

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - « Médecine et techniques Médicales »

Année universitaire 2012/2013

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par Sylvie Bonnet Portais
née le 03/12/1968

**Restaurer le statut d'interlocuteur chez la personne
souffrant d'aphasie sévère
en exploitant les échanges spontanés : études de cas**

Présidente du Jury : Madame Frédérique Ferey, orthophoniste, chargée de cours à l'Université de Nantes.

Directrice du Mémoire : Madame Florence Terrade, Maître de conférences en Psychologie, chargée de cours à l'Université de Nantes.

Membre du Jury : Madame Claire Bessonneau, orthophoniste.

« 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 »

Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement Claire Bessonneau, orthophoniste, pour son engagement, son soutien sans faille, ses encouragements, sa confiance. Elle a nourri ma réflexion et l'a guidée tout au long de ce travail. Ce fut une année très riche.

Je tiens à remercier Mme V, M V, M G et M B d'avoir accepté de participer à cette étude. Sans eux, ce travail n'aurait pas vu le jour. Je les remercie de m'avoir accordé leur confiance et je garde aussi en souvenir leur gentillesse et leur courage.

Je remercie Madame Ferey et Madame Terrade de l'intérêt qu'elles ont manifesté pour mon sujet d'étude et d'avoir ainsi accepté d'encadrer ce travail.

Je remercie aussi les maîtres de stage qui ont accepté de m'accueillir durant ces quatre années. Ils ont partagé leur expérience, leur engouement et m'ont délivré de nombreux conseils.

Je remercie enfin sincèrement tous ceux qui ont donné de leur temps et contribué à l'élaboration de ce mémoire: Edith Descloux et Richard Dupont pour leur relecture attentive, Mr et Mme Brochard pour leurs compétences en anglais, Anthony Dubarry pour les dépannages informatiques, Morgane Chevaillier pour son aide précieuse lors de la mise en page et surtout Claire Bessonneau encore très disponible.

*A mes parents,
A mes deux frères, solidaires
A Loïc pour son soutien
A mes enfants, dont je suis fière*

« L'homme vivant [...] a toujours quelque chose à dire, comme une contribution à la réalité du monde dans lequel sa tâche est de s'affirmer »

La Parole, G., Gusdorf, 1952, Puf, p.72

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
PARTIE THEORIQUE.....	14
Chapitre 1 : langage et interlocution.....	15
Le langage.....	15
Le langage, compétence humaine.....	15
Fonction de représentation.....	15
Fonction émotive.....	15
Le langage, capacité humaine.....	16
Le langage ne s'«apprend» pas.....	16
Le statut d'interlocuteur	17
L'apport de la linguistique.....	17
Apport de Saussure : langage, langue, parole.....	17
Apport de Benveniste : énoncé, énonciation, sujet.....	18
L'apport de la psychanalyse.....	18
Le langage, la langue, la parole pour le sujet.....	18
La subjectivité dans le langage.....	19
La communication.....	20
L'homme, un être social.....	20
L'équivocité du langage.....	21
Fondements théoriques.....	21
Apport du courant fonctionnaliste.....	21
Apport du courant pragmatique.....	23
Le discours	27
Tentative de définition.....	27
Les types de discours.....	28
Cinq types de discours.....	28
Discours narratif.....	28
L'apport de la narratologie	29
Histoire, récit, narration.....	29
Quelques notions liées à la narration.....	29
Le discours narratif et le sujet.....	31
Discours narratif, spécifique du langage humain.....	31
Discours narratif, constitutif du sujet.....	32
Chapitre 2 : l'aphasie.....	34
Qu'est-ce que l'aphasie ?.....	34
Quelques généralités.....	34
Evolution des définitions.....	34
Localisation et étiologie.....	34
Perspective historique.....	35
Approche anatomo-clinique.....	35
Apport linguistique de 1945 à 1970.....	36
De 1970 à nos jours: approches cognitive et pragmatique.....	36
Notions de sévérité, pronostic, caractéristiques individuelles.....	37
Notion de sévérité.....	38
Notion de pronostic.....	38
Sévérité corrélée à la notion de pronostic.....	39
Caractéristiques individuelles.....	39
Sémiologie de l'aphasie et modèles théoriques.....	40
Principaux troubles au niveau de l'expression et de la compréhension orales.....	40

Troubles d'expression orale.....	40
Troubles de compréhension orale.....	42
Principaux troubles au niveau de la compréhension et de l'expression écrites.....	43
Atteintes des compétences pragmatiques de la communication.....	44
Discours et conversation (versant expressif).....	44
Phrase et discours (versant réceptif).....	44
Troubles d'intention-incitation.....	45
Troubles associés.....	45
Troubles moteurs.....	46
Troubles visuo-spatiaux.....	46
Troubles cognitifs.....	47
Dépression.....	48
Modèles théoriques	49
Modèle cognitif du système lexical.....	50
Interprétation cognitive des troubles.....	50
Notions de variable, effet de fréquence et seuil d'activation.....	52
Approche connexionniste.....	53
Modèle de production du langage de Bock et Levelt et Dell	54
Evaluations et approches thérapeutiques.....	56
Principaux tests.....	56
Tests généraux.....	56
Tests spécifiques.....	57
Tests fonctionnels.....	57
Différentes approches thérapeutiques.....	58
Approche empirique.....	59
Approche cognitive.....	59
Approche pragmatique et psycho-sociale.....	61
Approche pharmacologique.....	62
Approche détaillée concernant l'atteinte sévère.....	62
Chapitre 3: le projet thérapeutique avec la personne souffrant d'aphasie sévère	64
La relation soignant-soigné.....	64
Apport de la psychologie sociale : notion de contrat de communication.....	64
Deux principes fondamentaux dans la relation soignant-soigné.....	65
Principe de bienfaisance.....	65
Principe d'autonomie.....	66
Evolution de la relation.....	66
Notion de consentement.....	67
Impact de cette évolution en terme de consentement sur la pratique orthophonique.....	68
Une relation asymétrique.....	68
Une relation «pédagogique».....	69
Une relation de sujet à sujet.....	70
Apport des sciences humaines concernant la relation d'aide.....	70
Notion d'alliance thérapeutique.....	71
Apports de la conception rogérianne	71
Apport de la psychanalyse.....	73
Les objectifs thérapeutiques avec la personne souffrant d'aphasie sévère	75
La question de l'identité, de la confiance et du narcissisme.....	75
Définition : sentiment d'être soi-même.....	75
... corrélé à la reconnaissance des autres.....	76
...à l'origine du sentiment d'identité.....	76

La confiance.....	77
Le narcissisme.....	77
La question de la rencontre, de l'autre, du désir de rencontre et du plaisir.....	78
Définition de la rencontre : notion de fortuit.....	78
Apport sociologique et anthropologique.....	78
La rencontre avec l'autre : fonction de communication.....	80
Le désir de rencontre.....	80
Le plaisir.....	80
Objectifs thérapeutiques liés aux menaces pesant sur le sujet.....	81
Face aux menaces pesant sur le sujet.....	81
... la croyance du professionnel dans la capacité à endosser le statut d'interlocuteur.....	82
Face aux multiples pertes.....	83
... le statut d'interlocuteur restaure le plaisir de l'échange.....	83
La situation spontanée en séance.....	84
Objectifs thérapeutiques liés à la nécessité de se raconter et de raconter.....	85
Aller au-delà du code normé.....	85
Et aller chercher la subjectivité.....	86
Pour se dégager du langage utilitaire.....	86
Pour renouer avec «la fonction émotive».....	87
Pour re-narcissiser et maintenir le sentiment d'identité.....	87
PARTIE PRATIQUE.....	89
Organisation de l'étude.....	90
Problématique.....	90
Hypothèses.....	90
Méthodologie.....	90
Population de l'étude.....	90
Démarche adoptée.....	91
Présentation des patients.....	91
Retranscription et analyse d'extraits de séances.....	93
Extraits de séances avec M G.....	93
Séance 1.....	93
Rechercher un consensus.....	93
a - Dépasser le désir de réparation.....	93
b - Mutualiser le projet du thérapeute et les besoins du patient.....	94
c - Solliciter le statut d'interlocuteur.....	95
d - ...via l'échange spontané.....	97
e - Prendre en compte le besoin de réparation.....	97
f - Négocier le projet thérapeutique.....	98
g - Prendre en compte la singularité du patient.....	100
Vivre une expérience positive et recueillir le consentement.....	101
a - Faire l'expérience d'une rencontre d'évoqués à travers l'échange.....	101
b - S'assurer du plaisir éprouvé et le verbaliser.....	101
Séance 2.....	103
Révéler les besoins propres du patient.....	103
Souligner la corrélation entre le statut d'interlocuteur et l'autonomie.....	105
Extraits de séances avec M B.....	107
Séance 1.....	107
Proposer une situation de communication authentique.....	107
a - Donner de soi mais laisser la place à l'autre.....	107
b - S'engager tout en préservant une relation thérapeutique.....	108

Intégrer des exercices formels dans l'échange spontané.....	109
a - Exploiter le spontané et non pas improviser.....	109
b - Exploiter le spontané pour favoriser le transfert écologique.....	110
c - Un écueil : négliger les compétences linguistiques.....	112
Avoir à l'esprit la visée thérapeutique.....	112
a - Verbaliser l'objectif thérapeutique régulièrement.....	112
b - Interroger les liens de causalité et de temporalité.....	114
c - ... pour sortir du contextuel et créer un sentiment de cohérence.....	115
d - Viser la mobilité de pensée.....	116
e - Viser la re-narcissisation.....	119
Séance 2.....	120
Un transfert vers l'extérieur qui demeure compliqué.....	120
Une dépendance aux capacités de l'autre à être un interlocuteur qui s'adapte.....	122
Nécessité du soutien du professionnel.....	123
Séance 3.....	124
Rediscuter la pertinence du projet thérapeutique.....	124
a - Mise en œuvre de la pédagogie dans la relation de soin.....	124
b - ... pour expliquer des compétences linguistiques échouées en tests.....	126
c - ... pour valoriser les compétences communicationnelles mentionnées en bilan.....	128
d - Préserver la confiance du patient.....	130
e - S'appuyer sur des exercices formels pour soutenir la pertinence du projet thérapeutique.....	131
Extraits de séance avec M V : un exposé sur les oiseaux.....	134
Séance.....	134
L'idée de l'exposé.....	134
a - Quel est l'apport spontané du patient?.....	134
b - Fruit d'une négociation.....	135
c - Consentement confirmé.....	135
d - Un double objectif au service du projet thérapeutique.....	136
L'analyse de la séance de présentation de l'exposé.....	136
a - Les marques du consentement mutuel, autour du statut d'interlocuteur, au sein de la relation de soin.....	136
b - Les effets de valorisation et de re-narcissisation du sujet au sein d'une relation égalitaire.....	138
c - L'échange spontané: renforcement de l'identité, renforcement du statut d'interlocuteur.....	141
d - L'expérience positive d'un échange authentique.....	142
e - Le plaisir dans l'échange.....	144
f - Vivre, au sein de la séance, une autre communication possible.....	144
g - Le patient, interlocuteur actif dans l'échange.....	146
h - L'échange spontané instaure une continuité dans la relation de soin.....	146
Exploitation d'un entretien avec Mme V, épouse de M V.....	148
Entretien.....	148
Le patient aphasique reste interlocuteur privilégié.....	148
Le proche n'est pas du côté du professionnel.....	149
Le statut d'interlocuteur laissé au patient permet l'autonomie du sujet.....	150
Des constats viennent valider le projet thérapeutique.....	151
Le proche est nécessairement pris en compte.....	152
DISCUSSION	155
Vérification des hypothèses.....	156

L'importance de l'expérience.....	159
Apport pour la pratique des professionnels.....	160
Les limites de cette étude.....	161
CONCLUSION.....	163
ANNEXES.....	166
Annexe 1 : Etiologie des AVC.....	167
L'origine ischémique.....	167
L'origine hémorragique	167
Annexe 2 : classification traditionnelle des aphasies.....	168
Classification des aphasies.....	168
Son intérêt.....	168
Ses limites.....	169
Annexe 3 : principaux tests généraux.....	170
Annexe 4 : principaux tests spécifiques	171
Annexe 5 : principaux tests fonctionnels	173
Annexe 6 : présentation de la PACE et de l'Analyse Conversationnelle.....	175
Annexe 7 : évolution des modèles de la relation soignant-soigné.....	176
Obéir : modèle «paternaliste» du médecin-décideur.....	176
Consentir : modèle «informatif» du patient-décideur.....	177
S'accorder : modèle «délibératif» de la décision partagée.....	177
BIBLIOGRAPHIE.....	179

INTRODUCTION

La personne souffrant d'aphasie sévère subit de façon imprévue et brutale une altération de ses capacités d'expression et de compréhension qui génère, une restriction des activités personnelles, langagières et sociales. Elle bascule donc du jour au lendemain dans le champ du handicap avec un risque majeur d'isolement et de dépendance à autrui.

Les séquelles fonctionnelles très lourdes de conséquences sur la communication, le mental, le physique, l'émotionnel, l'identité, peuvent engendrer une blessure narcissique, une perte de confiance et d'estime de soi. La littérature scientifique mentionne un risque de dépression et un véritable processus de deuil à effectuer pour la personne. Cette littérature mentionne aussi que le handicap ne varie pas forcément en fonction du degré de séquelle mais en fonction de l'individu d'où la nécessité dans le cadre de la relation thérapeutique de «passer de l'époque de la prise en charge à l'ère de la prise en compte»¹. Il s'agit de passer de la connaissance de l'autre à sa reconnaissance, de créer les conditions où la subjectivité est impliquée pour faire vivre l'autonomie, partant du principe qu'étant atteinte dans son intégrité psychique et physique, la personne a encore le besoin de raconter et de parler d'elle malgré sa parole empêchée.

Dans ce mémoire, nous proposons donc d'étudier cette priorité, envisagée par le thérapeute du langage, de restaurer le statut d'interlocuteur pour préserver le sujet et nous proposons aussi d'analyser comment un tel projet thérapeutique peut se construire alors que négociation et coopération sont mises en difficulté par les troubles et qu'il n'est pas possible d'attendre que le patient endosse naturellement ce statut sur le mode qu'il maîtrisait avant l'atteinte lésionnelle.

L'objectif de cette étude est précisément de montrer en quoi les situations spontanées d'échange révèlent une vraie voie possible de rencontre intersubjective entre le professionnel et son patient, permettant à la fois le rétablissement du statut d'interlocuteur, l'adhésion à un projet thérapeutique qui se négocie, la réduction des menaces pesant sur le sujet et l'intégration de techniques plus formelles.

Dans la partie théorique, la revue de littérature concernant le langage, la communication et le discours narratif, nous éclairera sur ce que la capacité à s'exprimer représente pour le sujet et appréhendera le fonctionnement de la communication dans l'interaction humaine. Puis la littérature scientifique concernant l'aphasie abordera cette pathologie plus particulièrement sous l'angle de la sévérité. Enfin un dernier chapitre montrera que le projet thérapeutique visant à se recentrer sur le sujet communicant s'inscrit bien dans une évolution de la relation soignant-soigné et fait écho aux

¹ CHAUSSY Jean-François. Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert in *Les Cahiers de l'Actif*, n°430/433, mars-juin 2012, p. 24

apports des sciences humaines en terme de relation d'aide et de besoins singuliers de la personne souffrante.

La partie dédiée à la pratique s'est appuyée, durant cette année de stage, sur l'observation de trois patients suivis en cabinet libéral à distance de leur séjour dans un Centre Régional de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles ainsi que sur des extraits d'un entretien avec la conjointe de l'un de ces patients. Pour permettre de vérifier nos hypothèses de travail quant à la pertinence et la faisabilité d'un projet thérapeutique centré sur le statut d'interlocuteur à construire avec le patient, la retranscription d'extraits choisis sur plusieurs séances est accompagnée d'une analyse sous-tendue par les apports théoriques évoqués préalablement puis d'une discussion.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 1 : langage et interlocution

1 Le langage

L'orthophonie évolue sur le terrain du langage. La façon de concevoir le travail en séance avec un patient dépend d'une posture professionnelle, qui elle-même dépend de la façon de concevoir le langage. Les sciences humaines offrent plusieurs pistes pour une approche du langage.

1.1 Le langage, compétence humaine

1.1.1 *Fonction de représentation*

Dans son ouvrage, *La Parole* (1952), le philosophe Gusdorf souligne la caractéristique du langage d'être une compétence humaine. «Le mot humain intervient comme un abstrait de la situation. Il permet de la perpétuer, c'est-à-dire d'échapper à la contrainte de l'actualité pour prendre position dans la sécurité de la distance et de l'absence»². La parole est, par conséquent, ce qui permet d'évoquer la réalité en dehors de l'ici et maintenant, de se détacher du contexte, de se représenter ce qui est absent. Le langage fait, alors, accéder «l'homme animal» à «l'homme humain», dans la mesure où parler signe l'accès au symbolique. Avec le langage «le monde humain n'est plus un monde de sensations et de réactions, mais un univers de désignations et d'idées.»³. Il permet de s'extraire de l'immédiateté et met de l'ordre dans le chaos intérieur des ressentis. Comme il signifie une capacité à symboliser, il atteste, de ce fait, d'une capacité à se représenter le monde, à le catégoriser. Nommer, c'est montrer sa capacité à catégoriser le réel. La parole possède donc une **fonction fondamentale de représentation** qui va donner la possibilité de faire des liens, de créer, de penser.

Pour l'être humain, le langage est partout puisqu'il est comme la clé de voûte de la fonction symbolique ; il est présent dans chaque activité humaine de réflexion.

1.1.2 *Fonction émotive*

Le langage revêt une autre caractéristique proprement humaine «qui permet d'amplifier

² GUSDORF, G., *La parole*. 8ème édition, PUF,1977 p. 10

³ GUSDORF, G., *La parole*. 8ème édition, PUF,1977 p. 11

l'émotion, de la faire revivre et partager à propos d'un objet totalement absent». La parole possède «cette **fonction émotive** inouïe⁴» de permettre de pleurer sur un événement datant de dix ans ou d'espérer une situation qui n'arrivera que dans cinq ans grâce à l'appropriation de l'espace et du temps «alors que le langage des animaux est un langage contextuel, soumis aux émotions proches»⁵. C'est un pouvoir absolument essentiel qui s'offre à l'être humain, celui d'inventer sa vie, d'anticiper les événements, d'adapter en conséquence ses décisions et comportements. Cette capacité d'échapper à son contexte par la parole permet aussi de revenir en arrière, et la psychanalyse mettra en évidence, avec la découverte de l'inconscient, l'extraordinaire pouvoir des mots via la force de l'émotion. Le mot peut rendre vivable un présent, de fait, insupportable. Les mots, en véhiculant des émotions, font revivre des moments intenses et, d'une certaine manière les « purgent » de leur charge émotionnelle, suivant un processus de catharsis. Cet **effet de catharsis** a été le ressort des tragédies grecques, dans l'Antiquité : «En représentant la pitié et la terreur, [la tragédie] réalise une épuration (katharsis) de ce genre d'émotions»⁶ (Aristote). Les mots sont devenus, avec la psychanalyse, un «outil» psychothérapeutique consistant à faire émerger à la conscience des émotions ou affects dont le refoulement génère la souffrance. Il ne s'agit pas, ici, de trop nous attarder sur la notion de catharsis mais juste d'en rappeler l'existence. Elle s'avèrera intéressante dans le cadre de notre réflexion.

1.2 Le langage, capacité humaine

1.2.1 *Le langage ne s'«apprend» pas*

Interrogé sur sa conception du langage⁷, Chomsky indique que «Si l'organisme assimile aussi facilement un système complexe comme le langage, c'est qu'il en acquiert l'usage de la même façon qu'il «apprend» à marcher, à manger, à agir, etc. A proprement parler, il n'«apprend» rien, puisqu'il ne s'agit pas de quelque chose qui lui serait enseigné. Cela signifie tout simplement qu'il possède une **capacité innée** développée sous l'action du milieu ambiant».

L'idée fondamentale est ici que le bébé est naturellement doté de capacités à recevoir, sur le plan sensoriel, des informations pour capter le langage et se l'approprier au contact d'autres êtres humains.

⁴ CYRULNIK B., Biologie de notre histoire in *Sous le signe du lien*. Paris, Hachette littératures, 1989, p. 85

⁵ CYRULNIK B., Biologie de notre histoire in *Sous le signe du lien*. Paris, Hachette littératures, 1989, p. 85

⁶ ARISTOTE, Poétique, chapitre 6, édition Les Belles Lettres, Paris, 2002.

⁷ CHOMSKY N., Entretien avec Noam Chomsky in *Révolution en linguistique*. Lausanne et SALVAT Editores S.A Barcelonne, Editions Grammont S.A, 1976, p. 14 - 15

1.2.2 *Le statut d'interlocuteur*

Par ailleurs, les travaux en psychologie cognitive ont montré l'importance du rôle des interactions mère-enfant en période préverbale pour installer l'enfant dans une **place d'interlocuteur**. L'ontogénèse du langage commence dès l'interprétation des cris du bébé par la mère. La mère en donnant du sens aux essais vocaliques de son bébé et en y répondant, instaure des interactions dialogiques, véritables proto-conversations. Elle installe le bébé dans un statut de conversant potentiel, absolument essentiel pour qu'il puisse accéder au langage. Comme l'écrivent Trognon et Sorsana⁸, citant Bruner, «s'il y a un dispositif inné d'acquisition du langage, l'input à ce dispositif n'est pas une douche de langage parlé mais une affaire hautement interactive». Le développement des compétences conversationnelles, nées des interactions, acheminera l'enfant vers un statut d'interlocuteur à part entière.

1.3 **L'apport de la linguistique**

1.3.1 *Apport de Saussure : langage, langue, parole*

La linguistique distingue langage, langue et parole. Rappelons quelques aspects de la théorie Saussurienne du signe. Celui-ci s'est intéressé au langage, comme objet d'étude: il a défini les principes à l'œuvre dans le langage et a proposé une définition du signe linguistique qui fait référence.

Un apport de la théorie de Saussure est l'établissement très marqué d'une distinction entre le langage comme système de signes linguistiques, la langue en tant que fait social et la parole comme fait individuel. **La langue** a trait à l'aspect social du langage; c'est un **code** ou la forme concrète que revêt le langage pour une communauté donnée. Dans ce langage, il est donc possible de décrire plusieurs langues. Les ratages entendus dans la langue peuvent être, dès lors, considérés comme des incorrections par rapport au code ou à la langue normée. Selon lui, **la parole** est l'utilisation concrète des signes linguistiques dans un contexte précis. Par ce concept de parole, il distingue l'usage concret du langage, du langage lui-même, entendu comme ensemble de signes. Et la parole, fait individuel, n'appartient qu'à celui qui l'émet et s'oppose en cela à la langue, fait social. La parole incarne le langage au moyen d'un code, qui est la langue. Elle est, de ce fait, **singulière**.

⁸ TROGNON, A., SORSANA, C., Les compétences interactionnelles: formes d'exercice, bases, effets et développement. Rééducation Orthophonique n°221, Paris : FNO, 2005, p. 40

1.3.2 *Apport de Benveniste : énoncé, énonciation, sujet*

Le langage participe à la constitution du sujet. Le linguiste, Benveniste, a poursuivi une réflexion globale et humaniste du langage. Il écrit : «C'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet»⁹. Pour le démontrer, il différencie l'**énoncé** : résultat de la parole d'un individu, celui-là même qu'étudient la grammaire, la phonologie... de l'**énonciation** : acte même de la parole, défini par les trois éléments – personne, lieu, temps - qui ne prennent leur sens que dans cette situation. Dans cet acte d'énonciation se trouvent notamment toutes les dimensions de l'adresse : qui parle à qui ?

Dans la linguistique énonciative, c'est l'acte même de l'énonciation qui est étudié et non plus l'énoncé ; c'est la langue dans son utilisation, donc la parole. Benveniste reprend l'étude des pronoms personnels qui ne prennent leur sens que dans la situation d'énonciation et en conclut que pour dire «je», donc pour être sujet, on a besoin d'un «tu». Cela souligne à quel point **le langage et l'avènement de quelqu'un comme sujet sont liés à la présence de l'autre**.

D'autre part, la différenciation énoncé/énonciation permet de mettre en évidence que s'intéresser seulement à l'énoncé reviendrait à s'occuper de la langue. Etre du côté de l'énoncé, c'est être du côté de l'apprentissage. L'énoncé nous importe par ce qu'il peut révéler du langage et de la parole. Mais c'est bien l'énonciation qui rend compte du sujet aux prises avec le langage.

La linguistique éclaire notre travail dans la mesure où elle vient confirmer les approches pragmatiques axées sur le maintien de la communication qui permettent au sujet de rester aux prises avec le langage malgré l'atteinte massive de la parole. Ce n'est plus l'énoncé qui sert de point d'appui pour communiquer mais l'énoncé dans son contexte, sa situation d'énonciation.

1.4 **L'apport de la psychanalyse**

1.4.1 *Le langage, la langue, la parole pour le sujet*

Ce qu'apporte la psychanalyse, c'est l'idée que tout être est pris dans le langage. Celui-ci ne s'enseigne pas parce que le jeune enfant se l'approprie. Le langage même préexiste dans la mesure où l'enfant est parlé - par les parents, la famille - avant d'être parlant. C'est par le langage qu'il s'inscrit dans la vie, face aux autres et dans le monde. Il est une compétence humaine incluse dans la fonction symbolique, laquelle permet de faire des liens, de créer du sens, de penser. Cette compétence est nourrie des interactions avec l'entourage. Ce qui fait écrire à Lacan que le sujet est

⁹ AULAGNIER P., Désir, demande, souffrance, in *Un interprète en quête de sens*. 2ème édition, Payot, 1991, p. 166

assujetti car il n'y a pas de sujet sans langage. Le sujet est pris dans un bain de langage dès sa naissance. Il se représente par le langage, c'est-à-dire qu'il accède à une idée de lui-même par la parole de l'autre qui le porte et l'ouvre au monde de la culture et le dé-nature. Le sujet, donc, se fonde par le langage des tiers qui font référence et l'introduisent dans un monde symbolique.

La parole, nous l'avons vu, est singulière, l'acte d'un seul ; elle, reflète ce qu'il y a de plus singulier, de plus personnel, de plus subjectif dans le langage. C'est la prise par le sujet de quelque chose de personnel. Pour Saussure, le signifiant est ce qui fait sens et ce qui fait son en même temps. Pour Lacan le signifiant est premier par rapport au signifié, malgré le fait que nous produisons les deux en même temps. Le signifiant formalise le réel et lui donne une armature symbolique qui permet au sujet de construire sa réalité sociale et subjective propre: derrière chaque mot utilisé par un individu se rattache une réalité, la sienne, celle issue de son histoire personnelle, de sa représentation du monde. C'est pourquoi untel qui utilisera le mot «table» ne mettra pas exactement la même réalité que tel autre l'utilisant à son tour. Les différences se nichent dans les représentations de chacun, elles-mêmes issues du vécu singulier.

La parole est donc porteuse d'un sens manifeste et objectif mais aussi latent et subjectif. Elle dit plus que ce qu'elle énonce, puisque chaque mot «parle» de l'histoire du sujet. En nous intéressant aux signifiants, nous nous intéressons au sujet puisque nous nous intéressons à ce qui représente le sujet dans le langage. Nous nous intéressons à ce qui relève de la subjectivité du sujet.

Mais si l'être est dans le signifiant, il ne s'y résume pas; ainsi toutes les émotions par exemple ne peuvent être «exactement» exprimées puisque le mot décolle du vécu: il n'est pas le vécu. Il en est une représentation, nécessairement partielle, d'où une place laissée à la subjectivité dans le langage.

1.4.2 La subjectivité dans le langage

La fonction de représentation est à l'origine de la part de subjectivité dans le langage. En effet, dès lors que l'être humain entre dans le langage, il pénètre dans un processus qui permet, dans un même temps, de dire des choses sur le monde et de dire des choses de lui, et ce faisant de «décoller» du réel, donc d'en perdre quelque chose. Un écart s'installe entre le réel et les mots (ou signifiants) qui sont des représentations, et seulement des représentations. Le langage se construit donc à partir d'une perte par rapport à la réalité, une mise à distance. Or il est essentiel de comprendre que par cette mise à distance, via les représentations que sont les mots, les signifiants vont permettre au sujet d'advenir, de s'individualiser, donc d'exister. Le sujet peut se représenter

l'absence, la supporter, se «détacher» sereinement du réel en le formalisant.

D'autre part, du fait de cette mise à distance de la réalité, la parole est nécessairement réductrice: elle ne peut pas rendre compte de tout le réel puisqu'elle n'est pas le réel. Et dans cette perte inhérente au langage se loge le malentendu, un malentendu permanent. L'individu ne dit pas exactement ce qu'il veut ou croit dire car des choses lui échappent de la réalité. Et en face, la personne n'entend pas exactement ce qu'il a voulu dire ... «la faute à» la subjectivité du langage.

Chacun entend, comprend à l'aune de ses expériences singulières.

Mais c'est aussi une richesse car le langage ne peut être envisagé comme un système de communication relevant seulement d'un simple transvasement d'informations d'un interlocuteur à un autre. Il fait de la communication un perpétuel jeu d'ajustements, d'allers-retours entre deux êtres humains, cherchant à se rencontrer afin d'essayer de se comprendre.

Cet aspect intrinsèquement interactif est un élément essentiel de la théorie pour justifier, ensuite, dans notre travail, une approche s'appuyant sur les ajustements démultipliés mais possibles à réaliser entre la personne souffrant d'aphasie sévère et son interlocuteur. C'est un appui qui trouve sa source dans l'essence même du langage.

2 La communication

Le langage est à concevoir aussi dans une perspective plus large de communication. L'individu parle car il est pris dans le jeu des interactions humaines, c'est-à-dire dans les relations inévitables des humains interagissant et se parlant entre eux. C'est la fonction communicative du langage et elle relève du champ de la pragmatique.

2.1 L'homme, un être social

Le langage est une spécificité humaine de l'homme, être de relation qui ne peut vivre isolé des autres, qui « ne peut pas ne pas communiquer »¹⁰, qui ne peut pas être totalement écarté de son environnement. L'étymologie du mot «communication» vient du latin classique «communicare», de «cum» (avec) et du verbe latin «municare» (avoir part), soit «avoir part avec», «partager», puis «entrer en relation avec», faire partager à quelqu'un. L'homme, être social et de relation, est inéluctablement «en relation avec» les autres... en lien avec autrui. Le langage permet le partage

¹⁰ Formule de Watzlawick devenue le slogan de l'école de Palo Alto.

«d'informations porteuses de sens», donc une compréhension inter-humaine. Il naît de la relation et participe à son maintien tout au long de la vie. Brabant¹¹ synthétise cela dans la formule : «Communiquer, c'est créer des ponts entre des mondes, des peuples, des groupes, des individus. C'est aussi transmettre des informations, et donc aider à la diffusion des connaissances, à l'éveil de l'esprit»

2.2 L'équivocité du langage

Nous avons vu le caractère structurellement équivoque du langage qui porte la marque de la subjectivité du sujet. Ce caractère est fondamental car il est, pour ainsi dire, le moteur de la communication. Pour combler les malentendus inhérents au langage, au sein d'une conversation, il faut s'expliquer, essayer de s'entendre sur ce que l'un a voulu dire et l'autre cru comprendre; bref, chacun tente de réduire les situations d'inadéquation, instaurées par les paroles échangées, pour parvenir à une adéquation satisfaisante en terme de compréhension. Dans ces interactions, il s'agit donc bien d'échanges : chacun donne ses signifiants et reçoit en retour les représentations de l'autre qu'il faut confirmer ou au contraire infirmer. Ce sont ces allers-retours qui vont construire la relation langagière dans une situation de communication. Nos conversations quotidiennes sont bien ponctuées d'énoncés tels que «Que veux-tu dire par là ?» ou encore «Ah ! J'avais compris que...». Chacun peut faire l'expérience au quotidien que la transposition littérale d'un énoncé est insuffisante pour accéder au «vouloir dire» de celui qui parle.

2.3 Fondements théoriques

2.3.1 *Apport du courant fonctionnaliste*

Le courant fonctionnaliste aborde le langage comme un produit de l'activité humaine et pose les jalons pour l'avènement du courant pragmatique qui envisage vraiment le langage dans sa dimension de communication. Jakobson (1960) a réalisé un modèle intégrant six fonctions de communication. Ce sont les prémisses de la linguistique fonctionnelle qui conçoit la communication comme un transfert d'informations entre un destinataire (ou émetteur) et un destinataire, avec une prise en compte des **interactions** et du **contexte** de communication. Parmi les «six facteurs inaliénables de la communication verbale» présentés par Jakobson, la fonction conative du langage met l'accent sur l'intention de l'émetteur qui se focalise sur son destinataire.

¹¹ BRABANT A., La communication non verbale et communication paraverbale. Rééducation Orthophonique n°251, Paris : FNO, 2012, p. 33-39

A partir de là et grâce à l'apport de philosophes comme Austin et Searle, la théorie du langage s'enrichit des actes de langage : dire c'est faire. Ces auteurs montrent que l'**acte de parole** (dire) a des conséquences sur les participants de l'échange et agit (c'est donc faire) sur l'interlocuteur.

Parallèlement, l'école de Palo Alto, créée aux États-Unis par Bateson, intègre aussi la communication dans le contexte social. Ainsi deux modes de communication sont mis en évidence : la **communication verbale** (aspect linguistique) et la **communication non verbale** (aspect non linguistique). Ces deux modes forment un tout intégré, ils sont différents mais indissociables. La communication repose donc sur de multiples variables : les mots, le message, la posture, les regards, les mimiques faciales qu'il est impossible de séparer. La communication apparaît donc pour chaque être humain complexe et multimodale, soumise à diverses contraintes.

Brabant¹² indique que la communication verbale représenterait 7% du message émis. Les autres informations seraient transmises par le paraverbal à 38% (aspects vocaux et non vocaux de l'élocution comme l'intensité, le timbre, la prononciation, l'accentuation, l'intonation, le rythme, les silences) et la communication non verbale.

Cette notion de communication non verbale est fondamentale dans le cadre de notre travail. En effet, dans un échange ordinaire, la communication non verbale se manifeste en général à l'insu du locuteur. Elle prend une dimension tout autre lorsqu'elle est amenée à relayer la communication verbale. Du coup, elle devient consciente, douée d'intention et devient un point d'appui essentiel. Selon Corraze (1981)¹³ «on applique le terme de communication non verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise». Les signes non linguistiques à valeur communicative, selon lui sont nombreux. On en distingue plusieurs :

Les expressions et mimiques faciales transmettent les états émotionnels. Elles sont en étroite rapport avec le regard et peuvent compléter ou relativiser un message verbal. Elles sont parfois sources de feed-back.

Le regard renseigne sur les dispositions affectives de l'autre et permet de réguler l'échange. Son rôle phatique, de contact dans l'interaction communicative n'est pas discuté. Il témoigne aussi de l'état de vigilance et de l'attention de l'interlocuteur. Il permet au locuteur de vérifier si son message a été compris.

Les gestes à valeur référentielle ou expressive de l'émetteur facilitent la compréhension du message

¹² BRABANT A., La communication non verbale et communication paraverbale. Rééducation Orthophonique n°251, Paris : FNO, 2012, p. 33-39

¹³ CORRAZE J., Caractéristiques générales des communications non-verbales, in Les communications non-verbales, chapitre1, PUF, Paris, 1ère édition, 6ème tirage, 2001, pages 15-30

par l'interlocuteur. La synchronisation entre mouvements corporels et énoncés oraux facilite la réception du message.

Les postures pouvant rendre compte des intentions d'accueil ou de rejet de l'autre, la proxémique relevant des rapports spatiaux entre les interlocuteurs et les comportements para-verbaux accompagnent, renforcent ou contredisent les messages verbaux.

Cela montre combien la communication non verbale véhicule de nombreuses informations et peut devenir un processus de compensation très riche lorsque la communication verbale est atteinte. Elle revêt différentes fonctions (sémantique, pragmatique, facilitatrice) qui vont devenir un réel point d'appui. Comme la communication verbale, elle repose sur un code commun conventionnel.

2.3.2 *Apport du courant pragmatique*

Le courant pragmatique inscrit l'activité langagière dans une dimension globalisante où l'unité minimale de la communication humaine n'est plus la phrase mais l'accomplissement d'un acte, où l'unité de référence n'est plus strictement linguistique. Comme l'écrit Duchêne¹⁴: «on accepte le risque de la subjectivité et celui de la relation. Le contexte d'énonciation, les interlocuteurs, leurs références ou savoirs mutuels, sont des facteurs essentiels à prendre en compte.»

La communication humaine met en jeu des intentions et elle ne peut être réduite à la seule dimension de transmission d'informations. La pragmatique de la communication met l'accent sur l'acte de parole en tant qu'action effectuée à l'aide du langage et produisant des effets, intentionnels ou non, sur l'interlocuteur. L'intentionnalité qui sous-tend la communication est à l'origine de l'échange verbal. Lorsque quelqu'un parle, c'est bien pour dire quelque chose. Mais le «vouloir dire» est une démarche complexe car il faut chercher les mots adéquats, trouver une formulation appropriée pour se faire comprendre, dire en d'autres termes ce qui semble être resté opaque pour l'interlocuteur ; il faut procéder par des allers-retours, parfois par des détours métaphoriques, périphrastiques (ou autres figures rhétoriques)... Autant d'étapes pouvant se révéler être un obstacle potentiel.

Voici quelques travaux théoriques servant de cadre de référence pour notre réflexion.

¹⁴ DUCHENE MAY-CARLE A., Pragmatique : mise en perspective historique. Rééducation orthophonique n°221, Paris: FNO, 2005, p. 10

- **Principe de coopération et maximes conversationnelles** de Grice :

Grice (1957) pose d'emblée que parler est une activité intentionnelle du sujet parlant et que cette activité a un effet sur l'autre. Il établit le principe de la coopération et les maximes conversationnelles qui sous-tendent toute communication. Le principe de coopération énonce que les interlocuteurs, par un effort de coopération, contribuent à la réussite de la communication.

Duchêne May-Carle¹⁵ reprend comme référence le principe de coopération de Grice et explique que «le principe de coopération est, en fait, la manifestation du lien social qui réunit deux interlocuteurs». Il existe à partir du moment où l'intention de communiquer, d'échanger des informations est présente. Comme nous le verrons concernant la personne souffrant d'aphasie sévère, ce principe est réellement menacé. Or la théorie, ici, nous montre combien ce principe est fondamental. Selon Grice, de ce principe découlent d'autres sous-principes, qu'il présente sous forme de maximes interagissant entre elles : maximes de relation, de quantité, de qualité, de manière.

La «maxime de relation» consiste à produire du sens, de la cohérence, de l'information.

La «maxime de quantité» en lien avec le principe précédent, est ce qui permet de gérer l'aspect exhaustif de l'énoncé : c'est un énoncé qui s'adapte aux connaissances supposées de l'autre sur le sujet évoqué tout en étant suffisamment informatif.

La «maxime de qualité» est en quelque sorte le versant moral de la maxime de coopération, plus qu'une règle discursive : «ne dites pas ce que vous croyez être faux».

La «maxime de manière» revient à éviter de s'exprimer de façon obscure, à éviter l'ambiguïté.

Ces maximes conversationnelles de Grice éclairent beaucoup notre réflexion dans le cadre de l'aphasie sévère car elles permettent de bien cibler ce qui est en danger mais peut être préservé et devenir un point d'appui, ce qui est fortement perturbé et/ ou perdu, ce qui doit être aménagé autrement .

- **Modèle de l'interaction**, proposé par Bateson et l'école Palo Alto (1950)

G. Bateson exprime l'idée que le message de l'émetteur utilise comme vecteur un système de codes linguistiques, gestuels, sociaux en constante évolution en fonction des signaux envoyés par le récepteur. Il souligne les effets de **rétroaction** qui caractérisent l'interaction entre deux locuteurs qui échangent des informations dans une situation en contexte.

¹⁵ DUCHENE MAY-CARLE A., La compréhension des textes et le processus inférentiel. Rééducation Orthophonique n°227, Paris : FNO, 2006, pages 55-60

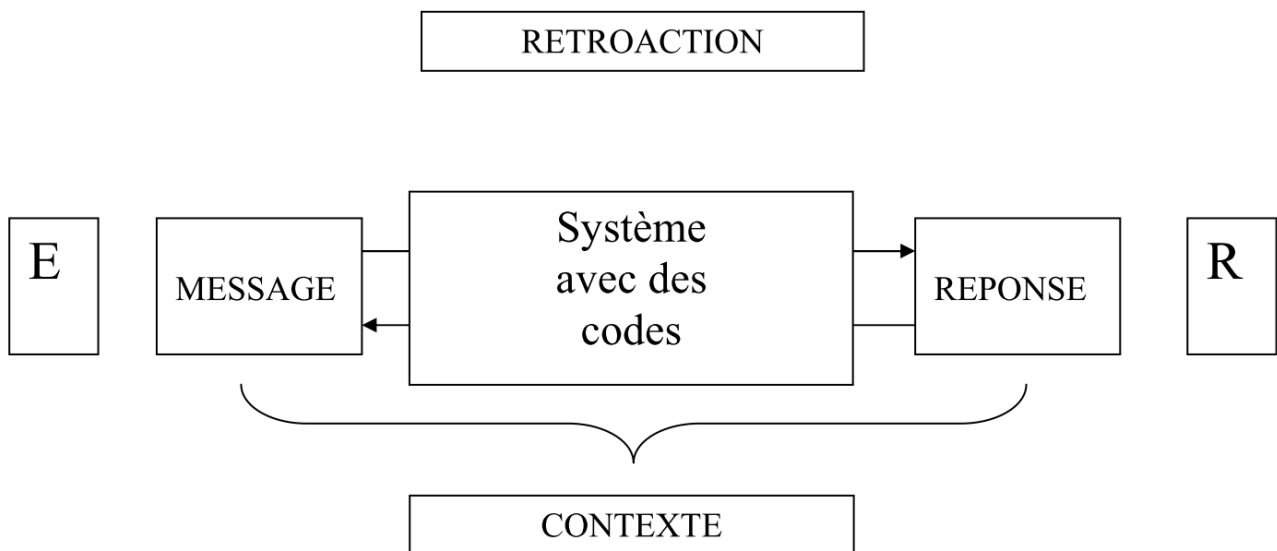


Figure 1 : schéma de communication rétroactive ou interaction (G. Bateson, 1950)

La notion de rétroaction suppose que le message envoyé par le locuteur-émetteur (E) évolue en fonction des signaux envoyés par le récepteur (R). La **rétroaction** représente donc l'ajustement de l'émetteur à la réponse émise par le récepteur. Cette idée d'ajustement est très importante car elle est à l'origine des allers-retours multiples nécessaires pour que la communication se maintienne. Ce système complexe et multifactoriel explique qu'une situation de communication peut être aisément entravée et engendrer de l'incompréhension. Il souligne, surtout, l'importance des **ajustements** dans n'importe quel échange et laisse deviner comment ceux-ci doivent être démultipliés si les rétroactions sont moins efficaces parce qu'un des partenaires a un langage altéré.

• **Le modèle socio-interactionniste de Bloom et Lahey**

Pour ces auteurs, la communication est régie par un choix des interlocuteurs concernant la «forme», «le contenu» et «l'utilisation».

La forme ou le «comment dire ?» renvoie au langage, en tant que code, avec ses moyens verbaux (sons, articulation...) et non verbaux (posture, mimiques...). Le contenu ou le «quoi dire ?» correspond au langage comme moyen d'expression des sentiments, des désirs, des besoins et des idées. L'utilisation ou le «pour quoi dire ?» renvoie au langage utilisé pour communiquer.

Pour que ces choix opèrent et donc que la communication soit efficace, il faut posséder des habiletés spécifiques d'une part et des habiletés cognitives générales d'autre part (Hupet, 1996). La maîtrise d'habiletés spécifiques en conversation concerne, par exemple, l'alternance des rôles ou la capacité à initier et changer un thème de conversation. Pour ce qui est du discours, il faut, par exemple, pouvoir planifier les séquences discursives et assurer la cohérence du discours. La

maîtrise d'habiletés cognitives générales permet de produire des **inférences** grâce au traitement général des informations afin de saisir **l'intentionnalité** de son interlocuteur.

• **Les notions d'inférence et de raisonnement**

«L'inférence consiste dans le passage d'un donné ou admis initial à un admis qui est accepté à cause de sa connexion avec celui-ci» (P.Oléron¹⁶). L'inférence ou processus inférentiel et le raisonnement se recouvrent selon Duchêne. Le **raisonnement** est un processus qui permet de générer une nouvelle information et il met donc en œuvre le processus inférentiel. Mais, à la différence de certaines inférences qui s'effectuent de façon immédiate «sans traitement opératoire»¹⁷, le raisonnement exige d'effectuer des liens et cela relève à ce titre de l'activité discursive. Un des champs d'application des processus inférentiels est donc bien la communication interindividuelle.

Dans le cadre de notre réflexion, ce qu'il est important de souligner c'est que la gestion des inférences amène le récepteur d'un message à réaliser un tri parmi un très grand nombre de probabilités engendrées par les éventualités concurrentes véhiculées par un message. Avec un interactant très altéré pour produire des énoncés linguistiques, l'interlocuteur va devoir réaliser plus d'inférences, plus d'allers-retours pour comprendre et être compris.

• **La Théorie de l'Esprit comme compétence interactionnelle**

La Théorie de l'Esprit¹⁸ fait référence à la capacité de faire des inférences sur les **états mentaux** d'autrui, c'est-à-dire sur ce que les autres pensent, désirent, croient afin de comprendre, d'expliquer, de prédire leur comportement (Danion et Marczewski, 2000). Au regard de ce qui a été développé précédemment, il apparaît que l'interlocution est un domaine d'exercice de la théorie de l'Esprit avec les notions de communication verbale et non verbale, de coopération, de rétroaction, d'ajustement et d'inférence.

Les compétences pragmatiques sont donc au carrefour de connaissances multiples : linguistiques, cognitives et sociales. Des altérations à un niveau se répercutent inévitablement en terme de compétence communicative. D'un autre côté, si une ou plusieurs capacités sont altérées, elles peuvent être, au moins en partie, relayées par d'autres capacités, moins déficitaires.

¹⁶ DUCHENE MAY-CARLE A., La gestion de l'implicite, théorie et évaluation. Isbergues, ortho-édition, 2000, p. 27

¹⁷ DUCHENE MAY-CARLE A., La gestion de l'implicite, théorie et évaluation. Isbergues, ortho-édition, 2000, p. 27

¹⁸ AUBIN G., ALLAIN P., LE GALL, D., Evaluation et rééducation des syndromes dysexécutifs. Rééducation orthophonique n°208, Paris: FNO, 2008, pages 184-185

3 Le discours

Si les hommes, êtres sociaux, sont pris dans un réseau d'interactions médiatisées par le langage, ils ne se comprennent ou ne se méprennent que par le fait du discours. Le discours narratif est une possibilité de discours parmi d'autres. Il est nécessaire de définir le discours pour introduire le discours narratif.

3.1 Tentative de définition

En linguistique, le discours peut être défini dans un premier temps comme «une réalisation, orale ou écrite, par un sujet, de la dimension de la phrase ou davantage¹⁹», c'est-à-dire comme une succession de phrases. Une distinction apparaît de fait avec les situations orale et écrite. La production écrite, appelée de manière courante «texte», correspond à un objet indépendant des conditions de production et de réception alors que ce qui est énoncé à l'oral, appelé couramment «discours», prend en compte la contextualisation et doit être replacé à la fois dans sa situation de production et sa situation de réception. Il s'agit bien d'une entité linguistique à envisager selon des critères contextualisants. C'est aujourd'hui une idée acquise en linguistique.

La grande extension du concept de discours rend son appréhension difficile. Cependant son analyse a donné lieu à plusieurs tentatives de définitions. Nous en restituons quelques-unes. Benveniste (1966) le définit comme « toute énonciation supposant un locuteur et un auditeur et chez le premier l'intention d'influencer l'autre en quelque manière²⁰ ». L'idée d'intentionnalité est soulignée. Maingueneau (1976) suppose, dans son analyse du discours, une organisation transphrastique : le discours prend en compte l'ensemble des phrases comme un ensemble unique et indissociable. En effet, il est le résultat d'une organisation complexe entre les phrases qui s'effectue en fonction des conditions de production. Kerbrat-Orecchioni (2005) ajoute que le discours est le fruit d'une collaboration, c'est-à-dire que les sujets travaillent ensemble pour produire au final ce qu'on appelle une conversation. Il est donc nécessaire pour chaque locuteur de modifier ses énoncés au fur et à mesure du déroulement de la conversation afin de rendre le discours adapté à la nouvelle situation produite par l'interlocuteur. L'idée soulevée par l'auteure est celle de la co-construction du

¹⁹ RRIVE et al., cité in DRAPEAU, M., *Elaboration d'un programme de rééducation des troubles discursifs chez des sujets cérébro-lésés*, Mémoire d'orthophonie, Université de Tours, 2012, p. 8

²⁰ BENVENISTE, E., *La notion de discours*.

discours entre interlocuteurs. La parole, dans le discours, est donc une mise en action.

De ces définitions, il ressort que le discours résulte de la combinaison d'informations linguistiques et situationnelles. Il est donc une entité complexe ayant une dimension linguistique (en tant que texte), une dimension sociologique (en tant que production en contexte) et une dimension communicationnelle (en tant qu'interaction finalisée). Il est donc foncièrement subjectif : il émane toujours d'un sujet. La notion de discours sans la présence et l'engagement du sujet n'est pas envisageable. Et enfin, le discours est dialogique. Parler c'est parler à quelqu'un avec nécessairement la présence d'un locuteur (personne en situation de discours: sujet parlant) et de son allocataire (personne qui reçoit le message : sujet auditeur ou sujet récepteur). Le discours est inscrit dans l'espace (un lieu) et le temps (à un moment donné).

3.2 Les types de discours

3.2.1 Cinq types de discours

Les linguistes ont catégorisé le discours en fonction des différentes formes qu'il pouvait prendre. Ils ont pris en compte des critères issus de théories littéraires: notion de *type* et de *genre*. Comme chaque forme de discours possède une fonction et une visée différente et des spécificités de fonctionnement, Adam²¹ distingue cinq types, au premier rang desquels se trouve celui qui nous intéresse plus particulièrement. Il distingue : le discours **narratif**, le discours descriptif, le discours argumentatif, le discours explicatif, le discours dialogal.

3.2.2 Discours narratif

Le discours narratif est défini par Adam comme comportant plusieurs éléments. Tout d'abord, un **thème** présente un sujet (S), animé ou non, facteur de l'unité d'action et qui assure, de ce fait, l'unité thématique. Il est le fil directeur qui va fédérer les événements entre eux et donc permet la cohérence de l'ensemble. Ensuite, une **succession d'événements** forme l'intrigue (ou temporalité) qui permet de passer de T, temps du début, à T+n, temps de la fin, T étant le moment de départ et n, le temps passé. D'où la présence de marqueurs spatio-temporels (puis, ensuite...) organisant les événements dans l'espace et le temps. N'importe quelle histoire est donc ancrée dans le temps et l'espace, de la même façon que «l'histoire» d'une vie de n'importe quel être humain. De plus, une **causalité narrative** amène la narration à suivre un enchaînement causal. Chaque action est la

²¹ ADAM J-M., Le prototype de la séquence narrative, in *Les textes : types et prototypes. Récit, description, argumentation, explication et dialogue*, Paris : Nathan, 1992, pages 45-74.

conséquence d'une action antérieure et cause d'une action à venir. D'où des connecteurs logiques (alors, mais, donc, car..) organisant eux aussi les événements. Enfin, une **évaluation finale**, explicite ou implicite, induit une notion de morale.

