

Unité de **F**ormation et de **R**echerche
« Médecine et Techniques médicales »

Année Universitaire 2011/2012

Mémoire pour l'obtention du
Diplôme de Capacité d'Orthophonie
Présenté par **Manon DUBREIL** (née le 09/01/1988)

**Expérimentation d'un matériel de diagnostic du profil
aphasique pour les orthophonistes
&
d'une version simplifiée à destination des non orthophonistes**

Président du Jury :

Docteur RAOUL Sylvie, Neurochirurgien

Directeur du Mémoire :

Madame BENICHOU Dominique, Orthophoniste

Membres du Jury :

Docteur MAGNE Christine, Neurologue

Mme BIZET Marie-Pierre, Cadre santé UNV

Mme MARREC Marie, Infirmière

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
INTRODUCTION	3
PARTIE THEORIQUE	4
I. ORGANISATION FONCTIONNELLE CEREBRALE	5
I.1. Les hémisphères cérébraux et les lobes.....	5
I.2. Localisation des zones fonctionnelles	9
I.3. La spécialisation hémisphérique	12
II. ORGANISATION NEUROANATOMIQUE ET NEUROLINGUISTIQUE DU LANGAGE.....	13
II.1. Organisation neuroanatomique du langage	13
II.2. Organisation neurolinguistique du langage	14
III. L'APHASIE	20
III.1. Définition.....	20
III.2. Rappel historique	20
III.3. Etiologie/Troubles associés.....	23
III.4. Sémiologie des aphasies.....	28
III.5. Classification des aphasies	38
IV. TESTS ET BILANS D'APHASIE	48
IV.1. Généralités sur les tests.....	48
IV.2. Les principales épreuves cliniques.....	49
IV.3. Quelques outils d'évaluation de l'aphasie	51
PARTIE PRATIQUE.....	53
I. PRESENTATION DU PROJET	54
I.1. Problématique.....	54
I.2. Elaborations d'un outil de diagnostic du profil aphasique : Objectifs	55
II. METHODOLOGIE	55
II.1. Problèmes méthodologiques	55
II.2. Présentation et justification des critères du PDALO / PDANO.....	56
II.3. Utilisation	65
II.4. Mise en pratique de l'outil	67
III. DISCUSSION	68
III.1. Principaux résultats observés.....	68
III.2. Comparaison avec le MT alpha	71

III.3. Perspectives	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES	77

INTRODUCTION

Lorsqu'il a fallu définir un thème pour mon mémoire de fin d'étude, le domaine de la neurologie me semblait une évidence tellement les stages effectués ces dernières années avaient pu confirmer mon attrait né lors des enseignements à l'école.

A la recherche d'un sujet relatif à l'aphasie, Mme BENICHOU, orthophoniste au sein de l'Unité NeuroVasculaire de l'hôpital Nord Laennec à Nantes, me soumet au mois de juin 2011 son projet de grilles permettant d'établir le profil aphasique du patient à partir de n'importe quel bilan. Immédiatement intéressée, j'accepte.

La première partie de ce mémoire retrace ma démarche quant à l'apport théorique nécessaire à la réalisation de cet outil. En effet, la maîtrise de l'anatomie et de l'organisation du cerveau d'une part, et de l'organisation du langage d'autre part, permettent par la suite d'analyser les troubles de la communication et de saisir les nuances entre les différents profils d'aphasie. Le futur outil reposant sur des outils de bilan existant, il s'agissait de ne pas négliger l'étude des principales batteries d'évaluation de l'aphasie. Celles-ci seront présentées succinctement.

La seconde partie fait état du travail d'élaboration et de mise en œuvre de l'outil de diagnostique du profil aphasique. L'expérimentation réalisée auprès de patients puis les résultats obtenus seront présentés et, finalement, la discussion viendra clore la recherche en exposant les points négatifs et positifs d'un tel projet.

PARTIE THEORIQUE

I. ORGANISATION FONCTIONNELLE

CEREBRALE

Hippocrate, au temps de la Grèce Antique s'intéressait déjà à l'organe complexe que représente le cerveau. Aujourd'hui, plus de deux-mille-quatre-cents années plus tard, alors que des scientifiques issus de disciplines variées l'ont étudié, assistés d'outils toujours plus performants, il continue de fasciner et de questionner.

I.1. Les hémisphères cérébraux et les lobes

Le cerveau est composé de deux hémisphères cérébraux séparés par un profond sillon : la scissure interhémisphérique. Le cerveau baigne dans le liquide céphalo-rachidien et il est protégé des chocs par la boîte crânienne. Les hémisphères sont formés de :

- La substance grise, constituant le cortex, est superficielle au niveau du cerveau et du cervelet ; elle est composée des corps cellulaires des neurones, des dendrites et de la partie initiale des axones.
- La substance blanche, dont la couleur est due à la présence de myéline, occupe quant à elle les zones profondes du cerveau et du cervelet. Elle est constituée des prolongements des neurones, axones et dendrites, entourés de leur gaine de myéline. La substance blanche a un rôle de conduction des influx nerveux vers les zones de substance grise où s'effectuent la conduction synaptique et le traitement de l'information.

Un pont de substance blanche relie le cortex des deux hémisphères et permet la circulation d'informations : le corps calleux. Sous celui-ci : le fornix (ou trigone) en forme de X.

Entre les hémisphères est creusée la cavité du troisième ventricule, ses parois latérales sont formées par le thalamus et son plancher par l'hypothalamus, où se trouve située l'hypophyse.

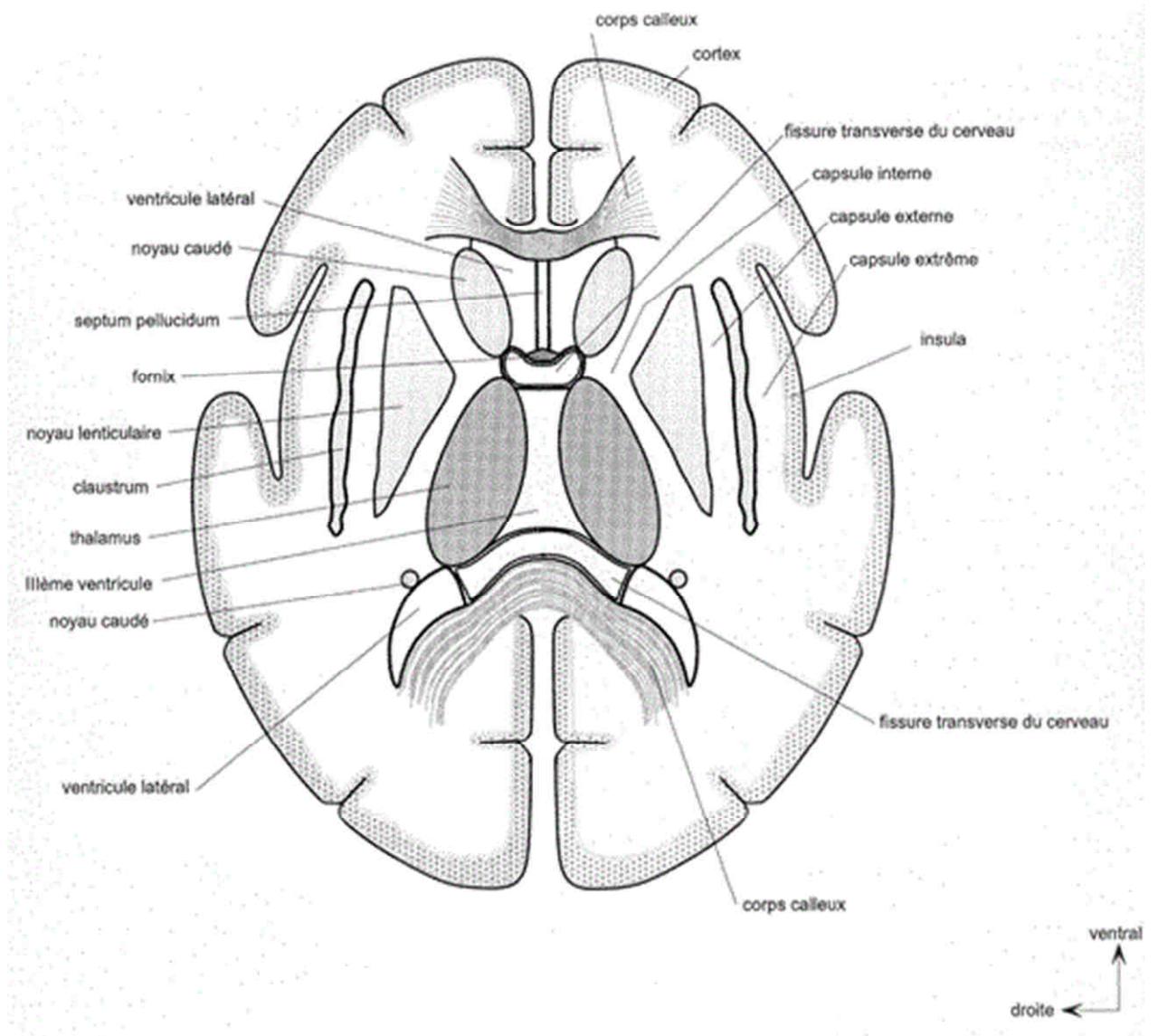


Figure n°1 coupe de Flechsig¹

¹ <http://www.anat-jg.com>

Les hémisphères cérébraux se caractérisent par les nombreuses circonvolutions présentes à leur surface. Chaque « bosse » est nommée gyrus. On appelle sillons, (ou scissures lorsque leur taille est plus importante), les plis les séparant.

Les scissures délimitent des lobes : le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal, le lobe occipital. Chaque lobe est présent dans chacun des deux hémisphères.

La scissure de Rolando (ou sillon central) sépare le lobe frontal du lobe pariétal et la scissure de Sylvius (ou sillon latéral) sépare le lobe pariétal du lobe temporal. Le lobe occipital constitue la partie la plus postérieure du cerveau.

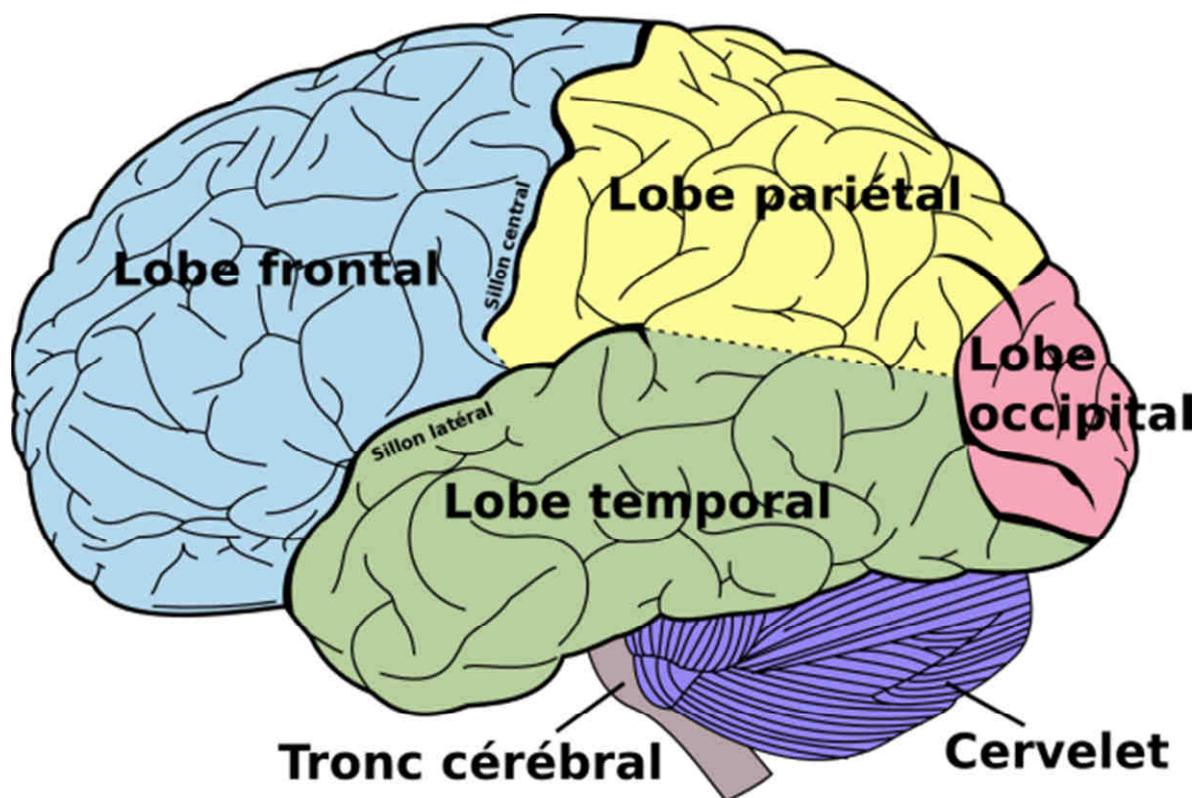


Figure n°2 Lobes cérébraux²

² CorelDraw by Mysid, based on the online edition of Gray's Anatomy. 2008

I.2. Localisation des zones fonctionnelles

Le cerveau est hautement spécialisé. Lors du traitement de l'information, les différentes parties du cerveau accomplissent des tâches différentes : c'est le principe de localisation fonctionnelle.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, Broca et Wernicke effectuent des observations anatomocliniques et établissent un lien entre les fonctions cognitives atteintes et les zones cérébrales lésées. Suite à ces études princeps, la neuropsychologie va se développer.

Les travaux des histologistes de la même époque montrent une organisation du cortex en six couches, définies par les types de cellules et de connexions géographiquement présents. Ces couches laminaires ont permis la description cytoarchitectonique de zones corticales, basée sur l'épaisseur relative des différentes couches dans le cortex. La carte cytoarchitectonique la plus utilisée pour le cerveau humain date du début du XX^{ème} siècle, il s'agit de celle de Brodmann, constituée d'aires numérotées de 1 à 52.

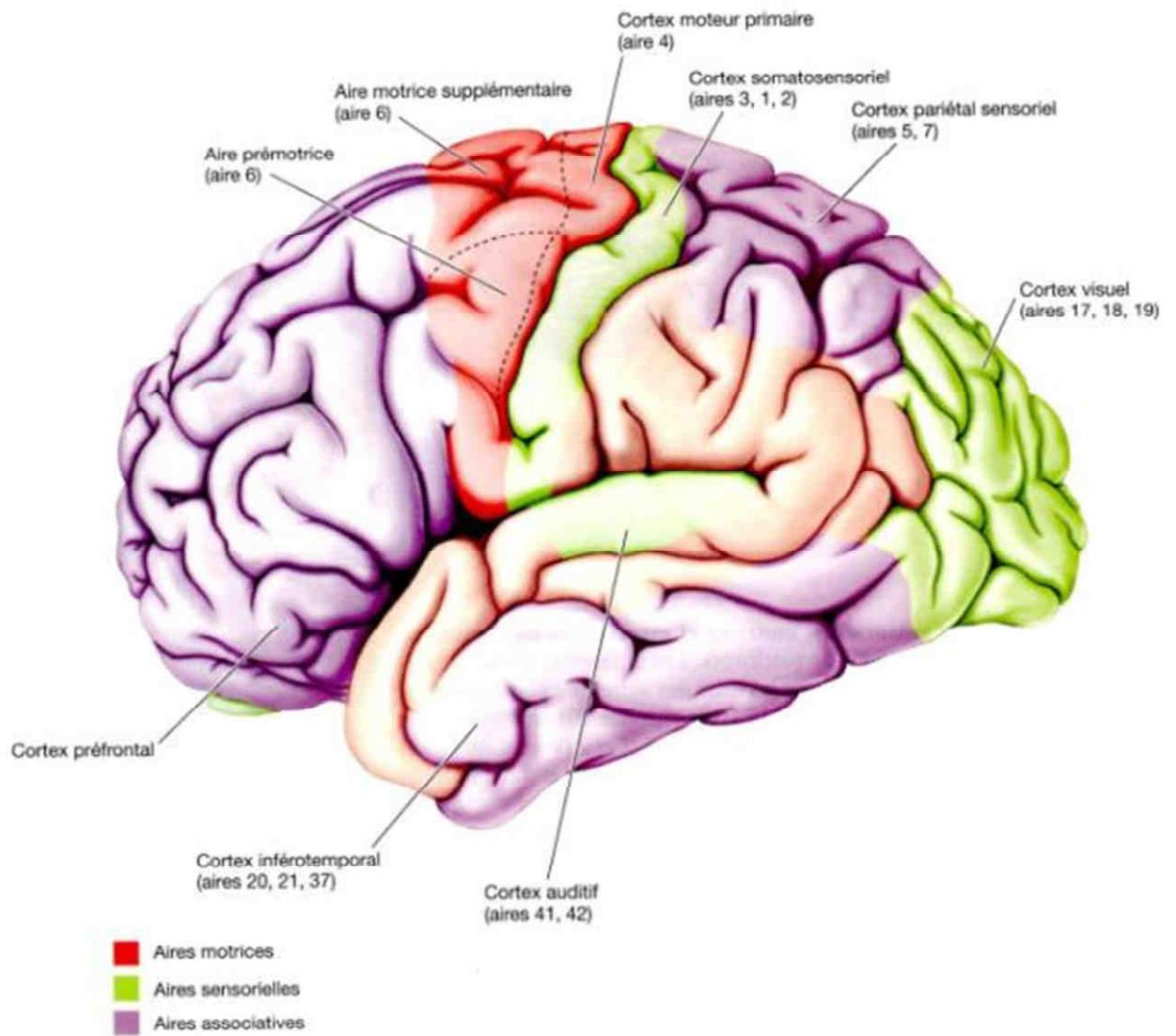


Figure n°3 Principales aires sensorielles, motrices et associatives du cortex³

³ Neurosciences à la découverte du cerveau, Pradel, 2002

A cette époque, la neuropsychologie souffre du fait que les études ne puissent se dérouler que post-mortem. Le développement des technologies informatiques va résoudre ce problème. La découverte de techniques d'imagerie va permettre l'investigation in vivo de la partie anatomique et fonctionnelle de l'activité mentale. L'imagerie fonctionnelle va servir de fondement à l'analyse du lien entre les diverses fonctions cognitives et leurs substrats anatomiques.

