

Université de Nantes

**Unité de Formation et de Recherche
“Médecine et Techniques Médicales”**

Année Universitaire 2009-2010

Mémoire en vue de l’obtention du Certificat de Capacité d’Orthophoniste

**La capacité de l’aphasique de Broca à utiliser le dessin
comme moyen de communication alternative.**

Présenté par

François ROBIN

né le 03.01.1984

Président du Jury : Madame Frédérique FEREY, orthophoniste, chargée de cours à l’université de Nantes.

Directrice du Mémoire : Madame Attie DUVAL-GOMBERT, professeur en Sciences du Langage à Rennes 2, clinicienne - aphasiologue au Service de Neurologie du CHU de Rennes.

Membre du Jury : Madame Isabelle CAUSY-CHEMIN, orthophoniste.

Sommaire

Introduction	5
Assises théoriques	7
1^{ère} partie : L'aphasie de Broca.....	8
1 L'aphasie	8
1.1 Définition	8
1.2 Historique de l'aphasie.....	8
1.3 Etiologie des aphasies	9
1.3.1 Les accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	9
1.3.2 Les traumatismes crâniens	10
1.3.3 Autres étiologies.....	10
1.4 Le bilan de l'aphasie	10
1.5 Les différents tableaux d'aphasie	11
2 L'aphasie de Broca.....	13
2.1 Etiologie	13
2.2 Caractéristiques de l'aphasie de Broca.....	14
2.2.1 Au niveau expressif.....	14
2.2.1.1 Les troubles au niveau des mots.....	14
2.2.1.2 Les troubles au niveau du discours	16
2.2.2 Au niveau réceptif	18
2.2.3 Le langage écrit	18
2.2.4 Les troubles associés	18
2.3 Le bilan de l'aphasie de Broca	19
2.4 Les différents stades de l'aphasie de Broca	19

2^{ème} partie : Communication et aphasie	21
1 La communication.....	21
1.1 Différents concepts de la communication	21
1.1.1 La définition du sens commun	21
1.1.2 Le modèle codique de la communication de Shannon & Weaver	21
1.1.3 Le schéma canonique de Jakobson.....	22
1.1.4 Une conception interactive de la communication : Kerbrat-Orecchioni.....	24
1.2 La communication non-verbale.....	25
2 Communication et aphasie	27
2.1 La communication de l'aphasique.....	27
2.2 La communication dans la prise en charge orthophonique	29
2.2.1 L'évaluation de la communication	29
2.2.2 La communication dans la rééducation : l'exemple de la PACE.....	31
2.2.3 La communication alternative	33
3^{ème} partie : Le dessin.....	35
1 L'utilisation du dessin en orthophonie	35
2 Les processus mis en jeu dans la réalisation d'un dessin	37
2.1 La représentation mentale	37
2.2 Le geste	39
2.3 La perception visuelle	41
Approche pratique	43
1^{ère} partie : Présentation de l'étude	44
1 Problématique.....	44
2 Objectifs	44
3 Hypothèse.....	44
4 Phase préalable d'observation des patients	45
5 Méthodologie	48

5.1 Cadre de l'étude et population	48
5.1.1 Cadre de l'étude	48
5.1.2 Population.....	48
5.2 Méthode d'observation.....	49
5.2.1 Présentation du protocole	49
5.2.2 Les différents niveaux de dessin évalués	51
5.2.3 Scripte de passation	54
2^{ème} partie : étude qualitative de 5 patients aphasiques de Broca.....	56
1 Monsieur D.....	56
1.1 Présentation du patient	56
1.2 Attitude générale pendant l'évaluation	56
1.3 Compte-rendu de l'évaluation	57
1.4 Synthèse des résultats.....	62
2 Madame G	64
2.1 Présentation de la patiente.....	64
2.2 Attitude générale pendant l'évaluation	64
2.3 Compte-rendu de l'évaluation	64
2.4 Synthèse des résultats.....	71
3 Monsieur P	72
3.1 Présentation du patient	72
3.2 Attitude générale pendant l'évaluation	72
3.3 Compte-rendu de l'évaluation	73
3.4 Synthèse des résultats.....	77
4 Monsieur E	78
4.1 Présentation du patient	78
4.2 Attitude générale pendant l'évaluation	78
4.3 Compte-rendu de l'évaluation	78
4.4 Synthèse des résultats.....	86
5 Monsieur Pi	87
5.1 Présentation du patient	87
5.2 Attitude générale pendant l'évaluation	87
5.3 Compte-rendu de l'évaluation	87
5.4 Synthèse des résultats.....	93

6 Eléments complémentaires de l'étude	94
6.1 Etude complémentaire des dessins de Monsieur D et Madame G	94
6.1.1 Présentation de l'étude	94
6.1.2 Tableaux comparatifs des dessins réalisés à partir de supports écrits et imagés...	95
6.1.3 Compte-rendu de l'étude complémentaire	98
6.2 Passation du protocole à deux sujets sains	99
3^{ème} partie : Discussion.....	100
1 Constat général	100
2 Limites présentées par cette étude.....	105
Conclusion	107
Références Bibliographiques.....	109
Annexes	112

INTRODUCTION

La communication est essentielle à la vie. Elle permet d'échanger avec autrui, de lui exprimer des idées, des besoins, des sentiments, et de comprendre les siens en retour. Elle est la base même de l'échange social. Le mode de communication le plus naturel chez l'homme est le mode verbal : parler. Communiquer constitue donc le défi quotidien d'un grand nombre de personnes, qui, pour une raison ou une autre, connaissent des difficultés pour parler. C'est le cas notamment des aphasiques de Broca, qui, à la suite d'une lésion cérébrale, présentent d'importants troubles linguistiques qui viennent perturber leur communication.

La prise en charge orthophonique de ces patients présentant une aphasie de Broca consiste donc à rééduquer leurs troubles linguistiques, mais aussi à développer leur communication globale. Pour cela, on apportera au patient des moyens pour contourner ou pour compenser ses troubles linguistiques, en lui proposant de mettre en place des moyens de communication alternatifs basés par exemple sur la communication non-verbale, la gestuelle ou encore le dessin.

C'est d'ailleurs sur ce dernier point, le dessin en tant que moyen de communication alternatif, que nous axerons notre étude. En effet, les aphasiques de Broca, dans l'optique de compenser leurs troubles linguistiques qui entravent leur communication, peuvent-ils utiliser le dessin pour communiquer une information ?

Pour répondre à cette question, il convient dans un premier temps de présenter les différentes thématiques qui entrent en compte dans ce questionnement. Ainsi, dans une partie théorique, nous présenterons en détail les caractéristiques cliniques et linguistiques de l'aphasie de Broca. Puis nous développerons le concept de communication, ses caractéristiques chez les aphasiques, ainsi que sa place dans leur prise en charge orthophonique. Enfin, nous nous intéresserons au dessin et aux différentes aptitudes qu'il requiert.

Dans une seconde partie pratique, nous présenterons le protocole que nous avons mis en place dans le but d'observer la capacité des aphasiques de Broca à utiliser le dessin en tant que moyen de communication. Enfin, nous analyserons et comparerons les productions réalisées par cinq patients présentant une aphasie de Broca, et ayant bien voulu se soumettre à notre protocole. Nous en profitons d'ailleurs pour remercier ces cinq patients de leur aimable participation.

ASSISES THEORIQUES

1^{ère} partie : L'aphasie de Broca.

1 L'aphasie

1.1 Définition

« L'aphasie se caractérise par l'apparition, chez un sujet ayant acquis un langage normal, de troubles portant sur l'expression et la compréhension du langage, tant écrit que parlé, étant entendu que ces troubles ne sont la conséquence ni d'une démence globale, ni d'un déficit des fonctions de réception (vision, audition) ou émission (phonation) de messages verbaux. Ne sont de nature aphasique que les altérations du langage imputables à une lésion de l'hémisphère gauche chez les sujets droitiers. Ce rapport entre l'aphasie et une lésion localisée unilatérale du cerveau est un élément qui l'oppose formellement aux autres troubles du langage. » Définition du Larousse médical

1.2 Historique de l'aphasie

C'est en 1861 que Paul Broca, chirurgien à l'hospice de Bicêtre, présente à la Société d'Anthropologie de Paris, le cerveau d'un homme, Monsieur Leborgne, décédé dans son service où il était hospitalisé depuis plus de 20 ans à la suite d'un déficit massif du langage qui se réduisait à la syllabe « tan » alors que ses capacités de compréhension étaient à peu près conservées. Paul Broca décrit alors un ramollissement important de l'hémisphère gauche qui atteint la quasi-totalité du lobe frontal, et s'étend aux lobes pariétal et temporal.

En 1868, après avoir observé plusieurs cas proches de celui de Leborgne, Paul Broca écrit qu'il pense avoir découvert que « *l'exercice de la faculté du langage articulé est subordonné à l'intégrité (...) de la moitié postérieure, peut-être même du tiers postérieur seulement de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche* ».

En 1874, le neurologue Carl Wernicke, décrit d'autres formes d'aphasies, parmi lesquelles l'aphasie sensorielle (aphasie de Wernicke), les aphasies transcorticales (motrice et sensorielle) et les aphasies sous-corticales.

En 1885, Lichteim publie une description de 7 types d'aphasies : les aphasies corticales motrice (Broca) et sensorielle (Wernicke), l'aphasie de conduction, les aphasies transcorticales motrice et sensorielle, les aphasies sous-corticales motrice et sensorielle.

En 1906, le neurologue français Pierre Marie réfute la thèse de Broca en considérant que l'aphasie de Broca n'est que l'addition d'une aphasie de Wernicke et d'une anarthrie.

En 1915, Jackson, alors réticent pour localiser une zone du langage, pense que le langage propositionnel peut dépendre de l'hémisphère gauche, mais que le langage automatique dépend plutôt de l'hémisphère droit.

En 1928, le neurologue français Charles Foix établit des relations strictes entre le siège du ramollissement cérébral et le type d'aphasie rencontré.

A partir des années 1970, se sont développées les techniques d'imageries morphologiques et fonctionnelles du cerveau (scanner, IRM...) et ont permis une localisation précise de ces lésions cérébrales.

Ainsi, tout au long de près d'un siècle et demi de recherches, selon les disciplines et courants de pensée, plusieurs classifications des aphasies ont été élaborées. Lecours et Lhermitte¹ en ont répertorié les principales :

- ✓ Les classifications associationnistes : Lichteim (1885)
- ✓ Les classifications cliniques : Alajouanine (1968)
- ✓ Les classifications linguistiques : Head (1926), puis Jakobson et Halle (1956) et Sabouraud et Gagnepain² (1965)
- ✓ Les classifications physiologiques : Luria (1966-1973)
- ✓ Les classifications éclectiques : Goldstein (1948), Hécaen (1972)

1.3 Etiologie des aphasies

1.3.1 Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

L'AVC est la cause la plus fréquente des aphasies acquises de l'adulte. On estime en effet que 90% des aphasiques pris en charge en rééducation sont d'origine vasculaire. L'AVC est un

¹ LECOIRS & LHERMITTE (1979) *L'aphasie*.

² SABOURAUD (1995) *Le langage et ses maux*.

processus pathologique cérébral lié à l'obstruction ou à la rupture d'une artère cérébrale. En cas d'obstruction, on parle d'AVC ischémique (environ 80% des cas) et en cas de rupture de l'artère, on parle d'AVC hémorragique (environ 20% des cas). Dans les deux cas, le territoire cérébral concerné n'est plus vascularisé, ce qui entraîne un ramollissement ou une nécrose de ce territoire. La lésion cérébrale liée à l'AVC occasionne alors des déficiences qui peuvent être isolées ou associées. Il peut s'agir de déficiences motrices (hémiplégie, trouble de la déglutition), sensorielles (hémianesthésie, hémianopsie) ou cognitives (aphasie, apraxie, agnosie, négligence, troubles des fonctions exécutives). Ces déficiences sont à l'origine d'incapacités importantes qui peuvent concerner la marche, la préhension, la cognition et le langage. L'AVC touche majoritairement des personnes âgées de plus de 65 ans.

1.3.2 Les traumatismes crâniens.

Le traumatisme crânien est une lésion diffuse du cerveau, consécutive à un choc traumatique. Il s'agit souvent d'un poly-traumatisme avec des séquelles motrices, neurologiques, neuropsychologiques et comportementales. Parmi les séquelles neuropsychologiques, on peut observer des troubles mnésiques, une désorientation temporo-spatiale, des troubles du calcul, de l'attention, des praxies, des fonctions exécutives, des gnosies et du langage.

L'aphasie liée à un traumatisme crânien est relativement rare et ne représente que 10% des aphasies.

1.3.3 Autres étiologies

Plus rarement, l'aphasie peut être occasionnée par des processus expansifs tels que des tumeurs cérébrales ou par des processus infectieux tels que des encéphalites, des méningo-encéphalites ou des abcès. Enfin, l'aphasie peut être liée à des maladies dégénératives comme c'est parfois le cas dans la démence sénile de type Alzheimer ou l'aphasie progressive primaire.

1.4 Le Bilan de l'aphasie

Chaque patient qui semble présenter des troubles aphasiques est soumis à un bilan de l'aphasie. Ce bilan a pour but d'explorer chez le patient tous les versants du langage et de repérer dans lesquels de ces versants se situent les troubles afin d'établir un diagnostic

orthophonique précis de son aphasie. Ce diagnostic permettra d'axer la prise en charge orthophonique.

Le bilan évaluera chez le patient la qualité :

- ✓ du **langage oral** : le comportement et le désir de communication, la qualité de l'expression (l'articulation, la voix, la parole, le langage), ainsi que le niveau de compréhension du langage oral.
- ✓ du **langage écrit** : la lecture, la compréhension écrite, l'orthographe, le graphisme.
- ✓ des **praxies** : praxies buccofaciales, idéomotrices, idéatoire, constructives...
- ✓ des **gnosies** : auditives, visuelles, tactiles...
- ✓ éventuellement du calcul.

Les protocoles d'évaluation de l'aphasie les plus couramment utilisés sont le **HDAE** de Boston et le **MT86** de Montréal et Toulouse (il existe deux versions du MT86, la version M1alpha destinée aux médecins et la version M1bêta davantage adaptée aux orthophonistes). D'autres protocoles permettent d'affiner le diagnostic : la DO80 (Dénomination Orale de 80 images), le protocole MEC (Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication), le TLC (Test Lillois de Communication), le Token Test (compréhension orale et rétention auditive), le test de Ducarne...

1.5 Les différents tableaux d'aphasie.

Les troubles du langage rencontrés chez les sujets aphasiques peuvent prendre différentes formes et atteindre différemment les versants du langage selon les sujets. Certains sujets aphasiques ont surtout des troubles au niveau expressif, on parle dans ce cas d'aphasie motrice, expressive ou aphasie de Broca. A contrario, d'autres sujets voient davantage leurs troubles se situer au niveau réceptif, on parle alors d'aphasie sensorielle, réceptive ou aphasie de Wernicke. De même, au sein de chacun de ces deux grands groupes, les troubles réceptifs et expressifs peuvent prendre diverses formes selon les sujets. Il existe donc plusieurs tableaux d'aphasies et il a donc été nécessaire d'établir une classification des aphasies.

Classification des aphasies de Lecours et Lhermitte³ (1979), actualisée par Serron et Jeannerod⁴ :

- ✓ **Aphasie de Broca** : les troubles se situent majoritairement au niveau du pôle expressif du langage (l'aphasie de Broca étant notre population cible, elle sera décrite plus en détail dans le paragraphe suivant).
- ✓ **Aphasie de Wernicke classique** : La lésion se situe dans la partie postérieure de la première ou de la deuxième circonvolution temporale gauche. Une anosognosie (le patient n'a pas conscience de ses troubles), une fluence normale ou exagérée (pouvant aboutir à une logorrhée), l'absence de troubles d'articulation, la production de nombreuses paraphrasies, un langage souvent vide de sens et des troubles importants de la compréhension la caractérisent. Le langage peut être totalement incompréhensible et aboutir à une jargonaphasie. Il est donc non informatif.
- ✓ **Aphasie transcorticale sensorielle** (Wernicke type II) : Elle est caractérisée par un langage spontané fluent mais ponctué de nombreuses erreurs (paraphrasies sémantiques et phonémiques, néologismes), d'importants troubles de compréhension, et une capacité particulièrement bonne de répétition (avec des phénomènes d'écholalie).
- ✓ **Alexie et agraphie** (Wernicke type III) : Les capacités de compréhension et d'expression orale sont préservées mais celles de lecture et d'écritures sont gravement atteintes.
- ✓ **Aphasie amnésique** : C'est une aphasie caractérisée par un manque du mot particulièrement sévère.
- ✓ **Aphasie globale** : Le déficit expressif est celui d'une aphasie de Broca et le déficit réceptif est celui d'une aphasie de Wernicke. Elle prend aussi le nom d'aphasie totale de Déjerine ou grande aphasie de Broca.

³ LECOURE & LHERMITTE (1979) *L'aphasie*.

⁴ SERRON & JEANNEROD (1994) *Neuropsychologie humaine*.

- ✓ **Aphasie de conduction** : Il s'agit d'une forme d'aphasie de Wernicke dont la particularité repose sur l'importance des troubles de la répétition.
- ✓ **Aphasies pures** : Aphasies dans lesquelles le trouble ne touche qu'un seul versant du langage. On distingue l'anarthrie pure (le sujet n'a pas d'autres troubles du langage que ses troubles d'articulation), l'agraphie pure (concept rare et discuté), la surdité verbale pure (seule la compréhension du langage oral est sévèrement atteinte) et la cécité verbale pure (seuls les troubles de lecture sont massifs).
- ✓ **Aphasie dynamique** (aphasie transcorticale motrice) : Elle ressemble à l'aphasie de Broca mais les capacités de répétition sont dans les limites de la normale.
- ✓ **Autres aphasies** : D'autres aphasies plus rares ou s'éloignant de notre sujet sont à nommer : l'aphasie sous-corticale, l'aphasie croisée, l'aphasie du gaucher, l'aphasie acquise de l'enfant et l'aphasie dégénérative.

2 L'aphasie de Broca

Selon les auteurs, l'aphasie dite de Broca prend diverses appellations : l'aphasie motrice (Wernicke, 1874), l'aphasie motrice corticale (Lichtheim, 1885), l'aphasie d'expression (Déjérine, 1914) ou encore l'aphasie verbale (Head, 1926). Traditionnellement, on l'oppose à l'aphasie de Wernicke.

2.1 Etiologie

La lésion classique, issue le plus souvent d'un AVC, se situe théoriquement au niveau de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, appelée aussi aire de Broca (voir figure 1). Toutefois, il peut exister une variabilité lésionnelle. Certains auteurs mentionnent d'autres lésions plus étendues provoquant une aphasie de Broca (lésions cortico-sous-corticales touchant l'opercule frontal et pariétal, ou encore la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale).

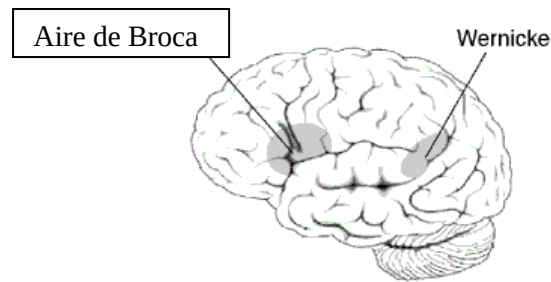


Figure 1 : Localisation de l'aire de Broca

2.2 Caractéristiques de l'aphasie de Broca.

Les caractéristiques décrites dans ce paragraphe sont celles que l'on peut rencontrer dans les aphasies de Broca, mais cela ne signifie pas qu'elles se retrouvent toutes chez tous les sujets.

2.2.1 Le versant expressif

2.2.1.1 Les troubles au niveau des mots

a. Au niveau phonétique :

Il peut exister chez les aphasiques de Broca des troubles d'articulation (ceux-ci ne sont toutefois pas systématiques). On peut en effet observer des troubles arthriques tels que l'anarthrie ou le syndrome de désintégration phonétique.

Le terme d'**anarthrie** a été proposé par Pierre Marie⁵ en 1908. Il s'agit d'une perturbation de la réalisation motrice des phonèmes, liée à une altération de la mobilisation volontaire ou du contrôle des organes phonateurs (muscles du larynx, du pharynx, de la langue, du voile du palais et des muscles bucco-faciaux). L'anarthrie se caractérise alors par des distorsions ou anomalies phonétiques sur le plan acoustique.

Concrètement, ces anomalies phonétiques peuvent prendre diverses formes :

- ✓ Erreurs d'addition : le sujet ajoute un ou plusieurs phonèmes à la structure du mot.
exemple : cloche devient « cOloche », marteau devient « martReau » ;

⁵ Cité par LECOURS & LHERMITTE (1979) *L'aphasie*.

- ✓ Erreurs d'omission : le sujet enlève un ou plusieurs phonèmes.
exemple : partir devient « pati », cravate devient « cava » ;
- ✓ Erreurs de substitution : le sujet remplace un phonème par un autre.
exemple : couteau devient « coukeau ».

Parmi les erreurs de substitution, on peut notamment relever des assourdissements des phonèmes sonores (*gâteau* devient « kateau »), des nasalisations des phonèmes oraux ou encore une transformation de fricatives en occlusives (*saucisse* devient « tautite »).

Toutes ces anomalies phonétiques rencontrées dans l'anarthrie sont liées à une tendance à la simplification de l'articulation chez les aphasiques de Broca. Elles ne sont pas pour autant systématiques ; elles sont variables, aussi bien entre les sujets que chez un même sujet.

Le terme de **syndrome de désintégration phonétique** a été proposé par Alajouanine, Ombredanne et Durand en 1939. Il se caractérise par :

- ✓ Une importante gesticulation bucco-faciale associée à une émission sonore difficile.
Le sujet fait de gros efforts articulatoires, à la limite de la crispation, mais parvient difficilement à émettre un son.
- ✓ Une prosodie modifiée et pauvre. Le débit de parole est lent, irrégulier, haché et saccadé.

b. Au niveau phonémique

Il est possible d'observer chez les aphasiques de Broca des paraphasies phonémiques. On parle de paraphasies phonémiques quand on observe des déplacements, des répétitions, des ajouts ou des oublis de phonèmes. C'est la programmation, le choix et l'agencement des phonèmes qui sont déficients. Les phonèmes ne sont donc pas utilisés à bon escient mais sont correctement articulés. S'il on peut rencontrer ce type de paraphasies dans l'aphasie de Broca, celles-ci sont davantage caractéristiques d'une aphasie de Wernicke.

Remarque : Notons qu'il est parfois difficile d'affirmer si une erreur est liée à un trouble arthrique (niveau phonétique) ou à un trouble de la programmation motrice (niveau phonémique).

c. Au niveau sémantique

- Les paraphasies sémantiques et verbales

La paraphasie sémantique est l'utilisation d'un mot pour un autre, mais ayant un rapport de sens avec le mot cible.

Exemple : dire fourchette à la place de couteau.

La paraphasie verbale se distingue de la paraphasie sémantique en ce sens qu'il n'y a pas de rapport de sens entre le mot produit et le mot cible.

Exemple : dire avion à la place de fraise.

- Le manque du mot

Il s'agit un trouble très présent dans l'aphasie de Broca. Selon Lecours et Lhermitte, le manque du mot est une « difficulté ou impossibilité pour un patient de produire le mot adéquat ». Le patient semble avoir oublié le mot, ou l'avoir sur le « bout de la langue ». C'est un défaut d'évocation lexicale qui se manifeste dans le discours par une anomie (absence de réponse), des phrases avortées, des pauses fréquentes et longues, des périphrases, des paraphasies ou des conduites d'abandon (« je sais pas... »).

Il n'est pas rare de voir l'émission d'un mot précis dépendre de la loi de **dissociation automatico-volontaire**. Autrement dit, en situation volontaire (en dénomination par exemple), le patient ne pourra retrouver le mot exact. Alors qu'en situation automatique (en langage spontané, ou dans une expression toute faite) ce même mot qui lui manquait sera émis sans difficulté ni effort particuliers.

2.2.1.2 Les troubles au niveau du discours

a. La réduction du discours

On observe chez les aphasiques de Broca une réduction quantitative de la parole. Certains sujets passent même par une phase de mutisme complet, habituellement transitoire.

Cette réduction quantitative de la parole peut être mise en lien avec une inhibition du sujet qui présente une réticence à parler. Si son langage est généralement informatif, il n'en n'est pas moins très économique et ponctué de nombreuses latences.

b. L'agrammatisme

L'agrammatisme est un trouble fréquent mais non-systématique des aphasiques de Broca. Il se caractérise par la production de mots-phrases qui se suivent sans lien syntaxique les uns avec les autres. Les items grammaticaux tels que les pronoms, les déterminants, les conjonctions ou les adverbes sont absents du discours. Seuls les noms communs et les verbes à l'infinitif sont utilisés. On peut le comparer à un style télégraphique.

Exemple : « Pour Noël, j'achèterai un vélo à mon fils » devient « Noël – acheter – vélo – fils ».

c. Les stéréotypies verbales

Une stéréotypie verbale est une réduction du langage à une expression verbale figée, qui est émise de façon involontaire et parfois inconsciente. Elle peut avoir une signification linguistique, par exemple « d'accord », « je sais pas » ou « oui ». Mais elle peut aussi ne pas avoir de signification linguistique, comme la stéréotypie du premier patient étudié par Paul Broca, le patient Leborgne qui ne pouvait émettre que la locution « tan-tan ». Dans les deux cas, la stéréotypie contamine le discours du patient aphasique qui ne peut émettre d'autres paroles.

d. Les persévérations

Un mot entendu ou émis une première fois de façon appropriée est répété ensuite dans le discours de manière inadéquate. La persévération se distingue de la stéréotypie en ce sens qu'elle se réalise sur des mots différents et de manière ponctuelle alors que la stéréotypie est constante et concerne toujours le même mot.

2.2.2 Le versant réceptif

Dans les cas caractéristiques, la compréhension orale n'est que modérément touchée, il arrive même qu'elle soit tout à fait normale. Toutefois, il n'est pas rare que la compréhension des mots grammaticaux soit imparfaite et que les phrases plus complexes d'un point de vue morphosyntaxique soient imparfaitement comprises.

2.2.3 Le langage écrit

En lecture à haute voix, il est possible que l'aphasique de Broca présente le même type de troubles qu'en langage oral spontané : défaut d'initiation verbale ou transformations aphasiques qu'on appellera alors paralexies (phonémiques, verbales ou sémantiques).

Par le fait même, la compréhension du langage écrit peut donc être altérée. De plus, l'agrammatisme des patients peut aussi venir interférer dans la compréhension morphosyntaxique des phrases.

Concernant l'écriture, l'incitation graphique est souvent diminuée. On note une réduction et une lenteur de la production écrite. On relève généralement une maladresse grapho-motrice avec un trait peu assuré, majoré par l'utilisation fréquente de la main gauche (non-dominante) chez des patients hémiplegiques droits. On observe dans l'expression écrite une tendance à l'agrammatisme écrit ainsi que des paragraphies de type phonémique avec des élisions. L'écriture copiée améliore les performances.

2.2.4 Les troubles associés

A une aphasie de Broca s'associe très généralement une hémiplegie droite. Il est aussi possible d'observer une paralysie faciale droite, une apraxie idéo-motrice, ainsi qu'une apraxie bucco-faciale (trouble portant sur l'exécution volontaire des mouvements de la bouche, de la langue et de l'ensemble des muscles faciaux, avec une difficulté voire une impossibilité de réaliser sur commande volontaire des mouvements particuliers tels que déglutir, tirer la langue ou froncer les sourcils...). Enfin, il n'est pas rare d'observer chez ces patients des épisodes dépressifs.

2.3 Le bilan de l'aphasie de Broca

Un aphasique de Broca dont on aura évalué les capacités langagières à partir du protocole MT86⁶ (version M1bêta) pourra présenter le profil M1bêta suivant. Ce profil, réalisé à la fin du bilan, permet de synthétiser en un diagramme les capacités langagières du patient ; les zones grisées correspondant aux versants du langage déficitaires, avec différents degrés d'atteinte (voir figure 2). Nous insistons toutefois sur le fait que ce profil exemplaire de l'aphasie de Broca est donné à titre indicatif et ne signifie pas que tous les aphasiques de Broca présentent rigoureusement ce profil.

