



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

BUCHOT Maëlle et LE GOFF Aurélie

soutenu publiquement en juin 2011 :

**Expérience d'un groupe de communication
au sein d'un centre de rééducation
fonctionnelle :**
évaluation de l'efficacité de cette rééducation pour des
personnes aphasiques.

MEMOIRE dirigé par :

MARTIN Yves, Orthophoniste-Neuropsychologue au Centre l'ESPOIR à Hellemmes.

Lille – 2011

Remerciements

Nous tenons à remercier Yves Martin, chef de service au centre de rééducation fonctionnelle l'Espoir, qui a encadré notre mémoire et a été à l'origine de la création du groupe de communication.

Nous remercions également Fabienne Meurant, Sandra Marquant et Aurélie Mulliez, orthophonistes à l'Espoir, pour leurs conseils, leur investissement au sein du groupe d'aphasiques.

Nous aimerions remercier toutes les personnes qui nous ont apporté soutien et bonne humeur pendant notre dernière année d'étude, notamment l'équipe dynamique du service neuropsychologie-orthophonie du centre l'Espoir ainsi que nos maîtres de stage pour leur conseils et relecture attentive.

Enfin, un grand merci à tous les participants du groupe: « Les Joyeux Parleux », avec une attention particulière à M., J., E. et B. qui ont accepté de participer à notre étude.

Résumé :

En rééducation de l'aphasie, les thérapies de groupe se sont beaucoup développées. On parle pourtant peu de l'évaluation de leur impact chez les personnes aphasiques. Les quelques études existantes semblent admettre que le groupe peut améliorer le langage et du moins les capacités de communication, et qu'il aurait un impact positif sur la réintégration sociale et familiale du patient.

Nous avons donc testé un protocole d'évaluation s'intéressant au langage, à la communication et à son efficacité en conversation ainsi qu'à la qualité de vie et au statut psychologique. Nous l'avons fait passer, à 3 mois d'intervalle, à 4 patients aphasiques bénéficiant d'une prise en charge de groupe. Les résultats obtenus ne sont pas généralisables en raison du petit nombre et de l'hétérogénéité des patients mais nous avons pu observer que tous avaient augmenté leurs performances langagières, et que 3 d'entre eux étaient meilleurs communicateurs. L'impact sur la qualité de vie et le statut psychologique est plutôt positif mais cette hypothèse ne peut être totalement vérifiée car elle met en jeu des facteurs indépendants du groupe.

Mots-clés :

Aphasie, rééducation de groupe, évaluation, efficacité, langage, communication, qualité de vie, statut psychologique.

Abstract :

In aphasia rehabilitation, group therapies have been greatly developed. Nevertheless, little is said about the assessment of their impact among people with aphasia. The few existing studies seems to agree that the group can improve language and communication skills, and would have a positive impact on social and familial reintegration of the patient.

We therefore tested an evaluation protocol to assess: language, communication, effectiveness in conversation, quality of life and psychological status. We did spend this protocol to four aphasic patients receiving group therapy twice at three months apart. The results are not generalizable due to the small number and heterogeneity of patients, but we observed that all had increased their language performance and that 3 of them were better communicators. The impact on quality of life and psychological status is rather positive, but this hypothesis can not be fully verified because it involves other factors not related to the group.

Keywords :

Aphasia, group therapy, evaluation, efficiency, language, communication, quality of life, psychological status.

Table des matières

Introduction	8
Contexte théorique, buts et hypothèses	10
1. L'aphasie selon la classification internationale du fonctionnement et du handicap:	11
1.1.Qu'est-ce que l'aphasie?.....	11
1.2.La déficience: le trouble langagier.....	12
1.2.1.Le langage :	12
1.2.1.1.La théorie du signe de Saussure (1916):	12
1.2.1.2.Les étapes de production du langage:.....	12
1.2.1.3.Les trois niveaux d'articulation du langage oral.....	13
1.2.2.Le langage dans l'aphasie	14
1.2.2.1.Conséquence de l'aphasie sur les fonctions langagières.....	14
1.2.2.2.Troubles de l'expression orale	15
1.2.2.2.1.Les anomalies du débit de parole.....	15
1.2.2.2.2.Les transformations orales	16
1.2.2.3.Troubles de la compréhension orale.....	17
1.2.2.3.1.Troubles d'accès et ou atteinte des représentations phonologiques.....	17
1.2.2.3.2.Perturbation de l'accès et/ou des représentations sémantiques.....	17
1.2.2.3.3.Perturbation de la compréhension syntaxique:.....	18
1.3.L'incapacité: réduction des activités de communication	18
1.3.1.La communication	18
1.3.1.1.Définitions.....	18
1.3.1.2. La communication verbale.....	21
1.3.1.2.1.Le discours:.....	21
1.3.1.2.2.La conversation.....	22
1.3.1.3.La communication non verbale.....	22
1.3.1.3.1.Les gestes.....	23
1.3.1.3.2.Les mimiques, expressions faciales et le regard.....	24
1.3.1.3.3.Les accompagnements vocaux du langage.....	24
1.3.1.3.4.Les autres signes non verbaux.....	24
1.3.1.4.La pragmatique.....	25
1.3.1.4.1.Notion d'intentionnalité.....	25
1.3.1.4.2.Principe de coopération.....	25
1.3.1.4.3.Régie de l'échange.....	26
1.3.1.4.4.Le dit, l'inféré et le présupposé.....	26
1.3.2.Conséquences d'une aphasie sur la communication.....	26
1.3.2.1.Conséquences sur la communication verbale.....	27
1.3.2.2. Sur la communication non verbale.....	28
1.3.2.3.Sur la pragmatique.....	28
1.4.La participation, le désavantage: indicateurs du degré de handicap.....	29
1.4.1.La qualité de vie.....	30
1.4.1.1.Définition.....	30
1.4.1.2.Mesure de la qualité de vie.....	31
1.4.1.3.Qualité de vie et aphasie.....	31
1.4.2.Le statut psychologique.....	32
1.4.2.1.Définition générale.....	32
1.4.2.2.Diagnostic de la dépression.....	32

1.4.2.3.La dépression post-AVC.....	33
2.Les thérapies de groupe.....	34
2.1.Qu'est-ce qu'un groupe?.....	34
2.2.Les thérapies de groupe en aphasie.....	35
2.2.1.Pourquoi travailler en groupe?.....	35
2.2.2.Les différents types de groupes d'aphasiques.....	36
2.2.2.1.Les groupes psychosociaux.....	37
2.2.2.2.les groupes de soutien et de conseil aux familles.....	37
2.2.2.3.les groupes de traitement du langage.....	37
2.2.3.Les éléments à prendre en considération pour créer un groupe	38
2.2.3.1.Quand débiter la prise en charge de groupe?.....	38
2.2.3.2.Lieu de rassemblement du groupe.....	39
2.2.3.3.Fréquence et durée des séances.....	39
2.2.3.4.Les patients	40
2.2.3.5.Les animateurs.....	41
2.2.4.Les activités proposées.....	42
2.2.4.1.Les activités écologiques.....	42
2.2.4.2.La communication verbale.....	43
2.2.4.3.La communication non verbale.....	43
2.2.4.4.Les jeux de société.....	44
2.3.Les différentes études existantes:.....	44
2.3.1.The efficacy of group communication treatment in adults with chronic Aphasia (Elman et Bernstein-Ellis, 1999).....	44
2.3.2.Tour d'Europe en 15 séances (Avot et Herbert, 2000).....	46
2.3.3.Favoriser la communication des aphasiques par l'équipe soignante: exemple d'un atelier de communication (Patry et al. 2006).....	47
2.3.4.Evaluation of communication, life participation and psychological well- being in chronic aphasia: The influence of group intervention (Ross et al. 2006)	48
2.3.5.Création d'un roman policier entre orthophonistes et aphasiques (Saint- Omer et al. 2010):.....	49
2.3.6.The effect of combined individual treatment on functional communication in aphasia after aquired brain injury (Shisler-Marshall et Wallace).....	51
Sujets et méthodes.....	53
1.Buts et hypothèses.....	54
1.1.Objectifs :.....	54
1.2.Hypothèses :.....	54
2.Présentation du groupe.....	55
2.1.Les objectifs.....	55
2.2.Les patients.....	55
2.2.1.Les patients participants au groupe.....	55
2.3.Les thérapeutes.....	56
2.4.Le lieu et la fréquence.....	56
2.5.Les déroulements.....	56
2.5.1.Déroulement d'une séance.....	56
2.5.2.Déroulement d'une session.....	57
2.6.Les activités.....	58
2.6.1.Activités de communication non-verbale.....	58
2.6.1.1.1.La respiration et la relaxation	58
2.6.1.1.2.Le travail de la prosodie: rythme, chant.....	60

2.6.1.1.3. <i>Le mime</i>	62
2.6.1.1.4. <i>L'expression des émotions, les mimiques</i>	64
2.6.2. Activités travaillant le langage oral.....	65
2.6.2.1.1. <i>Les jeux d'expression orale</i>	65
2.6.2.1.2. <i>les jeux d'évocation</i>	66
2.6.3. Activités de mise en scène, d'expression en situation écologique.....	68
2.6.3.1. <i>le sketch</i>	68
2.6.3.2. <i>les débats de groupe</i>	70
2.6.4. Activités collectives pour la dynamique du groupe.....	73
2.6.4.1. <i>Jeux de présentation</i>	73
2.6.4.2. <i>Jeux de fin de séance</i>	74
3. L'évaluation	75
3.1. Création du protocole d'évaluation.....	75
3.1.1. Évaluation du langage.....	75
3.1.2. Évaluation de la communication.....	76
3.1.2.1. Test Lillois de Communication (TLC):.....	76
3.1.2.2. Measure of Participation in Communication (MPC) et Measure of Skill in Supported Conversation (MSC):.....	77
3.1.2.3. Echelle de Communication Verbale de Bordeaux:.....	78
3.1.2.4. L'analyse conversationnelle: Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA).....	79
3.1.2.5. Outils d'évaluation de la communication choisis.....	80
3.1.3. Qualité de vie.....	82
3.1.3.1. Sickness Impact Profile – Aphasia 65 (SIP-65).....	82
3.1.3.2. Stroke Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP 30).....	82
3.1.3.3. Stroke Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL) et Stroke Specific Quality of life Scale (SS-QOL).....	83
3.1.3.4. Community Integration Questionnaire (CIQ).....	84
3.1.3.5. Outil d'évaluation de la qualité de vie choisi.....	84
3.1.4. Statut psychologique.....	86
3.1.4.1. La batterie des Visual Analog Mood Scales (VAMS)	86
3.1.4.2. Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ)	86
3.1.4.3. L'Aphasia Depression Rating Scale	87
3.1.4.4. Échelle de mesure de la dépression post-AVC: the post-Stroke Depression Rating Scale (PSDRS).....	87
3.1.4.5. Choix de l'outil d'évaluation de la dépression	87
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude.....	88
3.3. Présentation des patients de l'étude.....	88
3.3.1. Présentation de B.:.....	89
3.3.2. Présentation de J.:.....	90
3.3.3. Présentation de E.:.....	91
3.3.4. Présentation de M.:.....	92
Résultats	94
1. Résultats des évaluations:	95
1.1. Résultats individuels:.....	95
1.1.1. Évaluations de B.:.....	95
1.1.2. Évaluations de J. :.....	101
1.1.3. Évaluations de E.:.....	107
1.1.4. Évaluations de M.:.....	114
1.2. Synthèse des résultats aux évaluations pour l'ensemble des patients :.....	122

1.3.Observations cliniques sur la prise en charge de groupe.....	123
1.3.1.Avis des thérapeutes :.....	123
1.3.2.Avis des patients et des familles.....	124
Discussion.....	128
1.Présentation générale du travail.....	129
2.Critiques méthodologiques :.....	130
2.1.Critiques sur l'évaluation:.....	130
2.1.1.A propos du protocole d'évaluation.....	130
2.1.2.A propos des modalités d'évaluation.....	131
2.2.Enjeux et limites de la création d'un groupe de communication en CRF:.....	132
2.3.A propos du répertoire d'activités.....	135
3.Discussions des résultats avec hypothèses.....	135
4.Apports pour la pratique orthophonique :.....	138
Conclusion.....	140
Bibliographie.....	142
Annexes.....	150
Annexe n°1 : Échelles de satisfaction.....	151
Annexe n°2 : Exemple de compte-rendu de séance :.....	152
Annexe n°3 : Feuille d'engagement au groupe théâtre.....	159
Annexe n°4 : Evolution des activités entre mars 2010 et avril 2011 ; tableau de résumé de 14 séances :.....	160
Annexe n°5 : Exemple d'une scène de la pièce de théâtre.....	163
Annexe n°6 : Exemple de sketch.....	166
Annexe n°7 : Traduction de « Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) » (Kagan et al., 2004).....	167
Annexe n°8 : Traduction de « Measure of Participation in Communication (MPC) » (Kagan et al, 2004).....	171
Annexe n°9 : Légende des corpus.....	174
Annexe n°10 : Corpus et évaluations d'entrée de B.....	175
Annexe n°11: Corpus et évaluations d'entrée de J.....	181
Annexe n°12: Corpus et évaluations d'entrée de E.....	186
Annexe n°13: Corpus et évaluations d'entrée de M.....	191
Annexe n°14 : Questionnaire d'avis sur le groupe.....	197

Introduction

Les techniques de rééducation de l'aphasie ont été largement développées depuis une vingtaine d'années. Le courant de neuropsychologie cognitive a permis d'apporter de nombreux éclairages sur l'évaluation des troubles et la manière de les prendre en charge en orthophonie.

Parallèlement, le courant pragmatique a pris de l'ampleur, favorisant une approche plus écologique des troubles : les thérapies de groupe ayant pour but l'amélioration de la communication se sont réaffirmées. Elles redonnent au patient les moyens de communiquer le mieux possible avec son entourage, lui permettent d'optimiser les facultés de langage préservées, mais aussi de valoriser à ses yeux toutes les compétences non verbales (gestualité, mimique, intonation, expressivité). Ainsi, sa communication est rendue plus informative pour les autres et l'aphasique se sent plus à l'aise dans les situations où il a l'habitude d'évoluer. On évite alors les attitudes d'isolement, de repli sur soi.

Cependant, peu d'études concernant l'évaluation de l'efficacité des rééducations de groupe d'aphasiques ont été publiées, et aucune, à notre connaissance, ne s'est intéressée à leur impact sur les quatre domaines que sont : le langage, la communication, la qualité de vie et l'état émotionnel. L'évaluation de ce type de thérapie, soumise à de nombreuses contraintes, est en effet difficile à mettre en place.

Après une présentation de l'aphasie et des thérapies de groupe en aphasiologie, nous exposerons dans ce mémoire le protocole d'évaluation que nous avons expérimenté avec des aphasiques participant à une thérapie de groupe dans un centre de rééducation fonctionnelle. Ce groupe de communication a été mis en place il y a plus d'un an, et nous en avons suivi l'évolution. Nous présenterons son fonctionnement, les activités qui ont été mises en place, puis nous ferons une synthèse sur l'évolution de quatre patients aphasiques au niveau des compétences langagières, de la communication, de la qualité de vie et du statut psychologique.

Enfin, à la lumière des résultats obtenus, nous discuterons de l'intérêt de la prise en charge de groupe et de la pertinence de notre protocole d'évaluation.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'aphasie selon la classification internationale du fonctionnement et du handicap:

1.1. Qu'est-ce que l'aphasie?

L'aphasie est un trouble des fonctions langagières qui survient à la suite d'une lésion cérébrale acquise chez un individu qui maîtrisait normalement le langage avant l'atteinte cérébrale.

La principale cause de l'aphasie est l'accident vasculaire cérébral (ou AVC) qui est la pathologie neurologique la plus fréquente dans les pays industrialisés. C'est aussi la première cause de handicap acquis chez l'adulte. L'AVC est défini par l'OMS (1976) comme la « survenue brutale d'un déficit d'une fonction cérébrale, le plus souvent focal (hémiplégie, aphasie, cécité) parfois global (désorientation, coma), sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire ».

L'accident ischémique cérébral ou infarctus est également répertorié dans les causes d'aphasie. Celui-ci est en outre un facteur de risque de l'AVC.

Notons que l'aphasie peut également survenir dans les pathologies neurodégénératives, tumorales, inflammatoires, traumatiques ou infectieuses.

Dans cette première partie, nous parlerons de façon générale des aphasies post-AVC: c'est cette pathologie qui a le plus été décrite dans la littérature car elle se prête bien aux études neuropsychologiques. La « survenue brutale » de l'AVC permet en effet de déterminer un « avant » et un « après ». De plus, les déficits langagiers pouvant être isolés (sans autres troubles cognitifs interférents), ils sont facilement évaluables à différents moments de leur évolution.

Pour mieux décrire l'ensemble des conséquences qu'entraîne la désorganisation du langage chez l'aphasique et pour porter un regard global sur le patient et sa maladie, nous appuierons notre exposé sur les concepts fondamentaux de *la Classification Internationale du Fonctionnement de la Santé et du Handicap* développés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001: la déficience, l'incapacité, la participation.

1.2. La déficience: le trouble langagier.

La déficience est définie par l'OMS comme « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique ». Elle se situe au niveau du corps, des organes et de leur fonction et peut constituer un état temporaire ou permanent. En aphasiologie, les déficits langagiers ou de parole représentent une déficience avec laquelle le patient devra apprendre à vivre car la plupart du temps, celle-ci s'installe pour le long terme.

Qu'est-ce-que le langage? Comment le caractérise-t-on chez un patient aphasique? Nous nous intéresserons dans cette partie à donner quelques éléments sur le fonctionnement langagier normal puis nous verrons comment s'exprime la déficience langagière chez l'aphasique.

1.2.1. Le langage :

1.2.1.1. La théorie du signe de Saussure (1916):

Le langage est une faculté cognitive partagée par tous les êtres humains, permettant l'utilisation de la langue dans la société. Il répond à un besoin naturel qui se manifeste dès la naissance: la communication.

La langue est définie comme l'utilisation sociale du langage. Elle est régie par un code, partagé par un ensemble d'individus et est le lien fondamental d'une société.

La parole, quant à elle, est la partie individuelle de la langue. Elle caractérise de façon singulière le langage d'une personne.

1.2.1.2. Les étapes de production du langage:

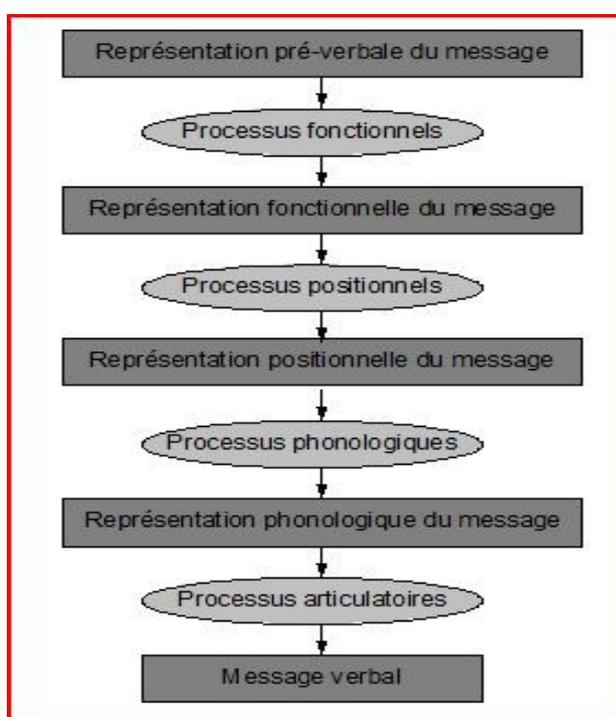
Lorsqu'un locuteur a l'intention de communiquer, plusieurs étapes sont nécessaires pour accéder à la production langagière.

- la planification de sa parole, c'est-à-dire la transformation de l'intention de communiquer en expression verbale respectant l'énonciation, l'énoncé et les règles discursives.
- l'étape de formulation linguistique, qui permet l'élaboration du message au niveau fonctionnel (sélection lexicale sur l'axe paradigmatique selon le sens

et la fonction du mot dans la phrase) et au niveau positionnel (sélection du cadre syntaxique et ordonnancement des items lexicaux et des morphèmes grammaticaux sur l'axe syntagmatique).

- le respect de la prosodie de parole impliquant la distribution des phénomènes d'accentuation, de rythme et le choix des temps de pause à l'intérieur des items lexicaux et à l'intérieur des phrases.
- la récupération de la forme phonologique du message.
- la production du message verbal qui met en jeu les processus articulatoires.

Nous pouvons résumer ces étapes dans le schéma suivant:



Modélisation de la production d'un message verbal élaboré selon Garrett (1980).

1.2.1.3. Les trois niveaux d'articulation du langage oral

On distingue en linguistique trois niveaux d'articulation du langage:

- **3ème articulation du langage:** C'est la sélection des traits et leur intégration pour former des phonèmes. Les troubles aphasiques qui résultent d'une perturbation du 3ème niveau d'articulation du langage sont les transformations phonétiques, présentes dans les cas d'anarthries (Ex: assourdissement, nasalisation, antériorisation, persévération, inversion phonémiques.)

- **2ème articulation du langage:** C'est le choix d'un certain nombre de phonèmes et leur intégration pour former des monèmes. Les troubles aphasiques correspondant sont les transformations phonémiques
- **1ère articulation du langage:** C'est la sélection des monèmes et leur intégration pour former des syntagmes. Une perturbation de la 1ère articulation du langage aura pour conséquence la production de transformations verbales (paraphasies verbales, sémantiques; agrammatisme).

Ces trois niveaux permettent de faire le lien entre 4 unités linguistiques: le trait, le phonème, le monème et le syntagme.

1.2.2. Le langage dans l'aphasie

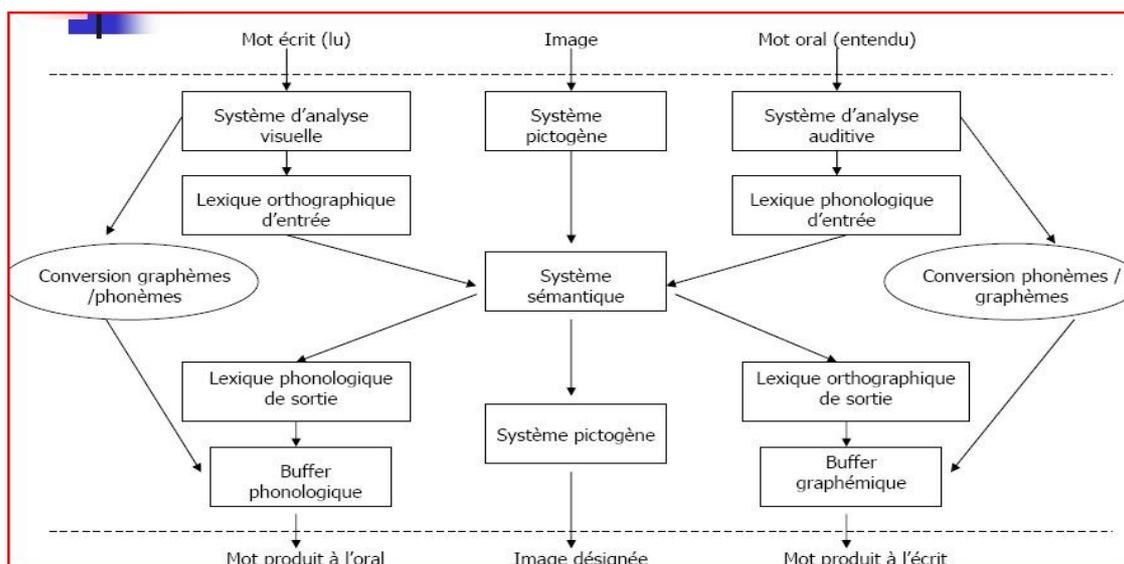
Du point de vue linguistique, le langage de la personne aphasique sera perturbé à cause d'une altération de la langue (1ère articulation du langage) mais parfois aussi à cause des troubles de parole qui sont associés (2ème articulation du langage).

Une ou plusieurs étapes de la production langagière peuvent être atteintes dans l'aphasie. Même si le patient sait ce qu'il veut dire (intention de communiquer) et que les structures sémantiques sont en place, le niveau lexico-grammatical, le niveau phonologique et/ou le niveau articulatoire peuvent être déficients et dégrader la qualité du message produit.

1.2.2.1. Conséquence de l'aphasie sur les fonctions langagières

En aphasiologie, la sémiologie cognitive moderne cherche à repérer les systèmes cognitifs qui sont atteints et ceux qui sont préservés (sur lesquels on pourra s'appuyer pour la rééducation). Elle s'appuie sur des modèles de fonctionnement des processus langagiers. Pour cela, elle admet un postulat de modularité concernant ces processus: le langage est décrit comme un système complexe de traitement de l'information qui peut se décomposer en sous-systèmes appelés « modules », ayant une certaine autonomie fonctionnelle.

La figure ci-après est un exemple de modèle cognitif sur lequel se base les cliniciens:



Modèle simplifié du système lexical de Camarazza et Hillis (1990)

Ainsi, dans la pratique clinique, l'activité de langage peut être décomposée et analysée. On différencie alors la réception (compréhension) et l'émission du langage (expression), à l'oral et à l'écrit.

Dans le cadre de notre exposé, nous nous attacherons à décrire les perturbations de l'expression orale, puis de la compréhension orale, qui peuvent exister chez la personne aphasique.

1.2.2.2. Troubles de l'expression orale

1.2.2.2.1. Les anomalies du débit de parole

Dans l'aphasie, on pourra observer une modification quantitative des énoncés: soit une réduction de la fluence qui peut aller jusqu'au mutisme, soit une accélération du débit locutoire (la logorrhée) rendant le langage peu intelligible.

Par ailleurs, la réduction qualitative des énoncés est fréquemment notée, même chez des patients fluents, qui peuvent par exemple avoir une réduction seulement sur certains types de mots (items lexicaux ou mots fonctionnels)

Des stéréotypies (répétition incessante d'un même élément linguistique: syllabe, mot, phrase ou expression automatique) peuvent être décrites. En phase aiguë, elles se produisent lors de chaque tentative de communication.

La dysprosodie est souvent associée à une réduction du débit locutoire avec parfois apparition d'un pseudo-accent étranger.

Enfin, le manque du mot est une difficulté à produire un mot dans une situation d'énonciation donnée. Il est caractérisé par des pauses, des hésitations, des phénomènes d'approche, l'utilisation de mots de contournement ou de périphrases. Ce dernier trouble est présent dans toutes les aphasies.

1.2.2.2. Les transformations orales

Au niveau de la production de mots:

Il existe différents niveaux de transformations aphasiques, qui ont été décrits en référence au modèle linguistique des 3 niveaux d'articulation:

- Les transformations phonétiques portent sur la réalisation motrice des phonèmes. Le patient aura des difficultés pour retrouver les bons traits articulatoires et pour les assembler en phonèmes. Elles sont souvent présentes dans le cadre d'une diminution du débit locutoire et associées à l'apraxie bucco-faciale.
- Les paraphasies phonémiques sont des troubles du choix et de l'agencement des phonèmes dans les mots, en l'absence de difficulté articulatoire. Ces paraphasies apparaissent généralement dans le contexte d'un débit locutoire fluent. Le patient est souvent conscient et cherche à se corriger par des phénomènes d'approche.
- Les paraphasies verbales ou paraphasies lexicales sont dues aux difficultés de choix des mots pour former des syntagmes. Parmi les paraphasies verbales, on distingue :
 - les paraphasies lexicales simples, dans lesquelles on ne retrouve pas de lien particulier avec le mot cible.
 - les paraphasies lexicales sémantiques, qui sont liées au mot cible par un lien sémantique.
 - les paraphasies lexicales formelles, qui entretiennent une relation de forme avec la cible.
 - Les paraphasies non-verbales ou néologismes, qui conduisent à la production d'un mot n'appartenant pas à la langue.

Au niveau de la production de phrases:

L'agrammatisme est caractéristique des troubles de langage de type non-fluent. Il est caractérisé par une réduction sévère de l'utilisation des morphèmes grammaticaux et par une simplification de la syntaxe avec souvent une juxtaposition de substantifs, adjectifs et verbes à l'infinitif. Le langage reste cependant informatif.

La dyssyntaxie est reconnue comme un syndrome spécifique des aphasies fluentes. Elle est caractérisée par la présence d'anomalies dans la construction des phrases (erreurs de sélection des morphèmes lexicaux et grammaticaux, erreurs dans le choix des flexions verbales, erreurs d'accord en genre et en nombre) bien que la diversité, la longueur et la complexité des éléments syntaxiques soient respectées.

Au niveau des mots et des phrases

Lorsque le discours du patient est inintelligible, qu'il présente un nombre important de paraphasies, de néologismes avec une dyssyntaxie associée, on parle de jargonaphasie. Dans ce cas, la production de mots comme la production de phrases sont sévèrement perturbées.

1.2.2.3. Troubles de la compréhension orale***1.2.2.3.1. Troubles d'accès et ou atteinte des représentations phonologiques***

Il s'agit d'un déficit du système d'analyse phonético-phonologique, appelé aussi surdité verbale. Le patient identifie mal les sons linguistiques bien qu'il n'y ait pas d'altération de l'identification des sons non-verbaux ni d'altération du système auditif périphérique.

1.2.2.3.2. Perturbation de l'accès et/ou des représentations sémantiques

Le système central, sémantique qui permet de comprendre le sens des mots est lésé. Les épreuves de désignation et d'appariement sémantique sont chutées. Toutefois, dans l'atteinte isolée, le patient n'a pas de troubles phonologiques, sa répétition est préservée.

1.2.2.3.3. Perturbation de la compréhension syntaxique:

Alors que la compréhension des mots isolés est préservée, le patient aura des difficultés de compréhension des phrases. On note souvent une influence de la complexité syntaxique, de la longueur de la phrase, ainsi que de la place des constituants, de leur fonction syntaxique et de leur rôle thématique.

Ces troubles de compréhension pourront être révélés (et souvent mis en avant) dans le discours, où le patient devra mobiliser en parallèle ses capacités attentionnelles, ainsi que sa mémoire épisodique, sémantique, et de travail.

1.3. L'incapacité: réduction des activités de communication

L'activité désigne l'exécution d'une action par une personne dans un contexte donné. L'incapacité est, selon l'OMS, la « réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

Chez l'aphasique, c'est la réalisation des activités linguistiques dans la vie quotidienne du patient qui va être concernée: c'est à dire l'activité de communication. On touche à l'aspect fonctionnel du handicap.

Il n'est en effet pas rare de rencontrer des patients aphasiques qui, ne réussissant pas à se faire comprendre ou à comprendre les autres, abandonnent une conversation ou toute interaction avec leurs proches. Il revient à l'orthophoniste d'éviter cet isolement progressif.

Dans cette deuxième partie, nous allons donc décrire l'ensemble des éléments nécessaires à la communication, afin de voir quelles sont les implications chez l'aphasique d'une déficience de cette activité.

1.3.1. La communication

1.3.1.1. Définitions

Brin et al. (2004) définissent la communication comme « Tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu. »

Nous décrivons tout d'abord la communication de manière générale.

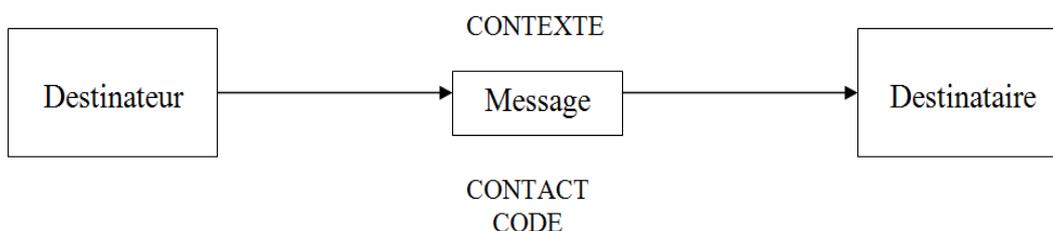
- Modèle de Shannon et Weaver (1949):

Shannon élabore en 1949, une « théorie mathématique de la communication », il crée un modèle de communication que l'on peut décrire ainsi: une source d'information produit un message; un émetteur transforme ce message en signaux qui sont transmis à un récepteur par l'intermédiaire d'un canal; le récepteur reconstruit le signal arrivé à destination.

Cependant, ce modèle ne tient pas compte de la réversibilité des rôles (ici le récepteur est passif), ni de l'importance du contexte. Il élabore ainsi une théorie de la transmission, et non de la communication au sens qui nous intéresse.

- Modèle de Jakobson (1960):

En 1960, Roman Jakobson, propose un modèle ressemblant à celui de Shannon et Weaver mais soulignant l'importance du contexte et du contact entre les interlocuteurs.



Modèle de communication de Jakobson (1960)

Il décrit par ailleurs six fonctions de communication en rapport avec son modèle:

- La fonction référentielle: elle se rapporte au contexte qui est indispensable pour comprendre le sens du message, notamment les sous-entendus, les inférences...
- La fonction poétique: elle se rapporte au message, donc aux signes utilisés pour communiquer.
- La fonction expressive: elle se rapporte à l'émetteur, aux expressions et signes qui véhiculent ses émotions.
- La fonction conative: elle se rapporte au destinataire, et aux effets de l'acte de langage sur celui-ci, le but de la communication étant de modifier l'état mental

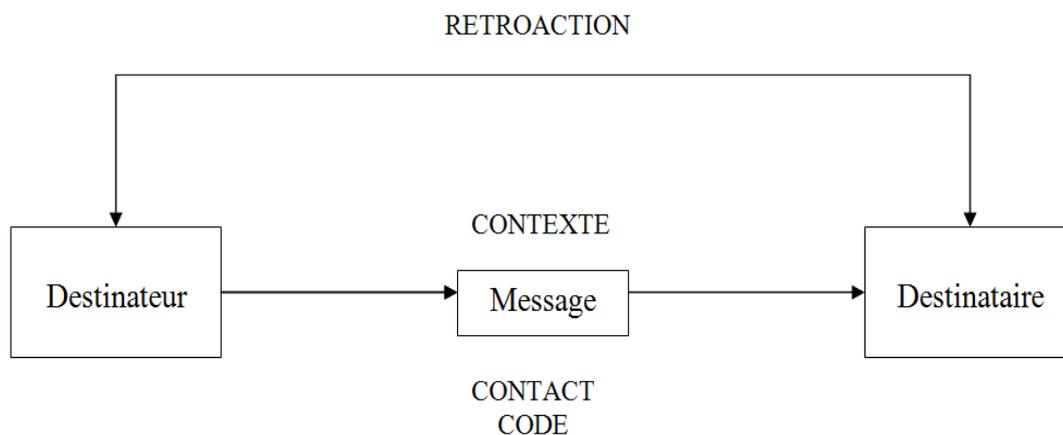
de l'autre. (elle est liée à la théorie des actes de langage de Searle que nous évoquerons plus tard).

- La fonction phatique: elle se rapporte au contact. Celui-ci doit en effet être maintenu entre les deux interlocuteurs. Elle est liée au regard, aux interpellations.
- La fonction métalinguistique: elle se rapporte au code, à la langue employée par exemple.

- Le rôle du feed-back selon Wiener (1948):

En 1948, Wiener, souligne le rôle du feed-back ou rétroaction. Ce feed-back s'applique à toutes sortes de systèmes (les actions motrices, la communication...): « des informations sur l'action en cours nourrissent en retour (feed-back) le système et lui permettent d'atteindre son but » (Winkin, 1981). La communication est donc vue comme un processus circulaire: le locuteur adapte son discours en fonction des informations verbales ou non verbales qu'il reçoit de son interlocuteur (froncement de sourcils, exclamations), ceci afin d'atteindre son but (modifier l'état mental de l'autre).

Notre schéma devient celui-ci:



Modèle de communication intégrant le rôle du feed-back souligné par Wiener (1948)

- École de Palo Alto:

L'école de Palo Alto, autrement appelée « collège invisible », est constituée d'un ensemble de chercheurs qui ont développé une approche « systémique » de la communication.

Ils voient la communication comme un orchestre, « un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportement: la parole, le geste, le

regard, la mimique, l'espace interindividuel. » (Winkin, 1981). Les individus ne sont plus perçus comme l'origine ou l'aboutissement de la communication: chacun participe et s'ajuste aux comportements des autres.

Selon l'école de Palo Alto, « la communication est un tout intégré »: il n'y a donc pas d'opposition entre communication verbale et non verbale. Cependant, afin de décrire au mieux les processus mis en jeu dans la communication, nous ferons cette distinction dans la suite de l'exposé.

1.3.1.2. La communication verbale

Nous nous intéresserons ici aux utilisations sociales du langage que sont le discours et la conversation.

1.3.1.2.1. Le discours:

D'après Dubois et al. (1973), le discours désigne « tout énoncé supérieur à la phrase, considéré du point de vue des règles d'enchaînement des suites de phrases ». Selon Brin et al. (1993), il « organise la langue dans un aspect dynamique de communication et requiert de la part du locuteur l'utilisation de règles d'enchaînement des idées, et des phrases. » .

Le discours est donc une forme de langage utilisé en communication qui doit respecter certaines règles:

La cohérence: elle donne une unité au thème du discours et permet d'adopter une structure narrative avec une succession logique des séquences. Les règles de cohérence décrites par Charolles en 1978 sont: la répétition (reprise d'éléments déjà émis), la progression (apport de nouveaux éléments), la non contradiction et la relation (articulation des éléments entre eux). Cette notion est liée à la macro-structure du récit, c'est à dire à son organisation générale.

La cohésion: elle est constituée des moyens grammaticaux (anaphores, connecteurs) et lexicaux (répétition, synonyme et dérivation) qui assurent la cohérence du discours. Elle est liée à la notion de micro-structure, c'est à dire aux énoncés qui constituent les propositions sémantiques du récit.

Rappelons qu'il existe plusieurs types de discours: le discours narratif, procédural, argumentatif et le discours conversationnel que nous allons décrire.

1.3.1.2.2. La conversation

D'après Brin et al. (1993), la conversation est « un échange verbal entre au minimum deux personnes ». C'est le type de discours le plus utilisé dans la vie quotidienne: le langage y est mis en action dans son contexte afin de servir un but commun (aux interlocuteurs). Grice en 1975 parle de principe de coopération (voir partie sur la pragmatique).

La conversation nécessite la mise en place de tours de parole et de routines conversationnelles: initiation, maintien et clôture de l'échange ou du thème, passage d'un thème à un autre, stratégies de réparation des « bris » de communication.

De nombreuses compétences sont nécessaires pour mener à bien un discours conversationnel, notamment en ce qui concerne la communication non verbale et la pragmatique du langage que nous nous appliquerons à décrire ensuite.

1.3.1.3. La communication non verbale

Selon Corraze en 1980, « On entend par communications non-verbales l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.). La définition commence par une exclusion ».

La communication non verbale assure plusieurs fonctions:

- Elle a une fonction sémantique lorsque le signe non verbal a une signification indépendante et vient remplacer, compléter ou modifier le message verbal.
- Elle a une fonction pragmatique car elle permet l'alternance des tours de parole, le maintien du contact etc.
- Elle assure de plus une fonction de facilitation: selon plusieurs auteurs cités par Daviet et al. (2007), le signe non verbal (notamment le geste) pourrait faciliter l'accès au mot par l'activation du concept d'une manière différente (l'activité motrice faciliterait la production du mot: on parle de « priming moteur »). L'activité motrice, de plus, dissipe l'excès d'énergie. Le signe non verbal peut aussi faciliter la régulation des émotions.

La variété des signes non verbaux est grande et il n'y a pas de classification globale reconnue sur le plan international car chacune diffère en fonction des buts pour lesquels elle a été établie. C'est pourquoi nous nous inspirerons pour présenter

les différents signes non verbaux des travaux de Cosnier (1977), Goldin-Meadow (1999), Feyereisen (2003) et Hall (1966).

1.3.1.3.1. Les gestes

Plusieurs auteurs, comme Cosnier ou Goldin-Meadow, ont élaboré des classifications des gestes. On remarque une convergence des idées sur certains points.

Il existe tout d'abord des gestes communicatifs :

- Les coverbaux ou syllinguistiques qui accompagnent la communication pour la moduler ou la compléter. Ils peuvent être sub-divisés en deux classes (Feyereisen, 2003):
 1. Les gestes « illustratifs » qui transmettent une information de manière autonome et peuvent se substituer au langage ou coexister avec lui afin de renforcer certaines idées ou les compléter. Ex: les gestes symboliques ou emblématiques (« au revoir », « il est fou »); les gestes déictiques qui désignent le référent; les gestes iconiques (mime d'usage ou de forme) et les connotatifs qui permettent l'expression des émotions.
 2. Les gestes dont la signification est liée à l'énoncé qu'ils accompagnent. Ex: les gestes rythmiques ou paraverbaux qui ponctuent le discours, soulignent l'intonation et accentuent ainsi certaines parties de l'énoncé.
- Les synchronisateurs de l'interaction sont des éléments pragmatiques essentiels. Ce sont des gestes phatiques, qui assurent le maintien du contact (ex: regard, contact corporel) ou des gestes régulateurs de l'interaction et des tours de parole (ex: hochement de tête).

On retrouve également des gestes extra-communicatifs (ex: mouvements de confort: croisements de jambes; gestes autocentrés: pianotements; manipulation d'objets: dessin, cigarette....). Ces derniers peuvent jouer un rôle dans l'interaction en manifestant un état anxieux ou de l'embarras, cependant ils ne sont pas utilisés spécifiquement au cours d'un échange.

1.3.1.3.2. Les mimiques, expressions faciales et le regard

Les mouvements du visage sont le plus souvent interprétés comme des manifestations d'états émotionnels mais aussi d'états mentaux comme la perplexité, l'intérêt, la politesse... Ils sont en accord avec le message ou non (ex: geste de menace avec un sourire). Cosnier parle de gestes métacommunicatifs, ils indiquent l'attitude de l'émetteur vis-à-vis de son message verbal.

Les mimiques permettent à l'émetteur d'enrichir ou de compléter le message pour faciliter la compréhension, et au récepteur de produire un feed-back qui aide le locuteur à ajuster son discours.

Le regard lui aussi a un rôle dans l'interaction: il permet le maintien du contact (rôle phatique), la production de feed-back et le réglage de la distribution des tours de parole.

1.3.1.3.3. Les accompagnements vocaux du langage

Ils se rapportent aux propriétés vocales de l'individu (la fréquence, le timbre de voix, l'accent) et à la prosodie dans ses composantes temporelles (rythme, pauses, intensité) et émotionnelles (intonations). La prosodie permet de moduler le contenu sémantique du message et de réguler le partage du temps de parole.

1.3.1.3.4. Les autres signes non verbaux

Parmi ceux-ci, on retrouve:

- Les apparences corporelles (couleur de peau, de cheveux, habillement, bijoux, tatouages) qui informent sur le sexe, l'âge et la culture.
- Le tonus, la posture qui nous renseignent sur l'humeur, l'état psychologique (rides, contractures, tics).
- La proxémique qui est « la manière dont l'homme structure son micro-espace dans les transactions quotidiennes ». Hall en 1966 a défini plusieurs distances interpersonnelles en fonction de la communication désirée et de la nature de la relation des protagonistes. En effet on ne met pas la même distance lors d'une discussion avec un ami qu'avec son patron. Une distance est définie comme: intime de 0 à 40 cm, personnelle de 45 à 125 cm, sociale de 1,20 m à 3,60 m et publique à partir de 3,60 m.

1.3.1.4. La pragmatique

Elle s'intéresse à ce qui se passe quand on emploie le langage pour communiquer (Brin et Al. 1993). Alors que la linguistique étudie la « forme » des énoncés (syntaxe, sémantique), la pragmatique, elle, interprète ces énoncés dans le contexte de communication. Elle est mise en jeu dans toute situation d'interaction et est composée de différents domaines.

1.3.1.4.1. Notion d'intentionnalité

« Quand dire, c'est faire » (Austin, 1962)

La théorie des actes de langage a été développée par Austin en 1962 puis Searle en 1972, elle a amené la notion d'intentionnalité. Pour Austin, le langage a pour principale fonction d'agir sur la réalité et non de la décrire. Selon lui, en plus de la transmission du contenu sémantique, un message est produit dans le but de modifier l'état mental de l'interlocuteur. Cette notion rejoint la fonction conative de la communication chez Jakobson.

Chaque énoncé est le fruit de trois actes de langage: l'acte locutoire est ce qui est dit (suite de sons ayant un sens dans une langue); l'acte illocutoire est ce qui est fait (une certaine force est attachée à l'énoncé: déclarer, ordonner, inviter, promettre); l'acte perlocutoire est ce qui est provoqué par l'énoncé (les conséquences chez l'interlocuteur: perturbation, changement). Chaque acte de langage peut-être direct ou indirect (intention explicite: « ferme la fenêtre », ou implicite: « j'ai chaud »).

Pour comprendre un énoncé, le récepteur doit identifier l'acte de langage associé.

1.3.1.4.2. Principe de coopération

Selon Grice (1975), la conversation est un effort collaboratif dans lequel les participants ont un but commun. Le locuteur doit adapter son comportement en fonction de ce but. Il doit pour cela respecter plusieurs règles conversationnelles qui permettent au récepteur de comprendre le message.

La règle de qualité précise que le locuteur doit dire la vérité.

La règle de quantité oblige le locuteur à doser justement la quantité d'information.

La règle de relation indique que ce qui est dit est pertinent à propos du sujet.

La règle de manière spécifique que la contribution doit être claire. Le locuteur doit être bref, ordonné et éviter les ambiguïtés.

1.3.1.4.3. Régie de l'échange

La régie de l'échange permet - grâce à des indices verbaux, prosodiques et gestuels - la gestion et l'alternance des tours de paroles, l'initiation, le maintien et la clôture de l'échange ainsi que la réparation des bris de communication grâce aux stratégies de retour (feed-backs).

1.3.1.4.4. Le dit, l'inféré et le présupposé

Lors d'une situation d'interaction, une conversation par exemple, le locuteur peut omettre certaines informations, notamment celles qu'il suppose connues de son interlocuteur: c'est le présupposé, qui est constitué du savoir commun partagé et du contexte situationnel et linguistique.