I.2.a. Le lobe frontal

Il s'agit du lobe de l'action ; de l'organisation du mouvement jusqu'aux fonctions de planification et de prise de décision. Le cortex préfrontal intervient dans l'ensemble des fonctions dites exécutives, dans la mémoire de travail mais aussi dans le langage.

L'anatomie fonctionnelle du lobe frontal se décline de manière postéro-antérieure, des régions motrices vers les aires multimodales associatives. Dans les zones périrolandiques antérieures siègent les aires motrices et pré motrices qui commandent et préparent le mouvement. Plus antérieurement, les aires du contrôle de l'activité oculomotrice et de la mémoire de travail ont été mises en évidence. Enfin, l'aire de Broca, se situe dans le lobe frontal inférieur de l'hémisphère dominant (gauche chez un droitier). Sa partie la plus postérieure soutient le traitement phonologique alors que la zone du stockage, de la sélection du mot et du traitement syntaxique se situe dans la partie antérieure.

I.2.b. Le lobe pariétal

Il sous-tend la perception et l'élaboration des sensations somesthésiques et participe également au langage. Le gyrus angulaire qui reçoit des afférences auditives et visuelles, est impliqué dans le langage écrit.

I.2.c. Le lobe occipital

Il est le siège du cortex visuel. Sa partie postérieure est une zone de perception dite *primaire* s'activant dès la perception visuelle du stimulus. La partie plus antérieure du lobe occipital traite quant à elle les caractéristiques physiques du stimulus, à savoir, sa forme, sa couleur et le mouvement de celui-ci.

I.2.d. Le lobe temporal

Sa partie supérieure est dédiée au traitement auditif des sons de l'environnement, tant dans l'analyse que dans la compréhension de ceux-ci. Elle est composée d'une zone de perception *primaire*, appelée gyrus de Heschl, s'activant dès la perception du stimulus, et d'une partie dite *secondaire* qui détaille les caractéristiques physiques du stimulus auditif. La partie inférieure traite quant à elle la forme d'objets ou de visages, mais également des chiffres et des lettres. La structure temporale, en association avec la partie limbique qui se trouve en dessous, gère enfin l'encodage en mémoire à long-terme des informations déclaratives et épisodiques.

Le lobe temporal est aussi le siège de l'aire de Wernicke ⁴.

I.3. La spécialisation hémisphérique

Les travaux princeps sur les aphasies ont permis d'établir l'existence d'une spécialisation fonctionnelle de chaque hémisphère. Les neuropsychologues ont pris l'habitude de nommer *dominant* l'hémisphère soutenant le langage et donc, dans 95% des cas chez les droitiers, l'hémisphère gauche. C'est d'ailleurs chez ces derniers que la spécialisation hémisphérique est la plus nette. Chez un droitier, l'hémisphère gauche intéresserait la dextérité manuelle, l'organisation du langage et l'activité gestuelle. L'hémisphère droit serait quant à lui, spécialisé dans les fonctions visuospatiales, attentionnelles, ainsi que dans la reconnaissance des physionomies et dans le contrôle émotionnel.

On a aussi pu établir, notamment grâce aux travaux de Levy ⁵, que l'hémisphère gauche procédait à des traitements analytiques et séquentiels alors que l'hémisphère droit procède de manière simultanée et parallèle (holistique).

Cette distinction des stratégies de traitement de l'information est néanmoins moins précise dans le cerveau d'un sujet gaucher ou ambidextre.

⁴ Cf II.1

⁵ Levy, Trevarthen et Sperry, 1972

II. ORGANISATION NEUROANATOMIQUE ET NEUROLINGUISTIQUE DU LANGAGE

II.1. Organisation neuroanatomique du langage

Les « zones du langage » identifiées par Déjerine au début du XX^{ème} siècle étaient situées dans l'hémisphère gauche, considéré comme seul détenteur du langage. Nous savons désormais que l'hémisphère droit présente aussi un rôle non négligeable dans les compétences langagières. La révolution de l'imagerie fonctionnelle a permis de faire évoluer la réflexion. A la conception anatomique bipolaire du langage mettant en jeu un pôle expressif et un pôle réceptif, succède une conception fonctionnelle en réseaux. L'aspect multipolaire du langage est aujourd'hui démontré ; un large réseau impliquant des zones frontales, temporales, cérébelleuses et sous-corticales a été mis en évidence. Cependant, les parts respectives de ces différents acteurs, au sein de ce vaste réseau neuronal, sont encore loin d'être connues.

Les aires motrices du langage sont activées par des tâches de production simple de langage nécessitant la planification motrice des mouvements élémentaires de l'appareil bucco-phonatoire.

L'aire de Wernicke, au sens classique du terme, n'est plus considérée comme la zone exclusive de la compréhension du langage. Des phénomènes de chevauchement avec le cortex auditif primaire peuvent, au cours des tâches de reconnaissances auditivo-verbale ou non-verbale, révéler l'activation sur toute l'étendue du gyrus temporal moyen et du pôle temporal. L'existence d'une variabilité individuelle est, néanmoins démontrée.

L'aire de Broca est à présent considérée comme « le site d'assemblage à la fois des phonèmes en mots, des mots en phrases »⁶. Elle a un rôle dans la programmation pré-articulaire du langage, ainsi que dans la programmation phonologique et syntaxique. Cette zone gère la grammaire, en particulier le statut des mots tout en étant en étroite corrélation avec les zones adjacentes sur les tâches de génération des verbes.

Le gyrus supra marginal se révèle être une zone de la mémoire de travail verbale, faisant intervenir le stockage des informations auditivo-verbales en mémoire à court terme.

⁶ Damasio

Le gyrus angulaire s'exprimerait essentiellement dans le traitement du langage écrit.

Les fibres associatives relient entre elles les différentes aires cérébrales.

Les connaissances croissantes dans ce domaine permettent parallèlement de grandes avancées en neurochirurgie pour préserver les capacités langagières chez les patients ayant à subir des résections chirurgicales.

II.2. Organisation neurolinguistique du langage

La linguistique est une science qui étudie la nature et la fonction du langage. De tout temps on s'est intéressé aux langues, mais c'est au XIX^{ème} siècle que la linguistique apparaît comme discipline à part entière. De Saussure, Martinet, Jakobson ou encore Chomsky ont marqué cette science.

La connaissance des unités linguistiques et des différents niveaux du traitement langagier permet aux cliniciens une analyse précise des troubles du langage.

II.2.a. Les unités linguistiques

Le modèle linguistique de la langue se décompose en quatre types d'unités linguistiques et trois niveaux d'articulations pour la réalisation de la parole et du langage. Buyssens, en 1967, est à l'origine de la description de ce modèle.

(Figure n°4)

Les traits sont des mouvements élémentaires de l'appareil bucco-phonatoire.

Les phonèmes sont la plus petite unité distinctive. Un phonème peut correspondre à un ensemble de sons. Pour définir les phonèmes, on énumère leurs traits pertinents. Ils sont produits par un jeu complexe des organes phonateurs. Chaque phonème est le résultat de traits articulatoires. Le français est composé de 36 phonèmes dont la transcription est codifiée par l'alphabet phonétique international (API).

(Figure n°5)

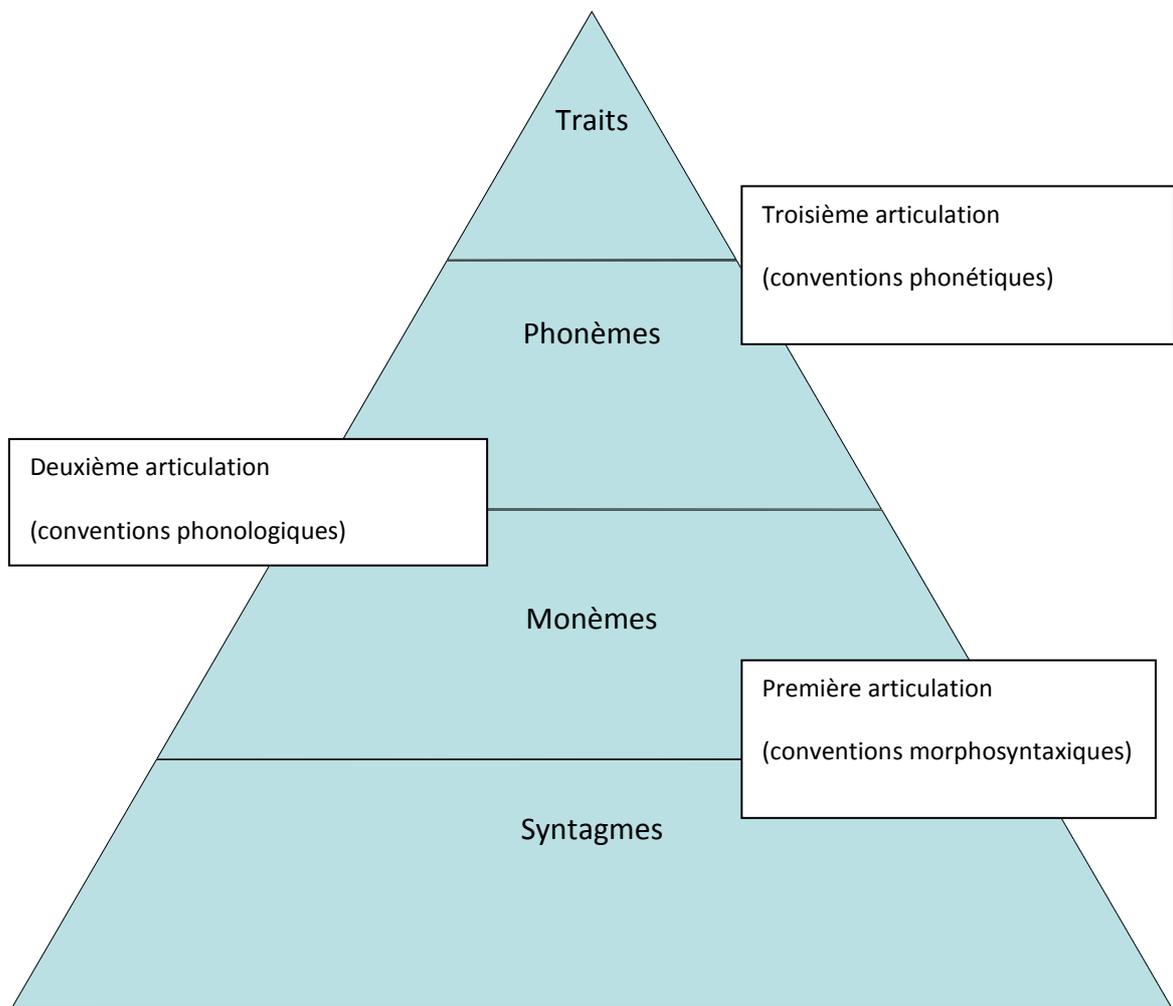


Figure n°4 Modèle à quatre unités et trois articulations⁷

⁷ Adapté des travaux d'Eric Buysens

Phonèmes	Graphèmes	Exemples
/p/	p, pp	<i>port, apport</i>
/b/	b, bb	<i>balle, abbé</i>
/m/	m, mm	<i>mer, gomme</i>
/f/	f, ff, ph	<i>file, effort, philosophie</i>
/v/	v, w	<i>ville, wagon</i>
t//	t, tt, th	<i>terre, atterrir, athée</i>
/d/	d, dd	<i>dire, addition</i>
/n/	n, nn	<i>nez, donner</i>
/s/	s, ss, c, ç, t(+i), sc(+i), x	<i>sourd, casser, leçon, attention, scie, six</i>
/z/	z, s, x	<i>zéro, vase, sixième</i>
/l/	l, ll	<i>lourd, aller</i>
/□/	ch, sh, sch	<i>choix, shérif, schéma</i>
/□/	j, g	<i>jeu, âge</i>
/□/	gn, ni	<i>régner, panier</i>
/k/	k, c, cc, ch, cu, q, qu, ck, cqu	<i>kaki, colle, accord, choral, cueillir, coq, quille, crack, acquis</i>
/□/	g, gu, gg, c	<i>gaz, algue, agglomération, seconde</i>
/□/	ng	<i>parking</i>
/□/	r, rr, rh	<i>or, arriver, rhum</i>
/j/	y, i, il, ill	<i>rayon, rien, rail, bailler</i>
/□/	u	<i>lueur</i>
/w/	w, ou (cf, également oi)	<i>watt, ouate, roi</i>
/i/	i, y	<i>lit, synonyme</i>
/e/	é, ê, et, ed, er, ez, e, ee, ai	<i>dé, prêter, met, pied, lever, chez, aimer, pedigree</i>
/□/	e, è, ê, ai, ei	<i>mettre, lèvres, prêt, neige, lait</i>
/a/	a, e	<i>pette, femme</i>
/□/	â	<i>pâte, fâcheux</i>
/y/	u	<i>rue</i>
/ø/	eu, œ	<i>jeu, œdème</i>
/□/	œ, œu, eu	<i>œil, cœur, peur</i>
/u/	ou, oo	<i>mou, zoom</i>
/o/	o, ô, au, eau, a	<i>mot, hôte, maux, veau, yacht</i>
/□/	o, u(+m)	<i>pomme, motte, rhum</i>
/ñ/	in, ein, ain, en, im, aim, ym	<i>brin, rein, pain, examen, timbre, faim, thym</i>
/ñ/	an, en, am, em, aon	<i>clan, pendant, ramper, temps, paon</i>
/ñ/	on, om	<i>rond, rompre</i>
/œ/	un, um	<i>brun, parfum</i>

Figure n°5 Alphabet Phonétique International (API)⁸

Les monèmes (ou morphèmes) constituent les plus petites unités sonores ayant un sens.

Les syntagmes résultent d'une combinaison de morphèmes.

Les phrases sont des combinaisons de plusieurs syntagmes.

Les unités linguistiques de base développées par De Saussure sont le signifié et le signifiant.

Le signifié désigne le contenu sémantique.

Le signifiant désigne l'image acoustique d'un mot.

II.2.b. Les niveaux d'analyse

Lors de la compréhension d'un message verbal, les unités de la langue vont être identifiées, les fonctions de ces unités repérées et la fonction communicative du message identifiée.

Au niveau phonologique ou niveau phonémique, l'auditeur identifie dans le flux sonore une succession d'unités appartenant au système de la langue : *les phonèmes* ou *unités de deuxième articulation*.

Au niveau lexical, c'est l'étape de l'attribution du sens.

Au niveau syntaxique ; à partir d'indices comme la catégorie grammaticale des mots de la phrase, l'ordre des mots et les marques morphologiques, l'individu va repérer les fonctions du mot dans la phrase.

L'analyse sémantique est le niveau d'attribution du sens des mots, puis des phrases.

L'analyse pragmatique est issue d'un courant de la linguistique qui prend en compte la valeur intentionnelle du langage et l'importance du contexte dans l'interprétation du sens d'un énoncé.

La production du langage peut être abordée avec les mêmes niveaux d'analyse.

Martinet, en 1967, propose de distinguer deux modes d'arrangement des unités linguistiques : le mode (ou axe) du choix (ou de la sélection) et le mode (ou axe) de la combinaison. L'acte de parler nécessite au niveau phonologique une sélection et une combinaison des phonèmes permettant de créer les monèmes et il existe au niveau de la première articulation du langage une sélection et une combinaison des monèmes permettant ainsi de créer les syntagmes et les phrases.

(Figure n°6⁹)

L'aphasie de Wernicke peut ainsi être conçue comme un déficit de la sélection des phonèmes (paraphasies phonémiques et verbales morphologiques) et des mots (paraphasies sémantiques, dyssyntaxie).

(Figure n°7)

L'aphasie de Broca correspond à un déficit de la combinaison des phonèmes (simplification des mots associées à la désintégration phonétique) et des mots (réduction du volume verbal, stéréotypies, agrammatisme).