3.3 L'apport de la narratologie

3.3.1 *Histoire, récit, narration*

Les éléments d'analyse du discours narratif présentés, en complément, appartiennent au domaine de la narratologie, domaine scientifique rattaché aux sciences du langage. Ils cherchent à mettre en évidence les mécanismes internes régissant ce prototype de discours en littérature, donc à comprendre comment on raconte. «Histoire» est à comprendre comme l'ensemble des événements qui forment l'intrigue, c'est-à-dire le contenu narratif (ou signifié); «récit» comme étant la relation qui est faite des événements, c'est-à-dire le discours narratif lui-même (ou signifiant); et «narration», l'acte de narrer c'est-à-dire l'acte producteur. Les travaux de Genette²² concernent le discours narratif dans le texte littéraire. Néanmoins, il est intéressant de s'attarder sur certains des éléments qui concernent les moyens de l'énonciation, autrement dit la technique adoptée pour la narration car ils mettent bien en évidence que le récit d'une histoire ne va pas de soi.

3.3.2 *Quelques notions liées à la narration*

- La **question des événements** à raconter. Un choix s'établit parmi les événements à raconter, qui implique déjà le sujet parlant et dit des choses de lui. La narratologie a aussi montré qu'un choix s'effectuait concernant l'ordre narratif et le traitement du temps. Il est possible de suivre l'ordre chronologique des événements ou pas. La narration peut choisir de s'écarter de l'ordre chronologique et réaliser des retours en arrière ou, au contraire, choisir de réaliser des effets d'anticipation, générant alors des structures syntaxiques différentes. La narration peut aussi progresser selon un ordre plus causal et naturel en suivant l'ordre chronologique (un événement et sa conséquence). Des effets de ralentissements ou d'accélération sont possibles selon que le récit s'attarde sur certains événements ou ne les mentionne que très succinctement. Enfin, le récit de l'histoire peut commencer «in medias res», c'est-à-dire au milieu de l'action. Les recherches sur le traitement temporel ont montré son importance pour donner du rythme, une cohérence et une cohésion au récit.

²² GENETTE G., Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit in *Communications*, 8, 1966, pages 152-163.

• La **question de la modalisation** : «[...]la modalisation définit la marque donnée par le sujet à son énoncé [...]»²³. Sont considérés comme modalisateurs les jugements et les commentaires sur les contenus propositionnels. Dans le récit, les marques de modalisation vont donc se révéler être des marques de présence du narrateur ; elles vont être indicatrices d'un degré d'implication par rapport à ce qui est raconté et indicatrices de subjectivité. Elles relèvent de l'acte illocutoire, de l'intentionnel. Elles concernent notre réflexion dans la mesure où ces «énoncés que l'on retrouve très souvent dans le discours des patients aphasiques [sont] tout à fait préservés²⁴» et «mett[ent] en évidence le maintien de la fonction de communication du langage²⁵».

• La **question de l'intrigue et du schéma narratif**. L'étymologie du mot intrigue, «intricare» signifiant «complication, embrouillement, imbroglio», explique son sens littéraire : son rôle est de susciter l'intérêt, d'éveiller la curiosité du lecteur (ou du spectateur) et de le tenir en haleine, mais aussi de tromper cette curiosité et l'exciter pour mieux la satisfaire en opposant et en mettant en lutte des événements, des intérêts, des situations, et en enveloppant leur mêlée d'une savante dose d'obscurité d'où se dégagera ensuite la lumière. Le schéma narratif permet de saisir l'intrigue. Il organise les éléments narratifs, agence la succession des actes et événements qui forment une trame. Ce schéma quinaire crée un tout autonome: la situation initiale (situation d'équilibre de départ), l'élément modificateur (événement à l'origine du changement ou du conflit), les péripéties (événements qui font rebondir l'action, impliquant des transformations), le dénouement (dernier événement avant la fin) et la situation finale (nouvel équilibre obtenu). Cela contribue à donner une impression d'histoire formant une unité complète et finie.

La narration d'une histoire suppose aussi des séquences où sont insérées des paroles (les procédés de paroles rapportées) et des séquences de description et d'explications, donc un entrecroisement de différentes formes de discours. Et cela est doublé d'intentions multiples: au-delà de raconter, le narrateur cherche à produire un effet sur autrui. Nous l'avons vu, c'est une visée inhérente au discours. Le récit pour Genette répond, enfin, aux lois de la grammaire du texte: la loi de répétition; la loi de progression; la loi de non-contradiction et la loi de mise en relation. Victorri²⁶ écrit, en traitant plus largement du discours narratif, en dehors du texte littéraire, que «certains mécanismes semblent conçus entièrement à des fins narratives, comme les systèmes de poursuites de références: le système des reprises pronominales, le système des reprises anaphoriques, par exemple.

Le discours narratif répond à des normes précises et nécessite des capacités langagières de

²³ PROD'HOMME K., Aphasie et modalisation : A quoi servent ces énoncés si bien préservés ? Glossa n° 104, p. 27

²⁴ PROD'HOMME K., Aphasie et modalisation : A quoi servent ces énoncés si bien préservés ? Glossa n° 104, p.28

²⁵ PROD'HOMME K., Aphasie et modalisation : A quoi servent ces énoncés si bien préservés ? Glossa n° 104, p.30

²⁶ VICTORRI B., Homo narrans:le rôle de la narration dans l'émergence du langage. Langages, n° 146, 2002, pages 112-125.

compréhension et de production complexes. Il exige, par conséquent, des compétences discursives que ne possède plus la personne souffrant d'aphasie sévère.

3.4 Le discours narratif et le sujet

Le discours narratif tient une place particulière à différents niveaux. Il apparaît comme une spécificité du langage humain. Il joue un rôle essentiel dans le développement de l'individu, via les expériences discursives. Il reste essentiel pour l'être humain tout au long de sa vie comme garant, au même titre que d'autres facteurs, du sentiment d'identité, indispensable pour tout sujet.

3.4.1 *Discours narratif, spécifique du langage humain*

Dans son article intitulé «Homo narrans: le rôle de la narration dans l'émergence du langage», Victorri indique que la narration a participé de façon vitale à l'évolution de l'homme et qu'elle représente une capacité communicative proprement humaine. Nous passerons sur les explications justifiant cette hypothèse et détaillant l'évolution de cette **capacité à narrer**. Dans le cadre de notre réflexion, il est important de noter que si la fonction narrative a joué un rôle de premier plan dans l'évolution du langage, elle est, aujourd'hui encore, une fonction prédominante dans les situations de communication de la vie quotidienne. Ainsi, comme le précise l'auteur de l'article, «la narration constitue, on le sait, l'une des plus importantes utilisations du langage dans toutes les sociétés humaines connues, des sociétés de chasseurs-cueilleurs aux sociétés les plus technologiquement avancées » et d'ajouter que « raconter une histoire pour rendre compte d'un phénomène naturel est, presque toujours, le premier pas vers des descriptions et des explications de nature plus scientifique»²⁷.

Il ajoute que cette faculté de narrer, permettant de parler de situations dynamiques inscrites dans le temps de manière simple et directe, est véritablement **une spécificité du langage humain**. Au terme d'une démonstration détaillée, il conclut que la plupart des spécificités du langage humain sont directement liées à la fonction narrative. Il donne, entre autres, l'exemple de la notion d'aspect qui joue un rôle primordial dans le fait de relater une histoire et qui permet de comprendre ce qui est, dans les événements, de l'ordre de l'accompli versus le non-accompli.

Relevons aussi le rôle essentiel de l'évolution de cette capacité à raconter. Elle aurait permis à l'homme de sortir du protolangage, nécessaire certes, mais pas suffisant pour la survie de l'espèce humaine car adapté seulement à des actes simples de communication portant sur la réalité sensible

²⁷ VICTORRI B., Homo narrans: le rôle de la narration dans l'émergence du langage. Langages, n° 146, 2002, pages 112-125.

immédiate (*hic et nunc*). Victorri pose alors l'hypothèse que l'évolution de la narration a donné les «armes» à nos ancêtres pour résoudre des difficultés mettant en danger la survie de l'espèce. En permettant, par exemple, à un hominidé de faire référence à une expérience passée qui s'est soldée par un échec, la fonction narrative de la communication aurait permis aux pairs d'éviter la situation d'échec et de tirer la leçon des erreurs passées. Ainsi, le besoin vital d'évoquer des événements passés ou imaginaires aurait conduit à améliorer progressivement le système de communication de nos ancêtres en le dotant de toutes les propriétés syntaxiques et sémantiques présentes dans le langage humain.

Par conséquent, la fonction narrative est à la fois spécifique du langage humain en terme de faculté langagière mais aussi en terme d'intentionnalité.

3.4.2 *Discours narratif, constitutif du sujet*

L'enfant se développe à travers des **expériences discursives** grâce aux narrations parentales, dans un premier temps. Ensuite, il va rencontrer à l'école d'autres enfants du même âge et des adultes avec qui il partagera d'autres histoires. À travers tous ces récits, l'individu commence donc très tôt à développer ce **sentiment d'identité personnelle**, de continuité de Soi et en même temps le sentiment d'une identité sociale. Aujourd'hui, la conception de l'identité²⁸ tend, en effet, à réunir l'idée d'un développement d'identité personnelle, comme issu de l'intérieur mais se joignant à un sentiment d'identité sociale, comme issu de l'extérieur: une conception de l'identité qui se construit en interaction entre personne et société.

De même qu'en littérature l'intrigue détermine les péripéties de la fiction, l'histoire de la vie et ses thèmes façonnent l'identité de la personne. Mettre en intrigue sa vie, c'est faire le même exercice que l'opération de configuration d'un texte, c'est opérer selon les mots de Ricoeur «**une synthèse de l'hétérogène**²⁹». Ainsi, quand on configure le récit de sa vie, on rassemble des éléments aussi hétérogènes que des buts, des motifs, des causes, des circonstances sous une même totalité de sens : on rassemble des événements sous une histoire prise comme un tout. Les épisodes de notre vie se succédant les uns après les autres sont saisis sous une même unité temporelle.

Ainsi, Ricoeur³⁰ parle d' «**identité narrative**» pour définir l'identité de celui qui raconte sa vie, une identité qui se construit donc à travers le récit, c'est-à-dire au travers de lui-même mis en intrigue dans la relation des faits de son existence. Cette identité narrative permet d'opérer la

²⁸ THEBERGE M., Noyaux, sentiments et référents identitaires. *Revue des Sciences de l'éducation de MCGILL*, vol 33, 1998, pages 269-271.

²⁹ RICOEUR, P., Sixième étude. Soi et l'identité narrative, in *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, page 168.

³⁰ RICOEUR, P., Cinquième étude. L'identité personnelle et l'identité narrative, in *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, page 138.

synthèse entre deux autres modalités de la permanence de soi dans le temps : ce que Ricoeur appelle la *mêmeté* et l'*ipséité*. La *mêmeté* c'est la perpétuation des dispositions acquises qui déterminent la personnalité d'un individu (ses traits de caractère) et l'*ipséité*, c'est le maintien de soi par la parole donnée à autrui (par exemple, les promesses faites aux autres).

Le récit permet donc l'articulation entre *mêmeté* et *ipséité*. La narration de soi, en effet, en élaborant l'identité narrative, construit la capacité de la personne à relier de façon concordante les événements de son existence. Sans cette expérience de récit, le sujet reste soumis à ce que Loute nomme «l'expérience vive», dans laquelle «le sujet n'a qu'une intuition discordante de lui-même»³¹. C'est, par conséquent, en racontant sa vie que «le soi advient à la compréhension de lui-même»³²

De plus, il met en avant l'idée que la capacité narrative du sujet permet de **maintenir dans le temps le sentiment d'identité** personnelle. Bouleversements et continuité de la vie sont donc intégrés dans le récit narratif de soi, permettant ainsi la constance temporelle de l'identité. Dans cette conception, le sujet est lui-même constitué par les éléments du récit qui lui permettent de donner sens à sa vie subjective dans le monde.

Par la médiation de son identité narrative, le sujet n'accède pas seulement à une compréhension de soi et au sentiment continu d'identité. Il retrouve **la conviction de son pouvoir-faire**. L'identité narrative, en permettant de penser son initiative, permet de prendre possession de l'assurance de son pouvoir-faire, à un double niveau : elle révèle ce qui a été dans le passé et dans un même temps ouvre les portes de transformations possibles sur l'avenir. Ainsi, lorsque le sujet met en intrigue sa vie, il raconte le passé et assure auprès de lui-même qu'il a été «capable de...»; mais c'est aussi l'occasion d'imaginer des actions futures et donc de se projeter comme étant «capable de...». Le sentiment d'identité se trouve alors étroitement lié, par voie de conséquence, à la confiance, à l'estime de soi et au narcissisme.

Dans ce chapitre nous avons montré la fonction expressive du langage et la façon dont il constitue le sujet. Nous avons aussi montré sa fonction de communication générant une situation d'interlocution et un statut d'interlocuteur à endosser, nécessairement par tous les partenaires de l'échange. Nous avons également mis en avant le rôle fondamental de la narration, du récit de soi et du monde, dans la construction et le maintien du sentiment d'identité de la personne. Dans le chapitre suivant, il s'agit de comprendre la pathologie concernée par notre étude, l'aphasie, et d'analyser les impacts sur l'individu lorsqu'il est atteint de façon sévère.

³¹ LOUTE A., Identité narrative collective et critique sociale. Etudes Ricoeuriennes, vol 3, n°1, 2012, p. 55

³² LOUTE A., Identité narrative collective et critique sociale. Etudes Ricoeuriennes, vol 3, n°1, 2012, p. 55

Chapitre 2 : l'aphasie

1 Qu'est-ce que l'aphasie ?

1.1 Quelques généralités

1.1.1 Evolution des définitions

En 1864, Trousseau introduit le terme d'«aphasie» puis définit cette pathologie comme étant une perturbation du code linguistique affectant l'encodage (pour le versant expressif) et/ou le décodage (versant réceptif) et pouvant concerner le langage oral et/ou écrit. L'accent est mis sur les troubles linguistiques. Ensuite la plupart des auteurs définissent l'aphasie comme «un trouble des fonctions langagières qui survient suite à une lésion du système nerveux central chez un individu qui maîtrisait normalement le langage avant l'atteinte cérébrale»³³ (Pillon et De Partz, 1999). L'accent est mis sur le lien entre lésions cérébrales et troubles langagiers acquis. Plus récemment, en 2010, Chomel-Guillaume³⁴ et ses collègues donnent la définition suivante: «ensemble des *troubles de la communication par le langage* secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique. Elle se manifeste par une altération à des degrés divers de l'expression et/ou de la compréhension dans les modalités orale et/ou écrite, et survient suite à une lésion de l'hémisphère, dominant pour le langage, l'hémisphère gauche.»

L'accent est mis sur les **troubles de la communication** pour qualifier la pathologie.

1.1.2 Localisation et étiologie

Ce trouble du langage acquis est lié à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche. (Brin, F. et coll., 2004).

L'étiologie de l'aphasie est essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale. Elle peut être également neurodégénérative, inflammatoire ou infectieuse (Chomel-Guillaume, Et coll., 2010). Les accidents vasculaires cérébraux représentent la principale étiologie des aphasies:

³³ DURAND, S., Mise en place, via la P.A.C.E, d'un moyen de compensation verbal au manque du mot chez deux patients aphasiques, mémoire d'orthophonie, UFR Paris Pitié-Salpêtrière, 2004, p. 12

³⁴ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Sémiologie et glossaire in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 61

Environ 85% des AVC sont d'origine ischémique (obstruction d'un vaisseau, d'une artère). L'origine hémorragique des AVC (rupture de vaisseau) survient dans environ 15% des cas. (Complément sur l'origine ischémique versus hémorragique de l'AVC en annexe 1)

Mazaux indique qu'il « s'agit le plus souvent d'infarctus sylvien gauches³⁵ ».

L'étiologie vasculaire de l'infarctus sylvien gauche concerne les patients de notre étude: de quoi s'agit-il?

L'aphasie vasculaire est provoquée par un accident vasculaire cérébral (ou AVC). Celui-ci se définit comme un « *processus pathologique cérébral vasculaire par obstruction ou rupture d'une artère (plus rarement d'une veine) entraînant un ramollissement ou une nécrose du territoire impliqué* » (Brin, F. et coll., 2004). L'infarctus sylvien gauche est d'origine ischémique: l'obstruction a lieu au niveau de l'artère sylvienne (appelée aussi artère cérébrale moyenne). Il génère une interruption de la circulation sanguine dans la vallée sylvienne, région qui assure, en particulier, la vascularisation des territoires pariétaux.

Chaque accident vasculaire cérébral est unique. Ses conséquences sont donc très variables. Elles dépendent de la localisation, de l'étendue, de la profondeur de la lésion, mais aussi de l'âge et de l'état de santé du sujet avant l'AVC. Les atteintes peuvent alors être multiples : hémiplégie ou hémiparésie, aphasie, troubles visuels, perceptifs, mnésiques, fatigabilité, ou encore troubles psychologiques. (Fédération Nationale France-AVC).

1.2 Perspective historique

Envisager l'aphasie dans une perspective historique permet de comprendre l'évolution des idées et les différents points de vue sur cette pathologie. Et partant de là, de comprendre les différentes approches rééducatives qui se sont mises en place suite à ces conceptions qui ont évolué et se sont entrecroisées.

1.2.1 Approche anatomo-clinique

Grâce à Broca, chirurgien à l'hôpital Bicêtre, et à son patient devenu célèbre, M Leborgne, un lien causal est suggéré entre une lésion corticale objectivée à l'examen anatomique après autopsie du patient, «troisième circonvolution frontale gauche, et un désordre langagier constaté lors de son vivant, l'émission de la fameuse stéréotypie «tan-tan». C'est la naissance de la théorie localisationniste: toute fonction cognitive s'élabore au sein d'aires cérébrales bien délimitées.

³⁵ MAZAUX et al., Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation, Paris : Masson, 2007, p.1-20

Wernicke s'inscrit dans cette lignée en mettant en évidence un lien entre lésion temporo-pariétale (à gauche) et trouble massif de la compréhension. S'opposent alors l'aphasie «motrice» théorisée par Broca et l'aphasie «sensorielle» décrite par Wernicke. C'est la première opposition qui sera suivie d'autres dichotomies. Elles fonderont donc une classification traditionnellement dichotomique.

Avec cette approche anatomico-clinique, il s'agit surtout d'envisager « simplement » les symptômes et leurs liens avec une lésion cérébrale.

En terme d'angle d'approche, il revient au neurologue de rechercher les altérations qui, au niveau du substrat anatomique, peuvent rendre compte des troubles du langage présentés par le patient. Il précise l'étiologie de la lésion cérébrale, le caractère focal, (c'est-à-dire circonscrite à tout ou partie d'un territoire) ou multifocal, la latéralisation, la localisation des sites lésionnels.

1.2.2 Apport linguistique de 1945 à 1970

Alajouanine et ses collègues inaugurent l'ère linguistique en analysant les déformations phonétiques dans les productions de personnes aphasiques. Ces recherches permettront à Luria, neuropsychologue russe, de proposer la première classification neurolinguistique des aphasies, en 1964. Il pose là les jalons qui aboutiront à la classification clinique classique de toutes les aphasies faisant encore référence actuellement en pratique clinique. (Présentation du tableau de Gil (1997) synthétisant les différents types d'aphasie en annexe 2)

L'aphasie est alors décrite en termes d'altération du code linguistique (sur le plan phonologique, lexical, morphologique et syntaxique) utilisé pour produire ou comprendre des messages. Il ne s'agit plus de se limiter aux relations entre lésions objectivées et troubles linguistiques repérés: l'objectif est de décrire les troubles. Cette approche a permis de fait, «de décrire avec précision les événements de langage pathologique qui s'observent dans l'aphasie (...) mais pas de les expliquer»³⁶

1.2.3 De 1970 à nos jours: approches cognitive et pragmatique

Cette période a connu des «changements majeurs» qui ont généré, indubitablement, les évolutions concernant la rééducation des personnes aphasiques et les approches thérapeutiques que nous connaissons actuellement, et particulièrement celles qui nous intéressent, dans le cadre de cette étude. L'approche cognitive s'appuie sur des modèles schématisant les systèmes et les processus de traitement de l'information dans l'organisation et le fonctionnement des processus mentaux

³⁶ MAZAUX, J-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, p. 90

normaux. Ces modèles sous forme de boîtes et de flèches cherchent à apporter des réponses explicatives sur le fonctionnement cognitif cérébral et vont permettre de repérer, par comparaison avec le modèle du locuteur sain, les processus préservés et les processus perturbés par l'aphasie. Le clinicien interprète, alors, les manifestations aphasiques comme des altérations d'un système de traitement de l'information, système comprenant les représentations mentales que nous gardons en mémoire, ainsi que les mécanismes chargés de l'acquisition, du maintien et de l'utilisation de ces représentations, véritables informations pour le sujet. Cette approche cognitive aidera notamment «à cibler le choix du programme thérapeutique et à en vérifier l'efficacité»³⁷. En revanche, elle opère en dehors du contexte d'énonciation, sans tenir compte des situations concrètes de communication.

La linguistique pragmatique apporte des éléments de réponse à ces préoccupations. En effet, en portant, en priorité, son intérêt sur l'activité de communication au-delà du code normé, elle amène les thérapeutes à s'intéresser, prioritairement, aux troubles de la communication du patient aphasique et à leurs répercussions dans les relations sociales. Cela va véritablement bouleverser les approches rééducatives. De nombreux travaux sur le discours, en outre, entérinent l'idée, déjà très présente, que le langage ne peut se concevoir dissocié d'autres fonctions cognitives qui sous-tendent sa mise en place. Ainsi, Fayol (1977) propose des modèles démontrant la dépendance des capacités pragmatiques et discursives envers des processus comme la mémoire, l'attention, l'inhibition, la planification et la flexibilité. Puis, à la suite, des travaux cherchant à montrer les troubles de la communication chez les sujets cérébro-lésés droits confirment le rôle de l'hémisphère droit dans la fonction langagière et, notamment, en ce qui concerne les capacités discursives et pragmatiques. (Joanette, 2008).

1.3 Notions de sévérité, pronostic, caractéristiques individuelles

Notre étude s'inscrivant dans le champ du projet thérapeutique à élaborer avec la personne atteinte sévèrement, il convient de s'interroger sur ces notions de sévérité et de pronostic, lesquelles pèsent de tout leur poids dans le consentement à trouver entre le professionnel et le patient. Comme l'explique Gil en 2006, le pronostic de l'aphasie dépend de son étiologie mais aussi de la sévérité initiale de ses manifestations, ainsi que de son évolution durant les premières semaines suivant l'événement cérébral.

³⁷ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., De l'histoire des aphasies à une réflexion clinique moderne in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 8

1.3.1 *Notion de sévérité*

L'aphasie légère, présente des troubles du langage n'altérant pas la communication, mais uniquement la qualité de l'échange verbal. Si ces troubles peuvent être très gênants, la récupération spontanée est toutefois souvent efficace, favorisée par la mise en place de stratégies compensatoires. (Mazzucchi, A., 2001). *L'aphasie modérée* renvoie à une forme intermédiaire, entre l'aphasie sévère et l'aphasie légère.

L'aphasie sévère, quant à elle, recoupe souvent la notion d'aphasie globale ne présentant que peu de chances de progrès linguistiques et altérant tant le versant productif que réceptif. Les études se basent sur la sévérité des troubles de la compréhension ou des troubles de l'expression. Elle englobe également les aphasies se manifestant dans un contexte de démence dégénérative, donc tendant vers une aggravation des symptômes.

1.3.2 *Notion de pronostic*

Le pronostic dépend des capacités de récupération: celles-ci s'envisagent selon deux aspects. D'abord, la récupération dite «spontanée» dont la durée est souvent située à 3, 6 mois, voire 1 an: les troubles se résorbent à proximité de la survenue de l'accident alors même que parfois subsiste la lésion à l'imagerie cérébrale. Puis, la récupération liée aux effets de la rééducation. Concernant la récupération spontanée, Mazaux indique un «effet maximal à moins de 3 mois décroissant au cours de la première année et quasiment nul au cours de la phase chronique au-delà d'un an.»³⁸ Les auteurs précisent que la récupération spontanée ne se réalise pas de façon égale sur toutes les composantes du langage même si une constante est remarquable quel que soit le type d'aphasie: la progression la plus nette à chaque fois concerne la compréhension orale alors que la fluence verbale et la dénomination seraient les moins sensibles à la récupération spontanée. Et sans doute cet état de fait persiste-t-il lorsque le décours temporel de la récupération spontanée, est passé, donc lors des rééducations.

Le pronostic de l'aphasie dépend aussi de la sensibilité à la rééducation et à ce sujet, pour l'auteur, il est primordial «de différencier les capacités d'amélioration du langage et les possibilités d'accéder à un langage de bonne qualité. L'attente des patients et de leur entourage est d'abord cet espoir de guérison, de retour à un langage normal»³⁹

³⁸ PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 127

³⁹ PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 127

1.3.3 *Sévérité corrélée à la notion de pronostic*

Selon Mazaux⁴⁰, «la sévérité de l'aphasie et son type sémiologique participent à l'établissement du pronostic». Il indique que la sévérité initiale de l'aphasie et la sévérité de l'AVC est l'élément principal du pronostic et que les possibilités de récupération des aphasies sévères seraient caractérisées «par une possibilité d'évolution des troubles du langage, mais avec une réserve sur la qualité de la récupération finale, souvent médiocre, loin de l'hypothétique récupération totale». Les troubles de la compréhension, marqueurs de sévérité de la pathologie dans beaucoup d'études mentionnées par cet auteur, pronostiqueraient une moins bonne progression en mobilité et en activité dans la vie quotidienne. Il ajoute, enfin, que le type d'aphasie est aussi un élément du pronostic de qualité de récupération. Nous retiendrons que selon certains auteurs cités dans l'étude de Mazaux «A un an le devenir des aphasies globales est mauvais» mais que «pour les aphasie non fluentes, les progrès sont observés de façon prolongée sur plusieurs années⁴¹».

1.3.4 *Caractéristiques individuelles*

L'auteur indique que même si cela n'a pas fait l'objet d'études spécifiques, il est pertinent de considérer «quelques facteurs individuels déterminants dans l'efficacité de la rééducation [dont celui de] la motivation»⁴² qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre réflexion.

Ces critères de pronostics sont issus de statistiques et aident les professionnels à envisager les possibilités d'évolution. Ils ne doivent, cependant pas enfermer le clinicien dans un pronostic prévisible à l'avance car «ils ne peuvent pas être vérifiés individuellement»⁴³, comme le souligne l'auteur, à la fin de son étude. Là encore, l'approche singulière du patient est de mise sans prédire de son devenir, dans un sens comme dans l'autre.

⁴⁰ PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 128

⁴¹ PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 128

⁴² PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 129

⁴³ PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 131

2 Sémiologie de l'aphasie et modèles théoriques

Sur le plan fonctionnel, les troubles d'expression orale représentent la partie la plus «visible», ou du moins audible, de l'aphasie. Pour le public, une personne souffrant d'aphasie sévère, c'est quelqu'un qui ne parle plus, ou mal. Les troubles de compréhension et les perturbations pragmatiques de la communication sont moins perçus au prime abord et font l'objet de moins de plaintes, comme le souligne De Partz⁴⁴. Pourtant, les troubles tant sur le versant expressif que réceptif, entraînent des limitations plus ou moins sévères de la communication et sont une véritable cause de **handicap social** quand l'atteinte est sévère.

Pour décrire ou analyser l'aphasie d'un patient, le professionnel est donc amené à étudier l'importance des troubles à différents niveaux : au niveau de l'expression et de la compréhension orale; au niveau de la compréhension écrite et de l'expression écrite; au niveau de l'atteinte des compétences pragmatiques de communication. Le professionnel devra aussi tenir compte des **troubles associés**.

2.1 Principaux troubles au niveau de l'expression et de la compréhension orales

2.1.1 *Troubles d'expression orale*

Peuvent être retrouvées principalement selon Mazaux⁴⁵ et Chomel-Guillaume et al.⁴⁶, les perturbations suivantes dans l'expression orale :

- **Anomalies du flux verbal**

Elles sont quasi constantes dans les aphasies et systématiques dans le cadre d'aphasies sévères. Ce critère est fondamental, il oppose les aphasies fluentes aux aphasies non fluentes. Les premières se caractérisent par un débit rapide, une fluidité excessive qualifiée de logorrhéique lorsque le patient devient intarissable. Les secondes, au contraire, se reconnaissent à un débit ralenti avec des phrases absentes ou des mots isolés séparés par de longues pauses. La fluence verbale est qualifiée de réduite.

Le mutisme, en l'absence totale de toute production linguistique orale, voire de toute émission

⁴⁴ DE PARTZ, M-P., L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap, chapitre 4, in VAN DER LINDEN, A-C., AUBIN, G., LE GALL, D., Neuropsychologie de la vie quotidienne, Solal : Marseille, 2008, p. 132

⁴⁵ MAZAUX, J-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, p. 92

⁴⁶ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Sémiologie et glossaire in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 69

sonorisée, est en général un état transitoire succédant immédiatement à l'événement cérébral. C'est un marqueur de sévérité. D'autres anomalies du débit peuvent apparaître:

Les stéréotypies correspondent à des syllabes ou mots répétés, à l'insu du patient, lors de toute tentative de verbalisation. En cas d'atteinte sévère, le langage peut se limiter à ces stéréotypies.

Les persévérations représentent une forme moins sévère: le même segment linguistique revient plusieurs fois dans le même message.

- **La dysprosodie** se caractérise par des altération du timbre de la voix pouvant se manifester par des chuchotement, un pseudo-bégaiement ou un effet d'accent de type «étranger» souvent qualifié de germanique ou d'anglo-saxon.

- **Les troubles arthriques** ou perturbations phonétiques regroupent les difficultés de réalisation de l'articulation concernant l'émission des phonèmes ou leur enchaînement dans le mot. Selon le degré de sévérité, le patient peut produire des phonèmes inexistant dans la langue. Les déviations phonétiques s'inscrivent dans les atteintes de la communication par la parole, c'est-à-dire «qu'elles relèvent de troubles de la réalisation motrice et non pas de troubles linguistiques à proprement dits»⁴⁷

- **Les troubles de la dénomination**

L'anomie ou manque du mot, noyau du tableau symptomatologique de l'aphasie, correspond à la difficulté voire l'impossibilité pour le patient à produire un mot spécifique en langage spontané ou en dénomination. Il peut être dû à un déficit lexical (perte de la représentation de la forme du mot) ou à un déficit sémantique par un défaut d'accès aux représentations sémantiques (perte du lien entre les mots et ce qu'ils désignent) ou par déficit des représentations elles-mêmes.

- **Les paraphasies**

Ce sont les productions orales déformées des patients. On distingue :

-Les paraphasies phonémiques qui consistent en des distorsions de mots dues à des perturbations dans l'agencement des phonèmes (par omissions, adjonctions, inversions, déplacements: Ketchup devient [chetup]). Lorsque le mot n'est plus reconnaissable ni dans la langue, ni par rapport au mot cible, on parle de néologisme. Dans certains tableaux initiaux d'aphasies sévères, le jargon est produit à chaque tentative de production orale du patient: il s'agit de jargonaphasie ou jargon phonémique.

-Les paraphasies verbales correspondent au remplacement d'un mot cible par un autre mot appartenant à la langue lié au mot cible soit par un rapport de sens (table devient chaise), soit par rapprochement phonétique (cravate devient cravache).

⁴⁷ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Sémiologie et glossaire in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 61

- **Les troubles de syntaxe**

L'agrammatisme correspond à une production réduite des morphèmes grammaticaux (pronoms, prépositions, conjonctions, ou encore déterminants). Le discours est essentiellement constitué de morphèmes lexicaux (noms, verbes, adjectifs, adverbes), et les verbes sont le plus souvent à l'infinitif, ce qui donne au discours un style « télégraphique ». **La dyssyntaxie** est le résultat d'un emploi inapproprié des mots grammaticaux, tant dans l'ordre que dans la sélection. La syntaxe n'est pas réduite. **La parasyntaxie** concerne les discours jargonnés dans lesquels l'emploi de marques syntaxiques est net mais dont la validité ne peut être vérifiée du fait des nombreux néologismes.

2.1.2 Troubles de compréhension orale

Comme le montrent Mazaux et ses collègues en 2007, les troubles de la compréhension orale sont délicats à analyser et il faut les déduire des comportements au cours de la passation des épreuves ou d'exécution de consignes. De façon générale, les mots concrets et familiers sont mieux compris que les mots abstraits et rares, les noms communs mieux que les adjectifs et les mots grammaticaux. Les phrases courtes et un débit ralenti permettent une meilleure compréhension. Les auteurs indiquent que la nature du déficit est variable.

- Il peut s'agir d'un **trouble d'accès aux représentations phonético-phonologiques** et/ou une atteinte de celles-ci. Dans les formes peu sévères ou en cours d'évolution, le patient accède de façon inconstante et/ou partielle aux représentations phonologiques, donc à la reconnaissance de la forme du mot. Il reste en difficulté dans le décodage de mots phonologiquement proches, la discrimination et des tâches fines tels que l'appariement de rimes, la décision lexicale. Malgré de nombreuses paraphrasies phonémiques en production, la compréhension globale reste généralement possible, aidée par la prosodie, le contexte et le reste de l'énoncé.

L'atteinte des premiers stades d'analyse du message auditif est responsable d'un trouble de décodage des sons du langage. Le terme de « surdité verbale » a été utilisé pour désigner un trouble massif de discrimination des sons fondamentaux de la langue. La compréhension contextuelle est partiellement conservée. La compréhension des messages gestuels, la reconnaissance de pantomimes et la compréhension du langage écrit sont conservées ou non en fonction de la lésion. L'exécution d'ordres simples, la désignation d'images et la répétition de mots et non-mots sont bien sûr altérées. L'anosognosie, ou du moins une conscience très partielle du trouble et la diffi- culté sont habituellement associées, tout au moins en phase initiale.

- Il peut, aussi, s'agir d'un **trouble d'accès aux représentations sémantiques** et/ou une atteinte de celles-ci, lorsque la compréhension orale est altérée malgré un niveau phonologique

préservé. Les difficultés apparaissent alors dans la désignation d'images, dans l'exécution d'ordres complexes, ou encore dans la compréhension d'histoires longues et/ou logiques. Les épreuves explorant le niveau sémantique verbal ne sont pas réussies.

- **Trouble de la compréhension syntaxique**

La compréhension des verbes, des articles, des flexions, des prépositions spatiales, ou encore des phrases syntaxiquement ambiguës échoue.

Dans de nombreux cas, la compréhension des items isolés, des phrases simples, courtes est conservée ou restaurée, mais des difficultés apparaissent dans la compréhension des items syntaxiques et des phrases plus longues. Il est admis depuis longtemps que la compréhension syntaxique est plus vulnérable dans l'aphasie que la compréhension lexicale : on note des difficultés pour comprendre les verbes, les articles, les flexions, les prépositions spatiales et des difficultés pour comprendre les phrases syntaxiquement ambiguës.

2.2 Principaux troubles au niveau de la compréhension et de l'expression écrites

Les troubles de l'écriture (agraphies) et de la lecture (alexies) peuvent atteindre le sujet aphasique, tant dans le domaine de l'écriture que de la lecture, ou encore en calcul. Voici leurs principales manifestations :

- **Les troubles de l'écriture** : *«Les agraphies désignent les difficultés praxiques, visuo-spatiales ou langagières de «s'exprimer par écrit» en l'absence de paralysie, ou de trouble affectant la coordination des mouvements»* (Gil, R., 2006). Peuvent apparaître, alors, des paragraphies littérales (au niveau de la lettre), verbales, des omissions/ajouts de lettres, de mots, un agrammatisme, une dyssyntaxie, ou encore une réduction des productions écrites. Ces altérations varient en fréquence selon la modalité d'écriture: dictée, copie, écriture spontanée).

- **Les troubles de la lecture** : Appelés alexies chez les patients aphasiques, ils consistent en des déviations produites en lecture à voix haute et/ou en compréhension écrite.

- **Les troubles du calcul** : ils peuvent se manifester par une alexie et/ou une agraphie pour les chiffres et les nombres, ou encore par un déficit de la compréhension et/ou de la production orale des nombres (Gil, R., 2006).

2.3 Atteintes des compétences pragmatiques de la communication

2.3.1 *Discours et conversation (versant expressif)*

Selon Mazaux, peu de données sont recueillies dans la mesure où il est difficile d'étudier les capacités du patient à comprendre et à élaborer un discours lorsque les troubles aphasiques sont au premier plan (Chomel-Guillaume, 2010). Il a été repéré un certain nombre de perturbations, comme par exemple des modifications de la concision du discours par rapport à la quantité d'informations transmises, des proportions relatives du discours modalisateur et du discours référentiel, de la capacité à produire des inférences. Cela se manifeste par une spontanéité verbale ou au contraire par une difficulté à inhiber le discours. Les données les plus récentes viennent des études pragmatiques, notamment l'application à l'aphasie des Analyses de conversation. A partir de recueils vidéo de corpus de conversations entre des personnes aphasiques et leurs proches, il a pu être repéré des perturbations de l'alternance des tours de parole, de la gestion des thèmes, et du type de réparations verbales.⁴⁸ L'importance des troubles morphologiques au niveau du mot isolé et de la phrase a d'abord laissé penser que les difficultés accumulées empêchaient d'aborder le discours, en dehors d'aphasies modérées ou ayant bien récupéré. Cependant, Mazaux mentionne que selon quelques travaux la personne souffrant d'aphasie sévère reste dans la plupart des cas capable d'élaborer un récit sémantiquement cohérent, d'édifier des scripts et d'organiser la macro-structure de son récit de façon intelligible pour l'interlocuteur, en dépit de la gêne occasionnée par les symptômes aphasiques.

Dans le cadre de notre étude, cela représente un véritable point d'appui dans la prise en charge et valide la pertinence de l'objectif visé par le projet thérapeutique avec les personnes atteintes sévèrement : préserver à tout prix cette nécessité humaine de se raconter via la narration.

2.3.2 *Phrase et discours (versant réceptif)*

La compréhension des phrases longues et du discours dépend avant tout de la compréhension des items lexicaux et syntaxiques qui les constituent, mais certaines dissociations peuvent là encore être observées. De nombreux aphasiques présentant des troubles de compréhension pour les mots isolés et les phrases restent capables de percevoir le sens général d'un énoncé, voire d'en extraire les idées principales dans des tâches de résumé d'un texte entendu.

⁴⁸ DE PARTZ, M-P., CARLOMAGNO, S., La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication, in VAN DER LINDEN, M., SERON, X., Traité de neuropsychologie clinique, tome 2, Solal : Marseille, 2000, pages 191-213

Mais, selon Mazaux⁴⁹, les informations actuelles sur la façon dont la personne souffrant d'aphasie sévère traite un texte entendu restent insuffisantes et plusieurs questions demeurent posées. On s'interroge sur les possibilités de récupération des capacités à produire des inférences, à traiter simultanément la microstructure (fortement reliée aux éléments syntaxiques) et la macrostructure (plutôt reliée aux éléments sémantiques) du texte entendu et à activer des schémas-types⁵⁰. Des questions se posent aussi sur le rôle que joue la mémoire verbale de travail, sur les capacités d'intervention des processus d'intégration lorsque la longueur du message à traiter excède les capacités de celle-ci. Par exemple, si chez le sujet sain le traitement du début de la phrase anticipe sur sa fin et que le sens se construit au fur et à mesure de l'avancée du discours, qu'en est-il chez l'aphasique ?

Enfin, pour Mazaux, c'est dans l'étude de la compréhension du discours et des textes entendus que le rôle des autres troubles cognitifs intervenant dans la dimension pragmatique pourra être précisé : diminution des ressources attentionnelles et des capacités d'attention divisée, trouble du stockage en mémoire épisodique, trouble d'accès à la mémoire sémantique.

2.3.3 Troubles d'intention-incitation

Ces troubles, pas faciles à distinguer d'une réduction de la fluidité du discours, relèvent chez certains patients d'une incapacité à élaborer une structure sémantique représentant l'information qu'ils veulent transmettre. Mais parfois il s'agit véritablement « d'une altération de l'intention de communiquer, de transmettre un message »⁵¹.

Ce trouble, peu évoqué dans la littérature aphasologique, retient particulièrement notre attention. Mentionné parmi les « principaux troubles observés » chez le patient aphasique, il représente un vrai danger et un élément primordial à retenir dans le cadre de notre étude : préserver le statut d'interlocuteur, coûte que coûte, afin de réinsuffler cette intention de communiquer.

2.4 Troubles associés

Le trouble aphasique s'inscrit au cœur d'un dysfonctionnement en réseaux. Les troubles associés à l'aphasie englobent (Chomel-Guillaume⁵²) les déficits moteurs, cognitifs et sensoriels liés

⁴⁹ MAZAUX, J.-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

⁵⁰ CADILHAC, C., La compréhension comme processus de « reconstruction » : du schéma type aux inférences. Etudes de rappel d'un récit chez des personnes âgées et démentes (DTA). *Rééducation Orthophonique*, 2005, Paris : FNO, n°223, pages 49-85

⁵¹ MAZAUX, J.-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

⁵² CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Démarches diagnostique - Examen du langage et de la

à l'accident cérébral mais également les déficits d'éventuelles atteintes antérieures à l'accident relatives à l'acuité visuelle ou auditive, par exemple. Ces derniers sont importants à dépister, en situation d'évaluation, pour éviter une interprétation erronée des troubles repérés. Il faut aussi tenir compte de la dépression.

2.4.1 *Troubles moteurs*

Ils dépendent de la localisation de la lésion. Voici quelques troubles moteurs affectant la personne souffrant d'aphasie sévère dans son intégrité physique (liste non exhaustive) : **hémiplégie** (paralysie d'une partie du corps d'un seul côté) totale ou partielle, **hémianesthésie** (anesthésie d'une moitié du corps), **hémiparésie** (paralysie à minima c'est-à-dire avec diminution -et non perte- de la force musculaire. Les troubles moteurs sont très lourds en phase initiale allant jusqu'à la paralysie totale parfois. La récupération s'effectue progressivement avec d'abord une motricité renaissante demeurant grossière et restant très variable : elle va de la récupération quasi totale à la persistance de lourdes séquelles. Concernant les membres inférieurs, la récupération est généralement meilleure: la plupart des personnes retrouvent l'usage de la marche mais il reste souvent un déficit des muscles releveurs du pied. Concernant les membres supérieurs, **les troubles du tonus** (fréquents avec la lésion de l'artère sylvienne) provoquent des séquelles hémiplegiques caractéristiques : la flexion du membre supérieur, la main fermée, l'extension du membre inférieur. Il reste souvent une **motricité fine altérée** (déficit de la préhension globale, de l'agilité digitale, de l'ouverture manuelle) du côté hémiplegique. Sont présents aussi parfois, des **troubles sensitifs** selon la même topographie que la paralysie.

2.4.2 *Troubles visuo-spatiaux*

L'AVC peut avoir pour conséquences des **troubles neuro-visuels et spatiaux**, parfois très invalidants dans la vie quotidienne. Ils s'ajoutent aux troubles linguistiques et cela «peut limiter un peu plus les possibilités du sujet, par exemple dans le domaine de la communication»⁵³. Dans tous les cas, lorsqu'ils sont présents, ils sont à prendre en compte dans la problématique des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes aphasiques.

Ces troubles sont détaillés dans l'ouvrage de Gil. Nous ne ferons que les citer, de manière non exhaustive, en les expliquant très brièvement : **la cécité corticale** (due à une destruction du

communication : le bilan orthophonique en aphasiologie in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 137

⁵³ Gil, R., *Neuropsychologie*, 2006, cité par CACHO, L., Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux Segalen, p. 18

cortex visuel occipital) qui, si elle est totale, peut laisser une vague perception de la lumière et des mouvements ; **l'hémianopsie latérale homonyme** (atteinte des voies optiques) est l'affaiblissement (parfois la perte) de la vue dans la moitié du champ visuel d'un œil ou, plus souvent, des deux yeux. Le champ visuel est alors coupé, le plus souvent à droite, en deux, verticalement, plus rarement horizontalement; **les agnosies visuelles** se caractérisent par un défaut d'accès à la reconnaissance ou la représentation si bien que la perception n'est plus associée à la signification. Les agnosies peuvent intéresser les objets, les images, les couleurs ou encore les visages ; on connaît **le syndrome de Riddoch** où seule la perception du mouvement est préservée alors que le champ visuel est déficitaire (déficit en couleur, forme et lumière); **la négligence spatiale unilatérale** correspond à «l'incapacité à porter son attention et à engager son action au niveau d'un héli-espace comme au niveau de l'héli-corps correspondant». Ces héminégligences, lorsqu'elles existent peuvent être partielles ou totales allant parfois jusqu'à l'absence totale de prise en compte de l'héli-espace en question : le sujet ne peut prêter attention, par exemple, aux personnes situées dans l'héli-espace concerné.

Ce que nous voulons montrer c'est que la personne souffrant d'aphasie sévère n'est pas seulement atteinte dans son langage, sa communication mais aussi dans son intégrité physique et cela n'est pas sans conséquence psychologique.

2.4.3 *Troubles cognitifs*

L'évaluation neuropsychologique, qui complète les bilans d'aphasie, permet de mettre en évidence différents domaines cognitifs pouvant être touchés parallèlement aux troubles aphasiques et jouant un rôle dans le langage et la communication. Mazaux cite la **mémoire de travail** verbale, dans ses trois composantes (boucle phonologique, le calepin visuo-spatial et l'administrateur central) et les mémoires épisodique et sémantique, lesquelles sont fortement sollicitées pour la compréhension et la production de discours narratifs en situation interactive. L'auteur cite aussi les fonctions exécutives et la Théorie de l'Esprit, lesquelles sont cruciales pour les patients aphasiques devant compenser leurs problèmes pour communiquer. Ils doivent pouvoir mettre en place un vrai processus de résolution de problèmes, de vraies stratégies compensatoires, effectuer des inférences pour transmettre leur message, rester dans l'interaction communicationnelle malgré toutes leurs difficultés. **Les capacités praxiques** jouent un rôle dans la communication non verbale et aussi dans la tâche d'écriture. Or ces deux aspects sont essentiels dans la recherche de moyens compensatoires et de stratégies pour continuer à communiquer. Si la compréhension écrite est préservée, elle représente une possibilité d'échanges conversationnels fonctionnels et constitue un

mode de facilitation. Si le patient est atteint d'apraxie idéomotrice, il peut très difficilement compenser l'absence de langage verbal par une communication gestuelle.

Chomel-Guillaume et ses collègues⁵⁴ soulignent aussi les déficits attentionnels peu pris en compte dans les prises en charges et pourtant bien présents en raison de la fatigabilité des patients.

2.4.4 Dépression

Définition

La dépression est diagnostiquée par les critères du DSM-IV et correspond à l'épisode dépressif de la CIM-10 : présenter au moins cinq symptômes sur neuf qui durent depuis au moins deux semaines, comme : une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une perte d'appétit et de poids d'au moins 5% par mois, une insomnie ou hypersomnie, de l'agitation ou du retard au niveau psychomoteur, une fatigue et perte d'énergie, un sentiment de culpabilité ou manque de valorisation de soi, un trouble de concentration, une pensée de mort et de suicide. Ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution du fonctionnement au niveau social ou au travail. Ces symptômes ne sont pas reliés à l'utilisation de médicaments ou d'une substance, ni à un problème médical. Et enfin ces symptômes ne sont pas le résultat d'un deuil.

L'aphasie est une pathologie parfois très lourde, du fait des handicaps cumulés. L'ensemble des limitations auxquelles est soudainement confrontée la personne souffrant d'aphasie sévère, engendre des symptômes émotionnels négatifs souvent observés, comme l'anxiété, la perte d'intérêt et la dépression. En effet, les patients doivent faire face, selon De Partz⁵⁵ à «une diminution de la satisfaction de vivre et à la restriction de la participation aux activités quotidiennes». Comme l'indiquent Bénéïm⁵⁶, Lorrain et leurs collègues en 2007, il ressort des études menées dans ce domaine une prévalence des épisodes dépressifs majeurs après AVC de 19,3% chez les patients aphasiques hospitalisés et de 23,3% chez les sujets résidant à leur domicile. Or dans la population globale, le chiffre concernant ce dernier point est de 10%.

L'écart est suffisamment conséquent pour alerter. En revanche, les données actuelles concernant un éventuel lien entre degré de l'aphasie et dépression restent variables et ne permettent pas d'affirmer une corrélation.

⁵⁴ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Démarches diagnostique – Evaluation neuropsychologique in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 156

⁵⁵ DE PARTZ, M-P., L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap, chapitre 4, in VAN DER LINDEN, A-C., AUBIN, G., LE GALL, D., *Neuropsychologie de la vie quotidienne*, Solal : Marseille, 2008, p.136

⁵⁶ BENAÏM, et al., Aphasies et aphasiques, 2007, cité par CACHO, L., Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux Segalen, p 18

Pour De Partz⁵⁷, la dépression de la personne souffrant d'aphasie sévère peut relever de deux causes. Les auteurs «s'accordent actuellement sur le fait que les désordres émotionnels peuvent être causés directement par la localisation de la lésion, affectant les processus neuronaux et les réseaux neurobiochimiques qui sous-tendent les émotions (Starkstein & Gersternberger, 1988)». La seconde cause possible correspond à une réaction, naturellement humaine, suite aux déficits cumulés physiques et langagiers qui altèrent la communication.

De Partz indique trois périodes post-lésionnelles à risque dépressifs, c'est-à-dire des périodes au cours desquelles la personne est particulièrement vulnérable à la dépression. Elle évoque la **dépression primaire**, au cours des trois premiers mois suivant la lésion plutôt liée aux modifications lésionnelles entraînant des transformations neurobiochimiques. La **dépression secondaire**, se déclarant autour de 6 mois, serait plutôt liée à la réaction face aux déficits fonctionnels et neurologiques générant le handicap. Pour Herrmann et Wallesch (1993), les patients anosognosiques, en phase aiguë, sont plus à risque car ils prennent à ce moment, conscience de leurs déficits. Enfin, la **dépression tertiaire** aurait lieu au retour à domicile lorsque le sujet commence à retrouver la structure familiale, sociale d'avant la lésion. La personne passe du statut de patient au statut de handicapé (au milieu des valides) avec toutes les connotations négatives que ce statut peut véhiculer.

Mais il n'y a pas de règles en ce domaine. La capacité de chaque patient à «encaisser» l'aphasie et sa kyrielle de troubles, en particulier dans le cas d'une aphasie sévère, dépend aussi des ressources personnelles antérieures à la pathologie, de l'entourage, des capacités adaptatives que la personne trouve en elle, depuis l'accident cérébral pour faire face aux conséquences lésionnelles.

Quoi qu'il en soit la dépression est un trouble associé possible à ne pas négliger et à prévenir absolument : il porte atteinte à l'intégrité psychique, il est en lien avec l'élan vital de la personne. Nous nous situons, avec ce mémoire, dans le cadre des aphasies sévères qui, selon Mazzucchi⁵⁸ « suspendent[...] le parcours d'une personne jusque-là en harmonie avec son environnement ». Le risque est donc majeur.

2.5 Modèles théoriques

Ils permettent des approches explicatives du fonctionnement langagier.

⁵⁷ DE PARTZ, M-P., L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap, chapitre 4, in VAN DER LINDEN, A-C., AUBIN, G., LE GALL, D., Neuropsychologie de la vie quotidienne, Solal : Marseille, 2008, p.137

⁵⁸ MAZZUCCHI cité in BRUN, V., GONZALES, I., Communications alternatives et suppléances fonctionnelles, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 251

2.5.1 *Modèle cognitif du système lexical*

Les modèles de la neuropsychologie cognitive classique partent du postulat de base que «l'ensemble de la cognition humaine serait composé de différents systèmes de traitement de l'information spécifiques et autonomes»⁵⁹ Ces modèles reposant sur des notions de modularité et d'architectures cognitives séquentielles et indépendantes «restent appliqués⁶⁰». Ils présentent le grand intérêt, par rapport aux approches anatomo-cliniques, d'apporter des explications aux troubles observés.