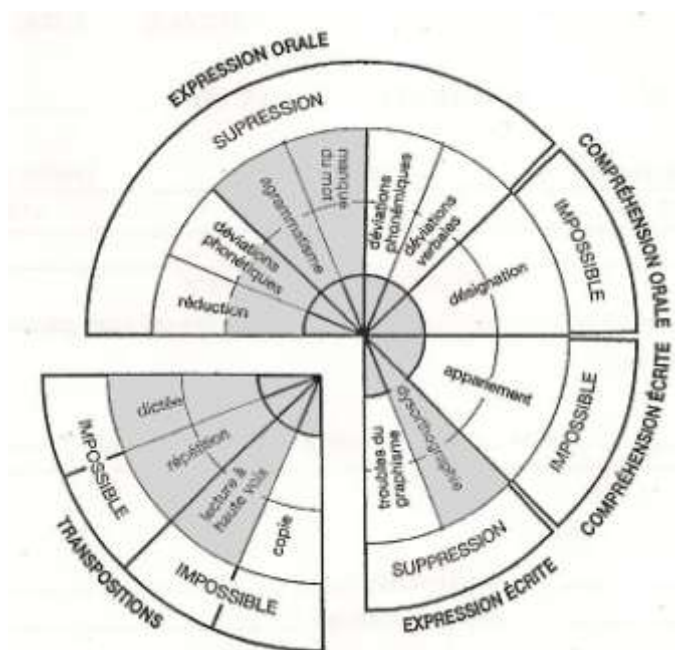


Figure 2 : Profil M1-Bêta exemplaire de l'aphasie de Broca

2.4 Les différents stades de l'aphasie de Broca.

Les capacités langagières d'un aphasique de Broca peuvent évoluer au fil du temps. Bien sûr, chaque sujet évoluera différemment dans sa maladie et il est difficile d'élaborer une évolution type de l'aphasie de Broca, mais nous essayerons d'établir l'évolution la plus commune.

1/ Les aphasies de Broca les plus sévères peuvent débiter par une phase de mutisme total. Cette phase n'est pas systématique pour tous les patients et est généralement transitoire s'il y

⁶ NESPOULOUS, JOANETTE & LECOURS. *MT86 Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique du sujet aphasique*.

en a une. A ce stade, la compréhension du langage oral est souvent altérée et le langage écrit parfois inaccessible.

2/ Le stade des stéréotypies verbales peut succéder celui du mutisme ou apparaître d'emblée. L'apparition de ces stéréotypies constitue une urgence de rééducation, auquel cas le patient risquerait de s'enfermer dans ses stéréotypies, ce qui empêcherait l'émergence d'un discours informatif. Certaines prises en charge orthophoniques consistent alors à faire taire fermement le patient lorsqu'il produit ces itérations. A ce stade, la compréhension orale s'améliore et la compréhension écrite devient possible. Un délai supérieur à deux mois de ce stade des stéréotypies laisse présager une mauvaise récupération ultérieure du langage.

3/ Les stades du mutisme et des stéréotypies passés, la production orale s'enrichit mais peut rester fortement perturbée par des manques du mot, des paraphasies (phonémiques et sémantiques), des persévérations. Les compréhensions orale et écrite sont bonnes mais les capacités en lecture à haute voix et en écriture peuvent rester déficitaires.

4/ Parallèlement ou par la suite, le stade de l'agrammatisme peut se développer. Dans ce cas-là, la compréhension est généralement bonne mais l'agrammatisme peut être très présent dans les productions orales et écrites.

5/ Enfin, à plus long terme, la récupération du langage est variable selon les sujets. Une récupération totale du langage est très rare. Il persiste généralement une réduction globale du langage, des manques du mots, paraphasies et parfois des séquelles articulatoires peuvent perdurer.

2^{ème} partie : Communication et aphasie

1 La communication

1.1 Différents concepts de la communication

1.1.1 La définition du sens commun

Le Petit Larousse définit la communication comme « l'action de communiquer quelque chose : avis, message, renseignement ». Il ajoute qu'en psychologie, le terme désigne « la transmission de l'information au sein d'un groupe, considérée dans ses rapports avec la structure de ce groupe ».

1.1.2 Le modèle codique de la communication de Shannon & Weaver⁷

En psychologie, la communication a longtemps été définie à partir du modèle de la transmission de l'information conçu par Shannon et développé par Weaver (1945). D'après ce modèle, qui fait l'objet de la figure 3, un émetteur actif E (à la source) transmet à un récepteur passif R un message M au moyen d'un signal émis et reçu, via un canal C. Ce modèle est réversible puisque chaque participant peut prendre successivement les rôles d'émetteur et de récepteur.

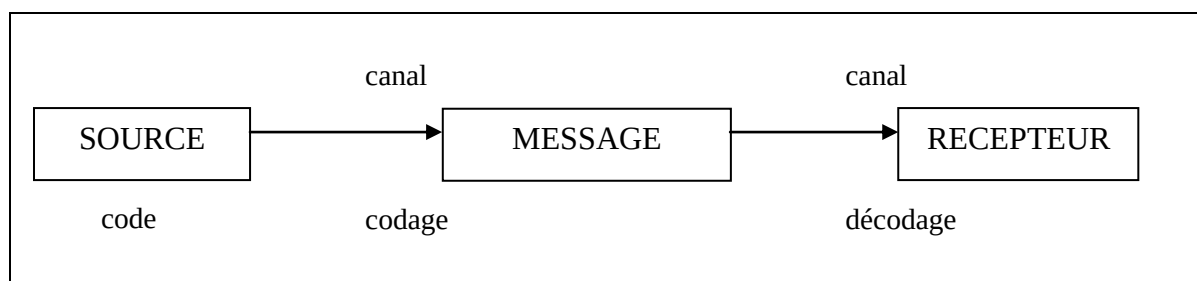


Figure 3 : La communication selon Shannon et Weaver (1945)

⁷ cités par BEAUDICHON (1999) *La communication, processus, formes et applications*.

Toutefois, il faut savoir que l'initiateur de ce modèle, Shannon était ingénieur des télécommunications et ce modèle de communication n'a donc pas été conçu à la base pour être applicable à la communication humaine. C'est la raison pour laquelle elle est rapidement apparue comme étant réductrice, ne prenant pas assez en considération les dimensions humaine et contextuelle.

1.1.3 Le schéma canonique de Jakobson⁸

Le modèle de communication de Shannon et Weaver étant incomplet, Shannon l'a donc développé en 1958 en y intégrant d'autres facteurs : le contexte et le contact. Le linguiste Roman Jakobson l'ayant davantage exploité et diffusé auprès des linguistes et psychologues, la paternité de ce modèle lui a été attribuée en 1963 (voir figure 4).

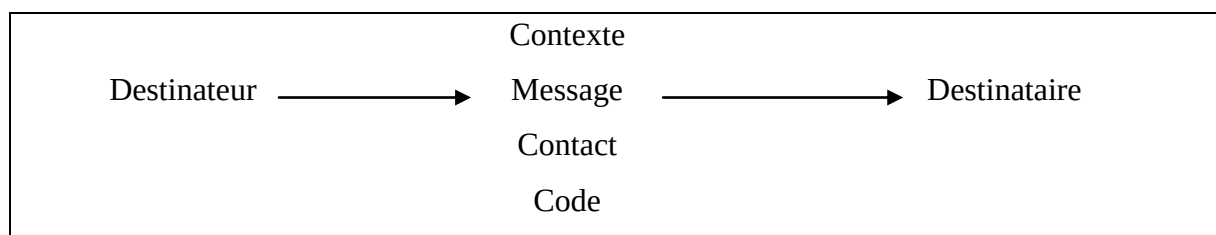


Figure 4 : Le schéma de communication de Jakobson (1963)

Jakobson décrit donc 6 composantes essentielles de la communication :

- Le **message** en lui même, qui est au cœur de la communication.
- Le **destinateur** qui émet le message.
- Le **destinataire** qui le reçoit.
- Pour être opérant, le message requiert d'abord un **contexte** auquel il renvoie (qu'on appelle aussi le « référent »). Le contexte doit être saisissable par le destinataire.
- Le message requiert un **code** commun au destinateur et au destinataire (ou, en d'autres termes, à l'encodeur et au décodeur).

⁸ cité par BAYLON & MIGNOT (1999) *La communication*.

- Le message requiert un **contact**, un canal physique et une connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire, contact qui leur permet d'établir et de maintenir la communication. Par connexion psychologique, on entend par là qu'un rapport est établi entre les « esprits » des interlocuteurs.

D'un point de vue terminologique, le terme de destinataire pourrait être remplacé par communicateur, émetteur, locuteur ou encore scripteur ; celui de destinataire par communicataire, récepteur, auditeur ou lecteur ; celui de message par énoncé, discours ou texte ; et celui de code par langue. Mais Jakobson a choisi d'opter pour des termes plus généraux de façon à ce que son schéma soit adaptable à d'autres types de communication que le langage verbal. Citons par exemple le langage des signes chez les sourds et malentendants et pourquoi pas la communication par le dessin.

A chacune des 6 composantes de la communication décrites ci-dessus, Jakobson a attribué une fonction précise.

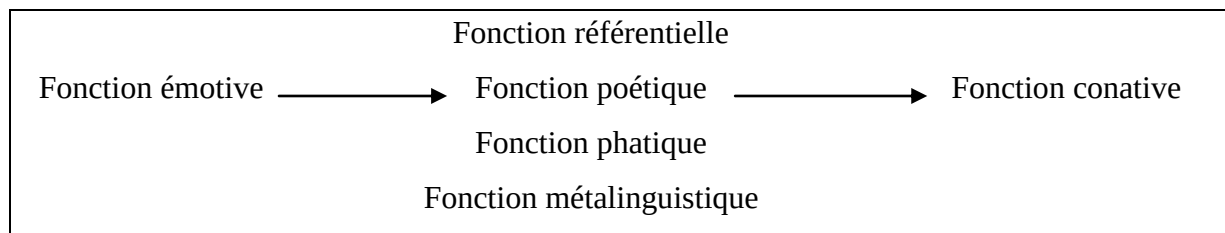


Figure 3 : Les fonctions de la communication selon Jakobson

- La **fonction référentielle** (liée au *contexte*) : Quand on émet un message, on vise à donner des informations sur un état de choses (localisé dans le monde réel ou imaginaire) qui est alors décrit ou évoqué.
- La **fonction émotive** (du *destinateur*) : Celui qui émet un message veut s'extérioriser, faire connaître ses idées, ses émotions, ses désirs, donc ce qui sans l'acte de communication resterait dissimulé dans son esprit.
- La **fonction conative** (agissant sur le *destinataire*) : L'acte de communication a pour vocation d'agir ou de tenter d'agir sur autrui, en provoquant chez lui une réponse, une réaction psychologique comme la naissance d'une conviction, d'une idée, d'un désir, soit enfin une réaction matérielle telle qu'un comportement gestuel.

- La **fonction phatique** (liée au *contact*) : Elle permet d'établir, de maintenir ou d'interrompre la communication avec le destinataire. Par exemple, dire « Allo ? » au téléphone permet d'établir le contact avec l'interlocuteur, donc d'effectuer une connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire.
- La **fonction poétique** (centrée sur le *message*) : Le destinataire s'efforce d'appliquer sur le message des qualités intrinsèques (esthétiques), indépendamment des autres visées qu'il peut avoir. Elle est dominante dans l'art littéraire.
- La **fonction métalinguistique** (centrée sur le *code*) : Elle intervient lorsque le code utilisé (la langue) fait lui-même l'objet du message échangé (lorsqu'on explique un mot, qu'on le traduit, qu'on parle de grammaire...).

Notons que ces fonctions de la communication sont davantage adaptables à la communication linguistique. Les fonctions poétiques et métalinguistiques telles qu'elles sont décrites dans ce modèle sont d'ailleurs difficilement applicables à d'autres modes de communication que la communication linguistique.

1.1.4 Une conception interactive de la communication

Considérant que les modèles de communication traditionnels présentés précédemment sont de conception unilatérale et linéaire, Catherine Kerbrat-Orecchioni⁹ propose une conception plus interactive de la communication. Dans cette conception, les phases d'émission et de réception sont en relation de « détermination mutuelle ». La réception est bien sûr commandée par l'émission. Mais l'émission est aussi commandée par la réception, dans la mesure où le destinataire fait par **anticipation** certaines hypothèses concernant les réactions et l'interprétation de son message par le destinataire. Ces mêmes réactions et interprétations du destinataire pourront aussi mener le destinataire à agir par **rétroaction**, c'est-à-dire à modifier son message en fonction des réactions du destinataire. Le récepteur (destinataire) doit donc, au même titre que l'émetteur (destinateur), être considéré comme actif dans la communication puisqu'il agit sur l'émetteur. Une situation de communication est donc de nature

⁹ KERBRAT-ORECCHIONI (1990) *Les interactions verbales*.

intersubjective, dans laquelle, selon Kerbrat-Orecchioni, les différents « interactants » exercent les uns sur les autres un réseau d'influences mutuelles.

1.2 La communication non-verbale

Les modèles de communication qu'on rencontre dans la littérature sont davantage conçus à partir de la communication verbale, c'est-à-dire une communication établie à partir de mots oralisés ou écrits. Chez l'humain, le mode de communication verbal est en effet le plus naturel et le plus efficace. C'est celui qui permet à l'émetteur d'exprimer avec le plus d'exactitude sa pensée par un message verbal, et au récepteur de déchiffrer avec le plus de justesse ce message verbal et donc d'accéder à la pensée de l'émetteur.

Toutefois, dans une conversation, la communication verbale n'est pas le seul vecteur d'informations. Bon nombre d'informations sont transmises par le corps tout entier, par la gestuelle, par la mimique, par l'intonation... C'est ce qu'on nomme la communication non-verbale.

Ainsi, d'après Baylon et Mignot¹⁰, les moyens utilisés pour communiquer une information peuvent être classés selon deux oppositions : le vocal versus le non-vocal (c'est-à-dire les paroles par opposition aux gestes et attitudes) et le verbal versus le non-verbal (c'est-à-dire les mots par opposition aux non-mots).

A partir ces deux oppositions, on a donc 4 groupes de comportement de communication :

- le **vocal – verbal** : le mot phonétique comme unité linguistique ;
- le **vocal – non-verbal** : l'intonation, la qualité de la voix ;
- le **non-vocal – verbal** : le mot graphique comme unité linguistique ;
- le **non-vocal – non-verbal** : les expressions du visage, les gestes, les attitudes, les mimes.

Le comportement « vocal – non-verbal » associé au comportement « non-vocal – non-verbal » constituent donc la communication non-verbale.

¹⁰ BAYLON & MIGNOT (1999) *La communication*.

Les mêmes auteurs proposent un autre classement des moyens de communication :

- les moyens **linguistiques** : la langue articulée et de manifestation vocale ;
- les moyens **paralinguistiques** : ils sont plus ou moins conscients, ils comprennent le non-verbal – vocal (le ton de la voix) et le non-vocal (les gestes) ;
- les moyens **extralinguistiques** : ils échappent au contrôle du locuteur pendant la conversation : le vocal (la qualité de la voix apporte à l'auditeur des renseignements biologiques, psychologiques, sociaux ou psychologiques sur le locuteur) et le non-vocal (par exemple la façon de se vêtir).

D'après Kerbrat-Orecchioni, la communication est donc multicanale, elle exploite un matériel fait de mots, mais aussi d'intonations, de regards, de gestes, de mimiques : « Nous parlons avec nos organes vocaux, mais c'est avec tout le corps que nous conversons » (Abercrombie¹¹, 1972).

* * *

Toutefois, cette communication non-verbale s'articule autour de la communication verbale. En effet, les termes « moyens paralinguistiques » ou « moyens extralinguistiques » sous-entendent que le canal non-verbal vient s'ajouter au canal verbal pour renforcer son informativité. Quand on évoque la communication non-verbale, on n'occulte pas pour autant la communication verbale qui reste la plus « efficace » en terme de transmission d'informations. La gestualité, la mimique, l'intonation, le regard viennent alors affiner cette transmission d'information. Mais peut-on dire que ces canaux non-verbaux constituent un mode de communication à part entière ? Peut-on dire que ce mode de communication peut se suffire à lui-même, indépendamment du canal verbal ?

Ainsi, chez des sujets qui présentent, à la suite d'une déficience quelconque (auditive, neurologique...), un trouble dans la communication verbale et qui mettent en place un mode de communication externe visant à compenser ce trouble, on ne parlera pas de mise en place d'une communication non-verbale mais de mise en place d'une communication alternative ou augmentative (voir paragraphe 2.2.3).

¹¹ Cité par KERBRAT-ORECCHIONI (1990) *Les interactions verbales*.

2 Communication et aphasie

2.1 La communication de l'aphasique

Si l'on définit la communication verbale comme la capacité d'un locuteur à adapter des comportements discursifs à un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celle des partenaires de l'échange, alors l'existence de perturbations sémantiques, phonologiques, morphosyntaxiques ou encore discursives peut gêner la personne aphasique pour communiquer normalement.

Les différents symptômes aphasiques n'altèrent pas la communication verbale de la même façon mais peuvent mener à terme à un comportement semblable : une restriction de la participation sociale.

D'un point de vue réceptif, les troubles de compréhension peuvent être très invalidants dans la mesure où beaucoup d'interlocuteurs abandonnent rapidement l'échange verbal avec les personnes aphasiques présentant des troubles massifs de compréhension. Sans aller jusqu'à la rupture, les troubles de compréhension sont souvent sources de malentendus et peuvent rendre laborieuse la communication.

D'un point de vue expressif, les troubles sémantiques, syntaxiques ainsi que d'éventuels jargons sont davantage pénalisants que les troubles phonétiques ou phonémiques, car ils peuvent rapidement rendre l'énoncé incohérent. Les perturbations du débit (latences, silences, hésitations...) ralentissent l'échange et sont susceptibles d'entraîner chez l'interlocuteur un sentiment de malaise, d'inconfort ou d'impatience.

Qu'ils soient d'ordre réceptif ou expressif, les troubles du langage rencontrés dans l'aphasie peuvent donc engendrer des perturbations dans la communication. Toutefois, nous insisterons bien sur le fait que les troubles aphasiques du langage ne sont en aucun cas des troubles de la communication, mais des troubles dans la communication. Par cette petite précision terminologique, nous voulons signifier qu'une personne aphasique n'est atteinte d'aucune « psychose », il n'est ni schizophrène, ni autiste. Il est tout à fait apte à entrer en interaction avec un interlocuteur, il n'a pas de trouble de la communication au sens propre du terme. Il a

simplement des troubles du langage qui viennent interférer le bon déroulement de cette communication.

Des études ont d'ailleurs montré que les règles pragmatiques de la communication sont globalement préservées, ce qui va dans le sens de la formule de Holland¹² : « *Les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent* ». En effet, ces personnes sont capables de repérer l'intentionnalité du partenaire et son état émotionnel, elles peuvent reconnaître le type d'acte en cours et y répondre de façon adéquate (par exemple, elles réagissent quand on s'adresse à eux ou quand on leur pose des questions...), elles sont aidées par la redondance et leur sensibilité au contexte de la conversation peut leur permettre de traiter le cadre général et l'objet des échanges verbaux dont elles ne comprennent pas tous les éléments linguistiques.

Toutefois, les troubles linguistiques viennent parfois perturber les règles pragmatiques de la communication. L'alternance des tours de parole peut être perturbée, soit du fait d'une passivité de l'aphasique qui se contente d'attendre les questions et d'y répondre par oui ou par non (plutôt caractéristique d'une aphasie de Broca), soit d'une tendance à monopoliser la parole par un jargon logorrhéique (aphasie de Wernicke). On peut aussi observer parfois des tendances à la digression dans la gestion des thèmes conversationnels, ou au contraire des défauts d'initiation ou de relance de thèmes de conversation.

La communication verbale avec une personne aphasique nécessite donc une implication plus importante de la part de l'interlocuteur.

Concernant la communication non-verbale des aphasiques, il semblerait qu'elle soit efficace et adaptée chez les patients réduits et présentant des troubles phonologiques et syntaxiques (profil de type Broca). Mais elle serait plus confuse chez les patients anosognosiques et présentant des troubles de compréhension (profil de type Wernicke). Toutefois, les variations inter-individuelles et même intra-individuelles observées dans différentes études ont montré qu'on ne peut pas réellement faire de systématisation à ce sujet.

Les perturbations prosodiques sont variables, elles sont parfois diminuées, parfois exagérées. Les mimiques et regards conserveraient leur signification habituelle, avec peut-être une

¹² Cité par MAZAUX, PRADAT-DIEHL & BRUN (2007) *Aphasies et aphasiques*. Chapitre « Communication et Aphasie ».

dimension conative augmentée, afin d'attirer l'attention de l'interlocuteur et de maintenir l'échange. La gestuelle peut éventuellement être perturbée par une apraxie ou par ce qui s'apparente à un « manque du geste » (par analogie au manque du mot).

Ainsi, du fait de troubles linguistiques qui ont des répercussions dans la communication verbale et non-verbale des aphasiques, il existe chez ces personnes une réduction globale des activités de communication par rapport à des sujets sains. Cependant, les aphasiques semblent garder de bonnes capacités de communication pour l'expression des besoins élémentaires. Leur capacité de conversation semblent clairement influencée par le caractère familier ou étranger de leur interlocuteur, ainsi que par la complexité des thèmes abordés. La diminution quantitative des activités langagières concerne aussi les activités de langage écrit, la lecture et l'écriture. La vie sociale des aphasiques peut alors être perturbée, et on observe parfois un repli sur soi.

Nous soulignons à nouveau le fait que cette description de la communication des aphasiques doit être considérée en gardant à l'esprit l'importance des variations inter-individuelles, en fonction notamment de l'âge, de l'indépendance motrice ou de la sévérité des déficiences aphasiques. Autrement dit, il n'y a pas de profil type de la communication de l'aphasique.

2.2 La communication dans la prise en charge orthophonique

2.2.1 L'évaluation de la communication

Il existe dans la pratique orthophonique des tests spécifiques qui permettent d'effectuer une analyse qualitative de la communication des patients aphasiques. Parmi ces tests, on peut citer notamment le protocole **MEC**¹³ (le protocole Montréal d'Evaluation de la Communication) et le **TLC**¹⁴ (le Test Lillois de Communication).

¹³ JOANETTE, SKA & CÔTE. *Protocole MEC*.

¹⁴ ROUSSEAU, DELACOURT, WYRZYKOWSKI & LEFEUVRE. *Le TLC*.

- Le protocole MEC

Conçu à la base pour évaluer les habiletés de communication verbale des sujets porteurs d'une lésion cérébrale droite, il peut aussi être utilisé pour les patients à lésion cérébrale gauche, tels que les aphasiques. Il permet notamment d'évaluer :

- la conscience des troubles du patient ;
- les capacités discursives : par observation du discours conversationnel (l'examineur observe si le patient respecte les règles pragmatiques) et du discours narratif (le patient doit rappeler une histoire qu'on vient de lui lire) ;
- la capacité à interpréter des métaphores ;
- la capacité à percevoir et à produire de la prosodie linguistique et émotionnelle : le patient doit par exemple repérer par la prosodie si un énoncé verbal est une affirmation, une question ou un ordre ; ou si la personne est triste, heureuse ou fâchée ;
- la capacité à interpréter des actes de langage indirect (repérer dans un énoncé des sous-entendus)

- Le TLC

Il est fondé sur des théories générales de la communication, la considérant comme un ensemble de comportements verbaux et non-verbaux qui forment un tout intégré. Il a donc pour objectif d'évaluer chez la personne aphasique l'attention et la motivation à la communication, la communication verbale et non-verbale. Avec le TLC, on cherche à évaluer le patient dans une situation d'interaction la plus naturelle possible, c'est la raison pour laquelle l'examineur ne prend aucune note pendant la passation du protocole et attend la fin de l'entretien pour coter les comportements communicationnels du patient.

Le test se déroule en trois parties : après une phase de « prise de contact » pendant laquelle l'examineur et le patient se présentent l'un à l'autre, l'examineur engage une discussion ouverte autour d'un thème polémique (un sujet d'actualité...), et enfin propose au patient une situation de type PACE où l'examineur et le patient, doivent à tour de rôle faire deviner à l'autre une photographie parmi d'autres, en utilisant le langage oral, le geste ou encore le dessin (la PACE est présentée plus en détail dans le paragraphe suivant).

L'entretien achevé, l'examineur évalue la communication du patient aphasique selon trois aspects :

- **L'attention et la motivation à la communication** : sont notées la conduite de salutation, l'attention à l'interlocuteur et l'investissement dans l'interaction.
- **La communication verbale** : sont notées la compréhension verbale, le débit, l'intelligibilité de la parole, l'informativité et la pertinence du discours (d'un point de vue lexical, syntaxique et pragmatique), les feed-back verbaux et l'utilisation du langage écrit.
- **La communication non-verbale** : sont notées la compréhension des signes non-verbaux, l'expressivité, l'informativité (prosodie, regard, mimogestualité...), les feed-back non-verbaux et l'utilisation du dessin.

L'habileté à communiquer n'est pas réellement quantifiable, il est donc difficile d'effectuer une évaluation chiffrée de la communication. Toutefois, l'examineur attribuera pour chaque élément des 3 critères ci-dessus une note (forcément subjective) comprise entre 0 et 2. L'addition totale de ces notes donnera une note finale sur 60 qui, selon des normes d'âge et de niveau d'étude permettra d'estimer le niveau de communication de la personne aphasique.

2.2.2 La communication dans la rééducation : l'exemple de la PACE

La PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness), a été présentée en 1981 par Davis et Wilcox¹⁵. Elle peut se définir comme une thérapie globale et fonctionnelle qui a pour objectif d'améliorer les capacités des patients à communiquer en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication. L'objectif à terme est de favoriser le transfert des comportements obtenus en séance à la vie quotidienne.

La situation interactive de communication de la PACE est basée sur 4 principes :

- l'échange d'informations nouvelles ;
- l'alternance des tours de rôle ;
- l'aspect multicanal de la communication (verbal et non-verbal) ;
- la réussite de l'échange, et non la forme.

¹⁵ Cités par MAZAUX, PRADAT-DIEHL & BRUN (2007) *Aphasies et aphasiques*.

Concrètement, les activités de type PACE peuvent prendre différentes formes :

- ✓ **Les images en double** : Le thérapeute distribue au patient et à lui-même un jeu identique de cartes imagées (des photos ou des dessins). Chacun dispose ses cartes devant lui et un « cache » est placé entre les jeux du thérapeute et du patient. L'un des deux choisit une carte (il est informateur) et il doit la faire deviner à l'autre (qui est devineur) en étant le plus informatif possible et en utilisant les moyens de communication qu'il désire (paroles, gestes, dessins, écrits). A partir des informations de l'informateur, le devineur doit retrouver la bonne carte. Puis les rôles sont inversés et alternés jusqu'à épuisement des cartes.

Pour varier les règles, on peut décider que c'est le devineur qui doit questionner l'informateur pour retrouver la carte. On peut décider de transmettre les informations en n'utilisant qu'un seul canal (uniquement le verbal, les gestes, le dessin...). Ou encore, on peut utiliser des cartes de mots écrits plutôt que d'images.

- ✓ **Les images uniques** : De façon à complexifier la situation de communication, le thérapeute dispose un seul jeu de cartes sur la table, faces cachées, et à tour de rôle, le patient et le thérapeute piochent une carte qu'ils doivent faire deviner à l'autre.
- ✓ **La dictée** : L'informateur a devant lui une saynète qu'il a construite à l'aide de formes géométriques ou de dessins. Il dicte les informations nécessaires à son interlocuteur afin qu'il reproduise de son côté cette saynète. Puis ils confrontent les deux saynètes.

Dans tous les cas, l'intérêt de la PACE réside dans le fait que le patient se trouve dans une situation de communication réelle. En effet, ni le thérapeute ni le patient ne connaît à l'avance ce que son interlocuteur va lui communiquer. En ce sens, une activité de type PACE diffère d'une activité classique, par exemple de dénomination. Effectivement, dans une activité de dénomination, peut-on réellement dire qu'il y a « communication », c'est-à-dire transmission d'un message, dans la mesure où le thérapeute attend une réponse précise qu'il connaît déjà ? Alors que dans une situation de PACE, pour reprendre les termes du schéma de Jakobson, on a bel et bien un *destinateur* (l'informateur) qui transmet un *message* (le sujet de la carte) à un *destinataire* (le devineur) à l'aide d'un *code* précis (verbalisation, gestes, dessins).

2.2.3 La communication alternative

- Présentation

Le terme de communication alternative (ou communication augmentative) provient des pays anglophones. Il regroupe l'ensemble des outils et techniques d'aide à la communication proposés aux personnes handicapées atteintes dans leur motricité et leur capacité de production de parole. Cela concerne notamment les personnes aphasiques, paralysées, dysarthriques, laryngectomisées, sourdes et malentendantes... Dans tous les cas, leur expression orale est impossible ou inintelligible, ou alors des troubles spécifiques du langage (liés par exemple à une aphasie) sont tels qu'il leur est impossible d'atteindre un niveau efficace d'expression orale. On peut donc dans ces cas-là leur proposer différents outils et techniques externes pour communiquer, chaque outil étant choisi en fonction de la pathologie du patient, de la nature de ses troubles de langage et de ses capacités résiduelles.