(Figure n°8)

⁹ Figure 6 à 8 N. REDAIS, l'évaluation des troubles de la personne aphasique, 2001. P.91

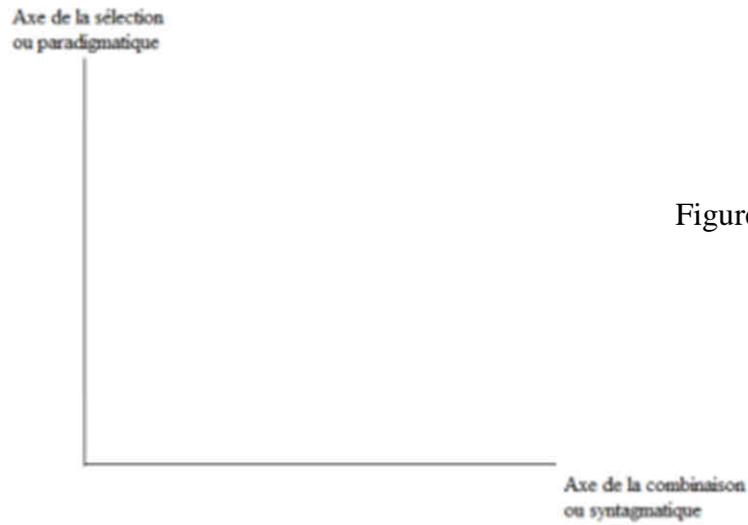


Figure n°6 Modèle de la double articulation

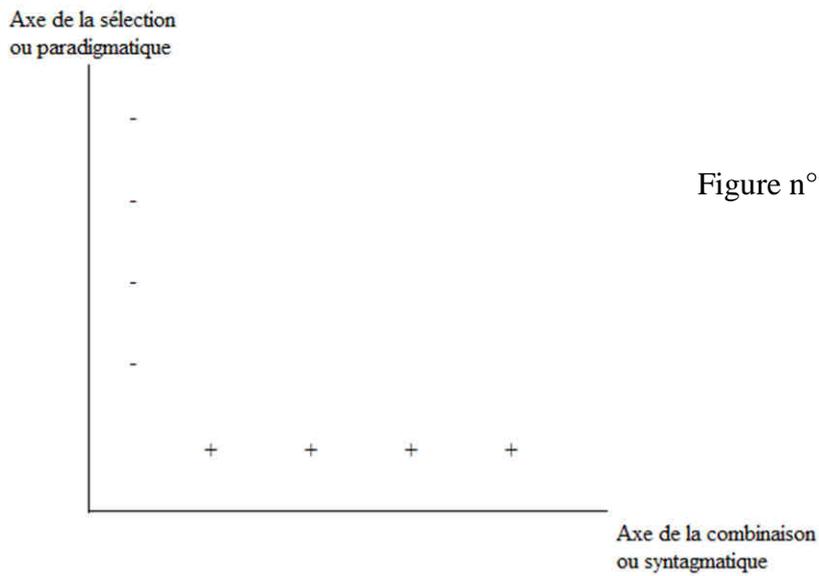


Figure n°7 Modèle de la double articulation
(aphasie de Wernicke)

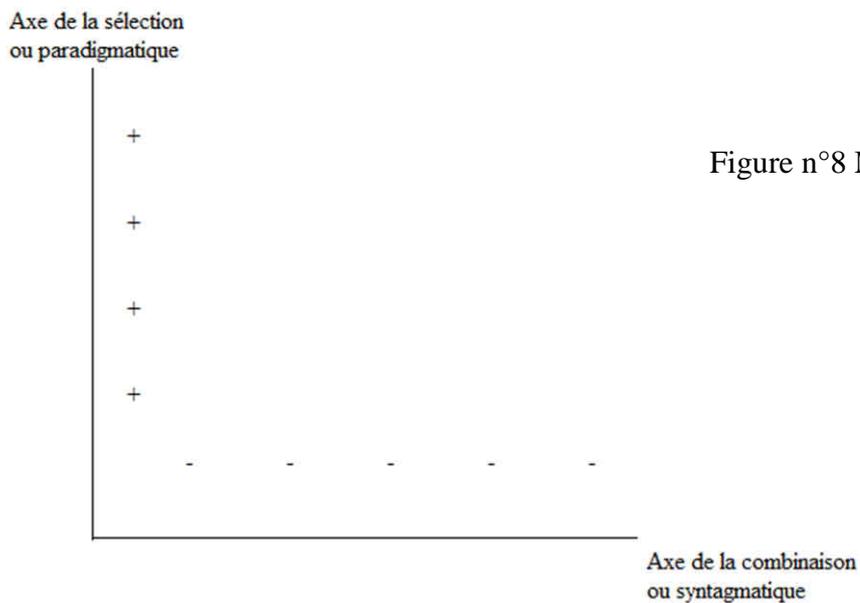


Figure n°8 Modèle de la double articulation
(aphasie de Broca)

III. L'APHASIE

III.1. Définition

D'après Trousseau, en 1864, l'aphasie, qui signifie littéralement « sans parole », est une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage et/ou le décodage et qui peut concerner le langage oral et /ou écrit. Ce trouble n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, pas plus à un dysfonctionnement de la musculature pharyngo-laryngée, mais à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale dans l'hémisphère gauche chez un droitier.

D'après Alajouanine, « on donne le nom d'aphasie au dérèglement des mécanismes psycho-sensori-moteurs qui interviennent dans la perception et l'expression du langage et qui s'élaborent dans une région limitée de l'hémisphère dominant ».

Dans tous les cas, il faut exclure, l'idée trop souvent répandue, d'un trouble de l'intelligence.

L'aphasie se définit donc comme un trouble acquis de la manipulation des signes linguistiques dans leur expression et/ou leur compréhension, en rapport avec une lésion du système nerveux central d'un individu.

III.2. Rappel historique

La première description d'une aphasie pourrait remonter à la civilisation égyptienne, entre le deuxième et le premier millénaire avant Jésus-Christ. Grâce à la découverte et l'analyse de papyrus illustrés, on date la première description d'une aphasie à la civilisation égyptienne, entre le deuxième et le premier millénaire avant J-C.

Dès le V^{ème} siècle après J.-C, la possibilité d'une localisation cérébrale spécifique des grandes fonctions est envisagée.

Gall (1758-1828), médecin anatomiste, est à l'origine de la phrénologie. Cette science propose de connaître le caractère et les facultés d'un individu à partir de la configuration de son crâne. Gall isole 27 facultés dont le sens des mathématiques, l'amitié, la prudence, mais aussi « les sens du langage et de la parole ».

Bouillaud soutient dès le premier quart du XIX^{ème} siècle, que le centre de la parole est situé dans les lobes antérieurs du cerveau et confirme ainsi la théorie de Gall.

C'est Paul Broca, en 1861, qui apporte la preuve que des régions spécifiques du cerveau correspondent à des fonctions bien particulières. Il présente à la société d'Anthropologie le cerveau de Monsieur Leborgne atteint d'hémiplégie droite et d'une stéréotypie « tan tan » depuis 21 ans. Broca propose la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale comme siège de « la faculté du langage articulé ». Quatre ans plus tard, il établit l'asymétrie des hémisphères ; les lésions frontales gauches sont les seules lésions aphasiogènes (chez les droitiers).

Treize ans après Broca, en 1874, Carl Wernicke isole une autre aphasie caractérisée par l'incapacité de comprendre le langage parlé alors que le langage articulé est abondant mais incompréhensible. Il relie cette aphasie sensorielle à une lésion de la première circonvolution temporale gauche. Carl Wernicke décrira aussi l'aphasie de conduction. Il émet l'hypothèse selon laquelle les centres moteurs et sensoriels seraient reliés par des fibres nerveuses. Une lésion de cette voie d'association produisant cette « nouvelle » aphasie.

Ludwig Lichteim établit un schéma de description de sept aphasies en 1885. Il appartient au mouvement associationniste qui envisage le système nerveux central comme « la réunion de masses grises, directement ou indirectement connectées entre elles par des faisceaux de fibres », appelées fibres d'association.

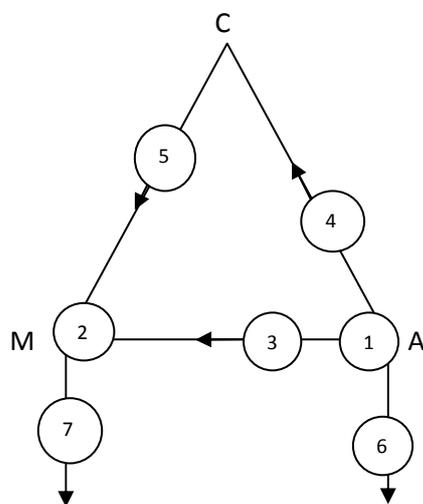
(Figure n°9)

Pierre Marie, en 1906, s'oppose au courant localisationniste. On lui doit « la quadrilatère de Pierre Marie » ; limité en avant, par un plan vertico-frontal allant de F3 au noyau caudé, et en arrière, par un plan vertico-frontal allant de la partie postérieure de l'insula à la partie postérieure du noyau lenticulaire.¹⁰

(Figure n°10)

Selon Pierre Marie, l'aphasie de Broca est une aphasie de Wernicke compliqué d'une anarthrie.

¹⁰ J. Barbizet & Ph. Duizabo



A centre des images auditives ; M centre des images motrices des mots ; C centre de l'idéation

1 aphasie de Wernicke, 2 aphasie de Broca, 3 aphasie de conduction, 4 aphasie transcorticale sensorielle, 5 aphasie transcorticale motrice, 6 surdité verbale pure, 7 anarthrie pure

Figure n 9 Schéma dit « de la maison » d'après Lichstein

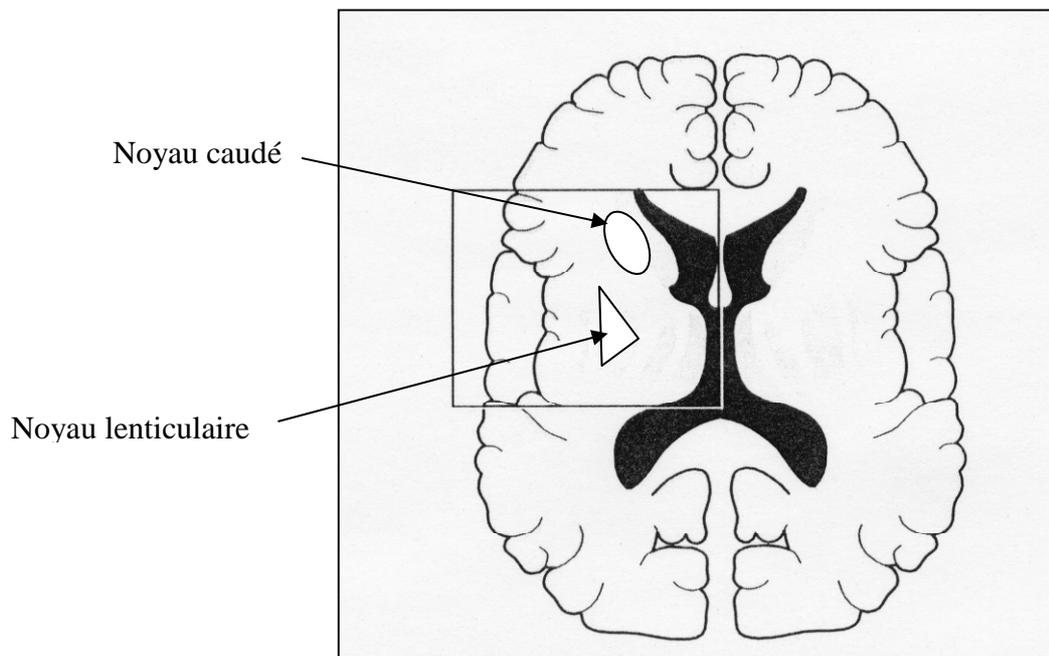


Figure n 10 Le quadrilatère de Pierre Marie

En 1939, Alajouanine publie l'ouvrage « la désintégration phonétique dans l'aphasie ».

En 1948, Goldstein propose une classification très fournie des syndromes aphasiques sous un angle psychopathologique.

On doit par la suite, en 1964, à Alexandre Luria, une classification neurolinguistique des aphasies.

En 1972, Goodglass soumet une classification clinique des aphasies. Il explore et explique l'aphasie selon ses symptômes, la nature des différents troubles et ses lésions.

Dans le même temps, Hécaen, en respectant l'angle neurolinguistique, classe les aphasies sous trois rubriques : les aphasies d'expression, les aphasies sensorielles et l'aphasie amnésique.

Actuellement, grâce aux progrès de l'imagerie médicale, on tente de concilier les modèles cognitivistes et l'exploration fonctionnelle du cerveau.

III.3. Etiologie/Troubles associés

III.3.a. Causes vasculaires

Ce sont les causes les plus fréquentes d'aphasie, elles représentent 80% des cas chez les adultes.

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont la première cause des déficits physiques et mentaux et la troisième cause de mortalité avec les cancers et maladies coronariennes.

L'AVC est dû à un défaut d'irrigation, transitoire ou définitif, d'une zone du cerveau.

Les AVC se divisent en deux groupes :

- les accidents vasculaires hémorragiques (dans 20% des cas)
- les accidents vasculaires ischémiques (dans 80% des cas)

Les facteurs de risques

- l'hypertension artérielle (le risque est multiplié par 7 et augmente avec l'âge)
- les maladies coronariennes (le risque est multiplié par 7)
- l'âge (plus il est élevé, plus le risque augmente)
- le diabète (le risque est multiplié par 3)
- le tabac (le risque est multiplié par 3)
- la contraception œstroprogestative (le risque est multiplié par 2 ou 3)
- l'alcoolisme (le risque est multiplié par 2 surtout chez les patients jeunes)
- l'artérite des membres inférieurs (le risque est multiplié par 2)
- les dyslipidémies
- l'obésité
- les maladies cardio-vasculaires
- le syndrome inflammatoire
- la migraine

Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques

Les accidents vasculaires ischémiques de l'hémisphère majeur, sont la première cause des aphasies, à 90% des cas. Ils peuvent avoir plusieurs origines : l'embolie, l'athérosclérose et la dissection.

L'embolie est un petit caillot de sang qui bouche l'artère.

L'athérosclérose correspond à des dépôts au niveau de la paroi des artères, entraînant une sténose.

La dissection s'observe chez des sujets jeunes. C'est un saignement de la paroi de l'artère, qui entraîne une sténose.

- *Les infarctus carotidiens*

Dans le territoire de l'artère sylvienne de l'hémisphère dominant, on observe soit un infarctus sylvien total (atteinte des branches profondes et perforantes), soit un infarctus sylvien profond (atteinte des branches profondes).

Lors d'un infarctus sylvien total, on observe une hémiparésie massive, une hémianesthésie, une hémianopsie latérale homonyme, des troubles de la vigilance, une aphasie et parfois une anosognosie.

Lors d'un infarctus sylvien superficiel, on observe un déficit sur la face et les membres supérieurs ainsi qu'une aphasie.

Dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure de l'hémisphère dominant, on constate un déficit au niveau du membre inférieur, qui s'associe généralement à un syndrome frontal et à une aphasie.

- *Les infarctus vertébro-basilaires*

L'atteinte de l'**artère cérébrale postérieure** entraîne une hémianopsie latérale homonyme et des troubles sensitifs. Les troubles du langage sont rares et on observe parfois des troubles gnosiques visuels.

Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques

Ils sont de deux types :

- les hémorragies cérébrales se produisent souvent chez des sujets âgés, qui font de l'hypertension artérielle. Lorsqu'elles se produisent chez des sujets jeunes, une malformation artério-veineuse en est le plus souvent responsable.

Les hémorragies cérébrales se traduisent typiquement par un hématome capsulo-lenticulaire, ce qui engendre une hémiparésie, des céphalées et une aphasie dans le cas où elles intéressent l'hémisphère dominant.

- les hémorragies méningées sont la conséquence d'un anévrisme artériel ou d'une malformation artério-veineuse. Il y a peu de signes cliniques avant-coureurs, car tant que

l'anévrisme n'est pas rompu, il n'y a aucun symptôme. Les signes surviennent brutalement : céphalées violentes avec troubles de la vigilance et parfois coma.

Les risques de resaignement sont très importants.

III.3.b. Causes tumorales

Les tumeurs cérébrales peuvent être de deux types :

- Les tumeurs primitives prolifèrent mais restent dans le cerveau.
- Les tumeurs secondaires s'expliquent par une métastase d'un autre cancer, qui est venue se loger dans le cerveau pour s'y développer.

Les tumeurs cérébrales peuvent donner lieu à des troubles phasiques lorsqu'elles intéressent l'hémisphère dominant.

Cliniquement, on peut observer des céphalées, une hypertension intracrânienne, des crises épileptiques, des troubles de la vision.

