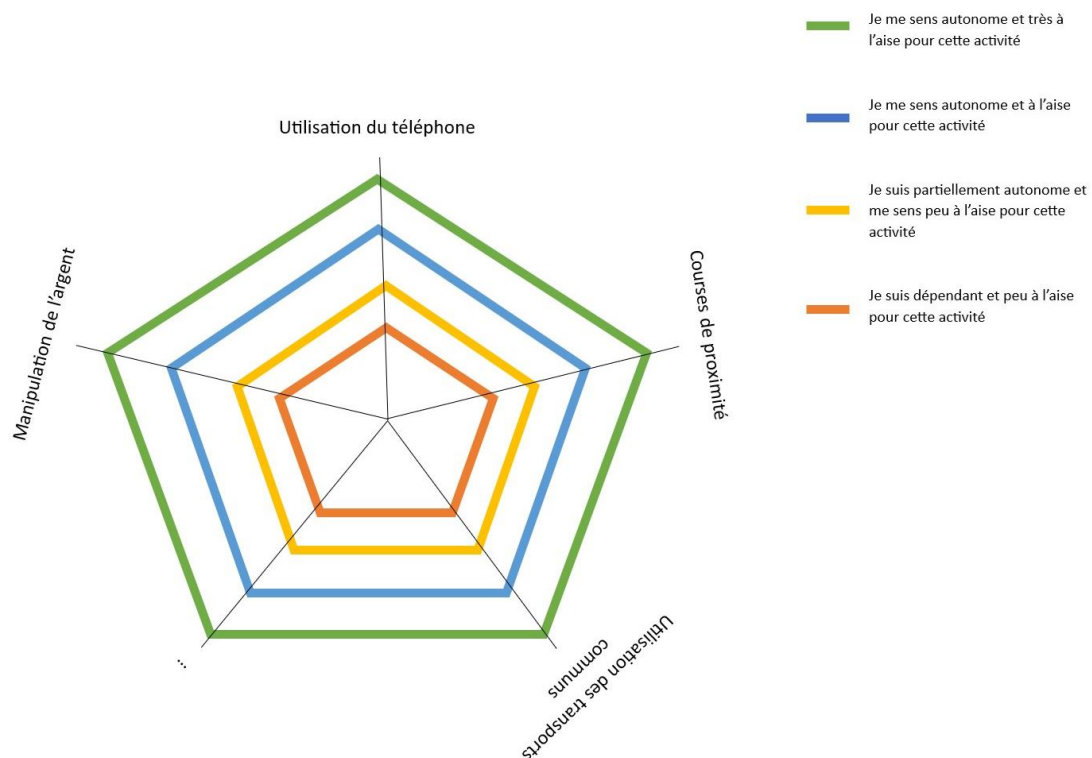


Figure 10 – Piste de réflexion pour le diagramme d'auto-évaluation

Nous pourrions également envisager une collaboration avec un neuropsychologue et un ergothérapeute. En effet, ces deux professionnels sont complémentaires à notre champ de compétences, et jouent également un rôle dans la réhabilitation sociale des patients aphasiques. L'ergothérapeute a pour objectif « d'étudier, de concevoir et d'aménager l'environnement pour le rendre facilitant et accessible » (France Compétences, 2019). Ainsi, il pourrait réfléchir à la mise en place d'aides techniques ou faire de la prévention auprès de l'entourage pour adapter l'environnement. En accompagnant le patient dans les commerces, il pourrait identifier les facteurs physiques faisant obstacle à la reprise des courses et développer des compensations pour lui rendre l'environnement accessible. Ces compétences sont citées dans le référentiel d'activités des ergothérapeutes : « mise en situation et entraînement dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation ». De même, le neuropsychologue pourra compléter notre intervention sur les fonctions cognitives, et notamment pour l'aspect exécutif lié aux courses. Un travail pluriprofessionnel est donc possible autour de la thématique des courses, comme cela peut déjà se faire dans des services de réadaptation comme la MPR (Médecine Physique et Réadaptation).