Le récepteur lui interprète qui lui est transmis (le dit), afin de comprendre la part d'implicite (l'inféré).

L'échange verbal peut échouer si certains de ces concepts ne sont pas correctement utilisés. Lors d'une aphasie, les composantes verbale, non verbale et pragmatique de la communication peuvent être altérées. Nous allons donc décrire les répercussions de l'aphasie sur ces diverses composantes communicationnelles.

1.3.2. Conséquences d'une aphasie sur la communication

« L'aphasique communique mieux qu'il ne parle alors que les patients qui présentent une lésion droite parlent mieux qu'ils ne communiquent. » (Holland, 1980 citée par Pillon et De Partz, 2003)

L'aphasique est selon A. Holland, un bon communicateur. Daviet et al. (2007) expliquent que ce sont les déficits linguistiques qui viennent perturber la communication verbale chez l'aphasique, les compétences pragmatiques en elles-mêmes étant dans l'ensemble peu altérées. Nous présenterons donc ici les conséquences des déficits linguistiques qui ont pu être observées dans la communication des aphasiques.

1.3.2.1. Conséquences sur la communication verbale

La communication verbale du patient aphasique peut être altérée en raison de troubles de compréhension ou de production (les paraphasies phonémiques et phonétiques sont moins pénalisantes que les troubles sémantiques ou syntaxiques). Certaines formes de communication, notamment l'humour ou les sous-entendus nécessitent de plus une bonne mémoire de travail et un bon niveau d'intégration.

Ces troubles peuvent être source de malentendus, de rupture de communication, et même d'abandon de tout échange verbal si les troubles sont sévères. Ils demandent efforts et patience de la part de l'interlocuteur et peuvent générer chez lui un sentiment de malaise. La personne aphasique peut donc se retrouver facilement en situation d'exclusion.

Pour ce qui est du discours, on dispose de peu de données. La personne aphasique, malgré les conséquences de son trouble, resterait capable d'élaborer un récit sémantiquement cohérent et d'en organiser la macro-structure de façon intelligible. Quelques perturbations seraient tout de même présentes: modifications de la concision du discours par rapport à la quantité d'information, augmentation du discours modalisateur, difficulté à produire des inférences. (Mazaux et al., 2007)

La conversation a bénéficié d'études plus précises grâce au développement de l'analyse conversationnelle et son application à l'aphasie:

- Les tours de parole peuvent être perturbés. Les déficits linguistiques de la personne aphasique vont par exemple l'empêcher de prendre la parole en quelques secondes et de maintenir le discours. Les difficultés d'accès au lexique peuvent de plus provoquer des silences et lui faire perdre son tour de parole (Lesser et Milroy (1993), cités par Mabillard, 2003).
- Les stratégies de réparation des bris de communication sont aussi modifiées. Normalement, lorsque se produit une panne, le locuteur la signale et la répare dans le même tour de parole, (ex: « Je vais à Paris. Non! À Montpellier. »), mais les difficultés de la personne aphasique induisent des bris plus fréquents qu'elle ne peut repérer et réparer seule. Les interventions de l'interlocuteur sont alors beaucoup plus fréquentes.
- Des difficultés concernant la gestion des thèmes sont aussi présentes: pour introduire de nouveaux sujets et maintenir le thème de conversation (digressions ou bris de communication qui engendrent la fin d'un tour de parole). De plus, l'emploi des tours minimaux (« oui, non ») est souvent abusif.

Toutes ces difficultés amènent les personnes aphasiques à se cantonner à un rôle passif dans la conversation. (Mabillard, 2003; Daviet, 2007 et De Partz, 2007)

1.3.2.2. Sur la communication non verbale

D'une manière générale, la communication non verbale serait adaptée et efficace pour compenser le déficit linguistique de la personne aphasique, en expression comme en compréhension. Cependant, certaines modifications peuvent être observées:

- D'une part, les aphasiques avec une atteinte lexicale utiliseraient plus de gestes iconiques car ceux-ci permettraient l'activation du concept de manière différente et aiderait donc à la récupération du mot.
- D'autre part, les mimiques et regards seraient conservés et leur dimension phatique augmentée pour attirer l'attention de l'interlocuteur et maintenir le contact. (Daviet et al., 2007)
- La compréhension des pantomimes serait diminuée. (Daviet et al., 2007)
- Enfin, des perturbations de la prosodie peuvent exister. Celle-ci est conservée dans ses composantes émotionnelles, mais les composantes temporelles sont altérées (débit réduit, pauses plus longues) ce qui engendre des modifications de la vitesse de l'échange et peut impatienter les interlocuteurs ou faire perdre le tour de parole.

La communication non verbale est un bon outil à investir pour les patients aphasiques: il faut la renforcer, pour compenser les troubles phasiques.

1.3.2.3. Sur la pragmatique

Selon Sollaud A. (1993) citée par Daviet et al. (2007) les compétences pragmatiques des personnes aphasiques sont dans l'ensemble préservées.

En effet, la personne aphasique est sensible au contexte, reconnaît l'intentionnalité, l'état émotionnel de l'interlocuteur ainsi que le type d'acte et peut donc y répondre de façon adéquate, la redondance l'aide. Tout cela lui permet de comprendre au moins le cadre général et le but d'échanges verbaux. (Daviet et al. 2007).

Quelques difficultés peuvent néanmoins exister et découlent des difficultés de communication verbale et non verbale décrites ci-dessus:

- La variété des actes de langage produits est réduite, les aphasiques de type Wernicke violent fréquemment les maximes de Grice (quantité, qualité, pertinence).
- L'alternance des tours de rôle est aussi modifiée (l'aphasique de Broca, en raison de ses difficultés d'accès au lexique prend peu la parole).
- Par ailleurs, il existe une difficulté à faire des inférences et donc à comprendre les énoncés indirects ou ambigus, une bonne compréhension et une bonne mémoire de travail sont nécessaires pour cela et l'aphasique est justement en difficulté dans ces domaines.

Le déficit linguistique de la personne aphasique peut engendrer des difficultés de communication, et ce même s'il est un bon communicateur. Ces perturbations se répercutent sur les usages sociaux du langage, notamment dans la conversation. L'activité de communication est donc réduite et est responsable d'une restriction de la participation sociale qui sera décrite au prochain chapitre.

1.4. La participation, le désavantage: indicateurs du degré de handicap.

Le désavantage est défini par l'OMS comme « le préjudice résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou qui interdit l'établissement d'un rôle considéré comme normal compte-tenu du sexe, de l'âge et du niveau socio-culturel » Il se situe donc au niveau environnemental, et concerne **la qualité de vie**.

La participation renvoie à l'implication du patient (et de son entourage) dans les situations de vie réelle. Elle est le résultat de l'interaction entre la personne et son environnement. En fonction du degré de participation, l'adaptation du patient au handicap sera plus ou moins élevée et le désavantage engendré plus ou moins important.

Chez le patient aphasique, c'est la participation à la communication qui est le facteur le plus déterminant dans la mesure de la qualité de vie. Toutefois, dans le cadre de leur pathologie, ces patients peuvent être confrontés à de nombreuses limitations dans d'autres domaines d'activité: la mobilité (perte de la marche, de la

préhension), l'entretien personnel, la vie domestique, la cognition, les loisirs, la vie professionnelle...

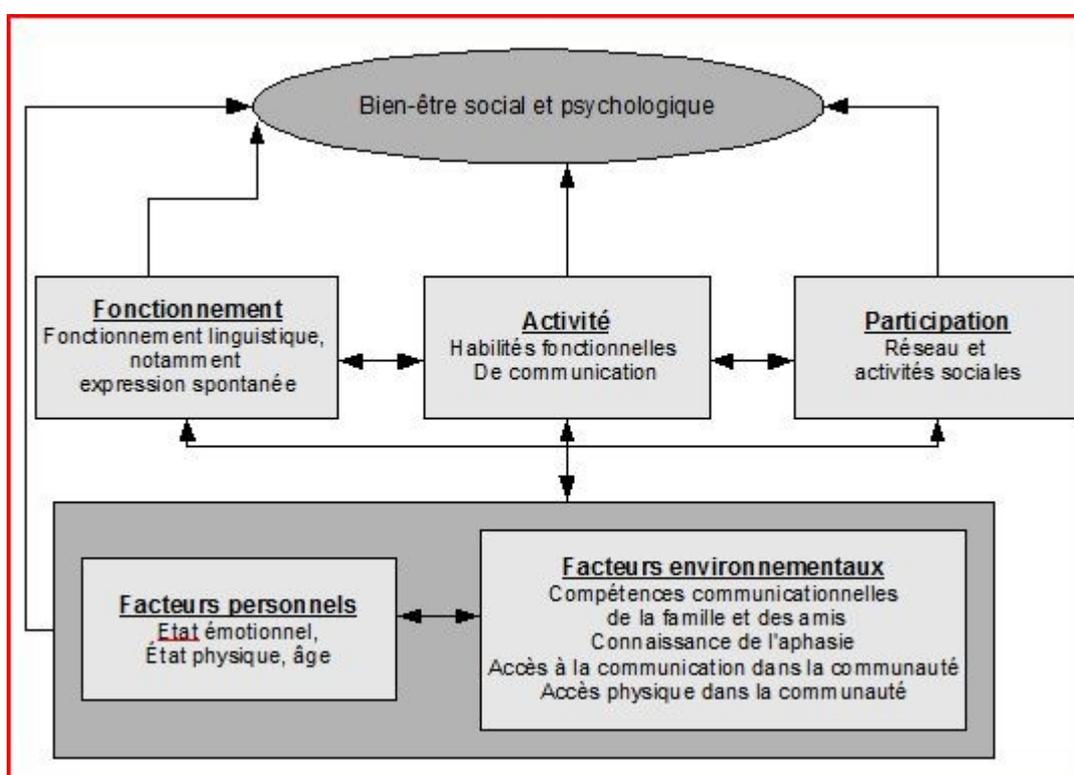
1.4.1. La qualité de vie

1.4.1.1. Définition

La qualité de vie est définie par l'OMS par « un état de bien-être physique, mental et social et non pas par la simple absence de maladie ou d'infirmité » (Mapper et Zembatu, 1986).

Les définitions actuelles élargissent la notion de qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses inquiétudes »

Le contexte de qualité de vie est lié: à la santé, à l'environnement (socio-culturel) et aux activités sociales (temps de travail, loisirs). En l'adaptant à la personne aphasique, Cruire et al. y incluent également l'activité de communication.



Modèle de la qualité de vie incluant la communication (Cruire et al., 2003)

1.4.1.2. Mesure de la qualité de vie

A l'heure actuelle, il est admis qu'il ne suffit plus de s'intéresser uniquement à la survie ou au prolongement de la vie du patient mais également à la qualité de cette survie. Les disciplines paramédicales, telle l'orthophonie (lorsqu'il s'agit de patients avec troubles de communication), jouent un grand rôle dans l'amélioration de la qualité de vie. Elles ont en effet pour but d'accompagner la réadaptation du patient dans un environnement proche de sa vie antérieure en tenant compte des difficultés liées à sa pathologie.

Il est nécessaire que le patient soit pris en compte dans sa globalité, au lieu d'être limité à l'aspect seulement somatique de sa maladie (Gerin et al., 1992). Dans l'évaluation, il faudra donc intégrer l'appréciation du patient sur son vécu: aussi bien sur sa vie quotidienne que sur l'influence de la prise en charge de sa pathologie.

La mesure de la qualité de vie nécessite de prendre en compte au moins trois dimensions principales: la dimension physique, la dimension psychologique et la dimension sociale. Ce sont les conséquences exercées par ces dimensions qui seront en fait évaluées:

- la vie fonctionnelle: la santé
- la vie sociale: l'ouverture au monde extérieur
- la vie émotionnelle: la composante psychologique (par exemple évaluation de l'anxiété, de la dépression)
- le degré de satisfaction
- le regard que porte le sujet sur lui-même...

Chez le patient aphasique, celle-ci n'est pas aisée car elle se base le plus souvent sur des auto-questionnaires qui doivent être accessibles aux patients avec difficultés de compréhension.

1.4.1.3. Qualité de vie et aphasie

Peu d'études portant sur les pathologies vasculaires ont montré que l'aphasie était spécifiquement un facteur prédictif de la qualité de vie après AVC (North, 2007).

Cependant, un article récent de K. HILARI, publié en août 2010, a exposé que les personnes aphasiques participeraient moins aux activités sociales et auraient

une moins bonne qualité de vie après l'accident vasculaire cérébral que les personnes sans aphasie, même lorsque leurs capacités physiques, le bien-être et le soutien social sont comparables.

Le trouble communicationnel engendré par l'aphasie a des conséquences sur la qualité de vie de la personne aphasique. Nous allons voir que cela peut parfois se manifester par l'émergence, en conséquence des difficultés et des frustrations dues à l'aphasie, d'une dépression post-AVC.

1.4.2. Le statut psychologique

Ainsi, nous nous intéresserons maintenant à décrire plus précisément la notion de statut psychologique, composante essentielle de la qualité de vie.

1.4.2.1. Définition générale

Le statut psychologique peut être mesuré par la présence ou l'absence de dépression chez une personne.

La dépression, ou épisode dépressif majeur, est « un trouble de l'humeur défini comme une réduction sévère et durable de la capacité à éprouver du plaisir, du désir et de l'estime de soi ». (Wiat, 2004 cité par Demeulier et Thirion, 2006)

Selon Brin et al., la dépression est « une perturbation de la vie psychique, caractérisée essentiellement par un état de tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. La dépression va de la simple morosité avec un grand sentiment d'ennui et d'incapacité devant les difficultés de la vie à la véritable souffrance de la mélancolie. »

1.4.2.2. Diagnostic de la dépression

Le diagnostic d'une dépression repose pour une grande partie sur l'interrogatoire du patient et de son entourage. Les symptômes de la dépression sont: la tristesse, la lassitude, l'anorexie ou plus rarement la boulimie, l'insomnie, le ralentissement psychomoteur, la fatigabilité, le ralentissement psychique, la culpabilité, l'auto-dévalorisation, les idées suicidaires.

1.4.2.3. La dépression post-AVC

La dépression est fréquemment retrouvée dans les suites de l'AVC et aura des conséquences notables sur la qualité de vie de ces patients. C'est pourquoi il nous semble important d'évaluer de manière plus approfondie, en plus de la satisfaction de vie, le statut psychologique des patients aphasiques.

Les symptômes les plus fréquemment liés à la dépression du patient cérébro-lésé sont l'irritabilité, le manque d'intérêt, la fatigue ainsi que le manque de motivation et l'apathie.

En 1985, Robinson et al. cité par Demeulier et Thirion (2006) distinguent parmi les dépressions post-AVC: les formes majeures (tristesse, anxiété, tension, perte d'énergie, perte d'intérêt et de concentration, troubles du sommeil, pensées de mort ou de suicides) et les formes mineures (humeur variable dans la journée dominée par la tristesse, difficultés d'endormissement, de concentration, un retrait social, une perte d'intérêt, un découragement et une attitude pessimiste face à l'avenir).

De nombreuses hypothèses ont été formulées quant à l'origine de la dépression chez les patients ayant eu un AVC:

- La dépression pourrait être une conséquence directe de la lésion cérébrale: les lésions gauches et antérieures augmenteraient le risque d'apparition d'un état dépressif chez les patients (Robinson et al, 1985).
- La dépression pourrait être une réponse spécifique aux handicaps post-lésionnel (Demeulier et Thirion, 2006). Les facteurs favorisants seraient alors liés :
 - ♦ aux patients: âge, temps écoulé depuis l'accident, personnalités antérieures fragiles, existence d'un passé dépressif et survenue d'événements de vie majeurs dans les 6 mois précédant l'AVC (Pariel-Madjlessi et al., 2005).
 - ♦ à l'environnement social: moyens d'aide à la communication apportés par l'entourage, réactions émotionnelles des proches, familiarisation par le personnel soignant du patient avec sa maladie...
 - ♦ à la pathologie: degré de sévérité des déficits (au niveau langagier et moteur). La prise de conscience qu'il peut s'agir d'un handicap à long terme peut prolonger et aggraver la dépression.

La dépression post-AVC est donc une réalité: qu'elle soit passagère ou durable et qu'elle soit conséquence directe de l'AVC ou conséquence des déficits (langagiers ou moteurs), elle aura un impact négatif sur le pronostic du handicap. En tant qu'orthophoniste, il faudra en tenir compte à chaque moment de la rééducation. En soulignant les progrès et les points forts, en proposant des solutions adaptées pour optimiser la communication, nous tâcherons de diminuer cette souffrance de l'aphasique: ne pas pouvoir traduire sa pensée en mots, ne pas réussir à se faire comprendre par ses proches.

C'est en faisant participer activement le patient à sa rééducation que nous pouvons espérer réduire l'impact de l'aphasie, du trouble de la communication sur la qualité de vie.

Dans ce sens, proposer une prise en charge de groupe semble être un bon moyen pour impliquer le patient et pour l'aider à retrouver des moyens de communication et de l'assurance dans la vie de tous les jours. C'est du moins l'hypothèse que nous faisons.

Les thérapies de groupe en aphasie feront l'objet de notre second chapitre.

2. Les thérapies de groupe

2.1. Qu'est-ce qu'un groupe?

Un groupe est un ensemble de personnes réunies au même moment dans un même lieu ou ayant des caractères en commun. Le groupe se réunit pour effectuer une activité et les efforts sont mis en commun pour parvenir à un but collectif.

Selon Sigmund Polansky (1991, cité par Buttet-Sovillat en 1997), il faut « au moins 3 individus pour constituer un groupe ». Buttet-Sovillat insiste sur la notion « d'interaction » entre les partenaires pour permettre une « structuration » du groupe.

Incluons maintenant à la définition le terme de « thérapie ».

2.2. Les thérapies de groupe en aphasie

Les thérapies de groupe en aphasie sont nées après la seconde guerre mondiale pour répondre aux manques de moyens thérapeutiques et pour prendre en charge les nombreux blessés ayant des lésions cérébrales. Développées initialement aux États-Unis et en Europe du Nord, elles se sont multipliées depuis une vingtaine d'années en France. Elles ont aujourd'hui une place reconnue à côté de la rééducation individuelle mais de nombreuses questions ont été posées quant à leur définition, et se posent encore quant aux meilleurs moyens de mesurer leur efficacité.

Le terme de thérapie de groupe est ambigu car il fait initialement référence à la psychothérapie. On a d'abord considéré que la rééducation de groupe en aphasie était équivalente à une rééducation individuelle mais « en groupe »: les méthodes issues de la prise en charge individuelle étant appliquées à plusieurs personnes en même temps (David et Wilcow, 1985, cité par Buttet-Sovillat en 1997). Buttet-Sovillat affirme en 1997 que les thérapies de groupe sont définies « par les courants sous-jacents qui les motivent ». En effet, nous allons voir que chaque thérapie est créée autour d'un projet qui lui est propre, et permet une prise en charge originale et globale des patients aphasiques.

Nous en décrirons tout d'abord leurs principaux enjeux, puis nous tâcherons de définir les bases de leur fonctionnement. Enfin, nous décrirons le contenu des séances de groupe.

La question de la mesure de l'impact et des effets de la rééducation de groupe sera abordée à travers l'ensemble de ces paragraphes et nous illustrerons pour finir nos propos en proposant une revue des articles les plus récents décrivant des rééducations de groupe.

2.2.1. Pourquoi travailler en groupe?

Le but de toute prise en charge orthophonique en aphasiologie est de restaurer la fonction déficitaire: le langage. Cependant, les dernières classifications de l'OMS nous poussent à reconsidérer la personne aphasique dans sa globalité et non plus seulement à travers son déficit. L'objectif principal n'est plus alors de

restaurer le langage mais de redonner au patient une communication fonctionnelle et de permettre un transfert des acquis. Pour ce faire, les situations de rééducation doivent être les plus écologiques possibles et dans ce cas, la rééducation de groupe est un bon outil.

Elman (1999, 2007), a répertorié les bénéfices des groupes de communication avec des aphasiques.

Tout d'abord, le groupe permet à l'adulte aphasique d'avoir plus de partenaires communicationnels et d'être dans une situation d'échange plus naturelle. Les prises d'initiatives sont multipliées et les actes de communication plus variés.

Au sein du groupe, les aspects formels du langage peuvent être travaillés mais son caractère spontané est préservé car nous sommes dans une situation de communication naturelle. Cela facilitera la généralisation des acquis des séances individuelles lors du retour à la maison ou dans la société. En effet, la rééducation individuelle peut entraîner une dépendance à une situation de communication privilégiée: dans un lieu protégé, avec un thérapeute attentif et averti qui s'adapte aux possibilités de compréhension et d'expression du patient. Or ce n'est pas toujours le cas à l'extérieur. La thérapie de groupe constitue donc une transition entre la rééducation et le retour à la société. Elle offre tous les avantages d'une situation naturelle de communication sans que les patients soient exposés à ses risques (malentendu, mauvaise compréhension, fausse information...).

De plus, l'échange avec d'autres personnes qui partagent les mêmes interrogations et sentiments améliore le statut psychosocial du sujet. Le partage de sentiments et d'opinions est une opportunité de créer des liens d'affinité avec d'autres personnes. Il peut aider le patient à mieux réguler ses émotions et accepter une nouvelle identité, plus positive.

Enfin, les thérapies de groupe sont également plus rentables que les traitements individuels et tendent à devenir des méthodes fiables, qui seront de plus en plus présentes dans le système de soins.

2.2.2. Les différents types de groupes d'aphasiques

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir une classification des thérapies de groupe en aphasiologie, nous nous appuyerons ici sur celle de Kearns (1994).

2.2.2.1. Les groupes psychosociaux

Ces groupes permettent de créer des liens entre les patients qui partagent leur expérience de l'aphasie, ils peuvent exprimer leur ressenti par rapport aux difficultés rencontrées. Le but est de faire face aux conséquences psychologiques de l'aphasie, de rompre l'isolement et de restaurer une certaine confiance en soi.

2.2.2.2. les groupes de soutien et de conseil aux familles

Le but de ces groupes est de réunir les patients et leurs familles afin d'informer sur l'aphasie, d'échanger sur ses conséquences. Ils permettent un travail d'acceptation pour les proches et la personne aphasique et ils aident à mettre en place les adaptations de comportements nécessaires pour que la communication ne soit pas rompue entre les proches et la personne aphasique.

2.2.2.3. les groupes de traitement du langage

Leur but est de favoriser la récupération et le maintien des capacités langagières et communicationnelles des patients aphasiques. Kearns (1994) en décrit trois types:

- Le groupe de traitement sociolinguistique:

Ce groupe a pour but de pousser les patients à initier les interactions et la communication, le thérapeute intervient le moins possible et est là pour potentialiser les capacités communicatives des patients. Les activités se rapprochent le plus possible de la vie quotidienne: conversations, jeux de rôle, activités de type PACE.

- Le groupe de transition:

Le but est ici de guider le patient vers un arrêt progressif de la prise en charge, on consolide les acquis des séances individuelles et on aide le patient à s'adapter aux situations de la vie quotidienne (jeux de rôle) et à accepter son handicap.

- Le groupe de maintenance:

Ce type de groupe est mis en place afin de maintenir les habiletés langagières avec des patients dont la prise en charge individuelle a été interrompue. Les tâches font appel au langage dans les interactions sociales

Kearns décrit deux types de traitements dans ces derniers groupes:

- Le traitement direct qui fait appel à des activités très structurées et proches de la rééducation individuelle. On travaille sur des processus spécifiques mais de façon plus ludique et en groupe.
- Le traitement indirect qui fait appel à des activités plus écologiques et naturelles comme les jeux de rôle et les conversations autour d'un thème.

En pratique, les thérapies mises en place n'entrent pas dans une catégorie précise mais sont une combinaison des différents types de groupes décrits ici.

2.2.3. Les éléments à prendre en considération pour créer un groupe

2.2.3.1. Quand débiter la prise en charge de groupe?

Avant d'intégrer un patient à un groupe, nous devons tenir compte de différentes données concernant le patient:

- Il doit d'abord avoir un niveau de compréhension suffisant (au minimum, une compréhension lexicale préservée) sans quoi la participation à des échanges adaptés n'est pas possible.
- Il est également important qu'il ait récupéré un bon niveau d'attention et de concentration, car la situation de communication en groupe est plus contraignante qu'en individuel. Le patient devra interagir avec plusieurs interlocuteurs en même temps.

Ainsi, on attend en général au moins un mois post-AVC avant de proposer une rééducation de groupe. (Blouin et al., 1997)

Certains auteurs ont indiqué que la rééducation de groupe ne devrait débiter que 6 mois après l'AVC (Aten, cité par Buttet-Sovilla 1997). La rééducation individuelle serait en effet plus efficace que la rééducation de groupe dans les premiers mois après la lésion. De plus, les patients seraient plus conscients de leurs difficultés après une période de récupération spontanée (Sarno, cité par Buttet-Sovilla 1997). Wirotus et Pichard (cité par Bouvier et al. 1998), pensent ainsi qu'elle doit succéder à la rééducation individuelle, lorsque les objectifs fixés en individuel ont

été atteints, et pour assurer un relais après la prise en charge individuelle (en sortie d'hôpital par exemple).

D'autres études (Besson et Holland 1996, Buttet-Sovillat, 1999, Patry et al., 2006), montrent qu'il est important de débiter très tôt la prise en charge de groupe. Celle-ci est actuellement considérée comme complémentaire à la rééducation individuelle. Elle permet au patient, dès la phase initiale de l'aphasie, de développer tous les moyens de communication qu'il possède dans une situation moins protégée que la séance individuelle.

Le courant clinique actuel donne une grande place à la dimension pragmatique du langage, plaçant la communication au centre de la rééducation. Il encourage ainsi de plus en plus l'intégration des patients aphasiques dans un groupe, et cela en phase initiale de l'aphasie, dès que leur état de santé le permet.

2.2.3.2. Lieu de rassemblement du groupe

Les différentes études publiées montrent qu'un groupe peut se mettre en place dans tous les lieux où l'on peut rencontrer des thérapeutes du langage: en milieu intra-hospitalier, en centre de rééducation fonctionnelle, en libéral et également en milieu associatif (notamment aux Etats-Unis, l'Aphasie Center of California).

En ce qui concerne le choix des locaux où se réunira le groupe, certains auteurs insistent sur l'importance de prendre de la distance par rapport au lieu institutionnel (Bouvier et al, 1997) mais cela n'est pas toujours possible en structure. Le lieu choisi doit pour le moins être le plus neutre possible, afin de permettre aux patients d'oublier quelques instants le cadre hospitalier.

2.2.3.3. Fréquence et durée des séances

La durée de la séance varie de 1h (2 ou 3 fois par semaine) à 2h30 (1 ou 2 fois par semaine). La séance ne doit pas être trop longue car les patients aphasiques sont fatigables et ont souvent des troubles attentionnels associés. Ainsi, tous les groupes dont la séance dure plus de 2 heures sont entrecoupés d'une pause, qui permet aux patients de se reposer et pendant laquelle est parfois partagé un goûter.

La durée de la prise en charge dépend de la structure. En centre, les patients sont hospitalisés pour une durée plus ou moins longue (de quelques semaines à

plusieurs mois), la durée moyenne de prise en charge est de 2 à 3 mois (de 1 mois à plus d'un an). En libéral, hors du contexte hospitalier, la prise en charge est souvent poursuivie à plus long terme.

Selon Martin en 2008, les études décrites s'accordent sur un nombre de 8 à 15 séances. L'étude de Elman et Bernstein-Ellis en 1999 a notamment montré des progrès significatifs au niveau du langage et de la communication chez des patients ayant une aphasie modérée à sévère pris en charge en groupe: entre le début de la prise en charge et 2 mois de prise en charge; et entre 2 mois et 4 mois de prise en charge. Après, les progrès ne seraient plus significatifs selon cette étude.

2.2.3.4. Les patients

De manière générale, les groupes sont formés en tenant compte:

- des objectifs fixés pour chaque patient
- de la sévérité de l'aphasie
- du type de groupe que l'on veut former (jeux de langage et communication dirigée, discussion libre, thème défini, support ou méthode particulière...)
- des conditions de prise en charge au sein de la structure de rééducation.

et dans l'idéal, de l'âge, du niveau scolaire, de la personnalité et de la profession des patients afin de réunir des personnes ayant des centres d'intérêt commun (Besson et Holland, 1996)

Il est admis que le groupe de rééducation de la communication peut réunir des patients avec tout type d'aphasie. Pour presque tous les thérapeutes, le mélange de personnes fluentes et non fluentes serait bénéfique pour améliorer les interactions communicationnelles. Il est toutefois préférable d'intégrer au groupe au moins un patient fluent pour garder un certain dynamisme dans les séances. (Bouvier, Testud et Kerbaol, 1998).

Bersten-Ellis et Elman rapportent en 2005 que certains cliniciens préfèrent les groupes homogènes avec des aphasiques ayant tous un trouble modéré: les sujets de discussion sont alors plus diversifiés, les débats plus animés. D'autres préfèrent les groupes mixtes qui ont pour avantage d'enrichir la diversité des échanges au sein du groupe. Les personnes plus fluentes servent de modèle et sont motrices des interactions verbales mais elles doivent s'efforcer d'utiliser d'autres canaux de communication afin de s'adapter aux difficultés de compréhension ou d'expression des personnes avec une aphasie plus sévère.

Notons que plusieurs des groupes décrits intègrent l'entourage du patient à la rééducation en invitant régulièrement des membres de la famille à observer la séance ou à partager un moment autour d'un goûter.

En ce qui concerne le nombre de patients, les auteurs s'accordent sur un nombre allant de 4 à 7 patients (3 à 6 pour Besson et Holland en 1996; 4 ou 5 patients pour Bouvier et al. en 1998; 4 à 6 pour Patry et al. en 2006; 5 à 7 personnes selon Bersten-Ellis et Elman en 2005).

En dessous de 4 patients, il semble difficile de garder des interactions riches et de mettre en place des binômes conversationnels. Au delà de 10, le temps de parole donné à chacun est trop réduit: il faut dans ce cas réunir des personnes très autonomes, il s'agit alors plus d'un groupe d'échange que d'un groupe rééducatif.

2.2.3.5. Les animateurs

Les groupes d'aphasiques sont la plupart du temps créés par des orthophonistes. Ils peuvent être animés par les orthophonistes eux-mêmes, par un orthophoniste et un autre thérapeute de santé (ergothérapeute, infirmière, cadre de santé) ou par d'autres professionnels de santé préalablement sensibilisés aux pathologies aphasiques et aux principes de la prise en charge de groupe. Dans certains pays où la prise en charge des aphasiques après leur sortie d'hôpital n'est pas assurée (État-unis, Canada), il peut également s'agir de bénévoles engagés dans des associations d'aphasiques et formés par des professionnels. Dans tous les cas, une communication-relais est nécessaire avec les thérapeutes du langage afin de fixer les objectifs généraux et individuels, de s'interroger sur les évolutions, les difficultés de certains patients...

La plupart des groupes sont composés au minimum de 2 animateurs. Ce nombre varie en fonction du nombre et du degré d'autonomie des patients. Plusieurs études indiquent que l'alternance des animateurs au bout d'un certain nombre de séances est bénéfique pour la dynamique du groupe: elle permet de prendre du recul sur le fonctionnement et l'évolution des patients et de rassembler plus d'idées et de savoirs-faire.

Le rôle des animateurs peut être de deux sortes (selon Bouvier et al, 1997):

- ils peuvent avoir un rôle directif dans les séances: le contenu de la séance est structuré et préparé à l'avance par les thérapeutes qui annoncent alors les thèmes de conversation ou les consignes de l'activité.
- Ils peuvent être de simples superviseurs, s'assurant de l'alternance des tours de parole, intervenant pour préciser ou relancer la conversation en cas de besoin, et évitant les situations d'échecs. Les patients ont alors le choix du thème des échanges et du contenu des séances.

La plupart du temps ces rôles ne sont pas figés, un groupe peut évoluer petit à petit d'une forme directive vers une forme qui laisse de plus en plus d'autonomie aux patients. Dans tous les cas, les thérapeutes resteront présents pour: « apporter des aides à la communication et à l'échange des idées, réguler les échanges et rendre le groupe dynamique... » (Saint-Omer, 2009)

2.2.4. Les activités proposées

2.2.4.1. Les activités écologiques

- La conversation

Ce type d'activité est utilisé dans plusieurs groupes qui ont été décrits (Patry et al., 2006, Ross et Al, 2006, Elman, 2006). Le but est de déterminer et de potentialiser des stratégies efficaces pour chaque patient afin d'éviter les bris de communication et de favoriser la prise de parole (Ross et al., 2006). On se concentre sur l'habileté à faire passer un message en utilisant toutes les modalités possibles (Elman, 2006). Bernstein-Ellis et Elman décrivent plusieurs techniques pour favoriser l'initiation conversationnelle et augmenter l'échange d'informations.

Par exemple, on peut demander à un patient:

- De prendre le rôle du régulateur de la conversation
- De résumer le propos avant passer la parole à un autre patient
- De choisir le sujet de conversation
- D'aider un autre patient qui semble bloqué (« Qui pourrait aider M. à faire passer son message? »)

- D'écrire, de dessiner, ou faire des gestes pour mieux faire passer son message (« De quelle autre façon pourriez-vous me faire comprendre ce que vous voulez dire? »)...

Ross et al. (2006), demandent aux patients de repérer les stratégies efficaces et inefficaces chez eux et chez les autres et travaillent ensuite sur le développement de ces stratégies.

- Les jeux de rôle et activités de type théâtral

Ils permettent de remettre le patient dans une situation de communication plus naturelle. Cela les prépare au retour à la vie en société.

Des initiatives comme le Théâtre aphasique, créé en 1992 à Montréal par Anna-Marie Théroux ont pour but d'améliorer les possibilités d'expression verbale et corporelle, et de favoriser la réadaptation et la réintégration sociale et professionnelle des personnes aphasiques.

Le théâtre est aussi utilisé dans des groupes de moins grande envergure afin de favoriser la prise de parole.

2.2.4.2. La communication verbale

Plusieurs activités traditionnellement utilisées en thérapie individuelle peuvent être transposées en thérapie de groupe sous forme de jeux. Ainsi, les activités d'évocation, de dénomination, de description d'images, de définition de mot seront travaillées à travers des devinettes, du dessin dicté, un taboo... (Avot et Herbert, 1999). Les mêmes processus sont travaillés mais l'approche est plus ludique: l'esprit d'équipe est source de motivation, les patients peuvent s'encourager, s'entraider et se féliciter.

Les activités de type PACE peuvent également être adaptées au groupe, elles permettent de rétablir une communication fonctionnelle et écologique.

2.2.4.3. La communication non verbale.

Les activités proposées pour favoriser la communication non verbale sont nombreuses. On retrouve dans les études que nous avons lues: le travail de la gestualité (les mimes d'action ou les imitations); le travail du rythme (musique, percussion, chant); l'expression des émotions (devinette); l'utilisation du dessin.

2.2.4.4. Les jeux de société

Elman et Bernstein-Ellis (1999) expliquent que leurs séances de groupe se terminent souvent par un jeu de société du type Blackjack ou Uno. Il est aussi possible de jouer au Poker ou de faire un jeu de mime, l'important étant de finir la séance dans une bonne ambiance générale, sur une activité qui réunit tous les patients.

2.3. Les différentes études existantes:

Nous avons choisi de faire une revue des derniers articles publiés (après 1999) qui concernent les différents groupes d'aphasiques: certains font simplement une description de la création d'un groupe, fournissant un recueil d'observations qualitatives sur les attitudes à privilégier, celles à éviter, et sur les différents comportements pouvant apparaître ; d'autres évaluent de manière plus formelle l'impact de la rééducation pour les patients sur différents niveaux d'interaction (langage, communication et/ou qualité de vie).

Afin de prendre en compte l'ensemble des conditions qui peuvent influencer une rééducation de groupe, nous avons choisi de rapporter les études portant sur des groupes mis en place dans différents lieux: structure hospitalière, cabinet libéral, association d'aphasiques, institut de formation. Celles-ci seront classées chronologiquement.

2.3.1. The efficacy of group communication treatment in adults with chronic Aphasia (Elman et Bernstein-Ellis, 1999)

- Objectif: Déterminer l'efficacité de la rééducation de groupe sur le langage et la communication de patients aphasiques chroniques.
- Moyen d'évaluation:
 - Tests de langage : Shortened Porch Index of Communicative Abilities (Disimoni, Keith, and Darley, 1980) et Western Aphasia Battery-Aphasia Quotient (Kertesz, 1982).
 - Test de communication : Communicative Abilities in Daily Living (Holland, 1980).

- Critères d'inclusion: Patients aphasiques chroniques (plus de 6 mois après AVC), unique accident vasculaire cérébral gauche, pas de complications médicales ou alcoolisme, sachant lire et écrire en anglais avant l'accident.
- Population étudiée: 23 participants répondant aux critères précédemment cités.
- Méthodologie: Randomisation des patients en deux groupes: traitement immédiat et traitement différé. Les patients du premier groupe suivent le traitement pendant 4 mois, puis participent à trois heures ou plus d'activités sociales de groupe (activités religieuses, créatives...). Les patients du second groupe suivent le traitement dans l'ordre inverse.

Tous sont évalués à T 0, T+ 4 mois et T+ 8 mois.

- Fréquence: Deux fois 2h ½ par semaine avec une pause d' ½ heure autour d'un café où la famille est invitée.
- Activités:
 - Le groupe consacre 1h et demie à des discussions sur l'activité des patients, les problèmes qu'ils rencontrent ou les événements de leur vie, des sujets relatifs à la discussion sont introduits par l'orthophoniste ou les membres du groupe. L'échange d'informations est renforcé par plusieurs techniques: dessin, jeux de rôle, gestes, écriture.
 - Assez souvent la dernière heure est utilisée pour commencer des jeux de société (UNO, blackjack)
 - Intervention d'un artiste une fois par semaine pendant une heure pour des activités de mime, de mise en place de saynètes.
- Résultats: Les scores au WAB'AQ et au CADL des patients ayant suivi la rééducation de groupe en premier sont plus hauts que ceux des patients qui ont juste pratiqué une activité sociale pendant ce temps là. La rééducation de groupe a été efficace sur la réhabilitation du langage et de la communication. La thérapie de groupe a permis de plus à certains patients: d'augmenter leur confiance en eux pendant une conversation, de se réintégrer à la société (sortir de la maison, parler avec les autres, prendre les transports en commun).

2.3.2. Tour d'Europe en 15 séances (Avot et Herbert, 2000)

- Objectifs:
 - Partager sur la mise en place d'une thérapie de groupe pour patients cérébrolésés en libéral.
 - Tenter d'apporter une évaluation la plus complète possible des effets de ce traitement.
- Moyen d'évaluation:
 - Langage: MT-86 (Nespoulous et al. 1992)
 - Communication: TLC (Test Lillois de Communication, Delacour et al., 2000) et échelle ASHA-FACS (Frattalli et al., 1990)
 - Retentissement psychosocial: Index de Réintégration à la Vie Normale (RNLI, Wood Dauphinee et Williams, 1987)
- Critères d'inclusion: Patients aphasiques chroniques, pris en charge en orthophonie depuis au moins 5 ans, avec un niveau de compréhension orale correct (plus de la moitié des items de compréhension au MT-86 corrects), et sans trouble psychiatrique ou comportemental.
- Population étudiée: 5 patients, deux femmes et trois hommes.
- Méthodologie: Études de cas, les performances des patients aux différents tests étant comparées à 6 mois d'écart. Un questionnaire subjectif est soumis au patient et à ses proches à la fin des 6 mois de thérapie.
- Fréquence: Non spécifié.
- Activités: Le but était de mettre en place une pièce de théâtre, mais les activités se sont aussi centrées sur l'expression orale (expression dirigée, articulation sur des répliques de films, dénomination, évocation catégorielle, informativité, langage descriptif), l'expression écrite et l'expression non verbale (désignation, mime d'action, dessin).
- Résultats:
 - Apports au niveau personnel: relativisation de l'atteinte, augmentation de l'estime de soi, dépassement des peurs et reprise d'activités extérieures, acceptation de l'état, réduction de l'isolement.
 - Apports au niveau familial, social: renouveau dans la famille (récit des activités menées en groupe, cela amène de nouveaux thèmes d'échange), retour à un statut social (tout le monde est aphasique dans le groupe, il n'y a plus de

« différence »), apparition d'une solidarité entre les patients, rupture de l'isolement pour les proches également (époux et épouses peuvent échanger sur leur ressenti).

- Pour ce qui est de l'évaluation objective, on ne montre pas ou peu d'évolution du langage, la communication non verbale est améliorée mais seulement pour les patients les plus atteints, certains objectifs de qualité de vie définis pour les patients ont évolué (trouver de nouveaux centres d'intérêt, augmenter la participation à des activités sociales, diminuer la peur de parler devant les autres...).

2.3.3. Favoriser la communication des aphasiques par l'équipe soignante: exemple d'un atelier de communication (Patry et al. 2006)

- Objectif: mise en place d'un atelier de communication pour personnes aphasiques dès la phase initiale de la prise en charge; mesure de l'efficacité.

- Moyen d'évaluation:

- analyse de cas unique
- analyse des réponses d'une enquête de satisfaction
- le test de communication utilisé pour évaluer l'évolution est l'ECVB. Chaque patient est évalué une première fois au moment où il rentre chez lui, puis au moins une deuxième fois au sixième mois de l'aphasie. Cependant, aucune analyse de ce test n'a pu être réalisée car celui-ci n'était pas validé pour des patients aphasiques en phase initiale.

= pas d'analyse statistique.

- Population étudiée: 68 patients aphasiques, en hospitalisation complète ou de jour, ayant bénéficié de l'atelier et ayant répondu au questionnaire de satisfaction.

- Critères d'inclusion définis selon: le niveau de compréhension et d'expression orale et écrite; les troubles neuropsychologiques associés ou non; les comportements habituels de l'aphasique pouvant influencer la participation au sein de groupe attitudes langagières à contrôler (logorrhée, persévération, stéréotypie); les stratégies de communication à favoriser.

- Fonctionnement de la rééducation: la thérapie de groupe est menée parallèlement aux rééducations individuelles.

- Nombre de participants: 4 à 6 patients

- Thérapeute: Une infirmière ayant une formation initiale anime l'atelier, en coordination avec le médecin, l'orthophoniste et le neuropsychologue. Plusieurs infirmières ont par ailleurs été formées.
- Fréquence: 1 heure trois fois par semaine; la durée de la prise en charge est de quelques semaines à plus d'un an (durée moyenne entre 2 et 3 mois).
- Activités: conversation, activités gestuelles, activités sonores, jeux de rôle, activités sociales (jeux, préparation du café, aide pour le courrier, pour les achats et déplacement).
- Fin de la prise en charge: sortie d'hospitalisation. L'arrêt prématuré (seulement 10% des cas) pour les patients avec aphasies globales non fluentes qui ne présentent aucune amélioration après plusieurs séances.
- Résultats:
 - L'atelier de communication est très favorablement perçu par les patients (60/68 notent 4/5 sur l'échelle de satisfaction).
 - Bénéfices sociaux et psychologiques plus que langagiers.
 - Peut être considéré comme un outil pertinent de rééducation .
 - L'évaluation des résultats mérite d'être précisée par le développement d'une échelle d'évaluation précoce de la communication qui puisse être validée en institution.
 - Équipe de soins infirmiers et équipe de rééducation investies ensemble dans la réadaptation du patient.

2.3.4. Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention (Ross et al. 2006)

- Objectif: évaluer les résultats d'une intervention de groupe sur le handicap communicationnel de personnes aphasiques chroniques.
- Moyen d'évaluation:
 - Conversational Analysis profile for People With Aphasia (Withworth et al., 1997), parties A et B.
 - Mesures de statut psychologique: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond et Snaith, 1983) et The Visual Analog Self Esteem Scale (VASES) (Brumfitt and Sheeran, 1999).

- Critères d'inclusion: Patients majeurs, qui présentent une aphasie jugée modérée apparue depuis au moins 6 mois, n'ayant pas de déficit sensoriel ou de troubles cognitifs autres et qui selon leurs thérapeutes, tireraient des bénéfices d'une intervention de groupe sur la conversation.
- Population étudiée: 8 patients, 3 femmes et 5 hommes, dont 7 étaient à plus de 15 mois de leur AVC.
- Méthodologie: Évaluation pré et post-traitement, ainsi que 3 mois après la fin de la thérapie de groupe.
- Fréquence: Sessions de deux heures par semaine pendant 11 semaines.
- Activités: le but était d'aider les personnes aphasiques chroniques à développer une communication totale et à potentialiser leurs habiletés en conversation. Les activités mises en place comprenaient donc des discussions à thèmes qui étaient le support pour un repérage et un développement des stratégies efficaces pour chaque patient ainsi que des discussions et des informations sur le modèle social du handicap et les droits et services aux handicapés.
- Résultats: Ne sont pas statistiquement significatifs en raison du petit nombre de patients et des différences inter-individuelles. Il a tout de même été montré, pour les patients participant à cette étude:
 - Des changements positifs dans les habiletés et les expériences de conversation (CAPPAA et B)
 - Pour certains patients, les mesures de qualité de vie ont montré une évolution positive.

2.3.5. Création d'un roman policier entre orthophonistes et aphasiques (Saint-Omer et al. 2010):

- Objectifs:
 - création d'un roman policier,
 - varier les utilisations du langage par rapport à la rééducation individuelle,
 - amener les patients à prendre du plaisir à communiquer,
 - recueillir des observations cliniques sur les interactions entre les patients,
 - créer des liens d'amitié et de solidarité,
 - faire partager cette expérience (lecture du roman par des personnes extérieures au groupe; construction d'une pièce de théâtre).