Les outils de communication alternative peuvent être des codes simple oui-non, le recours au langage écrit ou graphique, des codes gestuels, alphabétiques, pictographiques, des tableaux ou classeurs de communication ou des aides plus technologiques tels que des ordinateurs ou synthèses vocales¹⁶.

- Les moyens de communication alternative chez les aphasiques

Les moyens alternatifs présentés ici n'excluent pas pour autant la communication « traditionnelle ». Ils sont utilisés dans une optique augmentative de la communication. De plus, ils peuvent être compatibles les uns avec les autres.

- Les **tableaux ou classeurs de communication** : ils sont réalisés avec les patients, en fonction de leurs besoins. Il s'agit d'un tableau ou d'un classeur dans lequel figurent des mots et phrases fonctionnels, des lettres, des chiffres, des photographies et/ou des pictogrammes qui sont classés par thèmes et que le patient peut désigner à son interlocuteur en fonction de ses besoins. Les tableaux et classeurs de communication

¹⁶ Les différents moyens de communication alternative cités ici sont ceux répertoriés par l'ISAAC (International Society of Alternative Augmentative Communication) sur www.isaac-fr.org

favorisent aussi la compréhension dans la mesure où l'interlocuteur peut désigner lui-même aussi des mots ou images lorsqu'il s'adresse à la personne aphasique. Ils sont conçus de façon à ce que la personne aphasique soit apte à exprimer ce qu'elle veut et à comprendre ce qu'on lui communique avec le moins d'effort possible. Par exemple on peut imaginer dans le classeur une page regroupant des images d'aliments dont le patient peut avoir régulièrement besoin pour communiquer, une autre page regroupant les photographies des gens de son entourage...

- Le **recours au langage écrit** : il peut être un mode de communication alternative si le patient dispose d'une motricité manuelle suffisante et si ses troubles linguistiques ne l'empêchent pas d'accéder au langage écrit. Dans ce cas-là, la personne aphasique a en permanence à sa disposition un crayon, du papier, un carnet de communication ou une ardoise.
- Les **langages gestuels** : ils consistent à apprendre des gestes signifiants comparables à la langue des signes des sourds et malentendants. Mais les résultats sont peu probants.
- Les **aides techniques** : il s'agit des téléthèses et ordinateurs qui peuvent comporter une entrée alphabétique, phonétique ou dans les cas d'aphasie sévère une entrée pictographique. C'est l'appareil qui énonce oralement le message.
- Le **dessin** : il consiste à transmettre un message en réalisant un dessin. Dans les faits, les cas d'utilisation alternative du dessin sont assez rares depuis le célèbre cas de Sabadel en 1980. Il peut toutefois être utilisé, généralement de façon épisodique, comme moyen augmentatif. On peut en effet imaginer que le dessin puisse être un moyen alternatif de communication d'un message lorsque la personne aphasique se trouve par exemple dans une situation de manque du mot.

3^{ème} partie : Le dessin

1 L'utilisation du dessin en orthophonie

Dans la pratique orthophonique, le dessin est un support régulièrement utilisé, en particulier avec les enfants. D'une part le dessin est très présent dans les jeux et dans les livres utilisés en séance. Il est aussi à la base de certains grands axes de rééducation tels que le Makaton (système de communication qui utilise à la fois un vocabulaire gestuel et des symboles graphiques) ou la méthode verbo-tonale (méthode de verbalisation destinée aux enfants sourds, basée sur la polysensorialité, la rythmique et le dessin.). Et d'autre part, l'orthophoniste et l'enfant sont fréquemment amenés à réaliser eux-mêmes des dessins. Dans ces cas-là, le dessin constitue un support à la parole. Il s'agit d'un objet référent autour duquel s'articule l'échange et la communication entre l'enfant et l'orthophoniste. Il permet entre autres de développer l'évocation lexicale, donc d'enrichir le vocabulaire de l'enfant. Il permet aussi à l'enfant de s'exprimer librement, de « dire » par le dessin ce qu'il ne veut ou ne peut pas dire oralement. Qu'il soit réalisé en silence ou qu'il soit le support d'une conversation, le dessin évoque, il exprime quelque chose, il est prétexte à la communication, il est un moyen de communication parmi d'autres.

Le dessin est aussi utilisé dans les rééducations de troubles neurologiques tels que l'aphasie. Dans ce cas-là, il est utilisé comme soutien à la récupération de la parole ou comme support facilitant la compréhension. L'utilisation de dessins, images, photographies et tous supports imagés peut permettre la mise en place d'une communication non-verbale. Malgré leur affection neurologique, leurs éventuels troubles praxiques, gnosiques et moteurs, leur fréquente hémiplégie, et parfois leur réticence à utiliser ce mode de communication, l'utilisation du dessin pour s'exprimer est parfois possible chez ces patients aphasiques. En témoigne d'ailleurs le célèbre cas de Sabadel, patient aphasique qui a beaucoup pratiqué le dessin dans sa rééducation orthophonique auprès de Philippe Van Eeckhout.

- L'exemple de Sabadel¹⁷ :

Claude B., plus connu sous le pseudonyme Sabadel est dessinateur de presse professionnel. A 38 ans, il est victime d'un AVC qui le plonge dans une aphasie globale avec hémiplégie droite. Une rééducation orthophonique quotidienne est alors entreprise. Au bout de trois mois de rééducation, l'incitation verbale du patient est toujours très réduite, les troubles de compréhension perdurent, et le patient affiche une résignation passive. Il vient alors à l'idée de son orthophoniste, Philippe Van Eeckhout, de lui proposer de dessiner de la main gauche son village natal de Sabadel (qui lui a inspiré son pseudonyme). Le dessin du village est si précis que dès lors, le dessin prendra une place importante dans la rééducation. Dans un premier temps, il parvient à dessiner un objet qu'on lui énonce oralement. Si l'exécution du dessin est lente et maladroite, la représentation imagée de l'objet n'en est pas moins conservée et identifiable. Puis au fur et à mesure de la rééducation, les règles qu'on lui propose se complexifient. Il doit représenter des verbes énoncés oralement ou des objets énoncés par périphrases. Puis, après chaque dessin, le fait de le dénommer par écrit et de lire à voix haute le mot écrit lui permet peu à peu de retrouver la forme verbale de ce qu'il dessine. Par l'intermédiaire du dessin, son discours devient alors de plus en plus abondant et son lexique plus riche (si son discours s'améliore, il reste tout de même très réduit et agrammatique). Les mois passant, ses capacités en dessin évoluent, il est désormais capable d'illustrer un récit qui lui est raconté et ce, de façon plus précise qu'à l'oral. En effet, une expérience menée sur lui a montré que sur la même histoire (Le petit chaperon rouge), le résumé oral produit par Sabadel était raccourci, incohérent, ponctué de nombreux troubles linguistiques, ce qui traduisait a priori une incompréhension de l'histoire ; alors que l'illustration séquentielle de l'histoire par Sabadel montrait qu'il l'avait comprise en profondeur. C'est alors que Van Eeckhout lui propose d'illustrer sa propre expérience vécue depuis le début de sa maladie pour « porter témoignage ». Dès lors, le dessin constitue chez Sabadel un mode d'expression personnel, fiable et expressif, qui correspond à la pensée réelle du patient.

L'analyse de l'apport du dessin dans la rééducation orthophonique de Sabadel est très intéressante pour deux raisons :

¹⁷ SABADEL préfacé par P. VAN EECKHOUT (2008) *Une plume à mon cerveau*.

- ✓ Elle met en évidence que l'utilisation du dessin dans la rééducation est pour ce patient un élément actif de la récupération du langage oral, puisque le fait de dessiner un objet lui permet de retrouver successivement les formes verbales écrite puis orale de l'objet.
- ✓ De plus, le dessin apparaît comme un moyen fiable de matérialisation de la pensée de Sabadel. En effet, il accède par le dessin à un degré d'informativité plus important que par le langage oral. Le dessin devient alors un véritable mode de communication à part entière.

2 Processus mis en jeu dans la réalisation d'un dessin

D'après Blanche Ducarne, la réalisation d'un dessin nécessite la mise en œuvre de la représentation mentale, du geste et de la perception visuelle.

2.1 La représentation mentale

L'activité graphique qu'est le dessin requiert un accès à l'image mentale. Selon Kosslyn¹⁸, cette image mentale est le résultat d'une activité cognitive spécifique, générée à partir de deux types de représentation stockés dans la mémoire à long terme : les représentations littérales et propositionnelles. Les représentations littérales codent la structure schématique de l'objet alors que les représentations propositionnelles codent de façon abstraite la liste des éléments qui composent l'objet en question, leur emplacement, leurs rapports et leurs relations les uns avec les autres. La représentation mentale a donc une double représentation cognitive : une représentation imagée (voire même polysensorielle, si on inclut les représentations auditive, olfactive, tactile...) et une représentation propositionnelle davantage conceptuelle (les fonctions d'un objet, ses caractéristiques). Généralement, l'activation de ces représentations imagées et propositionnelles active automatiquement la représentation sémantique (le nom de l'objet).

Le dessin est donc la représentation figurative de l'image mentale de l'objet. Il est la transcription de cette image mentale sur un support externe (par exemple : du papier).

¹⁸ cité par BURSZTEJN et GOLSE (1990) *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*. p58

Le dessin reprend les traits essentiels et les plus caractéristiques de la forme d'un objet pour mettre en évidence les éléments essentiels de l'objet représenté. Il est en effet difficile d'être exhaustif dans la transcription graphique des détails de l'image mentale. Le dessin suppose donc une sélection des informations. Certaines informations et certains détails de l'objet seront privilégiés alors que d'autres seront occultés.

Les membres d'une même communauté se basent généralement sur les mêmes caractéristiques d'un objet pour le représenter graphiquement, toutefois, le dessin reste quelque chose de subjectif et tous les sujets ne se basent pas nécessairement sur les mêmes caractéristiques d'un objet pour le représenter ou l'identifier. Le dessin requiert en effet une représentation mentale et une transcription graphique personnelle.

Cette représentation mentale trouve son origine dès la naissance de l'enfant, dans le développement de l'acte moteur et les expériences sensori-motrices. En effet, par des psychologues du développement tels que Piaget, Wallon et Bruner qui ont décrit le développement cognitif, on sait que l'enfant, dès son plus jeune âge, manipule et expérimente le monde qui l'entoure pour peu à peu se le représenter mentalement et le parler. Cette fonction symbolique est le résultat d'une construction progressive qui a pour origine l'acte moteur. Selon Golse et Bursztejn¹⁹, « le dire en tant que fait humain s'origine dans le corps et trouve dans les mots un de ses modes d'achèvement ». Autrement dit, c'est une évolution qui part du corps pour aboutir à la pensée, à la représentation mentale et enfin au langage. Avant de dire les mots, l'enfant s'est construit des représentations mentales à partir de ses perceptions sensorielles et ses expériences motrices.

L'activité graphique nécessite et stimule la représentation mentale, construite dès la petite enfance à travers le corps du sujet, mais elle implique aussi l'acte moteur et le geste graphique.

¹⁹ BURSZTEJN & GOLSE (1990) *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*.

2.2 Le geste

Le dessin est une construction de la main, une activité non-verbale élaborée successivement qui laisse à la pensée le temps de cheminer. Le corps du sujet intervient pour traduire cette pensée, le sujet est donc tout entier dans l'agir, il se ressent comme acteur et fait appel à sa subjectivité. Ainsi, selon Dominique Fily²⁰, « la main, bien plus que l'œil, traduit un véritable engagement vers les choses, qui sont alors beaucoup plus vécues que pensées ».

La représentation graphique est une activité volontaire et automatique. Une activité volontaire dans le sens où le sujet est libre d'entreprendre l'acte graphique et de représenter ce qu'il désire. Et une activité automatique dans le sens où le sujet dispose d'automatismes de procédure, enregistrés dans la mémoire procédurale permettant une certaine rapidité, une habileté et une efficacité de l'exécution du dessin.

La mise en route et le déroulement de ces automatismes procéduraux nécessitent chez le patient une certaine habileté praxique et notamment un bon fonctionnement des praxies constructives. Les **praxies constructives** correspondent aux mouvements et gestes nécessaires à toute activité impliquant une exécution ou une construction dans le domaine visuo-spatial : le dessin en est un parfait exemple.

Les praxies constructives de certains patients cérébrolésés sont parfois perturbées, on parle alors d'**apraxie constructive**. Dans ces cas-là, l'atteinte cérébrale se situe essentiellement au niveau du cortex pariétal et/ou frontal. L'apraxie constructive est un trouble isolé de l'exécution de dessins libres ou copiés, ou de l'exécution de tâches constructives en figures bi ou tridimensionnelles. Les désordres dans la réalisation du dessin occasionnés par l'apraxie constructive peuvent différer suivant l'hémisphère lésé :

- ✓ Si la lésion se situe dans l'hémisphère droit, on peut observer une importante perturbation visuo-spatiale qui se traduit par un trouble sévère dans l'exécution du dessin. Il est donc possible d'obtenir d'un sujet cérébrolésé droit un dessin surchargé de détails, dont les différents éléments qui le composent sont fragmentés et éparpillés et aux perspectives et proportions altérées. De plus, une négligence de la partie gauche du dessin est possible et la copie n'améliore pas les performances.

²⁰ FILY (1999) *Corps d'enfant*.

- ✓ Si la lésion se situe dans l'hémisphère gauche (comme c'est le cas dans l'aphasie de Broca), on peut davantage observer une simplification du dessin avec un nombre de détails réduit. Les perspectives et proportions sont respectées, mais le graphisme est altéré. La qualité du dessin est améliorée lorsque le sujet dispose d'un modèle qu'il peut copier. Elle est aussi améliorée s'il recommence plusieurs fois son dessin. Toutefois, lors de la copie, il n'est pas rare de constater une tendance à s'enfermer ou à s'accoler au modèle (le « closing in ») : le sujet effectue alors une copie servile du modèle.

Dans la prise en charge orthophonique (ou neuropsychologique), la recherche d'une éventuelle apraxie constructive s'effectue en proposant au patient de réaliser des dessins spontanés ou copiés, de formes géométriques plus ou moins complexes (rond, carré, étoile...), d'objets simples (une marguerite...) ou en perspective (un cube, une maison en perspective...), de réaliser le plan de leur maison, ou de copier des figures géométriques complexes telle que la figure de Rey (André Rey, 1960).

Au delà du geste moteur et des capacités praxiques, la réalisation d'un dessin nécessite de la part du sujet une capacité à planifier son projet, c'est-à-dire l'élaborer à l'avance, anticiper sa réalisation et organiser les différentes étapes qui seront nécessaires à son exécution. L'intégrité des **fonctions exécutives** du sujet est donc préférable pour la réalisation d'un dessin. Ce terme de fonctions exécutives a progressivement remplacé celui de fonctions frontales (de même que le terme de syndrome frontal est progressivement remplacé par celui de syndrome dysexécutif). En effet, les travaux de Luria²¹ ont montré que les patients à troubles dyséxécutifs présentent souvent des lésions cérébrales s'étendant au delà du cortex frontal, et que certains patients à lésion exclusivement frontale ne présentent pas de déficit exécutif. Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Elles regroupent entre autres les capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problèmes ou encore le raisonnement logique et la mémoire de travail... Le modèle théorique des fonctions exécutives développé par Luria en 1966 distingue 4 étapes dans l'exécution d'une tâche :

1. Analyse des données initiales avec formulation d'un but.

Dans la réalisation d'un dessin, cela correspond à la décision d'entreprendre un

²¹ cité par VAN DER LINDEN (1999) *Neuropsychologie des lobes frontaux*.

dessin, au choix du sujet représenté et à l'activation de son image mentale.

2. Planification ou élaboration d'un programme organisant et ordonnant les différentes étapes de la tâche proposée.

Cela correspond à la planification préalable des différentes étapes du dessin. Quels détails du sujet représenter ? Par lequel commencer ? Quelle taille donner au dessin ? Comment enchaîner les différentes étapes du dessin ?...

3. Exécution du programme avec contrôle direct.

Cela correspond à l'exécution motrice du geste graphique, avec un contrôle visuel simultané de son bon déroulement.

4. Vérification ou confrontation du résultat avec les données initiales.

Cela correspond au feed-back visuel effectué sur le dessin achevé, avec une vérification que celui-ci concorde avec l'image mentale de l'objet.

Un **trouble dysexécutif**, c'est-à-dire une perturbation d'une ou plusieurs des 4 étapes présentées par Luria, peut donc perturber la réalisation d'un dessin.

2.3 La perception visuelle

De toute évidence, la perception visuelle joue un rôle constant dans la réalisation graphique et doit donc être intègre. En effet elle est au cœur des deux dernières étapes des fonctions exécutives de Luria. Elle intervient durant tout le déroulement de l'activité graphique et permet l'agencement des différentes parties du dessin. De plus, le sujet s'appuie sur sa perception visuelle, une fois le dessin terminé, pour en examiner la globalité et contrôler son adéquation avec l'image mentale.

On a vu que l'image mentale est nécessaire à la réalisation d'un dessin. Or la perception visuelle est aussi à l'origine de cette image mentale. Elle est effectivement l'une des composantes des toutes premières expériences sensori-motrices du jeune enfant et ce sont par ces expériences sensori-motrices que l'enfant forge peu à peu ses représentations mentales et

accumule un stock d'images mentales dont il se servira toute sa vie au travers de nombreuses activités cognitives, langagières, motrices... parmi lesquelles : **le dessin**.

APPROCHE PRATIQUE

1^{ère} partie : Présentation de l'étude

1 Problématique

Un aphasique de Broca peut présenter d'importants troubles linguistiques qui perturbent sa communication. Pour compenser partiellement ses troubles linguistiques, a-t-il les capacités d'utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternative ? Est-il capable de réaliser un dessin dont l'objectif premier est de transmettre un message informatif à son interlocuteur ?

2 Objectifs

- Mettre des patients aphasiques de Broca en situation pour juger de leur capacité ou non à utiliser le dessin pour communiquer une information.
- Elaborer pour cela un protocole d'évaluation de la capacité à utiliser le dessin pour communiquer.
- Confronter et synthétiser les performances de différents patients aphasiques de Broca afin d'en dégager d'éventuelles caractéristiques communes.

3 Hypothèse

Le dessin peut s'avérer un moyen de communication alternatif utile et efficace pour les personnes présentant une aphasie de Broca.

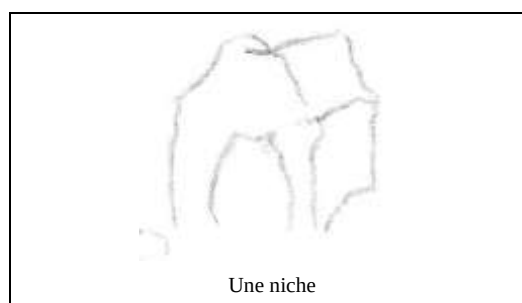
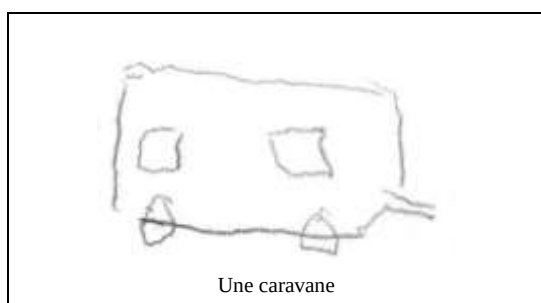
4 Phase préalable d'observation des patients

Une première phase de notre étude a donc été consacrée à l'observation des patients aphasiques en séances de rééducation. Plus précisément, nous avons recueilli et analysé les différents dessins qu'ils ont été amenés à faire tout au long des séances et nous avons observé leur comportement pendant la réalisation de ces dessins.

Lorsque un manque du mot trop important ou une réduction du langage trop massive les empêche d'émettre oralement un message, nous pouvons observer que quelques patients utilisent spontanément le dessin pour transmettre ce message. D'autres patients, au contraire, ne l'utilisent jamais pour communiquer. Ils préfèrent dans ce cas-là persévérer dans le langage oral, ou passer par le langage écrit, éventuellement par le canal gestuel, ou encore rester dans une attitude mutique. Mais la plupart du temps, les patients utilisent le dessin pour se faire comprendre uniquement lorsque nous le leur suggérons.

Ainsi, au terme de cette phase d'observation, nous distinguons différents types de dessins et différents comportements des patients lors de leur réalisation.

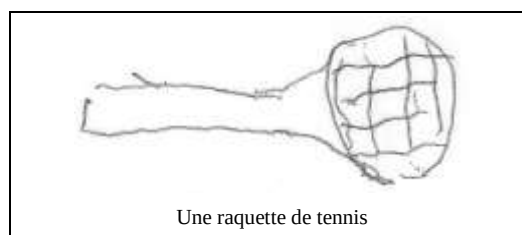
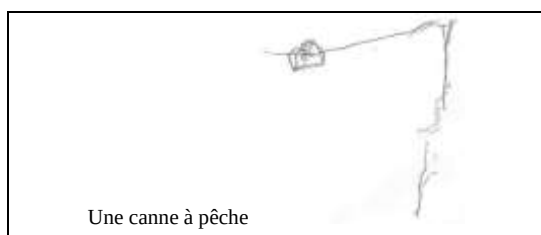
✓ Certains dessins réalisés sont parfaitement identifiables et se suffisent à eux-mêmes pour transmettre une information. C'est le cas de ces deux patients, qui, ne parvenant pas à retrouver la forme verbale des mots « caravane » et « niche », et ne parvenant pas à nous les expliquer par des circonlocutions, les ont spontanément dessinés de façon très explicite. Dans ces cas-là, le dessin prend réellement la valeur d'un mode de communication à part entière.



On observe aussi parfois qu'en cas de manque du mot, lorsque le patient passe par le dessin pour contourner ce manque du mot, le simple fait de dessiner l'objet permet la résurgence de la forme verbale de l'objet. Par exemple, pour le dessin de la niche ci-dessus, la patiente

présentait dans un premier temps un manque du mot, et le fait de dessiner elle-même l'objet lui a permis de récupérer la forme verbale de l'objet et de le dénommer.

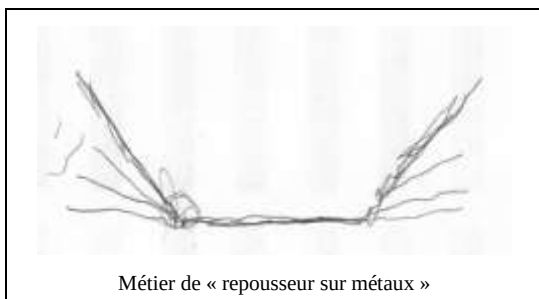
✓ Mais le plus souvent, le dessin ne se suffit pas à lui-même pour être complètement informatif. En effet il manque souvent de précisions ou de détails, il est disproportionné, ou encore l'utilisation de leur main non-dominante rend le graphisme trop confus. Dans ces cas-là, le contexte de la conversation peut venir suppléer ce manque de clarté. Ainsi, pour les deux dessins suivants, ce sont les thèmes des conversations en cours qui nous ont permis d'identifier une canne à pêche et une raquette de tennis. Lorsqu'on connaît à l'avance le champ sémantique et thématique, l'identification est plus aisée. Nous n'aurions probablement pas identifié une canne à pêche et une raquette si nous n'avions pas su au préalable que les thèmes étaient la pêche et le sport.



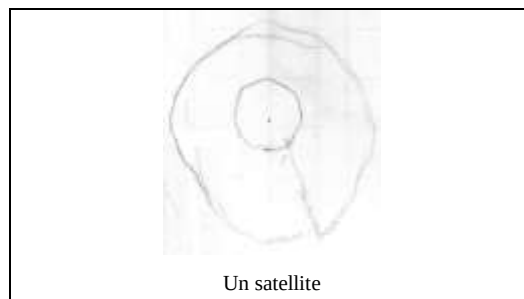
✓ Dans d'autres cas, les dessins s'inscrivent dans ce que nous appellerons une démarche « multimodale » de communication. Autrement dit, le dessin est combiné au langage oral et éventuellement au langage gestuel. Aucun des trois modes expressifs (oral, gestuel et graphique) ne se suffit à lui-même pour transmettre le message, mais c'est la combinaison des trois modes qui est informative.

Par exemple, un patient souhaitant nous expliquer en quoi consistait son métier particulier de « repousseur sur métaux » et ne parvenant pas à nous l'expliquer verbalement, a réalisé un dessin, puis l'a commenté verbalement tout en l'accompagnant de gestes et de désignations de la pointe de son crayon. Le dessin en lui-même n'est pas explicite. Mais c'est la combinaison des modes verbal, gestuel et graphique utilisés simultanément par le patient qui nous a permis de comprendre que c'est un métier de la métallurgie qui consiste à plier des plaques de métaux.

C'est le même principe pour cette autre patiente, qui, ne retrouvant pas la forme verbale du mot « satellite », nous l'a fait comprendre en esquissant une planète, puis en verbalisant « ça tourne autour », et en tournant de la pointe de son crayon autour de la planète.



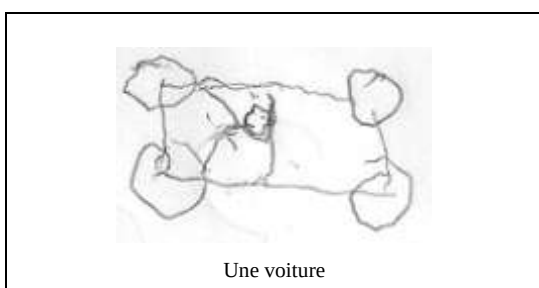
Métier de « repousseur sur métaux »



Un satellite

✓ On observe aussi que les dessins des patients aphasiques de Broca sont quelquefois déstructurés, disproportionnés ou manquent de précision. Il semblerait que ces patients aient parfois des difficultés à retrouver dans leur mémoire visuelle l'image et la forme exactes des objets. C'est le cas de la raquette de tennis vue précédemment qui était légèrement disproportionnée. C'est aussi le cas de ce dessin d'une voiture dont la construction naïve et déstructurée n'est pas sans rappeler celle que pourrait faire un enfant. Les éléments essentiels d'une voiture sont présents : les 4 roues, l'habitacle et le conducteur. Mais ces éléments sont juxtaposés les uns à côté des autres sans réelle cohésion. La réalisation de ce dessin ferait presque penser à une sorte d' « agrammatisme dans le dessin ».

Il en est de même pour cet autre dessin d'une paire de ciseaux dont la structuration est perturbée.



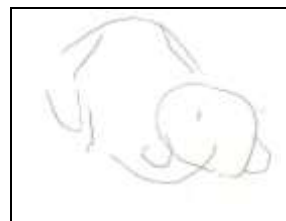
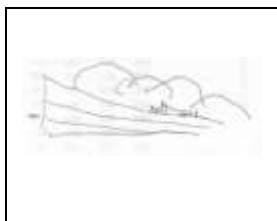
Une voiture



Une paire de ciseaux

✓ Enfin, force est de constater que dans bon nombre de cas, les patients ne parviennent pas du tout à structurer ce que le dessin doit reproduire. Les dessins ne sont donc pas identifiables et ne permettent pas aux patients de transmettre une information. Dans ces cas-là, ni le

contexte, ni la combinaison des différents canaux d'expression ne permettent à l'interlocuteur d'en saisir le sens. Quelques exemples...



5 Méthodologie

5.1 Cadre de l'étude et population

5.1.1 Cadre de l'étude

L'étude menée a été réalisée au sein de l'Etablissement de Médecine Physique et de Rééducation *Le Normandy* à Granville (Manche). Cet établissement a pour vocation la prise en charge de pathologies neurologiques, traumatiques, orthopédiques et rhumatologiques avec une action de réadaptation visant à réinsérer les patients dans le milieu socio-familial et professionnel. Le personnel du *Normandy* compte une quinzaine de médecins, une cinquantaine de masseurs-kinés thérapeutes, une dizaine d'ergothérapeutes, deux orthophonistes, deux neuropsychologues ainsi que bon nombre d'infirmiers, aide-soignants et autres agents hospitaliers.

5.1.2 Population étudiée

- Critères d'inclusion

Parmi tous les tableaux cliniques de l'aphasie, nous avons pris le parti de nous limiter à l'étude des patients présentant une aphasie de Broca. Nous avons choisi de restreindre la population étudiée de façon à pouvoir comparer et confronter des résultats provenant de patients comparables, c'est-à-dire présentant a priori le même profil, les mêmes troubles et les mêmes capacités.

Quant au choix de l'aphasie de Broca plutôt qu'un autre type d'aphasie, il est motivé par le fait que c'est la catégorie d'aphasiques qui nous semble la plus apte et la plus susceptible de tirer des bénéfices à utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternative. L'aphasie globale comportant les caractéristiques cliniques de l'aphasie de Broca, et étant d'ailleurs considérée selon certains auteurs comme une forme aggravée de l'aphasie de Broca, nous avons décidé de l'inclure dans notre étude.