Enfin, nous pouvons ouvrir la réflexion en citant les travaux de recherche sur la réhabilitation sociale en réalité virtuelle. En effet, les bénéfices de la réalité virtuelle sont multiples et reconnus scientifiquement, notamment pour les patients post-AVC concernant la rééducation motrice, visuelle et exécutive. Le patient est actif, dans un monde virtuel généré par ordinateur. L'expérience est immersive, tant au niveau spatial que temporel. Les tâches sont interactives car le feedback est multimodal et elles permettent une progression en proposant des niveaux

de difficultés croissants. De plus, les données liées à la vidéo, à l'audio, à l'oculométrie et à la capture de mouvements sont enregistrées et peuvent être analysées ultérieurement (Klinger et al., 2013). Dans le contexte des IADL, des études ont montré que l'entraînement par la réalité virtuelle était transposé à la réalisation de tâches réelles de la vie quotidienne (Klinger et al., 2013). Ainsi, la réalité virtuelle apporte des pistes pour la réhabilitation des capacités fonctionnelles et pour la réduction de la dépendance. Pour les thérapeutes en libéral ayant peu l'occasion d'observer les patients en situation réelle par contrainte économique et temporelle, cet outil permettrait une analyse encore plus écologique des capacités de leurs patients (Josman et al., 2006). Nous pouvons citer le VAP-S, Virtual Action Planning Supermarket, qui vise à évaluer les fonctions exécutives dans le contexte d'un supermarché virtuel (Josman et al., 2014), ou encore le projet AGATHE (Adaptable, configurable and upgradable tool for the generation of individualized therapeutic applications in cognitive rehabilitation) qui cherche à élaborer un matériel d'intervention dans la réhabilitation des troubles cognitifs suite à des lésions cérébrales acquises (Klinger et al., 2013). Ce projet, issu d'une collaboration entre une équipe de recherche de réalité virtuelle, une équipe de santé avec des professionnels de la réadaptation et une équipe industrielle avec des éditeurs de logiciels, vise à créer un outil utilisable dans tous les lieux de vie du patient : centres de rééducation, cabinets libéraux ou domicile. Leur travail se base sur des scénarii thérapeutiques virtuels, complétés par des tâches prédéterminées, pour proposer des séances de rééducation personnalisées à partir d'activités de la vie quotidienne simulées, comme nous avons cherché à le faire avec notre outil. Ainsi, ils ont créé un environnement virtuel qui simule un quartier, constitué du domicile du patient, d'un bureau de poste et de différents commerces. Un tel outil semble idéal pour une prise en soin immersive et écologique pour la réhabilitation sociale des personnes aphasiques, mais suppose un investissement matériel et financier important.

4.5. Retours sur les objectifs de recherche

Notre question de recherche était la suivante : Quelles caractéristiques doit comporter un outil de rééducation des adultes aphasiques chroniques post-AVC ou TC, pour la réhabilitation sociale, concernant les courses de proximité, en se référant aux données de la littérature et après une première présentation de l'outil auprès de patients ?

A partir de cette problématique, nous avons dégagé trois objectifs de recherche, que nous allons maintenant traiter.

Le premier objectif était d'identifier, à partir d'une recherche bibliographique, les caractéristiques nécessaires à la création de l'item « courses de proximité » dans le cadre d'un outil de rééducation basé sur des tâches écologiques et à destination d'adultes aphasiques chroniques. Nous pouvons affirmer que cet objectif a été atteint. En effet, notre recherche bibliographique nous a permis de sélectionner plusieurs études et d'en faire une synthèse afin de dégager et d'argumenter les propriétés de notre outil.

Le deuxième objectif était d'élaborer le contenu de l'item « courses de proximité » en s'appuyant sur les données de la littérature préalablement déterminées. Là aussi, nous pouvons affirmer que notre objectif est atteint, puisque nous avons déterminé plusieurs étapes dans le processus de développement de l'item en nous appuyant sur notre savoir empirique et notre recherche bibliographique. Nous avons tout d'abord choisi quel type de commerce nous allions travailler, en favorisant les commerces de proximité en raison de leurs caractéristiques facilitatrices. Puis, nous avons sélectionné les items à représenter, en

effectuant une recherche lexicale puis en y associant des images. Enfin, nous avons écrit et mis en forme nos scénarii, en respectant les critères fixés préalablement.

Le troisième objectif était de pré-valider le contenu de l'item « courses de proximité » après présentation de l'outil à des personnes aphasiques chroniques. Nous pouvons également affirmer que notre objectif est atteint, même si notre échantillonnage de population est restreint. En effet, la présentation de notre outil aux participants nous a permis d'ajuster et d'affiner son contenu, en enrichissant les scénarii ou les produits à travailler. L'interview de M. L. et de son épouse a par ailleurs souligné les besoins et la pertinence d'un tel outil.