- Moyen d'évaluation:
 - Pour le langage, ont été utilisés: le BDAE, le MT86, le langage élaboré du test de Ducarne, l'EXADE, le TOKEN TEST.
 - Pour la communication: l'ECVB.
 - Pour l'évaluation finale: l'ECVB; une grille d'analyse qualitative et clinique d'observation des comportements de communication et d'analyse linguistique et pragmatique; un questionnaire destiné aux patients aphasiques permettant de recueillir le ressenti des patients sur la rééducation.
- Fréquence et durée: 1 séance de deux heures par mois.
- critères d'inclusion: AVC datant de plus de 6 mois; difficultés de production orale (réduction de la fluence, manque du mot et agrammatisme principalement) de niveau assez homogène; bon niveau de compréhension; pas de troubles associés tels que des troubles psychiatriques ou cognitifs importants; patients tous suivis en rééducation orthophonique individuelle.
- population étudiée: six patients aphasiques âgés de 33 à 77 ans.
- Méthodologie: évaluation initiale du langage et de la communication (permettant de déterminer les objectifs individuels de la rééducation); évaluation finale de la communication avec l'ECVB, et la grille d'analyse qualitative, recueil du ressenti du patient (pour observer l'impact du groupe).
- Résultats:
 - Le groupe favorise des interactions variées.
 - Les mêmes difficultés de langage sont retrouvées dans l'évaluation finale mais des modifications du comportement langagier ont été observées en situation de groupe.
 - Les échanges entre les membres du groupe montrent que les comportements pragmatiques sont variés et bien adaptés à la situation de communication chez les aphasiques; les comportements d'initiation de la conversation ou de signification d' une incompréhension sont toutefois moins exploités chez eux.
 - Les patients ont pour la plupart des ressentis positifs vis-à-vis de la rééducation. La plupart préférerait participer à des activités plus variées, ils évoquent la longueur du projet de création de roman policier.

2.3.6. The effect of combined individual treatment on functional communication in aphasia after acquired brain injury (Shisler-Marshall et Wallace)

- Objectif: comparer les effets d'une part, d'une rééducation de groupe combinée à une rééducation individuelle et d'autre part, d'une rééducation individuelle uniquement, sur la communication fonctionnelle de personnes aphasiques chroniques.
- Moyen d'évaluation:
 - Evaluation du langage: Aphasia Diagnostic Profile.(Helm-Estabrooks, 1992).
 - Evaluation de la communication fonctionnelle: Communicative Abilities of Daily Living 2 (Holland et Al., 1999).
 - Evaluation cognitive: Cognitive Linguistic Quick Test (Helm-Estabrook, 2001).
 - Evaluation de l'humeur: Bradburn Affect Balance Scale (Bradburn, 1969).
 - Evaluation pragmatique: Communication Performance Scale (Elrich et Sipes, 1985).L'évaluation a été effectuée en aveugle par un étudiant formé.
- Critères d'inclusion: Patients ayant entre 18 et 65 ans avec un diagnostic d'aphasie, à distance de 2 semaines à 6 mois de la survenue de leur lésion cérébrale, gardant l'usage d'au moins un bras (gestes et écriture), ayant pour langue maternelle l'anglais et n'ayant pas de trouble visuel, de retard mental, de trouble du langage préexistant ou de passé évoquant une maladie mentale.
- Population étudiée: 10 individus âgés de 21 à 51 ans, ayant une aphasie fluente ou non fluente dont l'étiologie est soit un accident vasculaire cérébral, soit un traumatisme crânien.
- Méthodologie: Les patients sont répartis en deux groupes:
 - Le groupe contrôle, qui suit 8 semaines de rééducation individuelle avec un maximum de 5 heures par semaine.
 - Le groupe expérimental qui suit deux semaines de rééducation individuelle (avec un maximum de 5 heures par semaine) puis 6 semaines de rééducation combinée (un maximum de 3 heures de thérapie de groupe et deux heures de thérapie individuelle.)
- Fréquence: Trois heures de rééducation par semaine pendant six semaines, combinées à deux heures de rééducation individuelle.

• Activités: Les auteurs restent vagues sur le type d'activités mises en place durant les séances de groupe. Ils précisent néanmoins qu'ils se sont inspirés d'Aten (1994) et de Elman et Bernstein-Ellis (1999).

Ils ont mis en place des activités de dénomination, de conversation spontanée ou thématique, d'information sur l'aphasie.

Le but était « d'augmenter les interactions communicatives efficaces des patients à travers de multiples modalités, ceci afin de potentialiser les capacités restantes ».

• Résultats: Ils ne sont pas statistiquement significants en raison du petit nombre de patients et des différences inter-individuelles. Il a tout de même été montré, pour les patients participant à cette étude:

- Les deux groupes ont augmenté leurs scores au subtest Alternative communication de l'Aphasia Diagnostic Profile.
- Le groupe expérimental a montré des améliorations au CADL alors que le groupe témoin n'en montre pas, cependant la différence n'est pas statistiquement significative.

Les auteurs expliquent que le petit nombre de patients, la durée réduite de prise en charge et la différence d'âge entre les groupes (groupe témoin beaucoup plus jeune que groupe expérimental) peut éclairer sur les raisons de cette absence de résultats.

Après ces rappels théoriques sur l'aphasie et ses conséquences sur les trois domaines que sont le fonctionnement, l'activité et la participation, ainsi que cette présentation des thérapies de groupe et leurs enjeux, nous allons passer à la partie pratique de notre exposé.

Sujets et méthodes

1. Buts et hypothèses

1.1. Objectifs :

- Le premier objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité de la rééducation de groupe pour des patients aphasiques en milieu hospitalier du point de vue :
 - Du langage
 - De la communication verbale et non-verbale
 - De la qualité de vie
 - De la dépression

Pour cela, nous avons créé un protocole d'évaluation à partir de tests adaptés à la personne aphasique déjà existants (afin d'avoir des outils validés et pertinents) et qui s'intéresse à chacun des domaines cités précédemment.

- Le second objectif est de partager cette expérience et avoir une réflexion sur les bénéfices, les enjeux, les contraintes et les limites de la mise en place d'une thérapie de groupe au sein d'un établissement hospitalier.
- Enfin, nous tâcherons de répertorier les activités pertinentes qui peuvent être proposées lors des séances de groupe.

1.2. Hypothèses :

- La prise en charge en groupe permet d'augmenter les capacités communicationnelles des patients aphasiques. En favorisant par exemple l'investissement de tous les canaux à disposition pour faire passer un message (communication totale).
- Elle aurait un impact positif sur la qualité de vie, améliorerait la réintégration dans la vie quotidienne à domicile et au sein de la société.
- Elle permettrait au patient de reprendre confiance en lui et en sa parole.
- Elle permettrait de prévenir ou de réduire la dépression post-AVC lorsque celle-ci n'est pas la conséquence directe de la lésion.

2. Présentation du groupe

Le groupe que nous allons présenter a vu le jour en février 2010 au centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle l'Espoir à Hellemmes. En tant que stagiaires au sein du centre, nous avons participé activement aux séances au côté des thérapeutes et nous en avons suivi l'évolution.

Nous pouvons le qualifier de groupe de communication: c'est d'ailleurs comme cela qu'il est présenté dans le centre. On pourrait le situer entre les groupes psychosociaux et les groupes de traitement du langage. Les activités proposées sont mixtes (approche directe et indirecte).

Il est ainsi destiné à tous les patients ayant des troubles directs ou indirects de la communication, depuis le trouble phasique pur jusqu'au trouble de la pragmatique du langage, en passant par les troubles d'initiation de la parole ou par des troubles de mémoire induisant des ruptures au sein de l'interaction.

2.1. Les objectifs

Les objectifs généraux qui ont été définis par les thérapeutes et proposés aux patients sont les suivants:

- Développer la communication non verbale (par les gestes, l'intonation, la mimique).
- Favoriser le langage oral dans un contexte plus spontané et naturel, afin de généraliser les acquis des séances individuelles.
- Permettre aux patients d'échanger avec d'autres personnes présentant aussi des troubles du langage.
- Redonner confiance aux patients quant à leurs capacités de communication, afin qu'ils puissent plus facilement prendre l'initiative de parole face à une autre personne ou en groupe.

2.2. Les patients

2.2.1. Les patients participants au groupe

Le groupe est composé en majorité de patients aphasiques ayant eu un accident vasculaire cérébral. Cependant, les critères d'entrée ont été élargis: les

patients ayant eu un traumatisme crânien, sans trouble phasique spécifique ainsi que les patients dysarthriques peuvent y entrer, dans la mesure où leurs troubles ont des répercussions au niveau communicationnel.

2.3. Les thérapeutes

Le nombre de thérapeutes attachés au groupe varie selon le nombre de patients présents. Au minimum, deux orthophonistes, et une stagiaire animent la séance. Lorsque le groupe atteint une dizaine de personnes il peut y avoir jusqu'à cinq animateurs (trois orthophonistes et deux stagiaires).

2.4. Le lieu et la fréquence

Actuellement, le groupe se réunit 2 heures tous les mardis après-midi. Une pause de 10 minutes est marquée au milieu de la séance.

La séance a lieu dans la salle de conférence du centre, cependant nous avons déménagé dans une autre salle de réunion, moins grande mais plus lumineuse et plus agréable en janvier 2011. La première salle était en effet sombre et peu chaleureuse. Elle sert encore de lieu de répétition générale et de salle de spectacle pour le groupe.

Il paraît important de disposer d'une salle chaleureuse, confortable et lumineuse afin de maintenir l'entrain des patients.

2.5. Les déroulements

2.5.1. Déroulement d'une séance

La séance se déroule généralement en 4 temps:

- Elle commence par un temps de présentation lorsqu'il y a de nouveaux patients et/ou par un débriefing de la semaine passée, pendant lequel chacun peut s'exprimer librement sur ses activités récentes ou sur un sujet qui lui tient à cœur.
- Une petite activité de mise en route est ensuite proposée par les thérapeutes: cela peut être un jeu de présentation (en début de session), de la relaxation, des exercices de rythmes ou vocaux, des jeux de mimes ou d'évocation.

- Les activités d'expression théâtrale débutent ensuite: discussion sur le sketch ou la scène à construire, mise en commun des idées de chacun, élaboration des dialogues, mise en scène (d'abord mise en mouvement puis mise en parole)...
- La séance se termine sur un jeu collectif ou un débriefing de fin. Un petit bilan est fait et on discute des activités à venir. Avant de partir, chaque participant remplit une feuille d'évaluation (échelles analogiques : voir annexe n°1) afin de donner son avis sur la séance et sur sa propre participation aux différentes activités.

Après la séance, un temps de synthèse d'environ 1 heure a lieu entre thérapeutes. Un compte-rendu (voir annexe n°2) est rédigé. Il résume : l'ambiance générale du jour, les observations sur la participation et les performances des patients, les points positifs et négatifs sur les activités effectuées et leur appréciation. Nous tenons compte des échelles analogiques remplies par les patients, ainsi que de toutes les notes qui ont été prises pendant la séance.

Cette synthèse permet aux thérapeutes de garder trace des séances pour mieux se rendre compte des évolutions du groupe, des progrès des patients, des nouvelles orientations à prendre. C'est un premier moyen d'évaluation des effets du groupe.

À plusieurs reprises, nous avons aussi filmé les participants du groupe pendant une activité, lors d'une conversation, ou de la présentation d'un sketch. Le support vidéo est un bon moyen d'avoir une vision précise des modifications des stratégies communicationnelles chez les patients, mais aussi des attitudes (positives ou négatives) que prennent les thérapeutes. Les vidéos peuvent de plus être visionnées pendant les séances, permettre de recueillir les impressions des participants et servir de support de discussion.

2.5.2. Déroulement d'une session

Avant le mois de janvier 2011, l'engagement au groupe n'était pas défini dans le temps. Les patients y entraient lorsque la prescription du médecin, en accord avec les orthophonistes, le préconisait et souvent quittaient le groupe à leur sortie définitive du centre ou lorsque les objectifs de prise en charge initiale étaient atteints.

Afin d'éviter l'ennui, la démotivation, et pour préserver la dynamique de groupe, nous avons choisi de mieux définir la succession des séances en les organisant en sessions. Chaque session est composée de 12 séances (3 mois) et précédée de 2

séances d'essai. Les patients répondant aux critères d'inclusion dans le groupe se voient donc proposer la prise en charge mais ont une période de réflexion avant de s'engager à poursuivre la rééducation pendant au moins 12 séances. Ces deux semaines permettent également à chacun de réfléchir à des objectifs personnels réalisables à court terme. Après la période d'essai, une feuille d'engagement est signée (voir annexe n° 3), et on note ensemble les objectifs recherchés à court terme.

Par ailleurs, nous voulions mettre en place un but concret aux sessions, un objectif collectif qui porte la dynamique du groupe. Ainsi, les 3 mois de rééducation se terminent par la présentation d'une petite pièce de théâtre où chacun peut inviter un ami, un membre de sa famille ou un thérapeute de son choix.

2.6. Les activités

La trame des séances est préparée à l'avance par les thérapeutes. Les activités ayant servi de support à la rééducation concernent des domaines variés de la communication. Nous les avons classées dans trois graphiques en annexe n°4 afin donner un aperçu des évolutions qui sont apparues pendant l'année de prise en charge (fréquence d'utilisation des activités, activités nouvelles). Nous les décrirons plus en détail dans la partie qui suit.

2.6.1. Activités de communication non-verbale

2.6.1.1.1. La respiration et la relaxation

But: Faire une rupture avec le quotidien pour favoriser la disponibilité psychique des patients pour la suite de la séance. Aider le patient à mieux gérer son souffle (nécessaire à une bonne projection vocale).

Support: le corps, une musique apaisante.

Description: Nous proposons le travail sur la respiration et la relaxation en début de séance, en général juste après le petit débriefing.

La respiration abdominale a été expliquée aux patients. Des méthodes de facilitation ont été utilisées pour bien faire prendre conscience des mécanismes respiratoires.

Exemple: La main posée sur le ventre, on demande au patient d'expirer en rentrant le ventre, jusqu'à épuisement des ressources sur un « pshhhht ». Lors de la reprise d'air, le patient doit sentir son ventre gonfler pendant que son diaphragme se détend. Pour automatiser la maîtrise du souffle, on peut proposer les exercices de souffle rythmé de Le Huche.

Au fil des séances, des exercices de détente musculaire ont été introduits.

Exemple:

Au niveau de la sphère oropharyngée : bailler sans retenue, faire des grimaces puis relâcher, déplacer la mâchoire inférieure à droite puis à gauche.

Mise en mouvement des 5 charnières décrites par Le Huche: le cou (rotation cou), les épaules (haussement, rotation), le dos (affaissement), la taille, le bassin (rotation si possible pour les patients sans fauteuil).

Remarques générales:

- Le travail de relaxation n'a pas été facile à mettre en place auprès des patients en fauteuil. Ceux-ci sont en effet limités dans leurs mouvements et détendre un membre leur demande parfois tellement de concentration que cela provoque à l'inverse des tensions involontaires.
- Avec le recul, le début de séance ne nous semble pas le moment le plus adapté pour ces activités. En effet, elles ne favorisaient pas l'entrain du groupe et les patients étaient moins dynamiques par la suite.
- Grâce à l'échelle de satisfaction remplie à chaque fin de séance, nous avons constaté que les patients n'appréciaient que modérément la relaxation/respiration, c'est pourquoi nous avons remplacé ces exercices par des jeux de mise en route plus dynamiques, axés sur la communication verbale ou non verbale. (rythme, mimes, devinettes...)
- Nous pensons que ces activités sont tout de même intéressantes à mettre en place à condition de travailler en groupe restreint et d'adapter les techniques de relaxation aux pathologies des participants. Elles peuvent servir de mise en route pour un travail plus dynamique (rythme, chant...), mais doivent rester brèves et plaisantes pour les patients.

2.6.1.1.2. Le travail de la prosodie: rythme, chant

But: travailler l'attention aux éléments prosodiques de la parole (avoir conscience des pauses, des changements de rythme, des accents), améliorer la prosodie de la parole et faciliter sa production, travailler l'écoute et le tour de rôle dans les interactions communicationnelles.

Support: le corps (frappe dans les mains, claquement de doigts, tape du pied) ; les bruits buccaux (claquement de langue); la voix; des instruments de percussion; des CD ou autres supports musicaux (choisis en fonction des goûts des patients).

Description:

1ère activité: battre la mesure en rythme sur un morceau de musique enregistré ou joué au clavier. Conseil: Utiliser des musiques de différents tempos. Varier les styles musicaux.

2ème activité: suivre puis reproduire le rythme d'un morceau de musique ayant une structure rythmique répétitive. *Exemple*: Nous avons tenté de jouer ensemble le rythme du boléro de Ravel que l'on peut marquer ainsi: / // // // // // // // //
/ soit: 1 1231 1231 1231231231 1231 1231...

3ème activité: les devinettes rythmiques. A partir d'étiquettes papier où sont représentées différents rythmes, on peut inventer de multiples activités:

Exemple 1: un des patients pioche un papier et essaie de jouer le rythme. Les autres doivent petit à petit le rejoindre dans son interprétation. Le chef d'orchestre peut cesser de jouer lorsqu'il pense que tout le monde a rejoint le mouvement rythmique. Alors, à tour de rôle, les joueurs cessent de jouer le rythme, afin de revenir au silence complet.

Exemple 2: trois rythmes différents sont inscrits sur un grand tableau, un joueur choisit un rythme et l'interprète. Les autres doivent retrouver quelle séquence a été choisie. Puis on la joue tous ensemble.

4ème activité: les questions/réponses. Le groupe est partagé en deux. On peut disposer les patients en deux demi-cercles se faisant face.

Exemple 1: Dans un premier temps, on travaille en imitation, mais chacun avec un instrument de percussion différent. Les joueurs du premier groupe utilisent par exemple des instruments de percussion, ils choisissent un rythme (inventé ou donné), le jouent 2 fois puis s'arrêtent. Le deuxième groupe peut reprendre le rythme, mais en l'interprétant d'une autre manière: en frappant leur cuisse avec leur main ou en tapant du pied par exemple.

Exemple 2: On peut aussi travailler sur une partition musicale connue de tous. Nous avons par exemple choisi de jouer en question/réponse le rythme de Carmen de Bizet. Les patients ont beaucoup apprécié cette activité qui a pu aboutir à la mise en parole des séquences musicales travaillées par chacun des groupes.

Remarques générales:

- Le langage est fondé sur de nombreux éléments paraverbaux : l'accompagner par le rythme facilite sa production, C'est notamment le principe utilisé dans certaines thérapies (MIT). Cette activité permet aussi de développer l'écoute, la prise en compte de l'autre et le respect du tour de rôle.
- Le rythme a été une activité introductive de séance qui a bien plu aux patients. Elle semble importante à proposer avant de commencer un travail de chant, de diction ou de langage.
- L'évolution des jeux de rythme s'est faite de manière spontanée, chaque nouveau travail amenant une nouvelle idée; un rythme fait penser à un autre et cet autre fait penser à telle ou telle chanson célèbre.
- Un travail de chant découlait naturellement des activités de rythme: souvent, les patients aphasiques se mettaient spontanément à fredonner, voire à produire les paroles d'une chanson lorsqu'un rythme les interpellait.
- Lorsque nous avons introduit les jeux de rythme au groupe, nous sommes rapidement arrivés - après 4 séances d'activités purement rythmiques- à accompagner les jeux rythmiques par le chant. Ainsi, à la demande des patients, plusieurs chansons ont été interprétées lors des séances suivantes. Le choix des chants était décidé d'une séance sur l'autre en fonction des goûts musicaux et des idées données par les patients.

2.6.1.1.3. Le mime

But: développer la communication gestuelle, valoriser ce moyen de communication et le rendre accessible aux patients aphasiques, afin qu'ils comprennent l'importance des mouvements corporels, des gestes et des mimes au sein de la communication.

- Jeu du foulard:

Description: un des patients prend un foulard en main et essaie de faire deviner un objet aux autres. Il peut imiter la forme de l'objet, le faire bouger dans l'espace, mimer sa place par rapport au corps...

Exemples d'objets à faire découvrir: *tapis volant, bébé, tablier de cuisinier, turban, serviette, couverture, avion, serpent, fouet du cavalier, corde à grimper...*

Remarques: soit le patient trouve seul l'idée de l'objet à mimer, soit les thérapeutes lui donnent une idée; il peut aussi piocher une étiquette avec le mot écrit ou avec une image de l'objet (nous avons remarqué que cette dernière modalité facilitait la réalisation du mime mais laissait peu de place à la créativité du patient).

- Mimes d'objets:

Description: chaque acteur du groupe pense à un objet de la vie quotidienne ou tire un papier avec un nom d'objet (s'il n'a pas d'idée) et le fait deviner aux autres par tout les moyens possibles (définition de la taille, pointage de la couleur, mime de l'usage.

Exemples d'objets à faire découvrir: *ciseaux, agrafeuse, pinceau, marteau, taille-haie, sécateur, rouleau à pâtisserie, mixeur, couteau, brosse à dent, sèche-cheveu, ceinture, cravate, téléphone, parapluie.*

- Mimes d'actions:

Description: on propose aux patients de mimer des actions d'abord simples puis plus complexes puis des actions qui nécessitent l'enchaînement de plusieurs gestes. Certains patients ayant une apraxie sévère, commencer par des gestes simples nous a paru important: cela permet de repérer le niveau du patient pour ne pas le mettre en échec face au groupe.

Exemples: *d'actions simples: boire, se peigner, ratisser, frapper à la porte battre des oeufs; d'actions complexes: fermer la porte à clé, bercer un enfant, faire un bouquet*

de fleurs, casser les œufs; d'actions multiples: faire un nœud de cravate, poster une lettre, faire des crêpes, payer ses courses.

Dans un deuxième temps, on peut ajouter un complément de manière ou de circonstance à l'action : quand il fait chaud, quand il fait froid, quand il pleut, en étant pressé, en étant heureux, en étant indifférent, en étant triste, en étant en colère...

- Mimes de personnages célèbres:

Description: il s'agit de mimer un acteur célèbre associé à son activité ou son personnage favori.

Exemples: *Chaplin-Charlot, Fernandel-Don Camillo, De Funès-Gendarme*

Remarques: cette activité nous a paru intéressante car elle a permis aux patients d'échanger sur un thème culturel. Chacun peut faire partager ses goûts et ses connaissances, donner son avis. Elle a de plus permis à tout le monde de participer: les patients sans langage, parfois plus à l'aise dans le mime, ont été valorisés.

- Mimes de métiers:

Déroulement: à tour de rôle, les patients piochent un papier avec un nom de métier et le miment aux autres.

Remarque: beaucoup de patients ont finalement du mal à inhiber la parole. Il faut insister pour qu'ils n'utilisent que le geste.

Remarques générales sur les mimes:

- Nous avons remarqué que les patients étaient peu mobiles dans l'espace pendant la séance; ainsi, l'activité de mime a été un moyen de favoriser les mouvements, les déplacements et l'échange gestuel entre les patients.
- De plus, tous les patients, même ceux avec un langage très réduit, peuvent participer. Tout le monde est sur un pied d'égalité.
- Les jeux de mimes ont une bonne note sur l'échelle de satisfaction que nous avons proposée aux patients à la fin des séances. Ils favorisent une bonne ambiance de groupe. Ils ont permis à plusieurs d'entre eux de prendre conscience et de travailler sur leurs difficultés praxiques.

2.6.1.1.4. L'expression des émotions, les mimiques

But: Améliorer la réception des mimiques, de la prosodie émotionnelle et des différentes modalités d'expression (questions, exclamations..). Développer les expressions faciales et la composante émotionnelle de la prosodie. Rendre ces moyens de communication accessibles et les valoriser.

Support: le corps, la voix, un poste de musique.

Description:

- Activité à partir de sons (Ping-pong de sons) :

Les patients se renvoient deux à deux des sons vocaliques ou consonantiques, sur lesquels ils doivent exprimer une émotion en faisant varier l'intonation et l'expression faciale. Exemples d'émotions: rire, tristesse, colère, fatigue, joie, dégoût etc...

Un patient fait deviner une émotion à un autre (ou au groupe) et vice-versa.

- Activités à partir de phrases:

Les patients doivent énoncer en mettant le ton de courtes phrases induisant une intonation particulière. Exemples: « Papiers s'il vous plaît! » avec autorité; « Au voleur, mon sac! » en panique...

Par la suite, on peut leur donner des phrases neutres qu'ils doivent prononcer en exprimant diverses émotions: soit la colère, soit la joie, soit la tristesse, le rire etc...

Exemples: « Tu as fermé la porte »; « Où sont les clefs? »; « le chien saute »...

Les autres patients doivent deviner quelle est l'émotion exprimée.

- Expression du visage:

Les patients se déplacent dans la salle et au signal de l'animateur (extinction de la musique, claquement de mains...), ils doivent se figer en exprimant l'émotion demandée: « vous êtes heureux », « vous avez la peur de votre vie », « vous avez froid, vous grelottez ».

- La gradation des émotions

On part d'une émotion et on l'exprime de façon graduée. Exemples: Joie: du petit sourire jusqu'au « hurra! »; Colère: du petit agacement à la colère rouge...

Cet exercice peut se faire en dialogue (les patients sont deux par deux: à chaque tour de parole l'émotion s'amplifie), ou en groupe (les patients sont en cercle, celui qui commence exprime une émotion, le suivant l'amplifie et ainsi de suite).

- Deviner l'émotion grâce à l'intonation

Un thérapeute se cache le visage et dit une phrase neutre avec telle ou telle intonation. Les patients doivent deviner l'émotion ainsi exprimée: la surprise, l'étonnement, la peur, la joie.

Remarques générales:

- Ces activités, notamment les deux premières où l'on utilisait des phrases, ont permis aux patients les plus fluents de générer des débuts de saynètes: elles ont été appréciées par ces derniers.
- Elles sont plus difficiles à appréhender pour les patients ayant des troubles massifs de l'expression.

2.6.2. Activités travaillant le langage oral

2.6.2.1.1. Les jeux d'expression orale

But: Développer un langage plus spontané dans des situations de communication naturelles (échange d'informations nouvelles), favoriser la prise en compte des feeds-backs, le réajustement du discours et l'informativité.

Support: Cartes, crayons, feuilles.

Description:

- Production de petites phrases en captant le regard de l'autre :

Les patients se déplacent dans la salle, à chaque fois que l'animateur tape dans ses mains, tout le monde se fige. La personne désignée doit capter le regard de quelqu'un et lui adresser la parole, l'autre personne doit lui répondre.

Remarque: il est possible de donner à chaque patient une petite étiquette sur laquelle est écrite une phrase: ou es-tu?, j'ai mal au ventre, il est quelle heure?, T'es où? Etc... pour éviter les pannes d'inspiration.

- Time's up ou jeu du saladier

Les patients, chacun leur tour, doivent faire deviner au groupe un personnage célèbre, un objet ou un film. Cette activité se déroule en trois temps:

- Dans un premier temps, on fait deviner l'objet ou le personnage en parlant.
 - On reprend ensuite les mêmes items mais les patients n'ont droit qu'à un seul mot pour les faire deviner aux autres.
 - Au troisième tour, le langage est interdit, on fait deviner les mots par le mime.
- Remarque: influence de la mémoire car il faut retenir les items d'un tour à l'autre.

- Devine à quoi je pense

On joue par deux, chacun des patients possède une planche identique avec plusieurs images, il choisit une image mais ne la montre pas à l'autre.

Chacun leur tour, ils posent des questions auxquelles on ne peut répondre que par oui ou non pour deviner l'image qu'a choisi leur adversaire.

Variante: Il est possible de jouer par équipes; On peut jouer sans support imagé en donnant une catégorie.

- Les mots tabous

C'est le jeu traditionnel du taboo. Le joueur fait deviner un mot sans avoir le droit de prononcer certains mots (synonymes ou autres mots-clés) qui seraient très utiles.

Variante: on peut aussi jouer à l'envers en donnant au fur et à mesure les mots interdits. Les autres joueurs doivent deviner le mot cible.

2.6.2.1.2. les jeux d'évocation

But: Favoriser la production spontanée de mots, en proposant toutes les aides habituellement utilisées en séance individuelle (contexte sémantique, ébauche phonémique, indices graphémiques) et en se servant des enjeux de la compétition.

Supports: Lettres mobiles, papiers, crayons.

Description:

- Fluences j'aime/j'aime pas: chaque patient doit évoquer plusieurs choses qu'il aime, ou n'aime pas. Il est possible de proposer une catégorie: nourriture, défaut, sentiments...

- Évocation sous contrainte: il s'agit ici de plusieurs exercices d'évocation de mots sous contraintes: les patients s'affrontent deux par deux ou par équipes, celui qui trouve un mot fait gagner un point à son équipe.

Eurêka ou petit bac: Les contraintes sont phonologiques et catégorielles, il s'agit par exemple de trouver une marque de voiture commençant par la lettre F, ou un légume commençant par B.

Laoupala: Les patients doivent évoquer des noms d'objets sous contraintes multiples (phonologique, sémantique...), chaque fois qu'un mot est trouvé, on ajoute une contrainte.

Exemple: Trouver:

- *quelque chose qui se casse.*
- *quelque chose qui se casse et qui tient dans la main.*
- *quelque chose qui se casse, tient dans la main et se mange.*
- *quelque chose qui se casse, tient dans la main, se mange et qui contient la lettre T.*

On continue jusqu'à ce que les patients ne trouvent plus de mots.

Remarque: ce jeu permet d'organiser le système sémantique, car on travaille à partir des caractéristiques sémiques des objets.

Lettres mobiles: Ici la contrainte est graphémique, on peut travailler à partir de lettres mobiles en demandant aux patients d'élaborer une grille de mots croisés, comme au scrabble.

D'autres exercices sont possibles. *Exemple: on évoque des mots avec une contrainte, puis deux, puis trois (mot commençant par A ; mot commençant par A, et contenant F ; mot commençant par A, contenant F et ne contenant pas L. Etc...)*

Remarques: Cet exercice met en jeu l'adressage, pour jouer, le langage écrit des patients doit être préservé. Il peut être utile pour ceux dont la lecture favorise l'accès à la forme phonologique du mot.

Tic tac boum: Ceci est un jeu commercialisé, la contrainte est phonologique: on pioche une syllabe et on décide si elle doit être au début, au milieu ou à la fin du mot. Les patients se transmettent un objet qui représente le tour de jeu, ils doivent ensuite évoquer, chaque fois que l'objet est dans leurs mains, un mot contenant la syllabe piochée (en début, milieu ou fin du mot). On peut mettre une contrainte temporelle ou non. Le joueur qui ne trouve plus de mot fait gagner un point à l'équipe adverse.

- Brainstorming

Il s'agit ici de stimuler l'évocation à partir d'un thème ou d'une catégorie sémantique. Les patients sont par équipes, chaque équipe pioche un thème et dispose d'un temps limité pour lister le plus d'items possible se rapportant à celui-ci. Une fois que les deux équipes ont leur liste, l'équipe A doit trouver le plus de mots figurant sur la liste de l'équipe B en un temps défini et vice-versa.

Le gagnant est celui qui a trouvé le plus d'items inscrits sur la liste de l'équipe adverse.

Exemples de thèmes: *Tout ce que l'on peut voir dans une gare, tout ce que l'on peut trouver dans un sac à main, tout ce qui est rond, toutes les occasions de porter un chapeau, tous les objets qui peuvent être associés à la couleur blanche...*

Remarques: toutes ces activités peuvent bien entendu être utilisées en séance individuelle, mais ici, l'enjeu n'est pas le même, les patients s'affrontent par équipes et la motivation est ainsi meilleure.

2.6.3. Activités de mise en scène, d'expression en situation écologique

2.6.3.1. le sketch

- Quels supports?

Les supports de départ sont variés: improvisation à partir d'une idée proposée par un patient ou un thérapeute; vidéo (film; sketch); BD; article de journal...

- Quels thèmes?

Scène de la vie quotidienne: aller acheter son pain, appeler un dépanneur de voiture, partir en vacances, thème de l'actualité, thème humoristique, parodie.

- Comment construire les dialogues?

Les saynètes peuvent être écrites à l'avance par les thérapeutes. Cependant, nous avons remarqué que cela ne permettait pas aux patients de s'investir totalement, et ne favorisait pas leur créativité. C'est pourquoi nous construisons la plupart du temps les dialogues avec les patients, à partir des productions spontanées et des idées lancées au fil de l'histoire. Le plus souvent, ce sont les thérapeutes qui

transcrivent les dialogues mais cela peut devenir un exercice de langage écrit pour l'un des patients.

Pour les patients ayant une aphasie sévère, les thérapeutes ou les autres participants du groupe proposent des idées de dialogue puis on peut travailler la production des mots et des phrases en répétition, mais aussi utiliser le langage automatique (question/réponse, expression idiomatique) en s'entraînant à enchaîner les dialogues avec les autres acteurs.

- Comment répartir les rôles?

Souvent, les rôles sont répartis de façon assez naturelle. Tout le monde sait ce qu'il veut faire, ou du moins ce qu'il ne veut pas faire. L'identification à un personnage est importante, notamment pour la mise en scène de pièces plus longues. Les patients qui ne se sentent pas à l'aise dans leur rôle peuvent en effet vite se décourager.

- Comment travailler la pièce?

Une fois la trame générale de l'histoire décidée, la pièce est divisée en petites saynètes. Chacune d'elles est travaillée séparément sur plusieurs séances.

Les patients, avec l'aide des thérapeutes rédigent une petite trame de la scène qui est d'abord jouée plusieurs fois sans parole afin de bien intégrer la chronologie des actions et de travailler la communication non verbale (mise en jeu des stratégies développées lors des exercices de communication non verbale). Par la suite, les dialogues sont rédigés avec les patients et intégrés à la trame de pièce. Il est possible d'utiliser ces dialogues comme support de travail en séance individuelle.

Des exemples de trame et de dialogues sont disponibles en annexe n°5 et 6.

- La représentation:

De manière générale, dès qu'un sketch est prêt à être présenté (et même pour des petites saynètes), on organise une petite représentation par groupe à la fin de la séance. Lorsque les pièces sont assez conséquentes, on peut les filmer afin de garder une trace: la pièce ainsi enregistrée pourra être visionnée quelques séances plus tard et servir de support de conversation.

Lors du montage d'une pièce plus conséquente (la dernière que nous avons jouée était composée de 5 scènes), une représentation un peu plus officielle est

organisée. Chaque patient peut alors inviter une ou deux personnes de son choix (thérapeutes, familles) à venir voir le rendu du travail.

C'est ce à quoi nous avons abouti lors de la dernière session qui s'est déroulée de janvier à avril 2011. La pièce, que nous avons entièrement écrite avec les 4 patients du groupe, était composée de 5 scènes. Nous nous sommes inspirés: d'un extrait du film « Bienvenue chez les Chtis », de BD de Cauvin, de l'actualité sur des incidents dans les gares, ainsi que de toute une série de références régionales connues des patients. Après 3 séances de réflexions sur la trame à donner à la pièce, les patients se sont vite pris au jeu d'acteur, et chacun avec ses propres moyens d'expression, s'est investi jusqu'au bout pour parvenir à la représentation. En parallèle, les dialogues ont été répétés en séance individuelle, avec l'aide parfois de moyens facilitateurs (ex : MIT).

La représentation finale a nécessité plusieurs séances de répétition générale, avec décor, musique, costumes et accessoires. Puis, quelques séances avant la date de la représentation, nous avons donné un titre à la pièce et écrit des invitations à destination des familles, amis, médecins et certains thérapeutes du centre. Les patients ont pu inviter 2 ou 3 personnes de leur connaissance. Lors de la représentation, 2 des familles étaient présentes, ainsi que des patients, des médecins et d'autres thérapeute de l'Espoir. Le retour des spectateurs étaient très positif.

Un aperçu du contenu des 14 séances ayant permis l'élaboration du spectacle est présenté dans un tableau dans l'annexe n°4.

2.6.3.2. les débats de groupe

- Quels thèmes et supports?

Les débats de groupe peuvent porter sur un thème de l'actualité, sur une opinion d'un patient ou être mis en scène dans le cadre d'une histoire, d'une fiction composée par le groupe.

- Comment construire le fil conducteur?

On peut laisser le débat s'installer de façon naturelle, sans qu'il y ait d'orientation prévue à l'avance. Le rôle des animateurs sera de réguler le tour de parole si celui-ci n'est pas équilibré et d'apporter d'éventuelles aides aux patients les moins fluents.

Les thérapeutes peuvent aussi proposer au groupe de rentrer dans une histoire afin de simuler un débat dans une situation fictive définie. On se situe dans un jeu où chaque patient entre dans la peau d'un personnage, mais la situation de communication reste naturelle. Puisqu'ils tiennent un rôle, les patients ne sont pas dans la réalité et peuvent débattre de façon plus libérée, avec moins d'appréhension.

Nous allons illustrer cette activité en rapportant 2 exemples que nous avons expérimentés lors des séances:

→ un débat de groupe dans le cadre d'un jeu, le Loup-garou:

Il s'agit d'un jeu de rôle: on imagine un village dans lequel certains habitants, à la nuit tombée, se transforment en loup-garous et dévorent les villageois...

Au début de chaque partie, des rôles sont distribués secrètement aux participants qui deviennent soit villageois, soit loups-garous. L'animateur demande à tout le monde de fermer les yeux quand la nuit tombe: les loups garous se réveillent alors et choisissent en silence la personne qu'ils désirent éliminer. Lorsque le jour se lève, tout le monde rouvre les yeux: la personne qui a été éliminée par les loups-garous se retire du jeu. Puis, les habitants organisent un débat avant de voter pour éliminer une personne suspecte qui pourrait être loup-garou. C'est à ce moment que le jeu est intéressant: il sert de support de conversation de groupe. Chacun doit argumenter pour sa survie et donner son avis sur la personne qu'il pense être le loup-garou. On fait un tour de table pour que chacun prenne la parole. Une fois le débat clos, la personne qui a obtenu le plus de voix d'accusations se retire du jeu.

La nuit tombe de nouveau, et le cycle recommence de même jusqu'à ce que tous les villageois ou tous les loups garous soient éliminés. À la fin du jeu, les vainqueurs sont les loups-garous s'ils restent seuls survivants, ou les villageois s'ils réussissent à se débarrasser des loups garous.

Remarques:

- Le principe du jeu étant difficile à intégrer pour certains patients, nous avons trouvé approprié de jouer en petit groupe et de faire participer les thérapeutes qui peuvent animer et guider les débats.
- Il est possible de proposer à un patient qui connaît bien le principe du jeu de jouer le rôle de l'animateur avec l'aide d'un thérapeute.

- Attention cependant à la frustration de certains participants lorsqu'ils sont éliminés trop tôt au cours de la partie.

→ une situation fictive dont voici l'intitulé:

« Nous sommes en 2012 et les scientifiques viennent de prédire la date de la fin du monde. Afin d'échapper au déluge qui risque de tout engloutir sur notre planète, les terriens se réunissent dans un ultime conseil. Seuls certains privilégiés pourront embarquer sur le vaisseau spatial Supersonic qui les transportera vers une autre planète. A chacun de présenter son personnage et d'argumenter pour pouvoir mériter sa place sur le vaisseau. »

Analyse et remarques:

Lorsque nous avons lancé ce débat fictif, nous n'imaginions pas que le groupe serait autant à l'aise dans la situation. En fait, chacun a adhéré au débat, la plupart des patients ont choisi spontanément leur personnage, une situation de communication équilibrée s'est tout de suite installée: chacun a participé, malgré ses difficultés, et donné son avis au moins pour exprimer son accord ou son désaccord. Les tours de rôle ont plutôt été bien respectés et des initiatives de prise de parole ont été observées chez des patients d'habitude peu initiateurs.

Ainsi, l'impression de tous les thérapeutes a été positive: nous étions tout à fait dans l'échange naturel, le langage spontané (avec des contraintes à respecter: tour de parole, prise d'initiative et argumentation de discussions; pertinence du discours). Lorsqu'un patient n'était pas informatif, un feed-back fourni par un thérapeute, ou une reformulation donnée par un autre participant l'aidait à préciser sa pensée.

Ce type d'exercice semble donc bien adapté aux objectifs de la rééducation de groupe, la situation de communication est en effet plus naturelle que lors de l'activité théâtre. Cependant, il est difficile de construire un objectif concret et commun à l'ensemble du groupe (représentation, spectacle...) à partir d'un débat. En effet, il n'est jamais fini: afin d'éviter la monotonie, nous pensons qu'il ne doit pas être prolongé plus de deux séances. Par contre, et nous en avons fait l'expérience, il est un très bon support pour rebondir sur la création de nouveaux sketches ou pièces de théâtre. Nous avons par la suite créé des saynètes autour du thème de l'espace.

En conclusion, nous pouvons dire que si les débats privilégient des situations de communication plus naturelles, l'activité « théâtre » reste au centre des séances car elle est essentielle pour donner un objectif commun au groupe. Le fait de construire un spectacle permet de maintenir une bonne dynamique de groupe.

2.6.4. Activités collectives pour la dynamique du groupe

2.6.4.1. Jeux de présentation

But: Apprendre à connaître tous les membres du groupe afin de favoriser la création de liens sociaux, l'entraide et la cohésion dans le groupe.

Support: Drap, papiers, crayons

Description:

- Jeu des prénoms:

Les joueurs, disposés en cercle, se présentent tour à tour. Puis, un animateur de table demande à chacun d'eux de donner le prénom de quelqu'un d'autre.

- Jeu des présentations:

Les patients sont répartis en binômes : ils ont une dizaine de minutes pour discuter et apprendre à se connaître. Chacun doit retenir au moins trois informations à propos de l'autre. Par la suite, chaque patient devra présenter son binôme au groupe en restituant ces trois éléments importants.

Exemple: « M. habite à Loos, a un chien qui s'appelle « Lucky » et possède un aquarium de plusieurs mètres cube »

Remarques:

Les binômes les plus en difficulté pour communiquer peuvent être assistés par un thérapeute. Cependant, il est intéressant de réunir des patients qui n'ont pas le même type d'aphasie (ex: un patient fluent, et un patient non-fluent). Nous avons remarqué que dans ce cas, une relation d'aide se mettait en place, et que l'adaptation à l'autre n'était pas mauvaise. Par ailleurs, il semble préférable de mettre

en binôme les patients qui partagent le plus de points communs (milieu professionnel, milieu socio-culturel, loisir, âge...).

- Jeu du drap:

Deux équipes se positionnent de chaque côté d'un drap de façon à ce qu'elles ne se voient pas. A chaque tour, un patient par équipe s'avance près du drap : lorsqu'il s'abaisse, le premier à dire le prénom de l'autre remporte un point pour son équipe.

Variante: Le joueur doit énoncer non pas le prénom de son adversaire mais une chose qu'il connaît à propos de lui.

Remarques générales:

- Ces jeux ont été très appréciés par les patients et ont même lancé des discussions de groupe (notamment le jeu des présentations).
- Ils ont été réalisés plusieurs fois, les patients du groupe changeant fréquemment. Nous avons pu remarquer qu'il était parfois difficile pour certains de retrouver les prénoms de tout le monde.
- Ceci a pu être un exercice de mémoire pour les patients traumatisés crâniens qui présentent des troubles dans ce domaine.

2.6.4.2. Jeux de fin de séance

But: Finir la séance ensemble sur un jeu collectif accessible à chacun afin de favoriser la dynamique de groupe.

Support: jeux de cartes, papiers, crayons.

Description: Des jeux de société connus de tous ont été mis en place avec certaines aides et adaptations. Nous avons souvent joué par équipe pour ne pas isoler les patients moins spontanés ou ayant des troubles de compréhension. En voici quelques uns : le pendu (autour de mots, titres de films, expressions, proverbes etc...) ; Le maillon faible ; quizz de culture générale ; Le Poker ; Jeu du Speed ; Uno ; Jungle speed ; jeux de cartes traditionnel.)

Remarques générales:

- Il semble essentiel de garder du temps en fin de séance pour un jeu collectif afin de renforcer les liens entre les patients et de finir sur une activité qui ne les met pas en difficulté de langage. Le théâtre ou les débats prennent beaucoup de place et ont parfois éclipsé ce petit temps social. Il est important de pouvoir allouer à chaque activité une durée définie et de respecter le temps imparti pour chacune d'elles.
- Ces jeux, d'une façon générale ont été appréciés par les patients.

Après cette présentation des activités effectuées tout au long de cette année de thérapie de groupe, nous allons présenter le protocole d'évaluation que nous avons mis en place pour rendre compte de l'efficacité de ce type de prise en charge.

3. L'évaluation

Notre évaluation s'est déroulée d'octobre 2010 à mars 2011. Au préalable, nous avons étudié plusieurs tests afin de créer un protocole que nous présenterons ici. Nous définirons ensuite les critères de participation à l'étude. Enfin, nous présenterons le cas des quatre patients étudiés.

3.1. Création du protocole d'évaluation

Afin de mesurer avec précision les impacts de cette rééducation de groupe, nous avons évalué nos patients sur plusieurs domaines: le langage (déficit), la communication (incapacité), la qualité de vie et le statut psychologique (handicap).

Nous nous sommes intéressées à divers tests existant dans chaque domaine, notre objectif étant de choisir les plus adaptés à la personne aphasique et validés pour cette population. Nous présenterons ici ceux qui ont retenu notre attention et ceux qui ont finalement été choisis dans le protocole.

3.1.1. Évaluation du langage

Pour évaluer au mieux le langage sur les versants compréhension et expression, nous avons choisi plusieurs subtests provenant des batteries d'évaluation classiques de l'aphasie que sont le Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (Nespoulous et al., 1992), l'échelle d'évaluation de l'aphasie BDAE (Mazaux et Orgogozo, 1982) et la Batterie d'examen de la dénomination: Exa-dé (Bachy-Langedock, 1988).

- en compréhension orale:
 - la désignation du MT 86
 - l'épreuve de compréhension de consigne verbale du BOSTON
 - l'épreuve de logique et raisonnement du BOSTON
- en expression orale:
 - la répétition du MT 86
 - la dénomination de l'EXADE
 - le récit sur scène imagée du MT 86

Ces tests étant connus de tous en orthophonie, nous n'en ferons pas la description détaillée.