L'étude de la communication par le dessin a donc été effectuée au sein du Normandy auprès de 5 patients présentant un tableau d'aphasie de Broca :

- Monsieur D, 69 ans.
- Madame G, 56 ans.
- Monsieur P, 65 ans.
- Monsieur E, 68 ans.
- Monsieur Pi, 69 ans.

Afin d'avoir un élément comparatif, nous avons également soumis le protocole à 2 personnes saines : un homme de 45 ans et une femme de 60 ans.

- Critère d'exclusion :

Tous les patients ne présentant pas les caractéristiques d'une aphasie de Broca.

5.2 Méthode d'observation

5.2.1 Présentation du protocole

Nous avons donc élaboré un protocole d'évaluation du dessin dont le but est d'observer la capacité du patient aphasique à utiliser le dessin pour transmettre un message. Elle cherche à déterminer si le patient peut être informatif par le dessin. Le caractère esthétique du dessin n'est absolument pas pris en compte dans la présente évaluation.

Dans un premier temps, on évaluera la capacité du patient à recopier des formes géométriques simples. Puis, au fil de l'évaluation, on s'éloignera de la simple copie pour accéder à un dessin concret dont le but est de transmettre à l'interlocuteur une information nouvelle.

Ce protocole est constitué de huit niveaux d'utilisation du dessin, classés dans un ordre de difficulté et d'abstraction croissantes :

- Dessins à partir de symboles non-représentatifs simples
- Dessins à partir d'images représentatives simples
- Dessins à partir d'images représentatives complexes
- Dessins à partir d'images représentatives partielles
- Dessins à partir de photographies
- Dessins à partir de mots écrits d'objets
- Dessins à partir de mots écrits d'actions
- Dessins à partir de phrases et définitions

Concrètement, les conditions de passation de ce protocole s'apparentent à celle de la situation de communication de type PACE, c'est-à-dire qu'afin de mettre le patient dans une situation réelle de communication, l'examineur ne connaît pas à l'avance ce que va produire le patient.

Pour chaque niveau, l'examineur dispose de 12 étiquettes représentant des images, des mots écrits ou des phrases (les 12 étiquettes de chacun des 8 niveaux se trouvent en annexes). Il les étale sur la table face cachée et indique au patient qu'il doit en prendre 2 au hasard. Ensuite, on invite le patient à cacher les étiquettes de la vue de l'examineur (à l'aide d'un cache posé verticalement sur le bureau). Puis on explique au patient qu'il doit dessiner ce qu'il voit ou comprend sur l'étiquette de façon à ce que l'examineur comprenne ce dont il s'agit. Toute cette mise en scène préalable est importante car elle permet de signifier implicitement au patient que l'examineur ne sait pas à l'avance ce qu'il va dessiner et qu'il doit donc le lui faire deviner.

On lui précise aussi qu'on ne juge pas l'esthétique du dessin, qu'on ne recherche pas une ressemblance parfaite, mais juste suffisante pour reconnaître ce dont il s'agit.

L'examineur laisse au patient le temps dont il a besoin pour réaliser son dessin. Puis quand il pense avoir identifié ce que le patient a dessiné, il l'énonce à voix haute et observe la réaction du patient. Enfin, il récupère l'étiquette et vérifie la correspondance entre l'étiquette et le dessin produit.

Tous les items à dessiner dans ce protocole ont été choisis en fonction de leur faisabilité. Autrement dit, on estime que chaque dessin proposé est réalisable par toute personne adulte n'ayant pas spécialement d'aptitude spéciale pour le dessin. De plus, ils doivent être suffisamment simples pour être réalisés par la main non-dominante (en l'occurrence la main gauche pour les patients droitiers hémiplegiques).

5.2.2 Les différents niveaux de dessin évalués : *(voir les étiquettes en annexes)*

- **Dessins à partir de symboles non-représentatifs simples**

Dans cette première étape, les dessins à produire sont des formes géométriques qui ne représentent pas d'objets concrets. Cette étape évalue la capacité du patient aphasique à reproduire ce qu'il voit. On sollicite donc ici la simple copie. Ceci permet de vérifier que le patient dispose des capacités de planification et de praxie nécessaires pour dessiner. De plus, elle permet de vérifier que les patients à hémiplegie droite sont suffisamment adroits de leur main gauche pour dessiner.

Si cette étape est échouée, il apparaît difficile de poursuivre le protocole.

- **Dessins à partir d'images représentatives simples**

Les images présentées dans ce niveau sont maintenant représentatives, c'est-à-dire qu'elles représentent un objet concret. Leur réalisation graphique reste toutefois relativement simple. Ainsi, le patient pourra, comme dans le niveau précédent, réaliser son dessin par simple copie, on parlera alors de copie servile. Mais il pourra aussi réaliser son dessin en s'appuyant sur les caractéristiques de l'objet représenté.

Par exemple, devant l'image du soleil, le patient qui est au stade de la copie servile dessinera un rond autour duquel il ajoutera exactement le même nombre de traits que sur le modèle. Alors que le patient qui perçoit l'objet représenté dessinera une sphère avec des rayons, sans

se soucier du nombre de rayons, son objectif étant de représenter un soleil, peu importe sa ressemblance avec le modèle.

Toutefois, un succès du patient dans ce niveau ne permet pas forcément de dire s'il a effectué une copie servile ou s'il a réellement perçu l'objet représenté. D'où l'intérêt de passer aux niveaux suivants.

- **Dessins à partir d'images représentatives plus complexes**

Cette étape permet de repérer le patient qui se limite à la copie servile. En effet, les dessins présentés ici comportent trop de détails pour être recopiés de façon servile, auquel cas le dessin serait surchargé, confus et deviendrait illisible.

Pour être informatif dans son dessin, le patient doit accéder aux caractéristiques de l'objet représenté et ne dessiner que celles qui sont les plus significatives et les plus saillantes. Par exemple, devant l'image du chameau, le dessinateur compétent sera celui qui dessinera un animal à quatre pattes, une tête et deux bosses sur le dos, sans se soucier des autres détails qu'on peut voir sur l'image.

- **Dessins à partir d'images représentatives partielles**

Les objets représentés sur les images de ce niveau sont tronqués mais ils restent identifiables. Une fois l'objet perçu, le patient doit s'en faire une représentation mentale globale pour pouvoir le dessiner dans son intégralité.

Dans ce niveau, on peut encore repérer le dessinateur servile qui dessinera uniquement la partie de l'objet visible sur l'image ; il n'aura donc pas fait de représentation mentale globale de l'objet.

- **Dessins à partir de photographies**

Si le patient peut effectuer des copies serviles à partir de dessins représentatifs (niveaux 2 et 3), il lui sera beaucoup plus difficile de le faire à partir de photographies. La copie servile est en effet pratiquement impossible à partir de photos. Les contours d'un sujet photographié ne sont pas suffisamment clairs et délimités pour pouvoir être reproduits fidèlement. De plus, tous les détails visibles sur la photo ne peuvent être dessinés (car trop nombreux, trop

complexes, trop petits...), le patient doit alors repérer et dessiner ceux qui seront les plus significatifs et informatifs.

- **Dessins à partir de mots écrits**

Jusque là, le support imagé (photographique ou dessiné) permettait au patient de retrouver plus aisément les caractéristiques prégnantes des sujets à dessiner. Arrivé à ce niveau, le support imagé n'est plus disponible, la nécessité d'effectuer une représentation mentale du sujet est donc absolue. Le patient doit alors se représenter mentalement le sujet, en dégager les caractéristiques les plus significatives pour pouvoir enfin passer au dessin.

Notons que la passation de ce 6^{ème} niveau et des suivants nécessite que le patient dispose d'une compréhension du langage écrit suffisante.

- **Dessins à partir de mots écrits d'action**

Dans ce niveau, on explique au patient qu'il ne doit pas forcément dessiner l'action qu'il lit sur l'étiquette mais qu'il peut tout simplement dessiner un objet utilisé lors de cette action. Par exemple, pour l'action « découper », il pourra dessiner une paire de ciseaux, et pour l'action « dormir », un lit. A l'inverse des niveaux précédents, l'examineur dispose de la liste des 12 actions, afin de faciliter la reconnaissance de l'action.

L'intérêt de ce niveau est qu'il rajoute encore une étape dans la représentation mentale. Le patient doit avant tout se représenter l'action, repérer dans celle-ci l'objet, les objets ou un des objets fondamentaux. Puis il doit isoler mentalement ce ou ces objets, pour faire comme dans les niveaux précédents, en dégager les caractéristiques pour enfin le (ou les) dessiner.

- **Dessins à partir de phrases et définitions**

Dans ce niveau, le patient fera un dessin à partir d'une phrase de la liste 1 et un autre à partir d'une phrase de la liste 2. La première phrase est la définition d'un mot précis à dessiner. La deuxième phrase correspond à un ensemble de réponses multiples parmi lesquelles le patient doit en choisir une, dans ce cas-là, le patient n'est donc plus contraint de donner une réponse précise et unique. Il doit se représenter un ensemble de solutions possibles parmi lequel il a une liberté de choix. Cette dernière étape correspond à l'aboutissement de ce test. Il évalue en effet la capacité du patient à transmettre une information précise, qu'il a élaborée seul, à un

interlocuteur qui ne connaît pas à l'avance l'information. Le patient se trouve alors dans une situation de communication active : être informatif.

5.2.3 Scripte de passation

Remarque préalable : On n'évalue pas la compréhension des consignes, elles peuvent donc être répétées et reformulées si besoin est.

Pour le premier niveau des **symboles non-représentatifs simples**, l'examineur dispose sur la table les 12 étiquettes faces cachées. Puis il dit au patient : « *Il y a des étiquettes sur la table. Prenez-en 2 au hasard.* » Les 2 étiquettes étant piochées, on ramasse les 10 restantes et on poursuit : « *Mettez-les derrière votre cache pour que je ne les voie pas. Sur chaque étiquette, il y a un dessin. Pouvez-vous le recopier sur cette feuille avec ce crayon ?* » Une fois les 2 dessins réalisés, on récupère les 2 étiquettes et on passe au niveau suivant.

Pour le niveau suivant, les **images représentatives simples**, on dispose de la même façon les 12 étiquettes puis on dit au patient : « *Prenez à nouveau 2 étiquettes et mettez-les derrière votre cache. Sur chaque étiquette, il y a une image qui représente quelque chose. Vous devez me faire deviner cette chose en faisant un dessin sur cette feuille. Le but, ce n'est pas que votre dessin soit joli ou identique à l'image. Le but c'est simplement que je reconnaisse ce que vous avez dessiné.* » Si on doit reformuler la consigne, on évitera d'utiliser les mots « copier », « recopier » ou « reproduire » pour éviter autant que possible d'influencer le patient à faire une copie servile. Une fois les dessins réalisés, on passe au niveau suivant.

Pour le niveau des **images représentatives complexes**, on procède de la même manière.

Pour le niveau des **images partielles**, on dit au patient : « *Prenez 2 étiquettes. Encore une fois, il y a quelque chose de représenté. Mais cette chose est coupée. On ne la voit pas en entier mais on la reconnaît quand même. Faites-moi deviner cette chose en faisant un dessin.* » Si on doit reformuler la consigne, on évitera de dire explicitement au patient qu'il faut dessiner l'objet dans son intégralité, le but étant de voir s'il le fera de lui-même.

Pour le niveau des **photographies**, on lui dit : « Prenez 2 étiquettes. Sur chaque étiquette, il y a une photo de quelque chose. Faites-moi deviner cette chose en faisant un dessin. »

Pour le niveau des **mots écrits d'objets**, on lui dit : « Prenez 2 étiquettes. Sur chaque étiquette, il y a le mot écrit d'un objet ou d'une chose. Faites-moi deviner cette chose en faisant un dessin. »

Pour le niveau des **mots écrits d'actions**, on lui dit : « Prenez 2 étiquettes. Sur chaque étiquette, il y a le mot écrit d'une action ou d'un verbe. Vous devez me faire deviner cette action en dessinant un objet qu'on utilise dans cette action. » Si cette consigne n'est pas comprise, on peut donner ou faire un exemple « Par exemple, si le mot écrit est LIRE, je peux dessiner un livre, parce qu'on peut très bien lire un livre. »

Le dernier niveau des **phrases et définitions** se fait en deux temps. Dans un premier temps, on dispose sur la table les 6 étiquettes des définitions et on dit au patient : « Prenez une seule étiquette. Sur cette étiquette, il y a la définition de quelque chose. Faites-moi deviner cette chose en faisant un dessin. »

Dans un second temps, on dispose sur la table les 6 étiquettes des phrases ouvertes et on lui dit : « Prenez une étiquette. Sur cette étiquette, il y a une phrase qui désigne tout un ensemble de choses. Parmi toutes ces choses, vous en choisissez une, celle que vous voulez. Et vous me la faites deviner en faisant un dessin. »

2^{ème} partie : Etude qualitative de 5 patients aphasiques de Broca

1 Monsieur D

1.1 Présentation du patient :

Ce patient de 69 ans présente une aphasie non-fluente de type Broca, relative à un AVC ischémique datant d'un an au moment de l'évaluation.

Son expression orale est massivement réduite. On observe dans son discours de nombreux manques du mot ainsi que de nombreuses persévérations.

Sa compréhension du langage oral est globalement préservée.

Sa compréhension du langage écrit est correcte pour les mots isolés et les phrases courtes et à la syntaxe simple, elle s'avère plus difficile pour les phrases longues et à la syntaxe plus complexe.

1.2 Attitude générale pendant l'évaluation

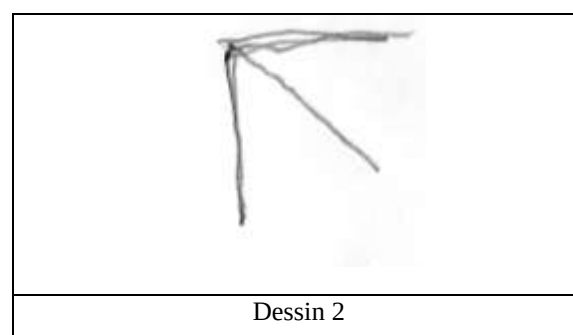
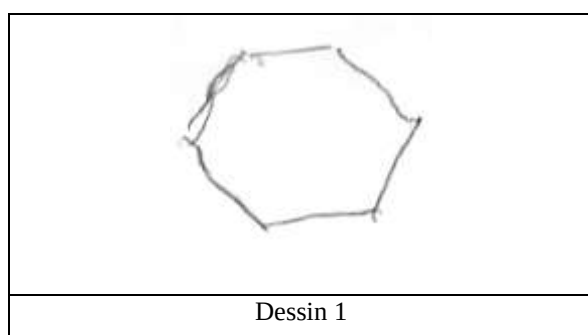
Le patient est extrêmement concentré et appliqué à sa tâche. Il est très minutieux, ne se précipite pas, prend au contraire un temps important pour réfléchir, pour s'organiser et pour effectuer ses dessins. Par conséquent, deux séances de 20 minutes ont été nécessaires pour effectuer les 16 dessins.

Le patient commente verbalement ce qu'il dessine. Mais cette verbalisation presque chuchotée est automatique et semble davantage avoir pour rôle d'organiser sa pensée et la planification de son dessin que de vouloir communiquer. Par exemple : « *bon, alors là, il faut que je fasse...* », « *ah, oui alors non, c'est peut-être plutôt...* ». Remarquons que ces phrases verbalisées, bien que vides de sens et souvent avortées, sont émises de façon fluide et spontanée car elles sont automatiques et non-conscientes. Elles répondent à la loi de dissociation automatico-volontaire.

1.3 Compte-rendu de l'évaluation

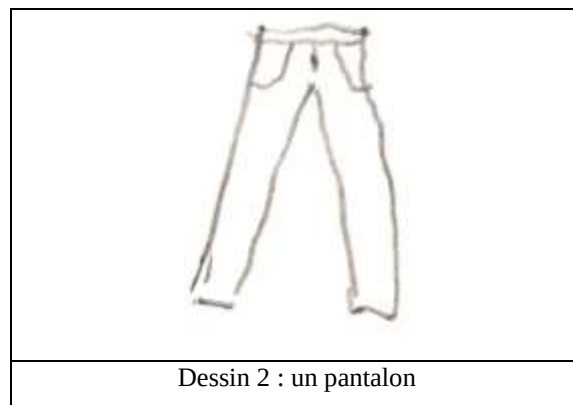
- niveau des symboles non-représentatifs simples

La réalisation de ces dessins non-représentatifs simples a été correctement effectuée par Monsieur D. On a toutefois observé qu'il a eu besoin à plusieurs reprises de se référer au modèle. De plus, compte tenu de la simplicité du dessin à effectuer, le temps de réalisation a été long (une trentaine de secondes par dessin).



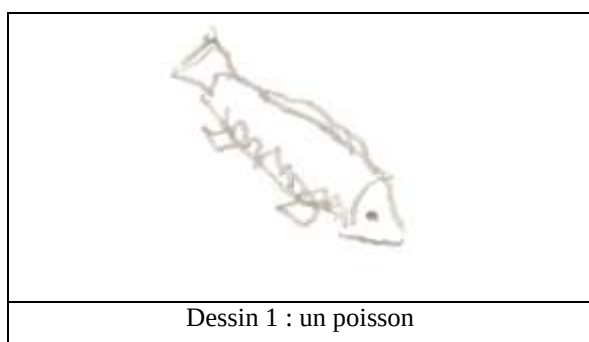
- niveau des images représentatives simples

La réalisation des dessins représentatifs simples est parfaitement réussie. Toutefois, de la même manière que dans le précédent niveau, Monsieur D s'est très fréquemment référé au modèle et le temps nécessaire à la réalisation de chaque dessin a dépassé la minute. Au final, les dessins réalisés sont parfaitement identiques aux modèles. Monsieur D étant extrêmement appliqué à sa tâche et ne prenant aucune liberté par rapport au modèle, aucun détail n'est oublié. Remarquons aussi que chaque dessin est réalisé dans les mêmes dimensions que sur le modèle. Ainsi, jusque dans la taille du dessin, la copie se veut parfaitement fidèle (cette remarque est d'ailleurs valable pour tous les dessins réalisés à partir de support imagé).



- niveau des images représentatives complexes

A nouveau, Monsieur D est extrêmement appliqué et se réfère très fréquemment aux modèles proposés. Les images présentées étant plus complexes et plus riches en détails que les précédentes, il lui a fallu plus de 2 minutes pour réaliser chaque dessin. Au final, ses dessins sont un peu plus confus que dans le niveau précédent mais ils restent identifiables car Monsieur D est assez performant en copie. Il semble toutefois difficile pour lui de se détacher du modèle. En effet, peu de détails ont été oubliés. La comparaison entre les images présentées et les dessins produits montre bien que Monsieur D n'a pas cherché à dégager les caractéristiques principales des sujets à dessiner, il s'est contenté d'une copie laborieuse de ce qu'il voyait et plus précisément de tout ce qu'il voyait.

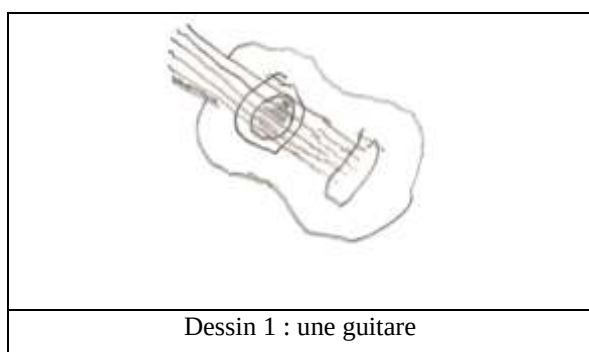


- niveau des images représentatives partielles

Les éléments visibles sur l'image ont été recopiés avec la même servilité et la même lenteur que précédemment. Cependant, la majorité des éléments manquants ont été retrouvés et

dessinés. Seul le manche de la guitare n'a pas été dessiné. Rien ne permet de dire s'il s'agit d'un oubli ou d'une mauvaise représentation mentale de l'objet.

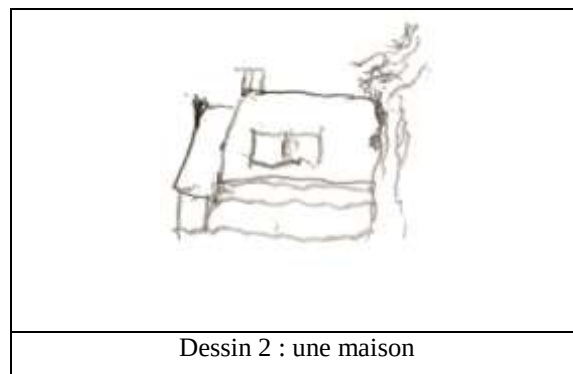
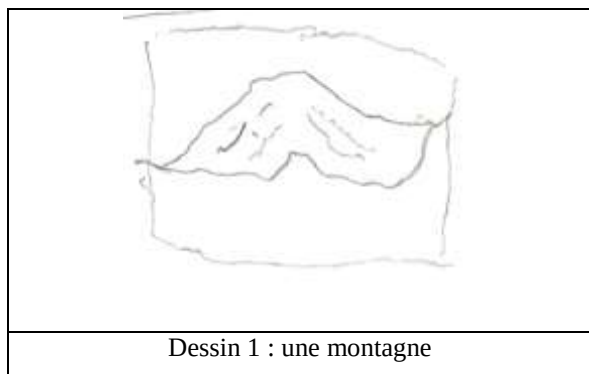
Remarquons que les éléments manquants ont été dessinés avec beaucoup plus de spontanéité et de rapidité que les éléments présents sur les images. Il semble donc que le support imagé agisse chez ce patient comme une contrainte, un « capteur d'attention » dont il ne peut se détacher et qui l'empêche d'accéder à une représentation mentale avec laquelle il est plus spontané.



- niveau des photographies

Cette épreuve met bien en évidence que la copie servile a des limites. Effectivement, devant la photographie de la montagne, Monsieur D n'a pas cherché à mentaliser le concept de *montagne*, c'est-à-dire qu'il a reproduit fidèlement le contour de la montagne de la photo, sans se préoccuper de savoir si son dessin serait identifiable par une personne extérieure. C'est seulement après qu'il ait terminé son dessin qu'il l'a regardé dans sa globalité et qu'il s'est rendu compte qu'il n'était pas identifiable. Il a donc regardé à nouveau la photo pour trouver un détail supplémentaire qui rendrait son dessin plus parlant. Et il a ajouté sur son dessin le contour rectangulaire de la photo, chose qui n'a rien changé à son informativité.

De la même manière, face à la photo de la maison, il a cherché à reproduire la maison telle qu'elle est photographiée, allant même jusqu'à reproduire un arbre qu'on peut apercevoir sur la photo. Bien qu'ayant insisté sur le fait qu'il n'était pas obligé de reproduire parfaitement ce qu'il voyait et que le but était simplement que je reconnaisse ce dont il s'agit, il n'a pu se détacher du modèle. Toutefois, la copie de Monsieur D étant précise, le dessin final de la maison reste identifiable mais sa réalisation a été très laborieuse et a duré plusieurs minutes.

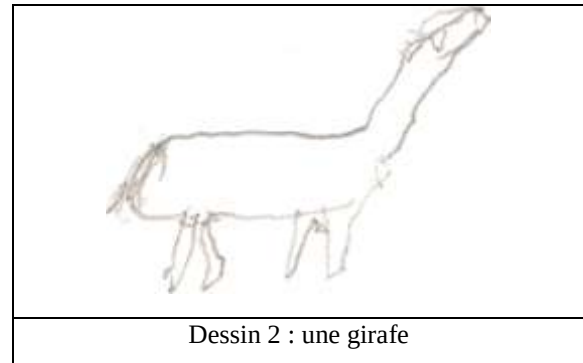
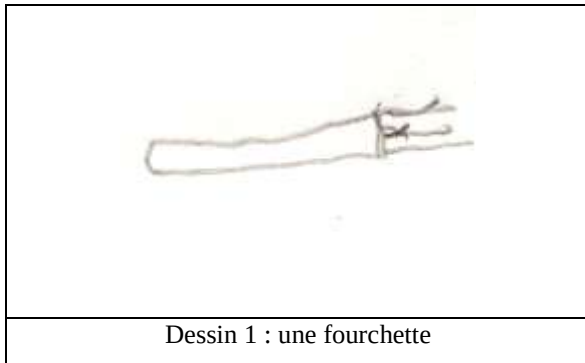


- niveau des mots écrits d'objets

Notons avant tout que Monsieur D a été dans ce niveau beaucoup plus rapide et spontané que dans les précédents niveaux. En effet, il s'est immédiatement fait une représentation mentale des sujets à dessiner, c'est-à-dire qu'il a imaginé les sujets, en a dégagé les caractéristiques principales et les a dessinés instantanément. Pour le mot « fourchette », il a mentalisé et donc dessiné un manche, au bout duquel 3 piques. Cependant, chacun sait qu'une fourchette commune comporte généralement 4 piques. De plus, malgré la présence du manche et des piques, la représentation finale de la fourchette paraît naïve ou enfantine.

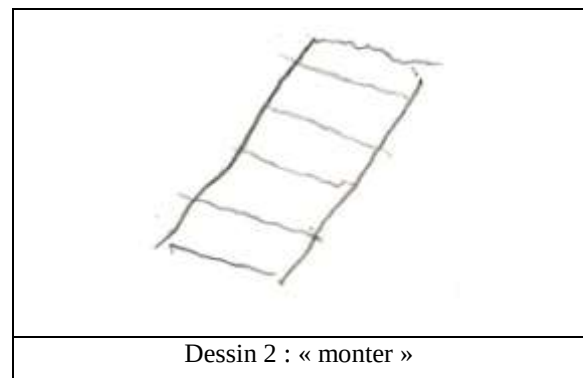
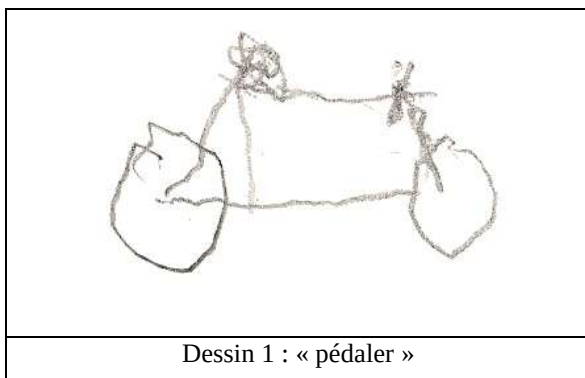
Pour le mot « girafe », il a bien mentalisé et dessiné un animal à 4 pattes, avec une queue et un long cou. Toutefois, bien que les caractéristiques principales aient été représentées et que l'on reconnaisse qu'il s'agit d'un animal, on ne peut affirmer avec certitude qu'il s'agisse d'une girafe.

Dans les deux cas, l'accès à la représentation mentale est effectué, mais celle-ci manque de précision. On voit très bien qu'il a cherché à reproduire les bons sujets. Il a donc correctement accédé à l'image mentale d'une fourchette et d'une girafe. Mais ces images mentales semblent légèrement perturbées ou incomplètes. Et par cette imprécision de l'image mentale, le dessin produit ne permet pas une identification assurée.



- niveau des mots écrits d'action

Monsieur D a été performant dans cette épreuve. En effet il a rapidement mentalisé l'action et repéré l'objet fondamental de celle-ci, puis il en a fait un dessin simple mais suffisamment informatif. Il a ainsi dessiné un vélo pour l'action « pédaler » et une échelle pour « monter ». Notons tout de même que sur le dessin du vélo symbolisant l'action « pédaler », il n'a pas fait figurer les pédales. Mais cet oubli est difficilement interprétable. En effet, malgré l'absence des pédales, son dessin répond parfaitement à la consigne qui lui a été donnée, à savoir de dessiner un objet qu'on utilise dans cette action. Et effectivement, on identifie bien un vélo.

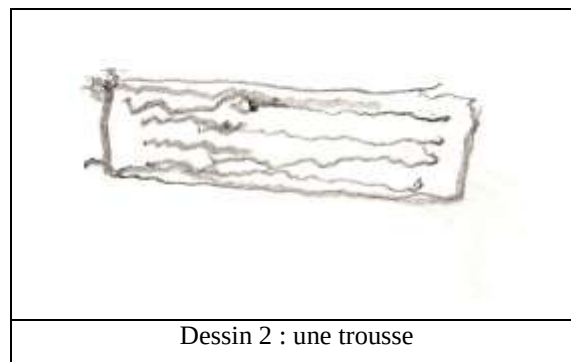
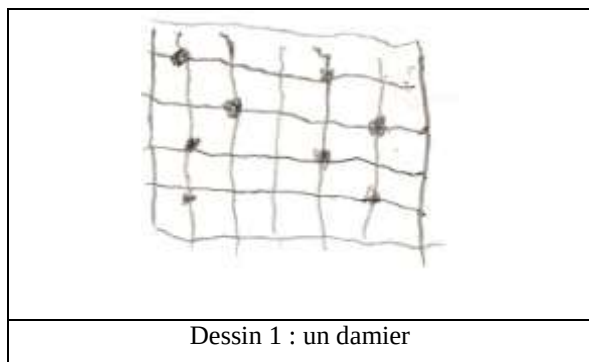


- niveau des phrases et définitions

La définition proposée à Monsieur D a été la suivante : « Plateau sur lequel on peut jouer aux échecs ou aux dames ». Le dessin réalisé montre que le patient s'est représenté le bon objet, mais que la représentation mentale qu'il s'est faite de cet objet est incomplète. Il n'a pas disposé les pions aux bons endroits (il les a disposés sur les intersections des lignes au lieu de

les mettre au milieu des cases). Mais surtout, il a omis de noircir une case sur deux, caractéristique saillante d'un damier qui aurait permis une reconnaissance beaucoup plus aisée.