Conclusion

Notre partie théorique nous a permis de souligner que l'aphasie provoque un handicap communicationnel majeur (Mazaux, Pradat-Diehl, et al., 2007b). En effet, en raison des perturbations verbales, non verbales et prosodiques (Mazaux et al., 2006), l'aphasie altère la qualité de vie. Les domaines relationnels, familiaux et sociaux sont impactés (Lucot et al., 2013), pouvant entraîner une dépression, un isolement social, une réduction de la participation aux activités de la vie quotidienne (De Partz, 2008). La rééducation orthophonique, en collaboration avec le patient et son entourage, vise plusieurs objectifs : une communication indépendante, une participation autonome dans les activités sociales et de la vie quotidienne, et une amélioration de la confiance en soi (Wallace et al., 2017). La reprise des courses est notamment une activité de la vie quotidienne perturbée dans l'aphasie (Mazaux, Dacharry, et al., 2014) et qui revêt une signification essentielle pour le retour vers l'autonomie.

Nous avons cherché, dans la continuité du travail de Totola (2022), à créer un matériel simulant les échanges quotidiens présents lors des courses de proximité. Notre ambition était de déterminer les caractéristiques que devait comporter un outil de rééducation à destination des adultes aphasiques chroniques post-AVC ou TC, pour la réhabilitation sociale, concernant les courses de proximité, en se référant aux données de la littérature et après une première présentation de l'outil auprès de patients. Nous avons défini trois objectifs de recherche à partir de cette problématique.

En synthétisant les résultats de notre recherche bibliographique, nous avons pu tout d'abord identifier les caractéristiques nécessaires à la création de l'item « courses de proximité ». Le deuxième axe de travail nous a permis d'élaborer le contenu de l'item en s'appuyant sur les données de la littérature préalablement déterminées. Nous avons ainsi suivi plusieurs étapes dans la construction de notre outil : justification du choix des commerces, sélection des items pertinents à travailler, écriture et mises en forme des scénarii. Enfin, dans le temps qui nous était imparti, nous n'avons pas pu pré-valider le contenu de l'item auprès d'un grand nombre de personnes, mais la tâche de validation de l'outil auprès d'une population représentative pourra faire l'objet de futurs travaux.

Il serait intéressant d'apporter une continuité à l'outil, en intégrant aux scripts d'autres activités de la vie quotidienne perturbées par l'aphasie et pour lesquelles l'orthophoniste peut jouer un rôle dans la réhabilitation sociale : manipulation de l'argent, utilisation des transports en commun...

Ce travail nous a aidé à prendre pleinement conscience du rôle de l'orthophoniste dans la rééducation fonctionnelle des patients aphasiques chroniques. En effet, à travers ce mémoire, nous avons mesuré de façon très concrète l'enjeu majeur que constitue le retour à la vie sociale pour ces patients, avec pour corollaire, le fait qu'une partie de la rééducation se joue hors du bureau de l'orthophoniste. C'est forte de cet enseignement et dans cette optique que nous aurons à cœur d'accompagner nos futurs patients aphasiques.

Références bibliographiques

- Anglade, C., Le Dorze, G., & Croteau, C. (2019). Service encounter interactions of people living with moderate-to-severe post-stroke aphasia in their community. *Aphasiology*, 33(9), 1061-1082. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1532068>
- Anglade, C., Le Dorze, G., & Croteau, C. (2021). How clerks understand the requests of people living with aphasia in service encounters. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 35(1), 84-99. <https://doi.org/10.1080/02699206.2020.1745894>
- Ardisson, J., & Besnardeau, J. (2007). *Contribution à l'élaboration d'un matériel d'intervention orthophonique visant la réhabilitation des troubles pragmatiques expressifs d'individus cérébrolésés*. Université Claude Bernard.
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008). Communicatively accessible public transport for people with aphasia : A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305-320. <https://doi.org/10.1080/02687030701382841>
- Benaim, C., Lorain, C., Péliissier, J., & Desnuelle, C. (2007). Dépression, qualité de vie et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 283-289). Elsevier, Masson.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (4e édition). Ortho Edition.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia : The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595-615. <https://doi.org/10.1080/02687030600626256>
- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia : A qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(2), 141-155. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.632026>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). <https://www.cnrtl.fr/portail/>
- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 37-56. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0037>
- Croteau, C., Le Dorze, G., & McMahon-Morin, P. (2018). Mieux cerner les besoins des proches de personnes aphasiques pour concevoir une intervention orthophonique efficace et facilitant la communication. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 274, p. 335-351).
- Dacharry, P., Prouteau, A., Koleck, M., Belio, M.-C., Sevilla, E., de Sèze, M.-P., Dehail, P., Joseph, P.-A., & Mazaux, J.-M. (2013). Activité et participation des personnes aphasiques par accident vasculaire cérébral : Proposition d'une évaluation dérivée de la CIF. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, e126-e127. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.258>
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L., Wade, D., & Van Den Heuvel, W. J. A. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550. <https://doi.org/10.3109/13682820903223633>