3.1.2. Évaluation de la communication

3.1.2.1. Test Lillois de Communication (TLC):

Développé par Delacourt, Wyrzykowski, Lefeuvre et Rousseaux en 2000.

But: évaluer la communication sous trois aspects (la motivation, la communication verbale et la communication non verbale), ceci dans des conditions de passation reproductibles et standardisées afin d'obtenir une évaluation quantitative et non subjective, quel que soit le stade évolutif et le milieu de vie du patient (hôpital ou maison).

Description:

La passation se déroule en trois étapes: une interview dirigée ; une discussion sur le progrès technique ; une situation PACE.

A la fin de l'entrevue, l'examineur remplit trois grilles: la grille d'attention et de motivation à la communication ; la grille de communication verbale ; la grille de communication non verbale.

Pour chaque grille, des comportements de communication sont notés de 0 à 2. On obtient ainsi le profil global du patient et l'on peut comparer ses performances en communication verbale et non verbale.

Un questionnaire destiné à la famille est ajouté en complément.

- Points forts: ce test a été normalisé et validé, sa passation est relativement courte (environ une heure).
- Points faibles: il subsiste une part de subjectivité dans la cotation de la grille.

3.1.2.2. Measure of Participation in Communication (MPC) et Measure of Skill in Supported Conversation (MSC):

Aura Kagan et al. ont proposé le MPC et Le MSC en 2004.

But: évaluer la communication sur la base d'un modèle plus social, plus écologique. En effet, la plupart des évaluations mettent l'accent uniquement sur la personne aphasique alors que dans une situation de conversation, le succès de l'interaction dépend aussi du niveau de support procuré par l'environnement, donc par le partenaire communicationnel.

Description: Le MSC et le MPC sont deux mesures complémentaires.

Le MSC, outil de « Measure of skill in supported conversation », permet de mesurer l'habileté du partenaire conversationnel à reconnaître et à révéler les compétences communicationnelles de la personne aphasique. Chaque aptitude est notée de 0 à 4 grâce à une échelle.

Le MPC, outil de « Measure of participation en conversation », est utilisé pour noter le niveau de participation à la conversation d'un aphasique dans le domaine de l'interaction ou des relations sociales et de l'échange d'informations, d'opinions et de sentiments. La personne aphasique est notée de 0 à 4 dans les domaines de l'interaction (initier, maintenir l'interaction, être adapté, garder le contact visuel, utiliser des gestes..), et du contenu de l'échange (amène-t-il de nouveaux thèmes?, échange-t-il des informations pertinentes?).

On peut ainsi comparer les performances de la personne aphasique et l'aptitude de son partenaire à l'aider pendant l'interaction.

- Points forts: cet outil présente l'avantage de prendre en compte la personne aphasique et son environnement: c'est une mesure écologique.

- Points faibles: il n'a pas été validé et n'existe qu'en langue anglaise. Pour mieux le comparer aux autres tests nous en avons élaboré une traduction (disponible en annexes n° 7 et 8). Cependant cet outil nous semble difficile à mettre en place car les consignes dont nous disposons pour la passation sont assez floues et le patient aphasique devrait être évalué en conversation avec plusieurs partenaires, ce qui demanderait un grand investissement de la part de nos patients facilement fatigables.

3.1.2.3. Echelle de Communication Verbale de Bordeaux:

Élaborée par Mazaux et Darrigrand en 2000.

But: évaluer la communication des personnes aphasiques dans des situations de vie quotidienne.

Description: il s'agit d'un entretien semi-dirigé qui dure de 20 à 30 minutes selon le patient comprenant:

- Un questionnaire rapide sur la biographie du patient.
 - 34 questions réparties en 7 rubriques permettant d'obtenir un score global de communication: expression des besoins et des intentions; conversation; utilisation du téléphone; achats; communication dans les relations sociales; lecture et écriture.
 - 9 questions complémentaires qui n'entrent pas dans la cotation mais apportent des informations supplémentaires sur la manière de communiquer, les stratégies compensatrices, et la richesse des interactions sociales comparée à avant l'AVC.
- Points forts: prise en compte du milieu familial et non-familial, illustration des questions avec des exemples. Le questionnaire a été validé sur une population d'aphasiques ayant déjà expérimenté des situations de communication dans la vie quotidienne, c'est un outil sensible et reproductible.
- Points faibles: C'est un outil à destination de patients ayant retrouvé leur milieu de vie habituel, hors certains de nos patients sont encore hospitalisés à plein temps. C'est de plus une mesure subjective puisque le patient évalue lui-même ses difficultés.

3.1.2.4. L'analyse conversationnelle: Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPP)

Nous nous sommes intéressées aux techniques d'Analyse conversationnelle utilisées depuis peu par les thérapeutes du langage. Celles-ci connaissent un grand essor depuis leur naissance dans les années 1960.

L'analyse conversationnelle consiste à enregistrer une conversation dans une situation quotidienne, puis d'analyser la vidéo ou l'enregistrement audio à l'aide d'un document recensant différents critères d'étude. Le but est d'établir un profil des habilités conversationnelles des patients, des stratégies utilisées et de leur succès lors de la conversation.

Deux outils d'analyse conversationnelle ont été élaborés: le Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPP) et le Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC). Le SPPARC appartenant à un programme d'intervention auprès de patients aphasiques, nous présenterons ici le CAPP, outil d'évaluation qui semble plus approprié à notre étude.

Le CAPP a été élaboré en 1997 par Whitworth, Perkins et Lesser.

But: relever les perceptions qu'ont l'aphasique et son partenaire communicationnel des habiletés conversationnelles de l'aphasique; observer les stratégies utilisées en conversation et leur succès; estimer les changements et les ruptures de communication dus à l'aphasie; mettre en relation les perceptions des partenaires et les comportements observés.

Description: il est composé de 2 questionnaires (l'un destiné à la personne aphasique et l'autre à son partenaire conversationnel), d'une grille d'analyse pour un échantillon de quelques minutes de conversation et d'un tableau résumé des informations permettant de mettre en lien les questionnaires et l'analyse de conversation.

Le questionnaire comprend deux parties:

- une sur les aptitudes dans la conversation courante (26 questions pour lesquelles il faut indiquer la fréquence d'apparition d'un comportement)
- une sur les changements de style et d'opportunité conversationnelle par rapport à avant la survenue de l'aphasie (6 domaines: style, personnes, situations, thèmes, communication non verbale et audition)

- Points forts: le CAPPa a été traduit en français en 2003 par Daphné Chetelat-Mabillard, et Jocelyne Buttet-Sovilla; l'évaluation se situe dans le champ de la pragmatique du langage. L'analyse conversationnelle nous permet d'être plus objectif car elle mesure quantitativement les impacts de l'aphasie sur les stratégies conversationnelles.
- Points faibles: la passation des questionnaires est relativement longue et requiert une capacité d'attention et de compréhension suffisamment préservée du sujet aphasique ainsi qu'un investissement du conjoint. Par ailleurs, l'analyse après la passation est relativement lourde.

3.1.2.5. Outils d'évaluation de la communication choisis

Nous avons choisi de tester les performances de communication de nos patients de la manière la plus écologique possible, tout en gardant une mesure quantitative. Ainsi, à partir d'une situation PACE, nous remplirons le questionnaire d'analyse du TLC. En parallèle, nous filmerons un extrait d'une conversation entre le patient et son thérapeute privilégié que nous analyserons à l'aide de la grille d'analyse conversationnelle du CAPPa.

Le questionnaire de communication au quotidien du CAPPa sera également rempli par la personne aphasique et si possible par son partenaire communicationnel afin d'avoir l'avis du patient et d'un membre de sa famille sur les stratégies de communication utilisées.

Nom	Auteur	Année	Langues	Points forts	limites
CAPPA <i>Conversation Analysis Profile for People with Aphasia</i>	Perkins	1997-2003	- Anglais (1997) - Français (par Chetelat-Mabillard D. et Buttet Sovilla J. en 2002)	- Évaluation écologique - Bonne validation - Disponible en version Française	- Passation longue et contraignante pour les patients - Demande une grande implication de la part des familles
MPC <i>Mesure of participation in conversation,</i> MSC <i>mesure of skill in supported conversation</i>	Kagan et Al.	2004	- Anglais	- Mesure en situation naturelle de communication: plus écologique. - Tient compte des capacités de l'interlocuteur à supporter la conversation: prend en compte l'environnement	- Pas de version Française - Pas de validation - Lourdeur d'analyse (plusieurs passations avec différents interlocuteurs) - Peu d'explications sur la passation.
TLC <i>Test Lillois de Communication</i>	M. Rousseaux A. Delacourt N. Wyrzykowski M. Lefeuvre	2000	Français	- Normalisé et Validé → Évaluation quantitative. - Prise en compte de la communication non verbale - Passation courte - Adapté aux patients hospitalisés	- Situation standardisée donc évaluation peu écologique.
ECVB <i>Echelle de communication Verbale de Bordeaux</i>	M. Mazaux et al.	2001	Français	- Questionnaire écologique.	- Non adaptés aux patients hospitalisés qui ne sont pas encore retournés à domicile.

Tableau récapitulatif des différents outils d'évaluation de la communication (en gras, figurent les outils choisis)

3.1.3. Qualité de vie

3.1.3.1. Sickness Impact Profile – Aphasia 65 (SIP-65)

But: Le SIP-65 a été développé par Benaïm et al. en 2003 à partir du SIP-136 dans le but d'adapter cette échelle générique à une population d'aphasiques. En effet le SIP-136 apparaissait long de passation et complexe dans la formulation des questions. De plus, il comportait beaucoup de questions redondantes et non pertinentes pour l'évaluation de l'aphasique. (Benaïm et al, 2003, 2008).

Description: Cette échelle explore trois grands axes de la qualité de vie (physique, psychologique et social). La version réduite consiste en 65 items répartis en 11 catégories: fatigue/sommeil, humeur/état psychique, dimension physique, occupations à la maison et au jardin, déplacements à l'extérieur, relation avec les proches, réflexion/mémoire/concentration, aptitudes à communiquer, performances professionnelles, loisirs, alimentation.

→ Points forts: la passation qui est courte (20 minutes) tient compte de la fatigabilité du patient aphasique, elle se déroule avec l'aide d'un examinateur qui aide à la compréhension sans répondre à la place du patient. Il est demandé à ce dernier d'entourer « Vrai », « Faux » ou « Non Evaluable » pour chaque affirmation.

Cette échelle est validée chez l'aphasique en langue française, et elle conserve les qualités métrologiques du SIP-136 qui a un haut niveau de sensibilité et de fiabilité.

→ Points faibles: cet outil est adapté et a été validé auprès de patients rentrés à domicile qui ont pris mesure de leurs difficultés dans la vie quotidienne. Certains items ne sont donc pas adaptés à nos patients qui n'ont pas retrouvé leur domicile de façon définitive.

3.1.3.2. Stroke Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP 30)

But: Van Straten et Al (1997) ont eux aussi développé une version abrégée du SIP-136 dans le but de l'adapter à des patients ayant subi un AVC.

Description: Elle comporte 30 items répartis en 8 catégories: Body Care and Movement, Social interaction, Mobility, Communication, Emotional Behaviour, Household management, Alterness Behavior, Ambulation. Les catégories fatigue/sommeil, loisirs, alimentation et performances professionnelles qui étaient présentes dans le SIP-65 ont été supprimées.

- ➔ Points forts: la passation est relativement courte (30 minutes selon les auteurs), et se déroule de la même manière que pour le SIP-65. Cependant, le patient ne choisit qu'entre « vrai » et « faux », il ne peut plus choisir « non évaluable ». Selon Benaïm et Al (2003), c'est un outil homogène, simple et fiable pour mesurer la qualité de vie du patient avant subi un AVC.
- ➔ Points faibles: la validation s'est faite auprès de patients hémiplegiques n'ayant pas de troubles de la communication. Il n'y a pas de validation comparative chez l'aphasique hémiplegique. Par ailleurs, il n'est disponible qu'en langue anglaise.

3.1.3.3. Stroke Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL) et Stroke Specific Quality of life Scale (SS-QOL)

But: Le SS-QOL a été développé par Williams et Al. En 1999, il a été validé et adapté pour l'aphasique en 2001 par Hilari et Al. et une version abrégée a été proposée par ces mêmes auteurs en 2003, c'est le SAQOL-39.

Description: Le questionnaire dans sa première version est composé de 49 items répartis en 12 catégories. La version abrégée, que nous allons décrire (SAQOL-39) comporte 39 items répartis en 4 rubriques (état physique, communication, état psychologique et énergie).

Le patient répond à chaque question ou assertion sur une échelle à 5 points:

de 1: Total help / Couldn't do it at all / Strongly agree.

à 5: No help needed / No trouble at all / Strongly disagree.

- ➔ Points forts: la passation courte tient compte de la fatigabilité du patient aphasique. Les propriétés psychométriques de ces deux échelles sont très bonnes (Benaïm et Al., 2008. Hilari et al., 2003).

- Points faibles: cet outil est validé auprès de l'aphasique en langue anglaise, des versions existent en Italien et en Grec mais pour l'instant sa validité n'a pas été testée en français.

3.1.3.4. Community Integration Questionnaire (CIQ)

But: Le CIQ a été proposé par Willer et Al. En 1993 et une version révisée a été développée en 1999 par Sander et Al. Ce questionnaire est une mesure de qualité de vie générique. Cependant, selon Dalemans et al. (2008) c'est un outil pertinent chez l'aphasique, c'est pourquoi nous allons le décrire.

Description: Ce questionnaire comporte 15 items répartis en trois catégories groupes: Home integration, Social integration et productivity. Le patient y répond seul sur une échelle à trois points. La passation est rapide compte tenu du nombre restreint d'items (environ 15 minutes)

Ses propriétés psychométriques sont bonnes, mais il n'a pas été validé chez l'aphasique en français et ne convient pas aux patients hospitalisés.

3.1.3.5. Outil d'évaluation de la qualité de vie choisi

Il a été difficile de choisir une échelle de qualité de vie adaptée à nos besoins. Nous cherchions une échelle de passation courte, adaptée et validée chez l'aphasique: le SIP-65 et le SAQOL correspondaient tous deux. Cependant, il n'existe pas de version française du SAQOL, c'est pourquoi notre choix s'est porté sur le SIP-65.

Notre étude se déroulant au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle, certains de nos patients n'ont pas encore retrouvé leur domicile. Le SIP-65, comme toutes les échelles de qualité de vie comporte des items sur la vie quotidienne à la maison (occupations au jardin, à la maison). Pour certains patients, les 65 items n'ont pas été remplis.

Nom	Auteur	Année	Langue	Rubriques → Items	Type de cotation	Points forts	Limites
Sip 65, <i>Sickness Impact Profile</i>	Benaïm et al.	2003	Français	11→65	Mode de réponse dichotomique + « non évaluable »	- Adapté et validé en français par Benaïm pour les aphasiques à partir du SIP 136 - Passation courte (20 min) - Bonnes qualités métrologiques	- Pour des patients rentrés à domicile. - Certaines questions ne sont pas adaptées à la passation en hôpital.
SA-SIP 30 <i>Stroke Adapted Sickness Impact Profile</i>	Van Straten et al.	1997	Anglais	8 → 30	Mode de réponse dichotomique	- Passation Courte - Bonnes qualités métrologiques	- Non validé chez l'aphasique - Pas de version Française
SAQOL <i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale</i>	Williams et al. pour la première version, Hilari et al. pour la seconde (SAQOL-39)	1999 2003	Anglais Grec Italien	- SS-QOL:49 → 12 - SAQOL – 39: 39 → 4	Echelle à 5 points	- Validé chez l'aphasique - Validité, fidélité, acceptabilité très bonne en anglais (Hilari et Al, 2003) - Possède une version abrégée.	- Pas de version française
CIQ <i>Communauty integration questionnaire</i>	Willer B et al. Révisée par Angelle M. Sander et al.	1993 Version révisée en 1999	Anglais	15 → 3	Echelle à 3 points	- Passation très courte - Questions précises	- Ne convient que pour les patients rentrés chez eux - Pas de version française - Pas de validation pour les aphasiques

Tableau récapitulatif des différents outils d'évaluation de la qualité de vie

3.1.4. Statut psychologique

3.1.4.1. La batterie des Visual Analog Mood Scales (VAMS)

Elle a été développée par Stern et al. en 1997 et est composée de 8 échelles visuelles analogiques représentant, à l'aide de personnages au visage expressif, divers états émotionnels : la tristesse, la joie, la tension, la peur, la confusion, la fatigue, l'énergie et la colère. Bien que certains auteurs aient contesté le fait que les patients avec lésions cérébrales puissent compléter seuls ces échelles visuelles analogiques, il semble que leur utilisation en pratique clinique ait été largement prouvée et soit tout à fait adaptée et relativement fiable pour des patients ayant des troubles de la communication.

Parmi ces échelles visuelles, celles que nous retiendrons pour notre étude sont les échelles représentant « la tristesse » et « la joie ».

3.1.4.2. Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ)

Il a été le premier questionnaire destiné à évaluer la dépression chez l'aphasique. Une des versions est destinée à l'entourage du patient rentré à domicile et une autre version a été validée pour l'hôpital en 2000 par Lincoln, Sutcliffe et Unsworth. Dans cette dernière, c'est l'équipe soignante qui complète le questionnaire. Il est constitué de 21 questions se rapportant à un comportement dont il faut noter la fréquence d'apparition au cours de la semaine -tous les jours ; 4 à 6 jours par semaine ; 1 à 4 jours par semaine ; jamais-. Les réponses ont l'avantage de maintenir un aspect quantitatif. La passation est rapide et les questions sont posées de façon claires et précises. L'outil a également l'avantage d'être traduit en langue française.

Selon Benaïm (2004), cet outil pose toutefois des problèmes de validation car il a été validé en corrélant les résultats de patients entre ce questionnaire et un autre questionnaire destinée aux adultes sans troubles cognitifs spécifiés. Ainsi, les patients participant à l'étude ne seraient pas représentatifs de la population aphasique puisqu'ils seraient tout à fait capables de répondre à un questionnaire non spécifique aux aphasiques.

3.1.4.3. L'Aphasia Depression Rating Scale

Il a été élaboré par Benaïm en 2004. Le questionnaire est de passation rapide, la version finale étant composée de 9 items inspirés du HDRS, de la MADRS et du SRRS. La validation du questionnaire a été effectuée de façon très rigoureuse, avec des patients ayant une aphasie sévère, intégrés au sein d'une unité hospitalière de neuropsychologie. Les réponses peuvent être indiquées par l'équipe paramédicale comme par l'équipe soignante.

Nous n'avons pas trouvé de version française du questionnaire mais celui-ci étant assez court et composé de rubriques thématiques auxquelles il faut associer un degré de difficulté ou de gêne (exemple pour le sommeil: 0=pas de difficulté/ 1=le patient indique être agité pendant la nuit ou des troubles du sommeil sont observés / 2= réveil pendant, pas de déplacement hors du lit (sauf pour aller aux toilettes)),

3.1.4.4. Échelle de mesure de la dépression post-AVC: the post-Stroke Depression Rating Scale (PSDRS)

Cette échelle a été élaborée en 1997 par Gainotti et al. et traduite par Deneulier et Thirion en 2006. Elle est composée de dix sections évaluant les différents troubles émotionnels dans la dépression post-AVC: humeur dépressive ; sentiment de culpabilité ; suicide ; désordres végétatifs ; apathie, aboulie, indifférence ; anxiété ; réaction de catastrophe ; difficulté de contrôle émotionnel ; anhédonie ; variations diurnes. Chaque section est cotée de 0 à 5 sauf celle concernant les variations diurnes qui est cotée de - 2 à 2.

Elle se présente sous la forme d'une interview semi-structurée et peut être présentée au patient lui-même ou à un membre de sa famille qui le voit quotidiennement. Elle ne donne pas de score global mais évalue analytiquement les symptômes du patient.

Cette échelle est validée auprès de 124 patients ayant subi un AVC, et a été comparée aux score de la Hamilton Depression Rating Scale.

3.1.4.5. Choix de l'outil d'évaluation de la dépression

L'échelle qui nous a paru la plus pertinente est «l'échelle de mesure de la dépression post-AVC ». Nous l'avons remplie avec le patient lui-même en accompagnant sa lecture et en choisissant l'item le plus approprié à ses réponses.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude

Critères d'inclusion:

- Le patient doit être hospitalisé au centre l'Espoir, en hospitalisation complète ou de jour, et bénéficier d'une prise en charge individuelle en orthophonie.
- Il doit être porteur d'une aphasie dont l'origine est vasculaire (AVC).
- Le patient doit avoir un niveau d'attention et de compréhension correct pour pouvoir participer aux séances de manière active.
- Il doit être motivé pour participer à une session de 12 séances.

Critères d'exclusion:

- Le patient ne doit pas avoir de pathologie associée (démence, pathologie psychiatrique).

3.3. Présentation des patients de l'étude

Quatre patients ont pu être inclus à notre étude. Deux d'entre eux étaient déjà dans le groupe au moment de la première évaluation, et deux autres ont intégré le groupe pendant la période où nous participions aux séances. Tous ont au moins participé à 12 séances de groupe, durée minimum que nous avons estimée nécessaire entre la passation des deux évaluations. Chacun des patients a donc au préalable passé l'ensemble des épreuves du protocole d'évaluation (cette première évaluation a été échelonnée sur une durée de deux semaines maximum). Puis, après avoir été présents à 12 séances de groupe, ils ont tous été réévalués selon le même protocole.

Remarque : Notons que nous avons au départ 6 patients susceptibles d'entrer dans notre démarche d'évaluation. Cependant, nous avons dû abandonner deux études de cas du fait de raisons indépendantes de notre volonté. L'un des patients est venu à deux séances d'essai mais a préféré arrêter car c'était encore trop difficile pour lui d'accepter son handicap, et d'être confronté au regard des autres. L'autre patient avait des troubles de compréhension trop importants, nous avons donc décidé de l'exclure de l'étude.

Nous allons ici présenter ces 4 patients aphasiques que nous nommerons: B, J, E, et M.

3.3.1. Présentation de B.:

Histoire de la maladie:

B. est un patient aphasique âgé de 61 ans. Il est droitier. Il a été victime d'un infarctus sylvien gauche total le 08/06/09 qui a causé une hémiparésie droite, une aphasie sévère ainsi qu'une hémianopsie latérale homonyme. Il a été admis au centre l'Espoir le 08/06/09. Il était alors retraité, anciennement garagiste et vivait à domicile avec son amie.

B. a une aphasie non-fluente sévère, de type Broca, caractérisée par une spontanéité importante. L'ébauche phonémique initiale est efficace, le patient parvient grâce à elle à prononcer la totalité du mot s'il ne dépasse pas 3 syllabes. Certains mots courants peuvent être produits en spontané. Des troubles arthriques apparaissent en dénomination ou en évocation libre, ainsi que des paraphrasies verbales sémantiques et phonémiques.

B. est actuellement en hôpital de jour. Il vit seul et rentre donc tous les soirs dans son logement où il est assisté par des aides à domicile (livraison des repas, toilette, coucher). Il reçoit régulièrement la visite de son fils (soir et week-end) mais ne voit pas d'autres membres de sa famille. Les situations de communication qu'il peut avoir sont peu nombreuses.

Entrée dans le groupe:

B. participe au groupe d'aphasiques depuis sa création le 10 mars 2010. La première évaluation a été menée entre le 29 septembre et le 6 octobre 2010, soit plus d'un an et trois mois après son AVC et la deuxième entre le 28 janvier et le 2 février 2011.

Ses derniers objectifs personnels étaient :

- Initier une conversation au moins une fois dans la séance.
- Recourir à la communication non verbale lorsqu'il y a un manque du mot : gestes, mimiques.

Les évaluations préalables à l'entrée dans le groupe sont présentées en annexe n°10.

3.3.2. Présentation de J.:

Histoire de la maladie:

J. est un patient droitier âgé de 64 ans. Il a été victime d'un infarctus sylvien gauche le 10/03/2010 suite à l'exérèse « d'une métastase hépatique d'adénocarcinome colique » qui a causé une hémiparésie droite, une aphasie dominante sur le versant expressif, une paralysie faciale gauche ainsi qu'une hémianopsie latérale homonyme. Il a été admis au centre l'ESPOIR le 29/03/10.

Il est de nationalité Belge et exerçait la profession de Directeur de banque mais est aujourd'hui à la retraite. Lors de son arrivée au centre l'Espoir, il présentait une aphasie sévère de type Broca et était quasi mutique.

J. a une aphasie dont les troubles dominent sur le versant expressif, sa compréhension est bonne, les troubles les plus invalidants sont: une apraxie bucco-linguo-faciale, des troubles phonologiques et un manque du mot. Ses énoncés sont corrects sur le plan syntaxique mais des paraphrasies phonémiques et phonétiques ainsi qu'un manque du mot perturbent son discours.

J. est rentré à domicile depuis le mois de novembre 2010 . Il avait auparavant été hospitalisé en complet pendant huit mois. Il vit avec sa femme qui depuis le début, le soutient beaucoup. Elle est très compréhensive et la communication entre eux est parfaitement ajustée. Tous les soirs, J. et elle se racontent ce qu'ils ont fait dans leur journée. Leurs sujets de conversation sont variés.

Entrée dans le groupe:

J. a intégré le groupe d'aphasiques le 26 mai 2010, un mois et demi après son AVC, à ce moment, son expression orale s'était nettement améliorée mais restait encore marquée par un manque du mot et une réalisation arthrique déficitaire.

L'évaluation d'entrée a été menée entre le 1er et le 8 octobre 2010, soit 7 mois après son AVC, la période de récupération spontanée étant terminée. La deuxième évaluation a été menée entre le 14 et le 21 Janvier.

Les objectifs personnels qui ont été fixés avec J. sont :

- Trouver des stratégies de contournement du manque du mot qui ne perturbent pas la fluidité du discours.
- Réduire les transformations phonémiques et phonétiques dues à l'apraxie.

Les évaluations préalables à l'entrée dans le groupe sont présentées en annexe n°11.

3.3.3. Présentation de E:

Histoire de la maladie:

E. est âgé de 61 ans. Il est droitier. Il est hospitalisé au centre l'Espoir depuis le 10 août 2010 suite à un AVC hémorragique gauche survenu le 29 juillet 2010 ayant entraîné des troubles de la conscience, une hémiplégie droite ainsi que des troubles phasiques.

Il exerçait la profession de professeur de mathématique, était divorcé et vivait de façon parfaitement autonome à domicile. Il était souvent en déplacement et engagé dans des actions associatives. E. a donc un niveau socioculturel supérieur.

Notons cependant qu'étant originaire de Madagascar, ce monsieur est bilingue français/malgache. Sa langue maternelle est le Malgache, mais il a très vite été accoutumé au français, langue d'enseignement scolaire à Madagascar.

Nous pouvons qualifier son aphasie de transcorticale sensorielle. L'expression orale est fluente, parfois logorrhéique, sans trouble arthrique. La répétition est préservée. On note de nombreuses persévérations, des paraphrasies verbales sémantiques et phonémiques, des néologismes ainsi que des répétitions d'énoncé.

E. est hospitalisé en complet. Il est divorcé, mais a été assez soutenu par sa famille après son accident. Celle-ci va d'ailleurs faire en sorte de réaliser le souhait de E. : retourner vivre à Madagascar après son accident pour se rendre utile auprès des jeunes. Il reçoit régulièrement la visite de ses trois enfants, avec lesquels la communication passe bien (surtout ses 2 filles).

Entrée dans le groupe:

E. a intégré le groupe d'aphasiques le 26 octobre 2010, 4 mois après son accident. Il était alors moins fatigable, son niveau d'attention et de concentration permettait qu'il participe à une séance de 2 heures. L'évaluation de début d'étude a été réalisée entre le 19 octobre et le 1er décembre 2010 et l'évaluation de sortie entre le 11 et le 22 mars 2011.

Les objectifs du groupe sont :

- S'ajuster à l'interlocuteur (regard, temps de parole).
- Etre plus informatif, transmettre les éléments pertinents de sa pensée.

Les évaluations préalables à l'entrée dans le groupe sont présentées en annexe n°12.

3.3.4. Présentation de M.:

Histoire de la maladie:

M. est un patient droitier âgé de 56 ans. Il a été victime d'un infarctus sylvien gauche le 15/09/2010 qui a causé une hémiparésie droite et une aphasie globale avec une apraxie bucco faciale et des difficultés sur les versants expressif et réceptif. Il a été admis au centre l'Espoir le 28/03/10.

Il exerçait la profession de commercial dans le domaine de l'optique. Lors de son arrivée au centre l'Espoir, il présentait une aphasie globale sévère.

M. présente au moment de son entrée dans le groupe une aphasie globale non fluente, l'expression orale est très réduite du fait d'un manque du mot massif, l'ébauche orale est cependant facilitatrice, les productions possibles sont parasitées par des paraphasies phonémiques et phonétiques. M. se sert d'un petit carnet pour écrire ce qu'il souhaite communiquer, il existe cependant un manque du mot à l'écrit.

M. est rentré assez rapidement à domicile après son accident, étant tout à fait autonome au niveau physique. Il vit avec sa femme et voit régulièrement les autres membres de sa famille (ses parents, ses deux fils), mais se sent très incompris. Ses troubles importants de parole l'empêchent de retrouver le statut qu'il avait au sein de la famille et il a du mal à accepter sa nouvelle place. Il se sent très infantilisé et est frustré de ne pouvoir l'exprimer. Les membres de sa famille sont assez inquiets face à ses réactions, et mettent en avant les troubles de compréhension que présente M. Ils ont du mal à lui faire confiance comme avant.

Entrée dans le groupe:

M. a intégré le groupe d'aphasiques le 23 Novembre 2010, deux mois et demi après son AVC. A ce moment, il était toujours quasi mutique mais réussissait à communiquer par gestes et grâce au langage écrit qui restait relativement préservé (il a toujours un petit carnet et un crayon avec lui).

L'évaluation d'entrée a été menée entre le 24 Novembre et le 1er Décembre 2010 et la deuxième évaluation a été menée entre le 7 et le 18 Mars 2011.

Son objectif principal est :

- Réussir à produire des mots et de petites phrases en spontané (avec aide rythmique parfois).
- Reprendre confiance en lui et accepter son handicap.

Les évaluations d'entrée dans le groupe sont présentées en annexe n°13.

	Age	Latéralité	Date de l'accident	Périodes d'évaluation	Temps écoulé entre l'accident et la 1ère évaluation	Type d'aphasie	Situation familiale	Objectifs personnels
B.	61 ans	Droitier	08/06/09	- Du 29/09/10 au 06/10/2010 - Du 28/01/11 au 02/02/11.	1 an 6 mois	Aphasie globale	Vit seul	Initier une conversation au moins une fois dans la séance Mieux investir le canal non verbal.
J.	63 ans	Droitier	10/03/10	- Du 1er au 8 octobre 2010 - Du 14 au 21 Janvier 2011	7 mois	Aphasie de type Broca	Marié, vit avec sa femme	Trouver des stratégies de contournement du manque du mot. Réduire les transformations phonémiques et phonétiques.
E.	61 ans	Droitier	29/07/10	- Du 19 octobre au 1er décembre 2010 - Du 11 au 22 mars	3 mois	Aphasie transcorticale sensorielle	Divorcé, vivait seul.	S'ajuster à l'interlocuteur (regard, temps de parole). Etre plus informatif, transmettre les éléments pertinents de sa pensée.
M.	53 ans	Droitier	28/03/10	- Du 24 Novembre au 1er Décembre 2010 - Du 7 au 18 Mars 2011.	8 mois	Aphasie globale non fluente évoluant vers une aphasie de Broca	Marié, vit avec sa femme	Réussir à produire des mots et de petites phrases en spontané (avec aide rythmique parfois). Reprendre confiance en lui et accepter son handicap.

Tableau de présentation des patients

Résultats

1. Résultats des évaluations:

Nous allons exposer ici les résultats de nos évaluations : nous développerons tout d'abord les résultats individuels de chaque patient, puis nous résumerons les résultats généraux par domaine ; enfin, nous parlerons des ressentis des patients et thérapeutes ayant participé au groupe.

1.1. Résultats individuels:

Pour une meilleure lecture, les résultats seront présentés dans des tableaux pour chaque patient.

Nous présenterons dans l'ordre suivant les résultats des évaluations respectives de B., J., E. et M.:

- Le premier tableau fait la synthèse des évaluations du langage sur le versant compréhension et expression.
- Le deuxième tableau recense les performances communicationnelles évaluées grâce au TLC.
- Le troisième tableau regroupe les observations recueillies dans l'analyse d'une conversation de 5 minutes (notées observations cliniques) et dans les questionnaires du CAPPA remplis soit par le patient lui-même (selon le patient), soit par un partenaire communicationnel privilégié (selon le thérapeute).
- Le quatrième tableau, rempli à partir de la passation du SIP 65 reprend les éléments importants qui rendent compte de la qualité de vie du patient.

Nous avons surligné en gris clair tous les éléments qui ont été modifiés de manière positive entre les deux évaluations et souligné les éléments ayant évolué de façon négative. Ces marqueurs nous permettront de faire une synthèse des changements intervenus pendant la période de trois mois où les patients ont participé à la thérapie de groupe.

Les corpus du MT86 et de l'extrait de conversation sont disponibles en annexes 10, 11 et 12, 13 la légende des corpus est disponible en annexe 9.

1.1.1. Évaluations de B.:

	Évaluations de B.	Première évaluation	Deuxième évaluation
L e L a n g a g e	<u>Compréhension orale:</u> - compréhension orale du MT 86 <ul style="list-style-type: none"> compréhension lexicale: compréhension morphosyntaxique: - épreuve de logique et raisonnement du Boston <ul style="list-style-type: none"> réponses correctes aux questions: 	8/9 ➤ bon traitement lexical 32/38 ➤ difficultés de traitement des éléments morphosyntaxiques complexes 8/12 ➤ léger trouble de compréhension d'énoncé, influencé par la longueur d'énoncé	9/9 ➤ bonne compréhension lexicale 35/38 ➤ amélioration au niveau de la compréhension de phrases complexes 7/12 ➤ trouble de compréhension fine des énoncés persistant
	<u>Expression orale:</u> - répétition du MT 86 <ul style="list-style-type: none"> Répétition de mots Répétition de phrases: - dénomination de l'ExaDé <ul style="list-style-type: none"> nombre de productions correctes sans ébauche orale: nombre de productions correctes avec ébauche orale: - récit du MT 86	Aphasie non-fluente sans trouble arthrique caractérisée par: - une aspontanéité importante - des transformations phonétiques - des paraphasies phonologiques et sémantiques 14/30 0/3 ➤ répétition de mots possible ➤ meilleur pour les mots courts ➤ répétition de phrases plus difficile (facteur mémoire) 20/90 53/90 ➤ manque du mot important ➤ ébauche orale efficace Voir corpus oral (annexe 10) mise en évidence: ➤ du manque du mot ➤ pas de phrase ➤ accompagnement de bruits et de gestes	 18/30 0/3 ➤ amélioration de la répétition de mots 31/90 66/90 ➤ amélioration des performances en dénomination Voir corpus oral (annexe 10) ➤ Même stratégie de description d'images: quelques mots avec onomatopées et gestes
	<u>Fluences:</u> (littérales et sémantiques de Cardebat)	➤ Trouble massif de l'accès au lexique sans support visuel	➤ Pas d'évolution

L a c o m m u n i c a t i o n	TLC	1ère évaluation Score Global : 43/100	2ème évaluation Score global : 58/100
	Grille d'attention et de motivation à la communication:	3/6 on note des troubles dans l'initiative et l'implication du sujet dans l'interaction.	3/6. B. communique toujours peu, il salue seulement en réponse à l'interlocuteur, il ne s'engage dans l'interaction que quand on lui pose des questions ou qu'on lui parle d'un sujet qui l'interpelle ou le fait rire.
	Grille de communication verbale:	11/30 Le petit déficit de compréhension n'entrave pas les échanges mais le débit verbal quasi-nul perturbe beaucoup la communication verbale. L'informativité des propos est très réduite. B. ne produit que des mots isolés. Les compétences pragmatiques ne sont pas perturbées en elles-mêmes mais le manque d'informativité et l'hypospontanéité le rend incapable d'apporter des informations nouvelles et d'introduire de nouveaux thèmes. Les éléments du discours sont tout de même apportés de façon logique même si aucune construction syntaxique n'est possible. B. a peu de moyens pour réajuster son discours lorsque le locuteur ne le comprend pas, ce qui le rend parfois irritable	13/30 Sa compréhension verbale est suffisante pour les échanges communicationnels au quotidien, et au cours d'une situation PACE. L'aspontanéité est encore très marquée, et le manque du mot est tel que le débit reste faible, diminuant fortement d'informativité du discours. On note une évolution au niveau de la pragmatique. B. se réajuste mieux au discours de l'autre: il donne des feed-back oraux pertinents quand il n'est pas d'accord avec son interlocuteur (« non » ou onomatopées). Au niveau idéique, il choisit des indices pertinents (mots-clés) pour faire deviner les images (situation PACE): il fait des efforts pour donner des informations l'oral pour la plupart des items et il tient à répéter les substantifs dont il n'a pas réussi à trouver le nom. Pas d'apport d'informations nouvelles, ni de nouveau thème.
Grille de communication non-verbale:	14/30 La compréhension des signes non-verbaux est bonne et l'expressivité passe beaucoup par le non-verbal pour compenser les déficits verbaux mais l'apraxie associée l'empêche d'être très informatif par les gestes, et le recours à la communication non-verbale pour faire deviner un mot n'est pas spontané.	22/30 Le manque du mot étant difficile à compenser à l'oral, B. utilise d'avantage la communication non-verbale quand il ne trouve pas le mot. Ses gestes sont mieux compris de l'interlocuteur et plus précis maintenant. Le recours à la communication non-verbale n'est pas toujours spontané mais il accepte de faire un mime quand on lui rappelle que cela pourra l'aider. Avant, il s'obstinait plus à vouloir faire des productions orales. On note en situation PACE le recours au pointage pour désigner un objet, aux gestes d'utilisation d'objets et aux gestes d'action. B. utilise beaucoup les mimiques, les gestes et l'intonation de sa parole pour donner des feed-back sur le discours de l'autre: il est plus expressif à ce niveau (et donne plus son avis).	

L a c o m m u n i c a t i o n	CAPPA	1ère évaluation		2ème évaluation	
		Selon le partenaire communicationnel (questionnaire)	Observation clinique:	Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:
	Aptitudes linguistiques				
	Échec dans l'évocation d'un mot:	Souvent	Souvent	Souvent	Souvent
	Production de circonvolution:	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
	Production de paraphasies sémantiques ou verbales non-corrigées:	Parfois	Non	Parfois	Parfois
	Paraphasies phonémiques:	Parfois	Oui	Souvent	Souvent
	Transformations phonétiques:	Parfois	Oui	Parfois	Oui
	abus de l'utilisation des pronoms et proformes:	Jamais (pas de pronoms, pas de syntaxe)	Non évaluable	Jamais (pas de pronoms, pas de syntaxe)	Non évaluable
	Dire oui au lieu de non:	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois
	Agrammatisme (oubli de mots dans les phrases):	Ne sait pas associer plusieurs mots	Réduction++	N'utilise pas les phrases	Pas de syntaxe
	Production de néologismes	Oui, parfois	Non	Parfois	Non
	Longues phrases sans sens, logorrhée:	Jamais	Non	Jamais	Non
	Trouble de compréhension:	parfois, mais en reformulant, en simplifiant, il finit par comprendre	Parfois	Parfois	Parfois
	Réparation				
	Signaler lors d'un trouble de compréhension:	Souvent, par la communication non verbale	Oui	Souvent	Oui
	Initier la réparation des erreurs de discours:	Parfois, répétition syllabée	Non	Parfois	Non
	Préciser sa pensée quand le locuteur ne comprend pas:	Jamais tout seul, besoin de la répétition	Non	Parfois mais c'est laborieux	Non

Initiation et prise de rôle				
Initiation d'une conversation: Ne donner aucune réponse lors d'une conversation:	Parfois Jamais	Jamais Parfois	Parfois Jamais	Jamais Parfois
Délai dans la réponse, longue pause	Parfois, la pause est nécessaire pour qu'il construise sa réponse	Souvent	Souvent	Souvent
Arrêts, pauses au milieu du tour de parole:	jamais	Souvent	Parfois	Souvent
Violation du temps de parole du partenaire:	Parfois, mais c'est positif pour lui qui est très peu fluent	Jamais	Parfois, quand il n'est pas d'accord	Jamais
Répliques trop longues:	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
Dépendance à des acquiescements minimaux:	Souvent	Oui souvent	Souvent	Oui souvent
Gestion des thèmes				
Capacité à initier de nouveaux sujets:	Parfois	Jamais	Parfois	Jamais
Échec pour amener le partenaire à de nouveaux sujets:	Jamais, quand il se lance, il essaie de se faire comprendre	Non évaluable	Parfois	Pas d'initiative
Capacité à maintenir le sujet d'une conversation:	Non	Non	Non	Non
Initiation répétées de sujets favoris:	Parfois« du moment qu'il communique ça va »	Non	Non	Non

La q u a l i t é de v i e	SIP 65	<p>Nous n'avons pas pu passer le SIP-65 dans son intégralité avec B.: il était en effet très irritable au moment de la première présentation du questionnaire, et s'est mis à pleurer.</p> <p>On note qu'il était très dépendant physiquement (il ne peut se déplacer qu'en fauteuil)</p> <p>Peu d'autonomie quand il rentre chez lui, il a besoin d'une aide au quotidien.</p> <p>Lors de la première évaluation, B. avait du mal à contourner ses troubles phasiques pour être plus communicatif, notamment à utiliser les gestes pour se faire comprendre.</p>	<p>84% de réponses négatives. La deuxième passation 4 mois plus tard lui a permis d'exprimer ses souffrances et de verser quelques larmes.</p> <p>Les grandes lignes du SIP 65 mettent en évidence qu'il n'a plus beaucoup d'espoir en l'avenir, qu'il se trouve difficile à vivre et inutile, qu'il a des périodes où il est déprimé et pleure souvent.</p> <p>En ce qui concerne la dimension physique, B. est très limité, il n'a pas pu retrouver l'usage de la marche, a besoin d'aide pour s'asseoir, se coucher ou se lever, et pour tous les gestes de la vie quotidienne (s'habiller, faire sa toilette), il garde une hémiplégie droite importante ce qui le gêne pour bouger sa main ou ses doigts.</p> <p>Il ne s'occupe plus du tout de sa maison lorsqu'il rentre chez lui le soir, ne peut plus faire ses courses ou s'occuper de ses affaires personnelles. Il ne sort par ailleurs plus de chez lui sauf pour se rendre au centre de rééducation fonctionnelle. Ses loisirs semblent très limités.</p> <p>Il ne se plaint pas de gêne au niveau mémoire, concentration ou lenteur.</p> <p>Lors de la deuxième évaluation, il déclare qu'il communique surtout par les gestes. Il est conscient de ses difficultés pour parler, et il sait qu'on le comprend difficilement.</p>
--	--------	---	--

É c h e l l e d e d é p r e s s i o n	<p>Humeur penchant clairement vers la tristesse et le pessimisme, avec, de temps en temps, des crises de larmes (qu'il est possible de faire arrêter en discutant).</p> <p>Faible estime de soi.</p> <p>Il pense que la vie vaut la peine d'être vécue uniquement si son état de santé, son environnement affectif et économique lui semble acceptable.</p> <p>Quelques difficultés à s'endormir ou de fréquent réveils nocturnes.</p> <p>Pas de trouble de l'appétit.</p> <p>Peu intéressé par les autres patients ou sa propre pathologie Peu d'intérêt porté à la famille (ne voit que son fils).</p> <p>Apparaît plutôt tendu, nerveux, irritable. Pas de signe d'anxiété somatique.</p> <p>Lors de l'évaluation : manifestations d'anxiété et parfois crises de larmes sporadiques.</p> <p>Il se met parfois à rire ou à pleurer même pour de légers stimuli.</p> <p>Un repas meilleur qu'à l'habitude ne lui procure pas beaucoup de plaisir par rapport à avant. Peu de visites.</p> <p>Variations diurnes : il se sent le plus déprimé quand un événement qui lui fait ressentir son handicap arrive.</p>	<p>Pas de changement noté pour l'ensemble des items.</p>
--	---	--

Conclusions individuelles pour B

Sa période de récupération spontanée étant passée, les progrès au niveau du langage sont minces mais tout de même présents : la compréhension morphosyntaxique est meilleure, et l'on remarque une amélioration au niveau de la répétition et de la dénomination qui ne se répercute pas dans le récit.

L'appétence à la communication est faible : B. s'engage peu dans l'interaction et abuse souvent des acquiescements minimaux (oui oui, non..). Son informativité est très réduite du fait de ses difficultés massives d'accès au lexique. Il a cependant évolué au niveau pragmatique : il s'ajuste désormais plus au discours de l'autre et donne de bons feed-backs. De plus, B. a plus facilement recours à la communication non verbale pour faire passer un message, il donne plus de feed-backs non verbaux, fait plus de mimes et de gestes déictiques pour se faire comprendre.

Le questionnaire du CAPPa n'a pas pu être rempli par B. car, ayant des conversations limitées, il ne pouvait répondre que négativement aux questions et cela le perturbait énormément. Nous avons donc préféré le faire remplir par un de ses partenaires conversationnels. Il ne révèle que très peu de changements dans ses attitudes conversationnelles. Les petits progrès de B. mis en évidence par le TLC lors d'une situation semi-écologique de type PACE n'ont pas eu beaucoup de répercussions au niveau des situations naturelles de communication (conversation). La vidéo montre tout de même plus d'implication du patient dans la conversation lors de la deuxième discussion (présence de plus d'humour).

Le questionnaire de qualité de vie met en évidence la souffrance de B. qui explique qu'il n'a plus d'espoir en l'avenir. Il se sent comme un fardeau, car il est dépendant, notamment au niveau physique, et parce qu'il ne peut plus s'occuper de ses affaires personnelles. Ses difficultés à communiquer et ses loisirs limités, rendent son humeur la plupart du temps maussade.