III.3.c. Causes traumatiques

De manière générale, on appelle traumatisme crânien, tout choc important reçu par le crâne. Les troubles phasiques suite aux traumatismes crâniens sont fréquents.

Le mécanisme lésionnel responsable est variable :

- la contusion cérébrale correspond à une lésion encéphalique due à la transmission de l'onde de choc.
- l'hématome correspond à une collection de sang résultant du traumatisme.
- l'infarctus par thrombose artérielle.

La gravité des troubles ne sera pas forcément liée à la présence d'une fracture des os du crâne.

Les lobes temporaux et frontaux sont particulièrement exposés ce qui explique l'incidence élevée des aphasies de type Wernicke associées à des éléments sémiologiques frontaux aphasiques et/ou comportementaux.

Toutes les formes d'aphasies sont possibles et ne sont souvent qu'un élément au sein d'une constellation symptomatique neuropsychologique, neurologique et psychiatrique.

Les possibilités d'amélioration dans la période post-traumatique précoce et de récupération plus à distance ne sont pas négligeables. En effet, les traumatismes crâniens intéressant plus particulièrement les sujets jeunes, la plasticité cérébrale est plus marquée. De plus, la résorption de l'œdème peut aussi être à l'origine d'améliorations nettes et rapides des troubles du langage.

III.3.d. Causes infectieuses

Des infections cérébrales peuvent être à l'origine d'une aphasie si elles se développent dans les centres du langage.

De nombreux agents pathogènes (bactéries, virus, parasites, mycoses) peuvent être en cause, en fonction du statut immunitaire du patient et des contacts potentiellement infectants.

A titre d'exemple, une aphasie est présente dans 75% des cas de méningo-encéphalite herpétique, ce qui s'explique par la localisation généralement temporale des lésions.

III.3.e. Causes dégénératives

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente des démences dégénératives. Il est fréquent qu'un facteur vasculaire s'y associe et définit ainsi, au-delà des démences de type Alzheimer et des démences vasculaires, le cadre des démences mixtes.

Les autres démences dégénératives sont plus rares : paralysie supranucléaire progressive, dégénérescence corticobasale, maladie à corps de Lewy, maladie de Pick.

L'état démentiel se définit par un affaiblissement des fonctions intellectuelles invalidant progressivement le sujet jusqu'à la perte de l'autonomie. L'ensemble des fonctions cognitives est concerné : atteinte de la mémoire, du langage, du fonctionnement praxique et gnosique, du jugement ...

Le langage écrit est souvent plus précocement perturbé que le langage oral dont les premiers troubles se manifestent en général par un manque du mot. L'évolution se fait progressivement, en règle générale, vers une aphasie de Wernicke.

Plus rarement, le tableau clinique est inauguré par des troubles du langage au lieu des troubles de mémoires habituels. La sémiologie aphasique peut rester longtemps isolée, les

autres troubles cognitifs définissant le tableau démentiel n'apparaissant qu'après plusieurs années.

III.4. Sémiologie des aphasies

Puisque le langage fait intervenir plusieurs de nos fonctions cognitives, nous analyserons les troubles phasiques sous plusieurs angles. En nous appuyant sur les bases linguistiques de l'organisation du langage, nous tenterons, à l'aide de la neuropsychologie, de dégager les mécanismes de ces troubles.

III.4.a. L'expression orale

Les troubles selon les trois articulations

Au niveau de la troisième articulation, on peut classer le manque de netteté de l'articulation, que l'on pourra appeler *flou articulaire*. Il correspond à des transformations phonétiques variables dues à une composante parétique, dystonique ou apraxique.

Une modification du débit s'observe avec un début tardif montrant la difficulté de la mise en train et donnant lieu, souvent, à un départ explosif, puis le débit est ensuite lent et irrégulier.

On souligne également une énergie anormale avec laquelle sont émis certains phonèmes, faisant place à l'effacement de certains autres, plus particulièrement à la partie terminale de la sentence, laquelle est souvent assourdie, comme étouffée. La qualité phonétique en est profondément altérée.

Les déviations des aphasiques n'étant pas constantes, un phonème peut être tantôt déformé, tantôt correctement réalisé. L'intensité des troubles arthriques peut varier, allant d'une production occasionnelle, à un trouble massif, entravant pour l'auditeur, la reconnaissance même des sons. Ce trouble se nomme également : *syndrome de désintégration phonétique* ou bien encore *anarthrie*.

Au niveau de la deuxième articulation, on parle de déviations phonémiques et non plus phonétiques. Elles se traduisent par des anomalies dans le choix et/ou l'intégration sérielle des phonèmes consécutifs d'unités linguistiques plus complexes.

On observe des *paraphasies phonémiques* (1). Elles se traduisent par des omissions, des additions, des déplacements, des substitutions de phonèmes à l'intérieur d'un mot aboutissant à un mot différent de celui attendu et existant dans la langue française. Si ce mot n'est pas reconnaissable, on parlera de *néologisme* (2). Dans son paroxysme, on parle de *jargon phonémique* (3).

(1) Couteau → /kato/ : substitution

Jardinier → /jardié/ : omission

Hélicoptère → /élikoloptere/ : déplacement+substitution+omission+ajout

(2) Ciseaux → /seupil/

(3) Réponse à la question : « Quelle est votre profession ? » :

« Oh ben j'ai été moi surtout mais surtout du /douj/ /douj/ /ien/ /ien/ avant et c'était par maintenant pourtant contre le /trwar/ pour les /tro/ c'était c'était leur /treu/ /dindinsan/ c'était la /pido/ /pédiob/ /lopoué/ je sais plus /chu/ pas prêt c'était pour tout euh /péailzé/ pendant tout le /ouijai/ et puis par exemple j'étais le /trwa/ de /onjo/. »¹¹

Les *paraphasies verbales morphologiques* (4) se classifient également au niveau de la deuxième articulation. Elles consistent à dire un mot à la place d'un autre avec un rapport phonémique entre le mot attendu et le mot produit.

(4) Bracelet → balai

Au niveau de la première articulation, on rencontrera des *paraphasies verbales sémantiques*(5), qui consistent à dire un mot à la place d'un autre en gardant un rapport sémantique entre le mot attendu et le mot produit. Dans son paroxysme, on parle de *jargon sémantique*.

(5) Tigre → /lion/

L'assemblage des monèmes en vue de composer des syntagmes se trouve perturbé dans certaines aphasies : on parle alors de *dyssyntaxie*. Elle se traduit par un mauvais choix des mots fonctionnels altérant ainsi la compréhension du message énoncé. La convention morphosyntaxique n'est pas respectée.

¹¹ Les aphasies, évaluation et rééducation.

L'agrammatisme, associé à l'aphasie de Broca, pourrait être classé comme un trouble au niveau de cette première articulation, puisqu'il se traduit par un défaut au niveau de la construction grammaticale des phrases. Le sujet aphasique s'exprime en style télégraphique, ne gardant que les unités porteuses de sens. Ainsi, on observe une réduction du nombre de mots dans la phrase, dans laquelle les substantifs, verbes (souvent à l'infinitif) sont juxtaposés.

Il existe d'autres troubles que l'on peut difficilement classer :

L'expression orale peut être suspendue dans certains cas ; c'est ce que l'on nommera *le mutisme*. L'aphasique se voit dans l'impossibilité d'articuler un seul son.

Il se peut également que son discours en soit réduit à une seule production répétée quelles que soient les circonstances. Cette production, que l'on nommera *stéréotypie*, peut être signifiante ou non.

Le manque du mot, qui se rencontre dans bon nombre d'aphasies, s'explique par un défaut d'accès au lexique. Le sujet ne peut produire le mot juste, il donne l'impression parfois d'avoir le mot sur le bout de la langue. Soit le mot n'est pas produit, soit, après un long temps de latence, le patient énonce un mot, mais dans la majorité des cas, ce mot sera imprécis. Il peut alors avoir recours à *une périphrase*, c'est-à-dire qu'il nous donne la définition du mot, son usage, mais sans donner le mot exact. Il peut parfois procéder à *des conduites d'approche phonémiques* ou *sémantiques* se rapprochant peu à peu du mot exact. Il fait ainsi des essais successifs afin de corriger sa production.

En dehors des conditions articulatoires, la parole présente dans son rythme, sa tonalité, son accentuation et son intensité de prononciation un ensemble de caractères, qui constituent la prosodie. Ainsi, *la dysprosodie*, chez un patient aphasique, est caractérisée par le remplacement de l'accent habituel du patient par un accent de type « étranger » que l'on peut parfois qualifier de germanique ou d'anglo-saxon. Les dysprosodies sont surtout observées dans les aphasies de Broca.

La jargonaphasie sera définie par une production orale truffée à l'excès de paraphrasies en tout genre avec un non respect de la syntaxe. Ainsi, le discours devient incompréhensible pour l'interlocuteur.

En conclusion des troubles de l'expression orale, on peut dire que l'aphasie provoque soit un *langage réduit* de type aphasie de Broca, soit un *langage fluent* de type aphasie de Wernicke qui peut aller jusqu'à une véritable *logorrhée* incontrôlable.

Les mécanismes de la dénomination et de la répétition

Pour une explication neuropsychologique, et donc étudiant le fonctionnement cognitif du patient face à des épreuves, nous dégagerons les différents traitements lors de la dénomination et de la répétition.

Pour la dénomination, le patient est contraint à une première étape cognitive, qu'est l'analyse perceptive visuelle de l'image. Lorsque cette étape est défaillante, on parle *d'agnosie visuelle*.

Pour la répétition, le patient est soumis à une analyse perceptive auditive du mot à répéter. Lorsque cette étape est défaillant, on parle *d'agnosie auditive* ou *de surdité verbale pure*.

Après cette étape de mécanisme d'entrée précoce, on relève trois grandes composantes essentielles dans la production de mots isolés :

- **Le traitement sémantique** correspond au processus d'analyse du concept (à dénommer ou à répéter) auquel on attribuera des traits sémantiques, qui peuvent être différents en fonction du vécu de chacun. Il s'agit des connotations que l'on peut établir face à un mot, des associations que l'on peut en tirer.

-**Le traitement lexical** correspond aux caractéristiques grammaticales du mot (à dénommer ou à répéter). Ainsi, le patient procède à l'analyse du mot en appréciant sa catégorie grammaticale, son genre, son nombre ... On remarquera que bien souvent les patients, atteints de manque du mot, sont cependant capables de donner l'article adéquat. Cela montre que leur capacité phonologique est hors d'atteinte, alors que les caractéristiques lexicales sont encore disponibles.

-**L'étape post-lexicale** correspond aux processus lexico-phonologique d'accès à la forme en provenance du niveau lexical et au traitement post-lexical des formes phonologiques devant être prononcées.

Ainsi, un patient ayant des problèmes lexico-phonologiques de type accès à la forme phonologique ne sera déficitaire qu'en dénomination, alors qu'un patient ayant des problèmes post-lexicaux aura des déficits comparables en répétition et en dénomination.

Ces hypothèses de fonctionnement du langage oral nous permettront d'analyser finement les mécanismes perturbés chez les patients.

III.4.b. La compréhension du langage oral

On peut observer des troubles de la compréhension du langage oral, qui vont d'un trouble léger à une surdité verbale pure. Ils varient en fonction de la complexité de la phrase tant au niveau de l'utilisation de termes (abstraites ou concrètes), qu'au niveau de leur agencement syntaxique.

La compréhension des mots peut relever soit d'un déficit d'ordre phonologique (défaut de reconnaissance et de discrimination des phonèmes), soit d'un déficit du traitement sémantique.

Parfois le trouble n'altère que les capacités de synthèse, de raisonnement ou d'abstraction et de généralisation.

Globalement, les modèles théoriques de la compréhension orale sont moins avancés que les modèles de la production et il est difficile d'aller plus loin pour l'instant dans l'analyse du mécanisme des troubles de la réception orale.

D'une façon générale, l'aphasique comprend mieux les mots familiers et concrets que les mots rares et abstraits, les substantifs que les adjectifs. Les petits mots grammaticaux sont les plus difficiles. Il comprend souvent mieux les phrases courtes que les mots isolés et est plus performant lorsque l'interlocuteur parle lentement.

III.4.c. La lecture à voix haute

Les troubles selon les trois articulations de Buysens

Les troubles observés rejoignent ceux de l'expression orale.

Au niveau de la troisième articulation, on note un *flou articulatoire*.

Au niveau de la deuxième articulation, on relève des *paralexies phonémiques* qui peuvent aller jusqu'au *néologisme*, et des *paralexies morphologiques*.

Au niveau de la première articulation, on rencontre des *paralexies sémantiques*. La *dyssyntaxie* est également présente lors de la lecture, comme l'*agrammatisme*.

Il existe par ailleurs des *paralexies visuelles*, qui s'expliquent au niveau de la différenciation visuelle des phonèmes ; le patient peut confondre le /p/ et le /d/ à cause de leur ressemblance graphique. Mais on peut aussi observer des erreurs au niveau de l'ordre de la succession des lettres dans le mot.

La *régularisation* peut également se rencontrer en lecture. Elle consiste à lire toutes les lettres du mot, y compris les lettres muettes. Les règles de correspondance graphèmes/phonèmes sont strictement appliquées.

Dans les épreuves de lecture de logatomes, on peut observer une *lexicalisation*. Devant ce mot qui ne veut rien dire, le patient tente tout de même de lui donner un sens en le transformant en un mot existant dans la langue française.

Les troubles de la lecture s'étendent entre une transposition visuo-phonatoire impossible (le patient est incapable de donner du son à ces signes graphiques) et une jargonalexie où la lecture est truffée à l'excès de paralexies en tout genre. Ainsi, le texte lu est incompréhensible.

Les mécanismes de la lecture et de l'écriture

Actuellement, on s'accorde à penser qu'un modèle à deux voies expliquerait l'organisation de la lecture et de l'écriture. Tout se jouerait donc autour de ces deux voies :

-**la voie lexicale** permet de lire ou d'écrire un mot en accédant directement à sa forme orthographique contenue dans un lexique mémorisé. On l'appelle également la voie de l'adressage. Ainsi, en lecture, elle permet la reconnaissance immédiate du mot sans avoir recours à son déchiffrement, puis permet ensuite de récupérer le code phonologique correspondant (stocké dans le lexique phonologique de sortie), pour pouvoir prononcer le mot dans le cadre d'une lecture à haute voix.

-**la voie phonologique** suffirait si tous les mots s'écrivaient comme ils se prononçaient et se lisaient comme ils sont écrits. En lecture, la voie phonologique consiste à faire correspondre un graphème avec un phonème, pour produire une forme phonologique. On l'appelle également la voie d'assemblage. Ainsi, la lecture des logatomes, la lecture de mots inconnus, font appel à cette voie. La lecture des mots réguliers, c'est-à-dire avec une correspondance graphème/phonème stricte est possible. Cependant, la lecture des mots irréguliers, c'est-à-dire avec une correspondance graphème/phonème non conforme aux règles strictes, sera vouée à un échec, et devra donc faire appel à la voie lexicale.

Les différentes dyslexies

On peut les résumer grâce au schéma suivant :

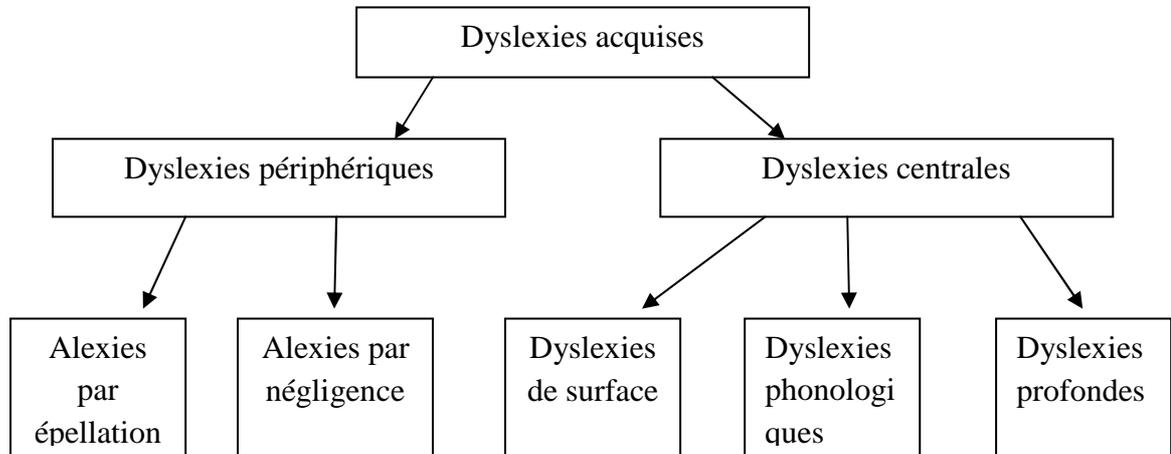


Figure n°11 Les différentes dyslexies

Les *dyslexies acquises* sont donc des troubles de la lecture dus à une lésion cérébrale. Elles se divisent en deux catégories :

- les *dyslexies centrales*, parmi lesquelles on distingue

La dyslexie de surface qui est une atteinte du système lexical. Elle ne permet qu'une lecture phonologique. Les mots réguliers sont bien déchiffrés, ainsi que les logatomes, tandis que les mots irréguliers sont difficiles et comportent des erreurs de régularisation et des paralexies.