La modélisation du système lexical proposée par Hillis et Caramazza⁶¹ (confer figure 2), faisant toujours référence, schématise donc les processus mentaux de **traitement de l'information**, et particulièrement de l'information-langage. Cette dernière passe, en fonction de la tâche à effectuer, par plusieurs niveaux successifs de traitement qui rendent compte des différentes opérations mentales mises en jeu: production orale, compréhension, répétition, lecture à voix haute et expression écrite. Ce modèle permet une explication des différents troubles d'expression et de compréhension présents lors d'une aphasie.

Le modèle d'Hillis et Caramazza envisage trois entrées lexicales (une pour les mots entendus, une correspondant à une entrée visuelle de l'objet ou de l'image, une pour les mots lus) et deux sorties (une pour la production orale du mot, l'autre pour sa production écrite). Existe aussi une composante centrale : le système sémantique. L'interprétation des troubles se fait en référence à ce modèle et passe par le repérage des niveaux de traitement perturbés et des composantes cognitives mises en jeu.

2.5.2 *Interprétation cognitive des troubles*

La **compréhension** d'un mot se fait en plusieurs étapes (Pillon et de Partz, 2003). Dans l'exemple d'une entrée en modalité auditive, la première étape correspond au décodage des sons : analyse phonético-phonologique du mot entendu. Puis le traitement de l'information passe au niveau du lexique phonologique d'entrée qui correspond à un répertoire des représentations phonologiques des mots de la langue. Il intervient dans l'identification des mots entendus (Chomel-Guillaume et al., 2010). Ceci va permettre d'accéder ensuite au système sémantique qui contient l'ensemble des traits associés à un mot ainsi que leur signification.

⁵⁹ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement normal du langage : approche cognitive : modélisation in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 21

⁶⁰ MAZAUX et al., *Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2007, p. 21

⁶¹ Auteurs cités in DRAPEAU, M., *Elaboration d'un programme de rééducation des troubles discursifs chez des sujets cérébro-lésés, Mémoire d'orthophonie*, Université François Rabelais, Tours, 2012, p. 14

Selon la composante du système lexical altérée, il est possible d'observer diverses conséquences (Chomel-Guillaume et al., 2010).

Si le traitement phonético-phonologique est altéré, les sons verbaux ne sont pas discriminés. Cela relève de la surdité verbale. Si le traitement en lexique phonologique d'entrée est perturbé : le mot n'est pas reconnu, autrement dit le système ne peut confirmer l'appartenance du mot ou non à la langue. Enfin, si l'atteinte se situe au niveau de l'accès aux représentations sémantiques, le patient peut répéter le mot mais ne le comprend pas. Il n'a pas accès au sens. « Les perturbations lexico-sémantiques, dues au manque du mot sont systématiques chez tous les aphasiques, ont une incidence fonctionnelle majeure sur leurs capacités à mener un échange conversationnel efficace, souvent réduit, voire inexistant⁶². »

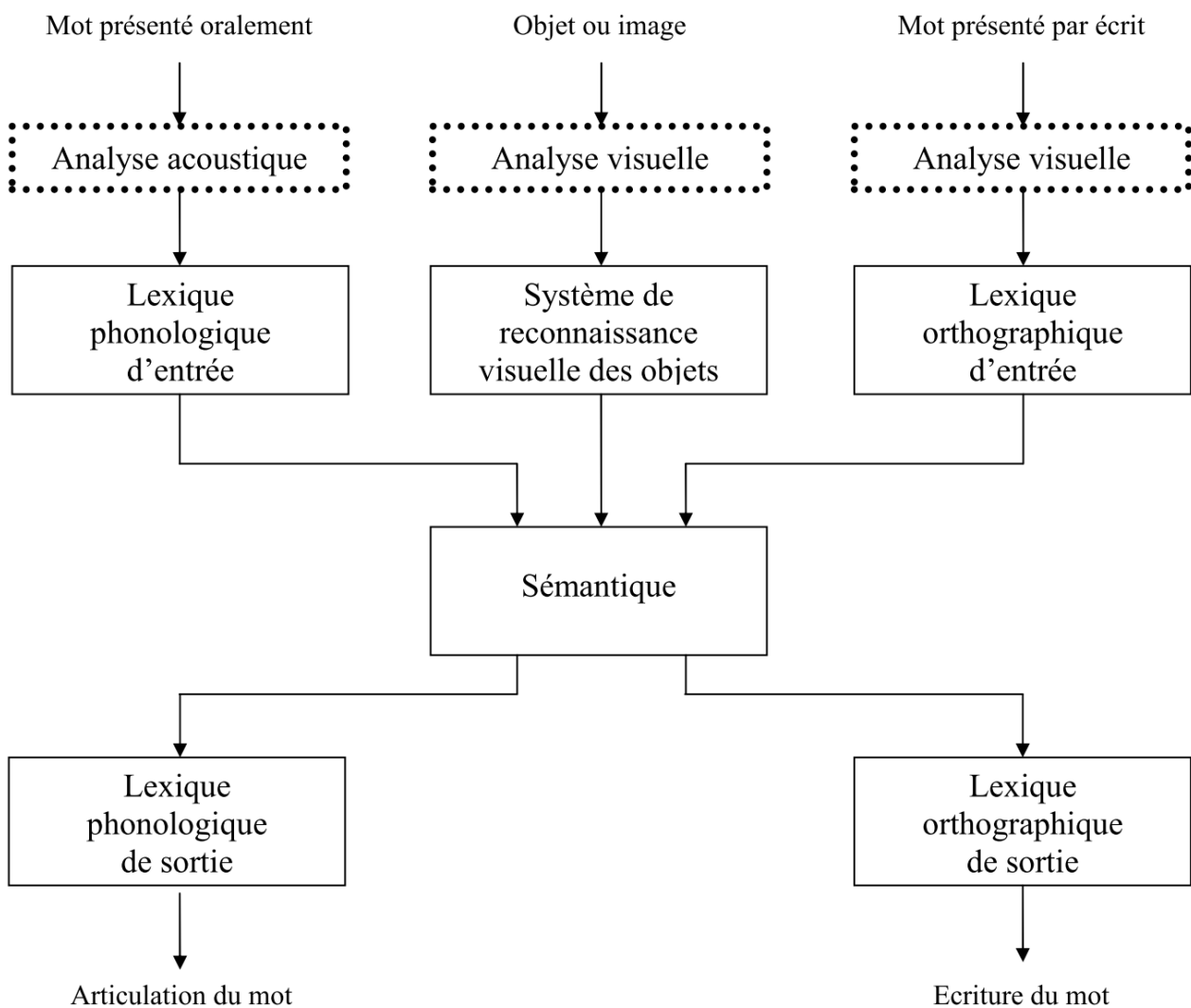


Figure 2 : Modèle lexical adapté de Hillis et Caramazza⁶³, 1991

⁶² CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Interprétation cognitive des troubles aphasiques in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p.101.

⁶³ PILLON, DE PARTZ (2003) cités in DRAPEAU, M., *Elaboration d'un programme de rééducation des troubles discursifs chez des sujets cérébro-lésés*, Mémoire d'orthophonie, Université François Rabelais, Tours, 2012, p. 14.

La **production** du mot, le fait de dénommer un objet, comprend également plusieurs étapes (Pillon et de Partz, 2003). Tout d'abord, une analyse visuelle de la forme et des caractéristiques de l'objet est essentielle. Une fois la description visuelle correcte, elle est comparée à des représentations en mémoire visuelle à long terme dans le système de reconnaissance visuelle. L'objet sera alors reconnu comme réel, familier ou non. Puis c'est l'accès au système sémantique qui contient les traits caractéristiques des objets. La dernière étape correspond à l'accès au lexique phonologique de sortie pour récupérer en mémoire son nom ou sa représentation phonologique. Cette dernière étape du traitement de l'information, contient l'ensemble des formes phonologiques des mots et va permettre la production articulée.

Selon l'étape altérée, les conséquences sont diverses, là encore (Chomel-Guillaume et al., 2010). Si l'atteinte concerne le traitement de l'analyse visuelle, il est possible d'observer des tableaux d'agnosie aperceptive et associative. Si le système sémantique est perturbé, un déficit de dénomination est observé pouvant se manifester par une absence de réponse ou des paraphasies sémantiques. Il a été montré aussi que la dégradation peut être globale ou cibler certaines catégories: ainsi, chez certains patients aphasiques, la catégorie des noms est, sensiblement, plus préservée que celle des verbes. Inversement la catégorie de substantifs est, assez nettement, plus affectée que celle des verbes. Si l'altération a lieu au niveau du lexique phonologique de sortie, la compréhension des mots est correcte (sauf en cas de troubles associés impactant le système sémantique) mais la production est impossible. En cas de difficulté d'accès à ce système, la réponse est absente mais la répétition possible : les patients ont recours à des circonlocutions ou à des périphrases. Lorsqu'il y a une dégradation des représentations phonologiques, il est constaté un manque du mot, des circonlocutions, des paraphasies phonémiques voire même des néologismes pouvant aboutir à un jargon en cas d'atteinte sévère. Ces perturbations lexico-sémantiques, évoquées ci-dessus et présentes chez tous les patients aphasiques, ont une incidence majeure sur leurs capacités à mener une conversation (Chomel-Guillaume et al., 2010).

2.5.3 Notions de variable, effet de fréquence et seuil d'activation

• La notion de variable

L'approche cognitive mentionne une organisation interne des unités lexicales régie par des variables ayant des effets sur la reconnaissance des mots avec des conséquences aussi bien en terme de production que de compréhension. Cela nous intéresse pour mieux comprendre toutes les difficultés du patient sévèrement atteint, qui se trouve en situation discursive. Parmi ces variables, celle de la classe des mots est particulièrement prégnante en aphasiologie. Cette notion de variable

explique qu'une catégorie grammaticale soit plus aisément comprise et prononcée qu'une autre chez un patient. Il a été montré aussi que, dans le cas d'aphasie de sévérité moyenne à faible, la catégorie des items syntaxiques est très souvent altérée alors que la compréhension de catégorie lexicale est préservée. Cela préjuge des troubles de la compréhension syntaxique des patients plus sévèrement atteints.

- **La notion d'effet de fréquence et seuil d'activation**

La fréquence correspond à l'usage des mots dans la langue. Chomel-Guillaume et al., rappelle que les temps de réponse sont plus réduits lorsque les mots sont de haute fréquence, c'est-à-dire souvent rencontrés. Caramazza (cité par les auteurs) interprète cet effet par un phénomène d'activation de seuils qui varie: plus un sujet rencontre un item, plus il abaisse le seuil d'activation, donc plus le mot est accessible rapidement. Selon cet auteur, une difficulté d'activation du lexique correspond à une élévation des seuils d'activation.

Les modèles cognitivistes ont largement influencé les évaluations et les approches rééducatives : l'approche cognitive reste toujours incontournable dans la prise en charge de la personne souffrant d'aphasie sévère même si elle est amenée à être complétée par d'autres approches, tout aussi indispensables, comme l'approche pragmatique.

2.5.4 Approche connexionniste

Les modèles sériels des approches cognitives perdent du terrain. D'une part, cela s'explique par leur faible plausibilité biologique : un fonctionnement purement séquentiel prendrait trop de temps de traitement et le réseau serait immédiatement saturé. D'autre part, les progrès en neuro-imagerie tendent à confirmer les premiers modèles connexionnistes qui mettent en avant la simultanéité et l'interaction des activations lors d'une tâche. Chomel-Guillaume explique que ces modèles «émettent l'hypothèse qu'une activation des unités d'un niveau nécessite l'activation et la participation de tous les autres niveaux de traitement». Pour le langage, par exemple, l'engagement d'une tâche de langage pré-active simultanément et réciproquement les représentations lexico-sémantiques, phonologiques et graphémiques de l'item cible et l'information se propage presque instantanément dans des réseaux parallèles, complexes et distribués. Les phénomènes d'inhibition, d'allocation des ressources attentionnelles, de modifications des poids synaptiques, tiennent une place prépondérante dans l'activation d'un item plutôt que des représentations voisines. Dans les modèles connexionnistes, le mot cible est donc sélectionné parmi un ensemble de candidats possibles grâce à un pattern d'activation déterminé alors que les modèles cognitifs supposent une

représentation, et une seule, pour chaque mot de la langue dans le lexique.

Mazaux⁶⁴ précise que ces modèles simultanés sont venus compléter les modèles sériels, ce qui a amené certains chercheurs à proposer d'autres modèles, intermédiaires, à la fois sériels et parallèles : des modèles en cascade.

2.5.5 *Modèle de production du langage de Bock et Levelt et Dell*

Le modèle de Bock et Levelt (1994) s'inspire des conceptualisations de Garrett (1975, 1976, 1980) et postule que la production orale comprend quatre étapes de traitement.

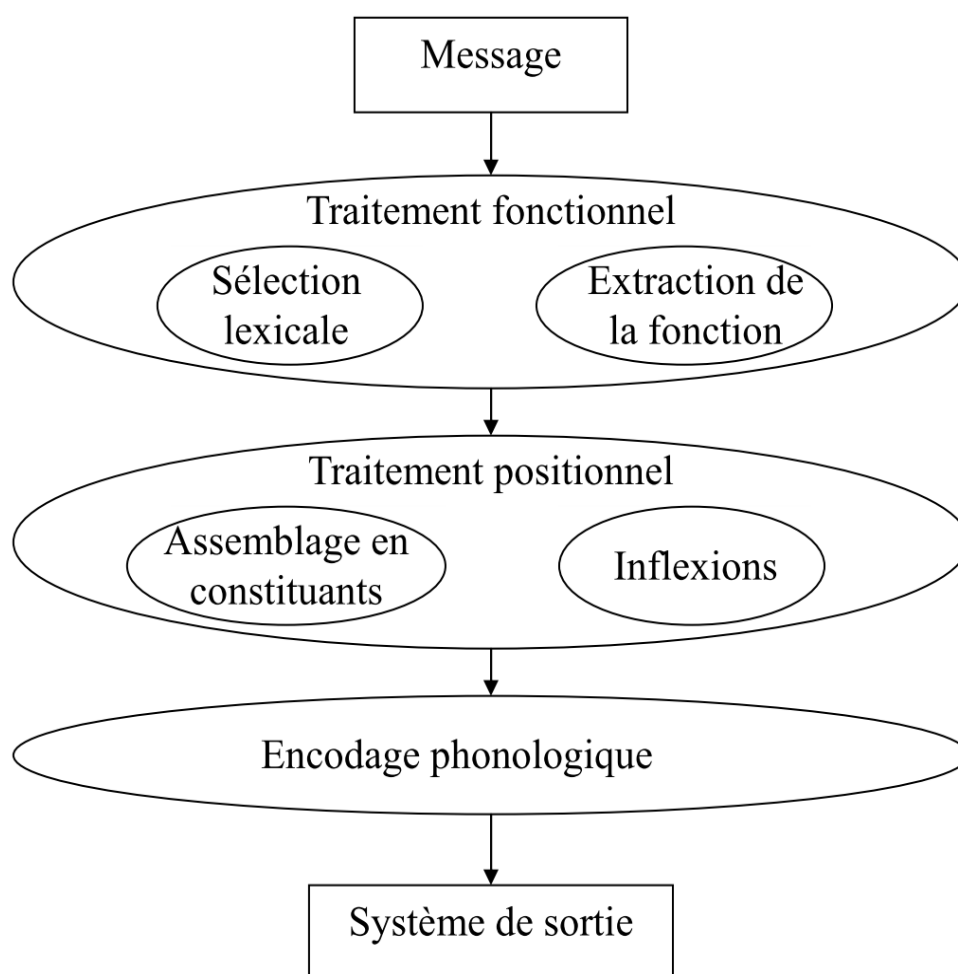


Figure 3 : Modèle de Bock et Levelt, 1994

- *Étape 1 : Traitement du message.* Le locuteur élabore le contenu du message qu'il veut

⁶⁴ MAZAUX et al., *Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2007, p. 2

véhiculer, le sens de ce qu'il veut dire.

- *Étape 2 : Traitement fonctionnel.* Le locuteur sélectionne le vocabulaire qu'il veut utiliser et le rôle grammatical (i.e., sujet, complément) des mots sélectionnés. Ainsi, par exemple, si le locuteur veut dire que *Jean mange une pomme*, il lui faut non seulement choisir les items «Jean», «mange» et «pomme», mais aussi attribuer à chaque item son rôle dans la phrase, comme le fait que le sujet est «Jean» et que le complément d'objet est «pomme».

- *Étape 3 : Traitement positionnel.* Après avoir sélectionné les items lexicaux et avoir assigné un rôle à ces items, le sujet met ces items en ordre pour former une phrase et infléchit ces items (e.g., conjugue les verbes au passé, ajoute un *s* aux items au pluriel).

- *Étape 4 : Traitement phonologique.* Enfin, le sujet sélectionne les sons constituant les mots des phrases construites, ainsi que les autres paramètres liés à la production orale, comme la prosodie ou le rythme.

C'est un modèle séquentiel classique de traitement de l'information, issu de l'approche cognitive : les informations relatives à la syntaxe et à la sémantique sont disponibles dans le système avant les informations phonologiques.

Gary Dell (1986) a proposé un modèle connexionniste de la production orale. Selon ce modèle, il existerait quatre étapes de traitement, pratiquement analogues aux étapes proposées par Bock et Levelt.

- *Étape 1 : Traitement sémantique.* À cette étape, le sujet élabore le sens du message à transmettre. C'est l'étape de traitement la moins spécifiée par Dell.

- *Étape 2 : Traitement syntaxique.* À cette étape, le sujet planifie la structure grammaticale de ce qui va être dit ; il met les mots en ordre pour former des phrases.

- *Étape 3 : Traitement morphologique.* Le sujet planifie les morphèmes, c'est-à-dire qu'il sélectionne les éléments qui vont permettre d'indiquer si la phrase mentionne une action ou plusieurs, si cette action a lieu au moment où le sujet parle, etc.

- *Étape 4 : Traitement phonologique.* À cette étape, le sujet sélectionne le son des mots utilisés ainsi que le rythme et l'intonation.

D'après ce modèle, l'individu se construit une représentation à chacune des étapes de traitement. Ces représentations sont disponibles à tout moment dans le système. Les quatre étapes interviennent simultanément et interagissent (i.e., s'influencent mutuellement) alors que dans le modèle de Bock et Levelt, une étape de traitement est déclenchée lorsque l'étape précédente est terminée.

Les modèles théoriques du langage ont beaucoup évolué s'enrichissant à chaque fois

d'apports nouveaux, issus de la réalité clinique et des données de l'imagerie qui s'ajoutent aux théories anciennes. L'interprétation des troubles aphasiques s'appuie majoritairement sur la base des modèles cognitifs car ils rendent mieux compte des processus sous-tendant les troubles spécifiques (Cholmel-Guillaume⁶⁵, 2010). Néanmoins, les théories connexionnistes apportent un éclairage en réseaux qui conforte ce que renvoie la pratique clinique en terme de récupération.

3 Evaluations et approches thérapeutiques

3.1 Principaux tests

En référence à la classification Internationale du fonctionnement, de la Santé et du Handicap, ils cherchent à évaluer «les déficiences du langage, de la communication, et les troubles cognitifs associés et constituent, alors, le bilan de l'aphasie⁶⁶». D'autre part, ils tentent d'apprécier «les limitations d'activité de communication, le statut psychologique, le désavantage et la qualité de la vie et dresse, dans ce cas, le bilan de la personne souffrant d'aphasie sévère⁶⁷».

Les tests standardisés disponibles peuvent être classés en trois groupes : les tests généraux, les tests spécifiques et les tests fonctionnels.

3.1.1 Tests généraux

Appelés aussi batteries d'aphasie, ils visent à recueillir des échantillons diversifiés des performances des malades à des niveaux de difficulté et de complexité croissantes dans tous les domaines de la fonction langage. En France, trois batteries de langage sont couramment utilisées. Elles servent surtout à établir une évaluation initiale globale et à apprécier l'évolution et les effets de la rééducation. C'est pourquoi, il convient de ne pas changer d'outil d'évaluation tout au long d'une prise en charge afin que le bilan d'évolution valide de façon longitudinale les progressions ou stagnations de langage.

Quelle que soit la batterie utilisée, elle suit une évolution précise, débute par l'évaluation du

⁶⁵ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement normal du langage : approche cognitive : modélisation in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 37

⁶⁶ MAZAUX, J-M., et Al., Tests et bilan d'aphasie, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p144

⁶⁷ MAZAUX, J-M., et Al., Tests et bilan d'aphasie, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p144

langage «spontané», puis l'examen du langage «contraint» en modalité orale et écrite, sur le versant expressif et réceptif, avec des niveaux de complexité : simple ou complexe (Présentation des principaux tests généraux en annexe 3).

Les patients concernés par notre étude n'ont évidemment pas pu être soumis à la passation complète de ce genre de batterie mais à quelques-unes des épreuves par exemple du MT 86.

3.1.2 Tests spécifiques

Ils explorent en détail un aspect sémiologique particulier, ou un processus de traitement cognitif du langage. Ils viennent en complément des batteries ci-dessus citées, peuvent aussi être repris dans le cadre des bilans d'évolution. Ils apportent des informations explicatives sur le niveau de traitement cognitif perturbé et donc aident aux choix thérapeutiques dans le cadre de la prise en charge. (Présentation des principaux tests spécifiques en annexe 4)

- Les épreuves de dénomination sont nombreuses.
- Tests de fluence lexicale (Isaacs, 1972 ; Cardebat, 1990)

Ces épreuves très connues, qui se retrouvent dans la plupart des batteries d'aphasie, consistent à demander au sujet de dire le plus grand nombre possible d'items lexicaux, habituellement des substantifs, soit dans une catégorie sémantique donnée, soit en commençant par une lettre donnée, en temps imposé.

- Les épreuves de compréhension orale
- Epreuves fines de compréhension

Un certain nombre d'épreuves permettent d'explorer le niveau de traitement atteint pour distinguer si la perturbation est périphérique et/ou centrale.

- Autres tests spécifiques

Certaines épreuves sont conçues pour analyser le langage écrit.

3.1.3 Tests fonctionnels

Ils essaient d'apprécier les capacités de communication de la personne souffrant d'aphasie sévère en proposant des situations proches ou simulées de la vie quotidienne. Ils sont donc qualifiés d'écologiques. Ils ne se substituent pas aux tests globaux et spécifiques mais les complètent de façon indispensable. Ils reflètent l'intérêt de plus en plus important porté sur le handicap de communication généré par l'aphasie. Celui-ci, moins «visible» que le handicap moteur est de plus en plus et de mieux en mieux, pris en compte.

L'évaluation des capacités de communication devient fondamentale dans l'évaluation de l'aphasie. Les orthophonistes disposent donc actuellement d'outils de mesure pour jauger le handicap psychologique et social engendré par cette pathologie.

D'une manière générale, ils permettent une évaluation objective de l'efficacité des thérapies du langage. En particulier, dans le cas d'aphasies sévères, ils peuvent, justifier la poursuite d'une prise en charge alors que la seule prise en compte des tests relatifs aux troubles purement linguistiques (montrant par exemple une évolution non significative) tendrait à faire cesser la rééducation. L'approche évaluative en terme de profils fonctionnels rejoint le cadre de notre réflexion, dans la mesure où le patient est davantage pris en compte dans la problématique personnelle de son rapport au langage qui impacte sa communication depuis l'AVC.

Enfin, ces tests, axés sur la communication, vont permettre aussi d'évaluer les troubles discursifs.

Il est important de rappeler qu'en linguistique, Kerbrat-Orecchioni (2005) explique qu'il est possible de différencier l'analyse du discours de l'analyse conversationnelle. Pour le discours, il s'agit d'en analyser les phrases alors que pour la conversation, l'analyse portera sur les phrases mais situées dans leur contexte. Cela a donné lieu à une approche plus spécifique, envisagée comme une forme particulière du discours: l'analyse conversationnelle. (Les principaux tests fonctionnels recensés et utilisables en langue française sont présentés en annexe 5)

Pour finir, notons qu'un test peut être défini comme la mesure d'une performance ou d'un comportement, ici et maintenant, devant l'examineur, donc dans une situation standardisée et reproductible, mais artificielle et décontextualisée. Il n'en demeure pas moins un support incontournable pour mettre en place le projet thérapeutique avec le patient, le rediscuter et le faire évoluer, au cours de la prise en charge grâce, notamment, aux bilans d'évolution.

Notons enfin que parmi les tests fonctionnels, quelque-uns évaluent la motivation dans la communication. La motivation, moteur du désir de communication, joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre de l'appétence communicationnelle, au cœur de notre réflexion: insuffler de l'appétence communicative chez une personne souffrant d'aphasie sévère en passe de perdre son statut d'interlocuteur ou l'ayant déjà perdu.

3.2 Différentes approches thérapeutiques

Actuellement, les orthophonistes ont à leur disposition un panel d'outils thérapeutiques varié. Leur choix est fonction de l'approche envisagée. Historiquement, les approches ont plutôt été antagonistes mais elles ont permis une vraie diversité dans les rééducations et toutes ensembles,

elles permettent aujourd'hui à la rééducation aphasique d'atteindre une grande maturité, au bénéfice du patient. Il est coutume, dans la littérature, d'évoquer les partisans de l'approche empirique, les partisans de l'approche cognitive et les partisans d'une approche pragmatique et psycho-sociale. Ces différentes approches se distinguent selon qu'il est recherché, respectivement, un rétablissement de conduites pré-lésionnelles ; leur réorganisation à partir de structures peu impliquées dans le langage ou le développement de nouveaux comportements de communication.

3.2.1 *Approche empirique*

Elle correspond aux choix de stratégies de rétablissement, partant du principe que «le système altéré par la lésion cérébrale gard[e] des capacités de restauration élevées, et qu'on p[eut], en multipliant les stimulations, faire réapparaître la conduite langagière dans sa disposition antérieure»⁶⁸. Cette approche repose, à l'origine, sur la capacité de récupération spontanée qui avait été constatée chez un bon nombre de patients aphasiques. Elle vise donc un rétablissement à l'état antérieur à la lésion. En pratique clinique, cela se traduit par la mise en œuvre d'un programme élaboré à partir d'une analyse sémiologique très précise. A chaque symptôme repéré correspondent des exercices ciblés, répétés de façon intensive pour faire réapparaître le comportement perdu et disparaître le symptôme. Les stratégies de rétablissement ont leur limite notamment en matière de vérification objective de l'efficacité. D'autre part, si elles sont encore utilisées aujourd'hui, c'est nécessairement sur un temps de rééducation limité et dans des situations où il est prouvé que des résultats sont possibles (dans le cadre d'un pronostic optimiste donc). Néanmoins, elles ont eu le grand mérite, comme le souligne Mazaux «d'identifier les principales tâches exploitables pour la rééducation⁶⁹» et ne se sont pas enfermées dans des propositions thérapeutiques rigides. Elles ont même pointé «le rôle majeur de la personnalité du thérapeute, de son charisme, de son engagement, la nécessité de transférer au plus vite les acquis de la rééducation dans la conversation quotidienne⁷⁰» confortant ainsi, l'avènement d'autres approches.

3.2.2 *Approche cognitive*

⁶⁸ MAZAUX, J.-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

⁶⁹ MAZAUX, J.-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

⁷⁰ MAZAUX, J.-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

• Réorganisation fonctionnelle

Les approches cognitives ont pris leur essor et inscrit leur cadre théorique de référence avec, d'une part, les apports de Luria sur les mécanismes de récupération cérébrale. Il met en évidence une réorganisation cérébrale possible liée aux phénomènes de neuroplasticité, de redondance et d'autorégulation des réseaux neuronaux fonctionnels : les fonctions lésées peuvent être prises en charge par une autre fonction cérébrale impliquée à distance, (autrement dit, connectée à la lésion sans être endommagée directement) ou non impliquée mais activée grâce à des inputs sensoriels différents. Elles se sont appuyées, d'autre part, sur les modèles de fonctionnement du langage qui permettent d'émettre des hypothèses sur les processus encore opérants ou ceux, au contraire, qui sont altérés. En pratique clinique, il s'agit d'améliorer le fonctionnement cognitif par l'intermédiaire de procédures non employées par le sujet auparavant, ou pas de façon systématique. L'idée est d'agir sur un réseau préexistant et d'en modifier l'usage. Ce qui est visé, c'est bien une réorganisation fonctionnelle. En expression, par exemple, dans le cas d'un manque du mot par une difficulté d'accès lexico-sémantique et donc non aidée par l'ébauche orale, il est envisagé une approche par la catégorie sémantique ou l'usage en contexte. Dans le domaine de la mémoire, il peut s'agir d'amener un patient à recourir à l'imagerie mentale s'il présente des difficultés de rétention. Il est encouragé à associer un objet à l'usage qu'il peut en faire de façon précise, ce qui n'est pas une stratégie mnémotechnique employée spontanément. Un autre exemple d'applications en pratique est de recourir à La Thérapie Mélodique et Rythmée (inspirée de la Melodic Intonation Therapy de Sparks et Holland). Cette technique rééducative qui consiste à accompagner l'émission de phrases par un contour mélodique simple, puis à retirer, progressivement, cet étayage au fur et à mesure des progrès, est un exemple de principe de réorganisation fonctionnelle et de contournement de la lésion. Elle est préconisée, par exemple, en phase aiguë pour aider le patient à sortir de son mutisme, de ses stéréotypies, de ses persévérations⁷¹ ou pour les patients souffrant d'une apraxie bucco-faciale, de troubles arthriques sans trouble important de la compréhension orale.

• Exploitation des fonctions intactes

Les approches cognitives visent aussi à exploiter les fonctions intactes du sujet pour en améliorer les performances et ainsi, compenser les déficits des fonctions cognitives perturbées. D'où la nécessité de repérer les fonctions déficitaires et les fonctions intactes.

• Aménagement des conditions d'exercice de la fonction

⁷¹ MAZAUX, J-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98

Quand les autres stratégies ont échoué, il reste la possibilité de modifier, voire d'éviter les situations handicapantes pour le patient à cause de ses troubles. Cela nécessite un constat avec lui des situations qui le mettent en échec.

3.2.3 *Approche pragmatique et psycho-sociale*

D'autres approches, depuis quelques décennies, prenant en compte le courant pragmatique et les apports psycho-sociaux, se sont développées de façon très conséquente et convaincante. Elles mettent en avant la réadaptation d'une des fonctions principales du langage, la communication. L'objectif est, en priorité, de restaurer les capacités langagières des patients, de réduire la symptomatologie aphasique et d'éviter l'isolement social qui menace la personne, de l'aider à mieux communiquer avec ses semblables et à retrouver sa place dans la famille et dans la société.

David et Wilcox⁷², en effet, rapportent que « les compétences pragmatiques des patients aphasiques sont généralement bien préservées en dépit parfois d'altérations très sévères de l'expression et de la réception verbales ». La structure du discours est donc conservée malgré la présence de troubles au niveau des habiletés conversationnelles consécutives aux déficits langagiers. D'où l'objectif de s'intéresser aux composantes pragmatiques spécifiques de l'interaction en situation de conversation naturelle et l'apparition d'approches dynamiques interactives. Ces approches, la PACE et l'Analyse Conversationnelle, ont la particularité d'intégrer l'interlocuteur de la personne souffrant d'aphasie sévère. (Présentation détaillée de ces deux approches en annexe 6).

Ces deux approches mises en place, le plus souvent, à distance de l'événement cérébral ont fait leurs preuves en montrant une amélioration sensible de l'efficacité pragmatique de la communication, alors même que les performances linguistiques de la personne souffrant d'aphasie sévère restent inchangées parfois. La prise en charge dérivée de l'Analyse Conversationnelle porte davantage sur l'entourage que sur la personne souffrant d'aphasie sévère elle-même et entre dans le cadre d'une adaptation à l'environnement pour réduire le désavantage social. Elle est appliquée en complément d'interventions plus directes sur les déficiences et les incapacités. En fonction de l'évolution et du contexte et dans le même esprit de développer les compétences communicationnelles, Mazaux indique qu'en dehors de ces deux techniques pratiquées, l'orthophoniste peut aussi utiliser des techniques de jeux de rôle, des mises en situation concrètes, des conversations à plusieurs, des cahiers de communication.

⁷² Auteurs cités in LE SAUX, M., Conséquences d'une thérapie dynamique interactive sur les stratégies communicationnelles entre une personne récemment devenue aphasique et son conjoint- Etude de cas, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 2011, p 35

3.2.4 *Approche pharmacologique*

D'autres approches sont à l'étude actuellement comme la pharmacologie. Un médicament comme la Bromocryptine aurait des effets favorables sur les fonctions cognitives. Administré en synergie avec la rééducation orthophonique elle impacterait positivement la fluence verbale et l'initiation du discours. La Stimulation Magnétique Trans-crânienne précoce influencerait la récupération (De Boissezon et al., 2006)⁷³.

3.2.5 *Approche détaillée concernant l'atteinte sévère*

Face au trouble massif, entraînant une désorganisation importante de la communication, la littérature scientifique⁷⁴ mentionne une approche qui a d'abord recherché «des stratégies et des outils alternatifs, palliatifs ou augmentatifs». Les rééducateurs ont exploré les processus non verbaux avec pour objectif d'apprendre au patient aphasique sévère à réparer un langage déficitaire pour aider son interlocuteur : d'où le recours à des langages manuels, visuels, symboliques de compensation. Les résultats obtenus n'ont pas répondu aux attentes des utilisateurs car le transfert dans la vie quotidienne était quasi inexistant. Ces essais ont mis en évidence le difficile deuil du langage oral pour le patient et son entourage, espérant toujours un retour des compétences linguistiques antérieures et n'investissant pas suffisamment les stratégies palliatives. En effet «L'attente [demeure] souvent centrée sur le langage, non sur la communication»⁷⁵. De plus, maintenir les échanges de base avec l'environnement demande une réactivité immédiate peu compatible avec la lourdeur des apprentissages liés à un nouveau code et son lexique.

C'est pourquoi, l'approche des rééducateurs tend aujourd'hui, en cas d'aphasie sévère, à placer «la réparation de l'interaction au centre du projet⁷⁶». Il s'agit de rechercher des solutions de contournement en visant le rétablissement des capacités de transmission des informations dans la vie quotidienne et la réduction de la situation de handicap. Ce type d'approche s'appuie sur des techniques dites de suppléances ou alternatives, comme par exemple, les classeurs ou carnets de communication, personnalisés en fonction des besoins de chaque patient et qui peuvent d'ailleurs servir de support pour des séances de rééducation pragmatique. «C'est un processus de réadaptation qui consiste à outiller les partenaires de communication : la personne souffrant d'aphasie sévère et

⁷³ Auteurs cités in MAZAUX et al., *Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2007, 20 pages.

⁷⁴ BRUN, V., GONZALES, I., *Communications alternatives et suppléances fonctionnelles*, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 251

⁷⁵ BRUN, V., GONZALES, I., *Communications alternatives et suppléances fonctionnelles*, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 252

⁷⁶ BRUN, V., GONZALES, I., *Communications alternatives et suppléances fonctionnelles*, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, p. 252

son entourage, à travers une approche sociale⁷⁷». C'est une démarche palliative dans la mesure où les déficits linguistiques sont contournés et ce qui est visé c'est de soulager les conséquences.

Notre réflexion se situe dans la lignée de ces approches réadaptatives et palliatives mais cherche à rendre compte de pratiques thérapeutiques centrant le projet, non pas en priorité sur l'interaction entre les partenaires, mais sur la personne, devant rester coûte que coûte un être qui communique et réactif dans les échanges. Du coup, les techniques s'appuient sur l'exploitation de la situation en contexte et de ce qui arrive spontanément en séance. Il n'existe pas une méthode univoque de rééducation orthophonique si bien que finalement, à travers l'évolution des pratiques réadaptatives et palliatives auprès des personnes souffrant d'aphasie sévère, la question peut être de s'interroger sur l'intérêt à recentrer le projet thérapeutique sur le statut d'interlocuteur, sur ce que l'on peut attendre d'un tel projet et quelle en est la faisabilité. Nous apportons donc, dans le troisième chapitre de cette partie, des références théoriques servant de cadre de réflexion à notre interrogation.

⁷⁷ BRUN, V., GONZALES, I., Communications alternatives et suppléances fonctionnelles, in MAZAUX, J-M.,

Chapitre 3: le projet thérapeutique avec la personne souffrant d'aphasie sévère

1 La relation soignant-soigné

Le projet thérapeutique que le professionnel orthophoniste élabore avec son patient s'inscrit dans une relation issue d'une relation médecin-malade qui a évolué en fonction des progrès de la science et des consciences. Retracer cette évolution, la comprendre permet à la fois de se positionner comme professionnel et de justifier le choix d'une posture, d'un projet de soin, en l'occurrence auprès de la personne aphasique sévèrement touchée.

1.1 Apport de la psychologie sociale : notion de contrat de communication

Le contrat⁷⁸, de «contractus», «convention, pacte, accord» désigne «l'accord de deux ou plusieurs volontés en vue de créer une obligation». Le contrat sous-tend donc la nécessité de négocier. Dans le cadre d'une prise en charge par un professionnel, un contrat s'instaure dans le sens où des processus sont implicitement mis en œuvre, d'emblée, du fait même de la relation soignant-soigné.

Dans l'expression «contrat de communication», le complément de détermination «de communication» informe sur la nature du contrat. «Le modèle du contrat de communication»⁷⁹ (Ghiglione, 1986; Ghiglione, Bromberg et Dora, 1986; Bromberg, 1999) repose sur deux principes. Selon le premier principe, toute interaction communicative serait sous-tendue par l'établissement implicite de la part des co-interlocuteurs d'un contrat fondé sur des règles. Selon le second, toute situation communicative serait le résultat d'une situation contractuelle porteuse d'enjeux. Communiquer dans cette acception c'est, entre autres, jouer avec un alter, à un jeu dont les règles, les principes et les enjeux constituent la signification. Les interlocuteurs construisent, donc, dans l'interaction qui a lieu, le contexte de cette interaction. Ceci est d'importance car il en découle que l'interaction communicative en tant qu'activités coopératives est plus ou moins «contrainte» par un contrat de communication fournissant aux interlocuteurs un cadre d'interprétation.

Ainsi dans la relation thérapeute-patient, un contrat de communication spécifique est nécessairement activé, établissant les «contraintes» du cadre thérapeutique. La prise en charge d'un

⁷⁸ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction de REY, A., Dictionnaires Le Robert, Paris, 1995

⁷⁹ BROMBERG, M., Contrat de communication et construction de sens, in *Un parcours théorique et son impact : R. Ghiglione*. Sous la direction de BEAUVOIS, J.L., Grenoble, PUF, 2001, pages 33-39

patient par un professionnel fournit une trame interprétative rendant possible et opérante la relation de soin. Le contrat de communication, alors mis en place, se définit par des attentes, des savoirs d'arrière-plan, des scripts événementiels et un enjeu. Il est prédéfini par le contexte entre le patient et un certain acteur social, le professionnel soignant dont le rôle est socialement déterminé.

Côté patient, aller voir un professionnel c'est implicitement se dessaisir d'une compétence au profit du professionnel: je ne peux pas me soigner seul. Le travail thérapeutique démarre parce que le patient renonce à faire par lui-même toute la démarche de soin.

Côté professionnel c'est, implicitement, affirmer, à l'inverse, une compétence: je sais faire là où vous ne savez pas faire.

Dans ce contrat de communication s'amorce la relation thérapeutique, expression usuelle pour définir la relation de soignant à soigné. Si la relation est un rapport qui lie un objet ou une personne à une autre, cela implique une notion de dépendance de l'un par rapport à l'autre, notion présente dans la relation thérapeute-patient.

1.2 Deux principes fondamentaux dans la relation soignant-soigné

La littérature scientifique médicale indique que la relation soignant-soigné est imprégnée de bienfaisance, d'autonomie et d'utilitarisme, principes qui posent le cadre et donc les contraintes d'une interaction communicative dans la relation de soin et qui a influencé toutes les pratiques soignantes. Selon le dernier principe, une action ne peut être jugée moralement bonne ou mauvaise qu'en raison de ses conséquences bonnes ou mauvaises pour le bonheur des individus concernés. Le bonheur est défini en termes de plaisir ou d'absence de souffrance. La théorie utilitariste est au-delà du consentement puisque, seule l'utilité guide les choix individuels pour le bien de tous. Les deux autres principes entrent dans le cadre de notre réflexion dans la mesure où la sévérité des troubles porte atteinte à l'autonomie de la personne et invite à décliner les principes de **bienfaisance** et d'**autonomie** en s'adaptant aux capacités de négociation du patient.

1.2.1 *Principe de bienfaisance*

Morale qui a pour finalité de faire le bien tout en s'abstenant de nuire. «Primum non nocere», est un extrait de la devise hippocratique des médecins. Cette devise est issue de la morale aristotélicienne⁸⁰ selon laquelle la quête du bien représente l'activité la plus noble de l'esprit, impliquant comme finalité : la bienfaisance et l'abstention de nuire. Ce principe de bienfaisance

⁸⁰ Aristote, philosophe, 384-322 av. J.C

pourrait donc être explicité comme étant le devoir de ne pas nuire, le devoir de prévenir le mal ou la souffrance, le devoir de supprimer le mal ou la souffrance, le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien. Wolf⁸¹ indique que chez certains auteurs contemporains, comme E. Levinas, le principe de bienfaisance fonde la moralité sur la fragilité de l'autre. Il cite E. Levinas⁸², selon lui, la responsabilité est la structure fondamentale de la subjectivité, c'est ce qui fait que l'homme est sujet. Mais dans cette relation soignant-soigné, la responsabilité n'est pas réciproque, il s'agit d'une sorte de responsabilité à sens unique, à l'égard du plus fragile et du plus faible. La relation intersubjective est asymétrique. Il existe un risque de dérive: dans une relation morale asymétrique, il est tentant de traiter l'autre comme un enfant.

1.2.2 Principe d'autonomie

L'autonomie (nomos = la loi, auto = soi-même). Ce principe est habituellement décliné en deux versions, dans la littérature médicale: l'autonomie anglo-saxonne et l'autonomie française des *Lumières*. Il apparaît que la relation thérapeute-patient a plutôt été imprégnée par la première.

Selon l'autonomie anglo-saxonne: l'autonomie du sujet se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières. Les conditions de réalisation de celles-ci se gèrent par la négociation avec les autres individus.

Dans ce cadre, la relation médicale met en jeu un patient responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent car pleinement informé par un professionnel qui est son égal dans une relation de prestataire de service.

1.3 Evolution de la relation

La relation soignant-soigné est donc liée à l'histoire de la médecine. Les rapports du médecin envers son patient ont évolué suivant les progrès de la science et de la société. Depuis la fin des années cinquante, cette relation a fait l'objet d'études dans la littérature médicale et scientifique. Il en ressort que pendant longtemps le principe de bienfaisance a influencé la relation soignant-soigné. Actuellement, celui d'autonomie prévaut et le médecin travaille par sa relation, au-delà de sa compétence technique.

Ainsi, depuis la seconde moitié du XXème, la médecine a dépassé le seul rapport anatomo-clinique qui rattache les symptômes et signes cliniques à une lésion organique. Peu à peu naît, avec

⁸¹ WOLF, M., Avant-propos in Relation médecin-malade : le consentement, Thèse département d'éthique médicale et de médecine légale, Faculté de médecine des Saints-Pères, Université René Descartes, Paris V, 2009

⁸² LEVINAS, E., philosophe, 1905-1995

l'importance accordée au principe d'autonomie, une relation constituée d'échanges et l'idée d'une relation co-construite s'élabore. La notion d'un travail en «co» ne veut pas dire que le professionnel renonce à son savoir-faire. Il est indispensable pour une prise de distance contribuant à l'efficacité dans la relation de soin. «co» prend son sens étymologique de «avec» sous-tendant l'idée de collaboration et donc de partage entre professionnel et patient. Le contrat tacite liant médecin et malade a évolué pour s'articuler autour du soin à donner certes, mais aussi de la prise en compte des besoins à chaque fois singulier du patient, de son propre désir de soin.

L'enjeu de ces évolutions demeurant, toujours, une meilleure efficacité dans le soin. (Présentation détaillée des modèles de la relation soignant-soigné et de leur évolution en annexe 7).

1.4 Notion de consentement

Bienfaisance et autonomie se conjuguent donc, au sein de la relation médecin-patient et ont contribué à la faire évoluer via le consentement, intimement lié au principe philosophique d'autonomie. C'est une notion qui a permis d'intégrer ces deux aspects. Sa double fonction (d'une part traduire la libre décision de la personne de participer au soin et d'autre part, celle d'attester que le professionnel a bien respecté un processus d'information) a permis de prendre une place fondamentale au cœur de la relation soignant-soigné.

La Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients reconnaît le consentement du patient comme acte incontournable dans le contrat qui s'établit entre un patient et son médecin. Le consentement y est défini comme l'acte autorisant le médecin à mettre en œuvre un traitement qu'il a, au préalable, explicité au patient. Il doit être **libre** (émis sans contrainte) et **éclairé** (précédé par une information). Cette loi renforce le droit du malade et son autonomie parce que le patient décide avec le médecin de ses soins dans un processus de co-décision.

Actuellement le recueil du «consentement éclairé», est complètement intégré à la pratique médicale et s'inscrit dans la relation à construire entre patient et médecin. Sa recherche semble aujourd'hui banale dans la pratique médicale et paramédicale, que ce soit lors des soins, d'une exploration à visée thérapeutique ou, plus rarement, avant un protocole de recherche. Le terrain est en effet largement balisé, tant au niveau juridique que déontologique et maintenant le temps est loin où le patient était considéré comme un enfant inapte à faire des choix et prendre des décisions concernant sa santé.

Néanmoins la confrontation à la pratique a pointé les limites de ce consentement à recueillir. Dans sa thèse, Wolf⁸³ indique que des études ont montré, par exemple, les limites de l'information

⁸³ WOLF, M., Avant-propos in Relation médecin-malade : le consentement, Thèse département d'éthique médicale et de médecine légale, Faculté de médecine des Saints-Pères, Université René Descartes, Paris V, 2009

et du consentement à la recherche : obligatoires légalement, mais peu opérationnels en pratique. «Ainsi, des patients compétents, inclus après consentement dans un protocole de recherche en soins intensifs, ont montré que 32 % des malades se souviennent de leur participation à la recherche, ses bénéfices et ses risques tandis que 20 % ne se souviennent de rien». Si la question de la compréhension et de la rétention de l'information se pose en présence de sujets reconnus «compétents», elle est d'autant plus d'actualité auprès de personnes supposées non autonomes, que ce soit en terme psychique ou organique. Il est souvent cité dans la littérature scientifique le cas des personnes relevant de pathologies lourdes en psychiatrie, des très jeunes enfants ou des personnes avec une déficience mentale.

La question se pose également pour l'orthophoniste et son patient souffrant d'un trouble massif de la compréhension. Que connaît le patient de sa pathologie, de son évolution ? Le professionnel se retrouve bien confronté à la valeur du consentement en regard des compétences attendues pour le valider.

1.5 Impact de cette évolution en terme de consentement sur la pratique orthophonique

L'évolution dans la relation médecin-malade a nécessairement influencé les pratiques paramédicales. Elle questionne aussi la pratique orthophonique en particulier en terme de consentement à recueillir avec la personne souffrant d'aphasie sévère : le consentement sur le projet thérapeutique s'inscrit à la fois dans une relation asymétrique et «pédagogique». Il s'agit pour l'orthophoniste de parvenir à un partenariat souple où les compétences de chacun peuvent s'intégrer pour une meilleure efficacité des soins: la compétence paramédicale de l'orthophoniste est associée à la compétence du patient dans l'expression de ses préférences au vu de sa situation de vie.

1.5.1 Une relation asymétrique

La relation est nécessairement asymétrique car elle reconnaît la **compétence du professionnel** comme une base nécessaire au travail thérapeutique même si ce n'est pas la seule. Elle reste, en effet, via les connaissances techniques et théoriques, selon Moutel et Phahu⁸⁴ «un support essentiel de la relation praticien-patient dès qu'il s'agit d'exposer des données délicates sur des sujets essentiels pour les patients».

Ainsi, par exemple, dans le cadre d'une aphasie sévère, l'orthophoniste possède les éléments

⁸⁴ MOUTEL, G., PHAHU, Devoir d'information vis à vis des patients, risque et incertitude : évolutions et enjeux éthiques, Publications Laboratoire d'éthique médicale et de Santé publique, Faculté de médecine, Paris V

cliniques pour répondre, en fonction de la situation et de la personne, au patient en demande de pouvoir reparler normalement et de retrouver ses facultés antérieures. Le consentement à recueillir pour mettre en place un projet thérapeutique est au cœur de cette relation asymétrique. En effet, le professionnel du langage connaît les limites du projet thérapeutique qu'il devra mettre en place avec son patient grâce à son savoir. Pour pouvoir envisager le consentement à ce projet, il faut que le patient prenne conscience qu'il souffre d'une aphasie sévère et qu'il ne pourra donc plus retrouver un langage normal. Le projet ne pourra jamais avoir pour but de retrouver un langage similaire à celui du patient avant son trouble. L'orthophoniste le sait et sera régulièrement amené(e) à rediscuter de cette impossibilité, l'objectif thérapeutique ne pouvant être celui-là, et ce, malgré les croyances du patient dans le «pouvoir» de spécialiste du langage de lui redonner les compétences antérieures ou de s'en rapprocher.

Se pose d'emblée, également, la question de l'exhaustivité de l'information, la façon de la transmettre: que dire, comment ? La compétence du praticien ne constitue pas le tout de la relation orthophoniste-patient.

1.5.2 Une relation «pédagogique»

La transmission des informations passe par le devoir pour le professionnel d'être pédagogue en clarifiant de façon simple mais systématique les choses, avec des explications, conseils, recommandations ou illustrations. Il doit commenter les bilans, expliquer les termes, utiliser ce que les patients savent ou connaissent pour les aider à comprendre. C'est une dimension essentielle dans la relation car elle va permettre d'installer la confiance et l'écoute mutuelles. Le savoir de l'orthophoniste est alors perçu, parlé, confirmé. Du côté du patient, cela va répondre à des attentes concernant ce savoir recherché, écouté et vérifié.

Dans le cadre de l'aphasie sévère qui touche le patient, la relation «pédagogique» prend toute sa signification. L'information sur la pathologie et les résultats des bilans est nécessaire mais la négociation pour s'accorder mutuellement sur un projet thérapeutique, tout autant. De plus, dans le cadre de cette pathologie durablement invalidante, la négociation revêt une dimension temporelle. Le thérapeute devra revenir sur le consentement du projet de soin afin de le réguler, le redéfinir au gré des besoins du patient qui évoluent. Or cela doit pouvoir avoir lieu malgré les difficultés de compréhension et les obstacles langagiers : le patient a-t-il bien compris tous les tenants et aboutissants du projet mis en place avec le praticien orthophoniste ? A-t-il bien saisi à quoi il consentait ? Quelles sont alors, en pratique, les solutions envisageables pour que la recherche du consentement ait une valeur éthique, demeure au plus près du désir de soin alors que la transmission

des informations et la compréhension sont devenues défaillantes ?

D'autres éléments interviennent dans la relation pour rechercher le consentement au projet thérapeutique.

1.5.3 Une relation de sujet à sujet

Du coup, la relation forcément inégalitaire, au regard du savoir technique et théorique, est comme reléguée au second plan. Au premier plan, s'instaure une relation égalitaire avec un échange de compétences qui vont permettre d'élaborer le projet thérapeutique autour d'un consentement à trouver. La relation s'inscrit dans une interaction intersubjective.