L'échelle de dépression a été délicate à remplir avec B. car il est trop difficile pour lui de pointer ses difficultés. Nous avons donc fini de la compléter avec les thérapeutes qui le connaissent bien. Ce questionnaire suggère une tendance dépressive (de forme légère selon les critères de Robinson et al. en 1985). Son humeur est fluctuante et souvent triste : elle ne s'est pas modifiée pendant la période où il participait au groupe.

1.1.2. Évaluations de J. :

	Évaluations de J.:	Première évaluation	Deuxième évaluation
L e L a n g a g e	<u>Compréhension orale:</u> - compréhension orale du MT 86	9/9 37/38 ➤ Bonne compréhension orale	9/9 38/38 ➤ Bonne compréhension lexicale et syntaxique
	- épreuve de logique et raisonnement du Boston	9/12 ➤ Compréhension d'énoncés longs plus difficile (problème de mémoire de travail?)	12/12 ➤ Bonne compréhension, même des énoncés longs
	<u>Expression orale:</u> - répétition du MT 86 Répétition de mots: Répétition de phrases:	Aphasie dominant sur le versant expressif caractérisée par un manque du mot, des transformations phonétiques et phonémiques et une apraxie bucco-linguo-faciale. 17/30 1/3 ➤ Transformations phonémiques et phonétiques ➤ Effet de longueur ➤ Répétition de phrases plus difficile (mémoire de travail)	18/30 1/3 ➤ Peu d'amélioration (notamment à cause de l'apraxie bucco-linguo-faciale)
	- dénomination de l'ExaDé nombre de productions correctes sans ébauche orale: nombre de productions correctes avec ébauche orale:	63/90 72/90 ➤ Manque du mot discret (modalisations) ➤ Ébauche orale efficace ➤ Erreurs= transformations phonétiques et phonémiques (Phénomène d'approche phonémique) ➤ Effet de longueur	79/90 84/90 ➤ Amélioration en dénomination ➤ Effet de longueur toujours présent ➤ Réduction du manque du mot et des transformations phonétiques et phonémiques
	- récit du MT 86	Voir corpus oral (annexe 11) ➤ Récit détaillé ➤ Manque du mot, modalisations, phénomènes d'approche et paraphasies. ➤ Phrases simples avec subordinées syntaxiquement correctes	Voir corpus oral (annexe 11) ➤ Expression beaucoup plus fluente ➤ Moins de pauses, modalisations et phénomènes d'approche ➤ Allongement des phrases
	<u>Fluences:</u> littérales et sémantiques de Cardebat)	➤ Trouble de l'accès au lexique (score inférieur à -2 écart-type.	➤ Amélioration pour les fluences catégorielles et les fluences sémantiques.

L a c o m m u n i c a t i o n	<u>TLC</u>	1ère évaluation Score global: 79/100 bon communicateur	2ème évaluation Score global: 80,7/100 bon communicateur
	<u>Attention et motivation à la communication</u>	Score: 6/6 - Le patient essaye toujours de faire comprendre son message et abandonne rarement. Il est attentif aux propos de l'interlocuteur, assure le maintien de l'interaction et s'engage dans la communication.	Score: 6/6 - Le patient est toujours aussi motivé à communiquer, il prête attention à son interlocuteur et s'engage dans l'interaction.
	<u>Communication verbale</u>	Score: 26/30: -La compréhension et l'intelligibilité sont bonnes, le débit est un peu réduit en raison des phénomènes d'approche et modalisations du patient - Le patient renvoie de nombreux feed-backs verbaux lors de l'échange. - Les points manquants concernent le manque du mot, les paraphasies et la syntaxe qui est parfois approximative en conversation. Néanmoins, ces difficultés n'entravent pas l'informativité. - Au niveau pragmatique: le thème de l'échange est maintenu, les réponses développées, des informations nouvelles et des thèmes nouveaux sont introduits, le discours est adapté à l'interlocuteur.	Score: 27/30 - La compréhension et l'intelligibilité sont toujours bonnes. Le débit est moins réduit. En effet, le patient fait moins de pauses, d'approches phonémiques et cherche moins à avoir une production parfaite. - Les feed-backs verbaux sont toujours présents: rires, « ah non attends », « comment? », « oui oui », « ah non! ». - Le manque du mot est toujours présent mais compensé (par des périphrases notamment), les paraphasies phonémiques sont aussi présentes mais n'entravent pas l'informativité. - Au niveau pragmatique et idéique: pas de changement.
	<u>Communication non verbale</u>	Score 20/30. - Ce score moins bon qu'en communication verbale est expliqué par le fait que le patient se fait relativement bien comprendre sans recours aux signes non verbaux. - La compréhension des signes non verbaux est bonne, J. peut exprimer ses affects par des mimiques (froncement de sourcils, sourire) et émet de nombreux feed-backs non verbaux. - Au niveau pragmatique, les règles de conversation sont respectées (prosodie, feed-backs, regard, tours de parole etc). - J. a naturellement recours à la communication non verbale, il utilise notamment des gestes déictiques et paraverbaux (pour souligner ce qu'il dit). - Cependant, il n'a pas recours aux gestes symboliques, aux gestes d'utilisation d'objets aux mimes de la forme des objets ou aux dessins car il se fait bien comprendre sans.	Score: 20/30 - La compréhension des signes non verbaux et l'expressivité sont toujours bonnes, les feed-backs toujours présents. - La prosodie, le regard, la mimogestualité sont toujours adaptés. - Des gestes paraverbaux sont toujours utilisés mais le patient n'a pas recours aux gestes symboliques, d'utilisation d'objets, aux mimes car sa communication verbale est suffisante.

L a	CAPP	1ère évaluation		2ème évaluation		
		Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:	Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:	Avis d'une personne de sa famille:
c o m m u n i c a t i o n	Aptitudes linguistiques					
	Échec dans l'évocation d'un mot:	Jamais « j'ai parfois du mal mais je n'abandonne pas »	3	Parfois	1	Parfois
	Production de circonlocution:	Souvent « le message passe quand même »	1	Souvent « je montre, je décris »	Absence	Souvent
	Production de paraphrasies sémantiques ou verbales non-corrigées:	Parfois « l'infirmière me corrige: bonjour pas bonsoir! »	Absence	Jamais	Absence	Parfois
	Paraphrasies phonémiques:	Parfois « mon amie m'aide et reformule »	3	Parfois « il faut attendre et je précise »	3	Jamais
	Transformations phonétiques:	Parfois	3	Parfois	6	Parfois
	Abus dans l'utilisation de pronoms et de proformes:	Jamais	Absence	Jamais	Absence	Parfois
	Dire oui au lieu de non:	Parfois « mais je rectifie tout de suite »	Absence	Jamais « avant oui mais plus maintenant »	Absence	Souvent
	Agrammatisme (oubli de mots dans les phrases):	Souvent « moins qu'avant mais ça m'arrive encore, mais les mots essentiels sont là. »	4	Jamais « moins qu'avant »	3	Jamais
	Production de néologismes	Jamais		Jamais	Absence	Jamais
Longues phrases sens sens, logorrhée:	Jamais « je ne sais pas faire, je vais au plus court. »	Absence	Jamais	Absence	Jamais	
Trouble de compréhension:	Jamais	Absence	Jamais	Absence	Parfois (plusieurs personnes ou beaucoup de bruit)	
Réparation						
Réparer une erreur dans le tour de parole du partenaire:	Souvent		Souvent « je redemande d'expliquer moins vite »		Souvent	
Initier la réparation des erreurs de discours:	Souvent « il faut me laisser du temps »		Souvent		Souvent	
Préciser sa pensée quand le locuteur ne comprend pas:	Souvent		Souvent		Souvent	

Initiation et prise de rôle	Initiation d'une conversation:	Souvent		Souvent		Souvent
	Ne donner aucune réponse lors d'une conversation:	Jamais		Jamais « avant mon amie allait trop vite mais elle a ralenti et moi je répons plus vite »		Parfois
	Arrêts, pauses au milieu du tour de parole:	Parfois « quand il y a beaucoup de monde j'ai besoin de temps pour comprendre »		Jamais		Parfois
	Violation du temps de parole du partenaire:	Jamais		Jamais		Jamais
	Répliques trop longues:	Jamais		Jamais		Jamais
	Dépendance à des acquiescements minimaux:	Jamais		Jamais		Jamais
Gestion des thèmes						
Capacité à initier de nouveaux sujets:	Souvent		Souvent		Jamais	
Capacité à maintenir le sujet d'une conversation:	Parfois		Souvent		Souvent	
Initiation répétées de sujets favoris:	Jamais		Jamais		Jamais	

L a q u a li	SIP 65	39% de réponses négatives	46% de réponses négatives
		<ul style="list-style-type: none"> - Pas de trouble du sommeil mais fatigabilité. - Pas de gêne au niveau de son humeur, J. est un patient qui a accepté son handicap. - Au niveau moteur et physique, son hémiplégie le rend dépendant pour de nombreuses activités de la vie quotidienne, il se sent limité physiquement mais n'a pas pour autant l'impression d'être maladroit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours fatigable. - Pas de plainte au niveau de l'humeur. - Évolution positive au niveau physique: il a moins besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher, ne se retient plus pour se tourner dans son lit et ne se sent plus limité physiquement (« il suffit de faire attention »).

t é d e v i e		<ul style="list-style-type: none"> - Les activités à la maison et au jardin sont restreintes, mais J. s'occupe toujours de ses affaires personnelles. Il passe moins de temps à ses loisirs à l'extérieur et à la maison car il est facilement fatigué. - J. se déplace toujours pour sortir de chez lui, aller en ville mais est dépendant de quelqu'un pour ses déplacements - Les relations avec ses proches n'ont pas changé, il explique cependant qu'il ne fait plus d'activités de groupe, il faisait avant partie de plusieurs associations: il explique qu'il compte y retourner. - Au niveau cognitif: il exprime avoir besoin de fournir plus d'efforts de concentration et ressent une certaine lenteur. - Au niveau de la communication: il est conscient de ses difficultés à parler et évite les conversations à plusieurs. - Alimentation: il suit un régime et est dépendant pour couper ses aliments 	<ul style="list-style-type: none"> - Même chose - <u>Évolution négative: J. est toujours dépendant et explique qu'il ne se déplace plus en ville.</u> - <u>J. explique qu'il voit moins souvent sa famille et ses amis désormais et qu'il s'intéresse moins aux problèmes des autres «pour se préserver soi»</u> - Même chose - Conscience accrue de ses difficultés à parler, il pense qu'il est compris difficilement et seulement par ses proches. Il peut suivre une conversation plus longue qu'avant mais pas quand il y a plusieurs interlocuteurs, seulement si la personne est près de lui et qu'il n'y a pas trop de bruit. - Alimentation: ne suit plus de régime mais est toujours dépendant.
	Échelle de dépression	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur légèrement plus triste qu'avant la maladie. - Bonne estime de soi et sentiment d'avoir vécu une vie positive sans trop de remords. - Il pense toujours que la vie vaut la peine d'être vécue - Pas de trouble du sommeil ni de l'appétit - Intérêt porté aux autres patients, aux membres de sa famille et aux situations sociales adéquat. - Pas de signes d'anxiété psychique ou somatique, pas de réaction de catastrophe face aux tests. - Patient plus émotif qu'avant l'accident, - Pas de changement concernant le plaisir de recevoir des proches, de partager un bon repas ou de faire des choses qu'il aime 	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur bien équilibrée - Même chose - Il pense toujours que la vie vaut la peine d'être vécue - Même chose - <u>Porte moins d'intérêt aux autres patients et à leur pathologie « pour se protéger soi. »</u> - Même chose - Réussit désormais à contrôler normalement ses réactions émotionnelles. - Même chose.

Conclusion individuelle de J:

Le langage de J. a bien évolué entre les deux observations: la compréhension des énoncés longs avec inférences est meilleure, l'expression est plus fluente, les transformations aphasiques et les manques du mot moins présents et surtout sont mieux compensés et la construction des phrases est meilleure.

J. est un bon communicateur. Le score au TLC reste identique. Cependant, et cela est confirmé par les questionnaires du CAPPa, il est plus à l'aise et plus fluent qu'avant lors d'une conversation: il tient plus compte du fond (ce qu'il a à dire) que de la forme (comment il le dit) du discours; même s'il accroche sur un mot ou fait une paraphrasie phonémique, il cherche moins à se corriger, à répéter, et à revenir en arrière; il trouve toujours un moyen de contourner les accidents de parole, sans chercher la perfection et dit essayer de ne plus faire de longue pause au milieu de son tour de parole. L'important pour lui est de faire passer son message. Avant, il avait du mal à abandonner et à poursuivre son discours quand il ne trouvait pas un mot.

Le questionnaire du CAPPa montre que J. a bien conscience de ses troubles, et de ses progrès langagiers, il se sent plus capable de maintenir une conversation à présent.

Le niveau de qualité de vie a sensiblement baissé entre les deux évaluations: J. était encore hospitalisé à temps complet lors de la première évaluation; il est rentré à domicile et est passé en hospitalisation de jour peu de temps après. Cela a modifié beaucoup de choses dans son quotidien. Bien qu'il ait vu des améliorations au niveau de ses capacités physiques, il est encore très fatigable, et le fait de faire des trajets tous les jours n'est pas très reposant. Depuis qu'il est rentré chez lui, il n'a pas amélioré ses relations sociales, il dit qu'il ne se déplace plus en ville, et qu'il ne voit pas plus souvent sa famille et ses amis comme il l'espérait. Il a besoin de beaucoup de repos et s'intéresse moins aux autres car il doit avant tout penser à lui et à sa santé. Il doit se ménager.

1.1.3. Évaluations de E.:

	Évaluation de E.	Première évaluation	Deuxième évaluation
L e L a n g a g e	<u>Compréhension orale:</u> - compréhension orale du MT 86 <ul style="list-style-type: none"> compréhension lexicale: compréhension morphosyntaxique: 	9/9 <ul style="list-style-type: none"> compréhension lexicale préservée 23/38 <ul style="list-style-type: none"> mauvais traitement morphosyntaxique (relations spatiales, phrases relatives et propositions causales) 	8/9 <ul style="list-style-type: none"> bonne compréhension lexicale 31/38 <ul style="list-style-type: none"> nette amélioration au niveau de la compréhension morphosyntaxique
	- épreuve de logique et raisonnement du Boston <ul style="list-style-type: none"> nombre de réponses correctes aux questions: 	3/12 <ul style="list-style-type: none"> trouble de compréhension d'énoncés important (traitement lexical privilégié; rôle de la longueur de phrase) 	7/12 <ul style="list-style-type: none"> amélioration de la compréhension d'énoncés (les textes trop longs lui sont encore difficiles d'accès)
	<u>Expression orale:</u> - répétition du MT 86 Répétition de mots: Répétition de phrases:	Aphasie fluente parfois logorrhée sans trouble arthrique: nombreuses persévérations, paraphasies verbales sémantiques et phonémiques, néologismes, répétitions fréquentes d'énoncé. 25/30 2/3 <ul style="list-style-type: none"> répétition préservée 	30/30 2/3 <ul style="list-style-type: none"> aucune erreur en répétition de mots
	- dénomination de l'ExaDé nombre de productions correctes sans ébauche orale: nombre de productions correctes avec ébauche orale:	21/90 <ul style="list-style-type: none"> manque du mot important circonlocutions et définitions par l'usage 24/90 <ul style="list-style-type: none"> ébauche orale peu efficace 	41/90 <ul style="list-style-type: none"> amélioration des performances en dénomination discours modalisateur +++ 77/90 <ul style="list-style-type: none"> ébauche orale syllabique efficace: se sert des aides que peut lui fournir l'examinateur
	- récit du MT 86	Voir corpus oral (annexe 12) <ul style="list-style-type: none"> mise en évidence: <ul style="list-style-type: none"> du manque du mot, d'un trouble de l'encodage syntaxique, du manque d'informativité du discours = dû aux paraphasies sémantiques. 	Voir corpus oral (annexe 12) <ul style="list-style-type: none"> récit plus informatif grâce à l'amélioration de l'accès au lexique; l'enrichissement et la normalisation des constructions syntaxiques. Reste un léger agrammatisme
<u>Fluences:</u> (littérales et sémantiques de Cardebat)	<ul style="list-style-type: none"> trouble de l'accès au lexique important (sur les fluences catégorielles ainsi que sur les fluences littérales). 	<ul style="list-style-type: none"> Reste un trouble des fluences important 	

	TLC	1ère évaluation Score Global : 41/100	2ème évaluation Score Global : 77/100 bon communicateur
L a c o m m u n i c a t i o n	Grille d'attention et de motivation à la communication:	3/6 E. ne salue pas toujours spontanément, l'attention aux propos de l'interlocuteur n'est pas constante, il prend peu souvent l'initiative de communiquer et répond aux questions posées seulement.	6/6 E. est maintenant bien impliqué dans la communication. Il salue les personnes qui s'adressent à lui ou qu'il croise sur son chemin. Il est plus attentif aux propos de l'interlocuteur. Il prend des initiatives, et n'hésite plus à s'exprimer quand il a un message à faire passer.
	Grille de communication verbale:	13/30 Les troubles de compréhension orale présents peuvent amener des malentendus mais l'échange reste possible quand l'interlocuteur s'adapte et reformule les énoncés. Le patient est fluent mais le débit verbal au cours d'une conversation peut être réduit, ou parfois logorrhéique. La parole est difficilement intelligible (beaucoup de répétitions d'énoncés, de persévérations): l'interlocuteur doit faire des inférences pour comprendre les propos du patient. Il n'y a pas d'apport d'informations nouvelles, le patient répond seulement aux questions posées Les éléments du discours ne sont pas assemblés de façon pertinentes, le patient est trop réduit et quand il part dans une argumentation, le discours n'est pas très bien organisé. Par compte, il s'adapte aux connaissances de l'interlocuteur (par exemple, quand un mot lui revient en Malgache, il réajuste en Français)	23/30 La compréhension orale est meilleure: il n'y a plus de problème dans les situations de communication quotidienne. Le débit verbal s'est normalisé, le discours est plus riche et mieux construit mais il arrive souvent que les phrases soient trop longues (logorrhée, beaucoup de répétitions, persévérations). La parole est intelligible malgré la présence de paraphrasies sémantiques et phonémiques. Les troubles d'évocation présents peuvent être compensés (périphrases). La syntaxe employée contribue à l'informativité du discours malgré les erreurs morphosyntaxiques (utilisation des pronoms, genres/nombre) Les réponses aux questions sont assez informatives mais ne satisfont pas entièrement l'interlocuteur car E ; ne tient en compte qu'une partie de la question et persévère sur celle-ci. Il a du mal à prendre du recul sur le discours et à retrouver le point essentiel de la question. La cohérence et la macrostructure du discours restent perturbées. Le thème de l'échange est maintenu la plupart du temps.
	Grille de communication non-verbale:	11/30 Le recours à la communication non-verbale n'est pas spontané. E. regarde peu son interlocuteur, il a souvent la tête baissée. Il ne comprend pas tous les gestes que fait l'interlocuteur pour faciliter l'interaction, notamment les gestes symboliques et les mimes de la forme d'objet. Les signes non-verbaux sont peu évocateurs des affects. La prosodie est cependant bien adaptée. Comme il ne regarde pas l'interlocuteur, il ne peut réajuster son discours quand ce dernier produit des feed-back non verbaux.	21/30 La communication non-verbale est plus investie à présent même si ce n'est pas le canal de communication qui est le plus utilisé et le plus efficace. E. comprend mieux les signes non-verbaux bien qu'il reste des difficultés sur les gestes de mimes d'objets par exemple. Le regard et la mimo-gestualité régulatrice sont encore à travailler. E. peut utiliser les gestes déictiques (ceux-ci sont souvent imprécis), les gestes symboliques, les gestes d'utilisation d'objets ou d'actions, ainsi que les mimes de la forme des objets ou évoquant un état physique ou émotionnel.

CAPPA	1ère évaluation		2ème évaluation		
		Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:	Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:
Aptitudes linguistiques					
Échec dans l'évocation d'un mot:	Parfois	2	Souvent.	1	
Production de circonvolution:	Parfois, quand il ne trouve pas le mot, il « explique mais c'est long »	pas observé	Souvent, il « prend son temps, laisse une pause puis trouve toujours quelque chose. »	1	
Production de paraphrasies sémantiques ou verbales non-corrigées:	Jamais	2	Souvent « ça m'arrive mais je corrige vite »	5	
Paraphrasies phonémiques:	Parfois	2	Parfois, « moins souvent maintenant. Je me rend compte de mon progrès »	1	
Transformations phonétiques:	Jamais	Absence	Parfois: « actuellement moins souvent, je vérifie mes mots »	Absence	
Dire oui au lieu de non:	Parfois «en principe ça va»	Absence	Jamais « jamais maintenant mais souvent il y a deux trois mois »	Absence	
Agrammatisme (oubli de mots dans les phrases):	Parfois	1	Jamais, avant oui	4	
Production de néologismes	Parfois	3	Parfois, « mais pas beaucoup maintenant.	1	
Longues phrases sans sens, logorrhée:	Jamais « si je sais pas, je me tais »	4 tours de parole	Jamais « Quand je vois que c'est trop long j'arrête. Je rectifie je fais plus court »	1	
Trouble de compréhension:	Parfois, dépend de la motivation et de la fatigue		Parfois, « ça arrive mais moins souvent »		
Réparation					
Signaler lors d'un trouble de compréhension:	Parfois « oui, je fais répéter »	Absence	Souvent « je n'ai pas compris »	Absence	
Initier la réparation des erreurs de discours:	Souvent	Parfois	Souvent	Souvent	
Préciser sa pensée quand le locuteur ne comprend pas:	Souvent	Parfois mais difficilement	Souvent	Parfois	

<p>Initiation et prise de rôle</p> <p>Initiation d'une conversation:</p> <p>Ne donner aucune réponse lors d'une conversation:</p> <p>Délai dans la réponse, longue pause</p> <p>Arrêts, pauses au milieu du tour de parole:</p> <p>Violation du temps de parole du partenaire:</p> <p>Répliques trop longues:</p> <p>Dépendance à des acquiescements minimaux:</p>	<p>Moins qu'avant, parfois</p> <p>Parfois « parce que c'est pas intéressant »</p> <p>Parfois « à mes filles oui »</p> <p>Souvent « quand je suis avec mes filles, elles écoutent elles savent que j'ai besoin de temps »</p> <p>Parfois</p> <p>Souvent, « j'ai envie de dire beaucoup de chose mais il n'y a pas beaucoup de temps »</p> <p>Jamais avec mes filles et les autres gens de la famille, « c'est un plaisir avec elles mais parfois avec les autres je dis juste « oui oui »</p>	<p>Parfois</p> <p>Parfois</p> <p>Parfois (attention fluctuante) peu de pauses, logorrhée</p> <p>Parfois à du mal à céder le tour de parole souvent</p> <p>Non</p>	<p>Souvent maintenant, quand on voit bien de quoi on va parler</p> <p>Parfois « avec les camarades qui m'embêtent, quand il y a des attitudes qui ne me plaisent pas »</p> <p>Souvent « oui bien sûr, je respire »</p> <p>Souvent</p> <p>Non, pas trop sauf s'il se trompe lui</p> <p>Souvent « oui, depuis ma maladie »</p> <p>Jamais</p>	<p>Souvent</p> <p>Jamais</p> <p>Parfois (pour mieux rassembler ses idées) parfois</p> <p>Jamais</p> <p>Souvent</p> <p>Non</p>
<p>Gestion des thèmes</p> <p>Capacité à initier de nouveaux sujets:</p> <p>Échec pour amener le partenaire à de nouveaux sujets:</p> <p>Capacité à maintenir le sujet d'une conversation:</p> <p>Initiation répétées de sujets favoris:</p>	<p>Parfois « avec mes filles oui on parle de tout, avec les autres c'est différent »</p> <p>Parfois</p> <p>Souvent</p> <p>Parfois « avec mes filles on parle de tout »</p>	<p>Oui, 1 fois</p> <p>Oui, besoin de l'aide du partenaire</p> <p>Oui, même persévère</p> <p>Oui applique parfois la même structure de discours à divers sujets persévère</p>	<p>Souvent</p> <p>Jamais</p> <p>Souvent</p> <p>Souvent « notre avenir, et nos projets »</p>	<p>Oui, plus souvent en spontané, 2 X</p> <p>Non, pas observé</p> <p>Souvent, mais dévie un peu du thème</p> <p>Oui, parle de ce qui le préoccupe</p>

La qualité de vie	SIP 65	<p>0,44 % de réponses négatives.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de gêne au niveau du sommeil, ne se plaint pas de son humeur « il veut retrouver le calme après son accident » - Au niveau physique, besoin d'aide pour les gestes de la vie quotidienne (s'asseoir, se lever, s'habiller, faire sa toilette, couper ses aliments), se sent limité physiquement, mais « tâche de se rendre utile » - Au niveau de la relation avec les proches, E. dit qu'il voit sa famille mais pas plus, il voit moins ses amis, reste seul la plupart du temps mais cela ne semble pas le gêner, il ne se plaint pas, essaye de se débrouiller seul, sans demander trop de choses aux autres. Il s'intéresse moins aux autres et à leurs problèmes sauf quand la personne s'adresse à lui. - Il se plaint d'être plus lent, et d'avoir besoin de se concentrer plus, d'avoir des difficultés pour s'orienter dans le temps et l'espace, par compte il ne pense pas avoir de troubles de mémoire plus qu'avant. - Communication: il n'écrit presque plus, a des difficultés à parler et admet que ses interlocuteurs le comprennent difficilement parfois, il communique seulement quand la personne est très près de lui. - Alimentation, il suit un régime particulier. 	<p>0,37 % de réponses négatives. Légère amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de trouble du sommeil ni de trouble de l'humeur - Évolution positive au niveau physique: il se sent plus lent et toujours limité dans ses actions mais se « contente de ce qu'il peut faire » - Changement dans la relation avec les proches: voit sa famille plus souvent maintenant mais voit toujours très peu ses amis. Il reste moins seul qu'avant car il a établi des relations avec les résidents du centre. Il aime avoir des visites et s'intéresse aux autres et à leurs problèmes. Il affirme donner « beaucoup plus d'affection et de tendresse aux membre de sa famille » - Au niveau cognitif, il se plaint d'être plus lent et d'avoir besoin de se concentrer plus. Il admet qu'il a encore des difficultés pour s'orienter dans le temps et un peu dans l'espace mais que cela évolue; il est maintenant conscient d'avoir plus de troubles de mémoire qu'avant. - Communication: il n'écrit pas beaucoup mais dit « s'entraîner », a des difficultés à parler et admet que ses interlocuteurs ont parfois du mal à le comprendre mais qu'il parle plus et mieux qu'avant. - Il dit aimer consacrer du temps à ses loisirs. - Alimentation: il suit un régime particulier mais dit qu'il mange mieux.
	Échelle de dépression	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur légèrement plus triste qu'avant la maladie - Pas de culpabilité (propos confus) - Il ne pense pas trop à ses projets de vie, il attend que son état de santé soit meilleur - De fréquents réveils nocturnes, difficultés à s'endormir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur légèrement plus triste qu'avant la maladie mais maintenant il voit « comment donner un sens à la vie » - Pas de culpabilité, bonne estime de soi « on a senti que l'on a fait ce qu'on veut mais pas comme vous le vouliez » - Il pense toujours que la vie vaut la peine d'être vécue « pour moi, la santé est là » - Quelques difficultés à s'endormir « avant il a des moments où je pense beaucoup de choses...maintenant... »

	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt porté aux autres patients et à son propre état de santé: adéquat - Intérêt porté aux membres de la famille et aux amis: s'inquiète plus pour ses enfants - Intérêt porté aux situations sociales réduit -Anxiété psychique: assez calme rarement tendu, nerveux ou craintif, pas de signe d'anxiété somatique, ni de réaction de catastrophe. - Plus émotif qu'avant, pleure plus facilement - La visite d'amis lui procure autant de plaisir qu'avant, mais fatigabilité - Le moment où il se sent le plus déprimé: plus quand il est fatigué, en fin de matinée, ou en fin de journée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt porté aux autres patients et à son propre état de santé: adéquat - Intérêt porté aux membres de la famille et aux amis « beaucoup plus intéressé depuis ma maladie: avant les activités sociales de ses enfants n'étaient pas la priorité » - Intérêt pour les situations sociales: « je m'intéresse à la politique, au charbon, au nucléaire, par ex le Japon en ce moment » - Anxiété: idem - Encore un peu plus émotif qu'avant, pleure plus facilement mais beaucoup de rire aussi - La visite d'amis ou de proches lui procure plus de plaisir qu'avant en général, il a autant de plaisir qu'avant à faire les choses qu'il aime « je mange bien je mangeais pas beaucoup avant et moins bien, maintenant je mange bien ce que j'aime et je fait attention » « j'adore regarder le sport »: le foot lui fait plus de plaisir qu'avant - Le moment où il se sent le plus déprimé: pas trop de variation diurne « je trouve toujours de quoi intéresser: par exemple lire, ou regarder »
--	--	--

Conclusions individuelles de E

L'évolution de E. durant ces trois mois s'est manifestée à tous les niveaux, le patient est moins confus et plus conscient de ses troubles ce qui lui permet notamment de porter une meilleure attention aux interactions.

Le langage a évolué sur les deux versants : au niveau réceptif, les textes longs et les relations spatiales (que nous travaillons en groupe théâtre grâce aux placements) restent difficiles à intégrer, mais la compréhension morphosyntaxique et d'énoncés sont nettement meilleures. Sur le versant expressif, la répétition s'est normalisée et le manque du mot est moins présent : le patient, qui persévère moins, est désormais capable de se servir des aides proposées par l'interlocuteur (ébauche syllabique). Son récit sur image est plus informatif car moins perturbé par les paraphrasies sémantiques et la syntaxe s'est améliorée.

La communication s'est clairement améliorée comme le montrent les scores au TLC et les observations du CAPPA. E. s'implique plus dans l'interaction, est plus attentif et initie la conversation. Pour ce qui est de la communication verbale : le discours reste perturbé au niveau de la cohérence (règle de progression) et de la macrostructure car E. persévère, se répète et perd le fil de son discours. Cependant la réduction des paraphrasies et du manque du mot, l'amélioration de la syntaxe et de la compréhension lui permettent de mieux adapter son discours et de le rendre plus informatif. La communication non verbale est mieux investie, la compréhension des signes non-verbaux est meilleure, bien qu'il reste des difficultés en expression (les mimes peuvent être utilisés mais il est difficile pour E. de donner les caractéristiques prégnantes et d'aller droit au but). Au niveau pragmatique, E. est plus adapté : les feed-backs, les tours de rôle et le temps de parole du partenaire sont d'avantage pris en compte.

Au niveau de la qualité de vie, l'évolution est positive : E. se sent moins limité physiquement, porte plus d'attention et d'affection à ses proches, il a d'ailleurs établi des relations sociales au sein du centre. Il sait qu'il est difficile de le comprendre mais est conscient de ses progrès langagiers. Il n'existe pas de dépression, le patient est plus émotif et un peu plus triste qu'avant la maladie mais explique souvent que son accident lui a permis de « donner un sens à la vie » et de revoir ses priorités.

1.1.4. Évaluations de M.:

	Évaluations de M.	Première évaluation	Deuxième évaluation	
L e L a n g a g e	<u>Compréhension orale:</u> - compréhension orale du MT 86			
	<ul style="list-style-type: none"> compréhension lexicale: compréhension morphosyntaxique: 	9/9 28/38 ➤ Bonne compréhension lexicale Difficulté de traitement morphosyntaxique (subordonnées, phrases renversables)	9/9 31/38 ➤ Amélioration mais difficultés de compréhension syntaxique persistantes pour les phrases subordonnées, les phrases passives, les relations spatiales.	
	- épreuve de logique et raisonnement du Boston			
	<ul style="list-style-type: none"> nombre de réponses correctes aux questions: 	2/12 ➤ Compréhension fine chutée	10/12 ➤ Nette amélioration ➤ Difficulté sur énoncés longs	
	<u>Expression orale:</u>	Aphasie non fluente caractérisée par: un manque du mot massif, des transformations phonétiques et phonémiques, une apraxie bucco-linguo-faciale et une difficulté d'initiation.		
	- répétition du MT 86 Répétition de mots: Répétition de phrases:	19/30 impossible ➤ Répétition possible ➤ Recherche de l'articulation ➤ Élision de la première syllabe ou du premier phonème	23/30 1/3 ➤ Amélioration de la répétition (possible pour des mots plus longs) ➤ Toujours élision de la première syllabe ou du premier phonème	
	- dénomination de l'ExaDé nombre de productions correctes sans ébauche orale: nombre de productions correctes avec ébauche orale:	10/90 56/90 ➤ Difficulté d'accès massive ➤ Ébauche orale très efficace, il manque chaque fois l'initiale du mot ➤ Erreurs= paraphasies phonémiques, sémantiques auto-corrigées et néologismes. ➤ Effet de longueur et de fréquence	33/90 76/90 ➤ nette amélioration ➤ effet de fréquence toujours présent ➤ Il manque toujours l'initiale du mot ➤ Paraphasies phonémiques, sémantiques (auto-corrigées) et néologismes.	
- récit du MT 86	Voir corpus oral (annexe 13) ➤ Récit difficile et peu informatif du fait de la difficulté d'accès au lexique ➤ Paraphasies phonémiques, logatomes ➤ Discours ponctué de gestes	Voir corpus oral (annexe 13) ➤ Discours toujours peu informatif, on saisit le thème général. ➤ Moins de paraphasies et néologismes ➤ Toujours ponctué de gestes		
<u>Fluences:</u> littérales et sémantiques de Cardebat	➤ Impossible	➤ Trouble de l'accès au lexique important mais évaluation désormais possible.		

L a c o m m u n i c a t i o n	TLC	1ère évaluation Score général: 79,1/100 bon communicateur	2ème évaluation Score général: 85,6/100 bon communicateur
	<u>Attention et motivation à la communication</u>	Score: 6/6 - Le patient est très engagé dans l'interaction malgré ses difficultés de langage, il est très communicatif. (beaucoup de gestes et de mimiques)	Score: 6/6 - même chose
	<u>Communication verbale</u>	Score: 14/30: -La compréhension n'est pas toujours immédiate, il faut parfois reformuler ou répéter. Le débit est très réduit et l'interlocuteur doit suppléer ses difficultés de décodage en inférant des informations - Le manque du mot et les paraphasies sont telles que l'informativité est très réduite, le sujet ne peut pas produire de phrases. Au niveau pragmatique, les réponses sont adaptées mais non développées, l'examineur doit poser des questions fermées. Le thème de l'échange est maintenu, mais il est difficile d'introduire de nouvelles informations ou de nouveaux thèmes. Pas de discours à cause du manque du mot mais échange adapté aux connaissances de l'interlocuteur -Feed-backs présents et adaptés (non verbal surtout), et bonne prise en compte des feed-backs de l'interlocuteur (essaye de ré-expliquer avec les moyens du bord) - Le langage écrit est investi (manque du mot moins sévère)	Score: 19 /30 - Compréhension verbale suffisante, pas de bris de communication. Le débit reste réduit, même s'il y a amélioration, l'interlocuteur doit mobiliser son attention ou M doit compenser par le langage écrit. - L'informativité est perturbée par le manque du mot, mais celui-ci est réduit à l'écrit et le patient compense, les paraphasies sont moins fréquentes, quelques petites phrases (parfois correctes) sont produites.. Au niveau pragmatique, des questions fermées de l'interlocuteur sont toujours nécessaires, le thème de l'échange est maintenu et M. peut désormais introduire de nouvelles informations. L'introduction de nouveaux thèmes reste difficile. Le discours peut être produit et organisé logiquement à l'aide de gestes. - même chose - Le langage écrit est mieux investi et le manque du mot se réduit à l'écrit.
	<u>Communication non verbale</u>	Score 30/30. - La compréhension des signes non verbaux est bonne, le patient est très expressif (« pfff », ferme les yeux, main sur la tête...), la prosodie, le regard et la mimogestualité sont adaptées et les tours de parole respectés - Au niveau lexical, le recours au non verbal est naturel et le patient utilise des gestes déictiques, symboliques d'utilisation d'objet, mimes d'action, de la forme des objets, des mimes pour évoquer un état émotionnel et des séquences de gestes (faire un gâteau, ouvrir le four, le mettre dedans, fermer) - Les feed-backs non verbaux sont très présents (froncement de sourcils, hochement de tête) et le sujet essaye de réajuster lorsque l'interlocuteur manifeste de difficultés de compréhension.	Score: 30/30 - même chose - Communication non verbale toujours aussi investie, tout moyen de faire passer une information est bon à prendre. - même chose

L a	CAPPA	1ère évaluation		2ème évaluation	
		Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:	Selon le patient (questionnaire)	Observation clinique:
c o m m u n i c a t i o n	Aptitudes linguistiques				
	Échec dans l'évocation d'un mot:	Souvent (le partenaire pose des questions, il fait des gestes)	5(compensé par gestes et écrit) Absence	Souvent « mon ami s'en fiche », utilise le langage écrit en compensation souvent à l'écrit	5 (compensé par gestes, bruits ou écrit) Absence
	Production de circonlocution:	jamais			
	Production de paraphrasies sémantiques ou verbales non-corrigées:	souvent (le partenaire essaye de comprendre)	1	jamais, « je me corrige de suite »	Absence
	Paraphrasies phonémiques:	souvent	3	souvent, mon amie aide à reformuler	Absence
	Transformations phonétiques:	souvent	Absence	parfois « ça dépend »	Absence
	Abus dans l'utilisation de pronoms et de proformes:	souvent	Non observé	souvent	Non observé
	Dire oui au lieu de non:	souvent mais « je me corrige tout de suite)	Absence	souvent mais je m'en rends compte	Absence
	Agrammatisme (oubli de mots dans les phrases):	souvent	2 (pas de phrases)	souvent	9 (arrive plus à faire des phrases) Absence
	Production de néologismes	souvent mais je m'explique avec des gestes, le partenaire est surpris quand je fais ça.	1 Jamais	souvent	Absence
Longues phrases sans sens, logorrhée:	jamais		jamais	Absence	
Trouble de compréhension:	souvent mais le partenaire réexplique	Absence	parfois, « je comprends à 70% »	Absence	
Réparation					
Réparer une erreur dans le tour de parole du partenaire:	Souvent (par gestes)	Non observé	Souvent « je n'ai pas compris »	Absence mais peut manifester son désaccord	

Initier la réparation des erreurs de discours:	parfois (j'essaye de bien articuler le mot mais c'est difficile)	Initie, ne peut se corriger seul	souvent, je corrige par écrit, parfois j'arrive à le faire sans aide.	Se corrige seul à l'écrit difficilement
Préciser sa pensée quand le locuteur ne comprend pas:	Jamais, le partenaire pose des questions	Difficile	Parfois, par écrit	Par écrit
Initiation et prise de rôle				
Initiation d'une conversation:	parfois	Rare	Parfois avec thérapeutes seulement	Rare (non observé à la vidéo)
Incapacité à répondre quand sollicité comme locuteur suivant	souvent	Répond par gestes	souvent	Répond par gestes ou tours minimaux
Arrêts, pauses au milieu du tour de parole:	souvent, le partenaire attend	Souvent	souvent, « ça sort pas »	Souvent
Violation du temps de parole du partenaire:	Jamais	Jamais	Jamais	jamais
Répliques trop longues:	Jamais	Jamais	Jamais	jamais
Dépendance à des acquiescements minimaux:	souvent	oui	Souvent	Souvent
Gestion des thèmes				
Capacité à initier de nouveaux sujets:	jamais	Trop difficile	Parfois, « sur des sujets qui nous intéressent » (son amie et lui)	Difficile mais apporte informations nouvelles.
Capacité à maintenir le sujet d'une conversation:	parfois, mais des fois le partenaire laisse tomber.	Difficile	jamais	Difficilement
Initiation répétées de sujets favoris:	Jamais	Jamais	jamais	Jamais

La qualité de vie	SIP 65	<p>43% de réponses négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se plaint d'insomnies et de fatigue « je me réveille la nuit et je rumine » - Au niveau de l'humeur: peu d'espoir en l'avenir, se sent comme un fardeau pour les autres, est plus émotif, plus nerveux et irrité. - Au niveau moteur et physique, son hémiparésie le rend moins stable (perd l'équilibre parfois) et plus lent pour s'habiller, mais il n'est pas dépendant. - Les activités à la maison et au jardin sont restreintes, et M. y passe moins de temps, il ne s'occupe plus de ses affaires personnelles et se sent « infantilisé » par son épouse. - M. se déplace seul pour aller se promener mais a besoin de quelqu'un s'il veut aller en ville ou faire des courses. - M. Voit moins souvent ses amis et évite les visites, il donne moins de marques d'affection et se désintéresse des problèmes des autres, mais il voit toujours sa famille. - Au niveau cognitif: il se sent lent et moins concentré - Au niveau de la communication: il est conscient de ses difficultés à parler et sait qu'on le comprend difficilement, il compense par l'écrit et par les geste - Alimentation: il suit un régime car on lui a découvert un diabète et mange moins qu'avant « j'ai perdu 10 kg » 	<p>37% de réponses négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se réveille toujours la nuit mais est moins fatigué - Au niveau de l'humeur: a un peu plus d'espoir en l'avenir « c'est mieux que juste après l'accident », a récupéré une stabilité émotionnelle mais se sent toujours difficile à vivre, irritable et s'en veut. - même chose, se sent un peu maladroit parfois - même chose, M. Se sent « infantilisé » par sa compagne qui fait tout à sa place. - même chose - M. Voit moins souvent ses amis et sa famille aussi, il évite qu'on lui rende visite plus d'une heure « sinon je suis trop fatigué », cependant son affectivité est revenue et il se réintéresse aux problèmes des autres. - même chose -même chose - Alimentation: ne se préoccupe plus de son régime mais mange toujours moins qu'avant l'accident, il a moins d'appétit.
	Échelle de dépression	<p>Humeur penchant plus clairement vers la tristesse et le pessimisme qu'avant la maladie</p> <p>Il a des idées récurrentes de suicide, sans faire de projets élaborés. « si sa communication ne s'améliore pas ». Les progrès sont trop lents pour lui</p> <p>Il se réveille tôt le matin et ne peut se rendormir. « Je rumine »</p> <p>Il est obligé de suivre un régime depuis la découverte de son diabète.</p>	<p>Son humeur penche toujours vers la tristesse et le pessimisme.</p> <p>M. parle moins de suicide même s'il y pense toujours, il est suivi par une psychologue. Cette idée est moins récurrente qu'avant.</p> <p>Il dort désormais mieux certaines nuits</p> <p>Perte d'appétit et de poids suite au régime.</p>

	<p>Intérêt porté aux autres est adéquat mais moindre qu'avant la maladie</p> <p>Patient anxieux, cela se manifeste par des troubles du sommeil.</p> <p>Signes de nervosité lors des bilans « pfff »</p> <p>Ressent moins d'émotions</p> <p>D'une manière générale, tout lui donne moins de plaisir qu'avant: la visite d'amis ou de proches, un repas meilleur que d'habitude, faire les choses qu'il aime...</p> <p>Peu de variation de l'humeur pendant la journée mais se sent déprimé le week-end car la vie à son domicile avec son épouse est difficile.</p>	<p>Intérêt porté aux autres patients, à son propre état de santé et aux membres de la famille, aux amis: adéquat. Mais s'intéresse moins aux situations sociales (événements politiques et publics).</p> <p>Le patient est toujours anxieux</p> <p>Pas de réaction de catastrophe mais signes d'agacement lors des bilans.</p> <p>Moins émotif qu'avant</p> <p>Même chose.</p> <p>Même chose.</p>
--	--	---

Conclusions individuelles de M.

Depuis le début de son intégration au groupe, M. retrouve petit à petit des facultés de production orale. Il ne prononçait au départ aucun mot en spontané, et réussit maintenant à produire des items lexicaux (surtout des noms mais aussi quelques verbes, avec de moins en moins de paraphasies). Il formule également de petites phrases (souvent agrammatiques). On note de plus une bonne évolution du niveau de compréhension verbale et moins de paraphasies.

M. a beaucoup investi le langage écrit. Le manque du mot à l'écrit est en effet moindre. Il garde toujours un carnet sur lui mais le sort moins systématiquement depuis qu'il réussit à produire des mots à l'oral.

Cette évolution au niveau du langage lui permet désormais d'apporter des informations inconnues de l'interlocuteur pendant une conversation (voir corpus oral de 2^{de} évaluation).

Il s'appuie beaucoup sur la communication non-verbale pour compenser ses difficultés langagières : c'est un très bon communicateur. Les petits jeux de communication non-verbale effectués en séance l'ont aidé à investir encore plus ce canal et à être plus précis dans ses mimes.

Le questionnaire du CAPPA montre que M. est très conscient de ses difficultés, qu'il a du mal à accepter: pour lui, retrouver l'usage de la parole est essentiel. Il se rend compte de ses progrès (possibilité de produire des petites phrases et donc de faire des circonlocutions à l'écrit, moins de paraphasies à l'oral comme à l'écrit, réduction du manque du mot), cependant ceux-ci sont très lents et M. nous fait ressentir qu'il aimerait récupérer plus vite.

La comparaison des deux passations du SIP met en évidence que sa qualité de vie est un peu meilleure: il est plus stable émotionnellement qu'avant, et croit un peu plus en l'avenir. M. est en hospitalisation de jour : en dehors de sa famille qui s'adapte mal à son handicap, il a retrouvé l'envie de voir ses amis et apprécie de passer des moments avec eux. Il arrive à s'intéresser aux autres à présent et est un peu moins centré sur ses problèmes.

L'échelle de dépression a mis en évidence des troubles du sommeil moins marqués désormais et des idées de suicide qui tendent à disparaître. Cependant, son humeur est toujours très fluctuante : il peut passer du rire à la tristesse. Cette humeur dépressive semble avoir pour cause ses troubles phasiques.

1.2. Synthèse des résultats aux évaluations pour l'ensemble des patients :

Nous exposerons ici les résultats généraux de notre étude, par domaine évalué.