La dyslexie phonologique est une atteinte de la voie phonologique. La lecture ne peut se faire qu'après activation du lexique visuel. Les logatomes ne sont pas déchiffrés. Les meilleures performances sont obtenues pour les substantifs alors qu'une difficulté majeure est observée pour les mots grammaticaux.

La dyslexie profonde associe la dyslexie phonologique, les paralexies sémantiques, morphologiques, visuelles ... Elle s'associe souvent à l'aphasie de Broca.

- les *dyslexies périphériques* regroupent les alexies par épellation et les alexies par négligence.

L'alexie par épellation se traduit par une incapacité à épeler un mot.

L'alexie par négligence perturbe le plus souvent la lecture du début des mots. Les substitutions des lettres entraînent la production d'autres mots du lexique.

III.4.d. La compréhension du langage écrit

La compréhension du langage écrit implique un processus de décodage. Tout d'abord une identification des signes graphiques comme des éléments du code linguistique, puis un traitement de ces éléments afin d'en extraire du sens. Le patient est donc tout d'abord soumis à une analyse perceptivo-visuelle.

Si cette étape s'avère impossible, on parle de *cécité visuelle*, la reconnaissance des signes écrits ayant une valeur linguistique, la perception de tout autre signe non linguistique étant conservée. Le sujet peut reconnaître un dessin sans difficulté, mais perçoit les mots écrits comme des gribouillages sans signification ; il ne peut donc ni lire ni les recopier.

Si cette étape de perception visuelle s'avère possible, le patient doit ensuite traiter ce qu'il vient de lire pour accéder au sens.

On peut observer des troubles de la compréhension du langage écrit, qui vont d'un trouble léger à une compréhension nulle. Ils varient en fonction de la complexité de la phrase tant au niveau de l'utilisation des termes (abstrait ou concret) qu'au niveau de leur agencement syntaxique.

III.4.e. L'écriture

Les troubles selon les trois articulations

La première articulation concerne surtout le langage oral, c'est pourquoi, on pourrait croire que lors des épreuves d'écriture elle est absente. Cependant, un sujet, qui pour écrire utilise la voie d'assemblage et donc une écriture phonologique peut retranscrire ses erreurs au niveau du choix des traits articulatoires et de leur combinaison et ainsi n'écrit pas le mot correctement.

Au niveau de la deuxième articulation, on relève des *paragraphies phonémiques*, qui se traduisent par des omissions, des substitutions, des déplacements de phonèmes à l'intérieur d'un mot aboutissant à un mot différent de celui attendu et non existant dans la langue française. Si ce mot n'est pas reconnaissable, on parle de *néologisme*. On rencontre

également des *paragraphies morphologiques*, qui se traduisent par un mot à la place d'un autre avec un rapport phonémique avec le mot produit.

Au niveau de la première articulation, se situent des *paragraphies sémantiques*. La *dyssyntaxie* peut également avoir lieu à l'écrit, comme *l'agrammatisme*.

La régularisation peut également se rencontrer en écriture. Le patient procède ainsi par l'assemblage phonème/graphème et fait donc appel à la voie phonologique. On peut également observer une *lexicalisation*. Devant la dictée d'un logatome, le patient écrira un mot existant dans la langue française.

La jargonographie sera définie par une production écrite truffée à l'excès de paragraphies en tout genre, avec un non respect de la syntaxe. Le récit devient alors incompréhensible pour le lecteur.

Les différentes agraphies

On peut les résumer grâce au schéma suivant :

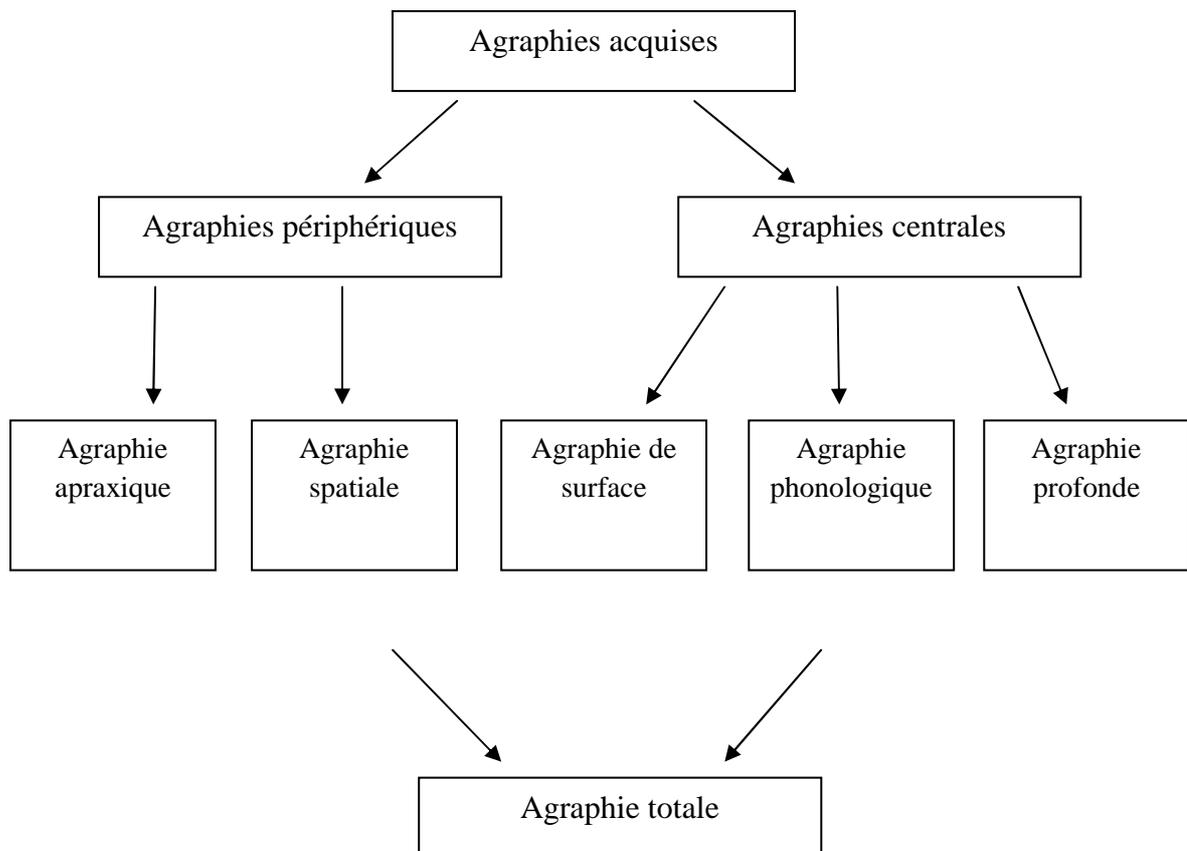


Figure n°12 Les différentes agraphies

Les agraphies acquises sont une incapacité à écrire due à une atteinte des centres nerveux de l'écriture. Tout comme les dyslexies, on peut les diviser en deux groupes :

-les agraphies centrales regroupant

L'agraphie de surface qui est une atteinte du système lexical. Elle ne permet qu'une écriture phonologique. Le patient ne peut orthographier le mot qu'à partir de sa propre prononciation. Il orthographie donc correctement les logatomes et les mots réguliers. Par contre, paraphrasies et erreurs de régularisation se rencontrent dans l'écriture des mots irréguliers. L'agraphie de surface s'accompagne souvent d'une alexie non obligatoirement de surface.

L'agraphie phonologique est une atteinte de la voie phonologique. L'écriture ne peut se faire qu'à partir du lexique mémorisé, c'est-à-dire par la voie lexicale. Le patient épelle, écrit les logatomes, les mots inconnus sans succès, alors que l'orthographe des mots réguliers et irréguliers stockée dans son lexique est correcte. Notons tous de même une éventuelle difficulté pour les mots grammaticaux et/ou les mots abstraits.

L'agraphie profonde se traduit par l'impossibilité d'écrire correctement les mots et les logatomes. Le patient établit des paraphrasies en tout genre.

-les agraphies périphériques se divisent en deux types d'agraphies

L'agraphie apraxique s'explique par une atteinte du savoir-faire gestuel nécessaire à la réalisation des lettres et à la manipulation des outils nécessaires à l'écriture.

L'agraphie spatiale se traduit par une mauvaise organisation de la page, et/ou de l'impossibilité du maintien de la ligne droite.

L'agraphie totale réunit à la fois les difficultés des agraphies périphériques et des agraphies centrales. Ainsi, on remarque chez le patient, des difficultés praxiques, visuospatiales, langagières pour s'exprimer à l'écrit.

III.5. Classification des aphasies

Comme nous l'avons vu précédemment dans le rappel historique, de nombreux chercheurs ont proposé des classifications des aphasies sans qu'il n'existe aujourd'hui de classification satisfaisante et admise par tous.

La classification la plus largement utilisée est proposée par Ludwig W. Lichteim en 1885. Lichteim, issu du courant associationniste, a conçu le modèle constitué de « centres d'images » associés entre eux, comme l'illustre le schéma de « la petite maison » (Eustache F. et al, 2005). De l'atteinte de ces centres ou de leurs voies d'union, découlent sept variétés d'aphasie.

Afin d'avoir une connaissance des aphasies la plus complète possible, nous détaillerons successivement les aphasies reconnues actuellement.

III.5.a. Aphasie de Broca

C'est une aphasie à prédominance motrice, due à un ramollissement cérébral dans les régions superficielle et profonde de l'artère sylvienne. La lésion se situe dans le centre du langage articulé (aires 44,45), dans la partie postérieure du gyrus frontal inférieur de l'hémisphère dominant (circonvolution frontale inférieure : F3).

D'un point de vue sémiologique, il s'agit d'une aphasie non fluente avec réduction qualitative et quantitative du langage oral, allant parfois jusqu'au mutisme, ou se réduisant à une stéréotypie. Le langage devient économique et informatif. On observe un manque d'initiative verbale. Le sujet recherche les mots exacts, les mots-cibles, qu'il juxtapose, ce qui conduit à un style télégraphique et donc à un agrammatisme que l'on peut retrouver à l'écrit. Les troubles arthriques restent massifs associés à une apraxie bucco-faciale. Ainsi, l'élocution est lente, difficile, syllabique et la prosodie altérée. Le manque du mot est caractéristique de l'aphasie de Broca et les paraphasies phonémiques et sémantiques truffent le discours de l'aphasique, l'épreuve de dénomination en est le reflet. Les persévérations sont fréquentes. La répétition est perturbée, le profil d'erreur est similaire à celui observé dans le langage spontané. Le langage automatique (comptage, jours de la semaine, mois de l'année ...), de même que la capacité à chanter sont souvent préservés. La compréhension orale est généralement peu altérée contrairement à la lecture et à l'écriture. Lorsque les productions écrites sont possibles, le profil de réduction est comparable à celui de l'oral.

L'aphasie de Broca est souvent associée à une hémiparésie droite avec ou sans hémianesthésie.

(Figures n° 13 et 14)¹²

III.5.b. Aphasie de Wernicke

C'est une aphasie à prédominance sensorielle, due à une lésion dans la zone de Wernicke (aire 22), au niveau de la première circonvolution temporale de l'hémisphère dominant. Le territoire lésé est parfois plus large s'étendant en avant au cortex auditif primaire, en arrière aux deuxième, troisième et quatrième circonvolutions temporales, au gyrus angulaire et au gyrus supramarginalis et en profondeur à l'origine du faisceau arqué.

Il s'agit d'une aphasie fluente avec des troubles importants de la compréhension orale et écrite avec souvent une jargonaphasie et une jargonographie. Les paraphrasies phonémiques, sémantiques et verbales sont typiques de cette aphasie. Contrairement à l'aphasie de Broca, le langage est non informatif. L'articulation est préservée. La répétition est déficitaire. Le débit de l'aphasique de Wernicke est important, le patient est très souvent logorrhéique et difficilement canalisable n'ayant pas conscience de son trouble. La lecture est généralement altérée mais peut être partiellement fonctionnelle selon le site lésionnel. La modalité écrite est perturbée dans les mêmes proportions que la modalité orale.

Cette aphasie s'accompagne parfois d'une hémianopsie latérale homonyme droite.

(Figures n° 15 et 16)

¹² Les figures 13 à 22, d'après Helm-Estbrooks et Albert (2003)

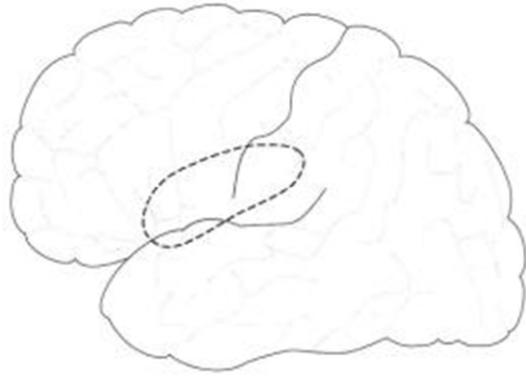


Figure n°13 Aphasie de type Broca, vue latérale

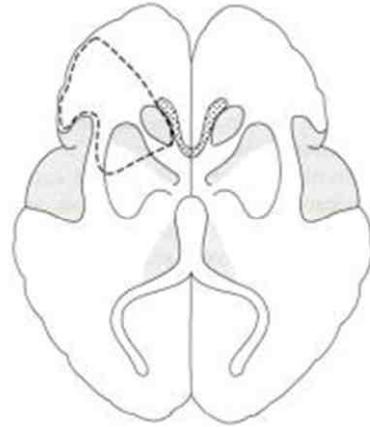


Figure n°14 Aphasie de type Broca, vue horizontale

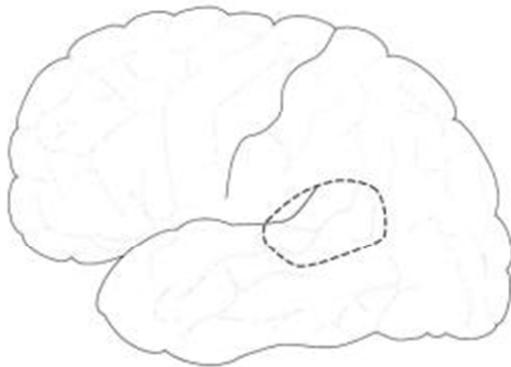


Figure n°15 Aphasie de Wernicke, vue latérale

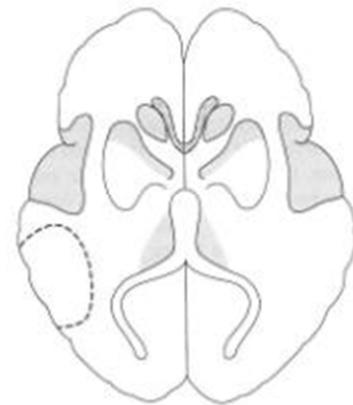


Figure n°16 Aphasie de Wernicke, vue horizontale

III.5.c. Aphasie de conduction

Elle est le plus souvent liée à une lésion du faisceau arqué reliant les deux aires principales du langage.

Sur le plan sémiologique, il s'agit essentiellement d'un trouble de l'expression, la compréhension est en principe normale ou peu touchée. Le sujet est conscient du trouble et élabore des stratégies de correction. Le discours est fluent et l'articulation préservée. Le discours spontané et les épreuves de dénomination sont marqués par un manque du mot avec de nombreuses déviations phonémiques. Les troubles de la répétition sont massifs et amplifiés avec les mots et phrases complexes. La lecture à voix haute est atteinte avec des productions identiques à celles obtenues en répétition. L'expression écrite est atteinte de façon analogue.

(Figures n° 17 et 18)

III.5.d. Aphasie globale

La lésion étendue implique toute la région périsylvienne gauche : de la région fronto-temporo-pariétale gauche à l'aire de Wernicke, en passant par le gyrus angulaire et la substance blanche.

L'aphasie globale se traduit par l'altération massive de l'ensemble des capacités du langage en compréhension et en expression. L'expression orale et écrite se caractérise par une anomie majeure sans production orale informative possible et une altération massive de la compréhension dans les deux modalités.