- De Collason, P. (2012). La famille à l'épreuve de l'accident cérébral. *Le Journal des psychologues*, 302(9), 29-34.
- De Partz, M.-P. (2008). L'aphasie au quotidien : Du déficit au handicap. In *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (p. 131-158). Solal.
- D'Honincthun, P., Ballansat, G., Charpié Gambazza, C., Chételat, D., Python, G., & Schneider, L. (2018). Thérapies de groupe en aphasiologie : Trois expériences. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 275, p. 207-237).
- Engelhardt, M., Pélage, F., & Gonzalez, I. (2014). Prise en charge orthophonique des troubles de la communication auprès de la personne aphasique : La PACE et les prises en charge de groupe. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 98-107). Sauramps médical.
- France Compétences. (2019, janvier). *Répertoire National des Certifications Professionnelles—Diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. France Compétences. <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252Frecherche%252F>
- Gahinet, M.-C. (2018). Les dimensions de la proximité appliquées aux achats alimentaires. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine, Décembre*(5-6), 1367-1390. <https://doi.org/10.3917/reru.185.1367>
- Gong, X., Wong, P. C. M., Fung, H. H., Mok, V. C. T., Kwok, T. C. Y., Woo, J., Wong, K. H., & Meng, H. (2022). The Hong Kong Grocery Shopping Dialog Task (HK-GSDT) : A Quick Screening Test for Neurocognitive Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013302>
- Hamonet-Torny, J., Fayol, P., Faure, P., Carrière, H., & Dumond, J.-J. (2013). Traumatic brain injury rehabilitation, the programs applied in French UEROS units, and the specificity of the Limoges experience. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(3), 174-192. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.01.007>
- Holland, A. L., Halper, A. S., & Cherney, L. R. (2010). Tell me your story : Analysis of script topics selected by persons with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(3), 198-203. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2010/09-0095\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2010/09-0095))
- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia : Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618-643. <https://doi.org/10.1080/02687030701536024>
- Joanette, Y., Ansaldo, A. I., Lazaro, E., & Ska, B. (2018). L'aphasie : Une réalité en évolution. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 274, p. 27-40).
- Joly, A. (2013). *La fonction pragmatique du langage est-elle améliorée chez la personne aphasique par une pratique en groupe du jeu de rôle en orthophonie?* Université de Lorraine.
- Josman, N., Hof, E., Klinger, E., Marie, R. M., Goldenberg, K., Weiss, P., & Kizony, R. (2006). Performance within a virtual supermarket and its relationship to executive functions in post-stroke patients. *Proceedings of International Workshop on Virtual Rehabilitation*, 109. <https://doi.org/10.1109/IWVR.2006.1707536>

- Josman, N., Kizony, R., Hof, E., Goldenberg, K., Weiss, P. L., & Klinger, E. (2014). Using the Virtual Action Planning-Supermarket for Evaluating Executive Functions in People with Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 879-887. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.013>
- Juillerat Van Der Linden, A. C. (2008). Vers une neuropsychologie cognitive des activités de la vie quotidienne. In *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (p. 11-40). Solal.
- Kaye, R. C., & Cherney, L. R. (2016). Script Templates : A Practical Approach to Script Training in Aphasia. *Topics in Language Disorders*, 36(2), 136-153. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000086>
- Keil, K., & Kaszniak, A. W. (2002). Examining executive function in individuals with brain injury : A review. *Aphasiology*, 16(3), 305-335. <https://doi.org/10.1080/02687030143000654>
- Kerbrat-Orecchioni, C., & Traverso, V. (2004). Types d'interactions et genres de l'oral. *Langages*, 38(153), 41-51. <https://doi.org/10.3406/lgge.2004.931>
- Klinger, E., Kadri, A., Sorita, E., Le Guiet, J.-L., Coignard, P., Fuchs, P., Leroy, L., du Lac, N., Servant, F., & Joseph, P.-A. (2013). AGATHE : A tool for personalized rehabilitation of cognitive functions based on simulated activities of daily living. *IRBM*, 34(2), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.irbm.2013.01.005>
- Lawton, M. p. (1), & Brody, E. m. (2). (1969). Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Le Dorze, G., Alary Gauvreau, C., Turcotte, M. p., Massicotte, J., Perreault, C., & Croteau, C. (2015). Environmental factors and participation : The point of view of persons with brain injury and aphasia and that of their proxies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(Supplement 1). <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.07.356>
- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439. <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.869305>
- Le Gall, D., & Allain, P. (2008). Traumatisme crânien et vie quotidienne. In *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (p. 107-129). Solal.
- Lissandre, J.-P., Stuit, A., Daviet, J.-C., Preux, P.-M., Munoz, M., Vallat, J.-M., Dudognon, P., & Salle, J.-Y. (2007). Les théories pragmatiques et la PACE. In *Aphasies et aphasiques* (p. 233-241). Elsevier, Masson.
- Lucot, C., Koleck, M., Laurent, K., Darrigrand, B., Bordes, J., Joseph, P.-A., Dehail, P., & Mazaux, J.-M. (2013). La qualité de la vie des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 43-44. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.011>
- Martin, Y. (2018a). Les perturbations de la communication chez la personne aphasique. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 274, p. 169-184).