Au niveau du langage, tous les patients ont progressé. Sur le versant réceptif, la compréhension est meilleure pour les trois personnes qui étaient en difficulté. Sur le versant expressif, les résultats en dénomination sont supérieurs pour chacun (ils ont gagné 17 points sur 90 en moyenne). La répétition elle, s'est améliorée pour trois patients sur quatre, le dernier ayant une apraxie bucco-faciale résistante. Au niveau du récit sur image, trois des patients sont plus informatifs mais pour des raisons différentes : l'un aura fait moins de paraphrasies sémantiques, un autre aura été plus fluent et aura allongé ses phrases et le dernier aura mieux décrit la scène grâce à un meilleur accès au lexique.

Au niveau communicationnel, nous avons noté des évolutions différentes pour chaque patient. En conversation, deux sont plus à l'aise du fait de leurs progrès langagiers : l'un d'eux a un meilleur accès au lexique et arrive désormais à produire de petites phrases, et l'autre est plus informatif grâce à la réduction de ses paraphrasies et une meilleure construction de phrases. Un autre patient a développé des stratégies efficaces afin d'être dans un échange plus naturel avec son interlocuteur : il se concentre non plus sur la forme de son message mais sur l'échange (il ne cherche plus à corriger ses paraphrasies phonémiques : le message est tout de même compris). Le dernier patient n'aura pas évolué beaucoup car son niveau de fluence reste tel qu'une conversation est difficile à débiter avec lui.

Les deux patients E. et B. qui étaient en difficulté de communication au début de nos évaluations investissent désormais mieux le canal non verbal. Pour les deux autres, ce canal est : soit déjà très investi (pour M.), soit superflu (pour J.).

Au niveau pragmatique : deux patients sur quatre (M. et J.) étaient déjà très adaptés lors de nos premières évaluations ; les deux aphasiques « mauvais communicateurs » (E. et B.) ont beaucoup progressé. Ces derniers tiennent maintenant plus compte des feed-backs que leur renvoie leur interlocuteur et adaptent donc mieux leur communication. E. par exemple a raccourci la durée de

ses tours de parole, il arrive plus facilement à sélectionner les informations pertinentes à transmettre.

Les évaluations sur la qualité de vie mettent en évidence que deux patients sur quatre obtiennent un meilleur pourcentage de réponses positives donc semblent avoir une meilleure qualité de vie. Pour l'un, le passage en hôpital de jour n'a pas permis une réintégration sociale à la hauteur de ses espérances, il garde une qualité de vie semblable entre les deux évaluations, qu'il juge lui-même assez bonne. Tous n'ont pas vu d'amélioration dans les mêmes domaines : pour certains la récupération physique a beaucoup joué, pour d'autres non. La conscience des troubles est meilleure en général dans la deuxième évaluation, et les deux patients ayant amélioré leur score ont retrouvé de l'intérêt à échanger avec les autres.

L'échelle de dépression montre une évolution plutôt positive mais peu marquée dans différents aspects émotionnels pour trois patients. Certains symptômes de troubles dépressifs se sont sensiblement normalisés. Pour l'un qui semblait présenter des signes assez marqués de dépression, les idées de suicide se sont atténuées, et il a retrouvé un certain intérêt dans ses relations aux autres personnes. Les deux autres semblent envisager l'avenir plus sereinement que lors du premier questionnaire: l'un s'intéresse maintenant beaucoup plus à ses enfants, et l'autre garde de bonnes relations avec son entourage mais veut se préserver lui-même, il accepte la tranquillité et le retrait de la vie sociale que lui impose sa maladie. Le dernier patient a connu peu d'évolution au niveau du statut psychologique : il semble présenter une dépression chronique qui ne s'est pas atténuée.

1.3. Observations cliniques sur la prise en charge de groupe

1.3.1. Avis des thérapeutes :

L'année de prise en charge de groupe a été enrichissante pour les patients mais également pour les thérapeutes y ayant participé.

C'est une expérience gratifiante, qui permet de voir une autre facette des patients, de comparer les performances et difficultés dans un contexte naturel de communication par rapport aux capacités de communication en séance individuelle.

Le groupe permet aux patients de parler de ce qui est difficile pour eux lorsqu'ils sont à l'extérieur. Ainsi, leurs besoins pour une meilleure communication sont mieux compris et une prise de recul est possible sur les objectifs de la rééducation orthophonique. (quelles aides possibles? Quel versant de la communication privilégier? Quels conseils donner à la famille ?).

Une autre manière de travailler a pu être valorisée auprès de l'équipe d'orthophonistes et des patients mais aussi du personnel du centre l'Espoir et des proches des participants au groupe « Les joyeux parleux ».

Cependant, les thérapeutes ont connu des périodes pendant lesquelles il a été difficile de porter la motivation du groupe, de trouver un fil conducteur aux séances, de pousser les patients à donner des idées pour être acteurs à part entière de leur thérapie. Certains se sont sentis frustrés de ne pas pouvoir avoir plus de temps à consacrer à la préparation des séances. Il semble important pour cela de préserver un temps de synthèse après le groupe, et de s'accorder des pauses thérapeutiques pendant l'année, pour pouvoir redéfinir les objectifs globaux et individuels.

Ainsi, après une pause de 15 jours pendant une période de vacances, il a été décidé de mettre en place des sessions plus courtes avec objectif final commun : une représentation théâtrale. Cela a permis de réunir patients et thérapeutes dans un projet commun et d'écarter ces difficultés.

Les thérapeutes soulignent également l'importance d'avoir une traçabilité des activités pour pouvoir suivre l'évolution du groupe et des patients (échelle d'évaluation de la séance et de leurs performances par les patients, rédaction d'un petit compte-rendu pour chaque séance par les orthophonistes).

Les nombreuses séances où les patients ont exprimé leur motivation et repartaient avec le sourire ont finalement récompensé leurs efforts.

La mise en place d'un groupe aura favorisé une constante réflexion sur les enjeux et la manière la plus adaptée et efficace d'aider le patient aphasique dans sa communication au quotidien.

1.3.2. Avis des patients et des familles

Nous avons recueilli tout au long de notre étude les ressentis des patients sur le groupe par différents moyens:

- Grâce aux notes prises en séances et aux compte-rendus rédigés juste après la séance.
- Grâce aux échelles d'évaluations des activités et des performances du patient complétées par chacun d'eux en fin de séance.
- Grâce à un petit questionnaire, que nous avons présenté à trois des patients qui faisaient partie de notre étude, ainsi qu'à trois autres ayant participé au groupe. Celui-ci est disponible en annexe n°13.

Voici ce que nous retiendrons de toutes ces informations cliniques :

- Les patients sont tous très motivés et contents de participer au groupe.
- Plusieurs rapportent que cela nécessite tout de même un effort pour eux de venir, pour des raisons diverses : certains doivent renoncer aux autres rééducations cet après-midi là alors que pour eux, la récupération physique est prioritaire ; pour un autre, cela demande beaucoup d'énergie : « parler, c'est difficile ». L'un des patient soulève le fait qu'il a connu une période pendant laquelle venir au groupe était presque une contrainte car il était très fatigué, ne retrouvait pas de dynamique de groupe et ne partageait pas la motivation de ses camarades.
- Deux seulement trouvent que la rééducation de groupe est plus fatigante qu'une journée normale et « demande beaucoup de concentration ». L'un d'entre eux dit que lorsqu'il s'investit beaucoup, il est plus fatigué le soir mais dort mieux.
- Tous (sauf un patient dysarthrique qui juge la séance trop courte) pensent que la durée de la séance est juste bien. Une remarque a été formulée sur la mise en route des séances parfois trop longue, ce qui rend l'ambiance lourde : « mais au fur et à mesure, l'ambiance se détend et on finit dans la bonne humeur ». Tous les autres patients indiquent que l'ambiance est plutôt bonne et détendue.

- D'une manière générale, les participants répondent qu'ils sont plus à l'aise en situation de communication au sein du centre: avec les thérapeutes, les autres patients, au groupe et en rééducation individuelle. C'est devenu un sujet de conversation avec les autres personnes du centre. L'invitation à la représentation de la pièce de théâtre aura notamment été un facteur influent pour mieux faire connaître le groupe. Ce dernier aura permis à tous d'avoir plus de relations au sein du centre. Des liens d'amitié se sont également créés entre certains membre du groupe. « on se blague un peu » ; « parce qu'on se connaît mieux, on est solidaire »
- Les deux patients hospitalisés en jour relatent qu'ils parlent des activités du groupe à leur famille et leurs amis. Deux autres échangent beaucoup avec leur famille lors des visites ou au téléphone. Mais tous ne retrouvent pas d'impact du groupe à la maison ou en situation sociale. « c'est trop tôt pour le dire ».
- L'ensemble des patients notent qu'ils pensent avoir progressé au niveau de leur expression non verbale et qu'ils ont amélioré leur communication en général depuis qu'ils participent au groupe. Tous disent que la situation de groupe stimule l'expression verbale et presque tous ont conscience des progrès qu'ils ont faits à ce niveau même s'ils ne les attribuent pas à la seule participation au groupe. Tous les patients sont d'accord pour dire que cela a plutôt amélioré leur confiance en eux et en leur parole.

Paroles de patients :

« le théâtre, ça m'aide beaucoup, on apprend à s'exprimer »

« ici, on rigole et on se guérit »

« le théâtre, ça fait travailler la mémoire »

« il faut créer »

Il apparaît donc que le ressenti des patients est plutôt positif. La plupart reconnaissent que leur participation à eu des effets favorables sur au moins un des domaines que vise la rééducation orthophonique.

Cependant, certains ont parfois clairement manifesté l'envie d'arrêter la thérapie, cela est tout à fait compréhensible. Prenons l'exemple de B, qui a participé au groupe pendant 9 mois et commençait à montrer des signes de désintérêt. Il nous a expliqué pourquoi il n'avait pas souhaité poursuivre cette activité en janvier 2011: étant le plus ancien du groupe, il était difficile pour lui de voir tous les patients partir les uns après les autres alors que lui restait.

La démotivation d'un membre du groupe, pour n'importe quelle raison, se fait ressentir sur son ensemble. Elle donne l'occasion aux thérapeutes de faire un bilan avec le patient, et de lui proposer l'arrêt de la thérapie de groupe si cela vaut mieux.

Le fonctionnement en séquence de 3 mois mis en place au centre l'Espoir permet d'anticiper la fin de la rééducation et de toujours garder un groupe à peu près uni sur une période définie.

De plus, la période d'essai de deux séances a montré son intérêt. En janvier dernier, nous avons eu le cas d'un patient aphasique assez réservé qui a accepté de venir voir comment se déroulaient les séances. Cependant, ayant encore beaucoup de difficulté à accepter son handicap, il ne s'est pas senti prêt à s'intégrer au groupe et a choisi de ne pas continuer à venir. Cela ne l'empêchera pas s'il le souhaite de réintégrer le groupe lors de la session suivante.

Nous avons également recueilli l'impression de deux familles de patients qui ont assisté à la représentation théâtrale du groupe. La femme d'un d'eux nous a confié qu'elle ne reconnaissait pas son mari lorsqu'il était sur scène, et que cela mettait en évidence les progrès qu'il avait faits depuis son accident. Celui-ci lui avait beaucoup parlé de la pièce auparavant : les activités du groupe sont souvent source de discussion entre eux. La famille du deuxième patient était agréablement surprise après le spectacle. Elle a dit retrouver M. avec tout l'entrain qu'il mettait à accomplir les choses avant, et était rassurée qu'il puisse retrouver, parmi toutes ses séances de rééducation, des activités qui lui redonnent le sourire. Le temps d'échange après la pièce leur a permis de poser des questions sur le fonctionnement du groupe.

Maintenant que nous avons présenté l'ensemble des résultats obtenus, nous passerons à la partie discussion du mémoire.

Discussion

1. Présentation générale du travail

Au début de l'expérimentation, nous avons donné trois objectifs à notre travail :

- Le premier objectif était d'évaluer l'efficacité de la rééducation de groupe pour des patients aphasiques en milieu hospitalier du point de vue : du langage, de la communication verbale et non-verbale, de la qualité de vie et de la dépression.

Pour cela, nous avons créé un protocole d'évaluation à partir de tests adaptés à la personne aphasique déjà existants. Nous avons pu montrer une évolution positive et plus ou moins marquée pour tous les patients au niveau langagier et communicationnel. Tous n'ont pas amélioré leur qualité de vie et leur statut psychologique, ceux-ci dépendant trop de facteurs externes sur lesquels on ne peut agir par l'intermédiaire du groupe.

- Le second objectif était de partager notre expérience et d'avoir une réflexion sur les bénéfices, les enjeux et les limites de la mise en place d'une thérapie de groupe au sein d'un établissement hospitalier. Nous avons expliqué comment le groupe de communication au centre l'Espoir s'est mis en place et a évolué dans son organisation au cours de cette année. Nous avons montré, par notre évaluation, ses bénéfices auprès des patients comme des thérapeutes. Les enjeux, limites et difficultés rencontrés seront évoqués plus loin dans cette discussion.
- Enfin, notre dernier objectif était de répertorier les activités pertinentes qui ont pu être proposées au cours de cette année de thérapie. Le travail effectué en groupe a été présenté dans le corps de ce mémoire et un répertoire d'activités, a été élaboré.

Nous présenterons dans cette discussion, les critiques méthodologiques et difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ce mémoire, puis nous discuterons nos principaux résultats en rapport avec les hypothèses.

2. Critiques méthodologiques :

2.1. Critiques sur l'évaluation:

L'évaluation de l'efficacité d'une thérapie de groupe est soumise à de nombreuses contraintes et limites : exposons ici les quelques biais que comporte notre expérimentation.

2.1.1. A propos du protocole d'évaluation

- Au niveau de la communication :

Nous avons tenu à évaluer la communication verbale et non verbale, ainsi que les aspects pragmatiques de ce domaine en situation naturelle de conversation. Le protocole d'évaluation était donc complet mais assez long (passation et analyse des résultats). Il serait difficile à appliquer entièrement par des orthophonistes en dehors d'un travail de mémoire.

En ce qui concerne l'analyse de conversation du CAPPa : il aurait fallu filmer le patient avec une personne de son entourage mais cela demandait une grande implication de la famille dans la prise en charge. Cela n'aurait été possible qu'avec un des patients, les autres vivant seuls ou étant moins soutenus par leurs proches. C'est pourquoi nous avons pris la décision de filmer une conversation avec le thérapeute qui connaissait le mieux le patient.

Cette expérience avec le CAPPa a cependant été enrichissante : elle montre la difficulté de mener une analyse de conversation avec un patient peu fluent qui ne peut participer à une conversation naturelle. Malgré la lourdeur d'analyse qui le caractérise, cet outil permet de mieux cerner les obstacles rencontrés par le patient et de se rendre compte de ses capacités en situation écologique. Les transcriptions d'extraits de conversation ont toute leur importance dans d'un bilan d'aphasie.

- Au niveau de la qualité de vie et de l'état émotionnel :

Ces deux domaines dépendent par définition de nombreux facteurs externes : l'impact de telle ou telle thérapie sur leur évolution est donc difficile à prouver indépendamment de ces variables.

- Nous avons intégré dans l'évaluation les avis et remarques des patients et thérapeutes. La prise de notes était indispensable tout au long de la passation des épreuves. Cette évaluation reste subjective mais a permis de mieux comprendre et interpréter les évaluations chiffrées.

2.1.2. A propos des modalités d'évaluation

Il est difficile de généraliser les résultats en raison du nombre réduit de patient, ils sont cependant signifiants pour chaque patient ayant participé à l'étude.

L'absence de groupe contrôle est un biais de notre étude : nous ne pouvons attribuer les progrès effectués par les patients à la seule thérapie de groupe. En effet, pour montrer les bénéfices d'une rééducation de groupe combinée à une rééducation individuelle, par rapport à ce que pourrait apporter une rééducation individuelle seule, il aurait fallu envisager de priver de thérapie de groupe un patient ou tout un ensemble de patients qui auraient dû en bénéficier. Nous n'avons pu le faire car ce ne serait pas juste de privilégier un patient par rapport à un autre.

D'une même manière, il nous paraissait difficile de priver de thérapie individuelle un patient participant au groupe, nous ne pouvons donc pas conclure en la supériorité de la thérapie de groupe par rapport à la thérapie individuelle. Toutefois, elles sont complémentaires car leurs approches, pour l'une plus écologique, pour l'autre plus formelle se complètent.

Nous sommes par ailleurs conscientes de notre subjectivité en tant qu'examinatrices : nous participons à la thérapie de groupe et par conséquent, nous connaissons les patients ce qui peut influencer notre jugement. Pour une objectivité totale, il aurait fallu un examinateur externe qui n'aurait pas su que les patients participaient à une thérapie de groupe, mais nous n'en avons pas les moyens. Les patients, en outre, ont tendance à vouloir nous faire plaisir et montrer des évolutions positives dans leur langage et leur communication : ils n'agiraient peut-être pas ainsi avec un examinateur externe.

De plus, pour que les résultats soient probants, il est nécessaire de proposer cette rééducation durant un temps suffisant : la participation à 14 séances de groupe (à raison d'une séance de 2h par semaine pendant 3 mois) nous a paru être une durée pertinente pour voir les premiers résultats. On peut supposer qu'ils seraient

plus significatifs sur une période plus longue. Toutefois, cela ne pourrait être possible dans une structure hospitalière où les patients ne sont là que pour des périodes courtes.

La difficulté de trouver des patients aphasiques entrant dans nos critères d'inclusion nous a aussi contraintes à inclure dans l'étude un patient n'ayant pas dépassé sa période de récupération spontanée. Chaque patient de notre étude est à un stade différent de récupération, il est donc difficile de différencier l'apport de la thérapie de groupe par rapport à celui de la récupération.

Pour conclure, nous pourrions dire qu'il n'est pas aisé d'établir un protocole universel pour évaluer une thérapie de groupe : les activités proposées sont en effet différentes d'un groupe à l'autre, tout comme les patients et leurs difficultés. L'évolution est montrée seulement pour les patients ayant participé à la thérapie en question avec ses propres activités, thérapeutes et participants. Il faudrait avoir une population d'aphasiques assez nombreuse avec des troubles homogènes pour prouver statistiquement les impacts du groupe. De plus, il est quasiment impossible d'évaluer sans biais l'efficacité de cette thérapie sur tous les niveaux (notamment qualité de vie et statut psychologique) et d'en généraliser les résultats : les variables extérieures à la thérapie sont nombreuses.

Toutefois, si les résultats obtenus ne prouvent pas, ils suggèrent beaucoup de points positifs que nous allons exposer par la suite.

2.2. Enjeux et limites de la création d'un groupe de communication en CRF:

Un des enjeux principaux d'un groupe est de rassembler et motiver tous les participants autour d'un objectif commun. Nous avons expérimenté le montage d'une pièce de théâtre. Celle-ci a servi de fil conducteur pendant trois mois, et la représentation finale qui en était le but a vraiment tenu en haleine les patients jusqu'à la fin de la période de rééducation.

Pour mettre en scène cette pièce, il a fallu contrer toutes les difficultés relevant de la création du groupe en centre : arrivée et départ de patients en milieu de session, abandon de participants peu motivés, mise à disposition d'un local adapté,

signature de fiches autorisant la diffusion de l'image (pour pouvoir filmer). La meilleure solution que nous avons trouvée pour garder la même équipe pendant un certain temps est la mise en place des sessions de trois mois avec signature d'un petit engagement, au bout de deux séances d'essai. Cela permet de constituer un groupe régulier avec des membres motivés et contents de venir.

Par ailleurs, il est difficile de former un groupe homogène en centre de rééducation fonctionnelle: les entrées de patients sont variables d'une période à l'autre de l'année et le nombre d'aphasiques varie énormément. Or par principe, tous les patients aphasiques ou présentant des troubles gênant la communication, doivent pouvoir participer au groupe s'ils répondent aux critères d'entrée. Il est alors compliqué de réunir des patients ayant le même niveau et le même type d'aphasie. Cette hétérogénéité du groupe présente à la fois des atouts et des inconvénients :

- Les différences interindividuelles peuvent beaucoup apporter à l'ensemble du groupe: entraide, encouragement, association de compétences. Les patients fluents et sans aucun trouble de compréhension sont très aidants et n'ont pas exprimé de sentiment de gêne face aux fait de se trouver avec d'autres patients plus en difficulté, ayant des troubles de compréhension associés. Ils s'en sentent plutôt valorisés. Par ailleurs, même si certaines discussions, centrées sur les difficultés de communication d'un patient, ne concernent pas tout le monde (certains sont moins empathiques que d'autres et préfèrent se mettre à l'écart quand ils ne se sentent pas concernés par le sujet), elles n'en sont pas moins constructrices pour tous.
- Cependant, nous devons faire attention aux patients qui restent longtemps dans le groupe : ils voient les autres progresser et partir du centre sans que leur situation à eux ne change. Des sentiments d'échec peuvent apparaître.
- Il semble admis que les patients doivent tous avoir un bon niveau d'attention et de compréhension en conversation ainsi que des capacités minimales de communication. Ils ne doivent pas avoir de troubles psychiques ou psychologiques sévères associés.

Nous pouvons conclure à ce sujet que l'hétérogénéité d'un groupe peut-être un bienfait pour tous à condition d'être vigilant aux ressentis des patients et d'adapter les exercices au niveau de tous. Si le but initial des activités est commun, les patients auront chacun leurs propres objectifs personnels à atteindre.

Venons-en à la question du nombre idéal de thérapeutes. Bien entendu, cela dépend du nombre de patients du groupe : 1 ou 2 thérapeutes semble bien adapté pour un petit groupe de 4 ou 5 patients, et il est confortable de travailler à 4 lorsque le groupe atteint une dizaine de participants. Nous avons parfois fait des séances avec autant de thérapeutes (en comptant les stagiaires) que de patients (absence ou départ, peu d'entrées) : les séances étaient enrichissantes, et les patients les plus en difficulté mieux soutenus. Toutefois, la présence de trop de thérapeutes peut avoir un effet négatif sur le groupe : moins de temps de parole laissé aux patients, moins d'autonomie, et parfois trop de discussions entre thérapeutes.

Autres remarques :

- Il est important de garder la structure de la séance à l'approche de l'échéance du spectacle final, il ne faut pas perdre de vue l'objectif premier du groupe : l'amélioration de la communication et des interactions sociales. Pour cela il est nécessaire de ne pas abandonner les activités de communication du début de séance (rythme, mimes, jeux de langage) et de garder du temps en fin de séance pour un jeu collectif. La répétition de la pièce de théâtre prend beaucoup de temps et peut être source de fatigue pour les patients même s'ils sont tous motivés pour la mener jusqu'au bout : il faut préserver des temps de pause ou d'activités plus calmes.
- Il faut faire attention à ne pas trop mener la séance, à ne pas trop parler et à laisser la place au discours des patients, quitte à laisser parfois des silences dans la conversation. Cela n'est pas si grave et arrive aussi en situation naturelle de communication.
- Nous avons à plusieurs reprises filmé des parties de séance. Nous les avons visionnées quelques fois entre thérapeutes pour prendre un peu de recul, quelques fois avec les patients. Cela était support de discussion, et permettait à certains de mieux se rendre compte de leurs progrès et points faibles.
- Il est important de tenir compte de l'avis du patient sur le groupe: comment se sent-il, est-il à l'aise, est-il motivé? Cela l'encourage t-il?
- Inviter des proches à assister à un spectacle préparé par le groupe ou à venir partager un goûter nous semble un bon moyen pour mieux investir les familles dans la prise en charge orthophonique et donner une dimension sociale au travail qui est fait en séance.

2.3. A propos du répertoire d'activités

Nous avons créé un répertoire des différentes activités proposées pendant cette première année de groupe. Celui-ci rassemble celles qui nous ont paru les plus intéressantes et les mieux adaptées pour des patients aphasiques. Elles sont présentées sous forme de tableaux dans lesquels nous avons noté les observations et remarques utiles tirées de notre expérience : la durée de l'activité, son appréciation par les patients, la difficulté de l'exercice.

Ce répertoire n'est bien sûr pas exhaustif mais il propose un panel d'activités dans les différents domaines qui permettent de renforcer les compétences communicationnelles : langage oral, communication non-verbale (prosodie, rythme, expression de visage, mime), activités de conversation plus écologiques, etc. Il pourra servir de support d'idées à tout orthophoniste désirant débiter une thérapie de groupe avec des patients aphasiques ou présentant d'autres troubles communicationnels.

3. Discussions des résultats avec hypothèses

Les principaux résultats obtenus méritent d'être discutés et comparés aux données de la littérature, nous reprendrons pour cela chacune des hypothèses.

- La prise en charge en groupe permet d'augmenter les capacités communicationnelles des patients aphasiques, en favorisant l'investissement de tous les canaux à disposition pour faire passer un message (communication totale).

→ Cette hypothèse est confirmée par les résultats des patients au TLC, chacun a amélioré ses habiletés communicationnelles. Toutefois, les patients n'ont pas tous progressé de la même manière, deux ont investi des canaux de communication peu utilisés auparavant mais deux autres ont amélioré leur communication grâce à leurs progrès langagiers. Trois patients sur quatre ont montré des changements positifs dans les habiletés et habitudes de conversation. Ces résultats sont en accord avec les travaux de Elman et Bernstein-Ellis (1999) qui avaient montré une évolution au niveau du langage et de la communication ainsi qu'avec ceux de Ross et al. (2006)

qui n'avaient pas obtenu de données statistiquement significatives mais avaient montré une évolution au niveau des habiletés communicationnelles.

- Elle aurait un impact positif sur la qualité de vie, améliorerait la réintégration dans la vie quotidienne à domicile et au sein de la société.

→ Hypothèse partiellement vérifiée.

Si on s'en tient aux résultats chiffrés du SIP 65, il apparaît que 2 patients sur 4 ont amélioré leur qualité de vie. Cependant, cela semble difficile de faire des conclusions probantes sur la passation du SIP seul car il y a trop de biais extérieurs. D'une part, l'évolution du point de vue moteur prend une grande place dans la mesure de qualité de vie : les patients qui vont mieux physiquement voient leur qualité de vie générale augmenter. D'autre part, la qualité de vie dépend énormément des conditions de vie : parallèlement au mode de prise en charge, d'autres facteurs comme le degré d'acceptation du handicap, l'adaptation de l'entourage, les moyens environnementaux, influenceront cette dernière.

C'est pourquoi nous avons également tenu compte des commentaires des patients durant l'évaluation et complété celle-ci par les informations recueillies dans le questionnaire d'avis sur le groupe (voir annexe n°10). Selon eux, leur qualité de vie s'est améliorée au sein du centre (plus d'échange entre les membres du groupe mais aussi avec d'autres personnes du centre), mais le groupe n'a eu que peu d'impact au niveau familial et social jusqu'à présent. Deux des patients nous ont toutefois assuré qu'ils parlaient des activités effectuées au groupe avec leurs proches.

La courte période qui sépare les deux évaluations peut être mise en cause. On peut supposer qu'une période plus longue de rééducation associée à l'implication régulière des familles dans le groupe permettrait un impact à plus grande échelle sur la qualité de vie. Il n'est pas aisé de communiquer avec les familles lors de la prise en charge en centre et nous n'avons pas eu beaucoup d'occasion d'organiser des rencontres patients/familles. L'invitation des familles et des amis au spectacle construit par les patients a été très appréciée de tout le monde. Elles ont découvert le travail effectué en séance et avaient beaucoup de questions à poser après le spectacle. Nous pensons que c'est une expérience à renouveler.

Les quatre autres études (résumées en partie théorique) s'étant intéressées aux modifications dans la vie quotidienne rapportent des bénéfices au niveau social

ou familial du groupe. Pour Patry et Al. en 2006, c'est un des impacts majeurs observés. De même, Ross et Al. (2006) observent dans leur évaluation que plusieurs de leurs participants ont amélioré leur qualité de vie. Comme nous l'avons mis en évidence dans notre mémoire, toutes ces études ne démontrent pas de manière objective le bénéfice de la thérapie de groupe sur la qualité de vie.

- Elle permettrait de prévenir ou de réduire la dépression post-AVC lorsque celle-ci n'est pas la conséquence directe de la lésion.

→ Hypothèse non vérifiée.

Le statut psychologique est dépendant de trop de facteurs extérieurs (vie de famille, santé physique, relations sociales) pour conclure à un impact positif dû à la seule rééducation de groupe.

D'autre part, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les deux patients ayant tendance à la dépression le sont du fait direct de leur lésion ou du fait des conséquences de leur lésion (trouble du langage et diminution physique).

Notons que la seule étude (Ross et al.) qui avait utilisé une échelle de mesure de la dépression (The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) n'a donné aucune conclusion à ce sujet.

- Elle permettrait au patient de reprendre confiance en lui et en sa parole:

→ Le questionnaire de satisfaction que nous avons proposé aux patients a mis en évidence que ces derniers, chacun à leur niveau, ont récupéré un peu de confiance en leur parole et se sentent plus à l'aise en situation de communication. Pour certains, cette amélioration ne s'est pas généralisée à l'extérieur du centre : cette hypothèse est donc partiellement vérifiée. Cela est en accord avec les résultats de Elman et Bernstein-Ellis (1999) qui avaient observé un regain de confiance en eux et en leur parole chez certains patients.

- Elle permet d'échanger sur les difficultés liées à l'aphasie.

→ A chacune des séances, un temps de parole était donné aux patients qui avaient envie de s'exprimer sur ce qui leur posait problème ou sur ce qui les angoissait. C'est lors du tour de table qui débute la séance ou du bilan final, mais aussi pendant les temps de pause ou de partage d'un goûter que les échanges les plus riches ont eu

lieu. À plusieurs reprises, lorsqu'un patient arrivait déprimé, découragé par les difficultés liées à l'aphasie, ses camarades, même les patients les plus confus, ont témoigné beaucoup d'empathie et ont apporté des paroles de réconfort. Il lui était possible de partager ses angoisses et de se sentir soutenu. Ces situations de partage ne peuvent faire disparaître totalement les dépressions passagères mais permettent au moins de voir réapparaître des sourires.

- Nous en sommes maintenant convaincues, l'expérience de groupe aide à établir des relations sociales et amicales au sein de l'établissement.

→ Cela n'est en effet pas chose facile pour les patients ayant des troubles du langage d'entamer des discussions, de suivre les conversations et de s'intégrer dans un groupe de personnes fluentes, n'ayant pas de troubles de la communication. Mais l'atelier de groupe fait parfois des curieux, et les acteurs ont alors l'occasion d'expliquer pourquoi ils participent au groupe et ce qu'ils font pendant la séance. Ils avaient également pour mission de distribuer les invitations pour la pièce de théâtre aux personnes qu'ils appréciaient le plus dans le centre (patient ou thérapeute). Des liens se sont tissés avec les patients extérieurs au groupe mais aussi entre patients participant au groupe : il n'est pas rare de les croiser ensemble dans les couloirs ou à la cafétéria.

4. Apports pour la pratique orthophonique :

De nos jours, la prise en charge en groupe des personnes aphasiques nous semble indissociable de la thérapie individuelle. Ces deux approches ont chacune montré leurs atouts et sont complémentaires. En effet, si la rééducation individuelle s'intéresse principalement aux aspects formels du trouble langagier, la situation de groupe permet d'exercer les compétences langagières de façon plus écologique et ainsi d'agir sur les conséquences fonctionnelles de l'aphasie.

Depuis que les cliniciens s'intéressent à évaluer les effets des prises en charge de groupe, aucun consensus n'a jamais vraiment existé. Aucune étude n'a montré de façon objective les bénéfices sur un triple aspect : le langage, la communication et la qualité de vie du patient. Cela est dû en grande partie aux difficultés d'évaluer un

groupe de personnes dont chaque cas est particulier : il n'y a pas deux aphasies identiques et chaque patient a sa propre histoire. Toutefois, toutes ces études ont apporté un petit plus pour l'expérience de groupe, et montrent à chaque fois que ce type de rééducation porte ses fruits et engendre des effets positifs dans différents domaines pour les patients. Notre étude vient confirmer l'apport positif du groupe pour la rééducation de l'aphasie.

S'il n'a pu prouver de manière objective l'efficacité de la thérapie de groupe, ce mémoire permet de témoigner d'une expérience de groupe au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle. Il apporte un éclairage sur les meilleures attitudes à adopter lors de la création d'un groupe dans le secteur hospitalier.

De plus, il donne des suggestions d'activités qui pourront servir de support de communication pour les patients aphasiques (voir livret annexe).

La participation aux séances de groupe fut pour nous très enrichissante. Cela a beaucoup apporté à notre pratique clinique, et a permis d'élargir nos points de vue sur la rééducation orthophonique de l'aphasie : nous ne devons pas rester centrés sur le seul déficit langagier, mais devons considérer la personne aphasique dans sa globalité afin de tout faire pour limiter l'impact des troubles dans sa vie quotidienne.

Nous encourageons donc tout orthophoniste qui désire débiter une thérapie de groupe à se lancer dans l'expérience. Cela demande beaucoup d'investissement et de motivation, mais voir des patients aphasiques rire et partager autant de bonne humeur en vaut la peine.

Conclusion

Ce mémoire vise à partager une expérience de groupe avec des patients aphasiques en centre de rééducation fonctionnelle. Nous y décrivons son mode de fonctionnement, les obstacles franchis, ainsi que les évolutions : la rééducation a intégré des activités de plus en plus écologiques et a récemment abouti à la création d'une pièce de théâtre. La représentation de cette pièce a permis aux patients de valoriser leurs compétences aux yeux de leur famille et de retrouver un statut social.

L'un de nos objectifs était d'évaluer les apports de ce type de thérapie pour des personnes aphasiques au niveau du langage, de la communication, de la qualité de vie et du statut psychologique. Nous avons pour cela élaboré un protocole d'évaluation et présenté les cas de quatre patients aphasiques. Notre étude a montré des évolutions au niveau langagier et communicationnel pour chaque patient. Les améliorations sur certains aspects de la qualité de vie, ainsi que l'impact plutôt positif sur le statut psychologique de trois de nos patients ne peuvent toutefois être attribués au seul effet de la thérapie de groupe.

Nos résultats ne sont pas généralisables mais ils sont largement significatifs à notre échelle, pour nos patients et pour les thérapeutes du centre qui ont pris l'initiative de mener la thérapie de groupe. Nous n'avons pu effectuer une étude contrôlée et celle-ci ne concerne qu'un nombre réduit de patients. Toutefois, l'évaluation mise en place dans le cadre de ce mémoire permet de justifier les effets de ce type de thérapie et de faire un bilan complet des compétences et des ressentis des patients. Elle est essentielle pour améliorer les objectifs du groupe et pour mieux prendre en compte les besoins des patients. En outre, à l'heure où l'on nous demande de plus en plus de justifier nos actes, il paraît inconcevable de mener une rééducation sans en évaluer un minimum les effets : la traçabilité des activités rééducatives et de leurs impacts semble indispensable.

S'il est certain que l'évaluation d'une thérapie de groupe en aphasie est soumise à de nombreuses contraintes, cette étude montre que cela est réalisable : la création d'un protocole universel d'évaluation semble peu exploitable mais individuellement, chacune des expériences cliniques doit pouvoir trouver le mode d'évaluation qui correspond le mieux à ses propres objectifs. Nous devons dans tous les cas garder à l'esprit que l'expérience clinique apporte parfois autant que des résultats plus objectifs.

Bibliographie

AMSTRONG E., FERGUSON A. (2010), Language, meaning, context, and functional communication, *Aphasiology*, 24(4), 480-496.

AVOT S. et HERBERT E. (2000), *Tour d'Europe en 15 séances, Mise en place d'un groupe pour adultes cérébrolésés en cabinet libéral avec évaluation du déficit, de l'incapacité et du handicap*, Mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2.

BACHY-LANGEDOCK N. (1988), *Batterie d'examen des troubles en dénomination*. Bruxelles : Editest.

BASSO A. (2010), « Natural » conversation: A treatment for severe Aphasia, *Aphasiology*, 24(4), 466-479.

BEEKE S., MAXIM J., WILKINSON R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Semin Speech Lang*. 28(2). 136-147.

BENAIM, C., CAILLY, B., PERENNOU, D., PELISSIER, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*, 35, 1692-1696.

BENAIM C., PELISSIER J., PETIOT S., BAREIL M., FERRAT E., ROYER E., MILHAU D., HERISSON C. (2003). Un outil Francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique: le SIP-65. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 46. 2-11.

BENAIM C., LORAIN C., PELISSIER J., DESNUELLE C. (2007). « Dépression, qualité de vie et Aphasie » In : Mazaux J.M., Pradat-Diehl P., Brun V.. *Aphasie et Aphasiques*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, 283-289.

BENECHÉ M. et CORTIANA M. (2007). *La communication des adultes cérébrolésés: description, évaluation et prise en charge*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2.

BLOUIN C., FERGUSON I. et POTVIN D. (1997). *La thérapie de groupe chez les patients aphasiques*. Thèse d'Orthophonie. Université de Montréal.

BONNAFONT C. (1977). *Les silencieux messages du corps*. Paris: Editions Buchet/Chastel.

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E. et MASY V. (1993). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

BUTTET-SOVILLA J. (1997). « Les thérapies de groupe » in: EUSTACHE F., LAMBERT J., VIADER F. (DE BOEK Université). *Rééducations neuropsychologiques* Bruxelles: 97-123.

BUTTET-SOVILLA J. (1999). Les thérapies de groupe en aphasiologie. *Rééducation orthophonique*, 198, 123-136.

CAPUTO S. and ZIOL E. (1989). *Group activities for brain injured adults*. Idyllwild, Californie : Imaginart Press.

CHETELAT-MABILLARD D. (2003). *Du CAPPa au PACPA. Réflexion autour d'un outil d'analyse conversationnelle anglais adapté à des patients aphasiques francophones*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Neuchâtel.

CHETELAT-MABILLARD D., BUTTET-SOVILLA J. (2003). Essai d'utilisation du « Conversational Analysis Profile for People with Aphasia » (CAPPa). *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 38/39. 111-128.

CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I. (2010). *Les aphasies. Evaluation et rééducation*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

CORRAZE J. (1980). *Les communications non verbales*. Paris: Presses universitaires de France.

COSNIER A. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*. 9(11). 2033-2049.

DALEMANS R., de WITTE L.P., LEMMENS J., VAN DEN HEUVEL W.J., WADE D.T., (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6). 542-555.

DALLE S. et RAUX C. (2001). *Normalisation et validation du Test Lillois de Communication destiné à l'adulte cérébrolésé*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2.

DARRAS L. (1998). Études de groupes et efficacité de la rééducation de l'aphasie – Proposition pour une méthodologie prospective. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.

DAVIET J.C., MULLER F., STUIT A., DARRIGRAND B., MAZAUX J.M. (2007). « Communication et Aphasie » In : Mazaux J.M., Pradat-Diehl P., Brun V.. *Aphasie et Aphasiques*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, 76-86.

DELACOURT A. et WYRZYKOWSKY N. (1999). *Élaboration d'un bilan de communication destiné à l'adulte cérébrolésé. Normalisation et validation*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2.

DELBOS N. et DUCROQUET A. (1999). *Efficacité de la rééducation orthophonique dans l'aphasie globale, mise en place du protocole d'étude*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.

DONNEGER A. et HUYGHE M. (1998). *La rééducation de groupe en Aphasie*. Exposé d'orthophonie 3ème année. Université de Lille 2.

DEMEULIER C. et THIRION C. (2006). *Étude des modifications du comportement émotionnel chez des patients cérébrolésés*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.

ELMAN R.J., BERNSTEIN-ELLIS E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 411-419.

ELMAN R.J., BERNSTEIN-ELLIS E. (2007). « Aphasia group communication treatment: The Aphasia Center of California Approach » In : ELMAN R.J. *Group treatment of neurogenic communication disorders*. San Diego : Plural Publishing, 71-94.

FEYEREISEN P. (2003). « Procédés non verbaux de communication » In : Rondal J. et Seron A. *Troubles du langage: diagnostic, bases théoriques et rééducation*. Sprimont (Belgique) : Pierre Margada, 349-372.

GOLDIN-MEADOW (1999). The rôle of gesture in communication and thinking. *Trends in cognitive sciences*. Vol 3, No 11. 419-429.

GONZALEZ I., BRUN V. (2007). « Communications alternatives et suppléances fonctionnelles » In : Mazaux J.M., Padat-Diehl P., Brun V.. *Aphasie et Aphasiques*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, 251-261.

HILARY K. (2010). « the impact of stroke: are people with aphasia different to those without? », *Disabil Rehabil PubMed*.

JUSTE P. et VAN BOGAERT S. (1996). *Indications, objectifs, techniques de groupe de communication pour adultes cérébrolésés*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.

KAGAN A., WINCKEL J., BLACK S., DUCHAN J.F., SIMMONS-MACKIE N., SQUARE P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(1). 67-83.

KEARNS K.P. (1994). « Group therapy for aphasia: Theoretical and practical Consideration In : Language intervention stratégies in adult aphasia. Baltimore : William et Wilkins, 304-321.

LABOUREL D. (1979) « Communication non verbale et aphasie » In: Seron X. *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles: Margada.

LISSANDRE J.P., STUIT A., DAVIET J.C., PREUX P.M., MUNOZ M., VALLAT J.M., DUDOGNON P., SALLE J.Y. (2007). « Les thérapies pragmatiques et la PACE» In : Mazaux J.M., Padat-Diehl P., Brun V.. *Aphasie et Aphasiques*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, 233-241.

MARTIN Y. (2008). Cours de l'institut d'Orthophonie de Lille.

MAZAUX J.M. et ORGOGOZO J.M. (1982). *Boston Diagnostic Aphasia Examination, échelle française*. Issy-les-Moulineaux : Les Éditions scientifiques et psychologiques.

MAZAUX J.M., PRADT-DIEHL P. et BRUN V. (2007). *Aphasie/Aphasiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

NESPOULOUS J.L., ROCH LECOURS A., LAFOND D., LEMAY A., PUEL M., JOANETTE. Y., COT. F. et RASCOL A., édition révisée par BELAND R. et GIROUX F. (1992). *Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie*. Isbergues: Ortho Edition.

PARIEL-MADJLESSI S., POUILLON M., ROBCIS I., SEBBAN C., FRÉMONT P., BELMIN J. (2005). « la dépression: une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral après AVC chez les sujets âgés », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*.

De PARTZ M.P. (2003). « L'aphasie au quotidien: du déficit au handicap » In : Juillerat Van der Linden A.C., Aubin G., Le Gall D., Van der Linden M. *Neuropsychologie de la vie quotidienne*. Marseille : Solal. 131-158.

De PARTZ M.P. (2007). « De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction» In : Mazaux J.M., Padat-Diehl P., Brun V.. *Aphasie et Aphasiques*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson, 242-250.

PATRY J.F., ARINO C., BAILLEIL N., KELLER O., LAMARQUE J., LANEIGE C., LATOUR M., MERCIER N. et SIMON C. (2006). « Favoriser la communication des

aphasiques par l'équipe soignante: place d'un atelier de communication. » In: *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, 2006, 83-89

PILLON A., De PARTZ M.P. (2003). « Aphasies » In : Rondal J. et Seron A. *Troubles du langage: diagnostic, bases théoriques et rééducation*. Sprimont (Belgique) : Pierre Margada, 659-700.

RODE G., THOMAS-ANTERION C., LUAUTE J., JACQUIN-COURTOIS S., CIANCIA S., ROSSETTI Y., BOISSON D. (2005). Evaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 48. 376-391.

ROSS A., WINSLOW I., MARCHANT P., BRUMFITT S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*. 20, 427-448.

ROUSSEAUX M., DAVELUY W., KOSLOWSKI O. (2009). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of neurology*. 257(7). 1099-1107.

ROUSSEAUX M., DELACOURT A., WYRZYKOWSKY N., LEFEUVRE M. (2003) *Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho Edition.

SAINT-OMER L., LEFEUVRE M., COLINOT V. (2010). *Création d'un roman policier entre orthophonistes et aphasiques*. Mémoire d'Orthophonie. Université de Lille 2.

SANDER A.M., FUCHS K.L., HIGH W.M. Jr, HALL K.M., KREUTZER J.S., ROSENTHAL M. (1999). The Community Integration Questionnaire Revisited: An assessment of factor structure and validity. *Archive of physical and medical rehabilitation*. 80. 1303-1308.

DE SAUSSURE F. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris : Payot.

SERON X. (1979). *Aphasie et neuropsychologie*. Bruxelles: Editeur Margada.

SHISLER-MARSHALL R. and WALLACE T. (2009). The effect of combined individual treatment on functional communication in aphasia after acquired brain injury. *Journal of Medical Speech – Language Pathology*, 17(3). 111-125.

SOHLBERG M.M. And MATEER C.A. (1989). « Conducting Group Therapy with Head-Injured Adults » In :Sohlberg M.M. and Mateer C.A.. *Introduction to cognitive rehabilitation. Theory and practice*. New-York : The Guilford Press, 303-326.

STERN R.A., HOOPER C.R. Et WOLFNER G. (1997). Visual Analog Mood Scale to measure internal mood state in neurologically impaired patients : description and initial validity evidence. *Aphasiology*, 11, 59-71.

VAN STRATEN A., DE HAAN R.J., LIMBURG M., SCULING J., BOSSUYT P.M., VAN DEN BOS G.A.M. (1997). A Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile to Assess Quality of Life (SA-SIP30). *Stroke*, 28, 2155-2161.

WILLER B., OTTENBACHER K.J., COADL M. (1993). The Community integration questionnaire. A comparative examination.. *American journal of physic and medical rehabilitation*. 73(2).103-111.

WINKIN Y. (1981). *La nouvelle communication*. Paris : Editions du Seuil

WORRALL L., BROWN K., CRUISE M., DAVIDSON B., HERSH D., HOWE T., SHERRATT S. (2010). The evidence for a life-coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, 24(4). 497-514.