La pratique orthophonique lorsqu'elle doit faire face à des pathologies d'origine lésionnelle comme l'AVC, présente, donc, des enjeux éthiques dans la mise en œuvre de son savoir technique, très sollicité. Le professionnel doit s'intégrer au plus près des préférences, des besoins de la personne aux prises avec son environnement affectif, social et donc se baser sur une rencontre égalitaire de sujet à sujet, prendre le temps de la relation. L'orthophoniste accueille avant tout une personne qui, en plus de sa singularité propre, va avoir la particularité d'être aphasique. Ce n'est donc pas l'aphasie en priorité, qui est prise en compte, ni «un aphasique» mais une **personne souffrant d'aphasie sévère** dont le besoin, fondamentalement humain, est de communiquer.

1.6 Apport des sciences humaines concernant la relation d'aide

La relation orthophoniste-patient dépasse donc la relation strictement thérapeutique. Mais elle la dépasse, de toute façon, du fait même qu'elle a lieu entre deux sujets impliqués dans une relation unique : ni familiale, ni amicale, mais une relation d'assistance, d'accompagnement. Le patient est à la recherche d'une aide qu'il trouve chez le praticien qui a la responsabilité de conduire la prise en charge. Plusieurs éléments influencent la dynamique à l'œuvre dans cette relation. Certains de ces processus, conscients, ont été analysés à l'occasion de travaux sur l'alliance thérapeutique et notamment par Rogers⁸⁵ ; d'autres, relevant plutôt de l'inconscient, ont été décrits par le courant psychanalytique.

⁸⁵ ROGERS, C., La création de la relation d'aide, in *La relation d'aide et la psychothérapie*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 15ème édition, 2008, pages 92-118

1.6.1 Notion d'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est issue de l'importance accordée à la relation entre le patient et le thérapeute pour le succès de la thérapie, dans le cadre psychanalytique. Elle est inhérente à la relation d'aide qui s'installe. Cette notion est, donc à ce titre, mobilisée dans la pratique orthophonique aussi : elle est un pré-requis à la prise en charge et un véritable levier dans l'efficacité des soins. D'après Duruz ⁸⁶(1994), c'est un processus interactionnel par lequel les deux acteurs en présence « expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ». Cela nécessite donc deux éléments essentiels: le lien relationnel et la collaboration.

Le lien relationnel suppose que les interlocuteurs se reconnaissent comme tels et acceptent l'idée de la rencontre, de s'approprier. C'est à cette condition que le travail de collaboration pourra s'effectuer. Ce qui découle de cela c'est, nécessairement, côté patient, un **engagement affectif** envers le thérapeute ; la capacité de poursuivre l'objectif thérapeutique, mais aussi d'en avoir le désir, autrement dit que la personne se reconnaisse motivée pour travailler à partir de son objectif avec le professionnel. Du côté du thérapeute, il découle la nécessité d'une compréhension empathique et d'une implication qui permettra la rencontre de sujet à sujet. Il est nécessaire aussi de se reconnaître capable et disposé à s'engager autour de l'objectif qui a été fixé avec le patient.

La notion d'alliance thérapeutique qui fonde la relation d'aide relève donc d'un engagement et d'une confiance réciproques.

1.6.2 Apports de la conception rogorienne

L'approche de Rogers (1966) présente la relation d'aide qui va s'instaurer entre soignant et soigné, d'une manière très humaniste en pointant l'expérience communicative entre les deux interlocuteurs. Cette conception éclaire considérablement notre réflexion sur le projet à construire et sur la manière de le conduire avec le patient souffrant d'aphasie sévère. Selon Rogers, la relation d'aide «est une relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie»⁸⁷. Chez tout être humain, par conséquent, existent des potentialités qui peuvent être développées et se réaliser dans une relation interpersonnelle. L'accent est posé sur la communication, la relation thérapeutique comme possibilité de rencontre dans un échange avec l'autre qui va permettre d'accéder à un mieux-être. Sa conception est sous-tendue par des principes qui sont comme des attitudes

⁸⁶ DURUZ, N., L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications.

⁸⁷ ROGERS, C., cité par BENONY, H., CHAHRAOUI, K., L'Entretien clinique, Dunod : Les Topos, Paris, 1999, p. 40

de bases pour le praticien à l'écoute de son patient.

Selon le principe de **non-directivité** lié au principe de l'**acceptation**, il s'agit de s'abstenir de diriger le processus d'information de la personne sur ce qu'elle veut dire d'elle-même. L'idée c'est de faciliter la communication du patient dans le sens où lui-même la dirige. Cela suppose selon Rogers d'accepter le sujet tel qu'il est, dans sa globalité, d'accepter ses paroles sans jugement de valeur.

Ce principe de non-directivité, d'après l'auteur, implique un intérêt authentique envers la personne, à travers une compréhension bienveillante. C'est le principe de la **compréhension empathique** qui permet d'être disposé à recevoir ce qui vient de l'autre quel que soit ce que l'autre donne. Par ce processus, le professionnel aide la personne à reformuler son vécu, sans aucune forme de pression. Et enfin la **relation interpersonnelle, positive et constructive** suppose un point de vue résolument optimiste. Selon Rogers, il existe en chaque être humain un désir d'épanouissement qui va générer des forces constructives que devra exploiter le thérapeute pour «développer les capacités d'expression, améliorer les relations du sujet et ses communications interpersonnelles.»⁸⁸

La conception de Rogers a donné lieu à des écrits sur les attitudes d'écoute favorables à la relation d'aide. La **reformulation** en fait partie, elle est présentée par Artaud⁸⁹ comme étant l'équivalent du feed-back anglo-saxon qui permet de vérifier que l'information est reçue avec justesse. C'est une technique qui permet un message retour comme une vérification de la compréhension de la personne écoutée. C'est une sorte de contrôle de la correspondance entre ce qui a été entendu et ce qui a été compris.

L'analyse de Rogers est effectuée dans le cadre de la relation d'aide psychologique mais nous verrons qu'elle concerne directement notre réflexion sur la mise en place du projet thérapeutique avec la personne souffrant d'aphasie sévère car elle favorise l'écoute du sujet et par ce biais favorise son autonomie. Ce qu'il convient de noter c'est que ces attitudes de base présentées par Rogers dans la relation d'aide sont, plutôt de l'ordre du conscient mais ne vont pas de soi. Elles renvoient autant à un savoir être qu'à un savoir-faire.

Ainsi, l'auteur précise, par exemple, qu'une écoute empathique de l'autre passe par une acceptation et une connaissance de ce qui se passe en soi. Le savoir être se cultive par un travail sur soi, par des lectures aussi. Mais il est aussi inhérent à la personnalité du professionnel. Par exemple, la considération positive inconditionnelle du praticien relève d'un point de vue résolument positif : être convaincu des potentialités de l'autre en terme de changement possible. La qualité de l'écoute du professionnel et son degré de confiance dépendent, donc aussi, dans une bonne mesure de son savoir être. Un savoir être doublé d'un savoir-faire au service du projet de soin mené avec le patient.

⁸⁸ BENONY, H., CHAHRAOUI, K., L'Entretien clinique, Dunod : Les Topos, Paris, 1999, pages 40-41

⁸⁹ ARTAUD, J., L'écoute : attitudes et techniques, Chronique Sociale, 6ème édition

L'**écoute** et la **confiance** sont donc des éléments fondamentaux de la relation d'aide sur lesquels l'orthophoniste va pouvoir s'appuyer pour accompagner son patient vers une meilleure communication.

1.6.3 Apport de la psychanalyse

Par sa nature même, la relation d'aide mobilise la question incontournable de **la demande**. C'est Lacan (1951)⁹⁰ qui le premier a développé ce terme de la demande. L'objet de notre recherche n'exige pas une étude approfondie de ce concept. Néanmoins il convient de remarquer que la demande joue un rôle dans la recherche du consentement à trouver entre soignant-soigné puisque c'est à travers cette demande que les interlocuteurs se rencontrent. Elle va devenir source d'échanges et de négociations. En effet, le patient vient avec sa souffrance, un désir d'en être libéré et s'adresse à un professionnel à qui il attribue le savoir et le pouvoir de résoudre ses difficultés. Nous l'avons vu le clinicien devra expliquer son champ d'intervention, or il n'est pas illimité, notamment dans le cadre de pathologies neurologiques. La recherche du consentement par l'orthophoniste, passera, nécessairement, par des négociations car, concernant l'aphasie sévère, elle fait face à une demande impossible à réaliser: le retour au langage antérieur. Cette demande évoluera donc au fil de la négociation et reposera la question du consentement au projet thérapeutique.

Pour finir nous évoquerons les notions de transfert et contre-transfert car elles interviennent dans toute relation humaine, donc dans la relation thérapeutique. La question du transfert et contre-transfert intéresse, à propos de notre étude la question de l'engagement du patient et la question de ce que veut le professionnel pour son patient. Les définitions mentionnées sont empruntées à Chiland⁹¹. «Le transfert est la répétition d'objet du passé à l'égard d'une personne présente. Il s'agit d'un processus psychique totalement inconscient». Le transfert peut être positif. Il permet alors à l'alliance thérapeutique de se réaliser car affection et confiance sont éprouvées par le patient à l'égard de son thérapeute, puissance et pouvoir lui sont aussi attribués. Si le transfert est négatif, l'image du professionnel est négative et la relation anti-thérapeutique. La relation d'aide est donc bien une relation aux prises avec la rencontre de deux subjectivités. La pratique orthophonique n'y échappe pas. Le contre-transfert désigne «l'ensemble des réactions inconscientes du clinicien à la personne de son interlocuteur. Le contre-transfert est une réponse au transfert du sujet; ils

⁹⁰ BENONY, H., CHAHRAOUI, K., *L'Entretien clinique*, Dunod : Les Topos, Paris, 1999, p. 74

⁹¹ MARBEAU-CLEIRENS, B., Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique, in CHILAND, C., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 3ème édition, 1989, p. 59

s'influencent mutuellement (...)»⁹². Le contre-transfert va correspondre à l'ensemble des réactions et sentiments que l'analyste éprouve vis-à-vis de son patient. En orthophonie, le transfert et le contre-transfert se réalisent également spontanément, et, sans les analyser, il convient d'en tenir compte.

Sur le modèle du désir de l'analyste pour son patient (cadre de la relation d'aide psychologique), Baron⁹³, dans son mémoire de fin d'étude a retranscrit le désir du thérapeute-analyste en «désir de l'orthophoniste», en le rattachant à «**l'effet Rosenthal**». Des expériences ont montré que les pédagogues qui croyaient leurs élèves doués, les faisaient effectivement mieux réussir que des élèves réputés mauvais. «L'attente de l'expérimentateur peut affecter les résultats de sa recherche», conclut-on. Cet impact de l'attente de celui qui aide est appelé «effet Rosenthal». Le désir de l'orthophoniste fonctionnerait alors, tel un contre-transfert positif, en «une croyance positive dans les capacités de son patient». Cette croyance rejoint la considération positive de Rogers. C'est la conviction intime d'une évolution possible et elle est porteuse d'une force constructive, d'un dynamisme de changement. Elle dépend d'une confiance réciproque. Nous verrons comment cet aspect est essentiel dans la recherche du consentement autour du statut d'interlocuteur à retrouver pour la personne souffrant d'aphasie sévère. Le professionnel développe pour son patient un «désir d'orthophoniste» qui ne doit cependant pas être un désir qui se substituerait au désir du patient, issu de ses besoins propres, que lui seul connaît. Transfert, contre-transfert sont donc des processus dynamiques présents dans la relation orthophoniste-patient qui peuvent être porteurs de sens et qui peuvent devenir des outils lors de la prise en charge du patient aphasique.

Nous avons rappelé que rechercher un consensus autour d'un projet thérapeutique élaboré en commun est inhérent à la relation soignant-soigné. Nous avons montré également que la relation thérapeutique pose un cadre dans lequel la relation de sujet à sujet doit absolument être préservée pour qu'il y ait un échange de connaissances au service des besoins singuliers, évolutifs du patient. Nous terminerons cette partie en montrant l'intérêt de recentrer le projet thérapeutique sur le statut d'interlocuteur lorsque la pathologie est si lourde que le sujet est menacé dans ses fondements et comment il est envisageable de mettre en place un tel projet avec une personne souffrant d'aphasie sévère.

⁹² MARBEAU-CLEIRENS, B., Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique, in CHILAND, C., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 3ème édition, 1989, p. 51

⁹³ BARON, L., Orthophoniste-patient : de la relation aux émotions – définitions, observations et réflexions, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 2010

2 Les objectifs thérapeutiques avec la personne souffrant d'aphasie sévère

Le choix de chercher à préserver, restaurer son statut d'interlocuteur chez une personne très altérée dans son activité langagière tant sur le plan réceptif qu'expressif semble un véritable défi, perçu parfois, peut-être trop souvent, comme impossible à relever. Pourtant les enjeux en terme de devenir du sujet sont considérables.

En effet, la perte du statut d'interlocuteur est un véritable danger qui induit, lui-même, deux autres dangers fondamentaux liés à ce que représente le langage pour le sujet (être en relation avec les autres et s'affirmer en tant que sujet): danger d'isolement et danger d'être empêché de s'exprimer sur le monde et sur soi. Tout est imbriqué et chaque élément menacé menace à son tour d'autres éléments, fragilisant la personne dans sa globalité.

2.1 La question de l'identité, de la confiance et du narcissisme

2.1.1 *Définition : sentiment d'être soi-même...*

Du latin «idem», identité signifie, originellement : «le même, ce qui fait qu'une chose est de même nature qu'une autre». «Le même» et «de même nature qu'une autre» contient l'idée de «pareil» et implique la présence d'un autre, tiers, pour prendre conscience de ce pareil. L'étymologie inscrit la notion d'identité dans un rapport à l'altérité: le sujet prend conscience de lui-même avec autrui. L'idée est aussi que l'individu est un autre pareil et, de ce fait, s'intègre dans un groupe de semblables. Il en va ainsi des groupes humains ayant une ou des caractéristiques communes : actifs, non actifs, par exemple. Aussi le sentiment de ne plus être le même et de ne plus appartenir au groupe des pairs attaque le sentiment d'identité.

Pour Schenk, Leuba et Büla⁹⁴ (2004), le sentiment d'identité est «la conscience de l'individu d'être différent des autres et de rester le même dans le temps». Il fonderait l'individu en tant que sujet doté du sentiment d'être soi, d'être telle personne déterminée. Deux idées «être différent des autres» c'est-à-dire reconnaître autrui comme différent de soi et du monde extérieur et «rester le même dans le temps» c'est-à-dire se sentir soi-même toute sa vie.

⁹⁴ SIMON, B., Sens de la mémoire et mémoire de sens, in *Maladie d'Alzheimer et mémoire autobiographique : intérêts et limites d'une prise en charge individuelle médiatisée par un cahier de vie auprès de 16 patients*, mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers, 2012, pages 42-47

2.1.2 ... corrélé à la reconnaissance des autres

Pour se sentir soi-même, il faut la présence d'un autre qui reconnaisse, au-delà de la différence qui m'identifie, que je suis suffisamment «le même» pour faire partie d'un ensemble avec plusieurs «un». Être reconnu par les autres implique d'exister pour eux. En contrepartie, l'individu se sentant reconnu de ses pairs, se sent exister pour lui-même. Sentiment d'être soi et sentiment d'exister sont liés. Dans le même temps, être reconnu par les autres, c'est donc être reconnu dans sa singularité mais une singularité qui permet dans le même temps d'appartenir à un ensemble d'individus ayant des ressemblances avec soi.

2.1.3 ...à l'origine du sentiment d'identité

Le sentiment d'identité repose sur un ensemble de sentiments interférant entre eux. Le *sentiment de différence*, qui permet à l'individu de se sentir différent des autres. Le *sentiment de confiance* de base, qui donne «l'assurance intérieure» de se sentir «chez soi dans son corps ⁹⁵ ». Le *sentiment de son être matériel* provient de sensations corporelles ainsi que de cette reconnaissance que lui attribue la société (nom, statut social...). Le *sentiment de possession* souligne le fait que des entités (personne, objet, lieu) nous appartiennent et qu'il est difficile de s'en séparer. Le sentiment *d'unité et de cohérence* est constitué de la somme des expériences de la personne. Il s'appuie sur ce fil conducteur ou sur ce sens d'unité que la personne donne à ce qui lui arrive quand elle fait son récit individuel. De plus, cette unité et cette cohérence doivent aussi trouver un sens dans le temps pour pouvoir considérer les différents événements de la vie dans un continuum. Ce sentiment demeure aussi longtemps que la personne arrive à donner un sens aux changements qui surviennent. Le *sentiment d'existence ou effort central* permet à la personne de donner un sens à ses actions. L'être humain a besoin d'avoir un but (peu importe s'il change) qui donne la direction et alimente l'effort central sous-tendant l'action. Le sentiment de *continuité temporelle* contribue à ce que l'homme se sente lui-même toute sa vie et durant toutes ses expériences. Les sentiments *d'appartenance et de valeur* revêtent un caractère primordial puisqu'ils contribuent à ce que l'homme se sente membre à part entière d'une société, parce qu'identifié aux autres, tout en s'inscrivant dans son cadre normatif, car partageant les mêmes valeurs. Ces différents sentiments assurent la cohérence des représentations que la personne peut avoir d'elle-même.

Le sentiment d'identité pour chaque individu a donc un rapport avec l'idée de reconnaître à la fois ce qu'il éprouve à l'intérieur de lui et de se reconnaître à travers le regard d'autres personnes.

⁹⁵ Mucchielli cité par THEBERGE, M., THEBERGE M., Noyaux, sentiments et référents identitaires. *Revue des Sciences de l'éducation de MCGILL*, vol 33, 1998, p. 270-271

2.1.4 *La confiance*

La confiance est indispensable au développement de chaque individu. Elle se décline sur deux versants: confiance en soi et confiance en l'autre. La confiance est à la base des échanges et des liens entre les hommes.

La confiance en soi, c'est-à-dire le sentiment qui fait qu'une personne se fie à elle-même, relève de l'expérience vécue et est en lien aussi avec le sentiment de valoir quelque chose, avec l'estime de soi. L'individu perçoit ce qu'il peut faire, face aux défis du quotidien. Il fait l'expérience de sa capacité à penser, apprendre, faire des choix, prendre des décisions, s'adapter aux changements. Or «personne ne sait de quoi il est capable avant d'avoir essayé»⁹⁶. Cette idée d'expérience vécue de façon positive est essentielle pour construire la confiance en soi.

Enfin, avoir confiance dans les compétences d'un autre lui insuffle, à son tour, de la confiance, comme par effet de contagion. Le «mais si, tu vas voir, tu vas y arriver» a parfois des effets spectaculaires et va aider la personne à tenter l'expérience qu'elle craignait être incapable de réaliser. L'effet Rosenthal évoqué un peu plus haut (page 65) trouve ses sources dans ce sentiment de confiance.

2.1.5 *Le narcissisme*

L'estime de soi, le sentiment de sa valeur, dépend de l'image que la personne a d'elle même. Cette image s'est construite via le regard des autres et l'image qu'ils ont renvoyée. Le narcissisme, souvent renvoyé du côté du «trop» reste pourtant indispensable pour se sentir «aimable», digne d'être aimé et pour se tourner vers les autres. Le mythe y est pour quelque chose: il a mis en scène Narcisse, si amoureux de son image entrevue dans l'eau qu'il en oublie l'extérieur et les autres, si captivé par elle qu'il se noie en voulant la rejoindre. Pourtant, le narcissisme est une nécessité pour vivre: il faut s'aimer un tant soit peu pour alimenter cette confiance de base nécessaire au sentiment d'identité et il faut s'aimer un tant soit peu pour pouvoir s'inscrire dans la rencontre et l'échange. La psychanalyse fait mention de «blessures narcissiques» pour désigner les altérations du sentiment d'amour et d'estime pour soi-même.

⁹⁶ Publius Syrus, poète latin, 1er s-av-J.C

2.2 La question de la rencontre, de l'autre, du désir de rencontre et du plaisir

2.2.1 Définition de la rencontre : notion de fortuit

L'étymologie du mot rencontre, «Coup de dés» et «combat» (Petit Robert⁹⁷) met l'accent sur l'aspect fortuit et le contexte guerrier. Le mot au départ désigne le fait de croiser quelqu'un sur son chemin par hasard et a le sens de «combat singulier non prémédité.»

Le sens évolue rapidement et, dans une conception plus large, le terme de rencontre désigne le moment d'un contact entre deux objets physiques ou moraux. On peut parler de rencontre pour deux personnes mais aussi pour deux idées. Cette idée de « hasard » présente dès l'origine du mot reste très présente lorsque le mot revêt le sens «d'association (fortuite) de deux objets, deux éléments».

2.2.2 Apport sociologique et anthropologique

C. Duteille⁹⁸ s'interroge sur ce qui caractérise la rencontre, au-delà de la mise en présence de personnes dans un lieu et à un moment donné, au-delà de l'interaction sociale, proprement dite.

Afin d'accéder à cette dimension de la rencontre, dimension qui en fait un événement proprement humain, il faut, selon elle, dépasser l'idée réductrice d'interaction sociale, car «toute relation n'est pas rencontre et toute rencontre n'est pas forcément une relation»⁹⁹. Et de s'interroger : Qu'est-ce qui fait la rencontre ? Qu'entendons-nous par «rencontre» ? Qu'est-ce qui permet de parler de rencontre «authentique» ? Cette auteure envisage d'aborder la notion de rencontre par le biais de ce qui «point» en elle et de là, elle s'intéresse à l'«être-dans-la-rencontre».

Elle envisage d'évoquer la «vraie» rencontre, celle «qui me décentre et m'invite à exister» B.Cyrulnik¹⁰⁰.

De son étude, nous retenons que la rencontre peut être considérée : «comme un *événement*, autrement dit comme ce qui arrive à un individu et le constitue comme *sujet*, en *re-fondant* son autobiographie.». La rencontre est envisagée par la temporalité et cet aspect devient même son caractère dominant. «Envisagé comme surgissement du temps, comme événement, le phénomène de la rencontre se distingue ainsi du fait ordinaire des interactions. Il n'apparaît plus seulement comme le résultat d'habitudes mais surgit, jaillit au milieu de ces mêmes habitudes, créant une béance, un désordre qui donnera lieu à une tentative de réorganisation autour d'autre chose, un autre quotidien».

⁹⁷ Le Petit Robert, sous la direction de REY, A., Paris, 1992

⁹⁸ DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*.

⁹⁹ URREGO, R., cité in DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, p.83

¹⁰⁰ CYRULNIK, B., cité in DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, p.83

La rencontre marque donc un temps de coupure qui va générer un autre état d'être. Cette conception de la rencontre nous semble absolument essentielle pour notre réflexion car elle envisage une phase de transition un peu inconfortable mais primordial qui ouvre sur une autre organisation.

Cette rencontre-là, «explosive, flambante, alchimique» instaure une *rupture temporelle* entre l'avant et l'après de la rencontre, dans la mesure, aussi, où elle met face à l'inattendu de la surprise. Louis-Vincent Thomas (1994), anthropologue spécialiste de l'insolite, écrit¹⁰¹ à ce propos que la rencontre « exprime le fait de voir une personne ou un objet en un lieu ou à un moment où l'on ne s'attendait pas à cette présence, à plus forte raison si celle-ci s'avère incongrue ». La sensation de rupture proviendrait donc de la mutation voulue ou non voulue, espérée ou non, inattendue qui survient à la suite de cette rencontre pas ordinaire mais fondatrice d'un autre soi.

La rencontre authentique, c'est donc celle qui est déterminante, dans le sens de «destinale», qui destine à autre chose, pas encore éprouvé ou connu. Du coup, elle implique un changement par rapport à un quotidien avec des habitudes qui constituent l'environnement familial, dans lequel l'homme est immergé. La rencontre vient changer le monde de la vie quotidienne et peut de ce fait bousculer car elle crée un certain désordre.

Pour terminer, C. Duteille¹⁰² souligne, la force créative propre aux vraies rencontres car « elles sont le point d'articulation entre ordre et désordre ». Elles incarnent «les lieux du possible» ouvrant pour l'individu « le champ de la créativité ». La rencontre vraie placerait le sujet à la jonction du confort de l'ancienneté et la joie de la nouveauté.

Mais il s'agit d'une place délicate que l'homme n'occupe pas si facilement, comme le rappelle Alfred Schütz¹⁰³ : «[le quotidien] nous apparaît comme étant la réalité naturelle, et nous ne sommes pas prêts à abandonner notre attitude à son égard sans avoir expérimenté un *choc* spécifique qui nous incite à faire éclater les limites de cette province limitée de signification». Ce choc, c'est le choc de la rencontre venant faire irruption dans la réalité quotidienne et venant ouvrir les portes d'autres possibles.

La rencontre est donc aussi à saisir comme un événement dont le fruit est toujours une découverte, la découverte d'une autre réalité possible.

¹⁰¹ THOMAS, cité in DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, p.84

¹⁰² DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, pages 81-88

¹⁰³ SCHÜTZ, A., cité in L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, p. 85

2.2.3 La rencontre avec l'autre : fonction de communication

La rencontre (au sens courant de mise en présence de deux ou plusieurs personnes) suppose un autre et génère l'interaction, mais cela ne suffit pas. Pour l'individu l'idée est de dépasser l'ego, la borne du «moi», pour s'ouvrir à l'alter-ego, à autrui. En effet, aller vers autrui, est le préalable nécessaire à la rencontre. Il y a une forme d'engagement dans la rencontre, au sens propre du terme : l'individu se met en gage, se lie à l'autre par une mise en jeu. Il faut un autre, un alter ego auquel l'individu peut s'adresser : adresser un regard, un geste, une parole.

«L'être humain ne se contient pas en lui-même (...) l'autre est pour lui condition d'existence»¹⁰⁴. Ainsi toute écoute anticipe un sujet préalable capable de parole et celle-ci doit être accueillie pour exister. Sinon sans objet, son existence est niée et, dans le même temps, la personne qui l'a émise.

2.2.4 Le désir de rencontre

Le désir, étymologiquement signifie «regretter l'absence de». Le désir de rencontre est inhérent à l'homme, être social. Ne pouvant vivre isolé, l'être humain est en relation avec d'autres, au sein d'une communauté et, ce faisant, est un être de relation, vivant de rencontres. Rencontres motivées par le désir de ne pas rester seul et d'aller vers autrui. Le désir de rencontre sera éprouvé s'il y a d'abord eu l'expérience de la rencontre, si elle a été vécue positivement. Cela va créer un manque créateur, à son tour, du désir de rencontrer à nouveau.

2.2.5 Le plaisir

Le Petit Robert¹ définit le plaisir comme «un état affectif fondamental (affect), un des deux pôles de la vie affective (plaisir ou déplaisir); sensation ou émotion agréable, lié à la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, à l'exercice harmonieux des activités vitales». Il ressort de cette définition que l'éprouvé plaisir avec son contraire l'éprouvé déplaisir fondent la vie affective de l'individu et que le plaisir, indispensable aux activités de l'homme, correspond à un besoin qui cherche à être satisfait. Il est de l'ordre du vital. En effet, l'idée de plaisir est associée aussi à l'envie de faire, à une sorte d'élan qui donne l'énergie pour agir, entreprendre, s'engager dans quelque chose, ou auprès des autres. Il est à mettre en relation avec le sentiment d'existence ou d'effort central fondant le sentiment d'identité.

Pour Freud, le plaisir est défini comme «une réduction au minimum de la tension énergétique»¹⁰⁵. L'homme est mu par des pulsions (poussées internes) qui ont pour vocation de

¹⁰⁴ GUSDORF G., La Parole. 8ème édition, Paris, PUF,1977, p. 50-51

¹⁰⁵ DE SCITIVAUX, F., Lexique de psychanalyse, Seuil, 1997, p. 65

s'exprimer (trouver des voies d'expression). Cela n'entre pas dans le cadre de notre réflexion de nous étendre sur les différentes possibilités qui s'offrent à l'être humain pour les sublimer. En revanche, il est important de comprendre que les pulsions génèrent des tensions internes demandant à se résorber ou se sublimer. Le plaisir est un moyen de satisfaction des tensions. C'est donc ce qui est visé par tout sujet : plaisir de manger, plaisir de jouer, plaisir de l'échange avec les autres...

Le plaisir de l'échange c'est l'idée que le sujet compte pour un autre et que l'autre compte pour le sujet. Le plaisir est donc aussi dans la rencontre et dans la place que chacun occupe en tant qu'interlocuteur. Le plaisir est dans la relation avec les autres.

Opposé au principe de plaisir, le principe de réalité exprime «la nécessité de prendre en compte la réalité extérieure. Il représente un accommodement nécessaire du principe de plaisir au monde extérieur». L'homme est donc limité dans ses recherches de plaisir par cette réalité qui ne l'autorise pas à tout, ou qui ne lui permet pas tout. C'est l'épreuve de la frustration. Elle est portée à son paroxysme lorsque l'individu doit faire face à un renoncement et de multiples pertes et du coup elle peut entamer l'élan qui permet d'agir et de se projeter dans l'avenir.

2.3 Objectifs thérapeutiques liés aux menaces pesant sur le sujet

Un objectif du projet thérapeutique visera, donc, à ce que le patient aphasique puisse poursuivre les échanges coûte que coûte avec l'autre, afin qu'il puisse continuer à aller à sa rencontre malgré le handicap survenu. En effet, la communication gravement troublée, le sentiment d'identité et de rapport à l'autre sont abîmés. Les sentiments à la base du sentiment d'identité, dont le sentiment de confiance, sont autant de sentiments ébranlés par l'avènement de l'accident cérébral.

2.3.1 Face aux menaces pesant sur le sujet...

Le *sentiment d'appartenance* participant au sentiment que possède l'individu de se sentir membre d'une communauté est attaqué par la stigmatisation liée à la pathologie. C'est une difficulté que connaissent couramment les personnes porteuses d'un handicap. Pour la personne souffrant d'aphasie le diagnostic est essentiel, mais en tombant, il constitue néanmoins une vraie menace en devenant une étiquette pouvant revêtir à elle seule la nouvelle identité du sujet. Elle est donc perçue au travers de son incapacité à parler et à comprendre normalement et n'est plus reconnue comme étant un interlocuteur potentiel dans l'interaction.

La personne souffrant d'aphasie sévère se sent exclue, comme isolée de la communauté des êtres parlants. Confrontée aux autres, qui parlent, comprennent vite, sont à l'aise dans les situations de

communication de la vie quotidienne, le processus d'identification réciproque, pour former un groupe de semblables, n'est plus possible. N'être perçu qu'au travers de sa différence entraîne donc, à la suite de la stigmatisation, une mise à distance et une déconsidération de la personne comme sujet. Le langage et la compréhension altérés de l'individu le font apparaître, aux yeux des autres, dans une étrangeté inquiétante qui l'isole: il n'est plus reconnu. La personne souffrant d'aphasie sévère, n'est plus suffisamment identique et se retrouve souvent en face de personnes n'osant plus l'échange, par crainte de l'incompréhension réciproque. La rencontre semble devenue impossible car la peur de l'autre s'est, insidieusement, immiscée au sein de l'interaction. La place d'interlocuteur est pour cette raison aussi, menacée. L'expérience de cette place d'interlocuteur offerte, à chaque séance, en présence des proches aussi, permet à tous de faire l'expérience du possible.

Le *sentiment de continuité* temporelle est fortement ébranlé par l'AVC générant un avant-un après, d'autant plus marqué qu'il est arrivé soudainement. La place d'interlocuteur attribuée à tout prix à la personne souffrant d'aphasie sévère, permet de conserver chez elle, le sentiment de se sentir un peu la même dans le temps puisqu'elle garde la possibilité d'être sujet dans la relation avec l'autre, encore, et ce, malgré les bouleversements dus à la maladie. C'est ce «un peu la même» qu'il est important de préserver au milieu du chaos provoqué par le «ne plus pouvoir» lié aux troubles linguistiques, cognitifs mais aussi aux incapacités physiques. Cela ne va pas de soi pour la personne devenue aphasique. Elle a besoin de rencontrer un professionnel qui vient dire et redire qu'elle ne pourra plus ETRE, ni exister exactement comme avant mais qui ouvre, en même temps à d'autres possibles qui vont permettre à l'identité d'évoluer. Ce qui sera possible correspond à un autre mode de communication via la place d'interlocuteur aménagée.

Concernant le *sentiment de confiance*, en se sentant exister pour les autres au travers de son statut d'interlocuteur, la personne renforce son sentiment d'existence et son désir d'actions, de rencontres car elle alimente aussi son sentiment de confiance.

2.3.2 ... la croyance du professionnel dans la capacité à endosser le statut d'interlocuteur

Le patient rencontre, au sein de la séance, un professionnel du langage et de la communication, doté d'un savoir-faire professionnel qui le rend confiant dans sa propre capacité à être l'interlocuteur d'une personne souffrant d'aphasie sévère. Cette confiance va permettre de dégager de la confiance pour le patient et l'inciter à prendre sa place d'interlocuteur dans l'interaction et lui ouvrir les portes d'expériences positivement vécues qui renforceront en retour la confiance insufflée dès le début de la relation thérapeutique. Cette idée d'expérience vécue auprès

de son thérapeute est essentielle car elle va autoriser, à force d'expérimentation et de dédramatisation, à extrapoler l'expérience d'être interlocuteur vers d'autres personnes de son entourage. En aidant la personne à se tourner vers l'extérieur plutôt qu'à se renfermer sur elle-même, sur sa souffrance, le thérapeute aide à maintenir une véritable «reconnaissance sociale» essentielle, qui préserve l'identité bousculée et maintient la personne comme sujet.

2.3.3 *Face aux multiples pertes...*

Lorsque la communication est très perturbée, De Partz¹⁰⁶ précise que «le patient aphasique aurait à faire l'expérience de la perte à différents niveaux. La perte de personne résulterait de la séparation qui s'installe entre la personne souffrant d'aphasie sévère, son milieu familial et social ainsi que la communauté où il vit. La perte de l'estime de soi proviendrait de la perception qu'a l'aphasique de la perte d'une partie de son intégrité physique et psychologique comparativement à l'état pré-morbide et aux autres. La perte de l'objet réfère à la perte de l'usage de certaines possessions (perte du travail, de revenus, de centres d'intérêt)». Là encore, une réelle menace guette la personne dans son intégrité psychique car toutes ces pertes peuvent générer des blessures narcissiques et nécessiter un processus de deuil parfois très douloureux à effectuer. La personne sévèrement atteinte est, de fait, confrontée à un (ou voit son) principe de plaisir contraint à des accommodements considérables face à la réalité de ses handicaps. Les renoncements, les deuils sont trop nombreux d'un seul coup. Cela ne peut pas ne pas entamer la confiance de base, déterminante pour le maintien de l'élan vital de la personne, déterminante aussi, pour éprouver du plaisir et en particulier du plaisir à se trouver en présence et en lien avec les autres.

2.3.4 *... le statut d'interlocuteur restaure le plaisir de l'échange*

La place d'interlocuteur à retrouver est absolument fondamentale. Elle est le but à rechercher car elle sauvegarde ce plaisir dans les échanges, primordial, pour demeurer en relation avec ses semblables. En préservant cette place, le professionnel aide au processus de deuil, aide à renarcissiser et contribue, dans le même temps, à maintenir la personne dans le plaisir de l'interaction, interaction humaine parce que le sujet compte pour un autre et que l'autre compte pour le sujet. Le plaisir réside donc dans cette rencontre et dans la place que chacun occupe en tant que partenaire dans l'échange. Il faut essayer de susciter encore le plaisir dans l'interaction humaine malgré tous les renoncements cités ci-dessus.

¹⁰⁶ « Aphasie », in Neuropsychologie de la vie quotidienne, coordonné par Juillerat Van Der Linden, A.-C., Gaubin, D., Le Gall & Van Den Linden, M., Solal, Editeur Marseilles (2008)-p138

Du plaisir éprouvé dans l'échange découle le désir d'aller vers autrui, d'initier et de renouveler les rencontres. Si la satisfaction, le bien être ne résultent plus des échanges, le sujet ne sera pas en manque de ce plaisir et ne le recherchera pas. Inévitablement, il s'isolera. C'est le principe du désir en psychanalyse, nous l'avons vu.

Le danger de la perte du désir de communiquer provient aussi de l'interlocuteur de la personne souffrant d'aphasie sévère. Le patient sévèrement atteint dans son environnement social et familial est sans cesse confronté à ce double obstacle qui menace son plaisir de communiquer: l'énonciation de la parole et la réception de cette parole par l'autre. En effet, au fil de l'échange cette parole destinée à être reçue est un challenge permanent. Elle engage tout l'être, expose, épuise la personne souffrant d'aphasie sévère. Mais elle oblige, aussi l'autre à s'engager, et ce, bien au-delà de ce qui est requis dans le cadre de la communication ordinaire. Etant donné que les deux versants, expression et production, du langage sont touchés, la personne souffrant d'aphasie sévère, par ricochet, va rendre son interlocuteur «aphasique» à son tour: il se trouve, lui aussi, dans la situation de ne pas comprendre et de ne pas être compris.

Le désir de rencontre est, réellement, menacé pour chacun des acteurs de l'échange.

2.3.5 *La situation spontanée en séance*

La priorité, dans le projet thérapeutique de replacer la personne souffrant d'aphasie sévère en vraie situation de communication, se réalise lors des échanges spontanés. Ils permettent au thérapeute de se positionner comme interlocuteur authentique pour qu'en second lieu, le patient se perçoive lui-même interlocuteur et qu'il puisse entretenir pour lui et les autres un désir réciproque de rencontre. Il faut, pour cela, parvenir à surmonter ce premier obstacle qui pousse le patient à croire qu'il n'est plus doué de langage. L'objectif thérapeutique visé d'aider le patient à retrouver une assurance, une sensation de plaisir et de liberté dans sa relation à l'autre est possible à travers les multiples situations d'échange qui se présentent spontanément en séance.

Le statut d'interlocuteur restauré via les situations d'échange spontané semble bien être une réponse aux nombreuses menaces pesant sur le sujet : il permet la consolidation du sentiment d'identité, une remise en confiance, une re-narcissisation, l'expérience du plaisir dans l'échange après l'accident cérébral et enfin le maintien du désir de rencontre.

2.4 Objectifs thérapeutiques liés à la nécessité de se raconter et de raconter

L'individu s'affirme comme sujet en donnant de lui, au contact d'autrui: «La fonction expressive de la parole humaine fait équilibre à sa fonction communicative (...). Pour communiquer, l'homme s'ex-prime, c'est-à-dire qu'il se met en œuvre, qu'il produit de sa propre substance. (...) L'homme vivant a toujours quelque chose à dire, comme une contribution à la réalité du monde dans lequel sa tâche est de s'affirmer.»¹⁰⁷. D'où découle le deuxième objectif (au service, aussi, du statut d'interlocuteur): permettre au patient de dire des choses de lui. Ce second objectif «fait équilibre», pour reprendre la formulation de l'auteur cité, au premier objectif développé précédemment. Si le patient aphasique perd l'usage de la parole, il a cependant besoin de ce qui fait, dans le langage, sa spécificité humaine.

2.4.1 *Aller au-delà du code normé*

Cette fonction expressive est assumée en très grande partie par le discours narratif, dans le cadre des échanges interpersonnels. Les troubles discursifs de la personne souffrant d'aphasie sévère sont tels que l'expression de la subjectivité, propre au langage, n'est plus possible, ni à travers la parole, déformée, ni à travers le discours, impossible à élaborer. La parole abîmée, impossible à reconnaître, ne parle plus du sujet. Il faut aller chercher ce dernier ailleurs, dans les évoqués, c'est-à-dire dans ses intentions, seules accessibles depuis l'AVC. Ses évoqués sont accessibles si et seulement si la place d'interlocuteur est reconnue. Il faut aller chercher le sujet, au-delà de cette parole défigurée pour reconnaître son existence et le garder vivant. Ce qui explique que, malgré la pathologie qui ne doit jamais être niée ou banalisée, malgré les troubles massifs du langage, malgré les énoncés syntaxiquement incorrects, le manque du mot, les paraphasies, les stéréotypies, le patient doit ressentir et faire l'expérience d'être rejoint par son interlocuteur ailleurs, au-delà du discours normé.

L'objectif ne sera pas d'éliminer le trouble du langage (même si l'amélioration des compétences langagières sera recherchée au moyen d'exercices spécifiques), ou de retrouver un langage le plus normé possible, qui correspondrait aux attentes de l'environnement. Il s'agit de ne pas être dans la réparation car le risque, alors, est d'enfermer le patient dans son statut d'être défaillant, incapable de communiquer tant qu'il ne sera pas réparé. Il s'agit, plutôt de permettre au patient d'oser aller chercher chez l'interlocuteur ce qui va permettre à sa parole d'être reçue et comprise quelles que soient les défaillances de productions. Peu importe la forme de ce qui est dit,

¹⁰⁷ GUSDORF G., *La Parole*. 8ème édition, Paris, PUF, 1977, p. 68-69

ce qui compte c'est ce qui va pouvoir être saisi et qui va permettre l'échange dans sa continuité. Le thérapeute ne recherche pas à réapprendre, en premier lieu, la parole avec ses codes linguistiques corrects mais à restaurer une dynamique qui permettra de rejoindre l'autre dans la communication. Cette dynamique provient du sens que saisit le thérapeute à travers tous les éléments de communication délivrés par son patient.

2.4.2 *Et aller chercher la subjectivité*

Le professionnel va chercher à faire émerger le sujet dans le discours, persuadé que même si le patient est entravé dans sa parole, il a pourtant des choses à dire. Le thérapeute ne va pas se focaliser sur la production bien articulée du signifiant mais être à l'écoute de ce que fait résonner le discours et retrouver la part de sujet par cette voie-là. Si l'orthophoniste interprète, cela se limite à une interprétation de l'intentionnalité présente, afin d'accéder au «vouloir dire» empêché. L'orthophoniste écoute ce que le patient veut dire sans viser à «l'interprétation» des contenus latents ou inconscients. Il faut que la personne souffrant d'aphasie sévère soit créatrice de son discours à travers ses choix de signifiants. Ce n'est pas la production normée qui permet le rencontre mais bien la subjectivité de ces choix. Evidemment, il faut que le discours soit suffisamment accessible à l'interlocuteur pour qu'il puisse entrer en résonance. D'où le travail spécifique sur la production normée à certains moments. C'est un paradoxe concernant la prise en charge des personnes sévèrement atteintes: si le travail rééducatif reste axé sur le code très perturbé, il se focalise sur ce qui, souvent, est sujet d'angoisse et ne permet pas la rencontre. En séance, la priorité est donnée à l'intention de chaque production même si un travail spécifique est mené.

2.4.3 *Pour se dégager du langage utilitaire*

Avec l'apparition de son trouble, la personne souffrant d'aphasie sévère peut vite être cantonnée au langage utilitaire. C'est pourquoi, il est important pour le patient de rencontrer quelqu'un qui le croit «capable de...», qui est confiant dans sa capacité à «dire» des choses de lui et de ce qui l'entoure.

Le patient peut rencontrer, nous l'avons montré, chez son thérapeute-interlocuteur quelqu'un qui le croit tout à fait capable d'endosser son statut d'interlocuteur. C'est cette conviction, contagieuse, qui autorise tous les sujets de conversation même les plus improbables en terme de capacités langagières pour la personne souffrant d'aphasie sévère. Elle va, effectivement, expérimenter qu'elle est capable d'échanger en dehors des préoccupations liées à l'ici et maintenant.

Elle n'a plus besoin de restreindre ses échanges aux besoins vitaux en référence à la situation présente: «j'ai soif, je veux sortir, je veux dormir». La conviction et la confiance du thérapeute dans ses capacités à communiquer de toutes les manières possibles, vont l'engager à ne rien s'interdire, en terme de «quoi dire». Et ce, même si le «comment dire» verbal fait obstacle. Le thérapeute cherche à redonner la possibilité d'expérimenter des échanges où le patient aura besoin de créer un discours qui qualifie ce qu'il pense. Sinon, il ne sera pas dans un rapport au langage qui permet la communication. Ses énoncés doivent porter quelque chose de lui afin que la personne ne se laisse pas installer dans un rapport d'immédiateté au monde avec un langage plaqué, afin que la fonction fondamentale de représentation puisse lui offrir la possibilité de faire des liens, de créer, de penser.

2.4.4 Pour renouer avec «la fonction émotive»

La vertu de la fonction expressive du langage est aussi dans sa valeur d'exorcisme, de catharsis. Elle est primordiale lorsqu'il s'agit d'aider la personne en souffrance. Or, nous l'avons vu, la personne souffrant d'aphasie sévère doit faire face à de multiples renoncements qui sont autant de deuils à réaliser et que le professionnel se doit d'accompagner. Pour cela, il faut accepter les échanges qui conduisent aux évoqués, relatifs aux sentiments de colère, d'incompréhension, d'angoisse. Ces échanges-là ne peuvent avoir lieu que si la personne sait qu'elle sera accueillie avec tout ce qu'elle apporte et qu'elle sera toujours écoutée dans ce qu'elle veut dire malgré les obstacles linguistiques.

2.4.5 Pour re-narcissiser et maintenir le sentiment d'identité

La fonction narrative du discours qui participe à la construction de l'identité et la maintient dans un continuum tout au long de la vie humaine est menacée par les troubles discursifs. Il est important, même si la narration n'est plus possible comme avant, qu'elle puisse exister et demeurer très présente d'une manière ou d'une autre. Tous les coups sont permis pourvu que patient et thérapeute réussissent à se rejoindre dans leurs évoqués au cours d'un vrai échange. C'est pour cela qu'il est indispensable pour le thérapeute de travailler dans le cadre d'une situation spontanée. L'échange doit être authentique, la curiosité réelle, le patient doit pouvoir parler de lui et le professionnel doit proposer de vraies questions. Les occasions de vivre avec un patient ces situations de réels échanges ne manquent pas. Elles font partie de ces «apports» à saisir absolument ou à susciter au besoin car à chaque fois l'estime de soi est consolidée et l'identité reconstruite via une expérience, nouvelle, de narration. C'est pourquoi il est important de laisser place à la

spontanéité de ce qui se présente, qui fait sens pour le sujet à ce moment-là, dans ce lieu-là et qui pose le cadre d'un vrai échange autour d'une rencontre ouverte. La conversation vraie ne peut exister que dans cet interstice et non au travers d'un exercice dirigé. En séance, le professionnel attrape ce qui arrive, qui vient de l'autre et va vraiment interroger puisque le professionnel ne sait pas tout du vécu, des expériences, des sentiments de son patient. Pour autant, le thérapeute ne mène pas une discussion ordinaire, il n'oublie jamais son objectif ; il sait, lui que cet échange est au service de la re-narcissisation et permet de renforcer un sentiment de cohérence et d'unité chez la personne. En offrant une possibilité de se raconter, le professionnel travaille au bénéfice de l'*identité narrative* dont parle Ricœur, qui va permettre à l'identité en crise, d'évoluer vers une identité re-construite au travers de ces expériences de récit de soi, si singulières.

Pour conclure cette partie théorique, il apparaît que l'approche envisagée n'est pas celle d'agir d'abord sur le trouble, elle est de s'occuper des difficultés du sujet qui lui sont propres et qui vont générer des besoins singuliers. Le projet s'élabore donc en fonction et également en accord avec la personne suivant le principe du consentement, principe aujourd'hui intégré à la pratique de tout soignant et par voie de fait, à la pratique orthophonique.

PARTIE PRATIQUE

Organisation de l'étude

1 Problématique

Pour quelles raisons et comment le projet thérapeutique gagne-t-il à se recentrer sur le statut d'interlocuteur avec la personne souffrant d'aphasie sévère? Quels sont les intérêts des situations d'échanges spontanés dans le cadre d'un tel projet?

2 Hypothèses

Le statut d'interlocuteur, préservé à tout prix, entretient l'appétence communicationnelle.

Le statut d'interlocuteur, conservé, soutient le développement des capacités de communication.

Le statut d'interlocuteur, restauré, consolide le sentiment d'identité.

La situation spontanée permet au patient d'endosser le statut d'interlocuteur en situation de communication authentique.

La situation spontanée favorise la re-narcissisation via le récit de soi et le sentiment de continuité temporelle.

La situation spontanée, en séance, permet au patient de vivre des expériences positives d'échanges qui autorisent un transfert vers l'extérieur.

La situation spontanée fonde la relation intersubjective au service de la relation de soin.

3 Méthodologie

La richesse du terrain d'observation avec trois patients tout au long de l'année a offert de très nombreuses situations servant notre réflexion. Le choix s'est orienté vers la retranscription de plusieurs extraits au sein d'une même séance ; à l'exception, toutefois, d'un extrait isolé qui correspond à un tout début de séance et à l'exception d'extraits d'une séance, non pas issue de l'observation d'un patient, mais constituée d'un entretien avec la conjointe de l'un d'entre eux.

4 Population de l'étude

Les trois patients rencontrés dans les retranscriptions souffrent tous d'aphasie Globale , ont passé plusieurs mois en Centre Régional de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles (CRRRF) puis, ont poursuivi leur rééducation orthophonique en cabinet libéral avec le même professionnel à raison de deux, trois ou quatre séances hebdomadaires d'une durée de quarante-cinq minutes. M G bénéficie d'une séance hebdomadaire par ce professionnel ou par son associée.

Par souci de confidentialité, nous les nommons M G, M B et M V. La conjointe de M V est appelée Mme V.

5 Démarche adoptée

La démarche, ici, se fonde sur l'observation des échanges entre l'orthophoniste et le patient, au sein des séances et est illustrée par la retranscription d'extraits choisis. La problématique posée, ici, n'engageait pas vers une étude comparative ou quantitative mais vers une analyse permettant de retrouver dans des extraits de séances les éléments confirmant ou invalidant, de façon complète ou partielle, les hypothèses posées en début d'étude. Il n'était pas envisageable de rechercher, évaluer et attribuer tel bénéfice à tel type d'exercice, dans cette approche thérapeutique, car c'est dans la trame générale que professionnel et patient co-construisent et mettent en œuvre le projet thérapeutique. La démarche est donc descriptive et qualitative : elle se réfère à l'analyse des observations et est soutenue, à la fois, par les données de la littérature, les très nombreuses discussions avec l'orthophoniste et une réflexion personnelle.

Le dictaphone est le matériel utilisé pour ce travail. Il a permis de réécouter les séances, de choisir les extraits qui ont servi de supports pour les analyses.

6 Présentation des patients

→ M G est âgé de 72 ans au moment de la survenue d'un AVC ischémique sylvien gauche entraînant une hémiparésie brachiofaciale droite et des troubles majeurs du langage. Il est marié et retraité au moment de l'accident. Il exerçait, auparavant, le métier de technicien de maintenance chez un concessionnaire automobile. Il aimait pratiquer des activités comme la marche, le jardinage et le bricolage.

La conclusion du compte rendu du bilan orthophonique, à deux semaines de l'AVC, indique « une aphasie majeure », « une expression orale spontanée réduite, une perte de l'informativité », « un trouble sévère de la compréhension orale et écrite » et « une motivation très forte » pour la rééducation orthophonique mise en place à l'hôpital.

Au moment de nos observations, M G est âgé de 76 ans et est suivi à raison de deux fois par semaine en séance individuelle.

→ M B est âgé de 53 ans lorsque survient un AVC ischémique sylvien gauche avec remaniements hémorragiques entraînant une aphasie mixte, une hémiparésie droite et des troubles de

la déglutition. Il vit seul en appartement au moment de l'accident. Il est journaliste et concepteur de sites. Il est passionné par la photographie, les voyages et l'indouisme. Il est célibataire mais ne vit pas isolé.

Au moment de nos observations, M B a 53 ans et est suivi à raison de deux fois par semaine en individuel avec l'orthophoniste maître de stage.

Un compte rendu de bilan orthophonique indique une «aphasie massive ne lui permettant pas d'être informatif ni d'avoir accès à une compréhension satisfaisante». Un bilan d'évolution, 6 mois plus tard, indique que les «difficultés restent nombreuses mais son appétence à la communication reste très importante (...). Il «arrive de mieux en mieux à se faire comprendre et à communiquer».