La phrase ouverte qui lui a été proposée a été : « Objet que l'on peut trouver dans la trousse d'un écolier ». N'ayant pu identifier son dessin, j'ai demandé à Monsieur D ce qu'il avait dessiné. Il m'a répondu : « *une trousse* ». Ses troubles de compréhension du langage écrit font qu'il n'a pas effectué d'analyse syntaxique et s'est basé sur les derniers mots de la phrase pour tenter d'en comprendre le sens, d'où son erreur d'interprétation. En se raccrochant au seul élément de la phrase perçu, le mot *trousse*, il a tenté de compenser son trouble du langage écrit en se basant exclusivement sur ce mot.



1.4 Synthèse des résultats de Monsieur D

On observe chez Monsieur D une difficulté à se détacher des supports imagés. La copie est performante, mais elle est excessivement appliquée et lente. Le support imagé agit davantage comme un élément envahissant, qui l'empêche d'accéder au concept de l'objet représenté et de se limiter à ses caractéristiques essentielles. Lorsqu'il dispose d'un modèle, Monsieur D adopte un comportement de « closing-in », il est « enfermé » dans le modèle. Certes, les dessins réalisés sont pour la plupart identifiables. Mais dans une optique communicationnelle, ils ne sont pas fonctionnels car leur réalisation extrêmement lente rompt la fluidité de la communication.

L'accès à la représentation mentale devient opérant quand il est indispensable, c'est-à-dire quand Monsieur D ne dispose pas de support imagé. Dans ce cas-là l'utilisation du dessin est

spontanée, naturelle et rapide, avec une intention communicative beaucoup plus évidente. Toutefois, si l'accès à l'image mentale est possible, celle-ci reste parfois imprécise et l'objectif de ses dessins n'est pas toujours parfaitement identifiable.

Le comportement de closing-in peut être mis en lien avec l'imprécision de la représentation mentale. Effectivement, lorsqu'il dispose d'un support imagé, si les images mentales du patient sont imprécises, perturbées ou déstructurées, il est logique que le patient compense cette perturbation en ne se basant que sur le support imagé en lequel il a confiance, et en faisant donc abstraction de son imagerie mentale qu'il sait perturbée. En se basant sur cette hypothèse, le comportement de closing-in apparaît donc comme une stratégie de compensation.

2 Madame G

2.1 Présentation de la patiente :

Madame G, 56 ans, est une patiente suivie depuis 1 an au moment de l'évaluation. Elle présente une aphasie de Broca, des suites d'un méningiome de la convexité fronto-pariétale gauche, opéré 2 ans auparavant.

On observe essentiellement chez cette patiente une réduction quantitative de l'expression orale avec un agrammatisme constant. Ses productions orales se limitent à une juxtaposition de substantifs et de verbes à l'infinitif, avec une élision de tous les items grammaticaux. On note aussi un trouble d'évocation lexicale. Malgré tout, Madame G reste informative et parvient à compenser ses manques du mot par des circonlocutions et par une communication non-verbale (productions écrites et gestes).

La compréhension orale de la patiente est correcte dans les situations conversationnelles simples.

La compréhension écrite est bonne pour les mots isolés et les phrases simples mais chute avec la longueur des phrases et leur complexité syntaxique.

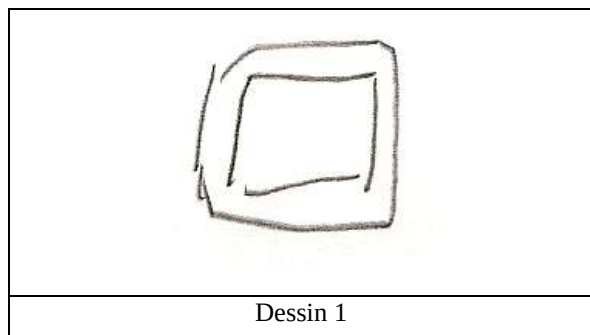
2.2 Attitude générale pendant l'évaluation

La patiente est très spontanée pendant l'évaluation. Elle a très bien compris le but de l'évaluation, et elle montre après chaque dessin un réel intérêt de voir si nous l'avons identifié. Elle prend peu de temps pour la réflexion et se lance rapidement dans l'exécution des dessins. Ceux-ci sont généralement réalisés d'un seul jet, sans pauses ni vérifications. Les 16 dessins ont donc été réalisés en une dizaine de minutes. Elle a tendance à faire de tout petits dessins, certains ne dépassant pas un centimètre et demi d'envergure.

2.3 Compte-rendu de l'évaluation

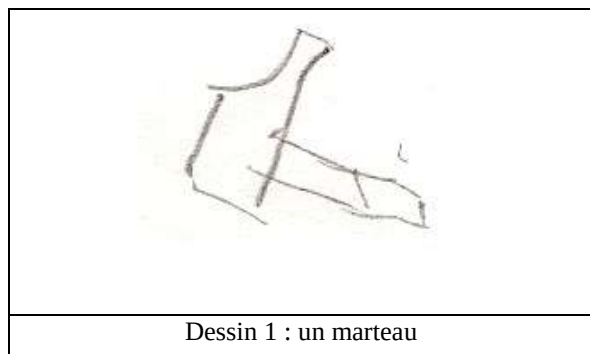
- niveau des symboles non-représentatifs simples

Madame G a correctement effectué les dessins de ce premier niveau, avec une durée d'exécution tout à fait normale. Elle dispose donc des capacités de praxies constructives nécessaires à la copie et à la réalisation d'un dessin.



- niveau des images représentatives simples

Les images représentatives simples ont correctement et rapidement été reproduites même si celles-ci manquent un peu de finesse.



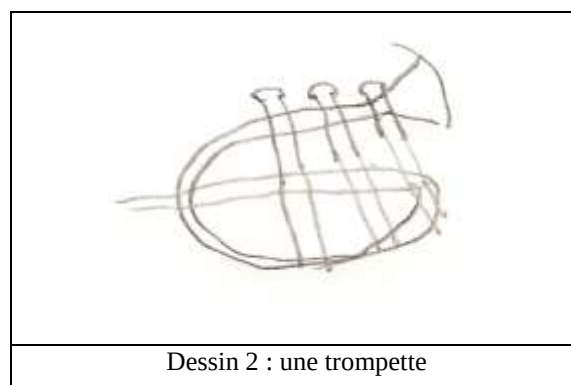
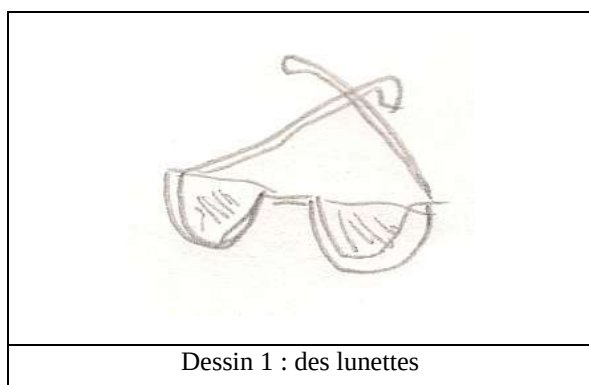
- niveau des images représentatives complexes

Madame G a été assez performante sur ce niveau. En effet, d'une part elle a été rapide, et d'autre part ses dessins sont parfaitement identifiables. Et enfin, certains détails montrent qu'elle a su se détacher du modèle pour réaliser ses dessins, c'est-à-dire qu'elle n'a pas cherché à le reproduire fidèlement.

Observons le dessin des lunettes. Dans un premier temps, si l'on y jette un regard furtif, son dessin semble la copie conforme du modèle. Mais si on l'observe avec plus d'attention, on

peut voir que les branches des lunettes ne sont pas croisées de la même façon sur le modèle et sur le dessin effectué, et la monture des verres n'est pas tout à fait la même. Ces détails peuvent paraître anodins, ils prouvent cependant que Madame G n'est pas dans la simple copie servile. Ainsi, ce qu'elle a dessiné n'est pas uniquement ce qu'elle a vu sur l'image (au sens purement perceptif). Mais ce qu'elle a dessiné, c'est aussi ce qu'elle a compris de l'image (aux sens sémantique et conceptuel). Elle a retenu de l'image que les branches étaient croisées ; elle a donc dessiné ce concept « les branches sont croisées », peu importe la façon dont elles se croisent. Cela dit, s'il on vient de prouver qu'elle n'était pas dans la simple copie perceptive, force est de constater qu'elle n'a pas pour autant pris beaucoup de libertés par rapport au modèle (il n'était effectivement pas nécessaire de croiser les branches). Il est donc évident qu'elle s'est beaucoup appuyée sur le modèle pour construire son dessin.

Concernant le second dessin, la reproduction de la trompette montre aussi que Madame G n'est pas dans la copie servile puisqu'elle a synthétisé son dessin. Si l'on compare son dessin au modèle, on peut voir qu'elle n'a pas reproduit l'intégralité des détails de la trompette mais uniquement ceux nécessaires à son identification.

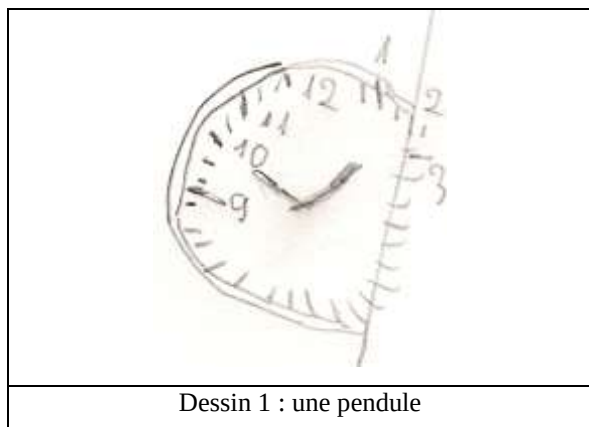


- niveau des images représentatives partielles

Dans ce niveau, Madame G a été en difficulté pour se représenter l'objet dans sa globalité. Dans un premier temps, elle a simplement recopié la partie de l'objet visible sur l'image. Je lui ai donc reformulé la consigne : « *Attention Madame G, le but, ce n'est pas de recopier ce que vous voyez sur l'image, mais c'est de me faire deviner l'objet qui s'y trouve* ». A partir de cette reformulation qui sous-entend qu'on attend préférentiellement le dessin de l'objet dans son intégralité, elle a poursuivi le dessin de la pendule. Mais la poursuite de ce dessin a été laborieuse. En effet, elle n'avait pas prévu que le tracé du cercle de la pendule empiéterait sur

un autre dessin effectué auparavant (le trait vertical qu'on peut voir sur le dessin). Face à cet imprévu, elle s'est désorganisée : elle a suivi le trait vertical pour y faire figurer la graduation du cadran et elle a commencé à écrire les heures à l'extérieur de la pendule. Ainsi, au regard du dessin achevé, on perçoit bien qu'il a été effectué en deux temps. Une première partie, réalisée à partir du support imagé, est nette, précise et organisée. Et une deuxième partie, réalisée à partir de la représentation mentale de l'objet, est beaucoup plus confuse, déstructurée et désorganisée.

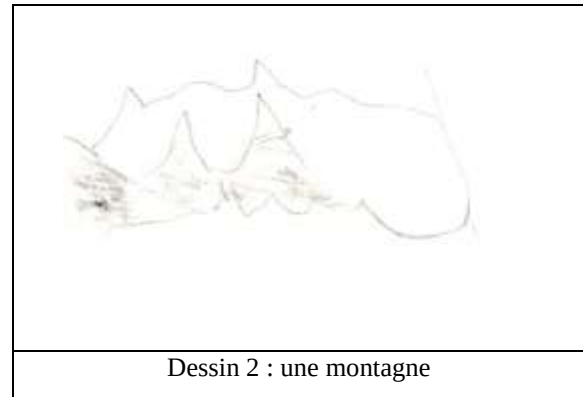
Pour la seconde image partielle, elle n'a pas cherché davantage à représenter l'objet dans son intégralité. Je lui ai donc reformulé la consigne de la même façon mais elle n'a pas pu le compléter. Son dessin d'une fourchette est donc peu identifiable.



- niveau des photographies

De la même manière que dans le niveau des images complexes, Madame G a été performante en ce sens qu'elle a analysé le sujet de la photographie, en a dégagé les caractéristiques les plus significatives pour ne faire figurer que celles-ci dans son dessin. Au final, on a un dessin rapidement exécuté, aisément identifiable sans pour autant être une copie conforme de la photographie.

Par exemple, si on compare la photographie du parachutiste et le dessin correspondant, on peut remarquer d'une part que le dessin est loin d'être parfaitement identique à la photographie, ce qui exclut la simple copie servile. Et d'autre part, ne sont représentés sur le dessin que les éléments les plus distinctifs, à savoir un personnage, suspendu à une toile par des ficelles ; ce qui s'avère suffisant pour un dessin dont le but est d'être informatif.



- niveau des mots écrits d'objets

A ce niveau de l'évaluation, Madame G ne dispose plus d'un support imagé et on le ressent à la vision de ses dessins dans la mesure où les éléments caractéristiques des objets sont bien présents sur les dessins mais manquent de précision. C'est ainsi que sur le dessin de la guitare, les éléments principaux (le manche, la caisse de résonance, les cordes) sont présents mais leur manque de précision fait que l'ensemble du dessin reste moyennement identifiable.

De la même manière, pour le dessin de l'escargot, les 2 éléments caractéristiques sont représentés, à savoir la coquille et le corps. Mais si la représentation de la coquille est explicite (et permet l'identification du dessin), celle du corps de l'escargot est plus approximative.

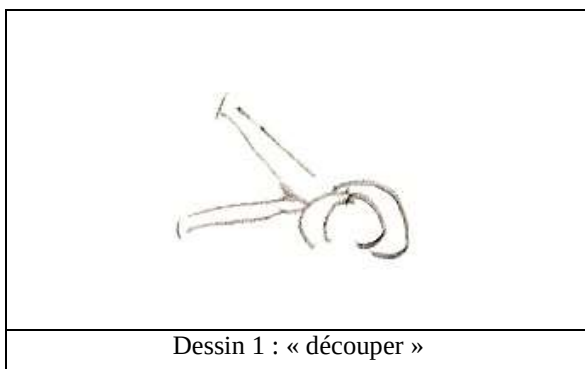
L'analyse de ces dessins à partir d'un mot écrit d'objet permet de dire que Madame G parvient à accéder à une représentation mentale de l'objet, elle parvient à en dégager les éléments les plus significatifs mais chaque élément pris indépendamment est incomplet ou imprécis. Sans support imagé, Madame G se fait une représentation mentale globale et assez approximative de l'objet.



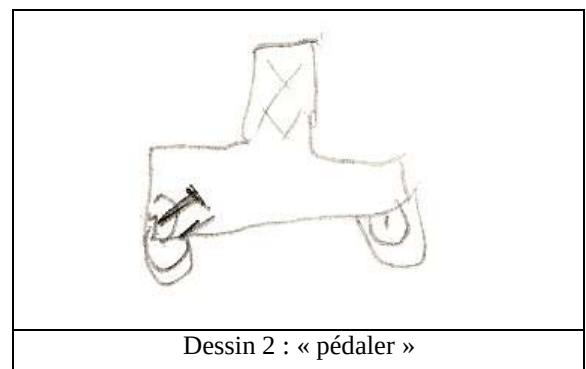
- niveau des mots écrits d'action

Le premier dessin réalisé confirme ce qui a été observé dans le précédent niveau, à savoir que la représentation mentale manque de précision. En effet, face au mot écrit « découper », elle s'est correctement représenté une situation correspondant à cette action, puisqu'elle a dessiné une paire de ciseaux, mais la représentation de cette paire de ciseaux est très imprécise.

La seconde action que Madame G avait à représenter était « pédaler ». Alors que le dessin attendu était un vélo, elle a dessiné une voiture. Nous avons d'abord pensé qu'il s'agissait d'une sorte de paraphrasie sémantique (ou plutôt de « paraphrasie » sémantique, voire même de « para-dessin » sémantique) puisqu'elle avait dessiné un moyen de transport pour un autre. Mais, alors que je pensais son dessin achevé, elle a ajouté les pédales de la voiture, en m'indiquant explicitement de la pointe de son crayon que c'était ce détail qui représentait l'action « pédaler ». Rappelons que Madame G présente des troubles de compréhension du langage écrit. Et ce sont certainement ces troubles qui sont à l'origine de cette confusion entre le verbe et son substantif. Toujours est-il que le but de notre étude n'est pas d'évaluer la compréhension du langage écrit des aphasiques de Broca. Certes, ses troubles de compréhension du langage écrit lui ont fait percevoir « pédale » au lieu de « pédaler », mais si l'on considère l'objectif de notre étude comme étant la capacité à transmettre un message précis, alors l'objectif est ici atteint. En effet, Madame G a perçu le concept « pédale », elle a cherché à nous le communiquer, et elle a réussi.



Dessin 1 : « découper »



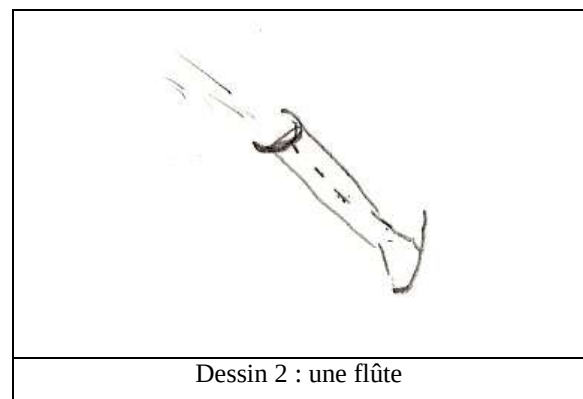
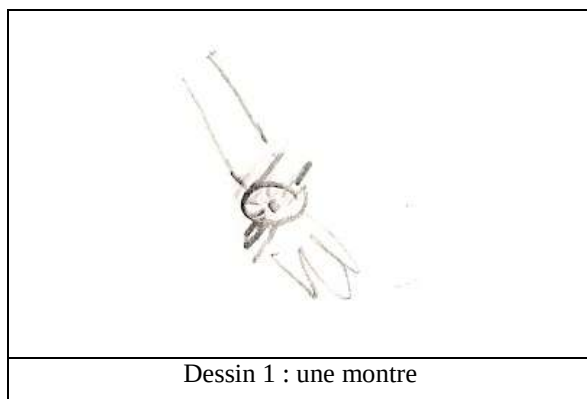
Dessin 2 : « pédaler »

- niveau des phrases et définitions

Dans ce niveau, les constatations sont les mêmes que pour les dessins à partir de mots écrits, c'est-à-dire que Madame G s'est fait une représentation mentale du bon objet à dessiner, mais cette représentation mentale reste imprécise. Concrètement, pour la définition « Objet attaché au poignet qui indique l'heure », on voit sur le dessin achevé une montre attachée à un bras, mais ce dessin n'est pas nécessairement identifiable par une personne qui ne connaîtrait pas à l'avance la définition. Madame G s'est donc mentalisé l'objet « montre », mais cette mentalisation reste vague.

Il en est de même pour la phrase ouverte : « C'est un instrument de musique » à partir de laquelle la patiente a dessiné une flûte. Ce dessin d'une flûte est à peu près identifiable si on a pris connaissance de la phrase ouverte, mais beaucoup moins identifiable dans le cas contraire.

Il est évident que l'aide contextuelle facilite l'identification d'un dessin.



2.4 Synthèse des résultats de Madame G

Chez Madame G, l'aide du support imagé est efficace dans sa réalisation de dessins. Ce support imagé lui permet de dégager rapidement et efficacement les éléments significatifs du

sujet à dessiner. Dans ces cas-là, ses dessins sont rapidement effectués et aisément identifiables.

En l'absence de support imagé, lorsqu'est absolue la nécessité de se faire une représentation mentale de l'objet, l'identification des dessins réalisés par Madame G est plus aléatoire. Ce n'est pas l'accès à cette représentation mentale qui est à mettre en cause. On a en effet vérifié a posteriori que Madame G dessine à chaque fois le bon objet. C'est donc qu'elle est capable d'accéder à l'image mentale de l'objet. Mais c'est la précision de cette image mentale qui fait parfois défaut, rendant alors certains de ses dessins plus ou moins identifiables.

3 Monsieur P

3.1 Présentation du patient :

Monsieur P est un patient de 65 ans suivi depuis 4 mois. Il a été victime il y a 6 mois d'un AVC ischémique à l'origine d'un ramollissement parenchymateux de l'hémisphère gauche, intéressant la totalité de la région pariétale, une large zone frontale et occipitale gauche. Il présente depuis une aphasie globale.

Son expression orale se limite à une stéréotypie sans signification linguistique qu'il parvient difficilement à inhiber (« *du-du-du-du...* »).

La compréhension orale du patient est massivement déficitaire, la compréhension écrite est nulle et aucune production écrite spontanée n'est possible de sa part.

La communication non-verbale est également perturbée par une apraxie idéo-motrice l'empêchant de mimer un geste voire même de l'imiter, et les comportements déictiques (désignation par le doigt ou le regard) sont inexistants. Seule la compréhension non-verbale est possible pour ce patient, qui se base alors sur les mimiques, la gestuelle et les intonations de son interlocuteur pour tenter de le comprendre.

Compte tenu de ce tableau, la communication avec Monsieur P est très perturbée.

3.2 Attitude générale pendant l'évaluation :

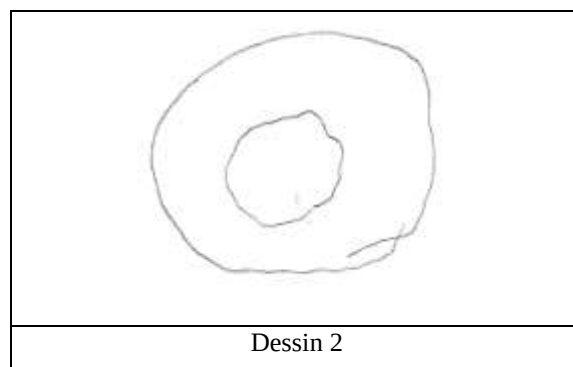
De la même manière que Madame G, Monsieur P est très spontané. Pour chaque dessin, il a à peine pris connaissance de l'étiquette qu'il se lance immédiatement dans sa réalisation. Il ne donne pas l'impression de réfléchir à l'organisation de son dessin. Chaque dessin est réalisé rapidement et sans pause. Dans la mesure où Monsieur P n'a pas pu effectuer les dessins à partir de support écrit, une quinzaine de minutes ont suffi pour la passation de l'évaluation.

Pendant l'épreuve, Monsieur P ne semble pas se préoccuper de savoir si l'examineur a reconnu ses dessins. Il enchaîne les dessins sans relever la tête.

3.3 Compte-rendu de l'évaluation

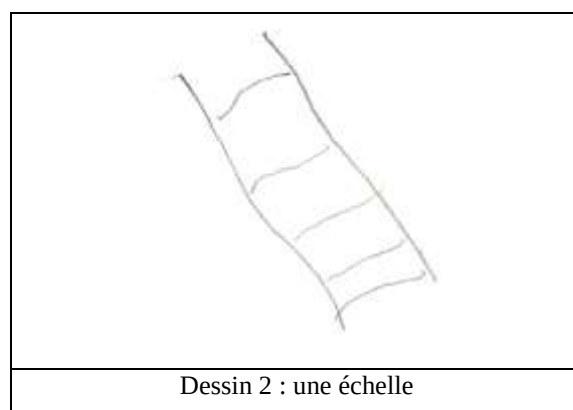
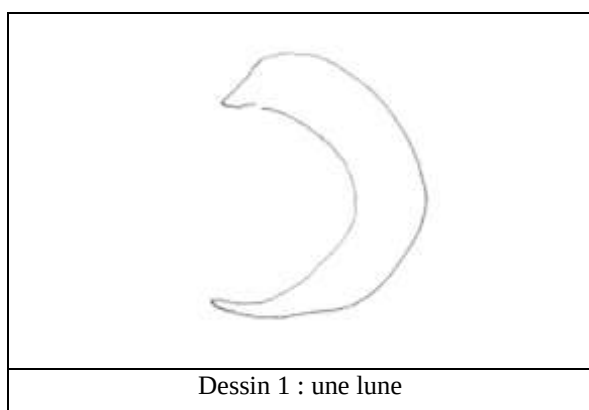
- niveau des symboles non-représentatifs simples

Ces formes géométriques ont été correctement dessinées par Monsieur P et dans un intervalle de temps normal.



- niveau des images représentatives simples

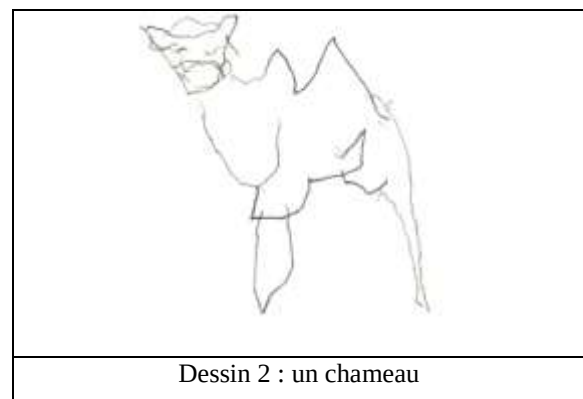
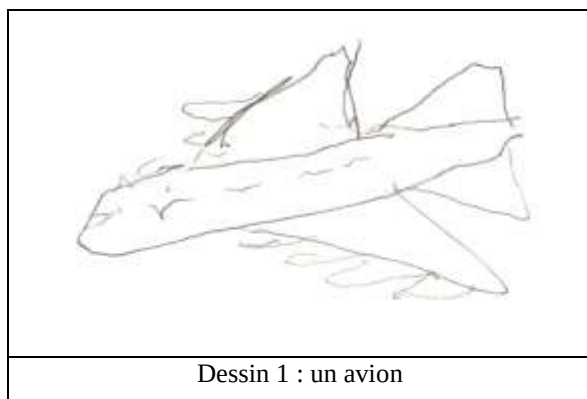
Monsieur P a aisément dessiné les deux objets représentés sur les images (une échelle et une lune). Toutefois, rien ne permet réellement de dire s'il a perçu ce qu'il a vu et dessiné ou s'il a fait une simple copie perceptive et servile.



- niveau des images représentatives complexes

Le dessin de l'avion réalisé dans ce niveau est parfaitement identifiable. En observant le patient dessiner, on a pu remarquer que la planification de son dessin a été judicieuse. Il est allé des éléments les plus significatifs d'un avion jusqu'aux éléments les plus secondaires. Dans un premier temps, il a dessiné le corps de l'appareil, puis les ailes, puis les ailerons, jusqu'aux détails les moins importants. Cette organisation hiérarchique du dessin montre que le patient a bien perçu ce qu'il dessinait, qu'il n'était pas dans une copie perceptive et qu'il donnait du sens à son dessin.

Ce constat est loin d'être le même au regard du second dessin. La réalisation du chameau a été effectivement beaucoup moins fluide et organisée que celle de l'avion. Même s'il on reconnaît un chameau, le rendu final est maladroit et confus. A la différence de l'avion, la copie du chameau a en effet été très servile. Il est difficile de savoir si Monsieur P a perçu ce qu'il dessinait.



- niveau des images représentatives partielles

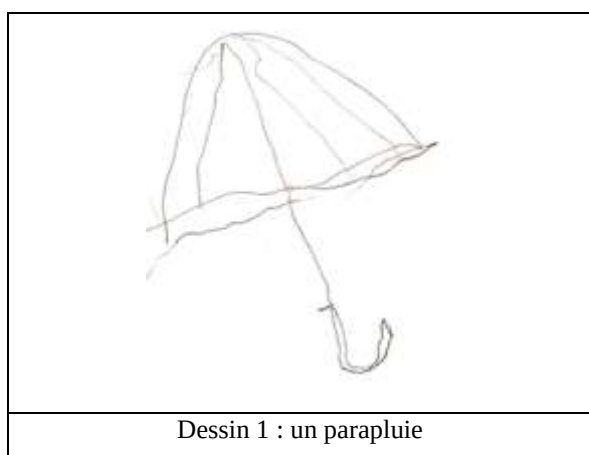
Les deux dessins réalisés par Monsieur P dans ce niveau sont paradoxaux.