Annexes

Annexe n°1 : Échelles de satisfaction

Nom : M

Appréciation des activités de la séance :



Ordre de préférence des activités :

- 1 : **THALIS**
- 2 : **Jeu**
- 3 :

Comment je me situe par rapport à mes objectifs personnels :



Date : 12/04

Nom : J-C.

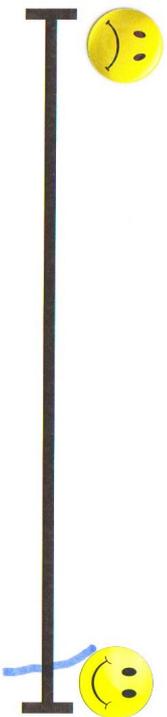
Appréciation des activités de la séance :



Ordre de préférence des activités :

- 1 : **TAFLE**
- 2 : **JEUX**
- 3 :

Comment je me situe par rapport à mes objectifs personnels :



Date : 15/04

Annexe n°2 : Exemple de compte-rendu de séance :

Date : 5 octobre 2010

THEME DU JOUR

Animateurs : S., A. (stagiaire), M. (stagiaire) et F.

Patients : S., BM., G., Y., J., B., Y.

Supports :

- Rythme et chant
- Débat : thème « construction de la future ville ». Prévoir une maquette à construire.
- Jeu : de mimes. Catégories : métiers.

Lieu : salle polyvalente

2/ Activités

- **Chant :**

- o chant : Edith Piaf « la vie en rose »
- o une phrase de la chanson (ex : sur « il me parle tout bas » dans « la vie en rose ») avec :
 - un rythme différent
 - une intonation différente (ou sentiment : étonné, colère, surprise...)
 - Selon l'intonation proposée par le patient voir si on ne peut pas deviner s'il était étonné ou etc..

Possibilité de proposer l'exercice sur une phrase neutre, sans jugement de valeur...

- **Histoire se poursuit et deux projets se mettent en place :**

- o un groupe pour débattre de la vie dans la navette et de la vie en société sur future planète d'accueil (S., G., Y., S., F.)
- o un groupe pour débattre de la construction de notre « station » (Y., JC, BM., A., M.)

- **Jeu collectif final :** Taboo à l'envers

3/ Debriefing

Appréciation générale des 7 patients : 86% de satisfaction (à partir de l'échelle analogique).

- o Activités préférées : 1/ navette 2/ taboo 3/ chant

Avis des thérapeutes :

- **Activité rythme et chant :** cette partie paraît « lourde », manque de dynamisme, paraît long. On peut essayer la semaine prochaine, de faire plus court et avec un poste radio pour avoir le fond sonore.
- **Groupes projet « navette » et « ville » :**
 - o **Navette :** on a démarré en créant le plan de la navette. Chaque participant a dessiné un projet et on a dessiné ensuite la maquette ensemble, avec l'avis de tous : chacun a émis ses idées. Les thérapeutes ont juste fait remarquer l'importance de critères logiques dans la répartition des pièces : ne pas mettre la salle de repos à côté de l'atelier de réparation....(cf plan réalisé). Ensuite, les réflexions ont porté sur la « cuisine ». Y. participe peu : elle écoute et se dit juste d'accord ou pas sur ce qui est dit. G. et S. ont bien participé. 4 repas par jour, cuisine faite par une personne à choisir et son suppléant ou à tour de rôle (à décider en vote la semaine prochaine).
 - o **Ville :** on a créé un plan de la station en prenant les idées de tout le monde ; B. très à l'aise, très prolixe mais parfois ses idées étaient en décalage par rapport aux autres idées du groupe. Il ose s'imposer.
- **Jeu de langage :** bonne activité pour finir la séance. Globalement, tout le monde participe, excepté Y. et BM. (nécessité d'être à côté d'eux pour stimuler).

Date : mardi 19 octobre

THEME DU JOUR

Animateurs : S., A. (stagiaire), M. (stagiaire) et F.

Patients :

- S. - BM.
- Y. - J.
- B. - Y.
- G. - J.

lieu : salle polyvalente

Supports :

- Trouver la chanson et deviner l'émotion
- Débat : présentation du travail des 2 groupes.
- Jeu : POKER.

1/ Introduction de la séance

2/ Activités

- **Accueil : 5 mn**
- **DUREE (30 mn) Introduction :**
 - o **1 Quizz musical**
 - o **Devine expressions** : du type « se prendre la tête », « avoir le melon », « pousser mémé dans les orties », « avoir les chevilles qui enflent », « avoir un poil dans la main », « avoir mal aux cheveux », « avoir la gueule de bois », « avoir les yeux plus grands que le ventre », « mettre les pieds dans le plat », « cracher dans la soupe », « avoir les dents qui baignent », « avoir un chat dans la gorge »
 - Par différents moyens : dessin, mime, onomatopées mais PAS DE PAROLE
- **DUREE (45 mn) L'histoire se poursuit et deux projets se sont mis en place :**
 - o Refaire le point par groupe de ce qui avait été fait (pour permettre aux patients de se remémorer les réflexions qui ont eu lieu).
 - un groupe a débattu de la vie dans la navette et de la vie en société sur future planète d'accueil (S, G, Y, S, F)
 - un groupe a débattu de la construction de notre « station » (Y, J, BM., A, M)
 - o Aujourd'hui, les 2 groupes vont « jouer » la présentation de leur projet, au sein du « Comité de décision ».
- **Pause : 15 mn**
- **DUREE (25 mn) Jeu collectif final : POKER. NON FAIT**
- **Evaluation (5 mn) : traçabilité**

3/ Debriefing

Appréciation générale des 7 patients : 83% de satisfaction (à partir de l'échelle analogique).
 Activité préférée : le débat (sauf BM) et en second, les expressions imagées.

Avis des thérapeutes :

- **Introduction** : trop longue aujourd'hui (on n'a pas eu le temps de faire la dernière activité). Ne pas faire présenter par les patients car impossible à faire pour les patients mutiques comme BM et Y. A noter, E. arrive la semaine prochaine et est aussi très peu fluent. Prévoir la présentation des membres du groupe à la façon « drap » (cf. M.)
- **Jeu des expressions imagées** : impression différente entre les patients qui ont classé cette activité en second et les thérapeutes qui ont trouvé cette activité intéressante. Les patients étaient concentrés, J. qui a du mal à passer par le mime, a été obligé de s'y mettre. S. est bon pour découvrir les expressions mais pas bon pour faire deviner aux autres. Même Y. a participé. Pour BM., cela reste difficile car sa compréhension écrite est aléatoire (compréhension littérale des mots mais pas de prise de recul sur l'expression).
- **Débat** : on a commencé à présenter le travail de réflexion sur l'organisation de la planète. A permis de passer par une tâche de mémoire et d'expression pour S. qui a présenté le projet. Tâche d'évocation quand on demande aux spationautes d'indiquer quels légumes et fruits ils souhaitent cultiver dans le jardin d'hiver... → Finir la présentation de ce travail la semaine prochaine et présenter le contenu du second groupe

COMPTE-RENDU SEANCE N° 1 DU 18 JANVIER 2011

Lieu : salle de coordination

Présents

PATIENTS	THERAPEUTES
B	Y
M	F
J	A stagiaire
E	M stagiaire
G	
A	
M	

Contenu

1/ Introduction de la saison 2011

- Présentation des participants : arrivée d'A et de M
- Rappel rapide de la saison 2010 et présentation des objectifs de la saison N°2 pour 2011, avec l'objectif final de faire une représentation fin avril.
- Lecture de la lettre d'engagement prévisionnelle (sera distribuée aux patients la semaine prochaine pour lecture et signature).

2/ Activités

- binômes de discussion réalisés pour prendre connaissance (ou refaire connaissance).
 - A et B: A arrive à dire « *chasse* » en présentant B, par lecture labiale sur les lèvres de F. Ensuite, il peut montrer sur une carte où habite B (mais s'est néanmoins trompé la première fois, lorsqu'on lui demande de montrer sur la carte où habite B, il indique son propre lieu d'habitation - problème de compréhension ou d'attention à la question). B a présenté A sans difficultés (a eu la délicatesse de ne pas parler des problèmes familiaux évoqués par écrit par A). Sa présentation était adaptée et s'est montré dans l'empathie vis à vis d'A (point + pour B qui a parfois des problèmes de pragmatique).
 - J et M : ils ont souhaité démarrer la discussion seuls, sans l'intervention des thérapeutes, comme s'ils s'étaient rencontrés ailleurs. Ils ont eu un bon contact car ont le même niveau socio-culturel (directeurs), vies personnelles proches (divorces, enfants, apprécient les voyages...). J a eu peu de difficultés articulatoires lors de la présentation devant tout le monde et a su demander l'aide d'un thérapeute quand il a été gêné (il utilise toujours peu les gestes). Pour une première fois, M s'est très bien présenté devant tout le monde, sans paraphasie ni persévération, très cohérent et concis. Alors qu'en séance individuelle, il présente un manque du mot, est parfois peu cohérent et fait des paraphrasies (« orthophoneur » pour « orthophoniste » par exemple).
 - M et A : M a été en difficultés à l'oral mais avait pu noter au tableau les éléments clés à évoquer. Il arrive à donner certains mots outils (« et le troisième » mais bute sur les mots clés à donner (« orthophoniste » pour « orthophoniste »). C'est comme s'il sortait au niveau oral ce qu'il peut sortir.
 - G et E : G a présenté ce qui intéresse E (le football, la musique d'ensemble et Y a soufflé les mathématiques. Pour E, sa présentation a été structurée (en premier, ... ;

en second...). Pas de redondance ou d'incohérence relevée. Par contre, Y a soufflé peut-être un peu vite les réponses à faire à E qui est lent à formuler ses réponses. E a pu se souvenir que G aime son petit-frère (ne se souvenait pas du prénom), qu'il aimait manger...(Y a donné « frites »), qu'il aime la musique (Y souffle « rap »), qu'il aime la conduite (Y souffle « karting »).

- Recherche du thème pour le théâtre :

- L'idée est de jouer quelque chose en 2 ou 3 actes
- Chacun doit ramener pour la semaine prochaine 3 idées pour la pièce :
 - 1 idée de film
 - 1 anecdote personnelle
 - 1 pièce de théâtre ou BD
- Si quelqu'un a un DVD ou un livre à consulter, il peut le ramener aussi. J parle alors de son ami Cauvin qui a écrit « les tuniques bleues » et « les femmes en blanc ».
- Type de jeu de scène : G, B, M et J sont partants pour une pièce humoristique.

Conclusion

Pour cette 1ère séance, on n'a pas fait d'évaluation par les patients. Le ressenti de l'équipe est positif, ressenti d'une bonne dynamique de groupe. Même A, avec ses problèmes de fluence, a fait l'effort de participer. M a semblé également satisfait, même s'il est discret.

A noter, à la fin de chaque présentation de binôme, les patients ont spontanément applaudi les présentations (sans que cela soit initié par les thérapeutes). Des prises d'initiatives ont été relevées : des patients, comme B par exemple, ont pris la parole pour poser des questions supplémentaires.

Plusieurs moments de rires et fous rires. Bonne humeur des patients et sourires (A a parfois décroché au cours du groupe mais était ouvert et souriant).

Pour la séance suivante

- Introduction : jeu du drap, donner 1 ou 2 éléments caractéristiques de chaque personne, en fonction de ce qui a été dit lors de la séance du 18/01.
- faire drôles de bobines (en fin de séance)
- visionner quelques sketches (chouchou et loulou ;)
- discussion/débat en fonction de ce que chacun aura rapporté → **ATTENTION, Y CONSACRER DU TEMPS.**

Matériel

- portable de M
- haut-parleurs de A
- fichiers F pour séquences films.

COMPTE-RENDU SEANCE N° 3 DU 1^{er} février 2011

Lieu : salle de coordination

Présents :

PATIENTS	THERAPEUTES
M.	S.
J.	F.
E.	A. (stagiaire)
G.	M. (stagiaire)
A.	
B.	

Contenu :

1/ Introduction de la séance

- Tour de table :

- E. a noté tous les prénoms pour s'en souvenir et a récapitulé tous les prénoms au début de la séance. Attention !!! Il a voulu enchaîner sur une explication à partir de 3 cas : nous avons pensé qu'il parlait de la séance mais il s'agissait d'une persévération de la séance de la matinée. Il s'agissait en fait de ses 3 objectifs sur le groupe à court, moyen et long terme.
- M. : plus en forme aujourd'hui !!! il parvient à donner le prénom de B. puis tout le monde discute autour de ses montres. G. lui propose de lui en donner une et A. réagit : il comprend et fait un geste vers G. en soulevant la manche de son pull pour voir s'il avait une montre !
- J. : parle de l'actualité sur l'Egypte

- Lettre d'engagement : signé en début de séance par tous les participants

2/ Activités :

- Jeu de mimes : chacun mime tout à tour un verbe d'action

Globalement, bonne participation, bonne dynamique de groupe. B. a des difficultés à se retenir de verbaliser (inhibition) lorsqu'il mime. A. en difficulté (apraxie), a refusé catégoriquement de le faire une seconde fois. Il arrive à exprimer son avis « pas tout de suite ». E. est approximatif dans ses gestes mais joue le jeu et en devient très comique !

A reproposez !!!!!!! peut-être encore une fois simplement puis envisager avec les émotions...

- Re-visionnage des scènes retenues la dernière fois du DVD de Fabienne «Un gars et une fille à l'Ile Maurice » → base un peu remaniée : non plus « une famille Cht'i part en vacances » mais thème général « départ en vacances »
- Brainstorming d'idées :
 - Problèmes à la gare : perte des billets
 - Problèmes à la gare : perdu sur le quai, difficulté à lire le billet (introduction d'une voix off)
 - Idée du couple d'hommes homo et de la famille de trois personnes
 - Scène de l'arrosage ? Scène de la jalousie ? Carnaval de Dunkerque ?
 - M. propose l'idée que les deux familles partent du Sud de la France (Pau) vers Bergues avec péripéties sur le trajet. Elles se rencontreraient dans le train et le contrôleur « un peu fou » viendrait perturber leur voyage, les enfants feraient des bêtises (le père s'endort en lisant un livre à ses enfants et ils en profitent pour lui préparer une blague : chantilly ou mousse à raser ds la main et ils viennent lui chatouiller le nez, résultat il s'en met partout OU accrochage de lacet au papa ou au couple d'homosexuel etc.
- Attribution des rôles :

- M. et B. : le couple d'homo
- A. : père et ses deux fils : G. et J.
- E. : le contrôleur « fou »
- Envisager une infirmière (l'une des thérapeutes) pour un malaise dans le train par exemple + enregistrement d'une voix off (patient ou thérapeute)

ATTENTION : comportement d'A. qui a demandé à partir à 15h30 alors que tout est arrangé pour l'horaire du mardi après-midi et qui ne voulait pas en démordre ou comprendre !!! a paru désagréable pour les autres patients, visage et gestes limites !! E. a réagit de façon adaptée en disant « on perd du tps ! Laissez le partir ». G. et J. ont acquiescé.

Conclusion

Le jeu de « Drôles de bobines » n'a pas été fait, ni le « time's up », les idées restent en stock » pour les prochaines séances.

Idée lancée : pause crêpes pour la chandeleur

Annexe n°3 : Feuille d'engagement au groupe théâtre

DATE :

Engagement au groupe théâtre

Vous suivez depuis quelque temps, le mardi après-midi, une rééducation de groupe. Cette séance de groupe a pour buts de :

- Développer la communication non verbale (par les gestes, l'intonation, la mimique).
- Favoriser le langage dans un contexte plus spontané et naturel, généraliser ainsi les acquis des séances individuelles. Ceci grâce à des situations d'échange ressemblant plus à celles de la vie quotidienne.
- Vous permettre d'échanger avec d'autres personnes présentant aussi des troubles du langage.
- Reprendre confiance en vos capacités de communication, afin de parler plus facilement face à une autre personne ou en groupe.

Nous vous proposons de poursuivre cette rééducation de groupe pendant 12 semaines. L'objectif final de ces 12 séances sera la présentation d'une mini pièce de théâtre par l'ensemble des membres du groupe. Chacun pourra alors inviter une personne de son choix à la représentation (famille, ami, thérapeute...)

Afin de créer une véritable dynamique de groupe, l'investissement et les idées de tous pour construire la pièce seront essentiels tout au long des séances.

Enfin, pour mieux vous rendre compte de vos progrès personnels, nous déciderons avec vous d'un ou deux petits objectifs de travail sur lesquels nous ferons le point régulièrement ensemble.

Vous engagez-vous à être présent à chaque séance pendant les 12 semaines jusqu'à la représentation de fin ?

OUI

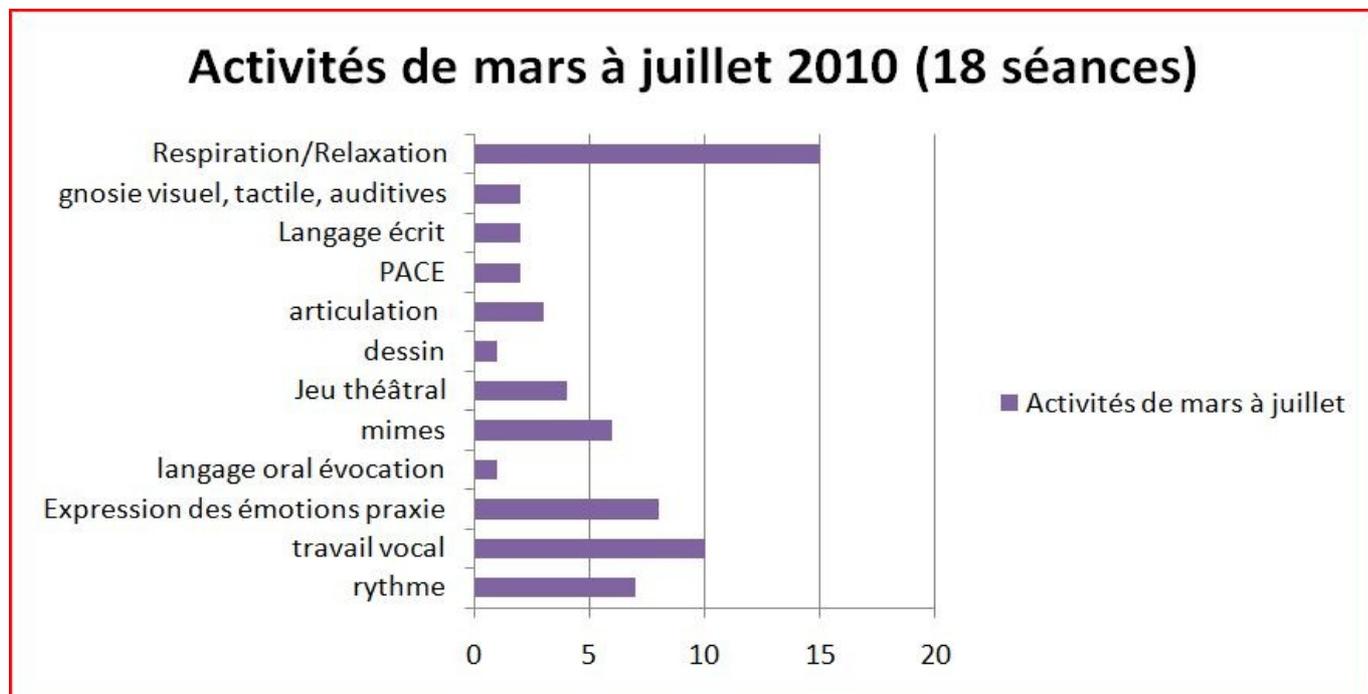
NON

Nom et Prénom

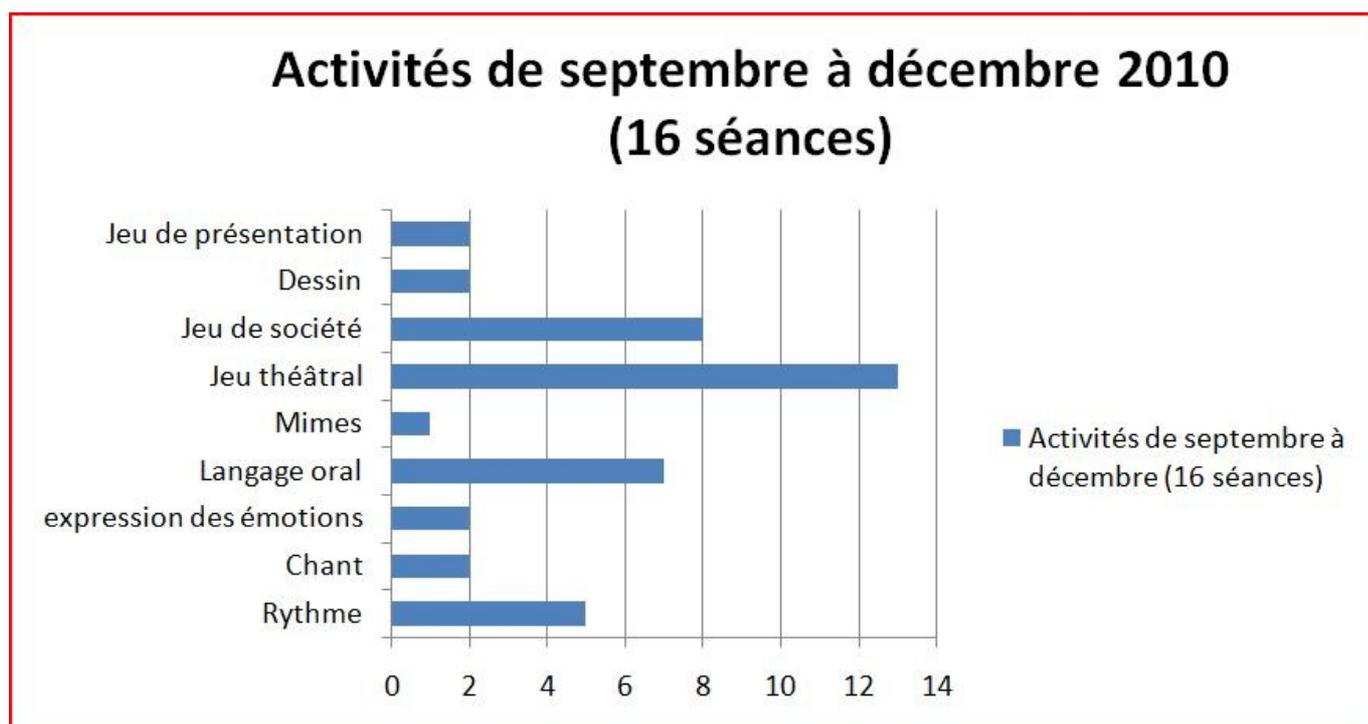
Signature :

Annexe n°4 : Evolution des activités entre mars 2010 et avril 2011 ; tableau de résumé de 14 séances :

Voici trois graphiques montrant l'évolution des activités entre différentes périodes du groupe : de mars à juillet 2010, de septembre à décembre 2010 et de janvier à avril 2011. Nous pouvons voir que l'activité théâtrale, très appréciée des patients, prend de plus en plus de place dans les séances.

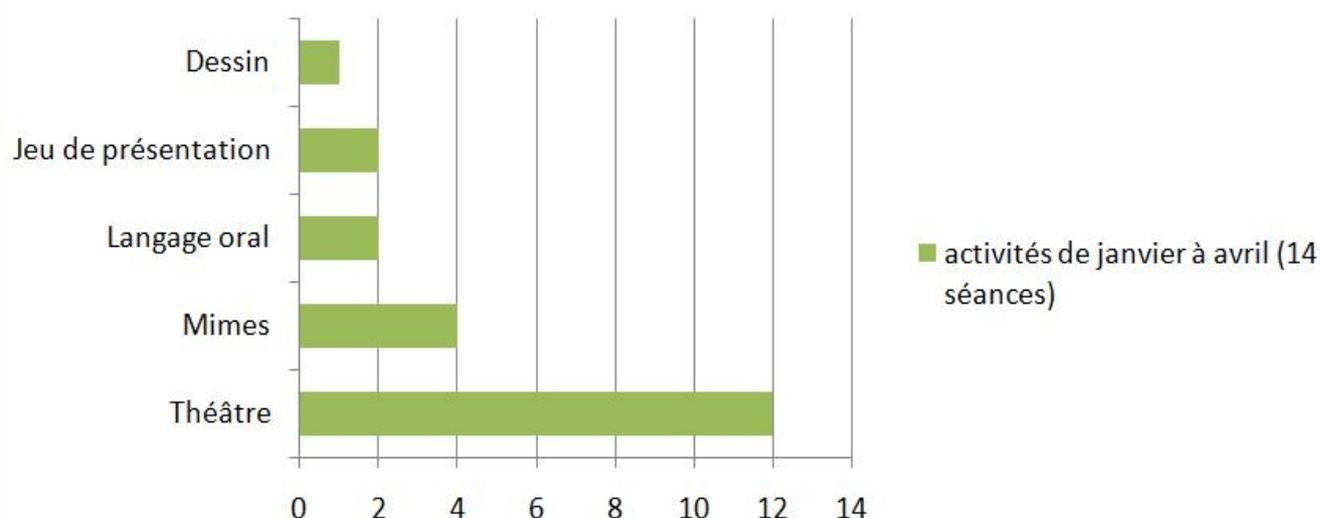


Répartition et fréquence des activités de mars à juillet 2010



Répartition et fréquence des activités de septembre à décembre 2010

Activités de janvier à avril 2011 (14 séances)



Répartition et fréquence des activités de janvier à avril 2011

Pour mieux visualiser l'évolution des activités à l'intérieur d'une session, nous avons recensé dans le tableau ci-après le déroulement général de 14 séances de groupe ayant eu lieu entre janvier et avril 2011. La finalité de cette session étant la mise en scène d'une représentation théâtrale, nous pourrions mieux nous rendre compte des étapes qui ont été nécessaires au montage de la pièce.

Séance	Patients	Thérapeutes	Déroulement	Appréciation
N°1: 18/01	7	3 ortho. 2 stag.	Tour de table. Jeu de présentation. Mise en commun d'idées pour la création d'une pièce de théâtre.	Ressenti positif patients et thérapeutes.
N°2: 25/01	6	3 ortho. 2 stag.	Tour de table. Jeu du drap et jeu des indices. Échange spontané sur différents matériels apportés par les patients (BD, musique, et extrait de film).	Séance plus libre avec des échanges plus spontanés qu'à l'habitude. Certains patients sont passifs.
N°3: 01/02	6	2 ortho. 2 stag.	Signature de la lettre d'engagement. Jeu de mimes. Brainstorming d'idées pour la pièce. Extrait du film « bienvenu chez les chtis » et de sketch de « Chouchou et Loulou ». Attribution des rôles.	Bonne dynamique de groupe : le jeu de mime n'est pas facile pour tous ! Beaucoup d'idées données.
N°4 : 08/02	6	2 ortho. 2 stag.	Tour de table. Jeu de mimes d'actions complexes. Rédaction des scénari. Goûter de la chandeleur.	La clôture de la séance sur un goûter a été très appréciée et a permis des discussions plus libres.
N°5 : 15/02	4	2 ortho. 2 stag.	Tour de table. Exercice oral d'évocation libre. Mise en scène muette des premières scènes.	2 patients absents (l'un va partir définitivement).

N°6 : 22/02	5	2 ortho. 2 stag.	Tour de table. Jeu de dessin (compréhension) de consignes. Écriture des textes des 2 premières scènes et première mise en scène pour un des groupes, sans puis avec dialogue.	La discussion du début s'est prolongée:un patient présentait une humeur triste,les autres ont tenté de le reconforter. Échange sur les difficultés de l'aphasie.
N°7 : 01/03	4	2 ortho. 2 stag.	Tour de table : discussion plus longue que d'habitude. On parle des vacances scolaires. Jeu de reconnaissance de formes (tactile) Résumé des scénari. Écriture de la scène 3.	Bonne dynamique de groupe.
N°8 : 08/03	4	2 ortho. 2 stag.	Tour de table. Mise en action de la scène 3. Jeu de mimes, avec association d'émotions.	Un des patients très en retrait, et plus désorienté que d'habitude aujourd'hui : besoin de repères dans l'espace.
N°9 : 15/04	4	3 ortho. 2 stag.	Tour de table. Répétition des trois premières scènes. Jeu de fin : Poker.	Séance assez intense (une seule répétition par scène et par séance suffit). Les patients sont fatigables
N°10 : 22/04	5	3 ortho. 2 stag.	Tour de table plus long car un nouveau patient vient observer le travail du groupe. Répétition et critiques sur la mise en scène. Jeu de fin : UNO.	Beaucoup de conversations entre patients et thérapeutes pour réfléchir à l'amélioration de la pièce.
N°11 : 29/04	4	3 ortho. 2 stag.	Tour de table. Répétition des 3 premières scènes et jeu de la 4ème scène avec les accessoires.	La mise en scène avec le décor et les accessoires a facilité le jeu des acteurs.
N°12 : 05/04	3	2 ortho. 2 stag.	Visionnage des vidéos faites les séances précédentes, discussion et critiques. Répétition des 4 scènes, répétition des dialogues en individuel. Jeu du mot de passe.	Les retours sur les vidéos sont intéressants. Les patients retrouvent leurs difficultés mais peuvent pointer ce qui va mieux.
N°14 : 12/04	4		Tour de table et discussion sur les invitations pour la pièce. Répétition de la pièce. Jeu de mimes en fin de séance.	Très bonne séance, patients à fond dans la pièce, improvisation.
Mardi 22/04	4	3 ortho. 2 stag.	Répétition générale !!!	L'approche du spectacle motive les patients, ils apportent eux-même déguisements et nouvelles idées.
Vendredi 25/04	4	3 ortho. 2 stag.	Spectacle devant quelques membres de la famille des patients, quelques amis du centre, et des thérapeutes et médecins !	Malgré le stress, tout le monde a su tenir son rôle, beaucoup d'improvisation, et quelques fous rires. Le spectacle s'est terminé dans la bonne humeur, avec partage d'un goûter en présence des familles.

Tableau décrivant le contenu des 14 séances de la session de janvier à avril 2011.

Annexe n°5 : Exemple d'une scène de la pièce de théâtre

Voici un extrait de la pièce de théâtre écrite par le groupe : *Le voyage du p'tiot quinquin*. Ceci est le texte qui servait d'aide mémoire aux patients pendant les répétitions. Nous avons conservé la mise en page originale, permettant une bonne lisibilité pour les patients. Trois patients aphasiques jouent : la famille Durand et le contrôleur, un thérapeute qui joue la marchande de bonbons permet de réguler la scène.

Scène 2 : Arrivée de la famille Durand à la gare

P et J-C arrivent à la gare en courant, ils sont chargés et essoufflés.

P : « VITE ! »

Il court, montre l'heure (en retard), regarde partout

JC : « Je dois faire pipi ! Papa »

Le petit garçon essaie de le tirer vers les toilettes.

P : « Ah non, pas maintenant, on va être en retard ! » *(Pierre fait le geste « non »)*

Ils regardent les tableaux d'affichage et cherchent le train en direction de Paris Montparnasse

JC : « Regarde Papa, c'est marqué Paris, voie 15 ! »

P sort les billets : ils cherchent la voie 15 mais ils sont perdus...Ils décident d'appeler le contrôleur.

P : « Monsieur, s'il vous plaît ! »

Il appelle le contrôleur en levant le doigt. E entre en scène :

E : « Bonjour Monsieur, quel est votre problème ? »

P montre ses billets

P : « nous sommes perdus et nous devons prendre le train pour Paris »

E : « d'abord, vous compostez ici ! »

P : « bien, ensuite. Où allons-nous ? »

E : « bon, vous prenez la direction, là, voie 15 ».

Ils sont occupés à regarder les billets et pendant ce temps, J-C s'éloigne, intéressé par le stand de bonbons. Ils se rendent soudain compte de sa disparition.

E : « Mais... où est votre fils ? »

P : « bon sang, où est-il encore passé ? »

E : « Je vais vous aider à le chercher » ! *Il s'en va passer un appel au micro ...*

Pendant ce temps...Au stand bonbons... Le petit Jacques fait des risettes à la marchande qui lui offre un paquet de confiseries ! On entend alors une annonce au micro :

« On attend le petit Jacques au quai n°15 »

« On attend le petit Jacques au quai n°15 »

JC arrive enfin, les mains pleines de bonbons :

JC : « Regardez, j'ai des bonbons ! »

E : « Vous êtes le petit Jacques ? »

JC : « Oui ! Vous voulez des bonbons ? »

E : « allez allez, votre papa s'inquiète. Venez avec moi, voie 15, c'est par là »! *Mais il montre la mauvaise direction !*

P : Mais où étais-tu passé ? *P se met en colère contre JC, tout en se dirigeant dans la mauvaise direction.*

JC : « Mais ce train là va à Marseille ! c'est pas le bon quai, c'est par là ! »

Ils courent et rattrapent le train de justesse !

VOIX OFF « Attention à la fermeture des portes, attention au départ ! »

E arrive et attrape le train de justesse ! C'est un comble, le contrôleur en retard !

E : « Cet enfant est un ange, il a trouvé la voie ! »

Annexe n°6 : Exemple de sketch

Cours de stretching « les sportifs du dimanche »

Cette saynète a été inventée lors d'une séance de groupe par 3 patients et un thérapeute qui l'ont jouée devant les autres patients à la fin de la séance.

Des sportifs se prélassent au soleil en papotant :

JM : J'ai lu dans un livre que le sport est bon pour la santé et l'énergie.

B : Si, si

F : Ça ne sert à rien, j' préfère manger un bon cassoulet

B : Oui, voilà !

JM : Du sport ! Un peu mais pas trop !

F : Ah, justement, voilà notre prof de sport...

Y arrive en courant :

B : Oh non, misère !

Y : hello men ! (il lance un strident coup de sifflet) Levez-vous les gars, et mettez-vous en position pour faire du sport : tout de suite... hop, hop, hop !

Les 4 sportifs se redressent avec désespoir. Ils s'étirent et baillent :

B : pff...motivés !

JM : ah ouai, super super ! Ça va nous remettre en forme !

F : moi, je veux muscler mes « pectoraux » !!!

La séance commence, Y allume la musique :

Y : allez, c'est parti. D'abord, tournez la tête, de haut en bas, de gauche à droite.

(JM ne bouge que les yeux)

Y : bah, c'est quoi ce boulot ! J-M : es-tu un sportif ?

JM : il faut y aller doucement : on ne s'est pas échauffé les yeux !

Y : maintenant, on bouge les mains... comme ça !

(B tourne sa langue !)

Y : toi, tu me tires la langue : tu te fiches de moi !!!

(B fait la grimace)

Y : levez les bras... en rythme.

(F fait la mouette)

Y : Mais regarde de quoi t'as l'air. Un oiseau incapable de s'envoler !

Catastrophe ! Ces élèves sont une catastrophe ! *(Il prend un air blasé...)*

Si ça continue, vous allez me faire des pompes *(il réfléchit en se grattant la tête)*. 10 pompes chacun !

M : moi, j'peux en faire 2 sans pompes !!!

Tous : rire général ! Oh non pas 200 !

Le prof, qui ne contrôle plus rien lance alors un coup de sifflet :

Y : garde à vous tout le monde !

Annexe n°7 : Traduction de « Measure of Skill in Supported Conversation (MSC) » (Kagan et al., 2004)

**Mesure de l'aptitude à aider la conversation
d'une personne aphasique.**

Nom :

Date :

Examineur :

	Score
A. Reconnaître les compétences	
B. Révéler les compétences	
1. S'assurer de la bonne compréhension de la personne aphasique	
2. S'assurer que la personne aphasique est en mesure de répondre	
3. Vérifier la réponse	

Lignes de conduite : Résumé

A. Reconnaître les compétences :

Conversation de type adulte, naturelle et adaptée au contexte :

- La conversation doit être de type adulte, naturelle et adaptée au contexte, discussion sociale et non interview ; approche respectueuse de la vérification (vérifier que le partenaire conversationnel a compris plutôt que de vérifier que l'adulte aphasique sait ce qu'il a envie de dire ; ne pas vérifier trop souvent.
- Ne traite pas avec condescendance (Intensité, ton de la voix, énonciation.. ne pas parler comme à un enfant)
- Ton émotionnel et utilisation de l'humour appropriés.

Sensibilité au partenaire :

- Les réponses peu claires/incorrectes sont traitées avec respect.
- Le partenaire est réceptif aux tentatives de la personne aphasique pour engager la conversation.

- Il l'encourage le cas échéant.
- Reconnaît les compétences quand l'adulte aphasique est frustré/en colère, exemple « Je sais que vous savez ce que vous voulez dire »
- « Attitude d'écoute »
- Le partenaire tient les « lourdeurs de communication » pour appropriées (fait comme si il n'y avait pas eu de rupture de communication) pour donner un sentiment d'aisance à l'adulte aphasique.

B. Révéler les compétences :

(Quelle est la quantité d'aides fournies comparé à ce qui est nécessaire.)

S'assurer que l'adulte aphasique a compris (sujet, questions) :

- Verbal : phrases courtes et simples, redondance, y a-t-il une adaptation du discours ?
- Non verbal :
 - Gestes → Significatifs, légèrement exagérés, utilisés pour souligner ou clarifier.
 - Ecriture → Claire et visible, mots-clés appropriés.
 - Ressources → Utilisées seulement si nécessaire (Quelque chose de plus simple ne suffirait-il pas ?)
 - Dessin → Simple et présenté de façon claire.
- Réponse aux signaux de communication (réaction aux expressions faciales indiquant un manque de compréhension)

S'assurer que l'adulte aphasique possède un moyen de répondre :

- Verbal : Utiliser faire des propositions de réponse et utiliser des questions à choix multiples ou des questions fermées.
- Non verbal :
 - Gestes → donne des modèles de mode de réponse (pointage, pouces haut/bas)
 - Ecriture → fournit choix écrits pour pointer, clair et visible, mots clefs appropriés
 - Encourage l'écriture (s'assurer que la personne aphasique a un crayon et un papier.)
 - Ressources → Fournit quelque chose que la personne aphasique peut pointer (support imagé ?), encourage l'utilisation d'autres ressources.

Dessin → Encourage le dessin.

- Réponse aux signaux de communication (donne assez de temps pour répondre)

Vérification :

(La précision de la réponse de la personne aphasique n'est pas automatiquement supposée)

- Verbal : (« Donc, voyons voir si j'ai bien compris... ») reformulation et élargissement.

- Non verbal

Gestes- → Montrer la nécessité d'une réponse pour clarifier la compréhension (requête de clarification)

Ecriture → Reformulation, récapitulation.

Ressources → Appropriées

Dessin

- Réponse aux signaux de bris de communication (Traitement approprié des réponses contradictoires)

NOTE : la vérification implique toujours un contrôle dans une autre modalité.

Exemple d'échelle de notation :

	Reconnaître les compétences.	Révéler les compétences.
0	-La compétence de L'adulte aphasique n'est pas reconnue. -Traite avec condescendance. Peut causer des dommages frustration. Ne devrait pas travailler avec nos patients.	- Pas de techniques utilisées pour révéler les compétences.
1	-Nécessite d'être fréquemment surveillé ou de travailler en collaboration avec une personne expérimentée.	-Nécessite d'être fréquemment surveillé ou de travailler en collaboration avec une personne expérimentée.
2	-La compétence de la personne aphasique est reconnue implicitement et explicitement, le cas échéant. -Le partenaire conversationnel est ok, vous n'avez pas de grosses préoccupations. Surveillance	-Le partenaire conversationnel est en mesure d'obtenir des informations de la part de la personne aphasique. -Vous ne devez pas être préoccupé de le laisser avec ce patient.

	modérée (1 fois par mois par exemple)	
3	Ne nécessite pas beaucoup de surveillance (une fois par trimestre)	Ne nécessite pas beaucoup de surveillance (une fois par trimestre)
4	<p>-Niveau de formation par les pairs. Interactionnellement remarquable au niveau des interactions</p> <p>-J uste besoin de maintenir sa motivation et de donner des opportunités continues d'apprendre.</p>	<p>-Techniquement remarquable.</p> <p>-Peut ne pas toujours réussir mais est aussi bon qu'un professionnel bien entraîné.</p>

Annexe n°8 : Traduction de « Measure of Participation in Communication (MPC) » (Kagan et al, 2004)

Mesure de la participation en situation de conversation.

Nom :

Date :

Examineur :

	Score
A. Interaction 1. Verbale/Vocale 2. Non verbale. -Gestes -Ecriture -Dessin -Ressources	
B. Transaction 1. Verbale/Vocale 2. Non verbale. -Gestes -Ecriture -Dessin -Ressources	

Lignes de conduite : Résumé

A. Interaction

Verbale/Vocale

- La personne aphasique participe-t-elle autant que son interlocuteur au maintien du flux de conversation(ou à la régulation de la conversation

Non verbale

- PA initie-t-elle, maintient-elle l'interaction avec le partenaire conversationnel, ou utilise-t-elle les supports proposés par PC pour maintenir ou initier la conversation ?
- PA montre-t-elle une intention de communiquer ?
- Est-ce que PA est pragmatiquement approprié ?
- Est-ce que PA reconnaît la frustration de CP ou reconnaît ses habilités?
- Comportements devraient inclure :

Contact oculaire approprié, utilisation de gestes, posture corporelle et expression faciale, utilisation de l'écriture ou du dessin sous n'importe quelle forme, utilisation des ressources matérielles (images, objets...), utilisation de verbalisations ou vocalisations sous n'importe quelle forme.

B. Transaction (l'échange)

Verbale/Vocale

- PA maintient-elle l'échange d'informations, d'opinions et de sentiments avec CP.

Non verbale

- PA initie-t-elle la transaction (l'échange ?) ?
- Introduction de thème ou référence à un sujet précédent.
- Utilise spontanément une technique de compensation.
- Le contenu de la transaction semble-t-il précis et pertinent ? (dépend du contexte et du but de l'évaluation, l'examineur a plus ou moins de moyens de vérifier l'information.)
- PA utilise-t-elle le support offert par CP pour atteindre le but de la transaction ?
Par exemple : utiliser un geste, mime modélisé par CP, pointer les mots-clés ou les supports visuels (ressources picturales), collaborer avec CP autour d'un dessin.

Exemple d'échelle de notation :

	Interaction	Transaction
0	- Aucune participation. Pas d'essai d'engager l'interaction ou pas de réponse aux tentatives d'interaction.	- Pas de preuves que le patient est en mesure de comprendre ou de faire passer un message. - Vous appréhendez de laisser le

	<ul style="list-style-type: none"> - Vous seriez très inquiet pour le partenaire conversationnel, vous ne le laisseriez pas avec ce patient à moins qu'il soit très habile 	<ul style="list-style-type: none"> partenaire conversationnel seul avec lui sauf si ce partenaire est très habile en « conversation supportée »
1	<ul style="list-style-type: none"> - AP commence à prendre certaines responsabilités dans l'interaction. - Vous êtes toujours inquiet pour le partenaire conversationnel et vous sentez obligé d'observer fréquemment et de fournir un soutien à moins qu'il ne soit très habile 	<ul style="list-style-type: none"> - AP commence à montrer des preuves qu'il est en mesure de comprendre et de transmettre une information (un contenu de pensée). - Vous êtes toujours inquiet pour le partenaire conversationnel et vous sentez obligé d'observer fréquemment et de fournir un soutien à moins qu'il ne soit très habile.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Tentatives évidentes de participation à la conversation. - Vous vous sentez ok de laisser ce patient avec le partenaire conversationnel, mais il vous semble nécessaire de surveiller. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preuve de la capacité à comprendre ET faire passer un message d'une quelconque manière pour au moins 50% du temps. - Vous vous sentez ok de laisser ce patient avec le partenaire conversationnel, mais il vous semble nécessaire de surveiller.
3	<ul style="list-style-type: none"> - AP prend de plus en plus de responsabilités dans l'interaction. - Vraiment peu d'inquiétude pour le partenaire, mais vérifications nécessaires (une fois par trimestre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de comprendre et de transmettre un contenu de pensée la plupart du temps. - Vraiment peu d'inquiétude pour le partenaire, mais vérifications nécessaires (une fois par trimestre)
4	<ul style="list-style-type: none"> - Participation totale et adaptée. Prend ses responsabilités pour l'interaction conversationnelle. - Confiance totale en le patient, pas d'appréhension de laisser le partenaire seul avec lui. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de comprendre et de faire passer un message. - Confiance totale en le patient, pas d'appréhension de laisser le partenaire seul avec lui.

Annexe n°9 : Légende des corpus

Nous avons choisi une transcription orthographique et non phonétique

* Signe symbolisant un chevauchement, lorsqu'un des locuteurs prend la parole pendant que l'autre est en train de parler.

mot Sont soulignées les paroles que les deux locuteurs prononcent simultanément.

/ Pause

// Pause plus longue (supérieure à 2 seconde).

: Léger allongement d'une syllabe.

:: Allongement plus marqué.

? Signale une intonation montante de type interrogatif.

(mot) Mot pas clairement audible.

xxx Marque une courte séquence incompréhensible

- rire- Commentaire du transcripteur.

Annexe n°10 : Corpus et évaluations d'entrée de B.

Évaluations préalables à l'entrée dans le groupe:

Empans spatiaux: au Block Tapping Test, B. est capable de reproduire les séries de 4 déplacements; une série de 5 chiffres est également réussie.

Empans auditifs: nous proposons au patient de désigner les chiffres inscrits sur une feuille mais il préfère répéter oralement les suites de chiffres. L'empan à l'endroit est de 3; l'empan envers est de 2. La moyenne pour un sujet de 61 ans étant de 6 à l'endroit et de 3 à l'envers.

La mémoire à court terme est donc déficiente, bien que meilleure en modalité visuelle; la mémoire de travail est également perturbée.

Fluences: Les épreuves de fluences littérales et catégorielles sont totalement échouées. Aucun mot ne peut être produit spontanément.

Aux épreuves attentionnelles, on note: une vigilance correcte, une perturbation de l'attention soutenue en modalité visuelle et auditive, une attention divisée peu performante, pouvant s'expliquer par les troubles d'attention soutenue.