- Martin, Y. (2018b). L'accompagnement des perturbations de la communication fonctionnelle chez la personne aphasique. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 275, p. 191-205).
- Mazaux, J.-M., Boissezon, X. de, Pradat-Diehl, P., Balaguer, M., Batselaere, D., & Beneche, M. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps médical.
- Mazaux, J.-M., Dacharry, P., Lagadec, T., Glize, B., Dana-Gordon, C., Prouteau, A., Koleck, M., Cugy, E., Darrigrand, B., & Dehail, P. (2014). Limitations d'activité de communication et participation des personnes aphasiques. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 74-85). Sauramps médical.
- Mazaux, J.-M., Daviet, J.-C., Darrigrand, B., Stuit, A., Muller, F., Dutheil, S., Joseph, P.-A., & Barat, M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. In P. Pradat-Diehl & A. Peskine (Éds.), *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 73-82). Springer. https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2_8
- Mazaux, J.-M., Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., & Darrigrand, B. (2007). Communication et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* ([Éd. enrichie et actualisée], p. 76-86). Elsevier, Masson.
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007a). Avant-propos. In *Aphasies et aphasiques* ([Éd. enrichie et actualisée]). Elsevier, Masson.
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007b). Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique. In *Aphasies et aphasiques* ([Éd. enrichie et actualisée], p. 262-266). Elsevier, Masson.
- Mouri, N., Ohta, R., & Sano, C. (2022). Effects of Shopping Rehabilitation on Older People's Daily Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010569>
- Nir-Hadad, S. Y., Weiss, P. L., Waizman, A., Schwartz, N., & Kizony, R. (2017). A virtual shopping task for the assessment of executive functions : Validity for people with stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(5), 808-833. <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1109523>
- North, P. (2007). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. In *Aphasies et aphasiques* (p. 290-296). Elsevier, Masson.
- Ollinger, S., & Polguère, A. (2020, mai 14). *Navigateur Spiderlex – Systèmes Lexicaux*. <https://lexical-systems.atilf.fr/spiderlex/>
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Organisation mondiale de la santé.
- O'Neill, K. V., & Gutman, S. A. (2020). Effectiveness of a Metacognitive Shopping Intervention for Adults with Intellectual Disability Secondary to Down Syndrome. *Open Journal of Occupational Therapy (OJOT)*, 8(3), 1-14. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1736>
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia : Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123. <https://doi.org/10.1080/02687030600798337>
- Peng, X., Chen, H., Wang, L., Pei, X., Tian, F., & Wang, H. (2019). Rehabilitation of Aphasia after Stroke with Physical and Virtual Integrated System. *Jisuanji Fuzhu Sheji Yu*