(Figures n° 19 et 20)



Figure n°17 Aphasie de conduction, vue latérale

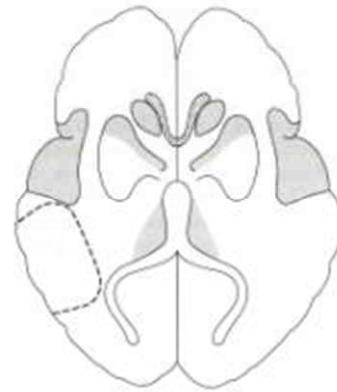


Figure n°18 Aphasie de conduction, vue horizontale

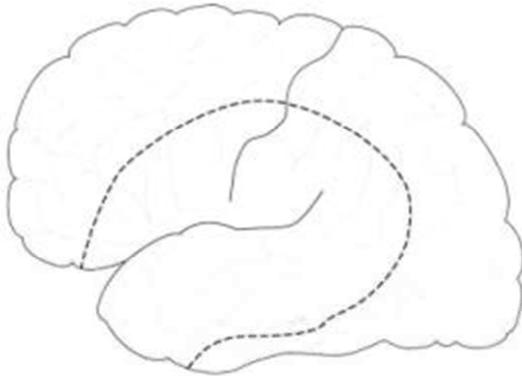


Figure n°19 Aphasie globale, vue latérale

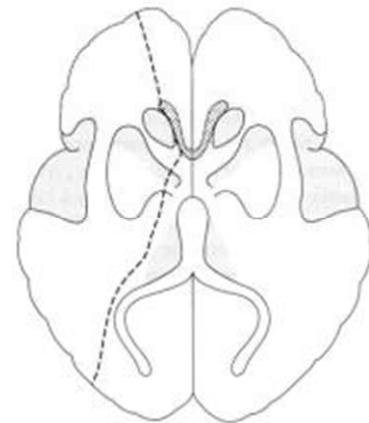


Figure n°20 Aphasie globale, vue horizontale

III.5.e. Aphasies transcorticales : motrice, sensorielle, mixte

Dans ce type de trouble aphasique, les lésions n'intéressent pas les centres du langage proprement dits, mais les voies d'association en permettant l'accès ou la sortie.

L'aphasie transcorticale motrice s'observe lorsque les structures gérant l'image motrice des mots sont isolées et **l'aphasie transcorticale sensorielle** lorsque sont isolées les structures gérant l'image acoustique des mots.

L'aphasie transcorticale motrice peut aussi être la conséquence de lésions situées en avant de l'aire de Broca altérant les organisations neuronales afférentes et efférentes : lésions du cortex prémoteur et préfrontal, de l'aire motrice supplémentaire.

Au niveau sémiologique, elle est caractérisée par le contraste entre une réduction quantitative et qualitative du langage spontané à l'oral comme à l'écrit, pouvant aller jusqu'au mutisme et la qualité de la répétition qui peut même être écholalique. Les persévérations sont nombreuses. C'est une aphasie non fluente. La compréhension orale est préservée de même que la lecture à haute voix et la compréhension du langage écrit. D'une façon générale, le patient est amélioré par la stimulation. La lecture à voix haute est de ce fait meilleure que le langage spontané, même si l'on constate une lenteur de production et une tendance à la syllabation.

(Figure n°21)

Dans **l'aphasie transcorticale sensorielle** les lésions sont variables mais isolent chaque fois de façon plus ou moins complète l'aire de Wernicke.

On observe un tableau d'aphasie de Wernicke sans trouble de la répétition, avec parfois des phénomènes écholaliques. Cette aphasie est caractérisée par un sévère manque du mot et de très nombreuses paraphasies sémantiques. La compréhension orale comme écrite est altérée. Le discours est souvent incohérent. La lecture est possible mais le sens échappe au patient. L'écriture est souvent possible mais dysorthographique.

Dans **l'aphasie transcorticale mixte** associant les deux types de trouble, la seule activité langagière possible est la répétition. La compréhension orale est très altérée, de même que la dénomination, la compréhension orale et écrite, la lecture et l'expression écrite.

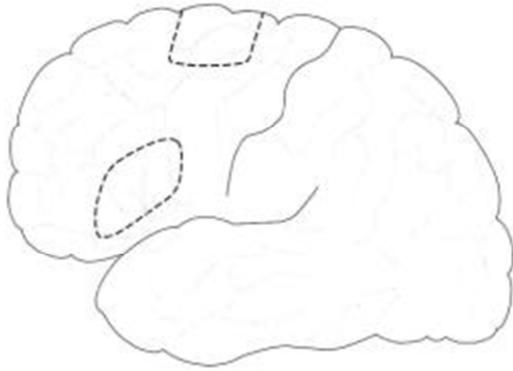


Figure n°21 Aphasie transcorticale motrice, vue latérale

III.5.f. Alexie agraphie de Déjerine

L'alexie agraphie est liée à une atteinte du gyrus angulaire gauche.

L'alexie-agraphie est définie comme l'incapacité du patient à lire et à écrire. Des dissociations sont observées en termes de sévérité : alexie plus sévère que l'agraphie ou l'inverse. La lecture sur présentation somesthésique et auditive est perturbée. Les lettres isolées sont mal lues alors que le sens général de certains mots est plus accessible. L'écriture des lettres est altérée et il y a des paraphrasies littérales. La copie peut être perturbée.

L'alexie agraphie peut s'accompagner d'une apraxie idéomotrice, d'une apraxie constructive ou des éléments d'un syndrome de Gerstmann.

III.5.g. Aphasie amnésique

Les lésions intéressent de façon limitée le gyrus angulaire gauche ou la région préfrontale gauche.

L'aphasie amnésique est caractérisée par un manque du mot massif, touchant surtout les substantifs et les attributs, que le patient tente de compenser en utilisant des périphrases, des définitions par l'usage. On n'observe des paraphrasies phonémiques. Ce manque du mot est rebelle à toute méthode de facilitation. La répétition, la lecture à haute voix, le débit, la prosodie, la compréhension sont conservés.

III.5.h. Aphasies pures : anarthrie pure, surdité verbale, agraphie pure, alexie agnosique

Dans l'**anarthrie pure**, les lésions intéressent le tiers operculaire de la circonvolution ascendante ou les connexions de cette région corticale (avec l'aire de Broca en particulier).

C'est un trouble portant sur la réalisation motrice du langage. Le discours est caractérisé par d'abondantes déviations phonétiques. Le patient est atteint de désintégration phonétique. La répétition est altérée selon les mêmes caractéristiques. L'expression écrite ainsi que la compréhension orale et écrite ne sont pas touchées. Dans la majorité des cas on note une paralysie faciale droite, et parfois, une apraxie bucco-faciale.

Les lésions responsables de **la surdité verbale** intéressent des formations axonales unissant les deux zones de Heschl à l'aire de Wernicke proprement dite.

Elle se définit comme une altération isolée des possibilités de reconnaissance auditive des formes sonores supportant la communication orale. Le patient est donc incapable d'accéder au sens, à la répétition et à l'écriture sous dictée. Une intensité forte ou faible peut être reconnue et des bruits familiers identifiés. L'expression orale peut être discrètement perturbée par défaut d'autocorrection.

Les lésions responsables de **l'agraphie pure** sont mal connues mais elles pourraient intéresser la capsule interne de façon limitée en détruisant un contingent axonal issu du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.

On observe une perturbation isolée de l'exécution du graphisme à un degré variable pouvant aller jusqu'à la suppression de l'expression écrite.

Les lésions responsables de **l'alexie agnosique** intéressent les formations axonales unissant les deux régions calcarines à l'aire de Wernicke.

L'alexie agnosique est une altération isolée des possibilités de reconnaissance visuelle des formes graphiques supportant la communication écrite. S'en suivent donc des troubles de la compréhension écrite, de la lecture à haute voix et de la copie de mots écrits. L'expression orale est normale, la compréhension du langage oral, l'écriture spontanée et dictée le sont également. Le patient ne peut relire ce qu'il vient d'écrire, ce qui peut discrètement perturber son expression écrite.

III.5.i. Aphasie sous-corticale

Les aphasies sous corticales peuvent être liées à l'atteinte de la substance blanche périventriculaire et sous corticale, du thalamus, de la région capsulostrée.

Le tableau clinique des aphasies sous corticales est dominé par des troubles de l'expression avec une hypophonie, des paraphrasies extravagantes rendant le discours incohérent et une réduction de la fluence verbale. La compréhension est relativement préservée. Le langage automatique est préservé, la dénomination et la répétition sont peu ou pas altérées.

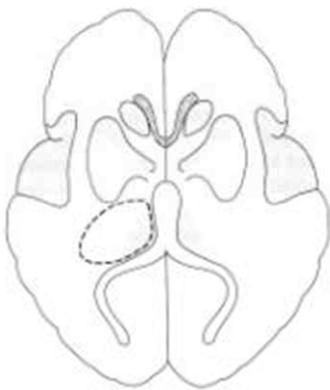


Figure n°22 Aphasie sous-corticale postérieure, vue horizontale

III.5.j. Aphasie croisée

Il s'agit d'aphasie survenant à la suite d'une lésion cérébrale ipsilatérale à la main dominante. Il s'agit d'une situation exceptionnelle chez les droitiers, survenant dans moins de 4% des cas de lésions périsylviennes droites.

Pour diagnostiquer une aphasie croisée, certains critères sont exigés : la certitude de la dominance manuelle et la certitude d'une lésion cérébrale unique.

Il s'agit d'une aphasie de type Broca. On observe une réduction du langage oral, parfois des stéréotypies, des troubles articulatoires, une tendance à l'agrammatisme, à l'oral comme à l'écrit. La compréhension est modestement atteinte.

III.5.k. Aphasie des gauchers

Chez le gaucher et l'ambidextre, l'organisation cérébrale du langage est différente. En effet, la dominance cérébrale de l'hémisphère gauche pour le langage serait partagée entre les deux hémisphères. Ainsi, une aphasie peut survenir soit par une lésion droite (35% des cas), soit par une lésion gauche (65% des cas).

L'aphasie sera plus modérée et régressive que chez le droitier. Des troubles visuo-spatiaux sont fréquemment associés.

IV. TESTS ET BILANS D'APHASIE

IV.1. Généralités sur les tests

Un test est « *une épreuve, standardisée dans son administration et sa cotation, permettant d'évaluer les aptitudes (intellectuelles, verbales, sensorimotrices, etc.) d'une personne en la situant, grâce à l'étalonnage, par rapport aux autres membres du groupe social dont elle fait partie* ». (Brin F. et al, 2004)

Le test, standardisé, est reproductible à différents patients, et normalisé, permet la comparaison des performances de l'individu avec des groupes correspondants.

Pour qu'un test soit valable, il doit posséder les trois qualités fondamentales d'un instrument de mesure : la validité, la fidélité et la sensibilité.

La validité : le test mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer ;

La fidélité concerne la constance des résultats obtenus au même test par le même sujet ;

La sensibilité s'applique à la finesse discriminative du test, à l'élaboration de catégories pour le classement des sujets et leur différenciation.¹³

Dans le domaine de l'analyse des troubles phasiques, de multiples instruments de mesure existent. En outre, ils ne présentent pas les mêmes méthodes suivant les critères de recherche utilisés : ces instruments diffèrent selon qu'ils s'appliquent à un langage usuel ou à un langage élaboré, ou encore selon l'ancienneté des théories sur lesquels ils s'appuient.

¹³ Belot C. et al, 2001

Cependant, cette hétérogénéité est négligeable et tous les auteurs s'entendent sur les points essentiels d'un examen complet des troubles aphasiques.¹⁴

Les auteurs affirment que tout test doit :

- explorer le langage écrit et oral sur les plans expressif et réceptif,
- étudier les différentes transpositions (audigraphique, audiarticulatoire, visuographique, etc.)
- analyser les différents niveaux de l'activité langagière (phonologie, syntaxe, sémantique)

IV.2. Les principales épreuves cliniques

L'examen du langage explore les différents modes de fonctionnement langagier en analysant les divers niveaux de complexité.

Le tableau suivant recense les domaines d'étude du bilan orthophonique en associant à chacun d'eux un répertoire d'épreuves cliniques.

¹⁴ Seron X., 1979

<p>Compréhension orale : Réception et analyse auditive primaire</p> <p>Identification d'items lexicaux Compréhension lexicale</p> <p>Accès aux réseaux sémantiques</p> <p>Compréhension syntaxique Compréhension discursive</p>	<p>Discrimination auditive de sons, phonèmes et syllabes isolés Rimes, conscience phonologique Répétition de non-mots Décision lexicale Désignation d'images, répétition de mots Exécution d'ordres simples Exécution d'ordres complexes Classements catégoriels, attributs, propriétés Identification de synonymes entendus Recherche d'intrus sémantiques Phrases réversibles, rôles thématiques Résumé de texte entendu, conversation</p>
<p>Expression orale : Fluence</p> <p>Production lexico-sémantique</p> <p>Production phonologique Production phonétique</p> <p>Production syntaxique</p> <p>Discours</p>	<p>Conversation, narration, description d'images Conversation, narration, description Dénomination d'images Fluence catégorielle, complétion de phrases Conversation, narration, description Fluence sur critères phonologique Répétition de mots et non-mots Dénomination Conversation, narration, description Construction de phrases Phrases réversibles Conversation, narration, récit</p>
<p>Lecture :</p>	<p>Discrimination lettres/dessins Désignation de lettres et de mots Décision lexicale Appariement mots/images et textes/actions Lecture à haute voix, mots/non-mots réguliers/irréguliers substantifs/fonction Exécution d'ordres écrits Reconnaissance de mots épelés Complétion de phrases lues</p>
<p>Ecriture :</p>	<p>Ecriture spontanée Ecriture automatique Copie Dictée de mots réguliers/irréguliers Dictée de phrases Dénomination écrite Description et narration par écrit</p>

Figure n°23 Les principales épreuves cliniques en aphasiologies d'après J.-M. Mazaux

IV.3. Quelques outils d'évaluation de l'aphasie

Les batteries décrites ci-après sont les trois principales utilisées en France.

Le choix de la batterie dépendra de la nature et du degré de sévérité des déficits du patient et du degré de maîtrise de l'outil par l'examineur.

IV.3.a. Test pour l'examen de l'aphasie¹⁵

Le bilan de Blanche Ducarne fut le premier outil d'évaluation de l'aphasie en France, en 1965. La version révisée paraît en 1989.

Ce bilan investigate les principales modalités du langage élémentaire par les épreuves traditionnelles (expression orale, compréhension orale, lecture, écriture) mais également les capacités langagières élaborées par des tests plus difficiles comme la définition de mots, la concaténation de phrases ou encore l'explication de proverbes.

Le système de cotation repose sur l'établissement de pourcentage de bonnes réponses et propose un profil sémiologique du patient.

Cette batterie ne dispose pas de données normatives.

IV.3.b. Echelle d'évaluation de l'aphasie¹⁶

Il s'agit de la version française du Boston Diagnostic Aphasia Examination¹⁷ (BDAE) qui a été adapté de l'anglais dans plusieurs langues.

La batterie, composée de plusieurs planches, explore en détail les troubles du langage mais constitue un test assez long.

En effet, elle comprend, en plus des tests classiques, des épreuves plus complexes de logique et raisonnement, de complèment de phrases avec choix multiples, etc.

Ce test est intéressant notamment pour déceler les troubles discrets qui échapperaient à l'examineur lors de la passation d'autres tests ou pour des personnes d'un bon niveau socioculturel.

L'ensemble des résultats est reporté sur un graphique Z-score.

¹⁵ B. Ducarne de Ribaucourt, 1965, 1989

¹⁶ J.M. Mazaux et J.-M. Orgogozo, 1982

¹⁷ H. Goodglass et E. Kaplan, 1972

IV.3.c. Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86)¹⁸

Ce protocole a été validé et mis au point en 1986, une révision révisée a été proposée par la suite, en 1992, par les mêmes auteurs.

Le MT 86 est disponible en deux versions, alpha et beta, qui, toutes deux proposent des tests psycho-cliniques et des épreuves linguistiques.

Le protocole beta présente une évaluation complète par un recueil d'information dense récupéré à partir de nombreuses épreuves ; l'évaluation est longue.

La version alpha s'avère plus simple par son utilisation et revêt un aspect plus pratique car elle est une version allégée du protocole beta. Elle recouvre également tous les aspects du langage mais contient moins d'épreuves.

La cotation s'effectue par addition des points obtenus pour chaque bonne réponse et/ou selon le nombre de symptômes aphasiques observés, ou de procédés de facilitations utilisés.

¹⁸ J.-L. Nespoulous, A. Roch-Lecours et al, 1986

PARTIE PRATIQUE

I. PRESENTATION DU PROJET

I.1. Problématique

Nous savons que dans 20% à 55% (variable suivant les sources) des cas, les patients ayant subi un AVC, présentent une aphasie.

Si la précocité de la prise en charge orthophonique n'est pas contestée, celle-ci doit nécessairement débiter par un bilan dressant le tableau sémiologique du patient et permettant d'identifier, plus ou moins précisément, selon les cas, le type d'aphasie.

A la phase aigüe, les patients s'avèrent fatigables et les batteries de test de l'aphasie, aboutissant au profil aphasique, bien souvent trop lourdes.

L'évaluation des orthophonistes est donc, à cette phase, souvent dominée par l'observation clinique afin de cibler les quelques épreuves issues de différents tests qui permettront ensuite d'avoir une idée des capacités préservées ou atteintes dans les différentes modalités du langage.

Malgré l'expertise des professionnelles et leur confrontation quotidienne à cette pathologie, la typologie de l'aphasie est parfois difficile à extraire des multiples observations issues du bilan.

De ce fait, il nous a paru nécessaire de développer un outil qualitatif permettant de déterminer le profil aphasique des patients à la phase aigüe de l'AVC.