1ère évaluation:

MT-86

« Banque

Voiture et là c'est (geste du bandeau)

et là hop...un, deux, trois, quatre (montre les otages)

et là banque (montre le monsieur qui téléphone)

et là tchouk)

se là police et là hop là

sous... »

Corpus d'un extrait de conversation:

- | | | |
|---|----|---|
| 1 | PC | Bonjour B |
| 2 | B | Bonjour |
| 3 | PC | comment ça va? |
| 4 | B | Pff |
| 5 | PC | ni plus ni moins que du vieux c'est ce qu'on dit// qu'est ce que vous pensez des progrès technique? |
| 7 | B | bah |
| 8 | PC | c'est bien* |
| 9 | B | ouai* |

- 10 PC c'est pas bien*
- 11 B non
- 12 PC oui ou non alors, le progrès technique, ils ont apporté quelque chose de bien?
- 13 B Ouai ouai
- 14 PC par rapport à quoi dans quel domaine// on a la télé/ la télé/ est ce que c'est une bonne chose ça la télé
- 15 B ouai
- 16 PC c'est vrai qu'avant on l'avait pas et puis ensuite on l'a eu en noir et blanc/ maintenant on l'a*
- 17 B *en couleur
- 18 PC en couleur et puis heu: et puis voilà / après à savoir si toutes les émissions sont intéressantes
- 19 B ah ah pff
- 20 PC ça je sais pas
- 21 B ça vous plait vous
- 22 PC non
- 23 B non pas trop vous êtes plus quoi documentaires?
- 24 PC Ouai
- 25 B documentaires films?
- 26 PC Non
- 27 B l'autre film?
- 28 PC Non
- 29 PC non documentaires vous voulez dire d'accord/ ça / vous regardez le journal télé peut-être?
- 30 B Ouai
- 31 PC ouai vous aimez bien?
- 32 B Ouai
- 33 PC ok c'est vrai qu'après il y a tout ce qui est télé réalité
- 34 B off!
- 35 PC Mais ça hou mon dieu, ça c'est pas terrible hein
- 36 B non
- 37 PC ça vous plaît pas du tout
- 38 PC vous regardez même pas
- 39 B non
- 40 B oulàlà machin là (fait le geste de manipuler des sous)
- 41 PC ah oui ça ça je suis bien d'accord, le business* hein l'audience* l'audimat heu je suis d'accord avec vous. Qu'est ce qu'on a d'autre comme comme technologie aujourd'hui qui qui s'est développée/ Vous pourriez me montrer dans la pièce par exemple si il y a quelque chose
- 42 B *ah làlà
- 43 B *ah làlà
- 44 B (geste de pointage de l'ordinateur)
- 45 PC ouai effectivement l'ordinateur/ l'ordinateur/ vous savez vous utilisez l'ordinateur?
- 46 B ouai
- 47 PC vous aimez bien? Vous y faites quoi vous tapez vous allez sur internet?
- 48 B non c'est:
- 49 PC non/ Les jeux
- 50 B non
- 51 PC non

- 60 B non c'est là: (geste vague)
 61 PC l'ordinateur heu: chez vous?
 62 B non
 63 PC l'ordinateur en ortho?
 64 B non (geste de frappe au clavier)
 65 PC ah/ zut je saurais pas trouver comme ça // est ce que vous vous l'utilisez l'ordinateur?
 66 B oui (intonation)
 67 PC oui / pour envoyer des mails?
 68 B non (geste de frappe)
 69 PC alors cet objet là/ pour taper? Pour travailler?
 70 B oui oui c'est: voilà
 71 PC pour travailler alors avant ou encore aujourd'hui?
 72 B non c'est non
 73 PC ah avant dans votre métier avant
 74 B (acquiescement)
 75 PC vous tapiez vous bossiez sur ordinateur d'accord donc c'est hyper important finalement qu'il y ait eu un progrès avec l'ordinateur parce que ça permettait heu de travailler
 76 B ouai
 77 PC d'accord ok donc vous faisiez quoi des textes, vous tapiez des textes?
 78 B Non
 79 PC des des devis des:
 80 B ouai
 81 PC des devis ah effectivement des devis pour le garage effectivement tout se faisait par informatique donc finalement l'informatique a été une bonne chose // Et puis de nos jours plus ça va et plus les ordinateurs sont petits/ hein / ça a quel avantage d'être aussi fin
 82 B Bah hop hop hop hop (+ geste de déplacement de la main)
 83 PC Ouai on peut les emmener partout/ Exact/ c'est hyper léger

2ème évaluation

MT-86

« Banque

pointage 123 clack bandit...pistolet...

fait le geste

téléphone (EO à la) police

hop... police...

(EO il k) court

(EO il fait le guet... voiture »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation

- 1 PC Est-ce que vous pouvez me dire de ce que vous pensez de ce qui ce passe en ce moment au Japon ?
- 2 B Bah
- 3 PC aux actualités
- 4 B oh eh:: -geste de la main-
- 5 PC qu'est-ce que/ qu'est-ce qui c'est passé d'abord? Qu'est-ce qu'il y a eu?
- 6 B Un deux trois -compte sur ses doigts-
- 7 PC Trois centrales nucléaires? Qui ont fait quoi
- 8 B boom -sourire-
- 9 PC et alors maintenant il y a eu qu'est-ce qui ce passe/ dans le ciel -geste vague de la main -rire des deux interlocuteurs- il y a de la :
- 10 B ra
- 11 PC ra*
- 12 B *ra
- 13 PC dio
- 14 B dio
- 15 PC ac/ti
- 16 B ti
- 17 PC vi*
- 18 B *vi
- 19 PC té
- 20 B té
- 21 PC mais à la base/donc il y a eu ça mais c'était à cause de quoi/ qu'est-ce qui s'est passé au Japon
- 22 B c'est:
- 23 PC qu'est-ce qu'il y a eu au départ?
- 24 B bah:: pfff/ ah c'est:: ah: (fait la moue)
- 25 PC ça a bougé?
- 26 B ouai (rire)
- 27 PC ya eu quoi ya eu un?
- 28 B un: tremblin
- 29 PC un trem?
- 30 B blard
- 31 PC un sé?
- 32 B Séisme
- 33 PC séisme
- 34 B séisme
- 35 PC et puis il y a eu: donc les centrales nucléaires?
- 36 B ouai
- 37 PC et alors le nuage il va passer quand en France?// Vous savez?
- 38 B Non c'est -geste d'approximation de la main-
- 39 PC le nuage de radioactivité?
- 40 B ouai -geste de négation de la tête et de la main-
- 41 PC si si* je vous assure il va passer
- 42 B *oh ouai -mimique de désapprobation- oh ouai c'est bon
- 43 PC c'est bon pourquoi? * Vous croyez que c'est pas grave?
- 44 B *bah non
- 45 PC c'est tout?
- 46 B bah ouai
- 47 PC vous en avez vu d'autre?

- 48 B bah ouai/ aïe aïe aïe
49 PC c'est comment par rapport à shernobil?
50 B c'est/ là?
51 PC c'est moins grave?
52 B ouai
53 PC c'était plus grave shernobil?
54 B ouai
55 PC et ça peut provoquer quoi le nucléaire? / la radioactivité qu'est ce que ça peut faire? chez des gens
56 B là -pointe sa gorge avec le doigt-
57 PC c'est quoi là? La gorge?
58 B Ouai
59 PC ils ont mal à la gorge
60 B ouai
61 PC on peut avoir des angines/ c'est ça?
62 B Non: oh:
63 PC des // cancers?
64 B Ouai et puis heu: // pff chai pas
65 PC et vous trouvez que c'est bien qu'il y ait le nucléaire: en France on s'en sert beaucoup du nucléaire?
66 B oh ouai
67 PC ça sert à quoi?
68 B Là (montre l'ampoule au plafond)
69 PC à faire de la:
70 B lumière
71 PC et à produire de l'é:
72 B létricité
73 PC d'accord // vous savez où elle est la plus grande centrale en France?
74 B Non
75 PC dans le nord
76 B ah bon c'est là(montre derrière)
77 PC c'est où là/ là bas c'est l'accueil/ c'est là bas?
78 B -éclat de rire- mais non c'est -geste vers le haut-
79 PC à la montagne là-haut
80 B non
81 PC à gra
82 B gra voilà
83 PC gra quoi? Que je vois si vous le savez? À Gra
84 B vlines
85 PC gravelines/ d'accord et heu: vous trouvez que c'est mieux d'utiliser le nucléaire ou d'utiliser des énergies renouvelables
86 B chai pas -hausse les épaules-
87 PC c'est tout un débat
88 B ah oui
89 PC pourquoi on utilise plus le nucléaire aujourd'hui?
88 B Chai pas
89 PC vous savez pas// au moins on a l'électricité en continu// c'est moins cher
90 B pff
91 PC c'est ce qu'on dit
92 B ouai
93 PC et vous croyez ce qu'il y a eu que cette catastrophe au Japon ça va

- poser un problème
- 94 B oh non
- 95 PC sur le persil qui pousse dans les potagers et tout ça
- 96 B -rire- ouai c'est: là
- 97 PC ça va faire quoi?
- 98 B Bah c'est
- 99 PC au Japon ou en France?
- 100 B Oh non -exclamation-
- 101 PC pas en france
- 102 B ba non
- 103 PC le risque il est infime
- 104 B ba ouai
- 105 PC et au japon
- 106 B voilà
- 107 PC vaut mieux pas manger ce qu'il y a dans leur potager
- 108 B ba ouai
- 109 PC ça risque de nous empoisonner
- 110 B bah oui hein

Annexe n°11: Corpus et évaluations d'entrée de J.

Évaluations préalables à l'entrée dans le groupe:

Empans spatiaux: au block tapping test, J est capable de reproduire de mémoire une série de 5 chiffres.

Empans auditifs: Les empans auditifs n'ont pas pu être réalisés. En effet, le patient présente une acalculie et ne peut évoquer, répéter ou désigner correctement des chiffres.

La mémoire à court terme visuelle est bonne, on suppose des difficultés de mémoire de travail, car le patient peine à répéter des segments plus longs qu'un mot.

Fluences: Les épreuves de fluences littérales et catégorielles sont chutées. J peut citer: 13 animaux (-2,72 ET), 10 Fruits (-1,75 ET) et 8 Meubles (-1,72 ET). 7 noms commençant par la lettre P (- 2,16 ET), 5 noms commençant par P (-1, 72 ET) et 7 noms commençant par V (-1,91 ET). Une difficulté d'accès au lexique est présente.

Les épreuves attentionnelles mettent en évidence: une vigilance, une attention soutenue et divisée correctes.

Première évaluation:

MT-86:

« Il y a un od-up. Euh dans banque.

Les ... complices sont en voiture et les ... euh 1,2,3... les euh ... ah oui les bandits prennent l'argent ... et les ... les employés et les Kients sont euh ... ah oui comment c'est ça y sont ... les plans les plains oh non! Les mains en lé en ... de ... oui comment.

Alors le directeur applèle au téléphone pour hein euh la police mais un garçon i appelle le policier qui fait la circulation. »

Analyse de conversation:

- | | | | |
|---|----|--|------|
| 1 | PC | Bon / alors le thème de conversation choisie en fait c'est euh les progrès euh les progrès euh | |
| 2 | J | Depuis | |
| 3 | PC | Depuis ces dernières années les progrès technologiques en fait * de ces 20-30 dernières années // à savoir euh ben voilà tout au long du 20ème siècle il y a eu plusieurs progrès dans différents domaines comme l'informatique l'électroménager exetera : | |
| 4 | J | | * Ah |

- oui / oui oui oui
- 5 J oui
- 6 PC la question c'est / Que pensez-vous de ce progrès technique?
- 7 J ah très bien
- 8 PC vous pensez très bien?
- 9 J ah oui ah oui ça
- 10 PC alors expliquez-moi
- 11 J bé euh / quand on ah bé nous quand on a eu euh quinze sss euh même pas euh / euh euh // un ptit pieu un un un / un ptit garçon?
- 12 PC oui
- 13 J on avait pas tout / ça / tout
- 14 PC vous n'aviez pas tout *ce dont on dispose *aujourd'hui
- 15 J *Ah non
- 16 J * ah ben non non
- 17 PC à savoir
- 18 J ah bé on avait pas télévision on a: wait ton : :
- 19 PC ouais
- 20 J la voiture
- 30 PC La voiture oui
- 31 J le [télésonne] // té lé phone - plus bas, répète -
- 32 PC Le téléphone?
- 33 J non / non on était : * modeste
- 34 PC * Dis donc c'est c'est / oui : et puis peut-être que après le téléphone c'était pas non plus les mêmes modèles qu'aujourd'hui :
- 35 J Non non non non les mêmes * // même
- 36 PC * mais même pas?
- 37 J non même tas / nous étions des gés : euh euh pauvres non pas fauvres mais : ah euh : * modestes
- 38 PC * voilà
- 39 PC des ptits revnus et * puis convenables * à préférer les choses simples
- 40 J * voilà c'est ça * oui oui mais :
- 41 J euh non non
- 42 PC d'accord alors est-ce que vous pensez que tous les progrès sont bien
- 43 J ah non – rire – ah non
- 44 PC parce que y a * peut-être du plus et du moins dans tous ces progrès techniques
- 45 J * bé non :
- 46 J oui euh il ne faut pas euh : tout crendre euh au mot * euh : y faut // allez même / euh nous on a pas tout de : on a pas / on a pas du : euh comment
- 47 PC * hum
- 48 PC vous / vous pensez à quoi / vous pensez à un domaine particulier comme * l'informatique?
- 49 J * ah bé :
- 50 J oui là – montre l'ordinateur- euh euh : pourquoi de voi : pff oh non / nous quand on a o o euh euh :
- 51 PC quand vous étiez ::
- 52 J non non ah maintenant
- 53 PC maintenant
- 54 J maintenant quand nous er è èr – cherche articulation – allez euh euh le

- 55 PC – geste montre ordinateurur – in le internet / vous voulez parlez d'internet
- 56 J mais on a pas besoin : de tout / hein
- 57 PC oui
- 58 J c'est vrai pfff est ce que pfff
- 59 PC enfait les choses devie / c'est quand on a les choses qu'elles deviennent euh indispensables * et c'est vrai que finalement :
- 60 J *oui
- 61 J ben on a pas besoin ben on doit pas / tous : les jours dejan
- 62 PC sur internet
- 63 J ben non non * hein
- 64 PC * vous? Vous n'y allez pas tous les jours
- 65 J ben non
- 66 PC vous n'en éprouvez pas le besoin
- 67 J ben non
- 68 PC d'accord
- 69 J euh euh la banque euh *
- 70 PC * oui les choses essentielles les e-mails
- 71 J hein ben là beuh – gestes avec les doigts pour énumérer – oui ben
- 72 PC voilà pour avoir des nouvelles un peu des gens un * peu éloignés
- 73 J * oui mais : c'est tout
- 74 PC d'accord
- 75 J et alors : ben ou le / les voyages * euh hein ben pfff
- 76 PC *oui
- 77 PC mais est ce que c'est quand même quelque chose de positif ça * internet * c'est quand même bien ça d'avoir euh :
- 78 J * ah oui!
- * ah oui / oui / oui
- 79 J ça / oui parce nous
- 80 J communiquer avec les gens euh à distance / ça va plus vite * que la lettre la poste
- 81 J * ah bien
- sûr
- 82 J ah bé nous euh tiens euh on de à la porte et hein euh hein * - gestes -
- 83 PC * allez à la
- poste attendre trois jours que ça arri:ve hein
- 84 J oui – rires -
- 85 PC nan les mails c'est : c'est instantané / ça c'est vrai qu'c'est pas mal hein quand même au niveau informatique * et c'est surtout qu'il font maintenant des belles machines hein
- 86 J * oui
- 87 J oui oui oui d'accord
- 88 PC toujours plus be: lles
- 89 J oui oui et alors euh c'est / c'est pas cher / * hein hein c'est pas cher.
- 90 PC *oui c'est vrai
- 91 PC c'est pas cher * c'est d'moins en moins cher maintnant* on peut avoir des ptits ordinateurs on peut s'équiper pour beaucoup moins cher qu'avant
- 92 J * ah non * donc euh
- 93 J voilà
- 94 PC ça c'est certain

Deuxième évaluation**MT-86 :**

« C'est une bante.

Des voleurs ou bandits entrent dans la bante avec ... 1,2,3 employés.

Il prend de l'argent dans sa sacoche et dans un autre bureau, le responsable il téléphone à la police.

Il y a un garçon qui voit le policier qui fait la circulation donc il l'appelle.

Dans la voiture, il y a un bandit qui attend les autres. »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation:

- 1 PC que pensez-vous / sur l'actualité de c'qui s'passe au japon ?
 2 J du Japon? ah oui c'est / catastrophe hein c'est:: c'est / c'est malheureux
 * hein
 3 PC *oui
 4 J pasque les: / beaucoup de gens sont morts / hein et plus on ne sait pas
 si plus hein que: comment / et alors eu:h y a:: y a des:: de rep des
 retombées hein a qui sont * euh dangereuses
 5 PC *à quel niveau? // les retombées
 6 J oui euh bé euh / retombée le euh la la bombe euh pas la bombe euh la
 la:: la radoactivité
 7 PC La radioactivité
 8 J oui oui // et les: comment: euh ah c'est grave c'est grave hein / alors y a
 le: y a euh l'élicité doi::t se remettre pour euh les pompes la ah ah
 l'eau
 9 PC oui
 10 J euh eu::h enfin ça:: ça / c'est grave c'est:
 11 PC et vous croyez que s'qui s'passe au niveau d'la centrale nucléaire c'est
 grave
 12 J Oui ah oui c'est oui oui pasque *
 13 PC * pasqu'ils disent que c'est pas grave pour
 euh
 14 J ah oui oui mais sont oui oui mais ça ce sont le:s les hommes commu
 politiques qui: prennent dire oh ça va mai::s fin/ espérons espérons hein
 mai:s ça : - geste « on sait pas » -
 15 PC et c'qui s'est passé au japon niveau économique vous croyez qu'c'est
 grave
 16 J oui / oui // ah oui parcque les les vusines son::t ah ah eu:h fermées et::
 le:: le et pis les les mola mo la: lo: / les hommes eu:h sont euh / euh a
 enfin euh allez i:ls ne: // le les les visages sont euh détruits * alors alors
 euh
 17 PC * détruits
 dévastés hum
 18 PC et au niveau du nucléaire vous êtes plutôt pour ou plutôt contre

- 19 J oui je suis pour / oui / mais euh euh *
- 20 PC *vous trouvez qu'est ce que les avantages ?
- 30 J ah bé: y a en france y a pa:s de: pénurie / hein on a / y a de l'électricité y a t t toujours / mais y faut
- 31 PC et pourquoi y en aurait plus que: avec aut'chose / qu'avec une autre *euh énergie
- 32 J * oui pasque il ne: y a de: du charbon mais ça ça: / faut les le: le té le le: allez comment
- 33 PC le transformer
- 34 J mais oui alors le: lelesle le gens le le g le vent / c'est bien mais y en faut: beau beaucoup et alors eu:h / ah bé / ah oui comme le: le:: les
- 35 l'énergie solaire
- 36 J oui ah oui ça oui ça oui mai:s ils son:t ils ça va: pas oui i: i faut le temps
- 37 PC d'accord / et i faut qu'il fasse beau
- 38 J oui mais enfin bon / oui mais enfin du: i faut i faut le tem:ps pour faire le:s* les toits euh les hein // faut du: matérie:l hein i faut:
- 39 PC * ah le toit
- 40 PC c'est coûteux
- 41 J oui / oui mais ça: euh ça sra toujours euh euh hein / si on doit froid hein euh -rire- pour avoir eu:h / si on veut avoir euh chaud / i faut ah i faut avoir hein eu:h comment / des installations* hein c'est
- 42 PC * hum hum

Annexe n°12: Corpus et évaluations d'entrée de E

Évaluations préalables à l'entrée dans le groupe:

Empans spatiaux: au Block Tapping Test, E est capable de reproduire une série de 4 chiffres mais échoue à 2 fois sur 3 sur une série de 5 chiffres.

Empans auditifs: l'empan à l'endroit est de 4; l'empan envers est de 2. La moyenne pour un sujet de 61 ans est de 6 à l'endroit et de 3 à l'envers.

La mémoire à court terme visuelle et auditive est faible; la mémoire de travail est également perturbée.

Fluences: les fluences littérales et catégorielles sont fortement chutées. E ne cite que 4 animaux, 1 fruits et 3 meubles. Il cite 5 mots commençant par la lettre P, 1 mot commençant par R. On note un trouble de l'accès au lexique important en traitement catégoriel comme en traitement phonologique.

Les épreuves attentionnelles mettent en évidence une vigilance dans la moyenne faible, une attention soutenue ainsi qu'une attention divisée encore perturbées. Nous pouvons ajouter que E. est souvent confus, et quelque peu anosognosique, il a parfois des propos décalés avec la réalité de sa maladie.

1ère évaluation

MT-86

« c'est des bandits dans une banque...

banque atteint de voleurs... les bandits des voleurs... il appliquent le coup derrière le téléphone [ton]... parce qu'il décide de faire intervenir

il a pris... »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation:

Corpus 1: 6min 40

- | | | |
|---|----|---|
| 1 | PC | il y a les progrès scientifiques aussi/ heu quels types de progrès justement vous voyez au niveau scientifique qui sont vraiment des avantages. |
| 2 | E | les scientifiques c'est / ça comprend ça comparait de/ de regarder de choisir de choisir de voir la oui ça c'est bien /+ ça c'est pas bien ça ça/ on prend on prend ?/ donc là-dessus bien sur ça dépend mais au moins éclairer/ donc c'est ça que j'ai dit/ c'est pourquoi d'ailleurs c'est bien qu'il y a ça parce que ça permet de voir ça permet de [gar] de décider quoi/ c'est ça que j'ai dit c'est bien moi je veux dire / moi personnellement je |

vois que c'est c'est intéressant dans ce sens là

- 3 PC et si on prend par exemple comme exemple de progrès heu tu sais toutes les manipulations génétiques heu qui peuvent être faites par exemple travailler sur des cellules souches pour soigner des maladies très graves notamment par exemple chez les enfants etcetera ça c'est un avantage fabuleux mais quand même il y a quand même un risque qui est énorme car la position des pays dans le monde est très différentes/certains pays comme les états unis sont très réfractaires et /rejetent tout en bloc heu /en Europe on accède jusqu'à un certain point de développement pour justement avoir des traitements curatifs/ et très clairement quand même l'inconvénient c'est qu'il y a certain pays notamment dans les pays émergents comme des pays de l'est ou du moyen orient il y a quand même le risque de de faire de la manipulation génétique et de créer des en fait à partir de cellules des enfin, ça n'existe pas encore mais /c'était Fridman, le professeur Fridman qui disait que dans quelques années ce sera possible et de ce point de vue là c'est un peu dangereux quand même non?
- 4 E Bien sûr c'est à dire que tant qu'il y a des/ de l'inconnu il y a toujours / mais/ il y a toujours cette part de risque quoi :mais/ c'est normal d'ailleurs / dans la mesure où c'est ça c'est là/ Je dois que /je doit reconnaître que il y a encore/ ça veut pas dire de de de la vie même de la vie al? /ça demande ça demande/ et oui on cherche et quand on XXX on est content
- 5 PC oui pour vous c'est inhérent au progrès c'est l'inconvénient...
- 6 E Pour moi n'importe qui d'ailleurs/ dans la mesure où/ où / ça fait ça fait parti des recherches des recherches / ça fait toujours quelque chose/ ça fait toujours / heu attendez / ça fait toujours heu / comment dire ça fait toujours comment dire
- 7 PC oui il y a toujours le/ l'autre côté
- 8 E Oui, il y a toujours
- 9 PC des inconvénients
- 10 E des inconvénients maisXXX Dans la mesure où on nous prend en tant que tel cette recherche/ c'est assez intéressant parce que si 2 choses l'une/ si on fait une étude au contraire on en perd/ pour le moment d'abord ça ne prend pas / on en perd beaucoup et reste/ on ne sait pas on ne sait pas/ Par compte le fait d'entretenir de marquer quelque chose et là comme on voit que / on va et puis ça fait ça fait avrir ça fait ouvrir un certain une certaine intérêt dans la vie je pense
- 11 PC Ah non mais c'est clair l'idée heu l'idée c'est c'est peut-être de mettre certain jalons certains contrôle s'assure qu'on laisse pas/ par ce qu'on a quand même eu un exemple frappant dans l'histoire avec la bombe atomique ça nous a permis d'accéder à l'énergie nucléaire mais à la

- fois on sait les ravages que ça a fait/ donc toujours la même chose/ mis dans de mauvaises mains/ on sait se que ça à fait
- 12 E comme tout d'ailleurs c'est un peu c'est un peu ce que le monde a fait/
- 13 PC mm : c'est vrai
- 14 E le monde il y a une partie mauvais 2 parties/ si on participait bien on voit que ça arrive / mais il y a toujours l'autre partie qui / qui tendance à: à exprimer à faire autrement à détruire il existe toujours ça.// Deux choses l'une /ou on utilise à ce que /on commence à regarder à voir /qu'est-ce qui/ qu'est ce qu'il y a voir ce qui a d'intéressant intéressant faite/ faire attention faire attention à ce que on fait attention
- 15 PC oui l'idée pour vous c'est de: de ne pas contraindre le progrès le laisser s'exprimer parce qu'il y a forcément quelque chose à en tirer tout en sachant qu'il faut maîtriser tout ça et essayer d'éviter les dérives éventuelles
- 16 E oui moi je pense / voilà oui / il y a quand même au contraire pas n'importe quoi pour réussir dans: dans:
- 17 PC vous cherchez le mot, est-ce que en écrivant ça irait mieux? Vous voulez un stylo?
- 18 EE Le fait de: de tendre / d'avoir / d'avoir toujours ce côté là toujours il y a l'autre côté qui qui parque qui mosque qui tend à n'importe quoi...
- 19 PC oui il y a toujours le côté obscur vous voulez dire.

2ème évaluation

MT-86

« des bandits qui arrivent qui gardent la voiture, qui entrent dans la banque.

Le chauffeur crie au téléphone pour réclamer l'argent. Ils cherchent l'argent parce que les bandits le réclament.

Les polices dehors qui arrêtent la voiture de circulation

il va avertir le policier que la banque est cambriolée.

Ils sont effrayés »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation:

- 1 PC bonjour monsieur
- 2 E bonjour monsieur le professeur oui
- 3 PC alors, que pensez-vous du temps aujourd'hui?
- 4 E Le temps le temps était beau, magnifique, surtout le matin il n'y a pas

- de nuage il n'y a pas, très bien
- 5 PC vous ne trouvez pas qu'il fait encore un peu frais le matin?
- 6 E Le le/ le matin de beau matin si mais une fois que le beau matin c'était levé il s'était fait il s'était fait beau
- 7 PC ouai alors après il fait délicieux c'est ça que vous voulez dire
- 8 E oui
- 9 PC Est-ce que vous êtes au courant de ce qui se passe en Libye?
- 10 E un tout petit peu parce que c'est vrai que c'est c'est inquiétant parce que heu: heu: Mahomed ne veut pas s'habiter comme ça / vaincu ce qui fait que*
- 11 PC *c'est pas Mahomed il s'appelle comment c'est celui qui dirige la Lybie?
- 12 E Kadhafi
- 13 PC ah Mouhamar Kadhafi oui parce que vous avez dit Mahomed hein
- 14 E Mahomed Mouhamar Kadhafi
- 15 PC Mouhamar Kadhafi c'est un nom difficile je sais bien
- 16 E il ne veut pas s'habituer / donc ce qui fait qu'il décide de: tourner cette affaire là autrement/ ce qui fait que/ pour ne veut pas perdre la face
- 17 PC hum hum
- 18 E donc c'est pas bien pour les personnes parce que c'est les personnes qui vont payer après
- 19 PC c'est ça c'est ça / donc à la limite vous pensez qu'il y a beaucoup de danger pour la population
- 20 E je pense que de la part de Kadhafi: il va essayer de transformer ça autrement pour qu'il ne perde pas lui la face, parce que: ne perde pas la face parce que/ ne pas oublier que / pour lui kadhafi il y avait un: renommée ou un:
- 21 PC oui une renommée oui
- 22 E assez particulière dans ce pays dans ce coin là
- 23 PC d'accord
- 24 E donc il veut / tourner avec une face d'honneur donc il faut chercher quelque chose / qui: qu'il reconnait au moins ce qu'il a fait même si tout ce qu'il a fait n'est pas bon mais il a quand même essayer de/ de donner quelque chose qui reconnait le pays mais / c'est mon avis/ mais il ne veut pas partir comme ça ...
- 25 PC Dans votre pays d'origine,/ Madagascar, c'est une démocratie?
- 26 E oui une démocratie oui oui
- 27 PC avec un système qui fonctionne comment vous avez des élections tous les combien?
- 28 E oui qui fonctionne bien j'ai dit bien parce que à un moment donné/ un moment donné le: le peuple s'est retourné, s'est révolté un peu parce que Madagascar/ à un moment donnée, ça a tourné un peu je ne me rappelle plus il y a combien de temps, mais il y a quand même un retournement de/ un retournement de la situation qui s'aggrave mais qui tourne bien, la situation se tournait bien parce qu'à un moment donné ça se tournait parce que ça que ne correspond pas la phase de pouvoir à ce que veut le: la population*
- 29 PC *D'accord
- 30 E ce qui fait que/ il y avait une situation délicat avant il y a: /je ne sais plus le temps/ je crois qu'il y a un mois// c'est pas un mois mais // je pense

- je pense / parce que ma mémoire est raide/ je crois qu'il y a un moment où on essaie de régulariser c'était pas régulier...
- 31 PC mais vous ne m'avez toujours pas dit tous les combien de temps vous votez à Madagascar
- 32 E normalement tous les tous les 3 ans
- 33 PC Tous les trois ans
- 34 E normalement mais comme là / le président / maintenant il n'y avait pas de président, ça s'est retourné pour parce que une fois le président était retourné donc ce qui fait qu'il avait: qu'on avait: on avait: fait bouger le pays pour dire c'est pas normal là ce qui fait que on a essayé de régulariser*
- 35 PC *d'accord

Annexe n°13: Corpus et évaluations d'entrée de M.

Évaluations préalables à l'entrée dans le groupe:

Empans spatiaux: au Block Tapping Test, M est capable de reproduire une série de 4 chiffres.

Empans auditifs: l'empan à l'endroit est de 4, l'empan envers est de 4. La moyenne pour un sujet de 56 ans est de 6 à l'endroit et de 3 à l'envers.

La mémoire à court terme visuelle et auditive ainsi que la mémoire de travail sont correctes, notons qu'il était difficile pour M. de répéter les chiffres, il fallait chaque fois évoquer..

Fluences: Les fluences, mettant trop en difficulté ce patient n'ont pas été testées

Les épreuves attentionnelles mettent en évidence une bonne vigilance, un attention soutenue et divisée correctes.

1ère évaluation

MT-86

« y a casse //

3 bandits

parke y a teron

lui garçon va à police

et lui ajet akon tonravène police et avec lui 1,2,3,4 police garçons

totaje // 1,2,3,4 vole »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation:

- | | | | |
|----|----|--|-----------|
| 1 | PC | alors / bon / avant de démarrer ça va? | |
| 2 | M | oue oue | |
| 3 | PC | oui la fin d'semai:ne | |
| 4 | M | oui | |
| 5 | PC | vous avez quand même pu rentrer chez vous c'week end? | |
| 6 | M | ah oui oui oui oui / jours | |
| 7 | PC | Ah oui exact / ouais c'est vrai comme vous êtes avec S. * ducoup je: vous ai encore euh : / enregistré en tant que patient de l'hôpital complet d'accord | |
| 8 | M | | * oui oui |
| 9 | PC | Bah c'est plus sympa d'être à la maison l'soir non? | |
| 10 | PC | ouais non? | |
| 11 | M | oue -geste pour dire « pas trop » oue / peut-être | |
| 12 | PC | bon * vous êtes encore dans une phase de transition | |

- 13 M * oue
- 14 M oui oui et : parce que / eh pa::rce: pa:rce * que
- 15 PC * c'est encore difficile d'vous
exprimer et donc ducou:p * ouais j'comprends
- 16 M * oui oui
- 17 PC bon ben alors justement on va voir comment vous arrivez à
communiquer sur un sujet d'ordre général / j'pense que A et M vous en
ont parlé: euh du type de sujet donc voilà c'est une question générale
sur le sur le progrès : et donc euh l'idée voilà / c'est d'se: d'se: dmander
bon ben voilà y a un certain nombre de progrès qu'ont été réalisés tout
au long du 20ième siècle euh : aussi bien dans l'domaine de
l'informatique que dans celui (...) comment vous vous vivez c'progrès
technique / euh est-ce que ça a un impact sur vos activités de tous les
jours : comment vous vivez ça / en clair
- 18 M euh s'pa::ssant que nous // par exemple nous
- 19 PC par exemple oui donc en ::
- 20 M euh / nous et ///passons euh
- 30 PC Vous passez
- 31 M euh – geste – passons
- 32 PC essayez / regardez j'vous ai mis un stylo ici si vous avez b'soin de: de
m'faire comprendre certains mots vous n'hésitez pas hein
- 33 M oue oue oue oue
- 34 PC donc vous / vous disiez nous pa:ssons
- 35 M oui nous *
- 36 PC * vous passez : vous passez quoi /// du temps?
- 37 M du temps euh : / pffff – geste de dépit sur table - 2'42
- 38 PC du temps // par rapport à quoi
- 39 M pffff
- 40 PC du temps sur euh sur tout ce qui est euh / euh : moyens de::
communication? / c'est ça qu'vous vouliez dire nan * nan c'est pas ça
* nan nan nan nan
- 41 M
- 42 M passons ah oui?
- 43 PC oui c'est parce que vous m'aviez dit nous passons
- 44 M ah oui
- 45 PC bon oui bon c'tait p'têt pas c'que vous * vouliez dire
- 46 M * oue
- 47 PC Est-c'que / Est-c'que vous pensez par exemple que le progrès ça vous
facilite la vie
- 48 M ah oui / ah oui oui oui euh:
- 49 PC en quel sens comme ça xxxxxx
- 50 M oui oui euh: // chose: nan féelles / euh – M écrit -
- 51 PC oui d'accord oui
- 52 M ah ménelle
- 53 PC alors ménep ça par contre j'ai pas compris à la limite écrivez le mot
pour voir ça ça m'aidra p'têt.
- 54 M - geste de dépit sur table-
- 55 PC ah / ah vous l'avez pas en tête
- 56 M oui
- 57 PC ou on était partis sur l'idée que le progrès ça facilite * la vie / et donc
vous: vous cherchiez à trouver des exemples
- 58 M * la vie

- 59 M oui / oui oui des ezemple
- 60 PC bah / prenez un exemple de: la vie de tous les jours par exemple ce matin euh: quels progrès euh : technique a pu vous faciliter la vie / par exemple
- 61 M voiture
- 62 PC la voiture / ouais:
- 63 M ben oui
- 64 PC hum hum
- 65 M euh:: euh::
- 66 PC est ce que ça facilite toujours a vie si seulement *
- 67 M * là - geste: M pointe
- l'ordinateur -
- 68 PC ah l'ordinateur oui vous me montrez l'ordinateur *oui / oui exact l'ordinateur
- 69 M * ta teur
- 70 M et et : pa:r cont euh / dur
- 71 PC ouais vous disiez par contre y a quand même un mais c'est ça?
- 72 M oui oui oui oui
- 74 M *mais
- 75 M oui oui euh/ euh c'est
- 76 PC * par rapport par rapport à la voiture par exemple si on restait sur la voiture / Quel est l'inconvénient ducoup / c'est vrai qu'ça nous facilite la vie parce que: on peut s'déplacer plus rapidement d'un endroit à l'autre mais
- 77 M oui oui par contre euh – écrit -
- 78 PC l'inconvénient de ça quand même
- 79 M c'est bon
- 80 PC vous avez écrit le plein c'est ça?
- 81 M oui oui la plein
- 82 PC oui oui faut faire le plein
- 83 M eh ben le plein
- 84 PC de carburant vous voulez dire * d'accord ouais
- 85 M de carburant euh les les: saussures euh euh
- 85 PC les chaussures / nan vous voulez pas parler de chaussures – rires – donc vous vouliez faire donc il faut faire le plein de carburant et alors quel est le problème avec le carburant* qu'est ce qui s'passe avec le carburant
- 86 M *oui oui oui oui euh:
- 87 M voouuuuu – geste et onomatopée – c'est ah
- 88 PC voulez dire qu'on a d'moins en moins d'carburant?
- 89 M oui oui

2ème évaluation

MT-86

« c'est / casse banquier

2,3 voi / voyous

1,2,3,4 voyous // sa caisse

des sacs -gestes-

1-2-3-4 // 2 clients 2 banquiers
 1 banquier police -geste de téléphone-
 un jeune homme toné policier
 il va parler te dire les casses »

Corpus d'un extrait de 5 minutes de conversation:

- 1 PC bonjour monsieur B.
 2 M bonjour * jeune homme
 3 PC * bien
 4 PC oh! C'est gentil comme expression d'm'appeler jeune homme// bon voilà on fait un p'tit peu l'point de la situation eu:h générale * j'ai une première question à vous poser est-c'que vous pensez que: Sarkozy s'est mis eu:h à la tête de la coalition pour lutter cont' la libye parc'qu'il est au plus bas : euh pour les présidencielles ou juste *eu:h allez racontez moi
 5 M * oue oue
 * oui oui
 6 PC a::: voilà
 7 M oui oui c'est plus bas e:t dé:cision eu:h pas xxx
 8 PC ouais / i s'est dit qu'si i décentrait / la population française des affaires intérieures et si i s'mettait en avant à l'exterieur / i r'montrait peut-êt' un p'tit peu sa cote
 9 M oui oue
 10 PC donc il met vos mirages et vos rafales / en pointe!
 11 M en pointe
 12 PC en pointe / vous êtes assez d'accord avec cette politique ou pas?
 13 M eu:h c'e:st d'accord c'est::
 14 PC vous pensez qui fallait intervenir
 15 M oui / mais eu:h -geste des mains pour nuancer son propos -
 16 PC vous s'riez pas intervenu comme ça
 17 M non
 18 PC ah vous auriez fait comment alors
 19 M e:t t-tu veux pointe mais eu:h forcément c'est: bom bom -geste de la main sur le bureau-
 20 PC *donc vous s'riez allé en pointe aussi mai:s
 30 M ssss // i o eh tom mais zut
 31 PC vous avez vot' petit carnet pour l'écrire éventuellement * / si vous arrivez pas à me l'dire
 32 M *eh euh -sort son carnet-
 33 PC Donc vous s'riez intervenu tout d'même mais? -M écrit et montre à F-
 34 PC Pétrole
 35 M Pétrole c'est un:: pointe hein
 36 PC ah c'est au sud qu'i a le pétrole vous voulez dire c'est ça?
 37 M oue oue oue oue c'est au sud pétrole e::t là haut e:t -écrit sur son carnet- pfff -geste de dépit-
 38 PC nan ça vous n'arrivez pas à l'dire *
 39 M * ouais
 40 PC mais donc vous êtes assez d'accord avec le fait qu'il faut une

- intervention * militaire pour protéger le::s / la population lybienne qui souhaite plus de libertés c'est bien ça?
- 41 M * oui / oui oui
- 42 M oui /oui oui
- 43 PC et au Japon est-c'que ce soir voue allez rester chez vous renfermé pasque l'nuage arrive
- 44 M non
- 45 PC non bon alors * pourquoi
- 46 M * poum oue c'est eh -onomatopée et gestes pour tempérer ce qu'il dit- c'est euh * mercredi c'est euh
- 47 PC * i a pas eu d'explosion oui c'est aujourd'hui et c'est demain qu'i passe
- 48 M oui eh demain e:t -fait mine de regarder par la fenêtre- tu vas voir c'est xxx?
- 49 PC oui i fait délicieux i fait beau * donc on verra rien * donc on s'en fout
- 50 M * oue: * oue:
- 51 M oue s'en fout c'est s'en fout hein
- 52 PC d'accord est-c'que demain si on vous propose de voter pour / ou de voter contre le nucléaire qu'est-c'que vous allez voter
- 53 M euh pour
- 54 PC ah vous êtes pour
- 55 M oue
- 56 PC mais pourquoi vous êtes pour
- 57 M c'est non et:: pour c'est -gestes pour appuyer-
- 58 PC vous pensez qu'c'est une bonne solution pour produire du courant
- 59 M oui bah oui hein c'est un deux -gestes un et deux avec main- * a ou c'est a-ou -M écrit-
- 60 PC * allez-y
allez-y expliquez moi
- 61 PC j'ai choisi des sujets difficiles hein je sais
- 62 PC tubor -lit ce que M écrit-
- 63 M poum! euh
- 64 PC tubor soviétique oui oui y a eu euh* y a eu Tchernobyl oui où ça a explosé
- 65 M * boum eh oui et:
- 66 PC ah oui vous voulez dire qu'y a pas beaucoup d'accidents au total c'est ça*
- 67 M *ben nan c'est hein
- 68 PC ouais mais enfin on on met quand même des déchets on n'sait pas où là pour l'instant *
- 69 M *oui hum et -non de la tête-
- 70 PC les centrales quand même produisent des déchets ces déchets on les enfouit dans l'sol et on sait pas trop c'qu'on va en faire hein
- 71 M ah oui c'est ça mai:ss -mimique pour atténuer propos-
- 72 PC sinon j'suis d'accord qu'c'est assez sécurisé y eu que deux euh trois accidents *
- 73 M *oue oue
- 74 PC un aux Etats-Unis c'était comment elle s'appelait? * j'sais plus l'dire
- 75 M *euh oui oui
- 76 PC bref après les Etats-Unis Tchernobyl et puis la euh là au Japon
- 77 M le Japon

- 78 PC ouais ça c'est come le concorde quoi ça c'est très sécurisé il arrive d'temps en temps une blague
- 79 M oui
- 80 PC m'enfin les barrages par exemple ou les turbines eu:h hydroélectriques vous avez construit en France euh elles elles pète jamais hein / ça tourne
- 81 M nan -non de la tête en plus- elles pètent elles*
- 82 PC *elles pètent aussi ::?
- 83 M ah oui oui hein
- 84 PC ben y a quand même pas eu souvent des villages inondés hein si? Y a des barrages qu'ont lâché
- 85 M eh eu:h des i:non:dés eu:h 25 ans
- 85 PC oui ouais y a p'têt eu un barrage a où il y a eu * queq'chose peut-êt' bien j'm'avance
- 86 M *ah oui oui oui oui -rire-
- 87 PC bon d'accord ça va

Annexe n°14 : Questionnaire d'avis sur le groupe

Votre avis sur le groupe

Que pensez-vous de la rééducation de groupe?

Lorsque vous venez au groupe chaque mardi, vous êtes:

- ◆ très motivé
- ◆ plutôt motivé
- ◆ peu motivé
- ◆ très content
- ◆ assez content
- ◆ pas content

Est-ce que cela nécessite un effort pour vous?

- ◆ Oui
- ◆ non

Est-ce que vous avez déjà ressenti votre participation au groupe comme une contrainte?

- ◆ Oui
- ◆ non

Selon vous, la durée de la séance est:

- ◆ trop longue
- ◆ Trop courte
- ◆ Juste bien

Par rapport à une journée de rééducation habituelle, le jour de la rééducation de groupe est pour vous:

- ◆ plus fatigant
- ◆ pas plus fatigant
- ◆ moins fatigant

Avez-vous eu le sentiment d'être plus à l'aise en situation de communication?

- ◆ Au sein même du groupe: oui non
- ◆ en rééducation individuelle: oui non
- ◆ dans le centre, avec l'équipe soignante: oui non

Expérience d'un groupe de communication au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle : évaluation de l'efficacité de cette thérapie pour des patients aphasiques.

Maëlle BUCHOT et Aurélie LE GOFF

1 volume : 198 pages (dont 48 pages d'annexes)

Discipline : Orthophonie

Résumé :

En rééducation de l'aphasie, les thérapies de groupe se sont beaucoup développées. On parle pourtant peu de l'évaluation de leur impact chez les personnes aphasiques. Les quelques études existantes semblent admettre que le groupe peut améliorer le langage et du moins les capacités de communication, et qu'il aurait un impact positif sur la réintégration sociale et familiale du patient.

Nous avons donc testé un protocole d'évaluation s'intéressant au langage, à la communication et à son efficacité en conversation ainsi qu'à la qualité de vie et au statut psychologique. Nous l'avons fait passer, à 3 mois d'intervalle, à 4 patients aphasiques bénéficiant d'une prise en charge de groupe. Les résultats obtenus ne sont pas généralisables en raison du petit nombre et de l'hétérogénéité des patients mais nous avons pu observer que tous avaient augmenté leurs performances langagières, que 3 d'entre eux étaient meilleurs communicateurs. L'impact sur la qualité de vie et le statut psychologique est plutôt positif mais cette hypothèse ne peut être totalement vérifiée car elle met en jeu d'autres facteurs qui ne sont pas liés à la rééducation de groupe.

Mots-clés :

Aphasie, rééducation de groupe, évaluation, efficacité, langage, communication, qualité de vie, statut psychologique.

Abstract :

In aphasia rehabilitation, group therapies have been greatly developed. Nevertheless, little is said about the assessment of their impact among people with aphasia. The few existing studies seems to agree that the group can improve langage and communication skills, and would have a positive impact on social and familial reintegration of the patient.

We therefore tested an evaluation protocol to assess: langage, communication, effectiveness in conversation, quality of life and psychological status. We did spend this protocol to four aphasic patients receiving group therapy twice at three months apart. The results are not generalizable due to the small number and heterogeneity of patients, but we observed that all had increased their language performance and that 3 of them were better communicators. The impact on quality of life and psychological status is rather positive, but this hypothesis can not be fully verified because it involves other factors not related to the group therapy.

Keywords :

Aphasia, group therapy, evaluation, efficiency, language, communication, quality of life, psychological status.

MEMOIRE dirigé par : **Yves MARTIN**, Chef de service au centre l'Espoir à Hellemmes.