- Tuxingxue Xuebao/Journal of Computer-Aided Design and Computer Graphics*, 31, 256-265. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1089.2019.17198>
- Peskine, A., & Pradat-Diehl, P. (2007). Etiologies de l'aphasie. In *Aphasies et aphasiques* ([Éd. enrichie et actualisée], p. 44-53). Elsevier, Masson.
- Romero-Ayuso, D., Castellero-Perea, Á., González, P., Navarro, E., Molina-Massó, J. P., Funes, M. J., Ariza-Vega, P., Toledano-González, A., & Triviño-Juárez, J. M. (2021). Assessment of cognitive instrumental activities of daily living : A systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 43(10), 1342-1358. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1665720>
- Rousseaux, M., Bénèche, M., & Cortiana, M. (2014). Les aspects théoriques de la communication. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 20-32). Sauramps médical.
- Rousseaux, M., Cortiana, M., & Beneche, M. (2014). Sémiologie et déficiences de la communication chez la personne aphasique. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 43-52). Sauramps médical.
- Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck supérieur.
- Sainson, C. (2018a). Les aphasies sont plurielles. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 274, p. 5-9).
- Sainson, C. (2018b). Accompagner la personne aphasique. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 275, p. 5-8).
- Terradillos, E., & Sage, K. (2017). *How does communication advice provided to members of the community of the person with aphasia affect those involved?*
- Togher, L., Hand, L., & Code, C. (1997). Measuring service encounters with the traumatic brain injury population. *Aphasiology*, 11, 491-504. <https://doi.org/10.1080/02687039708248486>
- Totola, R. (2022). *Création d'un outil de rééducation pour la réhabilitation sociale des adultes aphasiques chroniques Elaboration de l'item 1 : Utilisation du téléphone*. Université de Limoges.
- Trauchessec, J. (2018). Principes généraux de rééducation dans les pathologies neurologiques de l'adulte. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 275, p. 51-62).
- United Nations General Assembly. (2007). *Convention on the rights of persons with disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Vaillandet, C. (2016). Aphasies et personnes aphasiques. In *Guide de l'orthophoniste Intervention dans les troubles neurologiques, liés au handicap, soins palliatifs: Vol. V* (p. 39-59). Lavoisier-Médecine sciences.
- Villain, M. (2018). La rééducation des acalculies. In *Rééducation orthophonique* (Vol. 275, p. 315-327).
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., Kong, A. P. H., Simmons-Mackie, N., Scarinci, N., & Gauvreau, C. A. (2017). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal

group technique study framed within the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 39(14), 1364-1379. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1194899>

Annexes

Annexe I. Fiche « déroulé général »	68
Annexe II. Document de consentement éclairé	69
Annexe III. Images des produits.....	70
Annexe IV. Fiches scénarii.....	82

FICHE DEROULE GENERAL

Pour chaque scénario, l'orthophoniste peut s'aider de la fiche scénario correspondante. Celle-ci lui indiquera les cartes nécessaires au jeu de rôles ainsi que la liste des questions correspondant au niveau et le produit associé. Des lignes ont été ajoutées pour favoriser la prise de notes pendant l'échange (observations sur les compétences du patient, enrichissement du scénario, ajout de questions...).

Avant de commencer, il est recommandé de s'assurer de la bonne identification de tous les produits. Pour cela, L'orthophoniste invite le patient à dénommer chaque carte afin que les deux protagonistes s'accordent sur la terminologie.

L'échange se déroule comme une séquence commerciale réelle, l'orthophoniste jouant le rôle du commerçant et le patient celui du client :

- Echanges de salutations
- Question traditionnelle du commerçant (qu'est-ce que je vous sers, que puis-je faire pour vous...)
- Réponse du client
- Questions complémentaires du commerçant si nécessaire
- Réponse du client
- Question sur le mode de paiement de la part du commerçant
- Paiement
- Clôture de l'interaction

Les tours de rôle peuvent être plus ou moins longs selon la complexité de l'échange.

Annexe II. Document de consentement éclairé

Consentement éclairé

Autorisation pour le recueil, la conservation et l'exploitation des données

Présentation de l'enquête

Création d'un outil de réhabilitation sociale destiné aux personnes aphasiques, élaboration de l'item 2 : les courses.

Mémoire présenté par Maëlys Grivel, étudiante en 5^e année d'orthophonie à l'Université de Limoges, et encadré par Isabelle Vincent, orthophoniste.

Autorisation (biffer les paragraphes qui ne conviennent pas)

Je soussigné·e

.....

- autorise par la présente Isabelle Vincent et Maëlys Grivel à recueillir les données concernant mon identité, mon histoire médicale et toute information relative au matériel proposé dans cette étude.
- autorise l'utilisation de ces données anonymisées, sous toutes leurs formes, à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires) ;
- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront *anonymisées* : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;
- souhaite que la contrainte supplémentaire suivante soit respectée :.....

.....

.....

Lieu et date :

.....

Signature :

.....