→ M V est âgé de 48 ans lorsqu'il est victime d'un AVC ischémique sylvien gauche entraînant une aphasie Globale ainsi qu'une hémiplégie droite. Il est marié et en activité professionnelle au moment de l'accident. Deux enfants vivent au domicile. Il est professeur de mathématiques en classes préparatoires et son épouse, professeur à l'université. Il apprécie particulièrement l'ornithologie, activité dans laquelle il s'implique en participant à des sorties organisées par une association.

Le compte rendu de bilan orthophonique indique que le langage oral est entravé par d'importantes stéréotypies et persévérations, il existe très peu de possibilités de répétitions, des difficultés praxiques au niveau du membre supérieur droit et au niveau bucco-facial, des difficultés de compréhension orale et des productions écrites très déficitaires.

Retranscription et analyse d'extraits de séances

1 Extraits de séances avec M G.

1.1 Séance 1

Illustration clinique : adapter le projet thérapeutique en fonction de la demande du patient.

Comment parvenir à un consensus quand la demande de réparation est la plus forte?

Comment recueillir un consentement au projet?

1.1.1 Rechercher un consensus

a - Dépasser le désir de réparation

Extrait 01'00 - 02'43

L'exercice consiste à lire à voix haute des définitions et à les relier au mot correspondant. Cet exercice a pour but de travailler la lecture et la compréhension du langage écrit. Il avait été effectué lors de la séance précédente et repris au domicile. M G devait le présenter en lisant les associations déjà réalisées.

G: Elle coupe...ch...merde...elle coupe

O: Les ch...

G: Les cheveux.

O: Oui.

Silence.

O: Le...

G: Le coiffeur.

O: C'est ça, mm...

G: Il fabrique du pain.

O: Qui ça?

G: Le boulanger.

Silence.

G: Il apprend à...merde

O: Aux enfants

G: Il apprend à

O: Aux enfants.

G: A..en...à..enfants

O: Oui.

G: A lire et à écrire.

O: Oui.

G : L'instituteur.

O: Eh..., Sylvie, avant, elle était institutrice.

G: Ah bon?

Stagiaire : Mmm

G: Eh ben dis donc Alors elle a gardé.

Stagiaire : ...Je me suis occupée de jeunes, oui, j'ai fait des cours et puis j'ai voulu changer de métier.

G: Mm

Stagiaire: Et puis, voilà, donc j'ai repris des études et c'est pour ça que je suis, maintenant, stagiaire à mon âge.

G: Ah bon, c'est bien.

Stagiaire : J'apprends un deuxième métier.

G: C'est bien.

O: Donc son premier métier c'était institutrice, et puis elle va changer, ...son deuxième métier ça va être....or...

G: Orthophonique.

O: (...).Et vous, vous avez fait combien de métiers, vous? Vous en avez fait plusieurs aussi des métiers, vous? (...)

M G a besoin de produire des exercices pour se rassurer sur la possibilité d'améliorer ses performances. Puisque ce patient donne la priorité au travail des exercices formels, l'orthophoniste décide de s'appuyer sur eux pour saisir les occasions d'introduire des expériences d'échanges. En effet M G consent à la visée d'être interlocuteur mais il faut que cela s'inscrive dans un cadre de travail de production d'exercices, sans lesquels, l'échange orthophoniste-patient est perçu comme du «papotage» non productif. Pour M G, un travail passe par la production d'un écrit. Il faut donc petit à petit trouver un consensus, sans quoi la visée de restaurer le statut d'interlocuteur ne sera pas efficace. Au cours de la lecture à voix haute de l'exercice préparé et réalisé à la maison, l'orthophoniste profite du mot «institutrice» pour sortir de l'exercice. Ce n'était pas prévu comme cela évidemment. Mais l'occasion de ma présence permet de placer le patient, tout naturellement, en situation d'échange spontané avec un interlocuteur pas encore très familier (début du stage). Rapidement, le professionnel fait en sorte que M G soit amené à parler de lui.

b - Mutualiser le projet du thérapeute et les besoins du patient.

Cet extrait montre qu'un consensus a été trouvé. En fait, chacun fonctionne avec l'attente de l'autre. Du côté de l'orthophoniste, elle n'accède pas uniquement à la demande de production, elle replace le patient dans une situation d'interlocution ; du côté du patient il est rassuré parce qu'il réalise un exercice en lien avec ses difficultés. En effet, à moins de 2 mois de l'AVC, le compte-rendu de bilan signale «une lecture à voix haute déficitaire (5/17) et parasitée par des persévérations, paralexies phonologiques et des néologismes» ; quant à la compréhension écrite de mots, elle est «très échouée», si bien que la compréhension de phrases n'a pas été proposée. M G se trouve donc bien en situation de travailler ce que les bilans ont mesuré comme échoué mais, en

même temps, il accepte - moyennant des sollicitations - de se lancer dans l'interaction. Les projets de chacun sont bien mutualisés.

Ce choix thérapeutique de replacer coûte que coûte le patient aphasique dans une situation d'échange naturel n'est pas simple pour M G. De par son histoire personnelle, culturellement aussi, M G a moins de facilité que M B ou M V pour se lancer dans un échange et le maintenir. Par exemple, à la fin de cet extrait, la perche proposée par l'orthophoniste de s'intéresser au parcours de la stagiaire n'est pas attrapée. M G a eu l'occasion de me manifester son plaisir à me voir au cours de séances précédentes. Ce n'est donc pas un manque d'intérêt par rapport à la personne mais plutôt une perte de l'habitude à endosser spontanément le statut d'interlocuteur. D'emblée, il n'interroge pas le «quand», «pourquoi», «comment»... et il ne cherche pas à faire du lien avec ses expériences personnelles. Son mode de pensée n'est plus dans une recherche de compréhension. Il est axé sur le factuel. Ce constat ne se limite évidemment pas à cet exemple, c'est un fonctionnement récurrent chez M G.

c - Solliciter le statut d'interlocuteur...

Suite immédiate: extrait 02'43-5'35

G: Oh, ben, dans le temps j'ai....

O: Vous avez fait quoi, vous?

G pointe du doigt le haut de son crâne: ben, j'ai... du mal...j'ai du mal...

O: Oui, oui, oui, oui, ça on est d'accord mais...

G: C'est terrible.

O: Oui, oui, oui, mais c'est intéressant quand même,... qu'est-ce que vous avez fait comme métier, vous?... Moi, j'en ai fait qu'un, moi. J'ai fait orthophoniste, c'est tout (...) alors que Sylvie elle en a deux, (...) vous, vous avez fait quoi comme métier vous?

G: J...j...euh

O: (...) Je sais que c'était dans;...vous faisiez des pièces, des choses comme ça,... mais je me rappelle plus exactement...Vous fabriquiez des pièces, non?

G: Oui, des pièces.

O: Mais pourquoi? Des pièces de quoi?

G: Des pièces pour...ben, des pièces que vous apprenez à faire puis vous fermez des trucs...toc, toc, toc, toc ...oh merde...j'ai du mal là. Il pointe à nouveau le haut de son crâne.

O: Oui, c'est sûr mais c'est pas grave, ça nous intéresse quand même. Alors vous fabriquiez des pièces, c'est ça, vous aviez des machines?

G : Oui, oui.

[...]

G: J'ai fait des multiples.

O: Ah bon?! Quoi par exemple?

G: Ben...comment on peut dire, y a un truc là, on appelle un...

O: Un plan?

G: Non,

S : Un menu?

G: Hein?

Stagiaire : Menu?

G: Non, non ... une pièce, une pièce ...une pièce!

O et stagiaire : une pièce!

Stagiaire : Ah voilà.

G: Oui, elle a fait...fait...du...du...oh du..

O: Vous pouvez écrire là-dessus si vous voulez, c'est du brouillon... ou dessiner quelque chose ? Pour qu'on comprenne, aidez-nous.

G: Ben...si...si moi ...moi ...je ...j'ai rien là. Il montre son crâne.

O et la stagiaire en souriant : mais si! Mais si!

O: Mais si, vous savez.

G: Oh non, non, non.

O avec un ton enjoué : si! Moi je vous le dis. L'orthophoniste rit et tapote sur la table. De toute façon vous ne sortirez pas d'là tant qu'on n'aura pas compris!

M G rit.

O: Vous restez là toute la journée s'il faut mais ...

G en riant : oh là, oh là.

O: C'est quoi cette histoire de pièces? Vous les fabriquez avec des machines?

Les comptes rendus de bilan mentionnent que M G et son épouse depuis l'accident cérébral (04/07/08) vivent très difficilement les difficultés de langage liés à l'aphasie. Régulièrement par les différents professionnels, il est indiqué que M G n'accepte pas ce handicap langagier et qu'il souffre de ne pas pouvoir communiquer avec son entourage. Cela transparaît souvent au cours des échanges: le manque du mot, l'aspontanéité verbale le renvoient à son handicap et il exprime clairement son désarroi dans ces moments-là, en pointant du doigt son cerveau. L'orthophoniste va donc s'y reprendre à plusieurs fois, sans abandonner, pour lancer un échange: «**Vous avez fait quoi, vous? Qu'est-ce que vous avez fait comme métier, vous?**» Etc...

Le travail d'acceptation des déficits langagiers pour ce patient est extrêmement compliqué. Un courrier de l'orthophoniste adressé à son médecin généraliste un an et huit mois après l'AVC, informe que M G demande toujours des exercices à faire à la maison pour que «ça revienne dans sa gorge». Sa croyance est dans le pouvoir des exercices à réparer, il a du mal à se laisser aller aux échanges.

Ainsi, il ne saisit pas non plus, tout de suite, des moyens supplétifs présentés par le professionnel pour poursuivre la conversation: «**Vous pouvez écrire là-dessus si vous voulez**». Et ce d'autant plus que M G est peu porté vers la fantaisie ou le lâcher prise. Ce qu'il veut dire ne sort pas, donc tout s'arrête et est relié à l'aphasie, qui colle comme une étiquette. Le signifiant «aphasique» a totalement envahi son identité. C'est devenu une vérité scientifique qui prend toute la place. Le problème dans le cas de M G, est que cette vérité, devenue véritable étiquette, a été entretenue par son épouse qui a toujours vécu très difficilement les difficultés de son mari, restreignant définitivement ses activités

personnelles, sociales... puisqu'il ne peut plus parler. Le sujet lui-même finit par se conformer à cette nouvelle identité.

d - ...via l'échange spontané

En séance, il s'agit donc à tout prix de restituer cette place d'interlocuteur perdue, en l'attribuant au patient malgré sa croyance en son incapacité à communiquer:

G en montrant son crâne: *ben...si...si moi ...moi ...je ...y a rien là.*

O et la stagiaire en souriant: *mais si! Mais si!*

Pour l'orthophoniste, le premier travail est de lui proposer un autre regard, de lui attribuer cette place qu'il ne veut plus prendre car il pense ne pas être capable de communiquer. La menace de perdre totalement le désir des échanges est grande lorsque la confiance est très entamée. C'est pourquoi le principe de bienfaisance fait que le thérapeute s'autorise, ici, à injecter ce qu'il croit bon pour son patient à ce moment-là de la séance, en le taquinant:

O: *vous restez là toute la journée s'il faut mais ...[...]* c'est quoi cette histoire de pièces? Vous les fabriquez avec des machines?

M G a tout à fait perçu l'humour dans l'injonction: «G en rigolant : oh là , oh là». Il comprend cette phrase comme un désir de communiquer avec lui et non comme une menace. Il s'ensuit un échange de près de 5 minutes où M G va finalement prendre appui sur le brouillon pour nous aider à comprendre ce qu'il fabriquait comme pièces.

e - Prendre en compte le besoin de réparation

Suite non immédiate: extrait 12' 55 - 13'20

Reprise de l'exercice interrompu

O : *Allez on enchaîne... parce qu'après il faut qu'on ait le temps de finir ça ...et de faire un autre exercice, hein?*

G rit : *Oh!*

O: *Ou alors, eh,... ou alors on papote.*

G: *Oh non, non, non ...on le fait.*

Court silence.

O: *Il répare...*

G: *Il répare les voitures, le garagiste.*

O: *Oui.*

G : *Il construit des maisons: le maçon.*

[...]

L'orthophoniste sait que l'attente de son patient est très importante concernant le travail

préparé à la maison et qu'il faut également le temps de comprendre les consignes du prochain exercice que demandera inmanquablement M G avant de partir. Pour lui, nous l'avons vu, ils conditionnent ses progrès linguistiques. Par conséquent, l'orthophoniste tient compte de sa préférence singulière et sollicite le retour à l'exercice tout en laissant l'opportunité de poursuivre l'échange. Le thérapeute ne s'enferme pas dans un «trop vouloir le bien» pour l'autre souffrant. Le risque en effet serait de développer une forme de violence en allant à l'encontre de ses besoins singuliers et/ ou d'entraîner une non adhésion au projet thérapeutique via une perte de confiance.

f - Négocier le projet thérapeutique

Suite non immédiate: extrait 23'26 - 25'48

M G a demandé un travail sur les outils suite à un autre moment d'échange qui s'est installé au cours du même exercice. L'orthophoniste peut lui en proposer un qui l'intéresse et lui laisse le temps de le découvrir avec moi. Elle en profite, un peu à l'écart dans son bureau, pour chercher sur internet les outils d'usinage pouvant se rapprocher de ceux utilisés par M G quand il était en activité en tant que technicien de maintenance chez Citroën. Elle lui demande de la rejoindre. Je m'approche également.

O: Vous travaillez avec des machines comme ça?

G: Ben, oui

O: [...] Vous aussi vous aviez des grosses machines comme ça dans votre usine?

G: Oh oui, oui...on avait des trucs...euh..

O: D'accord ! Ok.

G: Mais moi...moi...je...je viens avec ... donner voir.

O: Oui dans 15 jours vous nous faites un cours d'usinage!

G: Oh, ben, ça ça j'peux pas parce que ... je peux rien faire mais enfin.

O: «Rien faire», non, mais vous allez nous expliquer.

G: Vous expliquer.

O: On essaiera de faire un plan.

G: Un plan,

O: On fera ça.

G: Un plan, un plan ...oh ben y a..y a...quelque chose de...

O: On essaiera de faire des plans, ça peut être rigolo.

G: Voilà, voilà, mmm.

O : Bon alors, avec des grosses machines... ou alors est-ce que des fois ...

G: Oh, ben... de tout parce qu'il faut fermer des trucs qui font ..ça fait ça là ... tac là, et puis ça fait comme ça et puis après vous faites pchhchchch

MG utilise des gestes avec ses mains pour mimer les mouvements des machines permettant ainsi à ses interlocutrices de «voir» ce qui se passe.

O: Ah, faut que ça s'emboîte.

Stagiaire : Des soudures...

G: Voilà.

Stagiaire : Des soudures...

G: *Voilà, la soudure, la soudure!*

O: ***Ahh, la soudure!***

G: *La soudure.*

O: ***Ah d'accord.***

Stagiaire : *Oui, vous emboîtez les pièces puis après vous les soudez entre elles.*

G avec un très large sourire: *Voilà, voilà... C'est bien, c'est bien! C'est bien!*

Rire de MG qui me saisit la main et me la serre longuement.

O **s'adressant à moi: *Il est content!***

[...]

O: ***Mais vous voyez, c'est ça le plaisir de trouver ... Regarde: comme il est content! c'est ça qui est génial ... Ça vous fait plaisir qu'elle ait trouvé?***

G toujours riant : *Ben oui.*

O : ***Oui, oui ... y a de l'émotion là, il y a beaucoup d'émotion pour M G.***

G riant: *Ben oui.*

O : ***C'est ça qui est important, c'est de discuter comme ça aussi.***

G: *Ben oui.*

O: ***Tant pis pour les exercices, on discute, d'accord?***

G: *Ah bon!*

[...]

O : ***Vous repartez avec le boulot de nous amener votre ... hein ?***

G: *Oui, oui, oui, je vais lui dire ce qu'on a fait là.*

[...]

O:***Vous amenez votre sacoche carrément.***

G: *Voilà.*

O: ***Ah super,... vous êtes content?***

G riant: *Ouiiii!*

Au début de cet extrait, l'orthophoniste recueille l'accord de M G sur le projet de venir avec un support lui permettant de nous expliquer un peu de son ancien métier. Du coup, elle recueille l'assentiment du patient à endosser une place d'interlocuteur, lors de la prochaine séance. Pour cela elle le motive et le met en confiance: « On essaiera de faire des plans, ça peut être rigolo ». Les plans sont familiers à l'univers technique de M G, le thème des outils correspond à ses centres d'intérêt: bricolage, jardinage. Ce projet est explicitement repris en fin d'extrait: «Vous repartez avec le boulot de nous amener votre ...hein / vous amenez votre sacoche carrément». En effet, le consentement recueilli sur le projet qui s'est élaboré en accord avec le patient et au cours d'une interaction spontanée ne peut être considéré comme définitif et doit être accompagné.

Le projet de replacer la personne souffrant d'aphasie sévère dans un statut d'interlocuteur s'élabore bien par étapes. Ce projet est tout d'abord expérimenté en séance au gré des va-et-vient entre situations d'échanges spontanés et retours aux exercices. C'est une véritable négociation vécue qui se joue entre M G et la praticienne, cette dernière toujours à l'écoute et pensant régulièrement à s'enquérir des besoins propres de son patient : «**Tant pis pour les exercices, on discute, d'accord?**». Cette négociation se réalise progressivement et est à redéfinir. C'est un aspect

absolument essentiel. La négociation est au cœur du recueil du consentement du patient ; or sans les mots, sans la possibilité de construire un discours linguistiquement fiable, cette négociation est en passe de ne pas se faire.

Il est néanmoins possible de la préserver, à travers l'expérience vécue en séance.

g - Prendre en compte la singularité du patient

Le fait que le thème du futur échange corresponde aux centres d'intérêt de M G l'aide non seulement à se sentir capable de communiquer mais aussi cela l'aide à maintenir une continuité identitaire et une cohérence par rapport à son histoire de vie, ses valeurs et ses habitudes. C'est là un élément primordial quand les comptes rendus de bilans précisent que les troubles langagiers ont généré beaucoup de tension dans le quotidien du couple et entraîné d'importantes restrictions en terme d'activités, de loisirs et de vie familiale pour M G: «Mme G [...] a réellement supprimé de leur vie un certain nombre de distractions».

Donc rien ne relève de l'improvisation totale, tout est sous-tendu par un parti pris sur le langage et ce qu'il représente pour le sujet. Le recueil du consentement du projet, pour la séance d'après, permet d'installer les échanges dans une continuité qui donne envie au patient de revenir pour partager des morceaux de vie le re-narcissant. Cela crée, dans le même temps, un désir d'échange, véritable moteur du projet thérapeutique établi en accord avec le patient.

G: Oh, ben, ça ça j'peux pas parce que ... je peux rien faire (...)

O: «Rien faire», non, mais vous allez nous expliquer.

Les moments de désarroi sont pris en compte, mais rapidement avec M G. L'orthophoniste tient à les valider mais sans s'y attarder et cherchant toujours à ouvrir sur un autre possible: d'où le «mais» accompagnant inéluctablement la prise en compte de la difficulté verbalisée: «non, mais», «oui, mais», «c'est ça mais». Le professionnel a, en effet, déjà consacré un certain nombre de séances à l'aider à verbaliser sa souffrance et à discuter de sa pathologie. Et cela, de différentes façons: seul ou avec sa femme, à domicile lorsque les sujets de souffrance étaient en rapport avec son quotidien. Cela a pu faire l'objet d'une séance entière, parfois. C'est pourquoi, lorsqu'il fait prévaloir son incapacité à parler correctement comme une entrave à la communication et ce, plusieurs fois par séance, le professionnel préfère ne pas le laisser s'enfermer dans ce thème, elle sait que ce ne sera pas constructif puisque cela ne dépassera pas le stade de la plainte et, du coup, s'y arrêter n'est plus thérapeutique. Par contre, elle demeure attentive à ménager des moments de verbalisation autour de sa souffrance.

1.1.2 *Vivre une expérience positive et recueillir le consentement*

a - Faire l'expérience d'une rencontre d'évoqués à travers l'échange

G: Oh, ben... de tout parce qu'il faut fermer des trucs qui font ...ça fait ça là ... tac là, et puis ça fait comme ça et puis après vous faites pchhchchch.

MG, pris dans l'échange, a recours aux appuis gestuel (gestes manuels d'emboîtement) et paraverbal (pchhchch). Ce qui est éloigné de sa façon d'être vient prendre le dessus quand le désir de se faire comprendre le laisse aller à essayer. Cela aboutit à la fois à une rencontre d'évoqués provoquant un vrai plaisir et à la mise en avant d'un savoir-faire antérieur renvoyant à un j'étais «capable de faire» propice à le re-narcissiser.

L'orthophoniste a, tout d'abord, induit au sein de la séance cette possibilité d'être en situation d'interlocuteur puis, à l'occasion d'une expérience réussie, elle ouvre l'espace d'un échange sur ce que la personne a ressenti. Ce ressenti est révélé par le réel plaisir que chaque acteur a éprouvé à se comprendre. C'est ce moment fort que je vis avec M G lorsque nous nous retrouvons autour de «soudure». Comprenant que je l'avais compris, son visage s'est très largement éclairé et il m'a serré la main et l'a tenue plusieurs secondes en la secouant sous l'effet de la joie de s'être entendus sur ce qu'il voulait dire.

b - S'assurer du plaisir éprouvé et le verbaliser

L'orthophoniste met bien en valeur ce moment en verbalisant l'émotion éprouvée. J'ai saisi, plus tard, que c'était une manière de reposer le projet thérapeutique que de souligner ce plaisir éprouvé et de valider le fait que l'objectif premier est de faire ce type d'expérience.

O:Ça vous fait plaisir qu'elle ait trouvé?

G toujours riant : Ben oui.

Ainsi, l'orthophoniste vérifie, également, que le patient prend du plaisir et éprouve un bénéfice dans ce genre d'expérience, suivant ainsi le principe de non malfaisance. Par conséquent, il faut accompagner la personne un certain temps pour qu'elle puisse accepter de parler de façon singulière, encore plus singulière. Il faut aussi s'assurer qu'elle s'y retrouve et qu'elle en ait le désir. Parfois, le désir de réparation reste plus fort comme avec M G. Le chemin est souvent long à parcourir et de multiples rencontres positives sont nécessaires pour retrouver une certaine assurance. Concernant M G, le fait qu'il avance très difficilement vers l'acceptation d'être aphasique et qu'il ne projette pas de trouver des moments de plaisir en raison de ses troubles rend l'adhésion au projet plus compliquée. Sa demande d'exercices et son accroche à ceux-ci lors des séances me

semblaient au début un évitement du projet thérapeutique. J'ai compris, après discussion avec l'orthophoniste, qu'il ne fuyait pas la situation de conversation en séance, il fuit l'objectif visant à garder le statut d'interlocuteur avant la démarche de réparation de l'outil. Il a besoin de faire l'inverse. M G place en premier la recherche de l'outil et réclame des exercices. Mais il prend beaucoup de plaisir, nous l'avons vu, lorsque au détour d'un exercice le professionnel le repositionne «discrètement» en interlocuteur, dans une conversation spontanée. La négociation est en œuvre car l'orthophoniste doit susciter le désir de rencontre qui permettra peut-être naturellement de contrebalancer l'ordre des priorités. Ceci sachant que la réparation est médicalement improbable. La négociation prend alors une dimension temporelle. Il s'agit bien d'une rencontre ouverte entre le professionnel et le patient que chacun des deux protagonistes peut influencer au cours du temps.

En fait, souvent, c'est le désir de renouer avec la vie vraie, et les relations humaines véritables qui amènent la nécessité d'emprunter cette voie. C'est pourquoi, parallèlement à ces mises en situation d'interlocution au sein du cabinet, l'orthophoniste a accompagné MG en 2011, vers l'association «Aphasie 49», autre manière de relancer l'appétence communicationnelle via le besoin d'échanger avec d'autres personnes. Elle est allée avec son patient accompagné de son épouse pour leur première participation à cette association.

1.2 Séance 2

Illustration clinique: la perte de l'autonomie du sujet.

Quel est l'intérêt de l'échange spontané en séance?

1.2.1 Révéler les besoins propres du patient

Extrait 00'16 - 03'12

O : *Alors on y va. Qu'est-ce qu'il faut faire?*

[...]

G : *Un bouton. Coudre.*

O : *Oui.*

G : *Boire, un café.*

O : *Très bien.*

G : *Offrir, des fleurs*

O : *mm (...) Vous faites ça, vous, offrir des fleurs?*

G : *Ben, oui.*

O : *Vous en offrez des fleurs?*

G : *Ah, ben, moins maintenant, c'est ...*

O (rire): *Ah, pourquoi moins maintenant?*

G : *Oh, ben y a...on n'a pas, pas fait ...mais on n'est pas...*

O : *Je n'ai rien compris!*

G rit.

O : *On n'a pas fait quoi?*

G faisant un geste de la main : *Oh, ben, on met pas du...on met pas du...*

O : *Ah, vous n'avez pas d'argent pour acheter des fleurs.*

G : *Voilà, voilà.*

O : *Parce que vous, vous n'avez pas d'argent dans votre porte-monnaie? Qui est-ce qui a l'argent?*

G : *Ben elle me donne le...le ...un...un...*

O : *Elle vous donne un petit peu.*

G : *Un peu là et puis on a...on achète un ...merde...merde.*

(...)

O : *Mais vous..., si vous voulez aller acheter quelque chose, vous. Est-ce que...*

G s'exclamant très vite : *Elle veut pas!*

O : *Pourquoi, elle ne veut pas?*

G : *Ah, ben là là! Ch'ais pas. Que voulez-vous faire?*

O : *Ah, donc vous n'avez pas d'argent pour pouvoir acheter des petites choses.*

G : *Non! Même pas!*

Court silence.

O : *Rien du tout?*

G affecté : *Non.*

Court silence.

O reprenant doucement: *pendant un moment, on en avait parlé de ça avec Ginette... que vous*

ayez un petit peu de sous pour aller acheter un journal,... pour aller...

G : Oh, ben oui ça oui pour...là...là ...un truc comme ça là.

O : Vous avez une petite pièce?

G : Oui.

O : Vous avez juste ce qu'il faut pour acheter le journal? C'est tout?... Vous n'avez pas un petit plus?

G : Non, non.

O : Et vous..., vous êtes d'accord avec ça?

G : Ben, non, mais faut faire...

O : Parce que pendant un moment,... on disait que c'était bien que vous ayez un petit peu de sous. Comme ça si vous aviez envie de quelque chose... à un moment donné...

G : Ben, oui, mais maintenant, maintenant non.

Qu'a permis l'échange spontané provoqué par le professionnel ici? Il met à jour le manque d'autonomie extrême de M G dans la vie quotidienne. Celui-ci apparaît comme totalement dépendant de sa femme, y compris sur le plan financier ; et l'échange spontané qui a lieu, aux détours de la sortie d'un exercice, prend vite une tonalité douloureuse. M G semble très affecté et se résigne à une situation qui de toute évidence le fait souffrir. Il s'est instauré dans ce couple, en raison de l'aphasie, une relation faisant penser à une forme de tutelle qui enlève à M G cette liberté d'avoir des envies et des besoins sans devoir en rendre compte à quiconque. MG subit les décisions que son épouse prend à sa place. Il n'a plus la liberté d'agir sur son environnement, ni de donner son avis:

O : Et vous..., vous êtes d'accord avec ça?

G : Ben, non, mais faut faire...

Cet extrait montre bien que si la conduite de l'exercice s'était poursuivie de façon canonique, le problème de l'autonomie, constitutive du sujet, n'aurait pas été soulevé et la souffrance de M G ne serait pas apparue avec cette acuité. Souffrance d'autant plus poignante qu'elle n'a pas fait l'objet d'une plainte. Elle a émergé naturellement d'un échange qui a laissé pudiquement la place à des révélations douloureuses et au terrible constat d'une liberté individuelle limitée par autrui qui pense «à la place de...». M G, en difficulté pour endosser son statut d'interlocuteur, renvoyant régulièrement son incapacité à parler comme une incapacité à communiquer, n'a pas les armes pour discuter avec sa femme et faire comprendre ses besoins propres. Il renonce. Mais le souci du professionnel est bien de permettre au sujet d'exister malgré l'aphasie et de maintenir une certaine qualité de vie.

O: Faudra en rediscuter de ça avec Ginette ?

G tout doucement : *mm...of ch'ais pas*

O en souriant et détendant l'atmosphère : Oh, je sens que je vais me faire payer le café encore cet été, moi! Il va falloir rediscuter de ça avec Ginette.

G riant: *Oh, oh!*

[...]

G: *Bon, allez. Habiter, un appartement.*

O: Oui.

G: *Fermer, un couteau.*

O: Schlac, oui, on peut.

G: *Ouvrir la porte.*

(...)

1.2.2 Souligner la corrélation entre le statut d'interlocuteur et l'autonomie

Evidemment, il ne s'agit pas de juger l'épouse de M G et il est difficile de bien mesurer ce qui relève du caractère de chacun, et d'évaluer ce qui relève des modifications à l'œuvre après le traumatisme vécu par tout le monde, en fonction de ce qu'étaient les rapports auparavant, de la liberté préservée par chacun au sein de la relation dans le couple. Mais, dans tous les cas, cet extrait permet de souligner combien le statut d'interlocuteur non endossé dans le quotidien laisse libre champ aux autres pour décider à la place de la personne souffrant d'aphasie sévère. C'est pourquoi, ce statut d'interlocuteur est à retrouver absolument, pour préserver une forme de liberté individuelle constitutive du sujet: liberté de questionner, de dire non, de décider. Si Mme G peut décider à la place de son mari, c'est bien qu'il a renoncé à quelque chose dans la vie de tous les jours.

De son côté, Mme G est elle aussi en demande de rencontres à son domicile pour évoquer ce que représente pour elle l'aphasie de son mari dans son quotidien. Le premier rendez-vous à domicile s'est fait en été autour du thème du potager, thème qui était conflictuel puisque c'était le domaine de M G et que depuis l'AVC, le sentant diminué dans ses capacités à le mener à bien, elle y mettait son grain de sel. Désormais, c'est un peu un rituel, et c'est surtout une demande de la part des deux conjoints que l'orthophoniste vienne prendre le temps d'évoquer avec eux ce que représente leur quotidien, à leur domicile. Le thème de l'argent a d'ailleurs déjà été évoqué: M G ne pouvant plus se repérer dans le rendu de monnaie, il était de fait incompétent pour aller acheter quoi que ce soit. L'orthophoniste a donc repensé avec eux ce que pouvait représenter pour M G mais aussi pour Mme G une reprise de certaines habitudes comme aller chercher le journal et le pain, seul, à pied.

La question se pose à nouveau : à quoi ça sert d'aller acheter le journal quand on souffre d'aphasie

sévère ?

Le journal appartient à l'univers de M G et le relie à ses habitudes personnelles passées: lui permettre de poursuivre ces rituels qui consistent à sortir seul, être en contact avec le commerçant du quartier pour demander et acheter son journal, est une façon de consolider le sentiment de continuité temporelle. Ce ne sont pas de minces détails ces multiples liens avec la vie antérieure ; ils créent des repères dans la vie d'aujourd'hui en faisant le lien avec le vécu de la personne. Ils font partie intégrante du sentiment d'exister pour autrui et pour soi-même. Alors quelle intervention possible auprès du proche? L'intention du professionnel n'est pas de s'ériger en avocat de l'un ou de l'autre mais de discuter à nouveau de ce que peut représenter les rituels coutumiers pour M G.

Ce moment important dans l'échange spontané va donc engager un travail de la part du professionnel auprès du proche qui s'intègre bien dans le projet thérapeutique. Mais, dans cet instant précis de la séance, il n'empêche pas la reprise immédiate de l'exercice car il s'agit de toujours ménager cet espace pour M G: c'est sa demande. L'orthophoniste n'oublie jamais de composer avec la demande de son patient tout en étant très vigilante à saisir les éléments qui menacent le statut d'interlocuteur dans le quotidien.

2 Extraits de séances avec M B.

2.1 Séance 1

Illustration clinique :

- introduction et enjeux des exercices formels dans le cadre du projet thérapeutique centré sur le statut d'interlocuteur à retrouver.
- conditions requises et précautions à prendre pour gérer l'échange spontané.
- gestion de l'action thérapeutique et de l'échange spontané.

Montrer l'introduction et les enjeux des exercices formels: comment concilier les exercices formels et l'échange spontané?

2.1.1 Proposer une situation de communication authentique

a - Donner de soi mais laisser la place à l'autre

Extrait 1'30 - 2'44

O: *Je pensais à discuter...J'ai une idée ce matin parce que ce week-end on a fait de la photo. (O reprend un peu plus lentement) Chez moi, ce week-end avec mon petit garçon, on a fait de la photo.*

B: *D'accord, ok.*

O: *Parce qu'il a eu un appareil pour ses 10 ans.*

B: *Très bien, c'est bien.*

O: *Voilà. Et donc on était en train de lui expliquer cette histoire de l'ouverture (O fait le geste d'un rond qui s'ouvre avec ses mains) vous voyez, de l'ouverture*

B: *Oui*

O: *Et de la vitesse pour la lumière.*

B: *Des deux, les deux...euh*

O: *Il y a un rapport en fait.*

B: *C'est ça, c'est ça*

O: *Soit on demande à l'appareil photo de se débrouiller et on le met en....*

B: *Euh*

O: *Aut....*

B: *....Oui soit on le met...n'importe quoi, il sera bien, il sera bien, normalement*

O: *Voilà, soit on ne met pas en automatique, on met en m...*

B: *Mm...aer*

O: *Voilà, en.... manuel. Et du coup à nous de gérer l'ouver...*

B: *Rrr / O: l'ou..ver...ture*

O: *Et puis la vi...*

B: La riba

O: La vi...tesse. / B: la ri...belle.

B: Oui.

O: Alors comment ça s'organise cette affaire-là?

B : Et ben ...c'est ... après vous avez...

O s'adressant à moi: Tu connais, toi Sylvie, ou pas trop?

Stagiaire : Non pas trop.

O: Alors moi ... je connais. Il faudrait expliquer à Sylvie.

L'échange spontané ne signifie pas l'improvisation totale. Il peut naître à partir d'une idée venant du professionnel sans pour autant perdre de son caractère naturel, c'est-à-dire rester un échange autour d'un thème sur lequel les deux interlocuteurs sont en accord pour discuter mais ne savent, ni l'un ni l'autre, à l'avance ce qui va être dit, ni comment cela va être dit. Ici, inévitablement, les connaissances en photographie de l'orthophoniste faussent un peu la situation ; alors comme j'en possède moins dans ce domaine, l'occasion est tout de suite saisie pour que la discussion s'engage entre nous trois mais que les explications de M B me soient plus précisément adressées. Ainsi, la conversation qui a lieu demeure un véritable échange d'informations entre interlocuteurs. Le souci du professionnel est toujours de placer son patient dans une vraie situation de communication, la moins artificielle possible en évitant de poser des questions auxquelles il a déjà les réponses.

C'est pour cela aussi que l'orthophoniste peut être amenée à travailler en donnant d'elle-même. Au tout début de l'extrait, elle donne un peu de son vécu personnel pour installer l'échange. Ce qu'elle pose là en séance reste de l'ordre du factuel. C'est à la fois un élément essentiel, indispensable pour que la rencontre ait lieu: donner un peu de soi va devenir le moteur de la conversation, donner du sens à l'échange et l'ancrer dans le non-artificiel: «*On était en train de lui expliquer cette histoire de l'ouverture [...] et de la vitesse pour la lumière*». Mais c'est aussi un élément avec lequel il faut être très au clair pour ne pas sortir du cadre thérapeutique; d'où l'absence de ressenti autour des faits personnels livrés au patient. Les affects ne sont pas partagés avec le patient et surtout le lien avec ce thème est évident pour M B, habitué à parler photographie avec son orthophoniste. Le professionnel laisse plus de place à l'autre qu'à lui-même lorsqu'il est amené, au fil des séances qui s'enchaînent à parler de lui et donc à donner un peu de son histoire personnelle.

b - S'engager tout en préservant une relation thérapeutique

Que faut-il livrer, ne pas livrer de soi dans ce cadre de conversation spontanée? Dès que le professionnel comprend pourquoi il est essentiel de laisser émerger une partie de ce qui arrive pour respecter et restaurer le sujet en face de nous, alors les limites de ce qu'il est possible de livrer se

dessinent : le thérapeute donne les informations nécessaires pour que les échanges avec le patient puissent se maintenir et se poursuivre, au fil des séances, et s'installer dans une continuité qui conforte la relation intersubjective. Il est alors étonnant de s'apercevoir que l'échange peut solliciter des notions cognitives et langagières complexes. Ainsi l'orthophoniste, ce jour-là, va livrer ce qu'il faut de son intérêt, de ses connaissances, de son vécu personnel lié à la photographie pour garder le fil des échanges avec M B autour de son centre d'intérêt qui est, pour lui, un moteur de conversation et, dans le quotidien, un vrai support de rencontre. Mais ce «juste ce qu'il faut» est incontournable et ne doit pas faire peur au thérapeute. Il fait partie du «don» à effectuer, qui conditionne la rencontre d'où naît l'échange véritable.

Néanmoins, pas d'improvisation totale car les objectifs thérapeutiques du professionnel ne sont jamais oubliés et le guident dans l'échange. Il est important pour l'orthophoniste de converser sur la photographie car c'est non seulement un des centres d'intérêt de son patient mais c'est pour lui un vrai moyen de rencontre. Son appareil est un médiateur pour entrer en contact avec les autres. Il attire les passants lorsque M B prend des photographies et devient prétexte à rencontres d'abord, puis à échanges ensuite. Cet appareil contribue à le sortir de l'isolement social, véritable épée de Damoclès contre laquelle M B lutte de toutes ses forces. C'est pourquoi, amener le patient sur ce terrain c'est l'outiller pour ses rencontres ultérieures. Le professionnel va agir à différents niveaux pouvant servir le discours. Du coup, un aspect de la rééducation, qui est de travailler les liens dans le discours, s'intègre dans le cadre naturel d'une relation de sujet à sujet: ***Il faudrait expliquer à Sylvie.*** Le travail, vise à développer les compétences discursives en amenant le patient à devoir faire des liens entre les idées pour formuler une explication: «***Alors comment ça s'organise cette affaire-là?***»

Montrer les conditions requises et les précautions à prendre pour gérer l'échange spontané : quelle vigilance à avoir et quels écueils à éviter?

2.1.2 Intégrer des exercices formels dans l'échange spontané

a - Exploiter le spontané et non pas improviser

La fin de l'extrait montre que le choix du thérapeute s'impose à un moment précis, à l'intérieur du projet commun d'être dans l'échange. Le professionnel n'oublie jamais que la relation intersubjective est une relation où le patient est objet de soin. Le projet thérapeutique s'appuie sur ce vers quoi leur travail doit tendre: retrouver un statut d'interlocuteur. Il est tourné vers un but plus

que sur les moyens puisque le professionnel est le seul à savoir ce qu'il est pertinent de travailler et comment le travailler pour rester dans le projet thérapeutique élaboré en commun et pour rester au service des besoins singuliers du sujet. Ainsi pour les mêmes raisons, le thérapeute va introduire un travail de dénomination et de répétition. Dénomination et répétition mettent M B face à ses plus grosses difficultés sur le versant de la production. En situation dirigée, hors contexte, il n'est pas possible d'obtenir le mot attendu ni de le faire répéter.

La situation d'échange vrai va permettre au thérapeute de travailler ces aspects au détour du spontané:

O: voilà, en....manuel. Et du coup à nous de gérer l'ouver.../ B: rrr - O: l'ou...ver...ture et puis la vi.../ B: la riba/ O: la vi...tesse/ B: la ri...belle.

Là encore, le spontané n'est pas totalement improvisé du côté du thérapeute qui va guider l'échange de façon à mettre le patient en situation de dénomination grâce à l'ébauche orale et en situation de répétition de mots. Précisons qu'ici le terme «dénomination» est utilisé pour la nomination d'un concept que l'orthophoniste et le patient évoquent ensemble, en contexte, sans support visuel.

b - Exploiter le spontané pour favoriser le transfert écologique

Extrait: 5'02- 5'46

O: Donc [...] plus on ffff...

B: On ...mer

O: Plus on ferme [...] plus il faut que la vitesse soit l....

B : Lente

O : Oui, c'est ça et sinon plus on... O fait le geste d'un rond qui s'ouvre.

B: On... ou

O: On ouvre, plus il faut que la vitesse soit ...

B : Rapide

O: Voilà c'est ça.

B: Rapide, rapide ... c'est ça, à peu près ça, mmm

O: A peu près et par contre du coup, si on change l'ouverture et la vitesse...Pourquoi on change, en fait? Ça va changer quoi notre décision?

B: Ben ça va être (...)

Il est intéressant de voir comment M B va pouvoir nommer et / ou répéter sans être systématiquement en échec. C'est une toute petite réussite, ce mot qui survient au gré de l'échange spontané et qui peut être répété:

B : rapide/ O: Voilà c'est ça / B: rapide, rapide.

Mais elle joue très progressivement en faveur de l'effet de fréquence ; c'est-à-dire que le nombre de

fois que le mot est sollicité vient faciliter l'accessibilité au lexique en baissant le seuil d'activation. Chaque mot est précieux à recueillir car il appartient au centre d'intérêt du patient et, par conséquent, possède un réel potentiel écologique avec de grandes chances d'être sollicité à l'extérieur. En même temps, il soutient l'identité de la personne, capable d'énoncer des vocables directement liés à ce qui parle d'elle. C'est pourquoi les termes sur lesquels l'orthophoniste s'arrête ne sont pas choisis au hasard. Là encore rien n'est improvisé. Il ne sera pas possible de travailler la technique orthophonique trop intensivement au risque de perdre l'échange, il faut donc cibler les mots qui serviront la personne dans son quotidien, hors du cabinet. S'adapter à ce qui arrive demande beaucoup de souplesse, de patience et de finesse clinique. Ici, précisément ce n'était pas seulement les adjectifs lent/rapide qui intéressaient l'orthophoniste mais aussi les verbes ouvrir/fermer, importants si le patient veut parler de photographie. L'ébauche n'a pas fonctionné sur tous les mots attendus mais a fonctionné sur certains et l'orthophoniste n'a pas insisté pour ne pas interrompre l'échange d'informations. D'ailleurs, après cet épisode de travail plus axé sur l'aspect lexical, habilement introduit à l'occasion d'une pause, le cours de la conversation reprend pour continuer d'alimenter le travail sur le discursif tout en restant dans l'échange qui s'est installé.

O: Et par contre du coup, si on change l'ouverture et la vitesse...Pourquoi on change, en fait?

Le patient n'a pas eu le temps de perdre le fil de la conversation et il enchaîne aussitôt:

B: Ben ça va être (...)

Par la suite, le professionnel aura plusieurs occasions de laisser venir d'autres mots comme «photo», «floue», «paramètre», «vitesse», «trépied»; de les faire entendre au patient et de le placer en situation de les répéter en contexte.

Du côté du thérapeute, c'est une véritable gymnastique...invisible quand elle est maîtrisée: être à la fois authentiquement dans l'échange pour qu'il reste spontané et garder à l'esprit ce qui est au service des besoins singuliers de ce patient-là pour l'introduire au moment opportun. C'est la condition pour que le patient avance dans le cadre de son projet thérapeutique et que l'échange ne se limite pas à une conversation ordinaire, non inscrite dans une relation de soin.

Finalement, en terme de compétences objectivables, pour que le stock lexical augmente et que M B souffre moins du manque de mot, il faut créer les conditions d'un besoin des signifiants en plus des techniques classiques. C'est ce que permet la situation d'échange spontané. Pour atteindre l'objectif qui est d'améliorer les fonctions de communication, il faut parfois «oublier» la correction linguistique. Si on reste attentif au bon mot, à le maîtriser, on perd le fil et le plaisir de l'échange. Les outils doivent rester disponibles et émerger spontanément dans le travail thérapeutique mais ils ne doivent pas avoir la primeur sur l'échange au risque de perdre le désir de rencontre. Or ce désir constitue le moteur essentiel permettant de dégager l'incroyable énergie que doivent dépenser les

patients pour dépasser leur trouble.

c - Un écueil : négliger les compétences linguistiques

Néanmoins à l'inverse, lorsque le plaisir de l'échange est obtenu, il convient de ne pas négliger les indispensables compétences linguistiques. A plusieurs reprises dans cette séance, il n'a pas échappé au thérapeute, que pris dans son échange, M B n'effectuait plus assez le travail formel de dénomination et de répétition. En voici un exemple:

Extrait: 10'49-11

B: Là... faut un truc. M B veut parler du «trépied» ou «pied» soutenant l'appareil photographique.

O saisissant une occasion d'ébauche orale: *Oui... là faut un quoi? Il faut un p...*

B: ...

O: *Un p.....*

B: B...bas

O: *Un pied, oui.*

Le «oui» ici, ne valide pas que M B a dit le bon mot mais qu'il a essayé, que le professionnel et son patient se sont compris. L'échange continue sans que l'orthophoniste reprenne la répétition.

B: Oui, ça c'est bien aussi

O: *Oui, donc si je n'ai pas de pied...*

B: Oui si on n'a pas ça (...)

O : *C'est sûr ma photo sera f...*

B: Oui. De la part de M B il s'agit bien, ici d'un «oui» qui valide le mot «floue». *Même si on peut être très très bien - M B mime l'immobilité - on se dit ... mais on a un tout petit peu, un tout petit...tac.*

Stagiaire : Bouger.

La gestion de l'action thérapeutique et de l'échange spontané: comment concilier échange spontané et visée thérapeutique?

2.1.3 Avoir à l'esprit la visée thérapeutique

a - Verbaliser l'objectif thérapeutique régulièrement

Extrait: 16'43-17'05

B: Donc c'est pour ça que c'est bien d'avoir ça. (M B parle du trépied).

O: *D'avoir quoi? Moi je vous fais parler pour arriver à vous faire sortir des mots.*

B : Oui, oui, oui

O: *Mais c'est bien, dans la vie de tous les jours c'est ce qu'il faut faire, il faut utiliser l'autre mais*

là moi, j'en profite pour vous renvoyer le mot.

B : *Oui, oui.*

O: *Donc utiliser un tré....*

B : *Bié.*

O: *Oui.*

Extrait 17'57-18'28

L'explication porte sur le fait que le manque de lumière joue sur le temps d'ouverture du diaphragme de l'appareil photographique.

B: *Il y a beaucoup de ...* M B montre les nuages par la fenêtre.

O: *Des nua...*

B : *Nua, voilà.*

O : *Et il fait gr...*

B: *Mmm, voilà.*

O: *Il fait gR...*

B : *Voilà*

O: *Gris.*

L'orthophoniste me regarde : *Il dit tout le temps «Voilà».*

Puis elle regarde M B et moi-même alternativement en souriant largement: *c'est très bien, hein, il se débrouille pour nous faire dire le mot et puis après il valide, c'est génial! Sauf, qu'ici, j'ai l'intention de vous extorquer les mots.*

La tonalité, gentiment taquine sur le mot «extorquer», fait rire M B [...]. L'orthophoniste reprend: *Notre problème, la nuit, c'est que même si l'on ouvre très g...*

B: *...and*

O: *La vitesse, elle est ra...*

B : *Rapide.*

L'orthophoniste va donc décider à un moment avancé de l'échange de le faire passer au second plan pour mettre plus spécifiquement l'accent sur le langage à améliorer. Elle va s'expliquer, de manière à justifier la pause momentanée dans l'échange et dans le même temps, elle va ainsi rappeler que ce type de travail est au service du projet thérapeutique. En effet il ne s'agit pas de rester sur le seul mode de communication. Le travail doit se porter également sur le trouble linguistique pour que le travail en séance puisse être transféré vers l'extérieur. M B est suffisamment dans l'échange, désormais, pour pouvoir s'arrêter sur les capacités langagières: il endosse aisément le statut d'interlocuteur sans crainte et parvient à être suffisamment informatif pour être compris. Il a acquis au cours des séances une capacité pour communiquer autrement et y a recours sans réticence. Ces outils qu'il a réussi à s'approprier, son orthophoniste les verbalise et les met en valeur fréquemment, contribuant ainsi à renforcer cette confiance indispensable pour avancer. Par exemple, elle dit bien, ici, comment il réussit à aller chercher son interlocuteur pour valider les évoqués. Mais ces acquis-là sont le support des progrès linguistiques qui ne doivent pas être

négligés. Le rôle du thérapeute est de le rappeler, autant de fois qu'il est nécessaire, de rester attentive pour ne pas perdre de vue ce deuxième objectif, corrélé au statut d'interlocuteur retrouvé.

Il est remarquable de constater que tout cela est réalisé dans une atmosphère détendue. Il n'est certainement pas simple pour M B, vraiment concentré sur l'échange, de faire l'effort de répéter ou de produire le mot se rapprochant de la proposition de l'orthophoniste: gris, nuage, rapide (...). Pour autant, la conversation n'est pas laborieuse malgré les difficultés langagières. Il y a incontestablement un plaisir partagé dans ces échanges. De part et d'autre, du plaisir est ressenti à dépasser les limites objectives du possible pour parvenir malgré tout à se rencontrer. Les rappels liés aux objectifs thérapeutiques sont faits avec une tonalité toujours joyeuse, favorisant la valorisation et le travail technique. Il s'agit donc de travailler dans le plaisir de la rencontre en ayant pour objectif de permettre au patient de reconstruire un mode de communication qu'il puisse réinvestir dans son quotidien. La priorité est donc laissée à la rencontre intersubjective mais le professionnel ne manque pas, au cours de chaque séance et très fréquemment, de reposer la visée thérapeutique. Ainsi clairement la personne souffrant d'aphasie sévère rencontre un thérapeute qui s'intéresse à elle sans oublier le but thérapeutique à visée écologique. La relation de sujet à sujet est impérativement au service de la relation de soin. C'est une condition indispensable pour que chacun occupe sa place et que le travail thérapeutique soit efficace.

b - Interroger les liens de causalité et de temporalité...

Extrait 11'40 -12'12

O: [...] C'est intéressant votre trépied. Quand est-ce qu'on doit utiliser un trépied?

B parlant du trépied : C'est bien d'avoir ça

O: Pourquoi?

O voyant que je m'interroge: Vas-y pose tes questions.

Stagiaire : Pourquoi vous dites que particulièrement le soir, il faut un trépied?

[...]

O: Pourquoi le soir, il faut rester longtemps pour photographier la lune?

Le souci du thérapeute est également de travailler le «comment», le «quand» et le «pourquoi», d'interroger tout ce qui relève de l'enchaînement logique entre les faits. M B va apporter un élément de réponse à la question «Pourquoi il est bien d'avoir un trépied?». Il va évoquer l'élément le plus simple à expliquer: le trépied est utile lorsque que le photographe a besoin de rester immobile. Mais le professionnel mesurant que M B a d'autres connaissances à ce sujet le stimule à plusieurs reprises pour aller plus loin encore.