D'un côté, on peut observer que le dessin du parapluie est particulièrement bien effectué. Les parties non visibles sur l'image sont présentes sur le dessin. Le dessin achevé est parfaitement identifiable. Et si on compare minutieusement l'image et le dessin, on observe que Monsieur P n'a pas fait de copie servile puisque l'organisation de son dessin n'est pas scrupuleusement identique à celle de l'image (par exemple, l'agencement et le nombre de baleines diffèrent). S'il a pris des libertés par rapport au modèle mais que l'objet initial reste identifiable, c'est

qu'il a bel et bien accédé mentalement à l'image d'un « parapluie », et n'a pas fait une reproduction uniquement perceptive de ce qu'il voyait.

Ce n'est manifestement pas le cas pour le second dessin. En effet, le dessin de la fourchette est échoué. Les parties non visibles sur l'image ne sont pas dessinées alors que des détails futiles visibles sur l'image le sont (2 petits traits représentant un reflet). Tout porte à croire que Monsieur P n'a pas identifié l'objet ou qu'il n'est pas parvenu à s'en faire une représentation mentale globale. Il s'est donc limité à une reproduction perceptive de l'image. Son dessin achevé n'est donc pas identifiable, et l'objectif de communiquer un message par le dessin est donc échoué.

Les capacités de Monsieur P à se faire une représentation mentale globale des objets semblent donc fluctuantes.



- niveau des photographies

Le premier dessin réalisé par Monsieur P à partir d'une photo était celui d'une montagne. Il a été très performant car son dessin est identifiable sans pour autant être une copie conforme de la photo.

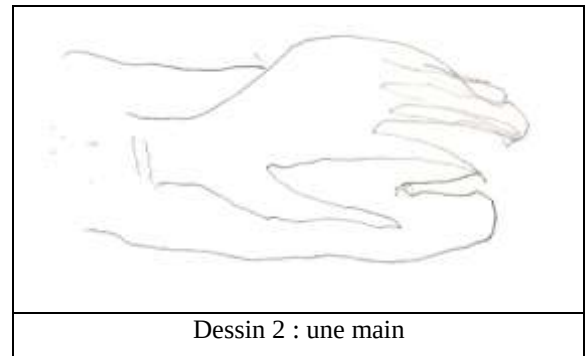
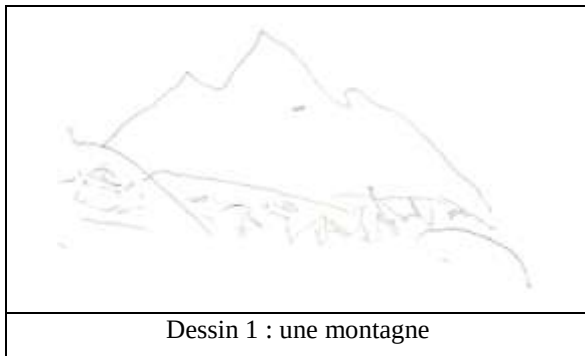
Le second dessin que le patient a réalisé était celui d'une main. Dans un premier temps, il a parfaitement dessiné le contour d'une main. Sa façon de faire son dessin était d'autant plus performante qu'il n'a pas rigoureusement recopié la main telle qu'elle est photographiée ; en effet il a fait un dessin synthétique, rapide et identifiable d'une main, sans se préoccuper des détails. Puis, dans un second temps, alors que son dessin semblait achevé, il a regardé à

nouveau la photo et a complété son dessin en rajoutant l'ombre de la main qu'on peut voir sur la photo, rendant alors son dessin beaucoup plus confus. Qu'est-ce qui a pu pousser Monsieur P à poursuivre son dessin de façon servile alors qu'il l'avait commencé et terminé de manière idoine ? Pour répondre à cette question, deux explications possibles peuvent être données, l'une n'excluant pas forcément l'autre.

✓ 1^{ère} explication : Nous précisons dans un premier temps que ce patient, en plus de ses troubles aphasiques, présente aussi des troubles des fonctions supérieures et des troubles frontaux. On observe donc chez lui des troubles au niveau de l'attention, de la concentration, du repérage spatio-temporel et aussi au niveau de l'inhibition. C'est ce trouble d'inhibition qui nous intéresse dans le cas présent. En effet, lorsqu'il effectue quelque chose, qu'il s'agisse par exemple de manipulation d'objets ou d'exercice de répétition de syllabes, il est fréquent que Monsieur P ait des difficultés à conclure de lui-même ce qu'il est en train de faire ou dire. Ainsi, lorsqu'on lui propose un matériel de rééducation (des images, un crayon), il les manipule continuellement jusqu'à ce qu'on lui dise fermement d'arrêter, voire jusqu'à ce qu'on lui retire le matériel. C'est ce qui s'est peut-être passé pour le dessin de la main. Il n'a pu inhiber et stopper le geste de dessiner qu'il était en train d'effectuer. Par ce « comportement d'utilisation », il n'a pas pu s'empêcher d'utiliser le crayon qu'il tenait dans sa main et de compléter son dessin, le rendant alors beaucoup moins informatif. Il est probable que Monsieur P ait eu le même comportement dans la réalisation d'autres dessins, notamment pour le dessin de l'avion, sur lequel il a rajouté au fur et à mesure de nombreux détails. Mais si ce « comportement d'utilisation » a rendu le dessin de l'avion beaucoup plus riche ; dans le cas présent de la main, il l'a au contraire rendu aberrant.

✓ 2^{ème} explication : Cet ajout perpétuel de détails peut aussi être considéré comme une stratégie de compensation. En effet nous sommes face à un patient présentant de sévères troubles linguistiques. Son expression orale est très limitée car parasitée par une stéréotypie incontrôlable et sa compréhension est altérée. De surcroît, le langage écrit lui est inaccessible. Sa communication est donc très fortement perturbée par tous ses troubles du langage. Ainsi, si l'on considère le degré de frustration que ses difficultés pour communiquer peuvent susciter, on peut imaginer que dès lors qu'on lui proposera un canal d'expression qu'il peut maîtriser, en l'occurrence le dessin, il investira ce canal au maximum (au point de le « sur-investir »), afin de compenser tous les troubles linguistiques qui entravent sa communication. Partant de ce principe, l'ajout de l'ombre de

la main est alors à considérer comme une vaine tentative de rendre son message le plus informatif possible.



- niveaux des mots écrits d'objets et d'actions, des phrases et des définitions

Les troubles de compréhension du langage écrit de ce patient font que la réalisation de dessins à partir de mots écrits lui est impossible.

3.4 Synthèse des résultats de Monsieur P :

Les performances en dessin de ce patient sont fluctuantes. Il parvient parfois à se faire une représentation mentale de l'objet à dessiner, auquel cas le dessin effectué est précis et identifiable. Mais l'accès à cette représentation mentale ne semble pas systématique. Il alterne entre des comportements adaptés et des comportements de closing-in. Il est possible que les troubles frontaux et les troubles des fonctions supérieures liés à son AVC parasitent la réalisation de ses dessins.

Dans la mesure où nous n'avons pas pu passer le protocole dans son intégralité, il nous est difficile d'établir avec précision la capacité de Monsieur P à utiliser le dessin pour transmettre une information. Toutefois, celle-ci semble soumise à une importante variabilité, liée à une capacité fluctuante à accéder à l'image mentale des objets.

4 Monsieur E

4.1 Présentation du patient

Monsieur E est un patient de 68 ans. Il a été victime deux mois auparavant d'un AVC ischémique intéressant le territoire sylvien profond gauche. Le patient présente depuis une hémiparésie droite ainsi qu'une aphasie de Broca se caractérisant par des troubles arthriques, une réduction massive du langage oral, un manque du mot constant et de nombreuses paraphrasies phonémiques.

La compréhension du langage oral est préservée dans les situations quotidiennes.

La compréhension du langage écrit est possible pour les mots isolés et les phrases courtes.

4.2 Attitude générale pendant l'évaluation

Monsieur E est très coopératif. Tout au long de l'épreuve, il ne peut s'empêcher de commenter verbalement ce qu'il fait. Tout porte à croire qu'il n'a pas réellement conscience de ses verbalisations. D'ailleurs, pour tous les dessins à réaliser à partir d'un support écrit (les 3 derniers niveaux), il est généralement impossible pour Monsieur E d'inhiber la verbalisation de ces mots et phrases. A plusieurs reprises pendant la séance, nous lui reformulons la consigne selon laquelle il doit éviter de parler. Bien qu'il semble comprendre, il ne peut s'empêcher d'énoncer ces mots à voix haute. Deux séances de 10 minutes sur deux jours ont suffi à la passation complète du protocole.

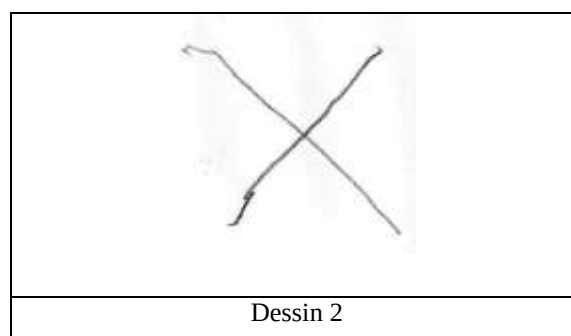
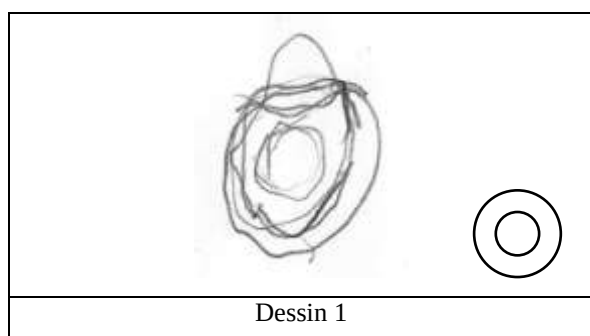
Tout au long de l'analyse des dessins de Monsieur E, il faudra prendre en compte sa maladresse graphique liée à l'utilisation de sa main non-dominante gauche qui rend imprécis et mal contrôlé l'ensemble de ses tracés.

4.3 Compte-rendu de l'évaluation

- niveau des symboles non-représentatifs simples

Monsieur E dispose des capacités praxiques et de planification nécessaires à la réalisation d'un dessin simple, en effet les deux dessins ont été rapidement effectués et correspondent au

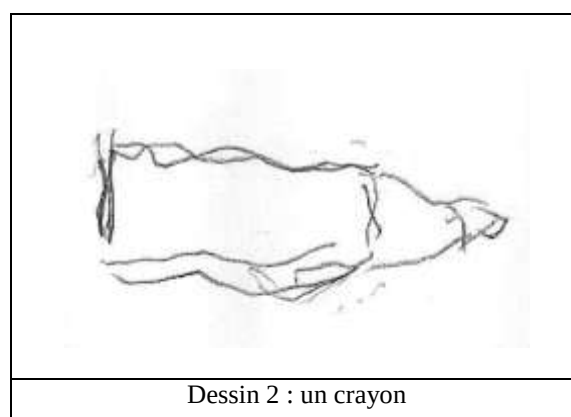
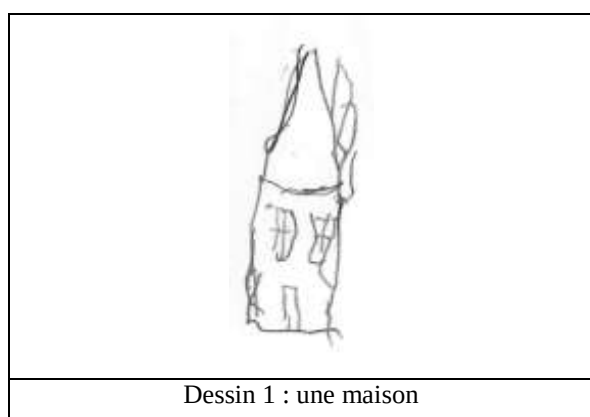
modèle. Remarquons cependant que sur une des deux figures à copier, il a repassé plusieurs fois le contour de la figure alors qu'elle était déjà correctement effectuée.



- niveau des images représentatives simples

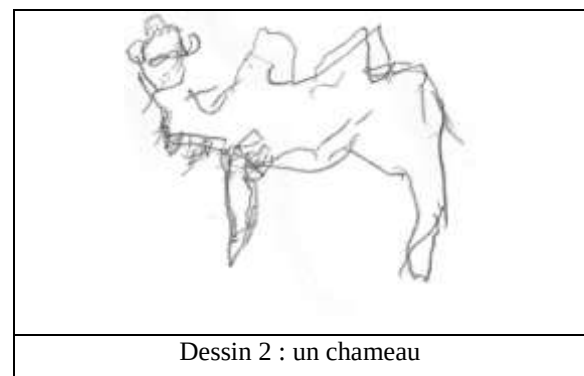
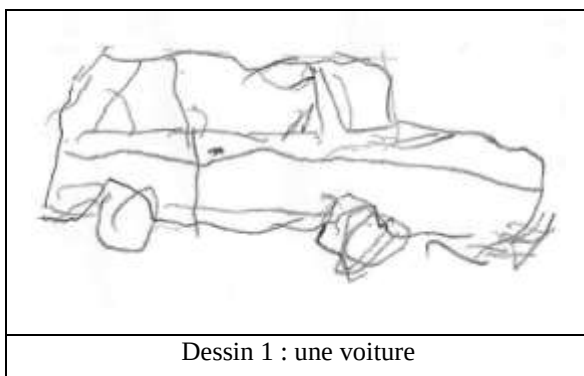
Sur ce second niveau, on observe à nouveau la tendance du patient à repasser plusieurs fois sur ses traits alors que son dessin semble achevé.

Le dessin de la maison est identifiable même si la forme globale est un peu disproportionnée. Mais les disproportions du second dessin font que l'identification d'un crayon est nettement moins évidente. Sur les deux dessins, chaque détail visible sur le modèle est reproduit. Monsieur E semble avoir du mal à se détacher du modèle. En effet, son regard fait un va-et-vient continu entre le modèle et son dessin.



- niveau des images représentatives complexes

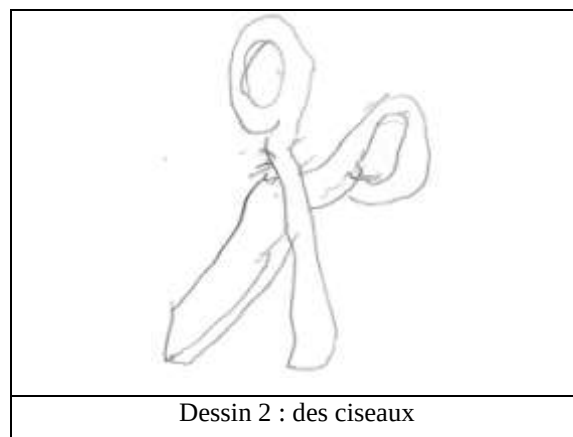
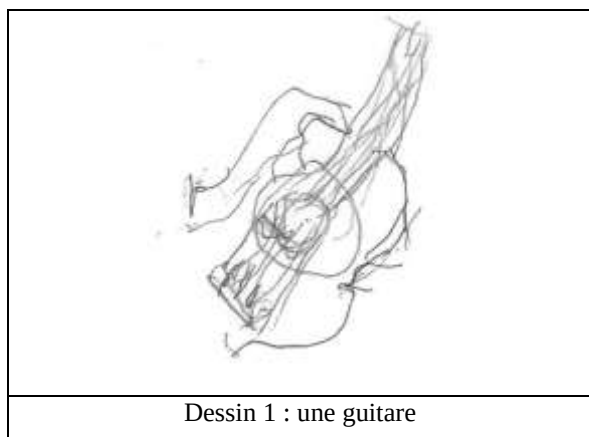
Au regard des dessins réalisés dans ce niveau, on peut effectivement confirmer l'adhérence excessive du patient au modèle imagé. Sur ses dessins de la voiture et du chameau, une grande partie des détails, même les plus futiles, ont en effet été reproduits. Cette copie très étroite s'avère toutefois efficace puisqu'on reconnaît aisément les sujets mais rien ne permet de dire si le patient a franchement perçu ce qu'il dessinait. Pour nous en assurer, une fois le dessin du chameau achevé, nous lui avons demandé s'il s'agissait d'un cheval, il nous a fait signe que non. Puis s'il s'agissait d'un chien, il nous a à nouveau fait signe que non. Et enfin, quand nous lui avons demandé s'il s'agissait d'un chameau, il nous a fait signe que oui. Ainsi, malgré cette copie très perceptive, Monsieur E met tout de même du sens dans ce qu'il dessine.



- niveau des images représentatives partielles

Au regard du premier dessin réalisé par Monsieur E, celui de la guitare, on repère très nettement l'aspect très perceptif et très « mécanique » de la copie. D'une part, la guitare est tronquée, rigoureusement comme sur le modèle. Et d'autre part, absolument tous les détails du modèle sont présents sur le dessin. Clairement, Monsieur E n'a pas cherché à dessiner une guitare, mais il a cherché à dessiner ce qu'il voyait, sans chercher à transmettre un message. Son dessin de la guitare n'est donc pas un dessin à but communicatif. Il avait pourtant bien perçu qu'il s'agissait d'une guitare car de la même façon que pour le chameau, je l'ai questionné pour m'en assurer. Mais il n'a pas pour autant cherché à s'en faire une représentation mentale globale.

Toutefois, il a été plus performant sur le second dessin. En effet les ciseaux sont représentés dans leur intégralité, il s'en est donc bien fait une représentation mentale globale. Mais la copie des éléments visibles est tout de même restée très servile car tous les détails sont reproduits et le va-et-vient continu de son regard entre l'étiquette et sa feuille est toujours très présent.



- niveau des photographies

Le postulat établi tout au long des premiers niveaux, selon lequel Monsieur E est dans une copie très servile et perceptive, se confirme dans ce niveau des photographies.

Pour chacun des deux dessins, Monsieur E a d'abord commencé par tracer le contour rectangulaire de la photo, puis il a recopié le sujet à l'intérieur du rectangle. Recopier ainsi le contour de la photo n'a aucune valeur informative. Au contraire, il nuit à la clarté du dessin.

Pour le premier dessin, il a cherché à reproduire fidèlement le sujet tel qu'il est photographié. Or, vouloir recopier fidèlement une photo est quelque chose d'extrêmement difficile pour un dessinateur lambda, d'autant plus si cette copie est effectuée de façon servile. C'est pourtant ce que Monsieur E a tenté en vain de faire, et c'est la raison pour laquelle le dessin de son nuage n'est absolument pas identifiable. Il s'est jeté à corps perdu dans une transposition visuo-graphique directe. C'est-à-dire qu'il a effectué une analyse perceptive de la photo, en l'occurrence une analyse visuelle. Puis il a transposé immédiatement cette analyse visuelle en programmation motrice, en l'occurrence une production graphique. Mais entre cette analyse visuelle et cette production graphique, il ne semble pas avoir fait d'analyse conceptuelle. Cette analyse conceptuelle qui lui a fait défaut lui aurait peut-être permis de se faire une

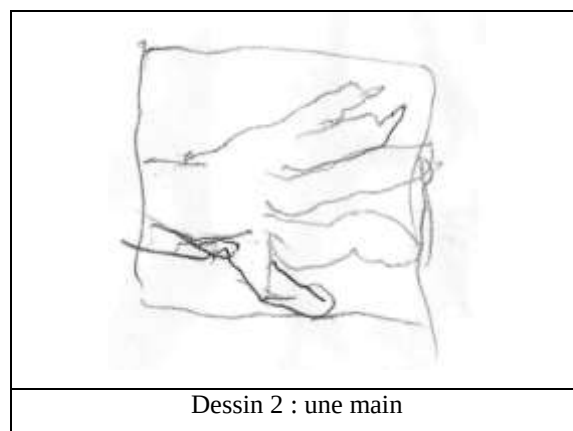
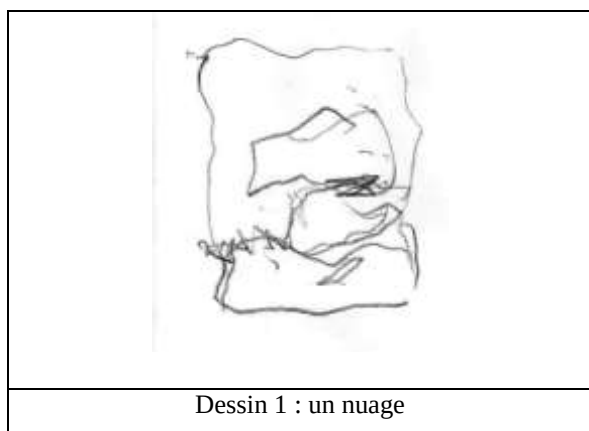
représentation mentale du concept *nuage* et de se poser la question implicite : « quelle forme dois-je donner à mon dessin pour que le concept *nuage* soit reconnu de tout un chacun ? ».

Si l'on mesure un peu nos propos, on ne peut affirmer avec certitude que le patient n'a pas effectué de représentation mentale du concept « nuage ». Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que, représentation mentale ou non, l'adhérence du patient au support imagé est telle, qu'il ne peut s'en détacher pour réaliser son dessin.

Concernant le second dessin, Monsieur E a été plus performant dans de le sens où, premièrement, son dessin d'une main est davantage identifiable. Et deuxièmement, il ne s'agit pas d'une copie fidèle de la photographie. En effet, son dessin présente une main dont les cinq doigts sont distinctement visibles, alors que sur la photo, deux des cinq doigts ne sont que très partiellement visibles. Ainsi, contrairement au premier dessin du nuage, Monsieur E s'est fait une représentation mentale du concept *main*, ce qui lui a permis d'en dégager les caractéristiques fondamentales (une main = 5 doigts). Il a donc pu faire une transposition graphique de cette représentation mentale. Et cette transposition graphique s'avère identifiable. Notons d'ailleurs que pour ce dessin, le patient n'a pas eu la même attitude que pour les précédents dessins réalisés à partir de support imagé. Pour les précédents dessins, son regard effectuait un va-et-vient ininterrompu entre le modèle et son dessin. Alors que pour le dessin de la main, après avoir tracé l'aberrant contour rectangulaire de la photo, il est resté concentré sur son dessin. Il ne s'est donc plus référé au modèle imagé de la main, mais à son image mentale d'une main.

La question qu'on se pose alors au regard des deux dessins effectués dans ce niveau, c'est de savoir pourquoi l'un des dessins est effectué servilement et n'est donc pas identifiable, alors que l'autre est effectué selon une stratégie beaucoup plus efficace ? Pour tenter de répondre à cette question, on peut supposer que la recherche mentale des éléments caractéristiques d'un objet est plus aisée pour une main que pour un nuage. Il est plus simple de décrire une main (cinq doigts reliés à une paume) qu'un nuage (forme aléatoire, aux contours plus ou moins nets, parfois boursoufflés). L'image mentale d'une main étant plus simple à établir, son utilisation est davantage possible pour la réalisation d'un dessin. L'image mentale d'un nuage étant plus difficile à établir, son utilisation pour réaliser un dessin est beaucoup plus difficile, voire impossible et le patient compense alors ce manque en s'appuyant uniquement sur le support imagé. L'adhérence excessive du patient sur le support imagé apparaît donc ici

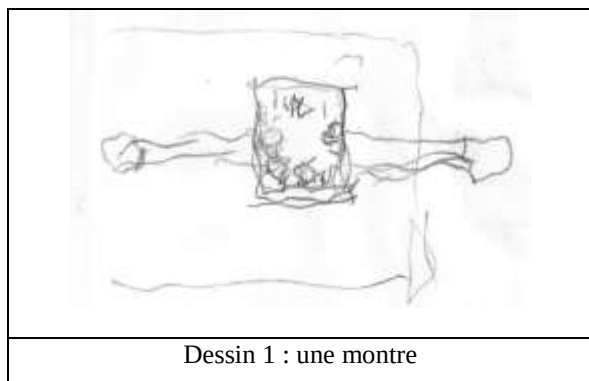
comme un moyen de compensation lorsque l'image mentale conceptuelle est impossible ou trop difficile à établir.



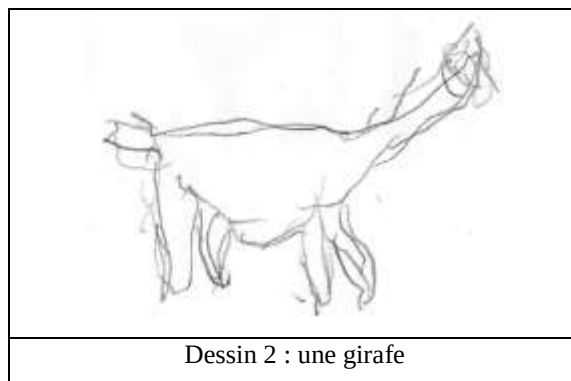
- niveau des mots écrits d'objets

Pour le premier dessin de ce niveau, Monsieur E a d'abord commencé par tracer un contour rectangulaire à l'intérieur duquel il a effectué son dessin. Il s'agit en fait d'une persévération des dessins précédents pour lesquels il avait commencé par reproduire le contour des photos. A l'intérieur de ce cadre, il a donc effectué le dessin de la montre. Monsieur E s'est correctement représenté l'image mentale d'une montre puisque presque tous les éléments caractéristiques d'une montre sont dessinés. Nous remarquons tout de même l'absence des aiguilles, une légère disproportion entre le bracelet et le cadran, et la forme inhabituelle du cadran qui est carré. Quoiqu'il en soit, si la représentation mentale de l'objet est incomplète et légèrement imprécise, elle a permis la réalisation d'un dessin assez identifiable.

Concernant le second dessin (une girafe), le constat est à peu près le même, à la différence près que le dessin final est un peu moins identifiable. Monsieur E s'est effectivement représenté l'image mentale d'une girafe, c'est-à-dire un animal à long cou, mais cette représentation mentale manque quelque peu de précision pour qu'on identifie avec certitude une girafe sur son dessin. (Remarquons que ce dessin d'une girafe est tout à fait comparable à celui réalisé par Monsieur D.)



Dessin 1 : une montre



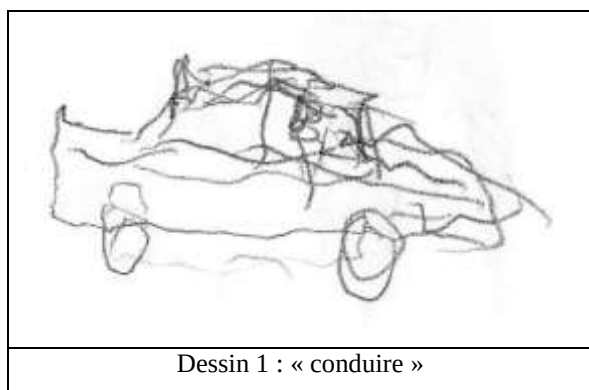
Dessin 2 : une girafe

- niveau des mots écrits d'action

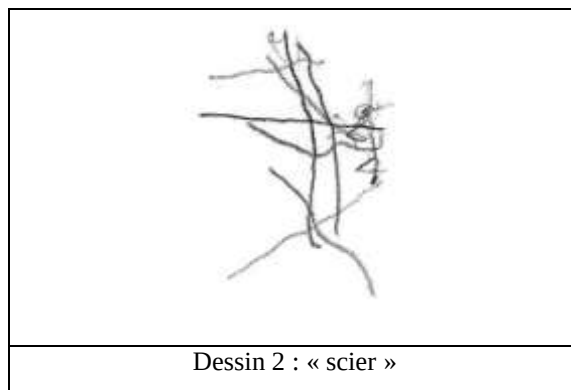
Le premier dessin que Monsieur E avait à dessiner à partir d'un mot écrit d'action était celui qui représenterait l'action « conduire ». De toute évidence, il s'est parfaitement bien représenté l'action mentalement puisqu'il a dessiné une voiture tout à fait identifiable. Puis il a achevé son dessin en faisant apparaître le conducteur. Enfin, en pointant avec insistance son crayon sur le conducteur, il a verbalisé à plusieurs reprises « conduire – conduire ». Remarquons que le dessin de la voiture est relativement élaboré et précis, en considérant qu'il est réalisé à partir d'un mot écrit. Dans ce cas-là, on peut dire que l'image mentale d'une voiture est très nette pour ce patient. Cette précision de l'image mentale vient peut-être du fait que le jour précédent, Monsieur E avait déjà dessiné une voiture dans le niveau des images représentatives complexes. Dans ce niveau, on a vu que tout portait à croire qu'il avait copié la voiture de façon très servile. Toutefois, cette copie servile lui a peut-être permis de bénéficier d'un « rafraîchissement » ou d'un « réapprentissage » de l'image mentale d'une voiture. Ce qui lui a permis, le lendemain, de réaliser un dessin d'une voiture beaucoup plus précis qu'on aurait pu l'imaginer.