L'utilisation de l'outil sur plusieurs mois permettra de justifier de son intérêt auprès des patients aphasiques.

I.2. Elaborations d'un outil de diagnostic du profil aphasique : Objectifs

L'objectif de l'outil est de pouvoir **déterminer, à partir de n'importe quel test d'aphasie, le type de l'aphasie** présenté par les patients.

Cet outil clinique doit être utile et efficace afin de répondre aux besoins des soignants.

L'outil était initialement destiné aux orthophonistes mais lors des échanges avec d'autres professionnels, il est apparu que les non-spécialistes trouvaient un intérêt à ce qu'une version simplifiée, sur le même principe, leur soit dédiée. C'est ainsi que sont nés :

- le PDALO : Profils Diagnostiques d'Aphasies pour Les Orthophonistes
- le PDANO : Profils Diagnostiques d'Aphasie pour les Non-Orthophonistes

Dans une perspective plus large, l'intérêt d'un tel outil est de **rendre plus efficace la prise en charge et le suivi des patients aphasiques**.

II. METHODOLOGIE

II.1. Problèmes méthodologiques

Même si notre objectif se veut qualitatif et non quantitatif, mettre au point un outil de diagnostic du profil aphasique pose quelques problèmes méthodologiques :

- Quels critères choisir pour que l'outil soit opérant ?
- Comment valider les critères de cet outil ?

Le choix des critères s'est effectué en fonction des références théoriques relatives à l'aphasie et à ses atteintes ainsi qu'en références à des outils validés évaluant l'aphasie.

Pour le PDANO, le choix des items a été réfléchi à partir de la pratique des équipes, à la phase aigüe, au sein de l'UNV, en veillant à conserver la sensibilité de l'outil.

En ce qui concerne la validation des critères de notre outil, elle s'est faite par la vérification de la sensibilité des grilles et par la mise en pratique quotidienne de l'outil sur plusieurs mois.

Nous avons utilisé les profils du MT alpha afin de comparer les profils aphasiques obtenus avec ceux de notre outil.

II.2. Présentation et justification des critères du PDALO / PDANO

La grille de profil patient

Elle a été élaborée à partir des différents désordres linguistiques pouvant apparaître, de manière isolée ou non, dans le cadre de l'aphasie.

La priorité a été donnée aux caractéristiques pertinentes dans le diagnostic différentiel entre les différentes aphasies puisque notre but est de pouvoir dégager un profil nous permettant d'identifier le type d'aphasie.

Les différents modes de fonctionnement langagiers évalués lors du bilan initial sont repris et étayés par les principales épreuves cliniques en aphasiologie.

COMPREHENSION ORALE	Compréhension orale
EXPRESSION ORALE	Conversation
	Dénomination
	Répétition
	Langage automatique
	Chant
LECTURE	Compréhension écrite
	Lecture à voix haute
ECRITURE	Expression écrite
	Copie
	Dictée

Le choix de présentation sous la forme de grilles a été fait afin d'allier l'exhaustivité des critères pertinents et la rapidité d'utilisation de l'outil. Ce format permet de synthétiser les caractéristiques des patients.

Pour le PDANO, les critères ont été limités aux éléments cliniques les plus fréquemment observés dans la pratique au sein de l'UNV. Les éléments sémiologiques sont volontairement restreints aux champs maîtrisés par les équipes ou aisément assimilables grâce au lexique.

PROFIL LINGUISTIQUE					
EXPRESSION ORALE					
Non informatif			Informatif		
Supprimée	Stereotypies verbales	Conduites d'approche	Non fluant	Fluot	
Paraphrasies phonotactiques	Paraphrasies phonotactiques	Paraphrasies verbales	Manque du mot	Agrammatisme	Jargon
				Paraphrasies sémantiques	Hypophonie
ANATHÈSE					
DENOMINATION					
Impossible	Altérée	Possible	Définition par l'usage		
COMPREHENSION ORALE					
Non préservée			(+/+) préservée		
COMPREHENSION ECRITE					
Non préservée			(+/+) préservée		
EXPRESSION ECRITE					
Non fluant			Fluot		
Paraphrasies phonotactiques	Paraphrasies phonotactiques	Paraphrasies sémantiques	Manque du mot	Agrammatisme	Jargon
				Perséverations de lettres	Perséverations de syllabes
REPETITION					
Supprimée	Altérée	Conservée	Echolalie		
LECTURE 3 HAUTE VOIX					
Supprimée	Altérée		Conservée		
DICTEE					
Supprimée	Altérée		Préservée		
COPIE					
Supprimée	Altérée	Préservée	Servie	Altéré	Préservé
LANGAGE AUTOMATIQUE					
Supprimé			Supprimé		
CHANT					
Supprimé			Préservé		

PROFIL LINGUISTIQUE					
EXPRESSION ORALE					
Non informatif			Informatif		
Supprimée	Stereotypies verbales	Conduites d'approche	Non fluant	Fluot	
Anathèse	Perséverations	Paraphrasies	Agrammatisme	Jargon	
				Incohérence du discours	
DENOMINATION					
Impossible	Possible		Définition par l'usage		
COMPREHENSION ORALE					
Non préservée			(+/+) préservée		
REPETITION					
Supprimée	Altérée	Conservée	Echolalie		
LECTURE A HAUTE VOIX					
Supprimée	Altérée		Préservée		
ECRITURE SPONTANEE					
Supprimée	Altérée		Préservée		
ECRITURE COPIEE					
Supprimée	Altérée	Préservée	Servie	Altéré	Préservé
LANGAGE AUTOMATIQUE					
Supprimé			Supprimé		
CHANT					
Supprimé			Préservé		

Esquette

Date de l'AVC:

Type d'épave:

Les profils aphasiques

Ils sont au nombre de 16 pour le PDALO et de 11 pour le PDANO ; dans ce dernier, on se limite aux aphasies les plus fréquentes.

La confrontation des éléments de la littérature ainsi que l'expérience et la pratique des thérapeutes spécialisés nous ont permis de réaliser les grilles types l'une après l'autre.

Sur la base de la grille de profil patient, une grille vierge est attribuée à chaque type d'aphasie et les éléments caractéristiques de chacun sont mis en évidence par la coloration des cases.

Une fois de plus, le format de grille nous a paru judicieux puisqu'il permet de faire apparaître les variations sémiologiques que peut admettre un même type d'aphasie.

Une fois réalisés, les profils sont imprimés sur des transparents et doivent pouvoir se superposer avec la grille de profil patient.

PDALO	PDANO
Aphasie de type Broca	Aphasie de type Broca
Aphasie de type Wernicke	Aphasie de type Wernicke
Aphasie globale	Aphasie globale
Aphasie de type transcorticale motrice	Aphasie de type transcorticale motrice
Aphasie de type transcorticale sensorielle	Aphasie de type transcorticale sensorielle
Aphasie de type transcorticale mixte	Aphasie de type transcorticale mixte
Aphasie de type conduction	Aphasie de type conduction
Aphasie amnésique	Aphasie amnésique
Aphasie sous-corticale	Aphasie sous-corticale
Anarthrie pure	Anarthrie pure
Surdité verbale	Surdité verbale
Aphasie du gaucher	
Aphasie croisée	
Alexie agraphie	
Agraphie pure	
Alexie agnosique	

La fiche de renseignements

Elle a été créée en complément du PDALO.

L'idée de cette fiche est de reprendre les éléments d'anamnèse utiles aux orthophonistes en innovant sur la forme et permettant ainsi :

- d'être le plus exhaustif possible
- de gagner du temps en proposant un maximum de rubriques pré-remplies
- de gagner en rapidité de traitement ultérieur avec l'ensemble de l'anamnèse tenant sur une seule page avec une architecture facilement mémorisable.

Par la suite, cette fiche peut permettre de mettre en corrélation des informations d'anamnèse avec des éléments du tableau sémiologique du patient.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Etiquette

Sexe : H F

NSC :

Latéralité : Droitier Gaucher Ambidextre

Date de l'AVC		
Etiologie	Ischémique	Hémorragique
Localisation lésionnelle		
ATCD / FDR	HTA Surcharge pondérale / Obésité Dyslipidémie FA Diabète AVC AIT	Tabagisme OH Contraception œstro-progestative Autres :
Fibrinolyse	OUI	NON
Thrombectomie	OUI	NON
Chirurgie	OUI	NON
HDM		
Examen clinique		

Date du bilan orthophonique	J+
Type d'aphasie	

Le lexique

Il a été créé en complément du PDANO afin d'avoir un langage commun entre professionnels et de permettre au personnel non orthophoniste d'être plus à l'aise avec les termes techniques utilisés en aphasiologie.

Chaque terme employé dans la grille profil patient PDANO a été défini de la manière la plus simple et concise possible, toujours dans un souci d'utilité et d'efficacité.

LEXIQUE (PDANO)

Agrammatisme : La construction grammaticale des phrases est incorrecte revêtant un caractère télégraphique.

Anarthrie : La réalisation motrice du langage est perturbée, le patient est dans l'impossibilité d'articuler partiellement ou totalement des sons, alors que la compréhension orale et écrite est conservée.

Conduite d'approche : Le patient essaie de produire le mot cible par essais répétés, générant des paraphasies spontanément corrigées pouvant aboutir ou non au résultat correct.

Copie servile : Les lettres sont recopiées traits par traits sans que le patient ne puisse identifier le code écrit.

Echolalie : tendance involontaire à répéter les productions orales de l'interlocuteur, à la manière d'un écho.

Fluence : Le patient est fluent si la quantité d'émissions orales est normale ou augmentée de façon plus ou moins exagérée.

Informativité : Le patient est informatif lorsqu'il est capable de transmettre des informations par n'importe quel canal.

Jargon : Discours rendu incompréhensible par la présence de nombreuses paraphasies.

Paraphasie : Substitution d'un mot par un autre ou d'un son par un autre.

Persévération : Après une première utilisation, orale ou écrite, adéquate d'un mot, le patient le reproduit à plusieurs reprises dans son discours de manière inadaptée.

Stéréotypie verbale : Syllabe, mot ou expression répété, de manière incontrôlée, à chaque tentative de production verbale.

II.3. Utilisation

Comme décrit précédemment, le PDALO est donc composé :

- de la **fiche de renseignements** avec au verso la **grille de profil patient**
- d'un classeur regroupant les **16 profils aphasiques**

Et le PDANO :

- de la **grille de profil patient** avec au verso le **lexique**
- d'un classeur regroupant les **11 profils aphasiques**

Pour les deux versions de l'outil le principe d'utilisation reste identique :

- Dans un premier temps, il s'agit d'obtenir le profil du patient

Le professionnel reporte ses observations sur la grille de profil patient en colorant ou en entourant les cases correspondant aux caractéristiques de l'aphasie, il obtient ainsi le profil du patient.

- Il s'agit ensuite de déterminer le type de l'aphasie en comparant le profil du patient aux profils aphasiques contenus dans le classeur.

Le profil du patient va être glissé successivement sous les différents profils aphasiques. Par le jeu de transparence, le professionnel va pouvoir rechercher le type d'aphasie présentant le plus de similitudes avec le profil de son patient.

Il est important de noter qu'on ne cherche pas une corrélation parfaite entre le profil du patient et les profils aphasiques répertoriés car les cas d'école sont rares et d'autant plus que les profils aphasiques prennent eux-mêmes en compte les variations pouvant exister.

Ex : dans le profil de l'aphasie de type Broca on présente les caractéristiques « expression orale supprimée » et « stéréotypies verbales » alors que concrètement si le patient est mutique on n'observera pas de stéréotypie.

Il faut bien entendre que les éléments retenus « peuvent être observés » dans les aphasies présentées mais leur absence n'empêchera pas de nous orienter vers tel ou tel type

PROFIL LINGUISTIQUE			
6. 50.03.2012 (Date) F.			
EXPRESSION ORALE			
Non informatif		Informatif	
Supprimée	Stereotypes verbaux	Conduites d'approche	Non fluant
Anarthrie	Perséverations phonémiques	Paraphrasies verbales	Agrammatisme
DENOMINATION			
Impossible	Possible	Définition par l'usage	
COMPREHENSION ORALE			
Non préservée			
REPETITION			
Conservée			
LECTURE A HAUTE VOIX			
Echolalie			
ECRITURE SPONDIQUE			
Supprimée			
ECRIURE COPIE			
Supprimée			
LANGAGE AUTOMATIQUE			
Supprimée			
CHANT			
Supprimée			

Reproduction interdite

Therapistes

Type d'aplatie: ch...

PROFIL LINGUISTIQUE			
6. 01.04.2012 (Date) F.			
EXPRESSION ORALE			
Non informatif		Informatif	
Supprimée	Stereotypes verbaux	Conduites d'approche	Non fluant
Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies verbales	Manque du mot
Anarthrie	Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies sémantiques	Hypophonie
DENOMINATION			
Impossible	Altérée	Possible	Définition par l'usage
COMPREHENSION ORALE			
Non préservée			
COMPREHENSION ECRITE			
Non préservée			
EXPRESSION ECRITE			
Supprimée	Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies phonémiques	Manque du mot
Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies phonémiques	Paraphrasies phonémiques	Agrammatisme
Perséverations de traits	Perséverations de lettres	Perséverations de syllabes	Jargon
REPETITION			
Supprimée	Altérée	Conservée	Echolalie
LECTURE A HAUTE VOIX			
Supprimée	Altérée	Conservée	Conservée
DICTEE			
Supprimée	Altérée	Conservée	Préservée
COPIE			
Supprimée	Altérée	Préservée	Servile
LANGAGE AUTOMATIQUE		CHANT	
Supprimée	Altérée	Supprimée	Altérée
Supprimée	Altérée	Supprimée	Altérée

Reproduction interdite

d'aphasie. A moins qu'il ne s'agisse d'un élément clé comme la préservation de la répétition dans les aphasies transcorticales.

II.4. Mise en pratique de l'outil

Notre démarche a été de privilégier l'utilisation de l'outil afin de rendre compte de sa pertinence et de son utilité. C'est la pratique qui devait guider les éventuelles modifications à apporter.

Et si la grille de profil patient a finalement subi assez peu de transformations, c'est par les manipulations quotidiennes qu'il nous a notamment semblé pertinent d'adjoindre la fiche de renseignement au PDALO.

L'outil ayant été initié, en fonction d'un besoin, par Mme BENICHO, directrice de mémoire et maître de stage au sein de l'unité neuro vasculaire de l'hôpital Nord Laennec, c'est tout naturellement que la mise en pratique de l'outil s'est réalisé sur ce lieu.

A partir du mois de janvier, sur la proposition de Mme RAOUL, présidente du jury et neurochirurgienne, l'outil a pu être testé dans le service de neurochirurgie, voisin de l'UNV.

Ma présence à l'UNV trois demi-journées par semaine nous a permis de travailler sur cet outil de manière intensive et de le tester quotidiennement.

La population

S'agissant d'un outil clinique et non pas d'une évaluation ou d'un bilan, nous avons choisi d'utiliser ce matériel auprès du plus grand nombre de patients aphasiques à la phase aigüe entre mi-octobre 2011 et mi-mai 2012.

Tous les patients présumés aphasiques à la phase aigüe sont susceptibles d'être inclus, quelle que soit l'origine de l'aphasie.

Les patients aphasiques de l'UNV ont majoritairement comme étiologie l'accident vasculaire cérébral et peuvent avoir bénéficié ou non de la fibrinolyse.

Les patients de neurochirurgie sont le plus souvent des patients victimes d'AVC venant compliquer une chirurgie.

Les utilisateurs du PDALO

Le PDALO étant destiné aux orthophonistes, Mme BENICHOU, unique orthophoniste de neuro vasculaire à l'hôpital, et moi-même l'avons testé et utilisé durant 7 mois.

Les utilisateurs du PDANO

Le PDANO, destiné aux spécialistes non orthophoniste évaluant le langage, ayant été abouti plus tardivement, a été soumis au test des professionnels de l'UNV et du service de neurochirurgie à partir de fin janvier 2012.

Médecins, internes, infirmiers,... étaient conviés à utiliser cet outil suite à une réunion de présentation et à sa mise à disposition en plusieurs exemplaires dans les services.

III. DISCUSSION

III.1. Principaux résultats observés

Rappelons l'objectif initial de notre travail : créer un outil permettant de déterminer, rapidement et à partir de n'importe quel test, le type d'aphasie des patients à la phase aiguë.

Notre travail ayant abouti à deux versions, nous nous proposons d'étudier les résultats observés en deux temps.

Le PDALO

Expérimenté sur une durée de 7 mois, avec 56 patients, le PDALO s'est immédiatement révélé correspondre aux objectifs. Utilisé quotidiennement, il nous est devenu un outil indispensable en dévoilant des potentialités que nous n'avions pas envisagées.

En effet, au-delà de la détermination efficace du profil aphasique, la grille de profil du patient est devenue un élément clé.

Lors de **la rédaction du compte-rendu du bilan initial** elle constitue un support offrant une vue d'ensemble des difficultés et des capacités préservées du patient et permet un gain de temps.