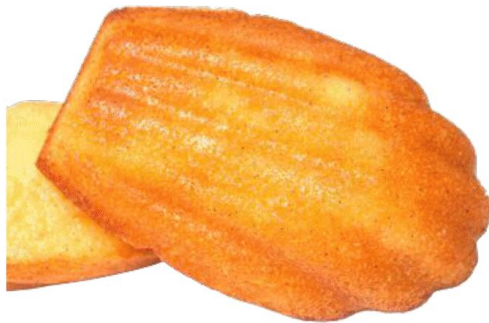
Annexe III. Images des produits











<https://sportauto.autojournal.fr/>



<https://www.pgp-media.fr/produits>



<https://votre-magazine-chez-vous.art-decoracion.fr/>



<https://www.avantagesieg.com/deals/bayard-jeunesse/>



https://www.info-presse.fr/fiches/france-dimanche-ici_2982_gp.htm



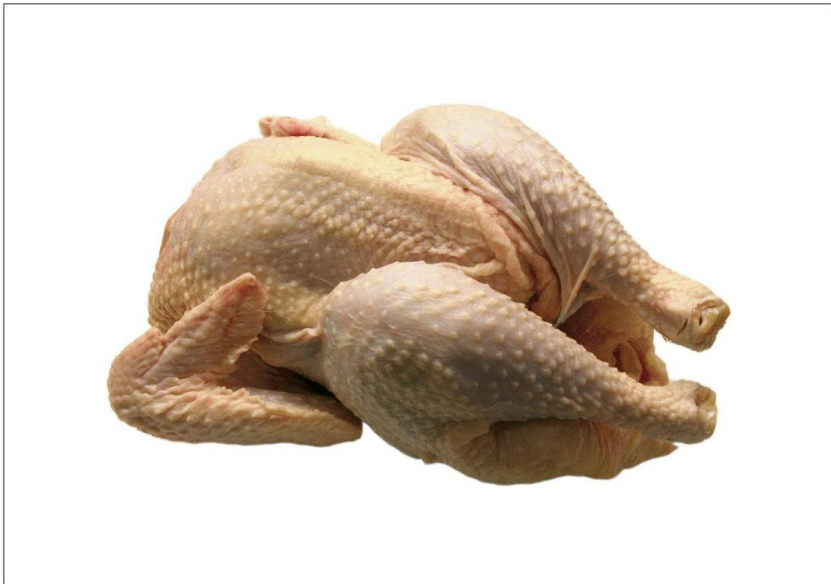
<https://www.prismashop.fr/editeo-tele2semaines>



<https://www.webabo.fr/nos-magazines-voyage/>











NIVEAU 1 – BOULANGERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Baguette
- Brioche
- Chausson aux pommes
- Croissant
- Eclair au chocolat
- Pain au chocolat
- Pain aux raisins
- Pain complet
- Pain de mie
- Tourte

NIVEAU 1 – BOUCHERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Jambon blanc
- Poulet rôti
- Saucisson

NIVEAU 1 – TABAC PRESSE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Briquet
- Mots croisés
- Tabac
- Paquet de cigarettes
- Magazine tv
- Journal

NIVEAU 2 – BOULANGERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Baguette
- Brioche
- Chausson aux pommes
- Chouquettes
- Croissant
- Eclair au café
- Eclair au chocolat
- Galette des rois
- Madeleines
- Meringues
- Pain au chocolat
- Pain aux raisins
- Pain complet
- Pain de mie
- Tourte

QUESTIONS POSSIBLES :

Vous en voulez combien ? *meringues, chouquettes*

Pour combien de personnes ? *galette, brioche*

Je vous le/la tranche ? *pain complet, tourte, pain de mie, brioche*

NIVEAU 2 - BOUCHERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Brochettes
- Entrecôte
- Escalope
- Jambon blanc
- Jambon cru
- Pâté
- Poulet rôti
- Rôti
- Saucisses
- Saucisson,
- Steak haché

QUESTIONS POSSIBLES :

Pour combien de personnes ? *poulet, rôti, pâté*

Je vous en mets combien ? *saucisses, brochettes, entrecôte, escalope*

Vous en voulez combien de tranches ? *jambon*

NIVEAU 2 – TABAC PRESSE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Briquet
- Timbres
- Mots croisés
- Tabac
- Paquet de cigarettes
- Magazine tv
- Journal
- Tickets de loto
- Tickets à gratter

QUESTIONS POSSIBLES :

Quelle sorte de timbres ?

Combien de timbres ?

Un journal national ou régional ?

Combien de tickets vous voulez ? *tickets loto, tickets à gratter*

NIVEAU 3 – BOULANGERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Baguette
- Brioche
- Chausson aux pommes
- Chouquettes
- Croissant
- Eclair au café
- Eclair au chocolat
- Galette des rois
- Madeleines
- Meringues
- Pain au chocolat
- Pain aux raisins
- Pain complet
- Pain de mie
- Tourte

QUESTIONS POSSIBLES :

Vous en voulez combien ? *meringues, chouquettes*

Pour combien de personnes ? *galette, brioche*

Je vous le/la tranche ? *pain complet, tourte, pain de mie, brioche*

Je n'en ai plus.

Quelle cuisson ? *baguette*

Pour la brioche, j'ai nature, aux pépites de chocolat ou aux pralines. Qu'est-ce que vous préférez ?