La réalisation du second dessin a été nettement plus chaotique. Assurément, il n'est pas identifiable. Au regard du dessin achevé, rien ne permet de dire qu'il s'agit de l'action « scier ». Pourtant, l'observation de l'évolution du dessin au fil de sa réalisation montre que Monsieur E a structuré son dessin selon une planification bien précise. Ayant pu repérer l'ordre de ce qu'il a dessiné et l'ayant ensuite questionné, nous avons pu comprendre ce qu'il a représenté : il a d'abord dessiné deux X (un X est un support utilisé pour scier, dont la forme ressemble à la lettre x), puis entre les deux X est posée une bûche, qu'une scie coupe. Autrement dit, la représentation mentale que Monsieur E s'est faite de cette situation est tout à

fait correcte. Seulement, d'un point de vue pragmatique, il ne s'est pas mis à la place de son interlocuteur, c'est-à-dire qu'il ne s'est pas implicitement posé la question de savoir si son dessin serait identifiable pour une personne externe. Si la situation qu'il représente est bien claire et bien structurée pour lui, il ne cherche pas pour autant à s'assurer et à vérifier qu'elle apparaîtra aussi claire et structurée pour son interlocuteur. D'ailleurs, une fois son dessin achevé, il ne montre pas de réelle volonté de vérifier si on a bien identifié son dessin.



Dessin 1 : « conduire »

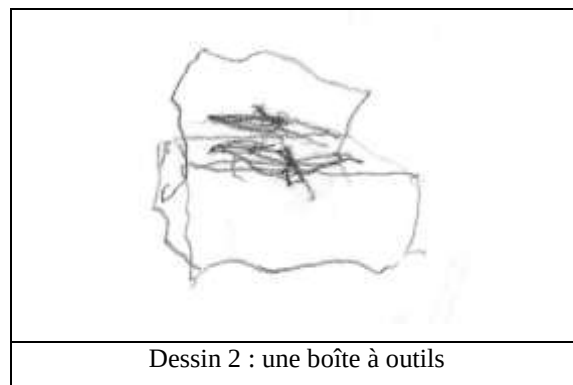


Dessin 2 : « scier »

- niveau des phrases et définitions

Concernant le dessin d'un bonhomme de neige à partir de sa définition écrite, on peut établir le même constat que dans le niveau des mots écrits d'objets. C'est-à-dire que Monsieur E a bien perçu ce qu'il doit dessiner et s'en fait une représentation mentale. Mais le manque de précision de cette représentation mentale fait qu'on perçoit qu'il s'agit d'un personnage mais on ne peut affirmer qu'il s'agit plus précisément d'un bonhomme de neige.

Pour la phrase ouverte, la production du patient est comparable à celle effectuée par Monsieur D au même moment de l'évaluation (il avait dessiné une trousse pour la phrase « objet qu'on peut trouver dans la trousse d'un écolier »). En effet, pour la phrase « Objet qu'on peut trouver dans une boîte à outil », Monsieur E a dessiné une boîte à outils. La compréhension morphosyntaxique du patient est donc déficitaire. Il s'est alors basé sur le dernier élément de la phrase qu'il a perçu pour essayer d'en dégager le sens global. Le patient a donc essayé de compenser son trouble (dans le cas présent, son trouble d'analyse morphosyntaxique) en saisissant et en exploitant le moindre élément qu'il a pu comprendre.



4.4 Synthèse des résultats de Monsieur E :

La capacité de Monsieur E à utiliser le dessin pour transmettre une information semble similaire à celle de Monsieur D. Effectivement, on observe chez Monsieur E une importante adhérence au support imagé. Ce n'est pas systématique, mais dès lors qu'il dispose d'un support imagé, Monsieur E a difficilement la capacité ou l'idée de s'en détacher et cherche souvent à l'exploiter au maximum. Bien souvent, il s'enferme dans une copie perceptive qui s'explique peut-être par une stratégie inconsciente de compensation ; stratégie qui aurait pour but de compenser une certaine difficulté à accéder à ses propres images mentales.

En effet, les dessins réalisés à partir de mots écrits et qui requièrent donc nécessairement un accès à l'imagerie mentale montrent que celle-ci manque légèrement de précision.

Chez Monsieur E, la communication par le dessin est possible mais son informativité est limitée par une maladresse graphique et une difficulté à accéder aux images mentales, ce qui rend imprécis l'ensemble de ses dessins et peut nuire à leur identification.

5 Monsieur Pi

5.1 Présentation du patient

Monsieur Pi a 69 ans. Il présente une aphasie de Broca, relative à un AVC ischémique sylvien gauche datant de 6 mois au moment de l'évaluation. Il est hémiparésique, trachéotomisé et sous oxygénation assistée.

Son expression orale, très réduite et peu informative, est caractérisée par de nombreuses persévérations, paraphasies et néologismes. Il vocalise à voix chuchotée. Une sonorisation de la voix est possible avec une obturation manuelle de la trachéotomie, au prix d'un essoufflement rapide et d'une importante fatigabilité.

La compréhension du langage oral est possible pour les situations quotidiennes simples, mais elle est perturbée par un déficit du système sémantique central.

La compréhension du langage écrit est possible pour les mots isolés, mais très difficile pour les phrases.

Monsieur Pi présente une apraxie idéomotrice, il lui est en effet très difficile d'effectuer volontairement et sur demande des mimes (boire, se coiffer...) ou des gestes symboliques (saluer de la main...).

5.2 Attitude générale pendant l'évaluation

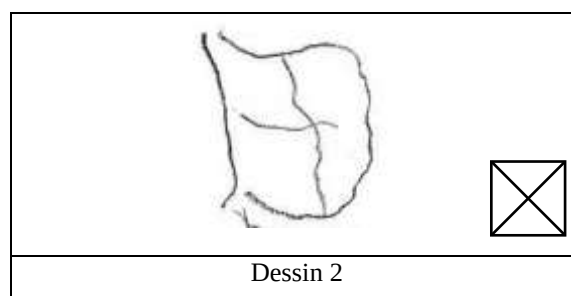
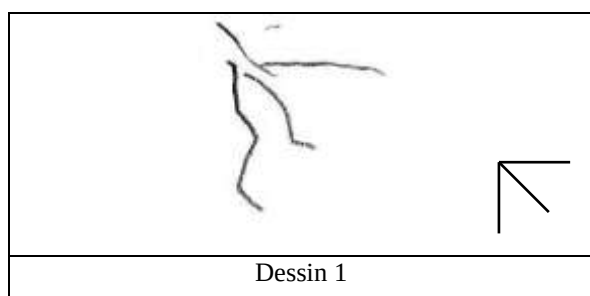
Monsieur Pi est coopératif, appliqué et spontané. Il effectue à une cadence normale tous les dessins qu'on lui propose. Il se montre curieux de voir si nous identifions ses dessins. Un tremblement constant de sa main gauche rend le trait de ses dessins imprécis et tremblant. Deux séances de 10 minutes ont suffi à la passation de l'évaluation.

5.3 Compte-rendu de l'évaluation

- niveau des symboles non-représentatifs simples

La reproduction de ces images est approximative. D'une part, les tremblements et la maladresse de sa main gauche rendent le graphisme très imprécis, mais on remarque aussi que les diagonales du dessin 2 ne sont pas correctement reproduites. L'habileté et les capacités

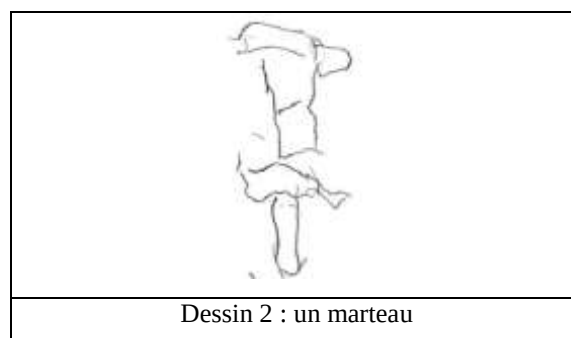
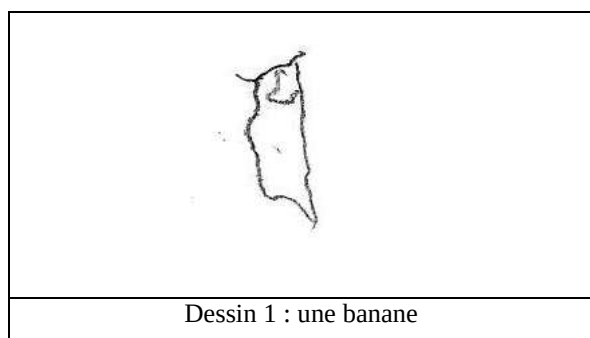
praxiques et visuo-constructives nécessaires à la réalisation d'un dessin semblent donc limitées chez Monsieur Pi.



- niveau des images représentatives simples

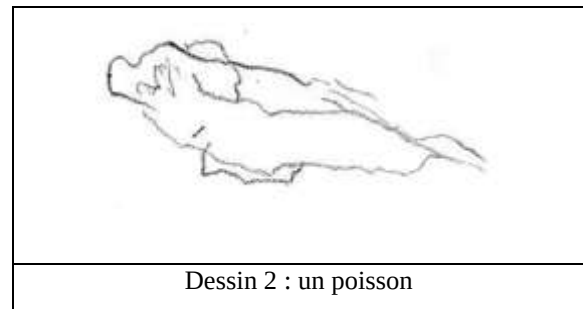
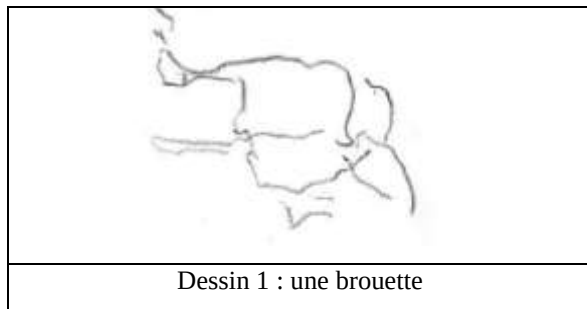
Comme le présupposaient les dessins du niveau précédent, on voit bien dans ce niveau que les capacités de copie de Monsieur Pi sont très limitées. Le dessin de la banane n'est absolument pas identifiable. Rien ne permet de dire s'il a procédé par copie perceptive ou s'il a essayé de mentaliser le concept de « banane » avant de le dessiner. Quoi qu'il en soit, on ne peut l'identifier.

Les dessins des marteaux sont un peu plus précis. Toutefois, leur identification n'est pas pour autant évidente. Il a effectivement dessiné deux marteaux. Voyant que nous n'identifions pas le premier, il a essayé d'en dessiner un deuxième plus lisible. Certes, les deux dessins sont aussi imprécis l'un que l'autre et aucun des deux ne permet une identification évidente de l'objet. Mais sa démarche est intéressante car elle montre qu'il a bien pris conscience que nous ne percevions pas son premier dessin. Elle montre qu'il est sensible et attentif aux réactions de son interlocuteur, et que son objectif, même s'il n'est pas atteint, est bel et bien de lui transmettre une information.



- niveau des images représentatives complexes

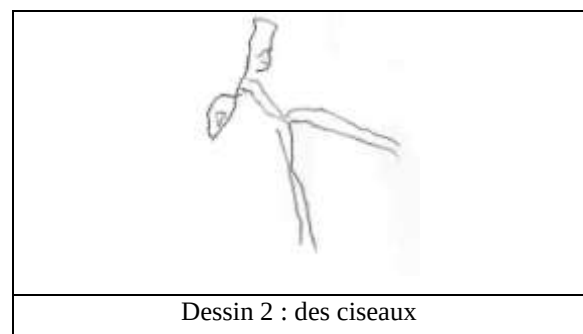
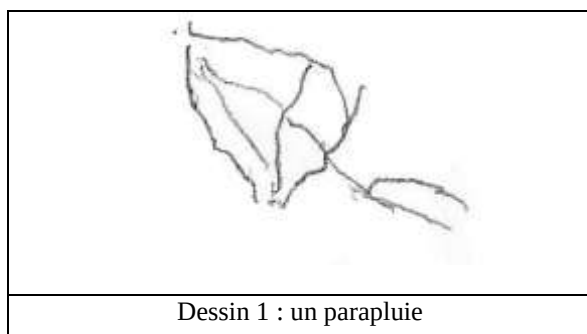
Dans ce niveau, il est clair que Monsieur Pi a effectué une copie très servile des modèles. Cette copie n'est pas efficace car on ne peut identifier une brouette et un poisson. Cependant, il se montre toujours curieux de voir si nous comprenons ses dessins et semble désolé de réaliser qu'il ne parvient pas à être plus informatif.



- niveau des images représentatives partielles

Les dessins réalisés dans ce niveau n'ont pas été recopiés aussi servilement que dans le précédent niveau. En effet, on voit bien qu'ils n'ont pas été réalisés dans une démarche de copie parfaite comme pour la brouette et le poisson. Monsieur Pi semble avoir perçu que les objets n'étaient pas représentés dans leur intégralité, et qu'une représentation mentale de ces objets était nécessaire. C'est vraisemblablement la raison pour laquelle ce sont les seuls dessins réalisés à partir de support imagé à ne pas avoir été effectués servilement. Monsieur Pi s'est donc représenté mentalement ces objets pour les dessiner, même si l'on convient que l'image à disposition aide grandement la mise en place de cette représentation mentale.

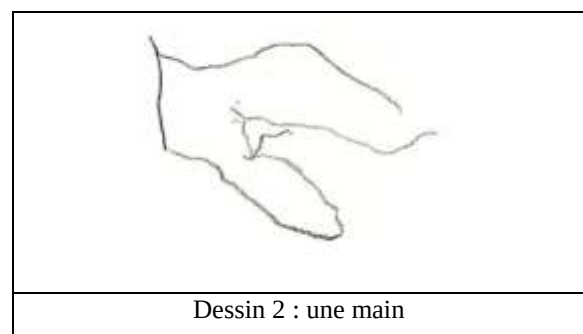
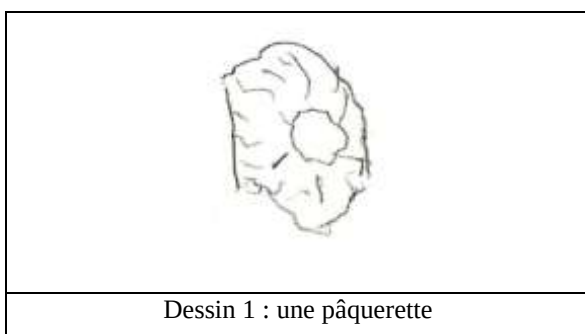
Toutefois, une maladresse du trait combinée à une représentation mentale vague et incomplète font que l'identification de ces deux dessins n'est pas aisée.



- niveau des photographies

Dans ce niveau, le constat est le même que dans celui des images représentatives complexes, c'est-à-dire que le patient a réalisé ses dessins par une copie très servile et très malhabile. En effet, il a recopié les objets tels qu'ils sont disposés sur la photo. Ainsi, pour la main, il a représenté le pouce de façon isolée et les 4 autres doigts sont tous englobés dans le même trait, ce qui correspond à une reproduction très schématique, rapide, grossière et surtout perceptive de ce qu'on voit sur la photo (ce qu'on voit d'un point de vue perceptif, et non pas d'un point de vue conceptuel). Il en est de même pour le dessin de la pâquerette, pour lequel il n'a pas dessiné des pétales se rejoignant en un cœur, mais deux cercles reliés par des traits. Encore une fois, il n'a pas dessiné un objet, mais effectué une copie perceptive.

Tout porte donc à croire que Monsieur Pi ne s'est fait aucune représentation mentale de ces objets avant de les dessiner. A la simple observation de ses dessins, on ne peut même pas affirmer qu'il a identifié ce qu'il a recopié de façon très mécanique. Pourtant, il s'est tout de même montré très attentif à son interlocuteur. Et aux diverses identifications potentielles que nous lui propositions (ex : pour la pâquerette : une bouée ? un ballon ? une pâquerette ?), il n'a répondu par l'affirmative que lorsque nous lui avons proposé les bonnes identifications : une pâquerette et une main. Ce qui prouve qu'il avait bien perçu ce qu'il dessinait. Mais il ne pouvait probablement pas accéder à l'image mentale des objets et ne pouvait donc pas non plus élaborer lui-même la forme qu'auraient dû prendre ses dessins pour être identifiables. Il a donc compensé cette incapacité en recopiant visuellement les photographies ; stratégie de compensation qui s'est d'ailleurs avérée inefficace car les dessins ne sont pas identifiables.



- niveau des mots écrits d'objets

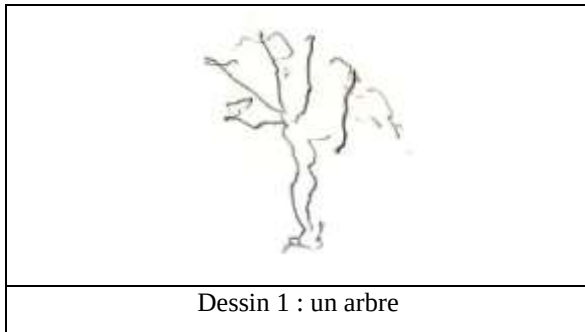
A partir de ce niveau, on peut voir que Monsieur Pi a la capacité réelle de se faire une représentation mentale des objets. En effet, malgré l'absence de support imagé, il réalise tout de même des dessins. Il y a donc bel et bien une étape de mentalisation. La question qui se pose maintenant est de savoir si cette représentation mentale est efficiente.

Concernant le premier dessin, on peut dire que le patient est bien capable de se faire une représentation mentale efficace puisque le dessin de l'arbre est à peu près identifiable.

Les conclusions qu'on peut faire sur le deuxième dessin sont plus délicates. En effet, le dessin n'étant pas identifiable, nous avons questionné Monsieur Pi. Et lorsque par hasard, nous lui avons demandé s'il s'agissait d'une tortue, il nous a répondu affirmativement, alors que le mot écrit était « escargot ». Deux explications peuvent être données :

- ✓ 1^{ère} explication : Monsieur Pi a correctement compris le mot écrit. Il s'est donc fait une représentation mentale d'un escargot, puis il a réalisé son dessin à partir de cette représentation mentale. Autrement dit, il a effectivement dessiné un escargot. Seulement, son système sémantique central étant déficitaire, lorsque nous lui avons proposé la réponse « tortue », il a fait l'amalgame entre une tortue et un escargot car les deux sont sémantiquement proches. Il nous a donc répondu « oui » pour la proposition « tortue » alors qu'il avait en tête le concept *escargot*.
- ✓ 2^{ème} explication : Son déficit du système sémantique central a agi dès la lecture du mot écrit. Dans ce cas-là, en lisant le mot écrit « escargot », il a compris et a mentalisé le concept *tortue*. Il a donc logiquement dessiné une tortue et a alors répondu à bon escient quand nous lui avons proposé la réponse « tortue ».

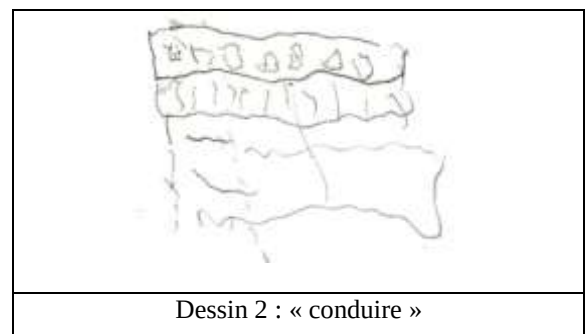
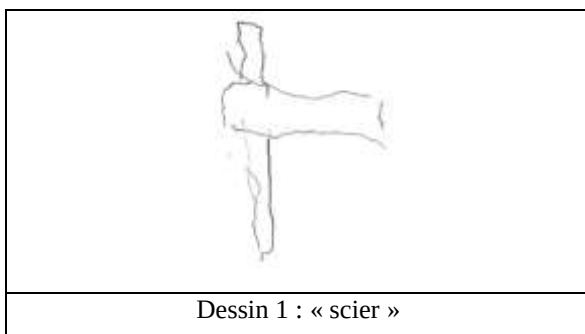
Toutefois, rien ne nous permet de dire si son déficit du système sémantique central s'est manifesté sur la compréhension du langage oral (1^{ère} explication) ou sur la compréhension du langage écrit (2^{ème} explication). Autrement dit, rien ne nous permet de dire s'il a dessiné un escargot ou une tortue. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, aucun des deux dessins possibles n'est parfaitement identifiable. Qu'il s'agisse d'une tortue ou d'un escargot, la représentation mentale que Monsieur Pi s'est faite de l'animal en question est très incomplète et n'a donc pas permis pas la réalisation d'un dessin informatif.



- niveau des mots écrits d'actions

Dans ce niveau où la mentalisation requise est de plus en plus complexe car il ne faut pas mentaliser un seul objet mais une situation entière, Monsieur Pi a été en échec. En effet, les actions « scier » et « conduire » ne sont absolument pas identifiables. Concernant le dessin « scier », on peut éventuellement penser qu'il a dessiné une scie coupant un morceau de bois, mais sans aucune certitude.

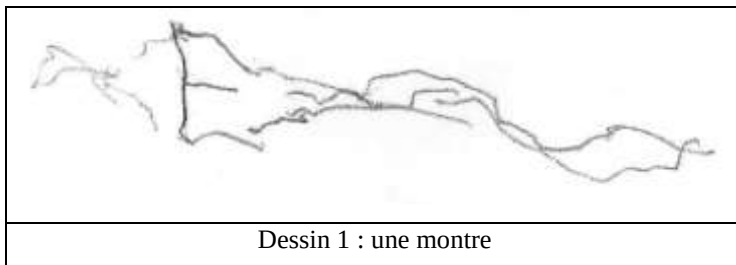
Mais pour le second dessin, il est très difficile d'y trouver un rapport avec l'action « conduire ». Encore une fois, pour ces deux dessins, on ne peut pas réellement dire si le patient a bien identifié ce qu'il a lu. A-t-il compris les mots écrits et échoué dans la représentation mentale des situations ? Ou au contraire, son déficit du système sémantique central a-t-il perturbé sa compréhension des mots écrits, le faisant alors mentaliser une toute autre situation ? Rien ne nous permet de trancher entre les deux. Le seul élément qu'on peut affirmer, c'est que quel qu'ait été le contenu de son message, il n'est pas parvenu à nous le transmettre.



- niveau des phrases et définitions

Le dernier dessin réalisé dans ce niveau est peu intéressant, dans la mesure où Monsieur Pi étant trop en difficulté sur la lecture de la phrase, nous l'avons aidé à la lire. Le dessin réalisé par la suite n'a donc pas été réalisé dans une optique communicationnelle puisque nous connaissions à l'avance l'objet en question. Ce qu'on peut tout de même en retenir, c'est que la représentation mentale que Monsieur Pi s'est faite d'une montre est très incomplète, car son dessin de la montre manque de précisions et n'est pas identifiable.

Compte tenu de ses difficultés à lire seul une phrase entière, nous ne lui avons pas proposé de dessin à partir d'une phrase ouverte.



5.4 Synthèse des résultats de Monsieur Pi

La transmission d'un message par le dessin est très difficile pour Monsieur Pi. D'une part, la maladresse de sa main gauche rend l'ensemble de ses dessins imprécis et tremblants. Et d'autre part, l'accès à une représentation mentale des objets est très limité et très incomplet, voire impossible. C'est la raison pour laquelle le patient tente de compenser cette incapacité en s'enfermant dans une copie servile inefficace. Rares sont donc les dessins identifiables. Notons tout de même que sa démarche est très communicative car il se montre très à l'écoute de son interlocuteur. Il fait tout son possible pour rendre ses dessins identifiables, quitte à les recommencer plusieurs fois pour les rendre plus clairs.

6 Eléments complémentaires de l'étude

6.1 Etude complémentaire des dessins de Monsieur D et Madame G

6.1.1 Présentation de l'étude

Au terme de l'analyse des dessins réalisés par les 5 patients présentant une aphasie de Broca, on observe chez tous les patients une importante différence entre les dessins réalisés à partir de supports imagés et ceux réalisés à partir de supports écrits. Que ce soit dans leur élaboration, leur réalisation, leur précision ou leur représentativité, ces deux catégories de dessins diffèrent nettement l'une de l'autre.

Afin de mettre davantage en évidence cet écart entre les dessins réalisés à partir d'images et ceux réalisés à partir d'écrits, nous avons proposé à Monsieur D et Madame G de faire une petite étude complémentaire de leur capacité à transmettre un message par le dessin.

Concrètement, deux mois après l'évaluation, nous les avons à nouveau mis en situation de nous communiquer des messages par le dessin. Seulement, pour chaque patient, nous avons préalablement préparé de nouvelles étiquettes présentant par images ou par mots écrits les mêmes objets que ceux dessinés lors de la première évaluation. Par rapport à cette première évaluation, nous avons simplement inversé le caractère écrit ou imagé du support. Ainsi, dans cette nouvelle évaluation, les dessins effectués à partir de mots écrits sont ceux que chaque patient avait réalisés dans la première évaluation à partir d'images ; et inversement, les dessins effectués à partir d'images sont ceux qu'ils avaient réalisés à partir de mots écrits. Ceci nous permet donc de comparer des paires de dessins, réalisés par le même patient et représentant le même objet, à la différence près que l'un est effectué à partir d'un support imagé, et l'autre à partir d'un support écrit. Autrement dit, on peut comparer deux dessins réalisés avec et sans modèle.

Les conditions de passation sont les mêmes que pour la première évaluation. Toutefois, cette seconde évaluation ne comporte que 2 niveaux, au lieu de 8 pour la première :

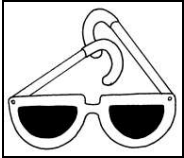
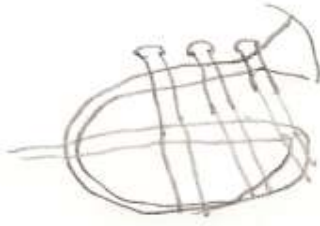
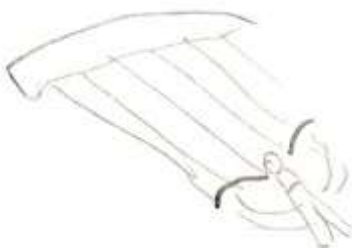
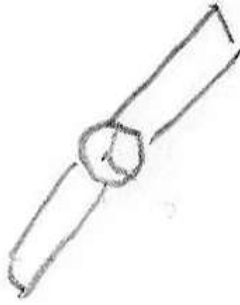
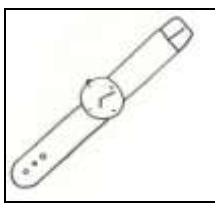
- ✓ Un **premier niveau** dans lequel le patient doit transmettre par le dessin une information à partir d'une étiquette piochée au hasard et comportant **une image** (comparable au Niveau des images représentatives complexes).
- ✓ Un **second niveau** dans lequel le patient doit transmettre par le dessin une information à partir d'une étiquette piochée au hasard et comportant **un mot écrit** (comparable au Niveau des mots écrits d'objets).

En rassemblant les deux évaluations, on peut alors confronter et comparer pour chaque patient et pour chaque objet les dessins réalisés à partir de supports imagés et ceux réalisés à partir de support écrit.

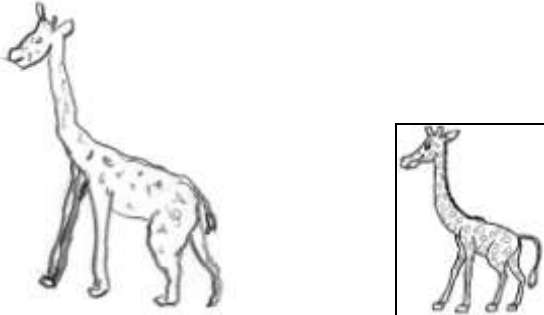
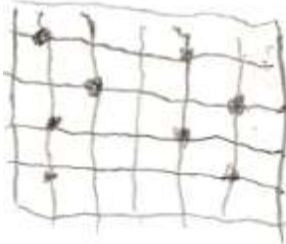
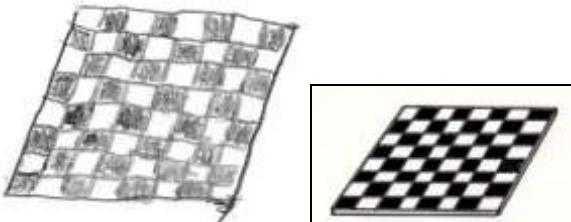
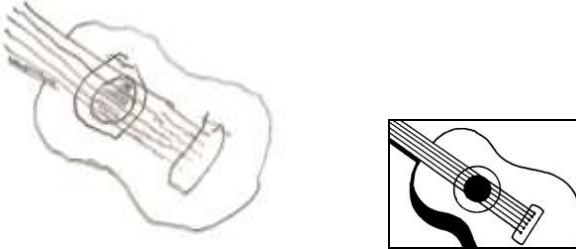
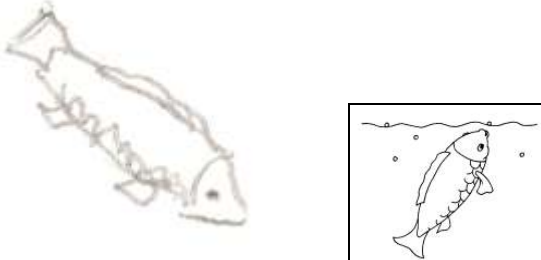
6.1.2 Tableaux comparatifs des dessins réalisés à partir de supports écrits et imagés

- Comparaison des dessins de Madame G
- Comparaison des dessins de Monsieur D

Comparaison des dessins de Madame G

	A partir d'un support écrit	A partir d'un support imagé (encadré)
Des lunettes		 
Une trompette		 
Un parachute		 
Une montagne		 
Une montre		 

Comparaison des dessins de Monsieur D

	A partir d'un support écrit	A partir d'un support imagé (encadré)
Une girafe		
Un damier		
Un vélo		
Une maison		
Une guitare		
Un poisson		

6.1.3 Compte-rendu de l'étude complémentaire

Un simple coup d'œil sur ces deux tableaux comparatifs permet de dire que les dessins réalisés à partir d'images sont beaucoup plus identifiables que ceux réalisés à partir de mots écrits. Pour chaque objet à représenter, celui réalisé à partir d'une image est effectivement beaucoup plus précis, structuré et informatif que celui réalisé à partir d'un mot écrit.