C'est très important du point de vue du sujet d'aller aussi solliciter des notions complexes, abstraites. Ici, l'orthophoniste ne craint pas de lancer son patient sur des pistes difficiles car elle sait, au vu de ses connaissances, qu'il possède les éléments de réponse; et au vu des siennes, elle sait qu'elle pourra l'accompagner dans sa recherche de liens. Grâce à ses questions débutant par «pourquoi, comment», elle propose des échanges qui nécessitent des évoqués de relations temporelle et causale. Elle ne redoute pas d'utiliser ces concepts relevant de liens logiques et d'engager le patient sur les voies de l'explication de cause à effet. M B possède ces signifiants. Par contre, il ne peut construire son discours en le structurant de manière logique par manque de compétence syntaxique et de lexique, notamment lié à un manque du mot massif. Les notions du «pourquoi, comment, quand» sont le vecteur d'une recherche de compréhension et de l'élaboration d'une réflexion. Elles sortent la personne souffrant d'aphasie sévère de l'ici et maintenant et l'exerce à penser hors du contexte référentiel.

c - ... pour sortir du contextuel et créer un sentiment de cohérence

Ces expériences de communication, qui interrogent les liens de causalité et de temporalité, sont primordiales pour se réapproprier le langage de façon satisfaisante et échapper à l'immédiateté. Ainsi M B doit créer des liens en réception et production pour tenir compte des demandes d'informations supplémentaires et se faire comprendre quand il doit répondre à son orthophoniste. Il est engagé à tisser des liens entre les évoqués. C'est un travail essentiel qui sert la fonction narrative, inscrite dans le temps, l'espace et l'enchaînement des événements. Les évoqués, pour prendre pleinement du sens, ont besoin d'être organisés et élaborés mentalement puis dans le langage. Il ne faut donc pas craindre ces questions peu posées, en général, par l'entourage de la personne souffrant d'aphasie sévère. Au contraire, il convient de les travailler en séance pour ne pas rigidifier le mode de fonctionnement de la pensée restreinte aux énoncés courts et juxtaposés.

Il faut pouvoir à la fois aider à mieux comprendre et aider à communiquer «l'avant, l'après, le pourquoi, le comment» de façon à ce que la personne ne subisse pas les événements et ce qui se déroule autour d'elle. La personne souffrant d'aphasie sévère peut rapidement être enfermée dans ce que l'extérieur projette sur ses incapacités et besoins langagiers. En expérimentant avec elle les possibilités de mise en relation logique, sur les versants réceptif et productif, le professionnel contribue à créer de la cohérence cognitive et de la cohésion à l'ensemble de ce qui est compris, pensé, dit. Le professionnel participe au sentiment de cohérence interne de l'individu, à la base de son sentiment d'identité. L'orthophoniste l'incite à préserver son autonomie de pensée et à interroger le monde : la liberté d'un individu réside aussi dans sa capacité à agir sur son environnement et à ne

pas le subir.

L'orthophoniste ne laisse rien passer. Au tout début de cette séance, le professionnel très enrhumé décide d'ouvrir la fenêtre alors qu'il fait très froid et demande au patient de l'accompagner dans un autre bureau. Un patient de fin de matinée étant en chimiothérapie, elle souhaite renouveler l'air de son bureau avant de le recevoir. Il faut donc qu'elle aère puis qu'elle remette le chauffage.

Extrait: 00'14 -00'19

O: C'est [faisant référence au changement de bureau] parce qu'à 11 heures, je vais recevoir quelqu'un qui est en chimiothérapie.

B: D'accord, d'accord.

O: Alors pourquoi je ne peux pas recevoir quelqu'un dans mon bureau là-bas, comme ça?

B: Alors je sais pas.

O: Alors pourquoi vous me dites d'accord?!

Dans sa question, l'orthophoniste renvoie au patient son acceptation non rattachée à une compréhension de la situation. Elle va ensuite l'aider à élaborer des liens de causalité entre les événements et ses connaissances pour mettre en valeur la relation causale qui permet de comprendre pourquoi il est demandé, ce jour-là, à M B de se déplacer. Cet échange est à la fois un support de travail linguistique et un moyen de remettre le patient dans son statut de sujet, qui n'est pas déplacé sans se soucier de ce qu'il en comprend. L'orthophoniste ne le laisse pas s'enfermer dans une habitude d'acceptation de l'immédiateté et du factuel du type: vous changez de bureau. Il faut qu'il garde une posture d'interrogation logique. Ce n'est pas un objet qu'on déplace, il a le droit d'en comprendre la cohérence. Plus que la compréhension de cet événement précis, c'est la posture de quête de sens que recherche l'orthophoniste dans cet échange.

d - Viser la mobilité de pensée

Extrait 29'05- 30'50

Reprise de l'échange sur la photo

M B et l'orthophoniste discutent du tirage de la photo. Ils parlent de l'impact du temps d'exposition du papier à la lumière sur le fait que le tirage de la photo soit plus ou moins clair. L'idée de compter les secondes a été validée.

O : Alors si ce n'est pas ça que je veux...oh là là c'est pas beau... C'est trop clair.

B: Par exemple, oui.

O: Alors si c'est trop clair, je fais quoi?

B: On peut refaire, on peut rebaire.

O: On peut refaire.

B: Le refaire, oui, c'est ça.

O: Alors si c'est trop clair, il faut que je fasse quoi avec mon «1,2,3» quand il y a la lumière?

B: Eh bien justement, quand on a fait ça ...qu... lumière, c'est un peu trop, c'est un peu, et ben,

O: C'est blanc, c'est moche...

B: Et ben, on va faire que 1,2 au lieu de 1, 2,3

O pensive : Alors... attendez, je réfléchis... moi j'aurais dit 4..mais, je n'sais pas si j'ai raison ou si je me trompe.

B : Ah oui, ça fait aussi longtemps.... que j'ai fait.

O: Ah oui, vous aussi c'est loin, alors, on va réfléchir, on va réfléchir, ce n'est pas grave. L'orthophoniste s'empare d'une feuille de papier. On avait fait 3.

B: Alors, oui, d'accord, admettons.

O: Admettons. O se redressant soudain. C'est génial le vocabulaire! «Admettons et tout», vous parlez bien là, on a un vrai échange [...] c'est intéressant. Alors admettons, on avait fait 3 secondes.

B: 3...1,2,3.

O: Et là, on dit ça va pas... c'est clair. Donc est-ce qu'il faut mettre un peu plus de lumière?

B: Moi, je dis moins.

O: Vous, vous dites moins de lumière.

B: Je crois, mais j' suis pas sûr, j'ne suis pas sûr.

O: Alors moins de lumière (temps de réflexion silencieux) moi je dirais plus.

B: Peut êt', hein, peut êt'.

O: Parce que...mais je sais pas trop, non plus.

B: Admettons qu'on fait ça au lieu de ça - M B montre les schémas de l'orthophoniste sur lesquels figurent les différents temps de pauses: 1,2 ou 1,2,3, ou 1,2,3,4 - on met ça - M B pointe le schéma: 1,2,3,4.

O: On met plus de lumière.

B: Oui.

O: ça va être plus f..

B: Ah oui! Parce qu'il commence, il commence (il tapote une partie blanche de la feuille de papier)..

O: Il commence blanc...

B: Il commence ...ça (il tapote, à nouveau, une partie blanche de la feuille de papier)

O: Il finit noir (...) donc effectivement ce sera un p'tit peu plus ...

[...]

Le maintien de la mobilité de pensée, qui passe par la possibilité de comprendre et d'exprimer les liens de causalité et de temporalité, va de pair avec un nécessaire besoin de trouver dans le langage des moyens de préciser sa pensée, de la partager et de s'appuyer sur le langage des autres pour construire d'autres représentations. C'est précisément le travail qui s'effectue dans l'extrait ci-dessus. L'orthophoniste laisse de côté la répétition permettant d'obtenir la phrase ou le mot correct:

B: Eh bien justement, quand on a fait ça ...qu... lumière, c'est un peu trop, c'est un peu, et ben

O: C'est blanc

B: et ben, on va faire que 1,2 au lieu de 1, 2,3.

La priorité ici, ne réside pas dans la correction langagière. Ce qui importe, c'est de permettre le déroulement d'une pensée cohérente et de réfléchir à ce qui relève d'un problème de raisonnement logique. L'orthophoniste va prendre le temps de résoudre avec son patient le problème cognitif qui se pose, et c'est d'autant plus intéressant qu'ils sont amenés à y réfléchir à l'unisson puisque le problème se pose pour les deux à cet instant de l'échange. Elle va aussi prendre le temps de contrôler la compréhension en reposant le problème avec les données inversées (passage non retranscrit). Les réflexes de la rééducation issue d'une formation logico-mathématique seront à l'œuvre, à ce moment précis. Le «admettons» est relevé par l'orthophoniste car il est remarquable : il signifie le partage d'une réflexion logique élaborée. M B accepte de poser un postulat qui sera une donnée de départ. Lui et l'orthophoniste sont alors très éloignés du réel puisque ce «3» n'existe que comme une base d'élaborations logiques. D'où le «vrai échange» mentionné par l'orthophoniste. Se décaler à ce point du réel est rare et précieux pour ces patients. Il s'en dégage du plaisir.

En outre, il est à noter que les connecteurs logiques «quand, donc, parce que, effectivement» arrivent sans aucune difficulté et de façon appropriée pour porter la réflexion d'une relation causale. La locution «au lieu de» aussi est la marque d'une finesse en terme de structure syntaxique et réflexive. Habitué à travailler en séance les relations logiques en situation dirigée, mais aussi spontanée, M B fait l'usage fréquemment de termes comme «parce que, donc, effectivement, maintenant, avant». Il a une sensation de compétence dans ce domaine et reste fluide dans ses évocations de lien. Il sait qu'il possède un langage lui permettant d'exercer sa curiosité, son besoin de comprendre, de réélaborer un événement, de partager... Il a créé un nouveau type d'échange lui permettant d'exercer sa mobilité de pensée et a pu reconstruire un outil efficace pour peu que l'interlocuteur s'y adapte. Ceci via toutes les tentatives pour se comprendre coûte que coûte et sur des sujets compliqués, corroborant ainsi le postulat des modèles connexionnistes: les informations seraient plutôt traitées de façon simultanée que séquentielles. Cela pourrait expliquer les progrès de M B en terme d'informativité et de compétences conversationnelles alors que le manque du mot reste majeur. A force de tout essayer, de ne rien s'interdire concernant les évoqués et les énoncés qui arrivent, d'échanger très souvent de façon spontanée, des connexions cérébrales se reconstituent et de nouveaux mots surgissent parfaitement compréhensibles et sans avoir été travaillés en séance.

C'est un constat que Mme V mentionnera, lors de son «interview»: *«ce que je vois ...le stock de mots...On se rend compte qu'on a réactivé des choses...il y a des mots , vous n'en n'avez jamais parlé et voilà, ils sont là...ils resurgissent alors que je suis sûre que vous ne les avez pas travaillés»* (extrait 18'53 – 19'06). (Confer ci-après «*Exploitation d'un entretien avec Mme V, épouse de M V* »).

e - Viser la re-narcissisation

Enfin, grâce au «pourquoi» logique causal, le professionnel permet aussi à M B d'augmenter l'informativité de son «discours». Cela a forcément par ricochet un effet de re-narcissisation car, au final, cette discussion autour de la photographie aura permis d'aborder de nombreuses notions parfois très techniques ou abstraites: temps d'ouverture et de fermeture de l'objectif, intérêt du pied, intérêt du numérique, développement des photos avec les temps d'exposition etc... Elle aura permis un continuum entre les connaissances accumulées avant l'AVC par M B et celles qui peuvent revenir grâce aux sollicitations. Elle permet donc de maintenir le sentiment d'identité personnelle à travers le «je savais....» et «je sais encore ...».

C'est un aspect absolument essentiel quand la personne aphasique, altérée dans sa production et sa réception langagières, semble aux yeux d'autrui parfois, avoir perdu de son intelligence.

Tout le travail réalisé dans cette séance en situation spontanée d'échange, sur un thème médiateur de rencontres qu'est la photographie pour M B, possède une vraie valeur écologique et de re-narcissisation. Elle permet par l'intermédiaire des techniques (ébauches orales, mise en situation de répétition en contexte, feed-back, travail sur liens de causalité et temporalité) d'aider le patient à installer dans son stock lexical les mots sur lesquels il s'appuiera pour s'aventurer vers les autres, de faciliter les mises en lien des évoqués qu'il pourrait être amené à faire lors de ses rencontres. Le patient est plus armé et forcément plus confiant dans ses capacités à partager ce qui relève de sa singularité.

2.2 Séance 2

Illustration clinique : limites de l'approche visant à restaurer le statut d'interlocuteur.

Quelles sont les limites ?

Il convient de signaler que l'orthophoniste adapte la tournure de ses phrases en fonction de ce qu'elle perçoit de la capacité à comprendre chez son patient. Comme c'est à la fois subjectif et spontané, elle modifie et adapte son discours en cours d'élocution quitte à le rendre agrammatical pour prioriser la compréhension. C'est d'autant plus vrai quand ce qui est abordé est douloureux psychologiquement, comme c'est le cas ici. Elle a le souci de limiter au maximum les risques de quiproquos car la sensibilité du thème peut majorer les troubles de compréhension. Intonation et extra-verbal sont alors très sollicités.

2.2.1 *Un transfert vers l'extérieur qui demeure compliqué*

Extrait 06'20 - 07'57

B : Je peux pas vous dire par exemple...euh...je... oui...admettons qu'est-ce que je vais faire après?

O : Oui...

B: J'ai un truc à faire

O: Mmmh

B: J'peux pas vous dire...

O: Non.

B: J'peux pas vous dire...euh... même ça, même ça...j'ne peux pas vous dire.

O : Vous voulez dire que c'est pareil que...

B : Je peux vous dire que ...d'accord...au-aujourd'hui...tout-à- l'heure...

O: Mmm...

B: Au...1...1...

O: Mm...1

La compréhension de l'énoncé que je retranscris «1...1» résulte de l'intonation et des gestes de la main et des présupposés de l'orthophoniste qui placent son patient dans un projet de sens. Elle ne reçoit donc pas le « hein » comme une interjection.

B: 1...1...

O: Le 11 ??? à 11heures???

L'orthophoniste renvoie plusieurs propositions d'évocation du 1...1

B : Oui, mais tout le monde, tout le monde...parce que vous vous connaissez mais quelqu'un qui sait pas... hier, j'ai eu un ami, ça fait très longtemps, et ben, lui, pareil...

O : «hein...hein», il ne comprend pas.

Je retranscris «hein...hein» cette fois, pour montrer le manque d'évocation de sens de son ami.

B: Ben non, ben non...ou dire...qu'est-ce que je vais faire ...j'peux pas dire...

O: Non, c'est ça.

B: C'est ça qu'est encore...euh

O: C'est-à-dire que, ça y est, je suis quelqu'un d'acquis au niveau de la capacité à m'adapter. Alors que pour les gens que vous voyez rarement, c'est compliqué. ... Les gens que vous voyez assez souvent...

B: ça va mieux.

O: ...vont petit à petit s'adapter.

B: Oui, oui mais c'est eux qui...c'est eux qui...

O: C'est eux qui s'adaptent.

B: Voilà.

O: Quand vous dites «hein...hein», je me dis : ...vous êtes quelqu'un d'intelligent, vous ne faites pas «hein...hein» comme ça. Donc, je vais chercher 1 -1. Vous me dites «tout à l'heure» : c'est un horaire, c'est sûr. Maintenant, effectivement, ce n'est pas du tout l'habitude de conversation des gens.

B: Ben, voilà ...oui, oui, c'est vrai.

Cet extrait montre le difficile transfert vers l'extérieur des expériences réussies en cabinet.

Il illustre d'abord comment les expériences d'échanges passés permettent de se comprendre à moindre mot, de se comprendre plus rapidement. De plus, l'orthophoniste a également de nombreuses expériences cliniques, avec d'autres patients, qui lui procurent une grande mobilité de pensée dans la recherche de sens. Les expériences communes d'échanges permettent aux deux interlocuteurs d'avoir recours, pour se comprendre, à des codes qui se sont co-construits dans des moments d'interaction. Ils ont permis la rencontre d'évoqués à un moment donné et font partie du vécu commun, dorénavant réutilisable dans la mesure où ils ont abouti à une compréhension réussie. Cependant ces codes communs sont propres seulement à ces deux interlocuteurs-là. Ils sont donc difficilement transférables à l'extérieur et c'est ce qu'exprime ici M B lorsqu'il fait référence à un ami ne le comprenant pas, quand il veut lui expliquer ce qu'il projette de faireplus tard. Qui d'autre que son orthophoniste, dans cet extrait, peut aussi précisément et aussi promptement comprendre que M B signifie un horaire avec «hein...hein»? Cela montre bien aussi le manque d'évocations de sens de son ami à la différence du professionnel qui cherche du sens partout. L'appui de la communication non verbale est parfois insuffisant pour quelqu'un n'ayant pas partagé les interactions précédentes. Cela n'est pas sans référence au rapport entretenu entre le langage et la langue. Il faut à un moment ou un autre un minimum de codes communs pour se rencontrer.

Pour la personne souffrant d'aphasie sévère, il faut co-construire un autre mode de communication et c'est à chaque fois différent, en fonction de l'interlocuteur en face et de ses capacités à s'adapter à ce nouvel échange. C'est un nouveau challenge avec chaque interlocuteur nouveau. M B l'a bien compris et il est d'accord pour relever le défi. Il est très motivé pour solliciter l'extérieur, à la fois parce qu'il est seul chez lui et à la fois parce que culturellement cela fait partie de sa façon d'être.

2.2.2 *Une dépendance aux capacités de l'autre à être un interlocuteur qui s'adapte*

Suite immédiate de l'extrait: 07'58 - 08'11

O: C'est à vous de modifier les habitudes de conversation de vos proches.

B: Bien sûr, bien sûr.

O: C'est compliqué, hein.

B: Oui, oui, c'est bien mais un moment... un moment...pfffff...

O: Oui, à un moment, y en a marre.

B: J'arrête et je vais là-bas, loin.

O: Oui, c'est ça...

Néanmoins c'est épuisant et parfois c'est décourageant, même pour lui. Mais les tentatives doivent se poursuivre pour lutter contre l'isolement toujours menaçant. Et dans le cas de M B vivant seul, c'est absolument primordial. C'est pourquoi, l'orthophoniste verbalise avec son patient que, pour mettre en place ce code commun, il faut de part et d'autre des capacités d'adaptation pour s'aventurer vers un communiquer autrement. Cela ne va pas de soi et il n'est pas possible d'attendre les mêmes capacités de chaque interlocuteur. Cela représente une réelle difficulté menaçant la motivation, menaçant l'envie de poursuivre les efforts, et au final le désir de rencontre: «*j'arrête et je vais là-bas, plus loin*». En reprenant cette difficulté avec MB, elle l'accompagne dans ses moments de découragements car elle montre qu'elle a pleinement conscience de tout cela, qu'elle mesure tous les efforts fournis et qu'elle comprend les velléités de repli sur soi.

Une autre façon d'aider le patient à surmonter l'extrême difficulté à communiquer autrement avec des interlocuteurs différents est d'accueillir au sein du cabinet des stagiaires. Les patients font l'expérience répétée d'être en présence d'un interlocuteur moins aguerri dans l'échange avec une personne souffrant d'aphasie sévère. Ce qui permet au thérapeute de ne pas trop installer le patient aphasique dans le «confort» d'un échange facilité par un interlocuteur habituel et qui plus est, professionnel de la communication. Il nous semble que le professionnel, par le biais du stagiaire, aide son patient à affronter puis accepter les expériences d'inadéquation.

Mais malgré toutes ces précautions, le transfert vers l'extérieur reste difficile et la communication dans la vie quotidienne demeure compliquée.

2.2.3 Nécéssité du soutien du professionnel

Suite de l'extrait: 08'13 - 08'33

O: ...Mais vous savez... ... Rien à voir, et en même temps, ça m'y fait penser... Donc : il y a quelque chose à voir... C'est difficile pour les gens de changer de mode de communication.

B: Oui je sais.

O: Mais, même dans la vie de tous les jours.

B: Oui.

O : Ce matin, je vois la dame de l'administration par rapport au sac que j'ai perdu.

Le patient sait que l'orthophoniste a dû demander un sac perdu dans un amphithéâtre. Cela a fait l'objet d'un échange en début de séance pour expliquer un retard de quelques minutes.

B: D'accord.

O: Je lui explique que je l'ai perdu dans l'amphi René Bazin et que... ; peut-être ... les femmes de ménage l'ont récupéré... « Est-ce qu'il y a un endroit pour les objets trouvés? »... Elle me dit : « y a pas d'endroit pour les objets trouvés donc : on n'a pas d'objets perdus ».

B est amusé.

O: Vous voyez le truc, bon. Est-ce qu'il y a une solution ?... peut être... « Si jamais, avec un peu de chance, on ramenait le sac... Où est-ce qu'on ramènerait le sac? »

Dame : Ben, je sais pas, je vais demander au gars de l'atelier.

B: Oui, bon.

O : Je ne connais pas l'atelier, moi, alors je dis «Qu'est-ce que c'est l'atelier?»

Dame: un atelier c'est un atelier, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus.

B : Ah oui.

O: Vous voyez..., je ne suis pas aphasique, elle non plus, à priori, sauf qu'on n'a pas été capable de se parler.

B: Oui, oui, souvent...souvent....

O: Voilà, donc (...) quand en plus on est aphasique... ... , je crois que vous ne pourrez pas parler à tout le monde!

B: Je sais... (Rire mêlé au rire de l'orthophoniste) je sais.

L'orthophoniste évoque avec son patient cette idée que dans le quotidien, pour tout le monde, il existe des ratés dans la communication qui génèrent des situations d'incompréhension.

Il existera donc toujours des situations d'incompréhension réciproque. Elles sont inhérentes au fonctionnement du langage et cela doit être présent à l'esprit de la personne souffrant d'aphasie sévère d'autant plus que les «risques» de malentendus sont multipliés. Cela fait partie de la dédramatisation des situations d'échecs rencontrées par le patient et qui sont abordées par l'orthophoniste. La tonalité légère qui ne peut être rendu dans ce travail de retranscription participe, il me semble, à ce processus de dédramatisation qui aide à surmonter et à dépasser les échecs pour accepter de se confronter à d'autres rencontres.

2.3 Séance 3

Illustration clinique : les bilans de langage dans le cadre d'un projet thérapeutique centré sur le statut d'interlocuteur à retrouver.

Quelle limite et quel intérêt?

2.3.1 Rediscuter la pertinence du projet thérapeutique

a - Mise en œuvre de la pédagogie dans la relation de soin...

Extrait 00'35 - 02'52

M B remet à l'orthophoniste le compte-rendu du bilan qu'il a effectué quelques semaines auparavant aux Capucins (centre de réadaptation spécialisé et de soins longue durée), en février 2013. Il vient de le recevoir mais il en connaissait les résultats puisqu'il a bénéficié d'un entretien pour discuter de son évolution avec l'orthophoniste et son médecin du centre. L'orthophoniste en libéral avait déjà, de son côté, pris connaissance de cet écrit, qui lui avait été adressé parallèlement.

O en dépliant la feuille donnée par le patient: ça c'est le compte-rendu [...] alors je le lis tout haut?

B : Oui, oui, oui...j'ai fait...j'ai fait, je crois que j'ai tout...je crois que j'ai à peu près tout ... mais je préfère que vous me dites.

O: Voilà, vous croyez avoir tout compris mais on relit. Alors : « cher confrère, j'ai revu M B en consultation le 8 janvier 2013 [...] en présence de S C, orthophoniste, qui a réalisé une nouvelle évaluation de langage avec M B, né le 3 avril 58, à 16 mois d'un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien gauche. »

B très attentif: Alors là, c'est quoi.

O : Alors ça...

B: Juste avant, c'est quoi

O plus lentement : accident vasculaire.

B: D'accord,

O: Cérébral,

B: D'accord,

O: Au cerveau,

B: Ouais...

O :...Ischémique.

B: Oui, c'est quoi, c'est quoi?

O: «Ischémique», c'est ça. C'est bouché dans votre cerveau.

B: D'accord.

O: Parce que des fois [...] des fois, le vaisseau,... là où il y a le sang qui passe,... ...

Pour faire un accident vasculaire: soit ça casse, paf : c'est une hémorragie, y en a partout, y a du sang qui coule dans le cerveau.

B: Mmhh, d'accord.

O : Soit, ça se bouche.

B: Mmm...

O : Et le vaisseau,... là, le sang, il arrive... et vous... ça s'est bouché...: le sang ne pouvait plus passer.

B: D'accord. C'est pour ça...j'ai eu ça - montrant son côté paralysé - peut-être, je sais pas.

[...]

O : Comme c'était bouché, le sang ne pouvait plus passer ...et derrière, il n'y avait pas de sang, rien quoi.

B: Ok, d'accord, ça veut dire ça.

O: Et comme derrière il n'y a pas de sang, ça s'abîme. Alors du coup, les médecins ont rapidement débouché pour que le sang, reparte derrière.

B: D'accord, c'est ça.

(...) L'explication se poursuit pendant quelques minutes pour évoquer la région sylvienne et les zones du langage.

M B a déjà pris connaissance du compte-rendu et il est évident que les professionnels l'ont déjà commenté ainsi que l'accident cérébral. Cet extrait de séance montre l'importance de dire et redire les informations qui circulent et l'importance du rôle pédagogique dans la relation patient-orthophoniste. Le patient n'a pas la capacité cognitive et affective d'intégrer pleinement tout ce qui a trait à la pathologie. Il réinterroge régulièrement les professionnels. Ainsi, M B a besoin à nouveau d'évoquer cet épisode. Il a besoin que l'orthophoniste réexplique, près d'un an et demi plus tard, des termes, ici «ischémique», liés à l'accident lui-même, avant de s'intéresser aux résultats des évaluations de langage, qui sont pourtant plus d'actualité dans sa prise en charge. Il a encore besoin de comprendre ce qui lui est arrivé, qui pèse tant sur son quotidien : «C'est pour ça...j'ai eu ça».

La relation pédagogique nécessaire dans la relation soignant-soigné est à l'œuvre, ici pour mettre en mots, pour rendre compréhensible l'AVC. Le thérapeute possède un savoir puisqu'il a acquis de solides compétences cliniques et théoriques que le patient, lui, n'a pas. Par contre, le thérapeute ne sait jamais ce qui préoccupe son patient, avant de l'écouter. Le professionnel délivre son savoir en s'adaptant aux capacités de compréhension du patient et en essayant de répondre au mieux à ses questions du moment, sans les éviter et aussi sans les devancer. Son besoin à ce moment-là, pour M B, n'est pas encore de parler des résultats mais bien de l'origine de ses difficultés... Il ne s'agit donc pas d'éluder, de quelque manière que ce soit, les questions sur l'étiologie. Tant pis si ce n'est pas ce qui prime dans le courrier et en terme de prise en charge. Indirectement cela sert le travail thérapeutique. En effet, sans doute que pour M B, mieux comprendre, peut permettre de mieux accepter l'aphasie. Or c'est un cap essentiel pour qu'il y ait consentement autour du projet thérapeutique, pour que l'intervention orthophonique soit efficace.

Suite non immédiate : extrait 04'45 - 08'16

O : Alors... «L'objectif était de refaire le point avec une nouvelle évaluation du langage». (...) «Cette évaluation est sensiblement identique à celle effectuée au cours du séjour en rééducation. Les performances en tests sont stables tant à la fois en compréhension orale et écrite qu'en expression orale et écrite.»...**Alors là, c'est ce que vous disiez, les tests n'ont pas montré de progrès. Le patient avait déjà évoqué ses résultats aux vues de l'entretien qu'il avait eu avec l'équipe après ses tests.**

B : Mieux...voilà.

O : Les tests ont montré «pareil».

B : Pa...pareil, mmmhh.

O : Voilà. Alors on va lire la suite, pour voir, mais on avait discuté du fait que les tests testent un certain type d'exercices de langage [...] bon on va voir la suite: «la compréhension conversationnelle est correcte et aidée par le contexte. Le langage reste informatif grâce à l'utilisation du langage automatique et des différentes modalités de communication extra-verbales».

B : ça veut dire, je fais autrement.

O : C'est ça. L'orthophoniste reprend la lecture du courrier: «mimes, utilisation de l'écrit pour l'ébauche de certains mots. En situation de test, la dénomination et la répétition restent difficile».

B : en pointant les résultats chiffrés des tests sur la feuille: Donc ça, c'est ça.

O : Pendant le test, oui. L'orthophoniste se levant pour chercher des images : La dénomination ça veut dire...L'orthophoniste présente une carte face à M B: c'est quoi? Petit temps d'attente, puis le professionnel présente une autre carte - C'est quoi?

Petit temps d'attente.

O : Trop tard!

B : Si...

O : On est en test! Une nouvelle carte est montrée: Et ça c'est quoi?

B : c'est pour...euh

O : Non! C'est le nom que je veux: on est en test!

B : behhh

O riant de la situation caricaturée: Non! Le nom, comment ça s'appelle, on est en test.

B complice: En français, je sais pas.

O riant : Ah!ça c'est de la triche! Une nouvelle carte est présentée: Et ça c'est quoi?

B : Une...pour regarder ...

O : Non! Le nom, on est en test de dénomination!

B : Je sais pas.

O quittant le ton provocateur: En test vous n'avez pas... parce qu'il n'y a pas de contexte.

B : Ah, si peut-être un truc...

O : oui, il y en a un peut être un qui va arriver. Mais on ne vous donne pas de contexte, on demande juste: «C'est quoi? C'est quoi? C'est quoi?»

B : ben je faisais «Ah c'est peut être ça ou ça, j'ai pas ou je sais pas» comme ça.

O : Bon, mais elle était cool Mme C.

B : Oh, ben oui, je la connaissais, elle, pendant longtemps.

O : oui, vous la connaissiez en rééducation [...]. Bon, enfin, voilà: Mme C, j'imagine qu'elle ne vous disait pas: «non, non, non» ... Mais, en tout cas: elle n'a rien pu coter [...] Et puis après, il y avait «répétition». Donc la dénomination, c'est ce qu'on vient de faire là,... et répétition, c'est...

(reprenant le ton joué de la situation de test) maison!

B: s'appliquant : Ra...raneau

O: doucement : Non, zéro! ...Crayon.

B: silencieux puis complice: ça dépend, ça dépend!

O: en riant: Non, non, non, on n'a pas le droit de faire de la politique, on ne noie pas le poisson comme ça!

Les bilans d'évolution en aphasie sont, dans la mesure du possible, les mêmes que les bilans d'investigation. Cela permet de mesurer les améliorations par comparaisons des résultats.

Les tests n'ont pas montré de progrès. Il est primordial d'en discuter car cela pourrait remettre en question le projet thérapeutique en faisant douter le patient de son efficacité. En effet, des résultats inchangés peuvent signifier une absence d'avancée. M B a besoin de parler des résultats obtenus en dénomination et répétition. La confiance dans l'efficacité du professionnel, moteur de l'investissement du patient, peut être entamée si cela n'est pas discuté. L'orthophoniste, loin d'éluder la discussion, va au contraire tout mettre en œuvre pour reposer le projet thérapeutique: elle va s'y prendre de façon variée et à des moments différents dans cette séance.

Le patient est considéré, par son orthophoniste, comme étant en mesure de faire du lien entre ses propres besoins et les propositions thérapeutiques, tout en considérant leurs avantages et leurs inconvénients. Plutôt que de passer par le discours explicatif, pas forcément adapté dans le cadre de l'aphasie sévère, l'orthophoniste préfère dans un premier temps une mise en situation qui va permettre de rediscuter la pertinence du projet thérapeutique. Elle fait le choix d'une tonalité légèrement provocatrice mais bienveillante pour «jouer» la situation de passation des tests de dénomination et de répétition. Cela rejoint le choix d'expérimenter, dans la séance, des situations difficiles et de les dédramatiser dans la mesure où elles sont vécues dans le cadre thérapeutique garant du principe de bienfaisance. La verbalisation arrive aussitôt après le vécu de l'échange dans la suite de cet entretien ; l'orthophoniste a interrogé le ressenti du patient par rapport à cette passation qui a eu lieu aux Capucins. Elle est d'autant plus à l'aise pour exagérer le trait qu'elle sait bien que la passation n'a pas pu avoir lieu ainsi. Elle connaît bien les professionnels qui entourent le patient et d'ailleurs les évoque. Il est important pour la mise en confiance que le patient sente qu'il est entouré par des professionnels qui se connaissent et travaillent ensemble. Elle avait aussi anticipé un peu les résultats en prévenant M B lors de séances précédentes. C'est essentiel. Ces situations de test où le patient s'applique à faire au mieux et où il est confronté à ses échecs, ensuite objectivés par les résultats écrits sont forcément éprouvants, même s'ils sont réalisés avec expertise et beaucoup de précautions. Ils peuvent devenir déstabilisants si les passations et la lecture des comptes rendus ne sont pas suffisamment accompagnées, d'abord par l'équipe du centre puis par l'orthophoniste qui intervient régulièrement. Par contre, ils sont aussi très riches car ils permettent

de comparer des données objectives (les résultats des tests à des périodes différentes) et des données plus subjectives telles que la sensation de retrouver un statut d'interlocuteur et la possibilité d'être informatif. Ils sont à l'origine d'un échange très riche entre le patient et l'ensemble de l'équipe qui l'accompagne. Et cette séance montre bien comment ils peuvent devenir un vrai point d'appui pour reposer le projet thérapeutique.

***c - ... pour valoriser les compétences communicationnelles
mentionnées en bilan***

Suite non immédiate: extrait 08'52 – 12'59

O reprend la lecture du compte-rendu.

O : Alors « Monsieur B poursuit un suivi orthophonique bi-hebdomadaire dont il est satisfait, son moral apparaît, ce jour, relativement bon et il a pour projet de poursuivre la photographie [...] M B me fait, à nouveau, part de son projet de séjour en Inde. »

[...]

B: *Tout seul, je pourrais, je pourrais mais simplement de dire, de dire - il montre la feuille de résultats pour signifier sa pathologie - c'est juste ça.*

O: Oui, la difficulté c'est de dire (...).

B: *Oui, c'est juste ça, mais bon.*

O: Et vous avez dit que vous partiez peut être avec une amie?

B: *Oui, oui, j'ai une amie qu'a jamais été mais qui voudrait... donc faut attendre peut être... M B montre 6 avec ses doigts.*

O : 6 mois?

B: *Oui, ça ou ça à peu près...elle serait ok...avec...elle a son...M B indique avec sa main une hauteur moyenne.*

O : Un enfant?

B: *Non. M B montre une taille plus haute avec sa main.*

O: Un adolescent?

B: *Oui, voilà...si elle veut bien...bon, voilà.*

O: D'accord, ah, bien super.

B: *Oui, oui, oui.*

O: Oui, parce que pour la vie de tous les jours : vous pouvez vous débrouillez, même en Inde, mais s'il y a un souci : vous ne pourrez pas expliquer.

[...]

O : C'est «rigolo» parce qu'on discute de l'Inde, on discute de vos projets alors qu'on vient de lire que vous aviez quasi zéro en tests de langage!

B: *Oui, ben oui.*

[...]

O: (...) *On discute normalement et on est en train de lire un truc qui dit que vous n'avez pas de langage, c'est quand même génial! Il y a écrit là :...M B n'a pas le langage et en même temps il se débrouille bien autrement... La preuve c'est qu'on est en train de discuter de trucs...*

B: *Oui, oui*

O: ...qui n'existent pas dans mon bureau: l'Inde, votre amie...

Le début de l'extrait mentionné confirme l'adhésion du patient à sa prise en charge orthophonique. Dès son hospitalisation, ce patient a très rapidement compris que le retour à un langage «normal» était inenvisageable. Néanmoins rien n'est définitivement acquis et l'orthophoniste, inlassablement, en saisissant toutes les occasions qui se présentent dans l'échange spontané, retravaille le consentement au projet thérapeutique, qui pourrait être ébranlé par les résultats échoués aux épreuves de dénomination et répétition: le professionnel n'est pas dans la réparation pour obtenir un langage normalisé car cela n'est plus possible mais dans un travail qui permet les échanges sur ce que chacun a envie de partager avec les autres. Par conséquent, il s'agit également de montrer que les résultats qui importent ne sont pas ceux obtenus en dénomination et en répétition. En effet, ils viennent dire une incapacité mais dans une situation de test qui n'est pas une situation de communication quotidienne. Il est extrêmement important que le patient comprenne ce qui se passe et réalise que si les résultats n'objectivent pas de progrès, ils ont pourtant bien eu lieu:

O: C'est «rigolo» parce qu'on discute de l'Inde, on discute de vos projets alors qu'on vient de lire que vous aviez quasi zéro en tests de langage.

A différentes reprises, elle va souligner que les professionnels des Capucins ont bien remarqué et notifié d'autres progrès: « la compréhension conversationnelle est correcte et aidée par le contexte. Le langage reste informatif grâce à l'utilisation du langage automatique et des différentes modalités de communication extra-verbales ».

O : il y a écrit là...M B n'a pas le langage et en même temps il se débrouille bien autrement.

D'autre part, au cours du même échange spontané, M B montre, encore une fois, que sans dire le mot exact ni même le mot du tout, il reste possible d'être informatif et précis. C'est le moment où il parle de partir avec une amie en Inde.

B: Oui, ça ou ça à peu près...elle serait ok...avec...elle a son... M B indique avec sa main une hauteur moyenne

O : Un enfant?

B: Non. M B montre une taille plus haute avec sa main.

O: Un adolescent?

B: Oui, voilà.

Il me semble que ce patient a même le goût du mot qui lui appartient. Il aurait très bien pu se contenter de «enfant». En refusant ce qui n'est pas son évoqué, il revendique sa part de subjectivité dans le langage. Cela vient également rappeler que la communication non verbale est un appui fiable et peut devenir, parfois, un vecteur d'informations précises pour la personne souffrant d'aphasie sévère.

Dans cette séance, à l'occasion de la restitution de tests, le professionnel verbalise et

explique plusieurs fois et de différentes manières que ce qui prime c'est la fonction communicative et que concernant cet aspect-là, les progrès sont réels et reconnus par les professionnels. Il semble donc absolument primordial que les tests, avec les personnes aphasiques, prennent en compte les tests fonctionnels et les ressentis cliniques sans se limiter aux tests spécifiques chargés de cibler le niveau de traitement perturbé en terme de troubles langagiers. Nous avons vu en partie théorique l'aspect fondamental de ces tests complémentaires évaluant les capacités de communication. Ils deviennent en rééducation un véritable levier pour l'intervention cherchant à préserver le statut d'interlocuteur. M B illustre bien que la seule prise en compte des tests relatifs aux troubles linguistiques, sans évolution significative, tendrait à faire cesser l'intervention orthophonique alors que son travail le maintien dans un élan vital, entretient le sentiment d'effort central générateur de projets de vie. Grâce à cette confiance retrouvée dans ses capacités de communication : «son moral apparaît, ce jour, relativement bon et il a pour projet de poursuivre la photographie [...] M B me fait, à nouveau, part de son projet de séjour en Inde.»

d - Préserver la confiance du patient

Extrait: 16'40 - 19'50

O: Et comme on a dit l'autre fois, ce sont des épreuves standards. Donc, on vous teste par rapport à un langage normal.

B: Oui, oui, oui.

O: Et donc, forcément, vous n'êtes pas dans la norme et loin de là, puisque vous êtes gêné par la dénomination et la répétition (...). On va continuer à se bagarrer un peu sur ce langage-là...

B: Oui, oui oui, bien sûr.

O:... Tout en continuant quand même à se dire que ce n'est pas le but. Le but c'est de continuer à trouver des solutions pour continuer à échanger.

B: Oui, oui.

O: En plus, la dénomination et la répétition, elles ne marchent pas... mais je suis sûre que les mots, ...vous les utilisez à d'autres moments.

B: ouiii.

O: S'ils sont dans la phrase.

B: Oui, oui, oui.

O: S'ils sont dans vos idées, en fait.

B: Oui.

[...]

O: Par contre, ça ne peut pas être testé parce que c'est vous qui devez entrer dans le moule des tests. Les tests ne s'adaptent pas à ce que vous dites, au moment où vous le dites.

B: Mmmmm.

[...]

O: C'est pas si grave en fait, ... ça ne veut pas dire qu'il y a rien.

B: Oui, oui, oui, sinon je serais là-bas - M B évoque le centre des Capucins - je crois les premiers [en parlant des médecins], ils croyaient je serais tout le temps là-bas, je crois, hein, je crois.

O: [...] Oui, parce qu'on voit bien, dans les tests, que vous ne bougez pas au niveau des capacités de dénomination et de répétition. Vous avez une courbe de progression sur ce qui est évalué qui n'est pas bonne, en fait.

B: Mmmm

O : Donc on peut se dire: «Ouah, ça n'bouge pas, on n'va jamais s'en sortir, en fait » ...ou alors, on se dit : « on s'en fout, on fait autrement! »

B: Oui, ben oui

O: On a choisi ça nous, [...]: le langage normal, de toute façon, on ne pouvait pas.

B : D'accord.

O: Mais voilà, on fait autrement.

B: Oui, oui, oui.

O: Et puis le langage normal, il y en a qui revient quand même. Si on vous écoute, on voit bien qu'il y a des mots qui arrivent [...] je voulais dire des noms, vous savez les noms, ce qui vous gêne le plus. [...] Y en a de plus en plus qui arrivent [...] voilà, on va les faire venir... Non! On va les laisser venir car les faire venir on n'y arrive pas.

B: Oui, mmmm, d'accord.

Au cours de cette séance, l'orthophoniste s'y reprend donc à plusieurs fois pour travailler sur le consentement au projet. En outre, elle ne manque pas de valoriser ce qui fonctionne pour la communication et ce qui fonctionne dans le langage de M B. C'est essentiel de contrebalancer les échecs par les réussites pour garder confiance dans le projet et le thérapeute.

Le projet thérapeutique sera à nouveau reposé lors des séances suivantes, inlassablement. La suite de la séance participe à confirmer que M B a des compétences communicationnelles malgré ses lourds déficits langagiers. Pour cela, l'orthophoniste introduit un exercice qui permettra à M B de mettre en œuvre ses compétences.

e - S'appuyer sur des exercices formels pour soutenir la pertinence du projet thérapeutique

Suite quasi immédiate: extrait 21'00- 23'56

L'orthophoniste est allée chercher des planches où un grand nombre d'éléments plus ou moins grands, hétéroclites ou fantaisistes sont visibles, et parfois agencés de façon inattendue. Elle propose 2 planches. MB en choisit une. C'est un matériel qu'il n'a jamais eu l'occasion de travailler.

O: Bon, alors, je commence [...]. Je vois un personnage qui est dans un cadre...On aurait pu imaginer que c'était un tableau, mais il a les mains qui sortent du tableau. Donc, c'est quelque chose de...un peu bizarre... Est-ce que vous voyez ce personnage dans un cadre?

B pointe un personnage sur la planche.

O: Non, parce qu'il est dans un endroit rectangulaire, un peu carré. On aurait dit une photo, en fait, ou une peinture,... plutôt une peinture. Pendant ce temps, M B cherche et trouve.

Voilà : le personnage, il est dans un cadre.

B: mmm.

O: Comme dans une peinture mais il a les mains qui sortent.

B: on le voit...on le voit comme s'il z' était là.

O: Voilà, comme s'il était là. A vous ... vous me parlez de quelque chose mais vous ne me le montrez pas... et je dois trouver de quoi vous parlez.

B: Mm...d'accord...qu'est-ce que je fais?

O: Ah oui, c'est à votre tour.

B: Qu'est-ce que je dis?

O: Ce que vous voulez. Vous vous débrouillez pour que je repère quelque chose,... comme moi, je viens de faire. J'ai vu un truc et je vous en ai parlé... Vous, vous regardez un truc et puis vous m'en parlez.

B: Mmmm... d'accord! Alors c'est un truc qui...tout en bas, tout en bas et... y a.... un...on peut pas, on peut pas comme ça, on peut pas comme ça, on a quelque chose pour pouvoir...sinon, on peut pas...à cause...un tout petit peu, un tout petit peu, on peut mais un moment on peut plus : Ahhhh - MB mime le fait de s'étouffer - Donc on a un truc qui va tout en bas, tout en bas, tout en bas et il peut pendant un petit moment, pour regarder TOUT en bas, TOUT ce qu'il y a en bas.

O: J'ai l'impression que vous parlez de la plongée...

B: Et ...

O pointe un scaphandre: ça?

B: C'est ça, c'est ça.

O: D'accord, oui.

B: C'est ça, il faut ça.

O: Oui, effectivement, c'est un casque de plongée et ça permet d'aller tout au fond de l'eau.

B: Voilà et ...sinon, on peut mais pendant tout petit, si on n'a pas ça, on peut un tout petit peu, y a un moment pouah - il mime encore le fait de manquer d'air - pour...

O: Oui, parce que... on manque...

B: Pour r...(il fait le mime d'ouvrir la bouche pour reprendre de l'air)

O: Ah oui, pour res...

B: Pour rrrrr

O: Pour res...

B: Rrr è... a ...i

O: Pour respirer.

B: Voilà.

O: Ok, c'est ça.

L'exercice n'a pas été choisi au hasard. Il va permettre de montrer à M B qu'il a les moyens pour pallier ce qui est très déficitaire dans les tests: la dénomination. Le patient est mis en situation d'exercice où il doit faire deviner un mot à son interlocuteur sans le nommer. Il va éprouver de lui-même qu'il est tout à fait possible de contourner cette difficulté et, en même temps, s'approprier cette façon de faire qu'il pourra réinvestir en situation extérieure. Ces moments d'exercices formels sont fondamentaux pour servir le projet thérapeutique. Cela permet au patient de prendre le temps d'expérimenter et de s'armer de techniques qui enrichiront ses compétences conversationnelles. Il s'agit donc d'une approche thérapeutique relevant de la compensation qui fait ses preuves de son efficacité au cours de cette séance. Réussite et efficacité sont ensuite verbalisées, discutées auprès du patient pour une prise de conscience et pour valider ce moyen de communiquer autrement. Les outils d'exercices formels sont disponibles et intégrés au moment opportun pour servir les échanges

mais n'ont pas la primeur de l'échange. C'est très repérable dans cette séance où l'orthophoniste propose un exercice servant très précisément ce qui se pose en terme de besoins singuliers pour M B ce jour-là: travailler la question des «non progrès» autour de la difficulté à nommer et répéter. Tout est mis en œuvre pour à la fois expérimenter un «autrement» possible et une mise en confiance.

3 Extraits de séance avec M V : un exposé sur les oiseaux

3.1 Séance

Illustration clinique: permettre à M V de prendre une place d'interlocuteur en s'appuyant sur ce qu'il apporte spontanément. L'exposé s'est déroulé sur une séance enregistrée en ma présence mais il est intéressant de reprendre les événements en amont lorsque le patient était seul avec son orthophoniste.

3.1.1 *L'idée de l'exposé...*

a - Quel est l'apport spontané du patient?

L'exposé est un exercice proposé par l'orthophoniste à la suite d'une interrogation du patient sur le fait d'annuler une séance pour participer à une sortie ornithologique avec des amis ; type de sorties qu'il effectuait avant sa pathologie. Cette interrogation est à comprendre de deux façons: C'est à la fois une marque de politesse envers son engagement vis à vis du planning fixé pour les séances mais c'est surtout une grande fierté et un réel plaisir d'évoquer cette escapade rompant avec l'ordre établi, depuis l'accident cérébral. Il faut savoir qu'au début, M V prenait ses vacances en fonction de son orthophoniste, de manière à ne pas perdre une séance. La séance d'orthophonie passait avant tous les autres projets. Le professionnel va écouter cette demande et renvoyer ce qui semble être un désir de rencontre retrouvé allant jusqu'à empiéter sur son besoin de rééducation, pourtant très fort depuis le départ. C'est révélateur du fait que ses expériences positives en séance lui ont permis de se sentir capable de prendre le risque de se mettre en situation d'interlocuteur dans un cadre moins protégé que le cadre orthophonique. La demande de rompre avec le planning des séances montre bien qu'il peut mettre un peu de jeu dans son statut de patient, autour duquel sa vie s'était organisée. Le fait d'informer son orthophoniste qu'il souhaite participer à nouveau à des sorties ornithologiques, et de rechercher son approbation, est une manière complice de dire «ça y est, je me lance!» et de vérifier sa croyance dans cette expérience. Pour le professionnel, c'est l'occasion idéale pour rediscuter le projet thérapeutique, et évoquer que l'objectif premier étant de retrouver un statut d'interlocuteur, cette envie de sortie est très positive puisqu'elle montre que ce projet a glissé du cadre de soin à la vie quotidienne. La confiance en ce projet et la validation du thérapeute témoignent d'un engagement du patient, d'une confiance dans son orthophoniste et de son désir de soin et donc d'une alliance thérapeutique établie.

La discussion s'engage car l'orthophoniste s'intéresse à son centre d'intérêt, pose des

questions, cherche réellement à s'instruire. Le professionnel va saisir dans ce qu'apporte le patient, une occasion pour élaborer un projet de séance à venir au service du projet thérapeutique: donner une place d'interlocuteur, cette fois-là, à travers un exposé à faire sur son centre d'intérêt : les oiseaux.

L'apport spontané du patient est intégré au projet thérapeutique par l'orthophoniste. Du coup, le projet de l'exposé prend du sens et ne peut être considéré comme un exercice venant seulement de la part du professionnel: il émane d'une vraie envie de M V, celle de participer à une sortie ornithologique.

b - Fruit d'une négociation

Ce projet d'exposé semble un véritable défi et M V le signifie: il est d'accord pour partager ses connaissances sur les oiseaux mais il met en avant son handicap: il est aphasique. La négociation a lieu sur le ton de l'humour. L'orthophoniste rappelle sa tendance aux projets improbables; dans sa conviction non pas qu'il soit possible de tout faire mais qu'il est possible de tout tenter. Toutes les précautions sont prises à travers la négociation du projet. Le patient est sécurisé car il pourra utiliser un support, celui de l'ordinateur. Le thérapeute veut que le mode de l'échange soit absolument préservé...puisque c'est le projet thérapeutique: être interlocuteur, être dans l'échange avec l'autre. C'est pourquoi Mme B explique qu'il ne peut pas apporter ses livres et des écrits comme il le proposait, en tout premier lieu, car cela ne parlera pas de la journée qu'il aura vécue et de ce qu'il aura partagé comme expérience avec ses amis autour des oiseaux. L'ordinateur est donc un support accepté par les deux acteurs de cette négociation. Elle explique encore que, n'étant pas personnellement passionnée par le thème, ce qui l'intéresse c'est son regard à lui sur cette expérience de sortie. C'est pourquoi elle est d'accord pour un support en images dans la présentation de l'exposé mais qu'elle ne lira pas d'écrits documentaires. La séance a permis de chercher et trouver un consentement sur le projet de l'exposé et de reposer, de fait, le consentement du projet thérapeutique: le placer en situation d'endosser une place d'interlocuteur.

c - Consentement confirmé

Après sa sortie ornithologique, M V prend du plaisir à évoquer cette activité et rappelle spontanément qu'il prépare l'exposé. Il ajoute que c'est difficile mais qu'il est content. Lorsque c'est prêt, il fait savoir qu'il a envie de le montrer en présence de la stagiaire. Stagiaire qu'il connaît peu et qui n'est pas au courant de ce projet puisqu'elle commence son stage. C'est l'occasion d'un nouvel

accord: ce sera une surprise. M V prend du plaisir à l'idée de cette surprise. Etre en mesure de faire une surprise sur le terrain cognitif est précieux pour M V qui n'a plus l'occasion de le faire. Il retrouve ainsi une sensation de maîtrise de ce qui va se jouer verbalement, il sera l'initiateur d'un moment de plaisir verbal.

d - Un double objectif au service du projet thérapeutique

L'un des objectifs est donc centré sur la communication: faire l'expérience positive d'une rencontre authentique malgré le déficit langagier et enfin vivre un échange qui se construit autrement. Les visées sont multiples, rappelons-le : insuffler de la confiance dans les capacités à endosser ce statut d'interlocuteur, susciter le plaisir de l'échange, favoriser la spontanéité pour rester au plus proche de ce qui se passe «dans la vraie vie», vivre un «communiquer autrement» car la pathologie est là et il ne faut pas la nier mais faire avec elle.