Jointe au bilan, la grille permettra de **mettre en évidence la récupération** lors de bilans d'évaluation à distance.

Lors des communications entre professionnels, nous nous sommes rendues-compte que cet outil devenait un **support d'échange** qui nous permettait de reprendre connaissance rapidement des caractéristiques du patient.

En qualité de stagiaire, cet outil a pris tout son sens et m'a été extrêmement utile afin de référer de patients à ma maître de stage et **d'envisager** ainsi **des axes de rééducation** en fonction des différentes modalités altérées.

Par ailleurs, la pratique régulière de cet outil permet de s'appropriier les différents types d'aphasie et ainsi permet l'**autoformation**.

Dans de rares cas, il s'est avéré que le type d'aphasie n'a pas pu être défini à l'aide du PDALO, cependant nous nous y attendions puisque même en utilisant une batterie d'aphasie, ce constat apparaît. De plus, notre objectif n'était pas de fournir un outil plus performant que ses homologues mais au contraire de proposer d'aborder différemment la définition du type d'aphasie : sous un angle plus clinique et moins contraignant.

Le PDANO

Le PDANO a bénéficié d'une période d'utilisation moindre. Néanmoins nous avons pu recueillir 17 profils de patients.

Afin d'avoir un retour sur l'outil soumis au test, nous avons choisi de prendre le temps de questionner les professionnels directement. Ce moment nous permettant d'ouvrir l'échange et d'être disponible pour répondre à d'éventuelles interrogations.

Comme pour le PDALO, l'outil devait permettre d'être plus à l'aise avec la pose d'un diagnostic du type d'aphasie et les utilisateurs nous confirment que l'objectif a été atteint.

Le fait de disposer d'un matériel rassure les professionnels mais le diagnostic de l'orthophoniste reste attendu.

Nous nous sommes interrogés sur les utilisateurs du PDANO et il s'avère que les infirmières et les internes se sont sentis les plus concernés.

A la question de l'aspect pédagogique de l'outil, les soignants reconnaissent que l'outil les a aidés concernant la sensibilisation aux **domaines d'exploration du langage**, la **connaissance des types d'aphasies et de leur tableau sémiologique** ainsi que sur la maîtrise du **langage technique commun**.

De la même manière que pour le PDALO, les professionnels témoignent de la fonction de vecteur de communication de cet outil, notamment avec les orthophonistes.

Même si nous sommes satisfaits de la participation au test du PDANO, la mise en route a été difficile car les soignants ont cru percevoir dans un premier temps que l'utilisation de cet outil allait se substituer au bilan orthophonique. En communiquant et en accompagnant les utilisateurs, nous avons pu lever cette appréhension et développer l'utilisation de l'outil. Le PDANO ne remplace pas le PDALO mais vient en complément de celui-ci.

Globalement, nos observations nous montrent que l'outil est parfois interrompu après que le profil du patient soit complété et le type d'aphasie non recherché. Ce point nous a été justifié :

- par la contrainte de temps des infirmières
- par le fait que l'identification du type d'aphasie, contrairement aux éléments cliniques, ne leur permet pas de modifier la prise en charge du patient.

En conclusion, les soignants désirent continuer à s'approprier cet outil aux côtés des orthophonistes afin d'approfondir leurs connaissances relatives à l'aphasie.

III.2. Comparaison avec le MT alpha

Le MT alpha propose de déterminer le type d'aphasie du patient à partir d'une batterie d'examen du langage. Nous avons utilisé cet outil en parallèle avec 31 patients.

Les résultats sont systématiquement en adéquation avec ceux du PDALO. Les profils indéterminés du PDALO ne trouvent pas de réponse avec le MT alpha alors qu'à l'inverse, certains profils du MT alpha sans réponse ont pu être identifiés grâce au PDALO. Cela s'explique par le fait que le MT alpha propose 12 profils d'aphasie contre 16 profils pour notre outil.

Le PDALO nous a semblé plus rapide à compléter que le diagramme du MT alpha alors que certains critères comme l'informativité, le langage automatique ou le chant sont absents chez ce dernier.

	Profils identifiés	Profils non identifiés	Total
PDALO	53	3	56
MT alpha	29	5	32

III.3. Perspectives

Grâce au soutien de Catherine GLIZE, des laboratoires Boehringer Ingelheim, nous avons pu présenter notre travail :

- le 17 janvier 2012, au personnel soignant de l'UNV et du service de neurochirurgie afin de les associer à notre projet
- le 3 mai 2012, à Nantes, aux orthophonistes de Loire-Atlantique et des départements limitrophes ayant répondu à notre invitation.

Par ailleurs, nous avons pu communiquer, le 4 avril 2012 aux Journées Neurologiques de Langue Française, dans le cadre de la réunion paramédicale de la Société Française Neuro-Vasculaire sur le thème des troubles du langage d'origine neurologique.

Lors de nos différentes interventions, cet outil a reçu un accueil favorable de la part des professionnels hospitaliers et libéraux qui réclament sa diffusion.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'expérimenter l'élaboration un outil de diagnostic du profil aphasique.

Nous avons cherché à ce qu'il réponde à un objectif : déterminer le type d'aphasie du patient rapidement et à partir de n'importe quel test d'aphasie.

Afin de le rendre accessible par tous les professionnels médicaux et paramédicaux intervenants auprès de patients aphasiques, une version courte a été dérivée de celle conçue pour les orthophonistes.

L'utilisation du PDALO et du PDANO nécessite de prendre le temps de s'y familiariser mais nous estimons que notre objectif est satisfait.

Pour une prise en charge efficace et un meilleur suivi des patients aphasiques, nous pouvons imaginer une utilisation systématique de ces outils.

Dans l'idéal, l'outil servirait les soignants, non seulement dans le diagnostic du type d'aphasie, mais également dans les communications entre professionnels, tout en permettant l'autoformation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Neurosciences : à la découverte du cerveau, PRADEL, 2002
2. Dictionnaire d'orthophonie, F. BRIN, éd. L'Ortho édition, 2004
3. Neuroanatomie clinique et neurosciences connexes, éd. Maloine
4. Abrégés Neuropsychologie, R. GIL, éd. MASSON (4^{ème} édition)
5. Comprendre le cerveau : naissance d'une science de l'apprentissage, OCDE
6. La réorganisation fonctionnelle des aires cérébrales du langage et de l'organisation visuospatiale, thèse, L. LEFEBVRE
7. L'évaluation des troubles de la personne aphasique : création et expérimentation d'un bilan, mémoire, N. REDAIS, 2001
8. Aphasies et langage, B. POTTIER, éd. Espaces, 1995
9. Restauration du langage chez l'aphasique, A. LANTERI, 1996
10. Aphasie et aphasiques, J-M. MAZAUX, éd. MASSON
11. Langage et aphasie séminaire J-L. SIGNORET, F. EUSTACHE, B. LECHEVALIER, 1993
12. Le bilan orthophonique, manuel à l'usage des orthophonistes, P. FERRAND, A-M. TREANTON, 1984
13. Traité de neuropsychologie clinique, B. LECHEVALIER, F. EUSTACHE F. VIADER, éd. De Boeck, 2008
14. Les aphasies Evaluation et rééducation, S. CHOMEL GUILLAUME, G. LELOUP, I. RIVA, C. FRANCOIS-GUINAUD, éd. MASSON
15. L'orthophoniste n° 199, juin 2000
16. L'orthophoniste n° 208, mars 2001
17. Les troubles aphasiques RO, vol. 29 n° 168, décembre 1991

18. Le traitement du langage RO, vol. 34 n° 185, février 1996
19. Développement et pathologie du langage : approches neurolinguistique, ANAE, 1997
20. Décret de compétence des orthophonistes
21. Aphasie et neuropsychologie, X. SERON, 1979
22. Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie, J-L. NESPOULOUS, A. ROCH-LECOURS et al, 1992
23. Echelle d'évaluation de l'aphasie, J-M. MAZAUX et J-M. ORGOGOZO, 1982
24. Test pour l'examen de l'aphasie, B. DUCARNE de RIBAUCOURT, 1965,1989
25. Les tests en orthophonie, C. BELOT, M. TRICOT, éd. Ortho édition, 2001
26. Histoire des aphasies : une anatomie de l'expression, D. FOREST, 2005

ANNEXES

- cas clinique Mme X. profil et fiche de renseignement
- cas clinique M. Y. compte rendu de bilan orthophonique
- camembert MT alpha

PROFIL LINGUISTIQUE					
le 30.11.11					
EXPRESSION ORALE					
Non informatif			Informatif		
Supprimée	Stéréotypies verbales	Conduites d'approche	Non fluent	Fluent	
Paraphasies phonétiques	Paraphasies phonémiques	Paraphasies verbales	Manque du mot	Agrammatisme	Jargon
Anarthrie		Paraphasies sémantiques	Hypophonie	Persévérations	Incohérence du discours
DENOMINATION					
Impossible	Altérée	Possible		Définition par l'usage	
COMPREHENSION ORALE					
Non préservée			(+/-) préservée		
COMPREHENSION ECRITE					
Non préservée			(+/-) préservée		
EXPRESSION ECRITE					
Supprimée		Non fluent		Fluent	
Paraphasies phonétiques	Paraphasies phonémiques	Paraphasies sémantiques	Manque du mot	Agrammatisme	Jargon
Persévérations de traits	Persévérations de lettres	Persévérations de syllabes	Dyssyntaxie		
REPETITION					
Supprimée	Altérée	Conservée		Echolalie	
LECTURE à HAUTE VOIX					
Supprimée		Altérée		Conservée	
DICTEE					
Supprimée		Altérée		Préservée	
COPIE					
Supprimée	Altérée	Préservée		Servile	
LANGAGE AUTOMATIQUE			Supprimé	Altéré	Préservé
CHANT			Supprimé	Altéré	Conservé

⇒ Aphasie sous-corticale thalamique

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Sexe : H F

NSC : Vit à domicile avec son mari.
Avec une fille 70 ans

Latéralité : Droitier Gaucher Ambidextre

Date de l'AVC	25.11.11	
Etiologie	Ischémique	Hémorragique <input checked="" type="radio"/>
Localisation lésionnelle	70% hémisphère frontal G + insularité ventriculaire	
ATCD / FDR	HTA Surcharge pondérale / Obésité Dyslipidémie FA Diabète AVC AIT	Tabagisme OH Contraception oestro-progestative Autres :
Fibrinolyse	OUI	NON <input checked="" type="radio"/>
Thrombectomie	OUI	NON <input checked="" type="radio"/>
Chirurgie	OUI	NON <input checked="" type="radio"/>
HDM	de 15/11/11, à 12 ^h , vertiges, ataxie, puis hypothermie avec tb pharyng et tb de l'équilibre. Depuis persistance de tb pharyng et incontinence urinaire	
Examen clinique	tb pharyng avec paraphasies phonémiques ++ tb de la compréhension des OS PF D+	

Date du bilan orthophonique	J+ 4
Type d'aphasie	Sans corrélate hémisphérique



**CLINIQUE NEUROLOGIQUE
UNITE DE NEUROPSYCHOLOGIE
ET DE REEDUCATION DU LANGAGE**

CENTRE de la MEMOIRE
Dr Marion VERGELLETTO
E-mail : vergelle@chu.nantes.fr
Dr Claire BOUTOLEAU-BRETIGNIERE
Dr Philippe BERTOUT
Dr Thibault LEBOUVER
Dr Thierry VENOUSSE

Psychiatre
Dr Philippe JALILIN
GERIATRE
Dr MARJANA WILGEMANN

Orthophoniste
Aurélien MACOUE
Psychologue
Annie-Laura OUBLET
Christelle EVIARD
Estelle LAMY
Pierre BENOÛ

Secrétaires
Christine LOURBAT
M. 02 40 16.53.27
F. 02 40 16.53.28
M. 02 40 16.53.00

Assistants sociaux
Christiane JAMES
UNITE NEUROPSYCHOLOGIE

Orthophoniste
Dominique BENCHOU
T.M. 02 40 16.55.88
02 40 10.92.23

temporal.

Niveau socio-culturel : ?

Latéralisation : Droitier.

Date de naissance : [REDACTED]

Age : 51 ans

**CENTRE DE MEMOIRE DE RECHERCHES ET DE RESSOURCES
HOPITAL GUILLAUME ET RENE LAENNEC**
Bd Jacques Monod - St Herblain - 44093 NANTES CEDEX 1

Nom : [REDACTED]
Date : 19 04 2012

Prénoms : [REDACTED]
N° : [REDACTED]

PROFIL LINGUISTIQUE			
EXPRESSION ORALE		Informatif	
Non informatif	Non fluent	Fluent	
Supprimée	Conduites d'approche		
Paraphrasies phonétiques	Paraphrasies verbales	Manque du mot	Jargon
Aourthie	Paraphrasies phonémiques	Hypophonie	hétérotonie du discours
	Paraphrasies sémantiques	Persévérations	
DENOMINATION			
Impossible	Aliéne	Possible	Définition par l'usage
COMPREHENSION ORALE			
Non préservée	(++) préservée		
COMPREHENSION ECRITE			
Non préservée	(++) préservée		
EXPRESSION ECRITE			
Supprimée	Non fluent	Fluent	
Paraphrasies phonétiques	Paraphrasies sémantiques	Manque du mot	Jargon
Persévérations de traits	Persévérations de lettres	Persévérations de syllabes	Dysorthographe
REPETITION			
Supprimée	Altérée	Conservée	Echelonnée
LECTURE à HAUTE VOIX			
Supprimée	Altérée	Conservée	
DICTEE			
Supprimée	Altérée	Préservée	
COPIE			
Supprimée	Altérée	Préservée	Service
LANGAGE AUTOMATIQUE		Supprimé	Altéré
Supprimé	Supprimé	Altéré	Conservé
CHANT			
Supprimé	Supprimé	Altéré	Conservé

**BILAN DE LANGAGE
APHASIE**
Test utilisé : MT-66 version Alpha

J +3

Date et cause de l'aphasie : 16 04 2012, accueilli pour une formation professionnelle ce matin. Troubles du langage (difficultés de compréhension) puis 1/2 plégie. Céphalées depuis 2/3 jours, 1/2 plégie massive proportionnelle. Déviation oculocéphalique G, Jargon, pas de compréhension des ordres simples. Vigilant.
ATCD : tabagisme RCH traité par Pentasa.
Neuro imagerie : TDM du 18 04 2012 : AVC hémorragique capsulolenticulaire G fusant en

Nom : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
N° : [REDACTED]
Date : 19/08/2012

CONCLUSION :

- **EXPRESSION ORALE :**
Réalisation articulatoire : Conservée
Intensité vocale : conservée
Yolame verbal : fluent de type jargonaphasie
Production linguistique : paraphrasies verbales et phonémiques réalisant un jargon.

- **EXPRESSION ECRITE**
Non évaluée

- **COMPREHENSION ORALE :**
Non conservée

- **COMPREHENSION ECRITE :**
Non évaluée

- **TRANSPOSITIONS :**
-Répétition (audiophonatoire) : impossible
-Dictee (audiographique) : Non évaluée
-Lecture à haute voix (visuophonatoire) : Non évaluée

- **DENOMINATION :**
Impossible

Tableau clinique évoquant une aphasie de type Wernicke classique d'origine sous corticale, avec jargonaphasie.
Une prise en charge est justifiée.

Dominique BENCHOU
Orthophoniste

Marianne DUBREUIL
Stagiaire orthophoniste

PROFIL LINGUISTIQUE M1-ALPHA



Résumé :

L'objet de notre mémoire est le diagnostic du type d'aphasie chez des patients à la phase aiguë. A partir de la sémiologie et des classifications des aphasies, nous proposons un outil, sous forme de grilles, qui permet de déterminer rapidement, à partir de n'importe quel test d'aphasie, le type de l'aphasie.

Deux versions sont nées de notre travail: le PDALO (Profils Diagnostiques d'Aphasies pour Les Orthophonistes) ainsi que le PDANO (Profils Diagnostiques pour les Non Orthophonistes).

L'objectif de ces grilles est de permettre à tous les professionnels en charge des patients atteints d'aphasies d'être à l'aise avec la pose d'un diagnostic, de renseigner sur la typologie à la phase aiguë et de rendre plus efficace la prise en charge et le suivi.

Mots-clés : Aphasie, diagnostic, typologie, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), phase aiguë.

Abstract:

The purpose of our dissertation is the diagnosis of the type of aphasia for patients in the acute stage. From semiotics and classifications of aphasia, we propose a tool, as a grid, which permits to determine quickly from any test of aphasia, the type of aphasia.

Two versions are born of our work: the PDALO (Profils Diagnostiques d'Aphasies pour les Orthophonistes) and the PDANO (Profils Diagnostiques d'aphasies pour les Non Orthophonistes).

The target of these grids is to allow all professionals in charge of patients with aphasia to be comfortable with the establishment of a diagnosis, provide information on typology in acute and to make more effective the care management and monitoring.

Key-words: Aphasia, diagnosis, typology, stroke, acute stage.