Pour la galette, j'ai briochée, frangipane classique, frangipane au chocolat ou à la compote de pommes. Qu'est-ce que vous préférez ?

Pour 3 viennoiseries achetées, 1 offerte, vous voulez profiter de l'offre ?

NIVEAU 3 – BOUCHERIE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Brochettes
- Entrecôte
- Escalopes
- Jambon blanc
- Jambon cru
- Pâté
- Poulet rôti
- Rôti
- Saucisse
- Saucisson
- Steak haché

QUESTIONS POSSIBLES :

Pour combien de personnes ? *poulet, rôti, pâté*

Je vous en mets combien ? *saucisses, brochettes, entrecôte, escalope*

Vous en voulez combien de tranches ? *jambon*

Je n'en ai plus.

Il n'y a que Xg, ça vous va ? *rôti, poulet, pâté*

Pour les brochettes, j'ai bœuf ou canard.

Pour les brochettes, vous préférez avec des poivrons ou avec des pruneaux ?

Pour le saucisson, j'ai classique, au poivre ou aux herbes. Qu'est-ce que vous préférez ?

Pour le pâté, j'ai classique, à l'armagnac ou à la truffe. Qu'est-ce que vous préférez ?

Vous préférez des escalopes de dinde ou des escalopes de poulet ?

Pour le rôti, j'ai du rôti du bœuf ou du rôti de veau. Qu'est-ce que vous préférez ?

NIVEAU 3 – TABAC PRESSE

PRODUITS DISPONIBLES :

- Colis
- Briquet
- Timbres
- Mots croisés
- Tabac
- Paquet de cigarettes
- Magazine tv
- Journal
- Magazine jeunesse
- Magazine automobile
- Magazine de décoration
- Magazine de cuisine
- Magazine de voyage
- Magazine people
- Tickets de loto
- Tickets à gratter

QUESTIONS POSSIBLES :

Quelle sorte de timbres ?

Combien de timbres ?

Un journal national ou régional ?

Combien de tickets vous voulez ? *tickets loto, tickets à gratter*

Je n'en ai plus.

Quel est votre nom s'il vous plaît ? Vous pouvez me l'épeler ? *colis*

Quel type de magazine ?

Quelle marque de cigarette ?

Vous voulez des filtres et du papier à rouler avec ? *tabac*

Création d'un outil de rééducation pour la réhabilitation sociale des adultes aphasiques chroniques

L'aphasie, reconnue en tant que handicap par la CIF, provoque des perturbations communicationnelles majeures et impacte négativement la qualité de vie. Les personnes aphasiques se retrouvent isolées, leur participation sociale est limitée. La reprise des courses est notamment une activité de la vie quotidienne identifiée comme problématique dans la littérature.

L'orthophoniste joue un rôle-clé dans la réhabilitation sociale des personnes aphasiques, en entraînant les capacités communicationnelles des patients. La création d'un outil de rééducation visant la réhabilitation sociale des adultes aphasiques chroniques a été initié en 2022 par Totola, qui a étudié l'utilisation du téléphone.

Notre travail s'est axé sur la création de scénarii visant les échanges dans les commerces de proximité. Une étude bibliographique nous a permis de dégager les propriétés nécessaires pour un tel outil et d'en élaborer le contenu. Une pré-validation de l'item a permis d'enrichir et d'affiner ses caractéristiques, malgré un nombre de participants limité.

De futurs travaux pourront développer et intégrer à l'outil d'autres situations de communication problématiques de la vie quotidienne, comme la manipulation de l'argent ou l'utilisation des transports en commun.

Mots-clés : aphasie, rééducation, courses, orthophonie

Creation of a reeducation tool for the social rehabilitation of adults with chronic aphasia

Aphasia, which is a recognised handicap by the CIF, causes major communication disruptions and it has a negative impact on the quality of life. People with aphasia find themselves isolated, and their social participation is limited. Going shopping is a daily life activity which is identified as problematic in the literature.

Speech therapists play a key role in the social rehabilitation of aphasic people, by training the patients' communication skills. The creation of a reeducation tool for the social rehabilitation of adults with chronic aphasia was initiated in 2022 by Totola, who studied the use of the telephone.

Our work focused on the creation of scenarios aimed at interactions in local shops. A bibliographic study allowed us to identify the necessary properties for such a tool and to elaborate its content. A pre-validation of the item enabled us to enrich and to refine its characteristics, despite a limited number of participants. Future work will be able to develop and to integrate into this tool other problematic communication situations which are encountered in daily life, such as handling money or using public transport.

Keywords: aphasia, rehabilitation, shopping, speech therapy