L'autre objectif est centré sur le sujet: permettre au patient de partager un de ses centres d'intérêt donc de parler de lui. Il va pouvoir donner de son altérité, de ce qui fait sa différence pouvant intéresser l'autre qui l'écoute. Il va aussi montrer ses compétences en partageant l'exposé qu'il aura préparé. L'échange va s'appuyer sur ce qu'il aura apporté. Cela vise à valoriser le sujet, le re-narcissiser en renforçant le sentiment d'identité à travers l'expérience vécue, puis partagée. C'est l'identité narrative dont parle Ricoeur. Mais c'est aussi re-narcissiser en contribuant au sentiment de continuité temporelle, à la base du sentiment d'identité, grâce à ce statut préservé d'interlocuteur. Un continuum s'effectue entre un avant et un maintenant où la personne peut se percevoir encore comme interlocuteur même si c'est différemment. Tout cela est vécu aux travers d'expériences d'échanges comme celle que va permettre l'exposé.

Nous allons donc observer ce qu'il en est de ces objectifs et visées lors du déroulement de la séance.

3.1.2 L'analyse de la séance de présentation de l'exposé

a - Les marques du consentement mutuel, autour du statut d'interlocuteur, au sein de la relation de soin

En arrivant avec son exposé préparé, M V concrétise son accord pour le projet de séance proposé par son orthophoniste. La complicité qui transparaît dans le cadre du «complot» à l'égard de la stagiaire confirme l'adhésion au projet, et vient témoigner d'un sentiment de plaisir, perceptible

dans l'extra-verbal. Complicité et consentement sont confirmés plusieurs fois au cours de la séance: la complicité transparaît à travers la cohésion patient-orthophoniste pour préserver le mystère sur le thème de l'exposé jusqu'au dernier moment. Le consentement, quant à lui, ne repose pas que sur l'exposé, il concerne le projet thérapeutique lui-même: «on est d'accord, c'est un exposé sur le mode de l'échange».

Ce statut d'interlocuteur endossé, au sein de la séance, est assumé par M V. Il montre qu'il veut le garder en se positionnant, dès le départ, comme un interlocuteur actif, qui conduit son exposé. Ainsi dans les premières minutes de la séance, quand la stagiaire manifeste son envie de regarder l'écran de l'ordinateur, M V dit « non, non, non » indiquant par là qu'il faut patienter un peu, c'est lui qui va délivrer les informations au moment où il l'aura décidé.

Extrait: 00'20 – 00'26

Il s'agit du tout début de séance, M V sort l'ordinateur de son sac puis de sa sacoche pour présenter son exposé.

O: hein, hein,

Stagiaire: mystère...

V: mystère

Stagiaire: mystère...

Extrait: 00'57 - 01'22

Stagiaire: Alors, pour moi, c'est la surprise totale parce que je ne sais même pas de quoi, vous voulez parler ...

V reprenant le ton mystérieux: Ah, ah...

Stagiaire: C'est un exposé sur quoi?

O enjouée : Ah, oui!

Stagiaire: C'est un complot-là!

O: Oui.

Stagiaire riant: Oui! Carrément! C'est agréable...

O: On assume sans problème.

M V, face à son écran met en route son diaporama.

Stagiaire: Ah! On a le droit de regarder...

V: non, non, non, non, non.

Vers la fin de séance, M V montre qu'il avait préparé des diapositives mais a décidé de ne pas nous les présenter lors de l'exposé. Certaines auraient pu nous sortir de situations d'incompréhension. De même l'aide vocale, activée plus tôt, aurait pu fournir les noms des oiseaux non trouvés. Il a choisi de ne pas y avoir recours tout de suite.

Extrait 43'27 – 43'36...

M V actionne l'aide vocale: «Rousserole et Farvatte»

V : Rousserole et Fravatte.

O : D'accord! Super.

Il signe son adhésion totale au projet thérapeutique: il a fait passer la préservation du statut d'interlocuteur avant l'économie de l'échange. C'est aussi la preuve que ne pas tout comprendre n'empêche pas la communication de se poursuivre et que le projet thérapeutique est cohérent malgré les déficits langagiers et cognitifs.

b - Les effets de valorisation et de re-narcissisation du sujet au sein d'une relation égalitaire

Le processus de re-narcissisation de la personne est à l'œuvre grâce à tous les effets de valorisation qui naissent de la relation égalitaire de sujet à sujet. Il est présent dès que le sujet est en situation de montrer ce qu'il est et ce qui fait son altérité. Ici, l'exposé va permettre à M V de se montrer comme un être doué de savoir sur les oiseaux mais aussi comme étant capable de partager cette passion qui l'anime et le caractérise. Malgré des «ratés» dans l'échange, M V parvient à transmettre beaucoup d'informations concernant son sujet. Orthophoniste et stagiaire apprennent par exemple le lieu de baguage des oiseaux.

Extrait 03'07 – 06'00: lieu de baguage des oiseaux

Un extrait de carte routière apparaît sur l'écran.

O : Alors..., pourquoi est-ce qu'on a cette carte?

V : Ah, oui...voiture.

O et Stagiaire: mm...oui.

V: à peu près...

O : oui.

V montrant dix doigts écartés : Tiss.

O: Alors... dix ... kilomètres?

V validant d'un signe de tête: Koumède!

O: Oui, dix kilomètres.

V: Environ.

O: Environ... D'accord.

[...]

O: Il y a un lieu d'observation?

V acquiesce: oui, oui.

O : ...Un lieu d'observation des oiseaux.

V : oui, oui... et euh... . M V pointe une localité sur la carte.

O: se penchant : C'est près d'Ecouflant ?

[...]

O : C'est près de Briolay ?

V : oui, oui.

O : Bon, d'accord.

Certes, en terme de flux verbal la production est faible, mais la séance montre combien les informations transmises peuvent être à la fois nombreuses et précises, voire techniques. Ainsi, M V parviendra à donner plusieurs renseignements ornithologiques: comment sont attrapés les volatiles et pour quelle raison ils sont bagués, les mesures qui intéressent les ornithologues: ailes dépliées, ailes pliées, gras ou maigre, nom du bagueur, heure du baguage.

L'effet de valorisation a lieu dans tous ces moments où les interlocuteurs de la personne souffrant d'aphasie sévère montrent leur intérêt. L'intérêt se devine lors des efforts inlassables, côté professionnel et stagiaire, pour proposer des évoqués pouvant correspondre à ce que veut dire M V. La séance témoigne de nombreux moments où l'interaction est très dense en terme d'ajustements réciproques: parfois M V fait ses propositions, son interlocuteur reformule et M V valide «oui, oui» ou ne valide pas «non, non».

De plus, rien n'est lâché en termes d'efforts et de curiosité pour se comprendre, même si cela prend du temps. C'est le passage, par exemple, où M V essaie de nous faire comprendre que l'étude est en lien avec la migration, ou encore le passage où il essaie de nous dire le nom de l'oiseau qu'il étudie.

Extrait 09'02 – 09'47

V: (...) ...Amer...euh...a mer ...euh...a mer...

O: La mer?...l'eau??...

V: Non.

Stagiaire: *Merle? ... Non c'est pas ça.*

V: Oiseaux...partis...

O: D'accord... ... Ah...la migration?

V: Oui!!! Partis...

O: Il y a un rapport avec la migration de ces oiseaux-là.

V: Oui ... (...).

Extrait: 26'49 -27'32

Long silence où M V signifie qu'il cherche...

V: Fauvette.

O: Fauvette...

V: Fauvette...euh...fauvette...euh

M V montre, d'un geste, sa tête.

O: ...à la tête...

V: à tête

[...]

O: Alors...fauvette...crête?

V: Non, non.

O: Fauvette... ...

M V montre à nouveau sa tête d'un geste de la main.

Stagiaire: *Tête?*

V: Tête!

O : Fauvette à tête...

V : ...oire!

O et stagiaire en chœur: ...**Noire! D'accord!**

Stagiaire: *Donc l'oiseau...c'est une fauvette à tête noire.*

V : *Oui. (...).*

L'intérêt se devine aussi à travers les précisions qui sont demandées. Elles témoignent de liens effectués, par ses interlocuteurs, entre les diverses informations qu'il fournit et donc de leur attention à ce que s'efforce de leur communiquer M V. C'est l'épisode, par exemple de la question concernant la couleur de la tête de la fauvette à tête noire: l'image contredit le nom de l'oiseau, d'où l'incompréhension.

Extrait: 28'20 – 28'36

M V présente la photographie suivante.

O: Alors...la fauvette à tête noire.

Stagiaire: *Sauf que moi...je trouve qu'elle n'avait pas de tête noire...Elle n'a pas de tête noire la fauvette de tout à l'heure?*

V: *Oui, euh...*

Stagiaire: *C'est son nom mais sa tête n'est pas forcément noire alors?*

M V va nous apprendre que la « fauvette à tête noire » femelle, n'a pas la tête noire.

A ce moment, l'interlocuteur a vraiment le désir d'en savoir plus, de comprendre. C'est valorisant pour M V. Et ce d'autant plus que cela vient confirmer qu'il est considéré comme un interlocuteur capable d'apporter des réponses, dans un échange qui n'est pas géré à l'économie. L'interlocuteur ne fait pas semblant, il «en redemande» et témoigne de son attention à tout ce qui est présenté. L'intérêt porté à l'autre est valorisant puisqu'il vient témoigner d'un désir de rencontre: rencontrer l'autre qui a des informations à partager, inconnues des interlocuteurs. Cette dimension de la rencontre curieuse de l'autre fait partie intégrante de la relation soignant-soigné. Elle signifie l'engagement nécessaire du thérapeute envers son patient via la relation intersubjective égalitaire.

Evidemment, l'effet de valorisation est présent également et explicitement dans les compliments de l'orthophoniste (18'24): «**Ouah, quelle technique!**» à propos du diaporama préparé, ainsi que dans les apartés entre professionnel et stagiaire, destinés à être entendus du patients (18'36): «**c'est intéressant, ce qu'il fait...**» ou encore dans les remerciements répétés en fin de séance (38'57): «**bravo**», (45'00) «**c'est vraiment très très bien**». Le patient est remercié et félicité à la fois sur l'exposé en lui-même et sur la capacité à avoir pu partager ce qu'il voulait dire donc sur ses capacités à endosser et gérer le statut d'interlocuteur.

Extrait: 27'37 – 28'15

O s'adressant à M V: Vous avez trouvé tout seul « fauvette » ,... parce que vous vous êtes dit:... « fauvette », elles ne vont pas être capables...

O se tourne vers moi: Par contre... « tête »...il vient nous chercher... parce qu'il nous montre sa

tête, donc,... il pense qu'on va bien finir par y arriver. Et puis, «noire»,... on cherche ensemble. O s'adressant à nouveau plus directement au patient: Ça veut dire que...vous...vous savez très bien ce que vous pouvez attendre de nous. (...) Je trouve que vous maîtrisez très bien cette capacité à faire des allers-retours dans la discussion.

c - L'échange spontané: renforcement de l'identité, renforcement du statut d'interlocuteur

L'exposé, un exercice préparé à la maison donc non improvisé, va néanmoins permettre de poser le cadre d'une situation d'échange spontané. Rappelons qu'elle présente deux avantages primordiaux: elle se rapproche des situations vécues au quotidien et elle donne la place d'interlocuteur à la personne souffrant d'aphasie sévère. Les conditions de l'échange authentique, dans la séance analysée, sont préservées puisque les interlocuteurs de M V ne connaissent pas à l'avance le contenu de l'exposé ; il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, juste un espace et une liberté immense offerts par la construction d'un échange qui ouvre la voie de la reconnaissance de l'autre. Ainsi, lorsque l'orthophoniste demande à son patient (00'45- 00'49): **«C'est la première fois que vous faites un exposé comme ça?»**, celui-ci en répondant un *«nonnn»* qui s'allonge, parle spontanément de lui, laissant entendre qu'il en a déjà fait beaucoup. Il laisse entrevoir son identité, un peu de lui dans sa globalité. La situation spontanée ouvre un espace où le récit de soi est possible, où l'identité narrative selon Ricoeur peut être à l'œuvre. Et lorsque le professionnel continue d'interroger (00'52 - 00'55): **« Depuis que vous avez eu votre souci, c'est la première fois?»** M V répond *«Ah oui»*. C'est à la fois pénible pour le patient qui est renvoyé à sa réalité de personne souffrant d'aphasie sévère mais cela permet de souligner comment cet exercice peut permettre une continuité avec l'avant de l'accident. En le soulignant par un **«Oui, bon... ...cool»** (00'57), Le praticien valorise une continuité avec ce qui était possible avant l'AVC et ce nouveau possible. Le sentiment de continuité temporelle, fondamental pour asseoir le sentiment d'identité et aider au processus du deuil, est renforcé à ce moment précis de la séance. Le **« cool »** du thérapeute soutient le projet de l'exposé: pas de doute cela va se faire. On retrouve la conviction intime, absolument nécessaire, du professionnel dans la capacité de son patient à atteindre l'objectif fixé en commun.

Le cadre de l'échange spontané garantit une authenticité qui renforce le statut d'interlocuteur comme dans «la vraie vie», et cela pour deux raisons. La première tient au fait que les questions posées par les interlocuteurs sont de vraies questions, ceux-ci ne connaissent pas la réponse. Les exemples au cours de cette séance sont nombreux. Citons, par exemple, le passage où les questions de l'orthophoniste et les miennes se télescopent et prennent sens à ce moment précis de l'échange (11'29 - 11'40): *«Pourquoi vous mesurez les oiseaux?»*, *«Comment vous faites pour les mesurer,*

sans leur faire mal?». M V souffle car cela n'est jamais simple de répondre puis enchaîne par un «Ah ...oui...» montrant qu'il est déjà reparti dans la recherche d'évoqués à transmettre. La seconde raison provient de ce que l'interlocuteur, pris dans le plaisir de l'échange, n'épargne pas la personne sous prétexte qu'elle est aphasique. Du coup, la personne n'est pas regardée selon l'angle de la pathologie mais selon l'angle d'un interlocuteur amené à répondre aux questions qui lui sont posées, dans ce cadre d'exposé. Ainsi l'orthophoniste demande des précisions sur la prise de mesure concernant les ailes. Elle va au-delà de ce que M V pensait donner comme détails. Il signifie, alors, par un: «Oh là là» (21'26) que répondre à cette question sera trop coûteux. Mais le professionnel insiste tout en valorisant le contenu de l'exposé, apporté par M V (21'28 - 21'30): «mais si, il faut être précis, c'est une étude scientifique». Ce faisant elle sait où aller chercher une partie de l'information dans les diapositives précédentes, ce qui à la fois est une aide précieuse pour M V et à la fois le valorise dans son statut d'interlocuteur puisque cela prouve que ce qu'il a dit a laissé des traces chez l'autre.

d - L'expérience positive d'un échange authentique

Le défi consiste de la part du professionnel à ce que l'expérience soit vécue, d'une façon ou d'une autre, positivement. L'exemple ci-dessus montre tout le savoir faire du professionnel qui avance entre confiance et valorisation, en préservant toujours ce statut d'interlocuteur garant d'une relation de sujet à sujet. L'expérience est vécue positivement, tout d'abord, à travers les réussites dans l'échange. Chaque moment de rencontre sur les évoqués est une victoire marquée par un «oui!». Depuis le départ, nous l'avons vu, ce projet est perçu comme possible par le professionnel. Il me semble que «l'effet Rosenthal», mentionné en partie théorique est fortement présent. Les croyances du thérapeute, en terme de capacités communicationnelles pour son patient, génèrent de la confiance. Cette confiance insufflée est présente aussi dans les rappels qui jalonnent l'entretien: ils verbalisent et soutiennent cette possibilité de communiquer autrement. Après avoir préparé avec plaisir tout son matériel, M V s'est senti en grande difficulté et n'a pas pu commencer l'exposé. Il l'a signifié avec un certain désarroi. Il a fallu que l'orthophoniste l'accompagne pour démarrer :

«On est d'accord,... c'est un exposé sur le mode de l'échange,... ce n'est pas vous qui vous débrouillez tout seul... pour tout faire,... on discute... et pendant ce temps là, vous pouvez venir chercher les infos chez nous.»

Valorisation et marques de confiance sont et doivent être très nombreuses car elles participent à encourager la personne à poursuivre l'échange, coûte que coûte, et à laisser une trace positive, en lui.

D'autre part, l'expérience est positive car les «ratés» sont dédramatisés, et donnent même lieu à des moments de rires, de détente. C'est, par exemple, la levée du quiproquo: «bagage: baguage» ayant généré une incompréhension au début de la séance et provoquant, ensuite, le fou rire de l'orthophoniste et de la stagiaire se moquant d'elles-mêmes lorsqu'elles comprennent enfin de quoi il s'agissait, plus d'une demi-heure plus tard. Ce rire spontané et sincère témoigne aussi d'un moment de vrai plaisir passé dans cet échange pour les interlocuteurs de M V, cela ne peut lui échapper.

Extrait: 01'55 – 02'03, installation du quiproquo.

O: Donc... c'est un exposé sur quoi?

V: Oui...Euh,... bacage.

O :... Sur les bagages?

V: Oui,

O surprise et enjouée: ... Alors là..., moi non plus, je ne suis pas au courant de ce thème-là! ...Les bagages, c'est-à-dire...?

V: Roseau...

O: Sur les roseaux?

V: Oui.

O: Ça un rapport avec les oiseaux?

V: oui, oui...

O:...Bon...vous me rassurez,... parce que c'était ça, mon thème de départ. D'accord. Les oiseaux et les roseaux. Ok.

Extrait: 38'17 – 39'20, levé du quiproquo.

L'orthophoniste évoque les prises d'informations sur les oiseaux.

O: Vous allez retourner faire ça?

V: Oui.

O: Il y en a d'autres... des journées,...comme ça...de baguage...

V: Oui.

O et stagiaire en chœur et riant: ...BAGUAGE!!

Stagiaire: Ah...ça y est ...on a compris. Je réalise un geste mimant le mouvement d'un cerveau qui tourne au ralenti. On pensait... «aux bagages» la valise!

O toujours riant: On est des filles nous...vous nous dites «bague»...

Stagiaire: ...on pense... sac à main!

O : ... On pense sac à main...On part en vacances!

(...) Le fou rire se poursuit quelques secondes.

V souffle et secoue la main, l'air de dire « je ne suis pas aidée avec elles ! »: Ah là là...

Stagiaire: Oh...On a mis du temps (...) ... Mais bravo! On a appris plein de choses.

O : Oui..., c'est très très bien!... et... c'est surtout très très intéressant... de vous voir dans un projet comme ça!

Le rire participe au vécu positif de l'expérience d'échanges spontanés. Il se présente comme une respiration dans l'effort fourni par chacun. Il ne nuit pas au sérieux du travail orthophonique, il en est le contrepoint.

e - Le plaisir dans l'échange

Moments d'humour et atmosphère détendue nés de la situation de communication spontanée révèlent de vrais moments de plaisir partagé. L'exemple ci-dessus où M V se moque franchement de notre manque de perspicacité et ose critiquer nos capacités d'interlocuteurs est remarquable. Un autre exemple est l'accusation de maltraitance des oiseaux à l'encontre des personnes pratiquant le baguage.

Extrait 15'15 – 15'36

L'écran affiche un tableau contenant des mesures:

O: mm... 12,08 grammes. D'accord.

Puis M V avance le diaporama et une nouvelle mesure apparaît.

O : Qu'est-ce que c'est que ça?...9,08 grammes...Qu'est-ce qui s'est passé entre temps?...Qu'est-ce que vous avez fait à ce pauvre oiseau?

V: Non, non...

O: C'est un autre?

V: Ouiii.

Stagiaire: Je me disais...vous lui avez arrachés les pattes ou quoi?

V souriant: Oh, nooon!

L'humour au sein de l'échange est un plaisir que goûtent rarement les personnes aphasiques car elles sont, le plus souvent, face à des interlocuteurs qui craignent l'incompréhension, donc qui n'osent pas. Le plaisir éprouvé par M V est visible à son sourire qui valide la touche d'humour de son interlocuteur.

Le plaisir du patient dans l'échange peut aussi être perceptible, dans un moment où il enchaîne aussitôt sur une autre idée, dès que l'idée précédente est comprise, comme si la personne souffrant d'aphasie sévère était reprise par le rythme de la conversation ordinaire. C'est un passage où M V dit «oui et ...totote...doudou doudou». Le «oui» valide qu'il veut effectivement parler de migration (suite immédiate de l'extrait 09'02 – 09'47 présenté plus haut) et la suite indique qu'il est déjà en train de vouloir dire autre chose: les personnes s'occupant du baguage attirent les oiseaux migrants avec des appeaux. C'est un plaisir qui transparaît à travers le désir de communiquer et il est remarquable de constater que plaisir et désir s'alimentent mutuellement ici, confortant la théorie soulignant qu'il faut qu'il y ait désir pour qu'il y ait plaisir, et réciproquement.

f - Vivre, au sein de la séance, une autre communication possible

Faire l'expérience d'une autre communication possible c'est tout d'abord expérimenter la communication non verbale et / ou paraverbale comme riches de possibilités pour véhiculer des

informations et des émotions. Le patient a déjà expérimenté que la communication non verbale était riche avant l'AVC, elle faisait évidemment partie intégrante de sa communication. Par contre, elle risque d'être elle aussi moins investie du fait de la baisse de l'appétence communicationnelle. Il faut que le patient retrouve de la fluidité dans son utilisation et qu'il expérimente d'autres types de communication non verbale qui lui permettront d'améliorer son informativité.

Ainsi, la poursuite de l'échange est possible, ici, car la personne souffrant d'aphasie sévère ne s'interdit aucun mode supplétif pour communiquer: mimiques faciales, comptage avec les doigts, gestes de la main, mimes. De plus, à plusieurs reprises dans la séance, la communication continue via le support de l'écrit. C'est ainsi que l'orthophoniste comprend le mot «**mâle**» puis «**femelle**» avec les premières lettres des mots (29'19 – 29'28) car les sons énoncés ne permettent pas de saisir le sens. Ce qui permet de comprendre la différence de couleur de la tête de la fauvette à tête noire. Le recours au mime avec le gonflement de son corps fera comprendre «*cra...cra*» comme étant «**gras**» (13'33 - 13'58).

En ce qui concerne, le para-verbal, les différents sens qu'il est possible d'attribuer aux «oui» de M V montrent que des interprétations multiples sont possibles à travers une émission limitée de sons. Et donc que l'information passe dans l'extra-verbal avec beaucoup de finesse puisque, ici, les interlocuteurs de M V peuvent distinguer sans difficulté: le «*oui, oui*» un peu précipité qui valide une proposition émise; le «*Ah ...oui*» plus méditatif témoignant de sa recherche d'évoqués à nous transmettre ; le «*oui!!*» exclamatif qui vient dire «c'est ça, ça y est , vous avez trouvé ce que je voulais dire», quand la rencontre des évoqués a été plus laborieuse; le «*oui*» qui valide sa compréhension à lui de ce que nous lui disons.

L'orthophoniste, pour aider M V à démarrer l'échange, rappelle les conditions de son nouveau fonctionnement de communication. La personne souffrant d'aphasie sévère est dépendante de son interlocuteur et elle doit s'appuyer sur l'autre pour aller chercher ce qu'elle veut dire: «vous comptez sur nous» (01'36) et « vous pouvez venir chercher des informations chez nous» (02'03). C'est la base de cette nouvelle communication. Le patient doit compter sur le fait que ce qu'il va proposer va résonner chez ses interlocuteurs et sera alimenté par leurs propres connaissances. A partir de là, l'orthophoniste et la stagiaire pourront lui renvoyer de nombreuses propositions sur lesquelles il s'appuiera.

g - Le patient, interlocuteur actif dans l'échange

M V garde sa place d'interlocuteur actif quand, au moyen d'un signe de la main, il signifie «stop» ou qu'il émet «*chchchut*» pour nous inciter à nous taire lorsque nous l'envahissons de propositions et qu'il souhaite plutôt un temps d'évocation. Il a les moyens pour rester acteur de l'échange et le conduire. Ce sont des procédés qu'il a appris au cours des séances, qu'il s'est approprié et qu'il s'autorise à employer dès qu'il en a besoin.

Un autre moment dans cette séance est révélateur de sa participation active dans l'interlocution:

17'46-57

Stagiaire: Je peux vous poser une question?

V: Oui

Stagiaire: A quoi ça sert ça, là, on dirait une pince?

V: Ah oui euh...

Stagiaire: C'est pourquoi faire?

V: Euh...après.

Stagiaire: Ah, c'est pour après.

M V manifeste clairement à son interlocuteur qu'il ne souhaite pas que la discussion prenne ce chemin-là pour l'instant. C'est un bel exemple de sa capacité préservée à conduire l'échange, malgré l'aphasie sévère. Et pour qu'il puisse en prendre conscience, l'orthophoniste ménage des moments où elle verbalise et valorise ses capacités d'échange en me les expliquant.

Une fois que le patient a endossé ce statut d'interlocuteur, il est parfois amené à rassurer ceux qui sont présents avec lui dans l'interaction sur ses propres capacités à être dans cet échange. Quand le patient en est arrivé là, c'est qu'il a repris sa place de sujet dans la relation et du coup, pour son interlocuteur, la tâche est simplifiée. J'ai en souvenir un moment de discussion avec un autre patient de l'orthophoniste qui me racontait comment les gens ne fuient pas l'échange quand ils voient que la personne souffrant d'aphasie sévère ne s'enferme pas dans le dire correctement mais qu'elle essaie de se faire comprendre par tous les moyens possibles et montre qu'elle reste active dans l'échange. C'est tout de suite moins pesant et moins inquiétant de se lancer dans une conversation avec elle.

h - L'échange spontané instaure une continuité dans la relation de soin

Tous ces moments d'échanges sont chargés en émotions et en plaisir d'avoir réussi à se rencontrer. Nous avons vu comment ils reposent aussi sur une confiance réciproque. Ils participent à créer un vécu partagé fort, qui vient construire une relation de sujet à sujet dans une continuité au

service de la relation de soin. Ainsi, le moment où l'orthophoniste repère le mot «piquet» qui était resté source d'incompréhension malgré de nombreux efforts lors de la séance précédente.

Extrait: 11'59-12'12

V:(...) piquet

O: *C'est ça que je ne comprenais pas l'autre fois...Y a des piquets*

V :...piquet, oui et...

O: *Y' a des pièges pour les attraper?*

V: oui, oui, oui...

En faisant référence à une séance précédente où orthophoniste et patient n'avaient pas réussi à se comprendre, le professionnel montre à la fois que certaines incompréhensions peuvent être levées plus tard et encore une fois il témoigne de son écoute attentive pour ce que veut partager son patient avec lui. Les échanges précédents et tous les efforts fournis par M V n'ont pas été vains : ils ont laissé des traces chez l'autre et servent l'échange présent.

L'orthophoniste, de son côté, entretient le sentiment de continuité et le désir de rencontre en anticipant parfois sur les séances suivantes. C'est précisément le cas à la fin de l'exposé quand le professionnel propose de renouveler l'expérience.

Extrait: 46'04- 46'16

O: (...)*vous nous tiendrez au courant, de temps en temps, s'il y a des avancées dans votre étude, s'il y a des choses qui se dégagent (...).*

C'est encore une façon de manifester son intérêt pour l'échange qui a eu lieu mais cela place surtout la relation dans une continuité humaine et intersubjective.

Notre étude doit aussi se pencher sur le principal interlocuteur de la personne souffrant d'aphasie sévère, c'est pourquoi nous avons interrogé Mme V.

4 Exploitation d'un entretien avec Mme V, épouse de M V

4.1 Entretien

Illustration clinique: la prise en compte du conjoint de la personne souffrant d'aphasie sévère.

Comment prendre en compte le proche et l'intégrer au projet thérapeutique tout en gardant la personne souffrant d'aphasie sévère comme interlocutrice privilégiée?

4.1.1 *Le patient aphasique reste interlocuteur privilégié*

Extrait 03'24 - 03'52

Mme V: Ce qui m'a le plus surpris, c'est la 1ère séance...: [tonalité = je me disais] je vais raconter qui est mon mari...tout.....et puis, non: «on va s'débrouiller, c'est bon vous pouvez repartir»...et ça c'était étonnant ...«non, non on va s'débrouiller. J'ai pas besoin que vous me fassiez l'historique, c'est lui qui m'expliquera,... la vie, combien on a d'enfants, c'est quoi le métier etc...»

Le parti pris est de saisir dès le départ ce qui arrive, qui vient de l'autre et va vraiment interroger puisque le professionnel ne sait pas tout du vécu, des expériences et des sentiments de son patient. Dès les premiers échanges, l'orthophoniste montre sa posture d'interlocutrice et non pas de réparatrice. Il faut que le patient ressente qu'il est considéré comme interlocuteur. En recevant, par exemple, la personne souffrant d'aphasie sévère pour le premier entretien sans le proche qui l'accompagne, le professionnel laisse la place à la curiosité nécessaire au désir de rencontre. Il a souvent déjà reçu des informations provenant d'autres professionnels mais il est bon de ne pas trop en savoir pour pouvoir, spontanément, poser des questions authentiques et surtout pour pouvoir, naturellement, accueillir un patient dans sa globalité et non pas accueillir une pathologie. Le trouble ne faisant pas le sujet, il est fondamental de s'intéresser à la singularité de la personne dès les premiers moments de la rencontre et de percevoir comment les troubles langagiers invalident sa communication et comment il en est affecté dans ses activités, ses interactions avec les autres au quotidien. Il faut que thérapeute et patient prennent le temps de «se parler», d'échanger par tous les moyens pour comprendre ensemble ce que représente la pathologie pour lui et pour ses proches. Cette situation place le patient, d'emblée, dans un statut d'interlocuteur au travers d'une véritable situation de communication qui installe le projet thérapeutique en fonction de la personne plus que de l'aphasie.

Lorsque l'orthophoniste intervient pour dire «*on va s'débrouiller, c'est bon vous pouvez partir*», elle montre sa confiance dans les capacités du patient à être seul dans un échange avec une personne qu'il ne connaît pas. Et c'est un aspect essentiel car le proche ne perçoit déjà plus son conjoint aphasique comme pouvant être interlocuteur avec les autres: ...*et ça c'était étonnant* peut être interprété comme «c'était étonnant d'imaginer que mon mari puisse communiquer avec sa nouvelle orthophoniste, d'emblée, sans mon aide».

C'est donc en quelque sorte une double urgence: à la fois restaurer le statut d'interlocuteur de la personne souffrant d'aphasie sévère et faire en sorte qu'elle soit considérée comme un interlocuteur potentiel auprès de son proche.

4.1.2 *Le proche n'est pas du côté du professionnel*

Dans cette période de déséquilibre où s'opèrent d'inévitables remaniements des rôles de chacun, il est important que l'orthophoniste contribue à assurer que le statut d'interlocuteur de la personne souffrant d'aphasie sévère est préservé en accompagnant le conjoint à le percevoir comme tel. Une solution possible est donc de s'appuyer sur le modèle d'interlocution basé sur une relation de couple et de veiller à ne pas la laisser glisser vers une relation thérapeutique.

Extrait 04'00 - 05'49

Mme V: Et ça c'était assez surprenant mais j'étais contente (...), oui, j'étais contente. On m'avait dit auparavant. Un peu, ... souvent: «mais vous faites aussi un peu la rééducation». (...) quand par exemple, vous dites qu'il n'y a pas assez de séances d'orthophonie, on vous dit: «la rééducation c'est tout le temps, tous les jours». Mais oui, mais je fais comment tous les jours? Je n'ai pas appris, j'suis pas formée pour.....ça vous fait un poids sur les épaules.....et là, c'était bien... «Ah, ben non, nous, on va s'débrouiller» (...) Et là c'était bien. Et là, fffou (...) Je n'avais pas cette charge-là en plus. Quand je dis que c'était surprenant, c'était surprenant dans le bon sens.

Le conjoint perçoit parfois les discours des professionnels comme tendant à le situer du côté des thérapeutes. Actuellement l'approche conversationnelle visant à agir sur l'interaction entre le patient et son principal interlocuteur peut faire écho à une question du type : *Mais oui, mais je fais comment ?* C'est un projet thérapeutique qui implique fortement le proche dans la prise en charge du patient aphasique. Cela a fait l'objet de plusieurs travaux de fin d'études qui ont montré les bénéfices et l'impact favorable en termes de maintien et d'amélioration de la communication pour le patient.

Ce qui ressort ici de l'intervention de Mme V, non impliquée dans un tel projet, c'est la «charge» que représente «la rééducation tous les jours». Le poids provient de plusieurs éléments:

des efforts de communication qui sont réalisés au quotidien, de la responsabilité des progrès ou non progrès du conjoint aphasique, du manque de prise en compte de son statut de personne vivant elle aussi un traumatisme et de son éventuelle incapacité à faire face, de son besoin d'être portée et non d'être mise en situation de devoir porter, de la difficulté à se situer dans son rapport avec son conjoint souffrant. En effet, passer du côté des aidants, c'est aussi changer la nature des relations. D'autre part, le thérapeute est thérapeute de son patient à des moments bien définis et délimités dans le temps. Le conjoint est conjoint tous les jours. Peut-il être aidant à chaque instant de sa vie? A quels moments peut-il être simplement conjoint? Ces questions douloureuses traversent le proche de la personne souffrant d'aphasie sévère lorsqu'il se sent trop fortement pressé à endosser le statut d'aidant.

Dès lors, le soulagement de Mme V de ne pas être sollicitée pour pallier les troubles de son mari est tout à fait compréhensible. L'approche conversationnelle a ouvert une piste possible pour travailler avec le proche en l'amenant à participer à la rééducation. Mais il peut être intéressant aussi de travailler avec les proches sans les situer du côté des thérapeutes, tout en les considérant comme partie prenante du projet thérapeutique.

Aussi, pour l'orthophoniste, le proche doit ici clairement se sentir soutenu par le thérapeute. Avant d'être en position d'aidant, il est considéré comme étant en position de pouvoir légitimement attendre l'aide nécessaire pour pouvoir affronter cette situation douloureuse, déstabilisante et soudaine, pour laquelle il n'est pas préparé et n'a pas de formation: être le proche d'une personne souffrant d'aphasie sévère. Il est bien du côté du patient qui a besoin de soin et non du côté des professionnels qui sont formés et ne sont pas impliqués affectivement et personnellement dans l'histoire singulière du patient. Il faut qu'il se sente reconnu comme vivant lui aussi un traumatisme brutal. Parce que soutenu, il se sentira en confiance et se délestera du poids d'une attente co-thérapeutique trop lourde à porter, ce qui permettra une meilleure réalisation du projet de soin.

4.1.3 Le statut d'interlocuteur laissé au patient permet l'autonomie du sujet

Extrait 08'53 – 09'10

Mme V : Au début, j'étais la béquille s'il y avait une tierce personne. J'ai des amis qui m'ont dit, «mais non, c'est mieux quand t'es pas là car il est bien obligé de chercher à se débrouiller».

Cette prise de conscience venant de l'extérieur montre ici l'adhésion de Mme V au projet thérapeutique. Elle voit bien l'intérêt pour son mari d'être obligé de communiquer sans sa présence :

c'est la possibilité d'être interlocuteur avec les autres sans la dépendance au proche-*béquille*.

Cette prise de conscience est particulièrement importante aussi pour que chacun puisse retrouver sa singularité, pour que le patient n'ait pas la sensation de n'être que les projections de l'autre et que le proche retrouve la personne qu'il connaissait, même si les expériences récentes et les troubles cognitifs ont immanquablement fait évoluer la personnalité de chacun.

Extrait 09'15 - 10'03

Mme V: Mais, il faut que les gens aient envie de faire des efforts et ça, ce n'est pas donné à tout le monde. Tout le monde n'est pas dans cette optique-là de faire un effort.

O : *C'est «faire l'effort» ou accepter le risque de ne pas comprendre ? (...) ils sont arrêtés par la barrière du handicap et c'est plus la peur de mettre l'autre mal à l'aise, la peur de... «Par quel bout je prends le truc ? ... Peut-être qu'on ne va pas y arriver»... C'est presque à la personne souffrant d'aphasie sévère de rassurer l'autre sur le fait que ...« t'inquiète ça va l'faire».*

Pour autant les obstacles réels ne sont pas minimisés et sont pris en compte par le professionnel. Il s'agit de comprendre cette difficulté d'être l'interlocuteur d'une personne souffrant d'aphasie sévère car cela donne des pistes pour aider le patient à devenir un interlocuteur de façon différente et accompagner doucement son partenaire à réinventer l'interaction.

4.1.4 Des constats viennent valider le projet thérapeutique

Extrait 08'34 – 08'45

Mme V: Tous les moyens, il essaie de les mettre en œuvre, ça c'est clair, et puis on voit bien qu'il cherche des images, des choses comme ça.

Extrait 12'30-13'56

Mme V: En tout cas, [...] il n'a pas peur. J'ai entendu des gens qui témoignaient de leur angoisse, [...] d'une peur d'être seuls. Lui, il ne donne pas ce sentiment, il se lance. L'autre jour, j'étais surprise, il est revenu avec sa carte de bibliothèque. Et des emprunts...non, parce que c'est pas évident. Il a tenté et puis voilà, ça s'est passé et puis ça s'est passé sans moi [...]. Il est revenu avec les livres audio qu'il voulait, (...) il fallait renouveler la carte (...).

Mme V mentionne un moment où son mari s'est confronté seul à sa vie sociale sans demander d'aide, d'où sa surprise. Il a organisé et réalisé sa sortie seul, confiant dans ses capacités à agir, à aller vers des personnes extérieures à son entourage habituel. A noter qu'il a su évaluer la

situation qui ne le mettait pas en danger: le contexte est suffisamment riche en référents concrets pour que l'environnement non initié à la pathologie puisse s'adapter à ses difficultés et que, lui, puisse trouver des points d'appuis. Du coup, son initiative a abouti à une compréhension réciproque, au moins sur l'essentiel, et il s'agit d'une vraie réussite: il est rentré chez lui avec les livres qu'il souhaitait. Cet épisode rapporté à l'orthophoniste valide l'adhésion du proche au projet thérapeutique. Des effets visibles: une autonomie retrouvée tant dans la prise de décision que dans les actions qui en découlent, et des effets moins visibles mais tout aussi importants en terme de confiance et de re-narcissisation. M V se montre à lui-même qu'il est toujours «capable de» et il le montre en même temps à son épouse: «*non parce que c'est pas évident*», «*et puis ça s'est passé sans moi*».

Extrait 22'05 – 22'25

Mme V : En tout cas il se débrouille, il a des possibilités avec l'écrit... Voilà il est parti sans moi, avec les copains ornitho, toute la journée... Il a été dans les stands, il est revenu avec plein de choses écrites dans son carnet. Il a eu de l'aide, j'imagine de temps en temps. C'est ça qu'on veut, c'est de l'autonomie.

O : C'est ça que vous voulez, plus que du beau langage.

Mme V : Ah, ben oui, oui.

Avec le patient aphasique, l'expérience de l'échange en séance, vécue positivement, va ancrer l'idée d'un possible ou d'un «je suis capable de...», moteur essentiel à ses initiatives personnelles, sociales et par ricochet langagières. Ce qui est cherché n'est pas un langage correct à plaquer à l'extérieur, sorte de conduite d'utilisation, mais une envie de reprendre la place d'interlocuteur avec ceux du dehors. Mme V apprécie cet aspect-là du projet thérapeutique, ici.

4.1.5 Le proche est nécessairement pris en compte

Extrait 10'43 - 10'50

Mme V: Prendre du temps...ça vous me l'aviez dit dès le début,... je sais plus, mais j'avais dû dire: «il n'a pas de mots qui viennent». Et vous m'avez dit: «Est-ce que vous lui laissez le temps?». Et c'est vrai qu'on a tendance à poser des questions...Maintenant mon mari ... c'est «chhhut».

Le proche est bien partie prenante du projet thérapeutique dans la mesure où il entre dans le champ des préoccupations du thérapeute soucieux de maintenir la communication pour son patient. Le professionnel accompagne alors le proche devenu interlocuteur d'une personne souffrant

d'aphasie sévère et il fait en sorte qu'il puisse rester un partenaire interlocuteur dans l'échange avec son conjoint. Il convient alors de l'accueillir comme un sujet en souffrance qui a une place bien définie: celle du principal interlocuteur du patient aphasique, qui a besoin d'être aidé pour comprendre ce qui se joue, en le dégageant du poids de la responsabilité à gérer une situation qui le dépasse parce qu'il est impliqué affectivement. Le fait que le proche se sente soutenu a un impact positif en terme de mieux être au quotidien et dans les échanges avec la personne souffrant d'aphasie sévère.

Extrait 10'53 - 11'22

Mme V: Maintenant mon mari... c'est «chhhut».

O : Ça me fait rire - s'adressant à moi - ça te fait quelque chose, hein - s'adressant à Mme V - parce que Sylvie,... on démarre ensemble, et c'est pareil: elle veut aider... A un moment donné, elle était avec votre mari et elle était là «blablaba...blablaba», et je lui dis: «Eh! Quand est-ce qu'il prend le temps de réfléchir là?» (...) Maintenant, effectivement, il sait dire: «chh...doucement» parce qu'il a un temps d'évocation plus long ... et c'est nécessaire. L'interlocuteur doit aussi comprendre ça.

Mme V: Oui, il faut du temps.

Cet extrait montre que M V a fait l'expérience récurrente de l'inadéquation des évoqués de l'autre et de ses propositions d'énoncés trop rapides. Dans nos pratiques de communication, les tours de parole sont assez rapides et nous ne sommes pas habitués à laisser une place au silence. Les interlocuteurs de la personne souffrant d'aphasie sévère comblent donc les silences par de nombreuses propositions de leurs propres évoqués, sans laisser le temps nécessaire à la personne souffrant d'aphasie sévère. C'est ainsi que dans le cadre protégé de la séance il s'est peu à peu armé pour ne pas laisser l'autre-interlocuteur penser à sa place et pour amener le proche à être interlocuteur d'une autre manière. Mme V mesure bien, grâce aux remarques de l'orthophoniste, ce changement à réaliser et elle l'exprime explicitement: «oui, il faut du temps». M V a donc appris à éviter l'intrusion trop rapide de nos propositions puis de celle de son entourage. Il n'a pas que le «chhhut» à sa disposition, il lève parfois la main et détourne son regard pour signifier «non, non, ce n'est pas ce que je veux dire». En s'appropriant un moyen pour signifier une pause nécessaire pour lui, le patient trouve, en même temps, le moyen de demeurer actif et acteur dans l'échange, garantissant alors sa propre subjectivité dans la production des énoncés.

L'intérêt de confronter le patient aux stagiaires néophytes est évident ; ceux-ci lui permettent de se familiariser aux expériences d'interlocutions nouvelles et de s'armer, sous couvert de l'intervention du professionnel présent. L'accueil d'un stagiaire, pouvant intervenir spontanément,

s'intègre donc au projet thérapeutique. Il vient nourrir les situations de nouvelles rencontres avec des personnes non expertes tout en garantissant un cadre bienveillant, dans la mesure où la personne stagiaire est nécessairement sensibilisée et qu'elle est encadrée dans l'échange de façon à ce que les expériences d'inadéquation soient toujours vécues positivement.

Extrait :27'40 - 28'43

O : Vous dites si je me trompe mais ... à la fois vous n'êtes pas thérapeute et ... à la fois, vous faites partie, quand même, de la personne qui me préoccupe dans le langage avec M V.

Mme V: Ah oui, une semaine après vous m'avez dit de venir: et c'était parce que vous vouliez me mettre en garde sur les phrases négatives qui n'étaient pas comprises. Vous m'avez dit: attention, dans la vie courante, cela peut être terrible au niveau ressenti. Je me souviens vous m'avez dit par exemple, ... on va dire : «Ah! Tu sais, les enfants ne viendront pas ce week-end» ...et puis: il n'a pas compris le «pas» ...et puis les enfants ne viennent pas et... qu'est-ce qui se passe?

Vous savez bien que ça sert dans la vie quotidienne [les phrases négatives]. Vous m'avez dit, j'ai pas besoin de vous pour raconter sa vie mais attention, il pourrait être mal dans la vie quotidienne avec ce que je viens de déceler là.

O: Voilà, je vous considère comme une interlocutrice mais vous n'êtes pas un sujet de travail avec M V.

Mme V: Voilà, je ne suis pas la béquille de transmission.

Mme V se rappelle les «conseils» délivrés pour signaler une difficulté précise perçue par l'orthophoniste et pouvant générer dans le quotidien une situation d'incompréhension réciproque particulièrement angoissante pour M V.

Les quelques conseils pratiques sont là pour aider le patient et son entourage à éviter des écueils qui créeraient une impossibilité de se retrouver dans les «évoqués». L'objectif n'est pas, comme dans l'approche de l'analyse conversationnelle, de réduire l'interaction en agissant sur elle. Néanmoins le travail de l'orthophoniste présente des points communs avec la technique des réparations collaboratives présente dans l'approche de l'analyse conversationnelle. Par exemple, il paraît essentiel, comme on le voit, ici, de porter l'attention du proche sur des points clés de la rencontre en identifiant les déficits linguistiques qui entravent le plus les échanges. Les conseils donnés sont au service de la communication. Ils ne sont pas donnés pour augmenter l'efficacité de l'interaction langagière elle-même.

DISCUSSION

Vérification des hypothèses

L'objectif de ce mémoire était de rendre compte d'une pratique visant à restaurer et maintenir la place d'interlocuteur pour le patient souffrant d'aphasie sévère et de montrer que, pour ce faire, la prise en compte et l'exploitation des situations spontanées d'échange est une piste pertinente et efficace.

Il a été possible de montrer qu'en séance, la situation spontanée d'échange place le patient souffrant d'aphasie sévère en situation d'endosser le statut d'interlocuteur, tout en préservant le cadre d'une communication authentique. Le cas de M G montre qu'il est parfois très déroutant et difficile pour la personne souffrant d'aphasie sévère de reprendre cette place d'interlocuteur perdue, le désir de réparation demeurant le plus fort. Mais le choix d'observer trois patients a permis de souligner, aussi, comment la nécessaire négociation à l'œuvre, entre le professionnel et son patient-interlocuteur dans l'élaboration du projet thérapeutique, se décline de façon singulière et évolue en fonction des besoins propres de chacun. Le projet s'adapte donc à l'évolution des compétences de communication du patient, à l'acceptation de son trouble aphasique, à son identité en évolution. Il s'élabore au fil des échanges spontanés qui révèlent les besoins singuliers de la personne souffrant d'aphasie sévère à tel moment de sa vie et permet le réajustement et l'intervention du thérapeute.

→ Les hypothèses selon lesquelles la situation spontanée permet au patient d'endosser le statut d'interlocuteur en situation de communication authentique et fonde la relation intersubjective tout en servant le projet thérapeutique sont confirmées.

M V et M B montrent bien comment ils ont pu expérimenter un nouveau mode de communication où tous les moyens sont bons pour parvenir à se faire comprendre, sur les sujets qui intéressent ou préoccupent, sans rien s'interdire en terme de vouloir dire. M G, plus en difficulté pour endosser ce statut d'interlocuteur, se laisse néanmoins aller, en séance, au plaisir de l'échange et utilise, alors naturellement, des moyens supplétifs pour communiquer: gestes, mimes, pointage. Il s'agit donc de vivre des moments avec des échanges spontanés pour faire l'expérience de tous les possibles avec le patient. Et les analyses de séances effectuées montrent qu'il est possible de se rencontrer sur de nombreux évoqués et ressentis en s'appuyant sur les possibilités de langage verbal et sur le non-verbal, lequel a nécessairement évolué et est plus sollicité qu'avant mais garde une fonction subjective, inscrite dans le langage déficitaire. Avec peu de mots, la rencontre est possible avec son lot de surprises liées à l'expérimentation et à la découverte d'un mode de communication différent. Ce qui ressort, également, c'est le rôle fondamental de l'orthophoniste. Elle croit dans les

capacités de communication de la personne quelle que soit l'importance du trouble langagier: confiance et désir de communiquer de la part du professionnel sont communicatifs et engagent le patient à tout essayer. L'analyse de l'exposé de M V sur les oiseaux montre les effets des attentes du thérapeute en termes de capacités et de compétences communicationnelles. Les attentes du professionnel sont le meilleur prédicteur de l'augmentation des productions d'énoncés du patient.

Les hypothèses selon lesquelles la situation spontanée favorise l'expérience d'un nouveau mode de communication et soutient le développement des capacités de communication sont confirmées.

Il est remarquable de constater à l'issue de cette étude que le patient le plus en difficulté en terme d'autonomie, M G, est celui qui se sent le moins apte à prendre le statut d'interlocuteur et qui est le moins en quête de sens. A l'inverse, M B et M V, endossent plus aisément ce statut et sont accoutumés, du fait de la rééducation exploitant la situation spontanée d'échange, à la recherche de sens et aux explications pour se comprendre. Ils peuvent s'extraire de l'immédiateté car ils font du lien entre les évoqués qui arrivent grâce aux questions de l'orthophoniste. Ils osent se détacher du contextuel, c'est ce qui leur offre une liberté de pensée et d'action que M G n'a plus autant, bloqué davantage dans le factuel. L'analyse de séances, auprès de ces trois patients, montre l'extrême importance d'interroger les liens logiques et l'importance du rôle joué par le professionnel à ce niveau-là pour permettre au patient de combler les «trous» du discours, de la narration en cours. Les liens vont apporter de la cohérence à l'ensemble, permettre à la personne empêchée de parler de signifier la compréhension des événements de son quotidien et de la communiquer. Cette préoccupation du thérapeute d'engager le patient à faire du lien participe au développement des capacités de communication et lui ouvre l'accès au narratif : au récit de soi et au sentiment de continuité temporelle... Sentiment primordial pour préserver le sentiment d'identité. Le cas de M G montre cette nécessité absolue et prioritaire de préserver le sujet lorsqu'il est menacé par la perte de la parole «facile» car l'autonomie du sujet est en jeu. Ainsi, le projet, porté avec l'orthophoniste, de conserver le statut d'être à la fois détenteur et lecteur de journal, alors que les comptes rendus mentionnent «une compréhension massivement altérée» (courrier du CRRRF – 2008) et que le patient «peut associer un mot à une image mais n'a pas accès au sens d'une phrase» (courrier libéral – 2010) est un projet au service du sentiment d'identité de la personne et de la re-narcissisation bien avant d'être au service des améliorations langagières. Il contribue à consolider le sentiment d'appartenance à un groupe social: même si le patient est loin de pouvoir tout lire et tout comprendre, il attrape quelques mots, met du sens sur les images et se sent moins décalé par rapport à son environnement social. Il est nourri de ce qu'il a pu saisir comme connaissances sur le monde

et plus armé pour rencontrer l'autre. Ce projet re-narcissise aussi la personne parce qu'il renvoie l'image de quelqu'un capable d'être en possession d'un objet de savoir et du coup, qui va être pensé comme digne de cet objet. Il maintient également le sentiment de la différence (confer p71) indispensable pour se sentir sujet. En effet, lire le journal correspond à une de ses habitudes relevant d'un centre d'intérêt qui lui est propre et qui parle de sa singularité. Dès que sentiments d'appartenance, de différence sont renforcés, le professionnel agit au bénéfice de l'estime de soi et d'une meilleure communication humaine. Cela montre bien que même si le statut d'interlocuteur reste difficile à endosser dans un échange conversationnel, il est toujours possible de faire du lien pour le restaurer, coûte que coûte. Et cela agit au bénéfice de l'élan vital. Ainsi M G, qui expérimente son statut d'interlocuteur seulement ponctuellement en séance, a tout de même pu retrouver des activités que sa femme et lui s'interdisaient. Ils projettent à nouveau des week-ends dans leur maison au bord de la mer.

L'hypothèse selon laquelle la situation spontanée favorise la re-narcissisation via le récit de soi et le sentiment de continuité temporelle et l'hypothèse selon laquelle le statut d'interlocuteur, restauré, consolide le sentiment d'identité sont confirmées.

Vécues dans un lieu sécurisé par le savoir-faire du professionnel, les expériences positives vont permettre au patient de pouvoir investir le travail sur le langage. Elles favorisent nettement l'émergence de capacités et permettent un ancrage efficace de ce qui est «travaillé». Faire l'expérience du fait que ce soit possible, et ce, dans une atmosphère détendue et dédramatisant les échecs, sera le moteur de l'innovation et autorisera plus facilement à engager l'échange à l'extérieur. Ce mode de communication singulier est expérimenté dans un lieu singulier puis, à force d'expériences positives, d'innovations, d'assurance, il pourra être investi dans d'autres lieux, avec d'autres interlocuteurs qui provoqueront des envies de rencontre. C'est ce que montrent M V et M B dans les initiatives qu'ils prennent ou les poursuites d'activités qu'ils mènent à l'extérieur.

M B qui vit ces moments chaleureux d'expériences positives au travers des échanges, en séance, gagne en confiance, en capacité de communication, en appétence communicative. Il arrive en séance avec «l'envie de parler» peut même devenir «bavard» jusqu'à en «oublier» les exercices plus formels au service des progrès linguistiques, pourtant indispensables pour soutenir l'appétence communicationnelle.

Néanmoins, l'analyse des séances montre combien cela est compliqué et toujours à rechercher avec M G, inlassablement. Quant à M B, il a lui-même rapporté en séance que ce statut d'interlocuteur est difficile à conserver en dehors de la séance et de la présence du professionnel. L'énergie dépensée pour parvenir à communiquer, maintenir l'échange est considérable et dépend de

l'interlocuteur en face. Les tentations de repli, d'éloignement, les épisodes dépressifs peuvent survenir et surviennent malgré une volonté très forte et une totale adhésion au projet thérapeutique. M B comme M V ont connu, tous les deux, un moment de découragement important, durant cette année d'observation, même s'ils ont toujours rencontré un professionnel convaincu de leurs capacités d'échanges et confiant. Le transfert à l'extérieur reste donc extrêmement difficile car ce statut d'interlocuteur retrouvé en séance est loin de tout régler en terme de relations sociales et d'autonomie dans la vie de tous les jours.

L'entretien avec l'épouse de M V montre, également, combien il faut apprendre, aussi, à devenir l'interlocuteur d'une personne aphasique. Cela ne va pas de soi, et à ce niveau-là encore le patient a un rôle à jouer: rassurer l'autre sur ses propres capacités de communication. Mais encore faut-il qu'il soit confiant dans sa capacité à endosser ce fameux statut...Véritable «cercle vertueux ou vicieux» selon que l'on parvient ou non à retrouver une place active dans les échanges.

L' hypothèse selon laquelle la situation spontanée, en séance, permet au patient de vivre des expériences positives d'échanges qui autorisent un transfert vers l'extérieur et l'hypothèse selon laquelle le statut d'interlocuteur, préservé à tout prix, entretient l'appétence communicationnelle sont partiellement confirmées dans la mesure où cela ne se vérifie pas en continu.

L'importance de l'expérience

Au terme de ce mémoire, je constate que la notion d'expérience est quasi omniprésente. L'orthophoniste et son patient font leurs expériences d'échanges et obtiennent un consentement sur le fait que cela peut être le moyen de tendre vers leur projet thérapeutique. Le patient expérimente la place d'interlocuteur malgré l'aphasie majeure, au sein de la séance, ce qui permet un éventuel transfert vers l'extérieur. L'expérimentation d'un nouveau mode pour communiquer, à travers l'expérience de l'échange en séance, devient au fil du temps une somme d'expériences alimentant le désir d'échanger avec les autres et prépare le patient à de nouvelles rencontres. Alors, certes, il s'agit d'exploiter le spontané et ce qu'apporte le patient mais pour permettre des expériences de communication.

L'expérience, enfin, est du côté du professionnel. Elle est présente dans la pratique qui relève autant d'une posture professionnelle que d'une technique. Bien évidemment, le thérapeute maîtrise les thérapies cognitives et les utilise lors de ses prises en charge mais il va aussi devoir être disponible pour tout ce qui va advenir. Etre disponible, en tant que thérapeute du langage veut bien évidemment dire être disponible en tant qu'être de langage et en tant que clinicien. Il faudra laisser émerger ses compétences bien à propos au cours de la rencontre pour qu'elles soient au service de

l'amélioration des capacités de communication de ce patient-là à ce moment-là. Cette orientation thérapeutique revisite la posture, les objectifs plus que les moyens thérapeutiques utilisés.

Cette expérience acquise au fil des interventions orthophoniques auprès des adultes atteints de pathologies neurologiques permet d'acquérir une confiance en soi, de croire dans le potentiel des patients et d'injecter cette indispensable confiance.

Et enfin, n'oublions pas l'expérience de l'écoute qui permet d'être en position d'accueillir et de rebondir sur ce qu'apporte le patient en terme de demande, de désir de soin.

Cette pratique qui exploite le spontané n'exclut pas la rigueur. Bien au contraire, elle requiert de toujours être au clair avec le cadre thérapeutique, de façon à ce que la séance ne dérive pas en papotage sans objectif de soin. Plus qu'une technique, il s'agit bien d'une posture professionnelle fondée sur une éthique de travail, acquise grâce aux formations, aux lectures, aux groupes de réflexion entre professionnels; à un savoir-faire autant qu'un savoir être.

Apport pour la pratique des professionnels

Ce mémoire de fin d'étude présente un intérêt en terme de recherche s'il peut, même modestement, ouvrir des perspectives thérapeutiques pour les praticiens, enrichir la réflexion sur l'approche des personnes souffrant d'aphasie sévère.

Notre travail s'inscrit aux côtés et dans le prolongement des approches actuelles visant toutes une meilleure communication sociale et une réduction de la situation de handicap au quotidien pour la personne. Il a souhaité formaliser et mettre en mots des intuitions cliniques fortes qui interrogent voire guident certains praticiens dans leur approche de la personne souffrant d'aphasie sévère, car la réflexion progresse au bénéfice des patients si elle effectue des allers-retours de façon réciproque : la théorie oriente et encadre la pratique mais l'expérience clinique questionne et renvoie à la théorie via les constats d'échecs ou au contraire les constats de réussites.

Ce mémoire cherche à montrer que la personne souffrant d'aphasie sévère peut vraiment espérer retrouver des compétences communicationnelles, non pas en terme de niveau linguistique, mais plutôt en terme d'appétence, de fonctionnement de pensée et d'état d'esprit générant des capacités de rencontres. Elle peut expérimenter en séance, moyennant une exploitation thérapeutique des échanges spontanés, une possibilité de communiquer qui prend en compte son besoin spécifiquement humain de raconter et de se raconter. Elle est pressentie comme apte à créer des liens, elle les re-tisse accompagnée du professionnel et peut, à partir de là, interroger ce qui l'entoure, se risquer hors du contextuel et retrouver, alors, malgré l'aphasie, le goût de la relation et par ricochet la curiosité de l'autre. Elle est donc maintenue dans le social de façon active avec une

envie d'être vivante. Cette envie soutient la mise en action de projets dans la vie personnelle et alimente l'énergie psychique pour se projeter dans le futur. Certes, la marge de manœuvre est étroite : la personne reste dépendante de son interlocuteur dans la mesure où elle doit aller puiser chez lui les compétences langagières qui permettent de soutenir son discours mais une ouverture existe vraiment qui installe du jeu et réinjecte de l'humain.

Le professionnel, partenaire de la personne souffrant d'aphasie sévère dans l'interaction, est aux commandes de l'échange lorsqu'il s'agit d'apporter les outils pour le faire exister ; mais ce partenaire peut seulement être co-pilote lorsqu'il s'agit d'intentionnalité, de thème, de direction que peut prendre cet échange. De cette manière, le thérapeute de la communication (plutôt que thérapeute du langage) reconnaît chez la personne son aptitude à faire part de sa subjectivité. Il lui insuffle la confiance nécessaire pour s'engager dans l'échange en dehors du cadre thérapeutique, grâce aux multiples expériences en spontané vécues ensemble, grâce au désir préservé. Cet interlocuteur-là, capable de laisser résonner des évocations qui ne lui sont pas propres, capable d'assez d'altérité pour offrir ses compétences langagières intactes, la personne souffrant d'aphasie sévère maintenant qu'elle en a fait l'expérience en séance, peut le solliciter dans l'échange ordinaire. Il existe chez de nombreux partenaires pour peu qu'elle sache le mettre en confiance et lui insuffle son désir de communication.

Les limites de cette étude

Notre travail connaît quelques limites.

Tout d'abord, les patients de cette étude souffrent d'une pathologie lourde et bénéficient d'un suivi au minimum bi-hebdomadaire. L'orthophoniste conçoit l'accueil de stagiaires lors de séances avec des patients atteints de pathologie lourde uniquement parce qu'elle les reçoit, seule, lors d'un autre rendez-vous dans la semaine. L'observation avec enregistrement et présence d'une stagiaire une fois par semaine ne reflète donc pas la totalité de ce qui peut se passer entre la personne atteinte d'aphasie sévère et l'orthophoniste.

Par conséquent, tout un pan de l'observation lié à un aspect de la relation échappe inévitablement au stagiaire en observation : celui de l'alliance thérapeutique acquis grâce à la confiance qui scelle la relation sous couvert de la confidentialité et conditionne la libération complète de la parole. Ainsi, les moments où les patients ont évoqué leur grande souffrance et ont partagé leur découragement ont toujours été dans des séances en tête à tête avec l'orthophoniste et sans enregistrement.

Ensuite, on peut s'interroger sur le caractère spontané des échanges, les patients sachant

qu'ils étaient enregistrés. En fait, ils y trouvaient même un intérêt et « réclamaient » l'enregistrement si j'oubliais de le mettre en marche : ils étaient impliqués dans le travail de recherche universitaire. L'expérience a montré que chacun était au clair avec l'objectif de cet enregistrement et que tout en sachant qu'il était là, tous ont pu l'«oublier» et se laisser aller à une interaction «spontanée».

Enfin, il est essentiel de noter que la prise en charge orthophonique de patients atteints d'aphasie sévère ne peut être pensée comme le travail isolé de l'orthophoniste en libéral. L'équipe médicale de réadaptation entoure le patient à côté de l'intervention du professionnel en libéral si bien que tous les professionnels sont engagés dans un travail transdisciplinaire. « Chacun met ses compétences au service du projet du patient dans un partenariat: il s'agit d'une approche commune de la personne souffrant d'aphasie sévère et de ses troubles de la communication¹⁰⁸ ». Si le projet thérapeutique prend sens, c'est aussi parce que le patient sent qu'il peut prendre appui sur un tissage de liens entre les différents partenaires qui l'accompagnent dans sa globalité. C'est en effet l'équipe du CHU ou du centre de rééducation qui fait le premier lien avec l'orthophoniste en libéral. Lorsque le patient, par l'intermédiaire de son entourage, fait une demande de premier rendez-vous, il sait qu'il est attendu par le professionnel qui a déjà reçu son dossier. L'orthophoniste bénéficie donc d'un transfert de confiance qui facilite le consentement au projet thérapeutique. La poursuite des relations entre les différents partenaires est essentielle, tant pour les professionnels que pour le patient. D'ailleurs les trois patients de cette étude ne manquent pas de rappeler à l'orthophoniste en libéral les rendez-vous programmés avec le CHU ou le centre pour qu'elle fasse du lien avant leur consultation. Ils sont aussi en demande de reprise du compte rendu qu'elle aura reçu de l'équipe. Tout ce tissage conditionne la cohérence du projet.

¹⁰⁸ BRUN, V., GONZALES, I., Communications alternatives et suppléances fonctionnelles, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, page 254.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, il s'agissait de déterminer pour quelles raisons le projet thérapeutique avec le patient souffrant d'aphasie sévère gagne à se recentrer sur le statut d'interlocuteur à retrouver. Il s'agissait aussi d'étudier la faisabilité de cet objectif. Il s'agissait enfin, de montrer comment les situations d'échanges spontanés pouvaient être exploitées pour être au service d'un tel projet, de mettre en évidence leur pertinence ainsi que leur impact thérapeutique.

En conclusion, l'approche thérapeutique visant à restaurer le statut d'interlocuteur pour la personne souffrant d'aphasie sévère revêt un caractère d'urgence. Le handicap la place dans une situation extrême dans laquelle la personne court le risque de voir son statut de sujet remis en cause. La personne souffrant d'aphasie sévère est exposée, au quotidien, au risque d'une forme de « négligence involontaire », pour reprendre une formule de Saulus¹⁰⁹, quand on ne lui reconnaît plus son statut d'interlocuteur : elle voit, entend et comprend que les autres parlent d'elle, parlent autour d'elle, sans parler avec elle. Elle subit une vraie violence lorsque autrui agit, parle à sa place; souvent pour son bien. Dès lors, l'orthophoniste mue par un impératif éthique, le souci de l'autre et le principe de bienfaisance inhérent à la relation de soin a une marge de manoeuvre pour se positionner professionnellement : s'engager dans une posture où la bienfaisance ce n'est pas en priorité de construire un projet de soin à visée rééducative et de faire travailler le patient « pour son bien » dans un cadre pré-pensé mais plutôt de laisser la place au sujet et à la rencontre permettant au professionnel de mettre ses compétences au service des besoins singuliers de chacun.

Les analyses de séances ont montré qu'un tel projet thérapeutique est faisable : il passe nécessairement par la négociation du projet thérapeutique avec le patient, projet possible même quand le deuil du langage oral normalisé reste très compliqué. Il se met en place grâce aux situations spontanées qui laissent la place au discours narratif en engageant la personne à donner d'elle, à se raconter et narrer le monde, parce qu'elle est placée en situation de communication authentique. Le statut d'interlocuteur retrouvé alors en séance permet une prise de conscience des compétences communicationnelles : la personne éprouve, dans le lieu sécurisé de la séance, qu'elle peut s'appuyer sur ses capacités interactives ; elle fait l'expérience des capacités extra-verbales qui ouvrent la voie à une dynamique d'échange permettant de communiquer encore, sans que l'apprentissage d'un nouveau code soit nécessaire : posture, mimiques, voix, regard, sourire associés à des productions orales, des mots, des gestes symboliques, des désignations, le support de l'écrit. Ces ressources permettent de vrais échanges.

Elle acquiert une confiance essentielle qui peut lui donner la possibilité de rester active dans

¹⁰⁹ Saulus, G., pédo psychiatre interviewé, Et si on parlait éthique ? In CRUNELLE, D., *le polyhandicap : aider la personne polyhandicapée à se construire et à mieux vieillir*, DVD Ortho Edition Isbergues.

l'échange, dans la création de ses propos, même si elle reste dépendante de son interlocuteur. Les expériences vécues positivement l'autorisent à être interlocuteur à l'extérieur de la séance et, dans le meilleur des cas, à revendiquer même ce statut quand son partenaire ne le lui reconnaît plus.

D'autre part, les analyses de séances ont montré que l'appétence communicationnelle préservée ainsi que la possibilité de raconter permet à la personne de moins subir les événements, d'être en capacité de les interroger et donc d'interroger le monde. En séance, le professionnel a travaillé à créer des liens de causalité, de temporalité, à retrouver une logique dans l'enchaînement des événements évoqués au travers de la narration et des échanges spontanés. Il a aussi armé la personne pour l'argumentation s'élaborant avec des rapports logiques de cause, conséquence, de temps, de concession. Or l'argumentation est nécessaire pour négocier, au quotidien, et ne pas se laisser enfermer dans le trop de bienfaisance qui entraîne l'entourage, les interlocuteurs à penser et agir à la place du patient. Du coup, le goût de l'autre, du lien social, de la rencontre est restaurée, l'autonomie est préservée et la personne souffrant d'aphasie sévère reste un être communicant.

Pour finir, ce mémoire s'inscrit dans un courant de pensée issu de l'évolution de l'approche rééducative auprès de la personne souffrant d'aphasie sévère : prise en compte du rôle joué par les facteurs individuels, la gêne fonctionnelle, le statut psychologique, les restrictions de vie sociale (le désavantage) et la qualité de vie. C'est une évolution qui s'inscrit elle-même dans une conception contemporaine de la relation soignant-soigné. En outre, il ouvre quelques perspectives : la possibilité d'exploiter des situations d'échanges spontanés qui se présentent inmanquablement en séance pour peu que le professionnel les laisse advenir sans crainte. Avec cette étude, l'orthophoniste a des pistes concrètes sur lesquelles s'appuyer pour gérer ces situations, les articuler avec les exercices techniques indispensables et pour comprendre ce qu'elles contiennent intrinsèquement. Ce projet trouve ses fondements théoriques dans le fait que le statut d'interlocuteur est nécessaire pour le maintien du désir de communication, lui-même générateur de l'appétence communicative.

ANNEXES

Annexe 1 : Etiologie des AVC

1 L'origine ischémique

Environ 85% des AVC sont d'origine ischémique : il peut alors s'agir d'une *thrombose cérébrale*, c'est-à-dire le rétrécissement d'une artère dans le cerveau (ouathérosclérose) bouchant partiellement ou totalement l'artère en question. Une *embolie cérébrale* peut également avoir lieu : il s'agit alors de la formation dans le corps d'un caillot qui, transporté dans le sang, vient boucher une artère du cerveau. Dans les deux cas, l'artère en question est obstruée : le cerveau est alors privé de l'oxygène et des éléments nutritifs dont il a besoin.

2 L'origine hémorragique

Elle survient donc dans environ 15% des cas. Elle peut apparaître en cas de fragilité de la paroi d'une artère du cerveau, fragilité entraînant une rupture d'anévrisme (l'anévrisme correspond à la section fragile de la paroi de l'artère). Elle peut également survenir en présence d'un angiome cérébral, c'est-à-dire une malformation vasculaire entre les artères et les veines du cerveau. En cas d'hémorragie, un épanchement de sang a alors lieu dans le cerveau, endommageant la zone concernée.

Annexe 2 : classification traditionnelle des aphasies

1 Classification des aphasies

Type d'aphasie	Langage spontané	Compréhension	Répétition	Dénomination	Lecture	Ecriture	Signes associés	Localisation
Aphasie globale ou grande aphasie de Broca	Réduction massive	Très perturbée	Très perturbée	Très perturbée	Très perturbée	Très perturbée	Hémiplégie sensitivo-motrice Absence d'hémiplégie	Vastes lésions pré et rétrosylviennes Lésions non contiguës des aires de Broca et Wernicke
Anarthrie pure	Réduction massive	Préservée	Nulle ou altérée (désintégration phonétique)	Possible par écrit	Comprise mais non parlée	Préservée	Hémiplégie inconstante	Opercule frontal Quadrilatère de Pierre Marie
Aphasie de Broca	Réduit Stéréotypies Désintégration phonétique	Peu perturbée	Laborieuse avec désintégration phonétique	Perturbée	Alexie antérieure, Dyslexie profonde	Dysorthographe	Hémiplégie	Opercule frontal, insula et quadrilatère de Pierre Marie
Aphasie de Wernicke	Fluide Logorrhée avec jargon	Très altérée	Paraphasies	Très altérée	Alexie aphasique	Agraphie aphasique	Hémianopsie	Aire de Wernicke
Aphasie de conduction	Fluide Autocorrections	Préservée	Paraphasies	Paraphasies	Paralexies Compréhension préservée	Paragraphies en dictée	Signes pariétaux	Gyrus supramarginalis et faisceau arqué
Aphasie amnésique	Fluide	Préservée	Préservée	Manque du mot	Préservée	Préservée		Lobe temporal
Aphasie transcorticale motrice	Réduit voire mutisme	Préservée	Préservée	Manque du mot	Préservée	Agraphie	Hémiplégie (crurale) inconstante	Antérieure et supérieure à l'aire de Broca
Aphasie transcorticale sensorielle	Fluide	Altérée	Préservée Echolalie	Paraphasies	Alexie aphasique	Agraphie	Signes sensitifs Hémianopsie	Partie postérieure zone bordante
Aphasie transcorticale mixte	Réduit	Altérée	Préservée	Très altérée	Très altérée	Très altérée	Hémiplégie, troubles sensitifs, hémianopsie	Vastes lésions de la couronne bordant les aires du langage
Aphasie dissidente	Réduit avec hypophonie (parfois fluide dans les lésions caudées)	Préservée	Préservée	Paraphasies extravagantes	Altérations variables	Altérations variables	Hémiplégie, troubles sensitifs, hémianopsie, atteinte de la mémoire verbale	Thalamus Région lenticulo-caudée

Extrait de Gil R. (1997), Abrégé de neuropsychologie, Masson, Paris

1.1 Son intérêt

La classification des aphasies, issue de la recherche pour établir des corrélations entre données anatomiques et données comportementales, a d'abord été une classification reposant sur différentes dichotomies pour définir des profils sémiologiques: aphasie motrice versus sensorielle, aphasie expressive versus réceptive, aphasie avec lésion antérieure versus lésion postérieure et aphasie fluente versus non fluente (ordre arbitraire). Actuellement c'est la notion de fluence qui apparaît la plus intéressante, compte tenu des connaissances recueillies sur le fonctionnement langagier en interaction permanente avec les autres fonctions cognitives. C'est en tout cas, «l'opposition la plus largement admise comme référence pour tous les acteurs de la prise en charge

des aphasies dans le monde»¹¹⁰ et elle représente, dans le premier temps du bilan du langage, un critère fondamental dans l'analyse du discours de la personne souffrant d'aphasie sévère.

La classification de Gil (1997), se situant dans la lignée des classifications traditionnelles est celle qui fait référence le plus souvent.

Elle présente l'avantage d'appréhender de façon complète les données organiques et comportementales sous un même tableau. Du coup, les différents critères dichotomiques apparaissent pour dresser des profils sémiologiques précis. Elle permet, surtout, aux différents professionnels d'avoir un langage commun. Dans le cadre de notre étude une telle classification présente un certain intérêt. Elle permet une appréhension conjointe des divers critères : le langage spontané, la compréhension, le degré d'incapacités en répétition et en dénomination, autant de critères liés aux capacités de communication, et les possibles points d'appuis en écriture, lecture. Les signes associés, quant à eux, contribuent à l'approche holistique de la personne et la localisation contribue à effectuer du lien entre lésions anatomiques et observations cliniques, à faciliter la compréhension et le repérage des altérations, des données comportementales.

1.2 Ses limites

Mais, comme le précise Mazaux¹¹¹, les exceptions restent nombreuses. Il n'existe pas de relation univoque entre un symptôme (manifestation de surface) et les déterminismes neurolinguistiques qui lui ont donné naissance : un même symptôme peut provenir de causes différentes, et réciproquement. D'autre part, la classification clinique traditionnelle n'a pas de réel impact en terme de choix thérapeutique et de prise en charge: il n'existe pas de programme de rééducation qui serait spécifique d'une forme clinique.

D'où un courant en aphasiologie, émanant de l'approche cognitive qui met en avant l'idée que l'analyse des déficits gagne plutôt à s'effectuer en regard des modèles du fonctionnement du langage élaborés en neuropsychologie cognitive.

Dans les faits, au-delà des choix théoriques, ces deux approches sont complémentaires. Elles s'enrichissent mutuellement, font évoluer les approches rééducatives et ont des implications en terme d'évaluation.

¹¹⁰ CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Sémiologie et glossaire in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, p. 75

¹¹¹ MAZAUX, J-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, p.90

Annexe 3 : principaux tests généraux

- *Test pour l'examen de l'aphasie (Ducarne de Ribaucourt, 1965)*

L'examen de l'aphasie de B. Ducarne fut le premier outil d'évaluation de l'aphasie dont ont disposé les cliniciens francophones. Une version révisée a été proposée en 1989. Il explore les principales modalités du langage (expression orale, compréhension orale, lecture et écriture) par des épreuves classiques, passées en temps libre.

- *Echelle d'Evaluation de l'Aphasie (Mazaux et Orgogozo, 1982)*

Il s'agit d'une version révisée pour une population francophone du célèbre test américain publié en 1972 : *Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)* par Goodglass et Kaplan. Il s'agit du test d'aphasie le plus utilisé. Ses principaux avantages sont d'être complet, sensible, d'être bien adapté à la situation de comparaison des résultats avant et après rééducation. Les principaux inconvénients sont de reposer sur des concepts théoriques datant de 1972, d'avoir une approche purement descriptive en vue d'un diagnostic, et de présenter rapidement un effet plafond chez les sujets peu aphasiques.

- *Protocole MontréalToulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86)* par Nespoulous, Lecours, Lafond, Lemay, Puel, Joannette, Cot et Rascol, 1986).

Une version révisée a été proposée en 1992 par ces mêmes auteurs. Le protocole comprend deux tests distincts : le M1 ou Mi-Alpha est un examen clinique standardisé et le M2 ou Mi-Bêta est un examen détaillé et linguistique du langage. A l'issue du test, l'ensemble des résultats est reporté de façon ordinaire sur un graphique circulaire comportant des secteurs correspondant aux activités linguistiques étudiées et permet, ainsi, une visualisation des résultats.

Annexe 4 : principaux tests spécifiques

- Les épreuves de dénomination

DO 80 (Deloche et Hannequin, 1997) : test de dénomination orale d'images

Déno 100 de Kremlin et Dellatolas : test de dénomination d'images

DVL 38 : test spécifique de dénomination de verbes

Boston Naming Test (Goodglass et Kaplan, 1983) : dénomination de soixante images noir et blanc normalisée en français auprès d'une population de 300 sujets (Cassigneul, 2002)

Lexis : test qui diagnostique les troubles lexico-sémantiques au moyen de trois types d'épreuves : dénomination, désignation et appariement sémantiques d'images (De Partz, Bilocq, De Wilde, Seron et Pillon, 2001)

BIMM (Gatignol, 2008), la Batterie Informatisée de Manque du Mot : l'interprétation des résultats se fait en lien avec ceux obtenus aux tests de compréhension. Cela permet de déceler un manque du mot par dégradation sémantique.

- Les épreuves de compréhension orale

Le Token Test (de Renzi et Vignolo), 1962

C'est le plus connu. Son principe est de demander au sujet de manipuler des jetons différant par la taille, la forme et la couleur, en fonction de consignes de complexité syntaxique croissante. Il est aussi sensible en présentation écrite des consignes qu'en présentation orale.

- Epreuves fines de compréhension

Un certain nombre d'épreuves permettent d'explorer le niveau de traitement atteint pour distinguer si la perturbation est périphérique et/ou centrale :

Epreuve de discrimination phonémique pour explorer le niveau phonético-phonologique (surdité verbale pure) : discriminer si des paires syllabiques sont identiques ou différentes.

Epreuve de décision lexicale pour explorer l'accès au lexique phonologique d'entrée (surdité à la forme des mots) et/ou le niveau des représentations elles-mêmes : discriminer les mots des non-mots présentés oralement.

Pour révéler une atteinte centrale du système sémantique et donc exclure un déficit d'accès aux représentations sémantiques par la modalité auditive, il faut proposer des tâches dans toutes les modalités possibles : non verbale visuelle, orale verbale et verbale écrite. Plusieurs tests permettent cela dont le *Test du PTT (Palm tree test)* de Howard et Patterson (1992) : il s'agit de tâches d'appariement fonctionnel ou de jugement associatif ; ou le *Lexis* de De Partz (2001, mentionné

précédemment) qui demande des appariements catégoriels.

- Epreuves pour analyser le langage écrit

Mazaux¹¹² signale la *Batterie d'évaluation de l'orthographe* (Croisile, 1999) et le *Test Lillois de Calcul (TLC2)* (de Bout-Forestiet et coll.,2005).

Chomel-Guillaume signale le *protocole d'évaluation des troubles du langage écrit* (2003) de Lambert.

Les tests globaux évaluent tous la compréhension du langage écrit.

¹¹² MAZAUX et al., *Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2007, p.10

Annexe 5 : principaux tests fonctionnels

- *L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB)* de Darrigand et Mazaux, 2000

Il se compose de 34 questions balayant un maximum d'aspects relationnels : l'expression des besoins et des intentions, les conversations, l'usage du téléphone, les relations avec les proches, les commerçants, et les inconnus mais aussi l'écriture et la lecture, le maniement de l'argent. Il comporte aussi une auto-évaluation du patient sur ses capacités de communication ainsi que des questions ciblées sur les stratégies de compensation mises en place, sur la manière de communiquer. Ce test peut être considéré comme un outil écologique.

- *Le Test Lillois de communication (TLC)* de Rousseaux, 2001

Il évalue l'attention à la communication (motivation), la communication verbale et la communication non verbale via trois types de situations (un entretien dirigé, une discussion ouverte et un échange d'informations dans une épreuve de communication de type PACE). Il est complété par un questionnaire destiné à l'entourage familial.

- *Le protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC)* de Joannette, Ska et Côté, 2004

Sa passation est plutôt simple et rapide. Il comporte 14 épreuves qui permettent d'évaluer les habiletés communicationnelles dont plusieurs subtests évaluant spécifiquement le discours : discours narratif (rappel d'une histoire paragraphe par paragraphe, rappel de l'histoire, évaluation de la compréhension du texte) et discours conversationnel (2 conversations de 5 minutes autour de 2 thèmes intéressant le patient).

- *La Grille d'Observation Pragmatique des Comportements de Communication (GOPCC)* de Morin et al., 1986, in De l'Épinois, 2011)

Cette grille analyse, grâce à un support vidéo, différents comportements pragmatiques observés chez des sujets aphasiques. Elle comprend 3 épreuves : un entretien dirigé, un échange d'informations basé sur une situation de modèle PACE et un échange informel. Les comportements analysés sont la motivation globale à interagir, l'intelligibilité et la compréhension globale, l'ajustement, les aspects socio-linguistiques. Cet outil de la communication se rapproche de situations quotidiennes.

- *Les analyses conversationnelles*, de De Partz et Watson, 1999

Elles évaluent l'impact direct de l'aphasie sur une conversation naturelle entre le sujet aphasique et l'un de ses proches. Il s'agit d'identifier les stratégies auxquelles ont recours les deux acteurs de l'échange conversationnel pour pallier ou compenser les troubles linguistiques.

- *L'Aphasie handicap score (AHS)* de Guillaume et Samson, 2003

C'est une échelle de handicap de communication. De passation rapide, il a été conçu pour être utilisé par tous les acteurs de la prise en charge et comme échelle de référence pour la reconnaissance du handicap aphasique par les administrations.

Annexe 6 : présentation de la PACE et de l'Analyse Conversationnelle

• *La communication référentielle : la PACE*

La PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness, de David et Wilcx) est une des premières techniques validées, dans cette approche pragmatique. Elle consiste à amener le patient à communiquer par tous les moyens (parole, dessin, mimes, onomatopées, pointage) pour échanger avec le thérapeute des informations sur des photographies cachées au regard de celui-ci. L'alternance des rôles permet d'être tour à tour en situation de donneur d'informations et de récepteur. Dans ce type de situation le thérapeute, acteur dans l'échange, fournit des feed-back portant sur le fond et non sur la forme des activités langagières du patient. Cela renforce la notion de coopération dans l'échange (Lissandre et coll., 2007¹¹³). De plus les stratégies développées lors des situations PACE sont amenées à être utilisées dans des situations plus écologiques. Ces situations s'inscrivent dans le cadre de notre réflexion car elles plongent le patient aphasique en situation d'interaction communicationnelle. Pour autant la situation reste non naturelle et les supports sont apportés par le professionnel.

• *La dynamique interactionnelle : l'Analyse Conversationnelle*

Dans le courant pragmatique, l'analyse de conversations a permis de mettre en évidence comment les participants font progresser l'interaction. Dans le cadre de la rééducation aphasique, ces techniques d'analyse considèrent que les troubles linguistiques ont surtout d'importantes répercussions sur la capacité des patients aphasiques à interagir avec autrui. En pratique clinique orthophonique, l'Analyse Conversationnelle s'effectue sur des corpus de communication enregistrés en vidéo au domicile des proches, se propose d'évaluer l'impact de l'aphasie sur les interactions naturelles entre la personne souffrant d'aphasie sévère et ses interlocuteurs habituels, et la manière dont les partenaires collaborent à la réussite de la conversation. Ainsi, sont étudiés le nombre et la durée des tours de parole, la gestion des thèmes abordés et le type de réparations, c'est-à-dire les corrections ou compléments que chaque partenaire apporte pour clarifier l'échange et faciliter sa compréhension (De Partz, 2007¹¹⁴). Le professionnel, ensuite, débute un véritable travail en collaboration avec le proche de la personne souffrant d'aphasie sévère. Il s'agit, d'abord, de lui faire comprendre les difficultés que rencontre la personne souffrant d'aphasie sévère, pour l'entraîner, ensuite, à mettre en pratique des conseils, issus de l'Analyse Conversationnelle, donc « personnalisés » à leur interaction.

¹¹³ Auteurs cités in LE SAUX, M., Conséquences d'une thérapie dynamique interactive sur les stratégies communicationnelles entre une personne récemment devenue aphasique et son conjoint- Etude de cas, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 2011, p 38

¹¹⁴ DE PARTZ, M-P., De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, pages 242-249

Annexe 7 : évolution des modèles de la relation soignant-soigné

Pour synthétiser les modèles de relation évoqués, ce travail s'appuie, en grande partie, sur le texte collectif de A. Brémond, J. Goffette, N. Moumjid-Ferdjaoui¹¹⁵

1 Obéir : modèle «paternaliste» du médecin-décideur

Dans ce modèle, le médecin se positionne comme le gardien de l'intérêt du patient. Il prend les décisions pour lui. Il est celui qui détient le savoir. Le médecin est un expert et, pour sa part, le patient est plongé dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du médecin et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de médecin traitant. Cette asymétrie foncière fait du médecin un professionnel décideur doté d'un savoir scientifique, une compétence pratique lui prêtant une distance suffisante pour juger face à un patient ne connaissant de sa pathologie que ses symptômes et restant perturbé par sa souffrance. Ce modèle, dit paternaliste, fait reposer la relation essentiellement sur le principe de bienfaisance.

Cela a des implications importantes tant sur l'information que sur la délibération et la décision. Concernant l'information, elle va dans un seul sens: du médecin au patient. Concernant la délibération, c'est-à-dire la réflexion sur le diagnostic et le traitement, le modèle paternaliste considère que le patient n'est pas en état de délibérer. Le rôle est donc assumé par le médecin. Concernant la décision, le patient est placé dans un statut infantile. Puisque le médecin est censé mieux savoir ce qui est bon pour le patient que le patient lui-même, la décision, pleine et entière revient au professionnel. D'où le vocabulaire de «ordonnance» et «prescription».

Dans ce modèle, la «toute-puissance» du médecin régit la relation au patient.

Ce modèle a montré ses limites. Cette toute-puissance du soignant n'est qu'illusoire car dans tous les cas, le malade est toujours libre de ne pas suivre les «ordonnances» du prescripteur. En effet comment un patient, assez peu informé, écarté de la délibération peut-il intégrer correctement le traitement à ses habitudes de vie et le rendre compatible avec ses besoins personnels? En outre son aspect directif présente l'écueil de considérer le malade comme un enfant, inapte au jugement et à consentir à ce qui lui est proposé. Voici ce que déclarait par exemple en 1950, le Pr. Louis Portes, Président de l'Ordre des Médecins, en s'appuyant sur une analyse de psychologie médicale: «Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui

¹¹⁵ BREMOND, A., GOFFRETTE, J., MOUMJID-FERDJAOU, N., La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder.

(...) comme un enfant»¹¹⁶

Le principe d'autonomie va supplanter le principe de bienfaisance et acheminer la relation vers des modèles voulant instaurer un autre dialogue entre le médecin et le patient. Depuis la seconde moitié du XXe siècle, patient et médecin entrent, donc, dans un **processus d'alliance** de plus en plus fort. Ils mettent en œuvre une relation dans laquelle le patient sort de sa passivité, le médecin répond davantage à la demande, aux besoins personnels du malade.

2 Consentir : modèle «informatif» du patient-décideur

Développé en réaction contre le modèle paternaliste, le modèle du patient décideur (appelé aussi « modèle informatif ») donne la souveraineté de décision au malade-client. Ce modèle transpose à la relation médicale le modèle plus général de prestation de service. Le médecin est assimilé à un prestataire au service de son client, devenant de ce fait, l'acteur principal.

Concernant l'information, le médecin doit apporter au patient toute l'information nécessaire. Il a donc le devoir de présenter le diagnostic, de bien le faire comprendre, mais il n'a pas à exprimer de choix de traitement ou de préférences personnelles. La qualité de l'information prévaut, dans ce type de modèle, pour permettre au patient d'effectuer un choix en toute connaissance de cause. Muni de toutes les informations, le malade est en mesure de faire du lien entre ses propres valeurs et les propositions thérapeutiques tout en considérant leurs avantages et leurs inconvénients.

Ce modèle a aussi ses limites. La compréhension des propositions est forcément imparfaite. Il existera toujours, une asymétrie de connaissance. Même si aujourd'hui, via le net le patient a accès à la connaissance scientifique, il ne possède pas tous les tenants et aboutissants des informations perçues. Le savoir professionnel reste irremplaçable. Il n'est pas évident, non plus, qu'un patient souffrant physiquement et, parfois psychologiquement, du fait de sa pathologie, puisse réfléchir et décider sereinement. D'autre part, ce modèle fait porter au patient le poids de la décision, avec le doute ou même la culpabilité éventuelle d'avoir réalisé le mauvais choix.

3 S'accorder : modèle «délibératif» de la décision partagée

Face aux limites des deux modèles précédents, la majorité des pays occidentaux passe progressivement à un nouveau modèle que l'on pourrait nommer «modèle délibératif», avec de multiples variantes, qui introduit la notion de contrat thérapeutique. Le partage constitue la trame fondamentale de ce type de modèle : partage des connaissances médicales du médecin, partage des

¹¹⁶ PORTES, L., Du consentement à l'acte médical . Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, (30 janvier 1950), in *A la Recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF, 1955, p.163

préférences et du contexte psychosocial du patient, partage de la délibération devenue dialogue, partage de la décision résultant d'un accord entre les deux parties.

Ce modèle reposant sur l'idée de partage apporte une réelle innovation aux deux modèles précédents tout en s'appuyant sur eux. D'une part, il en découle un choix du type de relation. Soit le patient fait le choix de décider, le médecin le laissera décider: c'est l'emprunt au modèle du patient-décideur. Soit le patient fait le choix de laisser le médecin décider: c'est l'emprunt au modèle du médecin-décideur. S'il souhaite que la délibération et la décision soient prises ensemble, ce sera le modèle de la décision partagée qui sera retenu. Le rôle du médecin est, alors, d'aider le patient à formuler ses préférences. D'autre part, il en découle, un choix de traitement effectué ensemble. Le patient devient un partenaire associé aux choix.

Les auteurs de cette étude sur la relation médecin-patient concluent en soulignant que c'est ce dernier modèle qui respecte au mieux, à la fois la psychologie des patients et leur autonomie. Face à la maladie, certaines personnes souhaitent décider alors que d'autres préfèrent s'en remettre au médecin. Ce modèle laisse le libre choix du type de relation et de décision et s'adapte à la situation psychologique de chacun.

C'est donc un choix relationnel en même temps qu'un choix possible de la décision qui est laissé au patient avec un double intérêt. D'abord, un réel échange d'informations bidirectionnelles peut se mettre en place : informations médicales du médecin au patient et information des préférences du patient au médecin. Ensuite, le patient qui a pris part à la décision du traitement est aidé et soutenu dans cette décision, entérinée par le professionnel. La qualité de la relation et la confiance du patient dans le médecin en sortent renforcées.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

CHAUSSY Jean-François. Accompagner et déployer les compétences dans les services en milieu ouvert in *Les Cahiers de l'Actif*, n°430/433, mars-juin 2012, p. 24

Langage, communication, discours

ADAM J-M., Le prototype de la séquence narrative, in *Les textes : types et prototypes. Récit, description, argumentation, explication et dialogue*, Paris : Nathan, 1992, pages 45-74

AUBIN G., ALLAIN P., LE GALL D., Evaluation et rééducation des syndromes dysexécutifs. Rééducation orthophonique n°208, Paris:FNO, 2008,

AULAGNIER P., Désir, demande, souffrance , in *Un interprète en quête de sens*. 2ème édition, Payot, 1991, p. 166

ARISTOTE, Poétique, chapitre 6, édition Les Belles Lettres, Paris, 2002.

BRABANT A., La communication non verbale et communication paraverbale. Rééducation Orthophonique n°251, Paris : FNO, 2012, p. 33-39

CORRAZE J., Caractéristiques générales des communications non-verbales, in *Les communications non-verbales*, chapitre1, PUF, Paris, 1ère édition, 6ème tirage, 2001, pages 15-30

CHOMSKY N., Entretien avec Noam Chomsky in *Révolution en linguistique*. Lausanne et SALVAT Editores S.A Barcelonne, Editions Grammont S.A, 1976, 141 pages

CYRULNIK B., Biologie de notre histoire in *Sous le signe du lien*. Paris, Hachette littératures, 1989, p.70-96

DUCHENE MAY-CARLE A., La gestion de l'implicite, théorie et évaluation. Isbergues, ortho-édition, 2000, 57 pages

DUCHENE MAY-CARLE A., Pragmatique : mise en perspective historique. Rééducation orthophonique n°221, Paris: FNO, 2005, pages 9-11

DUCHENE MAY-CARLE A., La compréhension des textes et le processus inférentiel. Rééducation Orthophonique n°227, Paris : FNO, 2006, pages 55-60

GENETTE G., Recherches sémiologiques : l'analyse structurale du récit in *Communications*, 8, 1966, pages 152-163

GUSDORF G., La Parole. 8ème édition, Paris, PUF,1977, 124 pages

LOUTE A., Identité narrative collective et critique sociale. Etudes Ricoeuriennes, vol 3, n°1, 2012, pages 53-66.

MARCHAND, P., Psychologie sociale de L'Homme communicant, in *Un parcours théorique et son impact : R. Ghiglione*. Sous la direction de BEAUVOIS, J.L, Grenoble, PUF, 2001, pages 69-75.

PROD'HOMME K., Aphasie et modalisation : A quoi servent ces énoncés si bien préservés ? *Glossa* n°104, pages 26-33

RICOEUR, P., Cinquième étude. L'identité personnelle et l'identité narrative, in *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, introduction au chapitre : pages 137 à 140.

RICOEUR, P., Sixième étude. Soi et l'identité narrative, in *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, pages 167 à 198.

THEBERGE M., Noyaux, sentiments et référents identitaires. *Revue des Sciences de l'éducation de MCGILL*, vol 33, 1998, pages 269-271

TROGNON, A., SORSANA, C., Les compétences interactionnelles: formes d'exercice, bases, effets et développement. *Rééducation Orthophonique* n°221, Paris : FNO, 2005, pages 29-56.

VICTORRI B., Homo narrans:le rôle de la narration dans l'émergence du langage. *Langages*, n°146, 2002, pages 112-125.

Document électronique

BENVENISTE, E., La notion de discours.
Disponible sur www.analyse-du-discours.com

Aphasie

BRUN, V., GONZALES, I., Communications alternatives et suppléances fonctionnelles, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, pages 251-260.

CADILHAC, C., La compréhension comme processus de « reconstruction » : du schéma type aux inférences. Etudes de rappel d'un récit chez des personnes âgées et démentes (DTA). *Rééducation Orthophonique*, 2005, Paris : FNO, n°223, pages 49-85

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., De l'histoire des aphasies à une réflexion clinique moderne in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 3-10.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement normal du langage : approche cognitive : modélisation in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 21-37.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et désordres apparentés - Etiologie des troubles aphasiques in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 41- 46.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Sémiologie et glossaire in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 61-74.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et desordres apparentés – Interprétation cognitive des troubles aphasiques in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 99-106.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Démarches diagnostique - Examen du langage et de la communication : le bilan orthophonique en aphasiologie in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 135-151.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., Démarches diagnostique – Evaluation neuropsychologique in CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I., *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson, 2010, pages 153-156.

DE PARTZ, M-P., L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap, chapitre 4, in VAN DER LINDEN, A-C., AUBIN, G., LE GALL, D., *Neuropsychologie de la vie quotidienne*, Solal : Marseille, 2008, pages 131-153.

DE PARTZ, M-P., De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, pages 242-249.

DE PARTZ, M-P., CARLOMAGNO, S., La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication, in VAN DER LINDEN, M., SERON, X., *Traité de neuropsychologie clinique*, tome 2, Solal : Marseille, 2000, pages 191-213.

LAMBERT, J., NESPOULOS, J-L., Perception auditive et compréhension du langage, Solal : Marseille, 1997, pages 179-188.

MAZAUX, J-M., et Al., Aphasie et rééducation, in Publication de l'équipe du CRFAM, GRIFFON, P., *Journal de Réadaptation Médicale*, Paris : Masson, 1992, 12, n°3, pages 90-98.

MAZAUX, J-M., et Al., Tests et bilan d'aphasie, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, pages 144-155.

PRADAT-DHIEL, P., et Al., Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, in MAZAUX, J-M., PRADAT-DHIEL, P., BRUN, V., *Aphasies et aphasiques*, Paris : Masson, 2007, pages 126-132.

Mémoires

CACHO, L., Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique, Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux Segalen, 155 pages.

DRAPEAU, M., Elaboration d'un programme de rééducation des troubles discursifs chez des sujets cérébro-lésés, Mémoire d'orthophonie, Université de Tours, 2012, 115 pages.

DURAND, S., Mise en place, via la P.A.C.E, d'un moyen de compensation verbal au manque du mot chez deux patients aphasiques, Mémoire d'orthophonie, UFR Paris Pitié-Salpêtrière, 2004, 123 pages.

LE SAUX, M., Conséquences d'une thérapie dynamique interactive sur les stratégies communicationnelles entre une personne récemment devenue aphasique et son conjoint- Etude de cas, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 2011, 116 pages.

Documents électroniques

BOCK et LEVELT, Langage : la production du langage- Modèle de la production du langage, chapitre 8, p 335.

Disponible sur http://superieur.deboeck.com/ressource/extra/9782804150921/PSYCOG_-_Extr.pdf.

MAZAUX et al., Aphasie : évolution des concepts, évaluation et rééducation, Paris : Masson, 2007, 20 pages.

Disponible sur http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Aphasie_DES_DIU_08.pdf.

Relation entre soignant et soigné et concepts développés dans le chapitre 3

ARTAUD, J., L'écoute : attitudes et techniques, Chronique Sociale, 6ème édition, 185 pages.

BENONY, H., CHAHRAOUI, K., L'Entretien clinique, Dunod : Les Topos, Paris, 1999, 122 pages.

BROMBERG, M., Contrat de communication et construction de sens, in *Un parcours théorique et son impact : R. Ghiglione*. Sous la direction de BEAUVOIS, J.L, Grenoble, PUF, 2001, pages 33-39.

DE SCITIVAUX, F., Lexique de psychanalyse, Seuil, 1997.

MARBEAU-CLEIRENS, B., Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans l'entretien clinique, in CHILAND, C., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 3ème édition, 1989, pages 40-73.

ROGERS, C., La création de la relation d'aide, in *La relation d'aide et la psychothérapie*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 15ème édition, 2008, pages 92-118.

ROGERS, C., Problèmes initiaux rencontrés par l'aidant, in *La relation d'aide et la psychothérapie*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 15ème édition, 2008, pages 119-133.

WOLF, M., Avant-propos in *Relation médecin-malade : le consentement*, département d'éthique médicale et de médecine légale, Faculté de médecine des Saints-Pères, Université René Descartes, Paris V, 2009.

Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction de REY, A., Dictionnaires Le Robert, Paris, 1995.

Le Petit Robert, sous la direction de REY, A., Paris, 1992.

Mémoire

SIMON, B., Sens de la mémoire et mémoire de sens, in *Maladie d'Alzheimer et mémoire autobiographique : intérêts et limites d'une prise en charge individuelle médiatisée par un cahier de vie auprès de 16 patients*, Mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers, 2012, pages 42-47.

Documents électroniques

BREMOND, A., GOFFRETTE, J., MOUMJID-FERDJAOUI, N., La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder, 7 pages

Disponible sur <http://clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>

DURUZ, N., L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications.

Disponible sur psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc.

DUTEILLE, C., L'événement de la rencontre comme expérience de *rupture temporelle*, pages 81-88

Disponible sur <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/10/24/84/PDF/duteille.pdf>.

MOUTEL, G., consentement du patient et relation soignants-soignés : états des lieux, perspectives et éléments de débat/EEHAP, Amiens, 2004

Disponible sur www.inserm.fr/ethique.

Conclusion

SAULUS, G., Et si on parlait éthique ?, in CRUNELLE, D., *Le polyhandicap : aider la personne polyhandicapée à se construire et à mieux vieillir*, DVD Ortho Edition Isbergues.

Résumé

Ce mémoire veut montrer que le projet thérapeutique avec la personne souffrant d'aphasie sévère gagne à se recentrer sur le statut d'interlocuteur et que les situations d'échanges spontanés sont au service du sujet, dans le cadre d'un tel projet.

Nous avons posé plusieurs hypothèses. Tout d'abord, retrouver le statut d'interlocuteur est, nécessaire au désir de communication, développe les capacités communicatives et consolide le sentiment d'identité. Ensuite, tenir compte des situations spontanées d'échanges permet une situation de communication authentique et fonde une relation intersubjective au bénéfice de la relation de soin. Enfin, vivre positivement de nouvelles expériences de communication ouvre la voie à la re-narcissisation et autorise un transfert vers l'extérieur.

Ce travail s'inscrit dans une démarche d'analyse descriptive. Il s'appuie sur trois études de cas et sur l'analyse d'un entretien avec une conjointe.

Il a permis de montrer qu'un tel projet thérapeutique peut se co-construire même lorsque le deuil du langage oral normalisé reste compliqué. Il se met en place grâce aux situations spontanées. Le statut d'interlocuteur retrouvé, en séance, permet une prise de conscience des compétences communicationnelles : la personne fait l'expérience des capacités extra-verbales qui ouvrent la voie à une dynamique d'échange permettant de communiquer encore, sans que l'apprentissage d'un nouveau code soit nécessaire. Les analyses de séances ont montré aussi que la possibilité, préservée, de raconter et de se raconter permet de moins subir les événements, d'être en capacité de les interroger, de gagner en autonomie, en confiance et en estime de soi. Le goût de l'autre et de la rencontre peut être retrouvé.

L'orthophoniste a des pistes concrètes pour comprendre et exploiter ce que contiennent intrinsèquement les échanges spontanés tout en les articulant avec les exercices techniques indispensables.

Mots clés : aphasie - communication - identité - interlocuteur - narration - spontané - désir - confiance

Abstract

This project is meant to prove that any therapeutical prospect for a person suffering from severe aphasia will be improved by refocusing on an interlocutor's status and that spontaneous exchange situations are at the service of the patient, within the scope of such a prospect .

We have hypothesized several points. First of all, finding oneself an interlocutor again is a requisite for the wish to communicate, it develops communicative abilities and strengthens the feeling of identity. Then, taking into account spontaneous exchange situations allows a genuine communication situation and founds an intersubjective relationship for the benefit of the patient's care. Finally, experiencing new communication situations positively paves the way for improved self-imagining and makes outward transference possible.

This task fits in with a descriptive analysis approach. It relies on three studies of cases and on the analysis of an interview with a spouse.

It has demonstrated that such a therapeutical prospect can be built together even if the disappearance of normalized oral language remains a problem. It can be achieved through spontaneous situations. Finding oneself again an interlocutor opposite your therapist makes you aware of communicationwise abilities : the patient experiences extraverbal capacities that open up the way to an exchange dynamics still allowing communication, without having to learn a new code .The study of these sessions has also shown that, when it is saved, the ability to tell things and to talk about oneself makes you less passive in the face of events, enables you to question them, to become more self-sufficient, more self-confident and have a better self-image. One can again indulge in meeting other people and spending time with them.

The speech therapist has concrete leads to understand and make the most of the intrinsic content of spontaneous exchanges while linking them up with the essential technical exercises.

Key words : aphasia -communication - identity - interlocutor - narration - spontaneous - desire - confidence