Chez Monsieur D, les 6 dessins réalisés à partir d'images sont parfaitement identifiables ; alors que sur les 6 réalisés à partir de mots écrits, seuls 2 dessins (le vélo et la maison) sont identifiables avec certitude, les autres étant incomplets ou imprécis.

Chez Madame G, le constat est le même. Les 5 dessins réalisés à partir d'images sont identifiables et ont permis la transmission de l'information. Mais le manque de précision des dessins réalisés à partir de mots écrits et tel qu'à peine 2 dessins sur 5 sont identifiables (les lunettes et la montre).

Pour les deux patients, l'image mentale d'un objet est difficile à obtenir et à utiliser avec efficacité pour réaliser un dessin. Ainsi, dès lors qu'ils disposent d'un support imagé, ils s'appuient fortement sur ce support imagé afin de compenser leur difficulté à se faire une représentation mentale.

Notons tout de même que les deux patients ne s'appuient pas sur le support imagé avec la même insistance. Alors que Madame G semble utiliser le support imagé pour se reconstruire une image mentale, c'est-à-dire l'aider à retrouver les caractéristiques essentielles de l'objet sans basculer pour autant dans la copie conforme ; Monsieur D, au contraire, ne peut se détacher du modèle, et adopte pour chaque dessin réalisé à partir d'image un véritable comportement de « closing-in ».

Disposer d'un modèle est préféré par les patients aphasiques, car il permet de compenser le trouble de représentation mentale. Mais ce besoin de compensation, dans certains cas, peut rapidement devenir excessif et conduire le patient à effectuer une très lente et très servile copie, ce qui dans un objectif de communication, rompt la fluidité de l'échange.

6.2 Passation du protocole à deux sujets sains

A titre indicatif, nous avons soumis notre protocole d'évaluation de la communication par le dessin à deux sujets sains, ne présentant donc aucun trouble aphasique : un homme de 45 ans et une femme de 60 ans.

Par soucis d'équité vis-à-vis des sujets aphasiques contraints d'utiliser leur main non-dominante (la main gauche) pour dessiner, nous avons demandé aux deux sujets témoins de bien vouloir utiliser également leur main non-dominante. Les dessins des témoins (présentés en annexes) ont donc été réalisés avec la main gauche par des sujets droitiers sains.

La communication par le dessin chez des personnes saines n'étant pas l'objet de notre étude, nous n'analyserons pas en détail les dessins obtenus. Toutefois, afin d'avoir un élément comparatif, il nous apparaît important que ceux-ci figurent dans ce mémoire.

Sans développer davantage l'analyse des dessins, on observe tout de même que :

- ✓ Les dessins réalisés sont globalement tous identifiables (seuls les dessins de la table et du raisin du 2^{ème} témoin ont laissé un léger doute), ils le sont en tous cas beaucoup plus que ceux réalisés par les patients aphasiques de Broca. La quasi-totalité des dessins ont donc permis aux sujets témoins de transmettre l'information voulue à l'interlocuteur.
- ✓ Les dessins réalisés à partir de support imagé sont schématiques et rapidement effectués. Les sujets sains parviennent aisément à se détacher du modèle. Ils ciblent assez facilement les éléments caractéristiques de l'objet et ne dessinent que ceux-ci. Ils n'ont donc pas de comportement servile dans la réalisation de ces dessins.
- ✓ Les dessins réalisés à partir de support écrit sont bien identifiables. C'est donc que les sujets sains accèdent aisément à une représentation mentale précise de l'image des objets.

3^{ème} partie : Discussion

1 Constat général de l'étude

Au terme de notre étude, il nous apparaît difficile d'établir des conclusions fermes quant à la capacité de tous les aphasiques de Broca à utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternative. En effet, sur l'ensemble des patients observés, on ne repère pas suffisamment de comportements réguliers et systématiques qui soient valables pour tous les patients. On ne peut donc pas établir un « profil type de la communication par le dessin dans l'aphasie de Broca ». Cette irrégularité dans la capacité à transmettre une information par le dessin est à considérer aussi bien de façon inter-individuelle que de façon intra-individuelle.

D'une part, on relève entre les patients des différences notables dans la réalisation, dans la représentativité et dans l'informativité de leurs dessins respectifs. Ces différences sont liées à plusieurs critères :

- Les patients n'ont pas tous la même habileté générale. Ils sont plus ou moins adroits de leur main non-dominante, et leur état de santé global influe plus ou moins sur leur capacités motrices générales. Ainsi, certains patients ont un tracé relativement précis, fin et contrôlé (Messieurs D et P et Madame G) ; alors que d'autres patients ont une habileté graphique beaucoup moins fine, liée à des tremblements ou à une faiblesse dans la tenue du crayon (Messieurs E et Pi).
- Les patients n'ont pas tous les mêmes capacités praxiques. Si certains patients ont la capacité de planifier, de coordonner et de contrôler leurs gestes graphiques pour réaliser un dessin (en particulier Monsieur D et Madame G), d'autres patients ne disposent pas de praxies constructives suffisamment précises pour la réalisation d'une simple copie (Monsieur Pi).

- Les patients n'appréhendent pas tous le support imagé de la même façon. Quelques patients parviennent à l'utiliser de façon optimale, c'est-à-dire comme une aide à la génération de l'image mentale, sans basculer dans la copie servile (Madame G) ; alors que d'autres patients parviennent très difficilement à s'en détacher (Monsieur E), allant même jusqu'à adopter parfois un comportement de closing-in (Monsieur D).
- Les patients n'ont pas tous la même capacité à se faire une représentation mentale précise des objets à dessiner. La représentation figurative de l'image mentale de l'objet n'a pas toujours la même exactitude et la même précision suivant les patients.

Compte tenu de tous ces critères qui varient d'un individu à l'autre, l'aptitude à transmettre une information par le dessin varie sensiblement en fonction des patients.

D'autre part, on peut régulièrement relever chez un même patient des performances fluctuant d'un dessin à l'autre. Ainsi, pour la plupart des patients, on dispose d'au moins un contre-exemple qui infirme son aptitude générale à utiliser le dessin pour transmettre une information. En effet :

- Compte tenu de ses troubles praxiques, de sa faiblesse motrice, de ses difficultés à accéder aux images mentales, il semble a priori impossible pour Monsieur Pi de transmettre une information par le dessin. Il est pourtant parvenu à nous transmettre l'information « un arbre » à partir d'un mot écrit. C'est donc que ses capacités praxiques et de représentation mentales ne sont pas complètement inopérantes et que sa faiblesse motrice n'est pas totalement invalidante.
- Monsieur P alterne entre des dessins identifiables réalisés avec structure, et d'autres dessins aberrants réalisés servilement. Par exemple, dans le niveau des images partielles, si l'image intégrale d'un parapluie a été parfaitement dessinée, donc a été bien mentalisée, celle de la fourchette ne l'a pas du tout été, et a été recopiée avec une extrême servilité.
- C'est à peu près le même constat pour Monsieur E, lui aussi alternant entre des dessins réalisés de façons adaptée et inadaptée. Par exemple, les ciseaux du niveau des images

partielles sont dessinés intégralement alors que sa guitare est tronquée comme sur le modèle. Le dessin d'une main à partir d'une photographie est informatif et montre que le patient s'est référé à son imagerie mentale, alors que celui d'un nuage n'est pas informatif car réalisé de façon servile.

L'étude qualitative de la capacité de ces cinq patients à communiquer par le dessin nous confronte donc à de nombreux paradoxes. Les paradoxes inter-individuels que nous avons observés font qu'il nous est impossible de conclure sur une affirmation stricte et immuable quant à la capacité de l'ensemble des aphasiques de Broca à communiquer par le dessin. Nous ne pouvons pas nous permettre d'avancer une assertion du type : « Les aphasiques de Broca ont telle capacité à utiliser le dessin en tant que moyen de communication ». De la même manière, les paradoxes intra-individuels font qu'il ne nous est pas non plus possible d'affirmer sans réserve que « Tel patient a tel profil. » ou « Tel patient a telle capacité ou incapacité à communiquer par le dessin ».

* * *

L'habileté manuelle, la motricité générale, les compétences praxiques, la représentation mentale ou encore l'état de santé général sont autant de variables qui peuvent différer d'un individu à l'autre, et interférer différemment dans leur communication par le dessin. Il est donc imprudent de considérer que des personnes ayant le même diagnostic initial, une aphasie de Broca, présentent nécessairement les mêmes compétences dans un domaine précis, dans le cas présent la communication par le dessin.

Toutefois, bien que nous ne puissions nous permettre de faire des généralisations sur la communication par le dessin des aphasiques de Broca, nous pouvons tout de même relever chez ces patients quelques comportements similaires et récurrents.

Effectivement, d'une manière générale, si l'on compare les dessins des patients, on remarque chez chacun une différence notable entre les dessins réalisés à partir d'un support imagé et ceux réalisés à partir d'un support écrit. Bien sûr, au sein de chacune de ces deux catégories,

on peut déceler des différences de performances suivant les niveaux. Mais c'est surtout entre ces deux catégories que la stratégie, la planification du dessin, sa réalisation, son temps de réalisation, sa représentativité et son informativité diffèrent le plus. Remarquons toutefois qu'il est normal qu'un dessin réalisé à partir d'un support imagé soit plus précis et plus identifiable qu'un dessin réalisé à partir d'un support écrit, faisant donc appel à l'imagerie mentale. Il est en effet beaucoup plus aisé de dessiner un objet lorsqu'on dispose de son modèle. Seulement, les différences de performances entre ces deux façons de réaliser un dessin semblent amplifiées chez les patients aphasiques de Broca.

Pour l'ensemble de ces patients, les dessins à support imagé sont nettement plus identifiables que ceux à support écrit. L'absence de modèle, requérant nécessairement un accès à l'image mentale, rend la représentation graphique beaucoup plus vague, imprécise, incomplète ou déstructurée. Il semblerait donc que l'accès à cette imagerie mentale soit quelque chose de difficile pour les aphasiques de Broca (avec de nombreuses variations inter-individuelles). Ce trouble dans l'accès à l'image mentale serait alors compensé par un sur-investissement du modèle imagé. Ce serait la raison pour laquelle ces patients ont cette tendance à s'appuyer excessivement sur les modèles imagés, certains basculant même dans une véritable copie servile, proche d'un comportement de closing-in.

Cette adhérence excessive au modèle imagé apparaît alors comme une stratégie inconsciente de compensation. Le modèle imagé apporte une sécurité au patient. Celui-ci semble avoir davantage confiance en ce modèle imagé qu'en sa propre capacité à élaborer seul un dessin, d'où cet enfermement dans une trop fidèle copie perceptive.

Ce besoin de compensation ne se caractérise pas uniquement par une servilité de la copie ; mais aussi par d'autres types de comportements. C'est le cas de Messieurs D et E qui, dans le niveau des dessins à partir de phrases écrites ont cherché à compenser leur trouble de compréhension du langage écrit, en saisissant et en exploitant le seul mot qu'ils ont compris dans la phrase. Il n'ont pas pu effectuer d'analyse morphosyntaxique de leur phrase respective. Et ils ont compensé cette incapacité en se basant exclusivement sur le seul mot qu'ils ont perçu : *trousse* pour Monsieur D et *boîte à outils* pour Monsieur E.

On peut aussi citer un autre exemple des mêmes patients, Messieurs D et E, lesquels, confrontés à une difficulté pour communiquer par un dessin le sujet d'une photo, ont cherché à compenser cette difficulté en recopiant le contour rectangulaire de la photo. Il s'agit d'une

ultime mais vaine tentative de rendre leur dessin un peu plus informatif, afin de compenser le manque d'informativité de leur dessin initial.

Ainsi, sur l'ensemble de ces aphasiques de Broca en situation de transmettre une information par le dessin, on observe une volonté exacerbée d'être le plus informatif possible chez des personnes qui n'ont plus l'habitude de l'être. Ces patients sont confrontés à d'importants troubles du langage qui entravent le bon déroulement de leur communication. On imagine aisément l'importante frustration qui peut découler de cette perturbation dans la communication. Ainsi, dès lors qu'ils disposent d'un canal d'expression qu'il peuvent maîtriser, en l'occurrence le dessin (en particulier le dessin copié), ils l'exploitent à l'extrême pour compenser leurs troubles linguistiques. Mais cette utilisation compensatoire du dessin peut rapidement devenir excessive et produire un effet néfaste et contraire à celui désiré, c'est-à-dire nuire à l'informativité du dessin.

* * *

Au final, on peut dire qu'un aphasique de Broca peut utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternatif. En effet, tous les moyens sont bons pour communiquer et on a vu que les 5 patients étudiés avaient parfois la capacité, si minime soit-elle, d'utiliser le dessin pour communiquer des informations.

Ces patients n'ont pas de trouble de la communication à proprement parler. Si l'on considère leur communication verbale, on peut dire que ces patients sont présents et actifs dans cette communication. Ils ont simplement des troubles du langage liés à leur lésion cérébrale tels qu'une réduction du discours, un manque du mot, un agrammatisme ou encore des troubles arthriques qui génèrent des perturbations dans la communication verbale.

Concernant la communication par le dessin, le constat est le même. La communication par le dessin est tout à fait possible ; mais ces patients ont simplement des perturbations du dessin liés à leur lésion cérébrale, tels que des troubles praxiques, une maladresse motrice, une imprécision de l'imagerie mentale ou encore une tendance à la copie servile qui génèrent des perturbations dans la communication par le dessin.

Toutefois, si l'on admet que les aphasiques de Broca peuvent utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternatif, on a vu précédemment qu'il n'est pas réellement possible de fixer un niveau de performance valable pour tous. Malgré des points communs entre les patients, les performances et comportements observés dans cette étude sont trop disparates pour pouvoir établir un profil type de la communication par le dessin des aphasiques de Broca. Cette communication par le dessin est possible mais chaque sujet doit être considéré individuellement.

2 Limites présentées par cette étude

Cette étude présente certaines limites que nous tenons à évoquer. Nous en observons deux en particulier.

La première est évidemment la petitesse de notre échantillon de patients. La petite taille de notre population ne permet pas une analyse rigoureusement scientifique ni une généralisation de nos résultats. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons exclu de notre étude toutes analyses statistiques et chiffrées, et avons préféré des analyses purement qualitatives et individuelles. A partir d'un échantillon de 5 personnes, il n'aurait pas été rigoureux de vouloir dégager des statistiques sur la capacité des aphasiques de Broca à utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternatif. Il serait intéressant d'élargir l'échantillon de façon à pouvoir obtenir des données plus précises ; ce qui pourrait faire l'objet d'une prochaine étude ou d'un prochain mémoire.

La seconde limite est liée au protocole que nous avons mis en place. Nous avons cherché à observer la capacité des patients à nous transmettre une information par le dessin. Pour cela, nous nous sommes efforcés dans la présentation et dans la passation du protocole, de rendre cette situation de communication la plus naturelle possible. Toutefois, malgré tous nos efforts, une situation de communication générée par un protocole ne peut être aussi naturelle et aussi

spontanée qu'une situation de communication réelle. Dans l'idéal, pour analyser avec le plus d'objectivité l'utilisation du dessin à but communicatif, il aurait donc fallu observer ces patients en dehors de tout carcan protocolaire, et faire l'analyse qualitative des éventuels dessins réalisés spontanément dans leur vie quotidienne. Mais la rareté de l'utilisation du dessin en tant que moyen de communication, ainsi que le temps restreint dont nous disposions, ne nous auraient pas permis de récolter suffisamment de cas exploitables.

CONCLUSION

L'utilisation du dessin en tant que moyen de communication chez des sujets aphasiques est un domaine peu exploré dans la littérature scientifique et pour lequel il existe peu de protocoles d'évaluation. Seul le Test Lillois de Communication examine brièvement ce mode de communication. C'est la raison pour laquelle nous avons orienté notre mémoire de recherche sur l'analyse de la capacité des aphasiques de Broca à utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternatif.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons élaboré un protocole d'évaluation de la communication par le dessin. La passation de ce protocole à 5 patients présentant une aphasie de Broca nous permet de dire que le dessin peut être utilisé par les aphasiques de Broca pour communiquer, mais qu'il n'est pas possible d'établir pour cette population un profil standard de leur capacité à utiliser ce canal. Les dessins obtenus sont effectivement trop différents d'un sujet à l'autre pour pouvoir en dégager des généralisations strictes.

Toutefois, nous avons pu observer entre les patients quelques similitudes, notamment une difficulté (variable selon les patients) à accéder avec précision à une image mentale des objets. Cette difficulté serait alors régulièrement compensée par une copie plus ou moins excessive et servile des modèles imagés.

Si la communication par le dessin est possible pour les aphasiques de Broca, les lésions cérébrales dont ils sont porteurs semblent tout de même générer des troubles dans la réalisation de leurs dessins, lesquels peuvent alors apparaître parfois imprécis, confus, surchargés, désorganisés ou déstructurés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bibliographie

BAYLON Christian & MIGNOT Xavier (1999) *La communication*. Editions A. Colin.

BEAUDICHON Janine (1999) *La communication, processus, formes et applications*. Editions A. Colin.

BRIN Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle & MASY Véronique (2004) *Dictionnaire d'orthophonie*. Orthoédition.

DARRAS Bernard, *Au commencement était l'image (du dessin de l'enfant à la communication de l'adulte)*. Editions ESF éd.

FILY Dominique. (1999) *Corps d'enfant. (Actes du colloque de Nantes organisé par Dominique Fily le 30 janvier 1999)* Editions Erès.

GOLSE Bernard & BURSZTEJN Claude (1990) *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*. Editions Masson.

KERBRAT-ORECCHIONI Catherine (1990) *Les interactions verbales 1/ Approche interactionnelle et structure des conversations*. Editions A. Colin.

LANTERY Anny (1995) *Restauration du langage chez l'aphasique*. Editions De Boeck.

LECOURS André Roch & LHERMITTE François (1979) *L'aphasie*. Editions Flammarion.

MARTIN Carine (2004) *Le dessin comme moyen de facilitation pour des sujets aphasiques présentant un manque du mot*. Mémoire d'orthophonie, Nantes.

MAZAUX Jean-Michel, PRADAT-DIEHL Pascale & BRUN Vincent (2007) *Aphasies et aphasiques*. Editions Masson.

NAUDIN Claude & GRUMBACH Nicole (2000) *Larousse médical*. Editions Larousse-Bordas.

NESPOULOUS Jean-Luc, JOANETTE Yves. & LECOURS André Roch. (1986) *MT86 Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique du sujet aphasique*. OrthoEdition.

SABADEL (2008) *Une plume à mon cerveau*. (préface de Philippe Van Eeckhout) Editions Fabert.

SABOURAUD Olivier (1995) *Le langage et ses maux*. Editions Odile Jacob.

SERRON Xavier & JEANNEROD Marc (1994) *Neuropsychologie humaine*. Editions Maradaga.

TISSOT Anne (1988) *Rééducation de l'aphasique adulte*. Editions Masson.

VAN DER LINDEN Martial (1999) *Neuropsychologie des lobes frontaux*. Editions Solal.

ANNEXES

Sommaire des Annexes

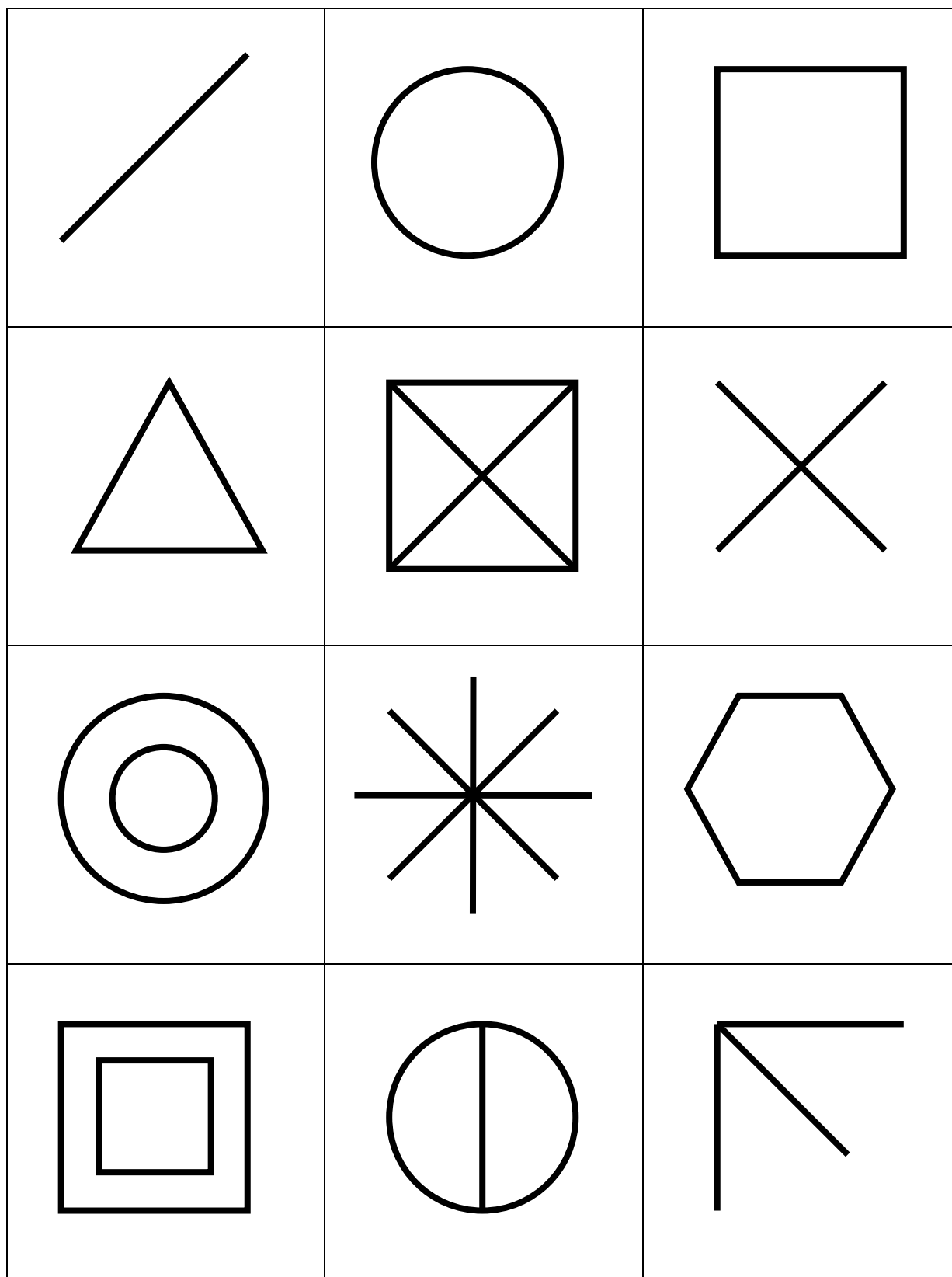
Les 12 étiquettes de chacun des 8 niveaux du protocole d'évaluation du dessin : 114

- Etiquettes du niveau des symboles non-représentatifs simple 114
- Etiquettes du niveau des images représentatives simples 115
- Etiquettes du niveau des images représentatives complexes 116
- Etiquettes du niveau des images représentatives partielles..... 117
- Etiquettes du niveau des photographies 118
- Etiquettes du niveau des mots écrits d'objets 119
- Etiquettes du niveau des mots écrits d'actions 120
- Etiquettes du niveau des phrases et définitions..... 121

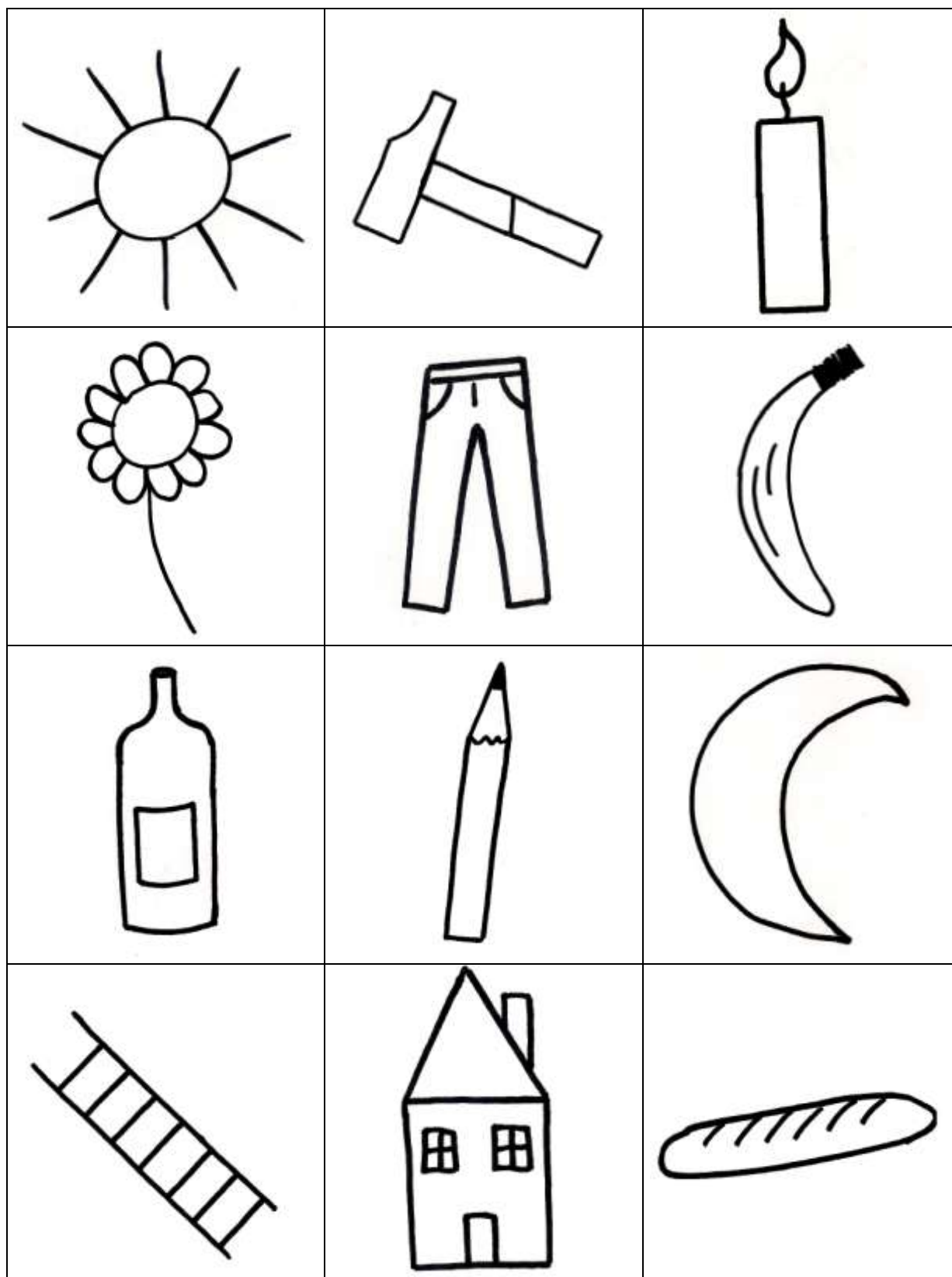
Passation du protocole à deux sujets sains : 122

- Premier témoin : un homme de 45 ans..... 122
- Deuxième témoin : une femme de 60 ans 123

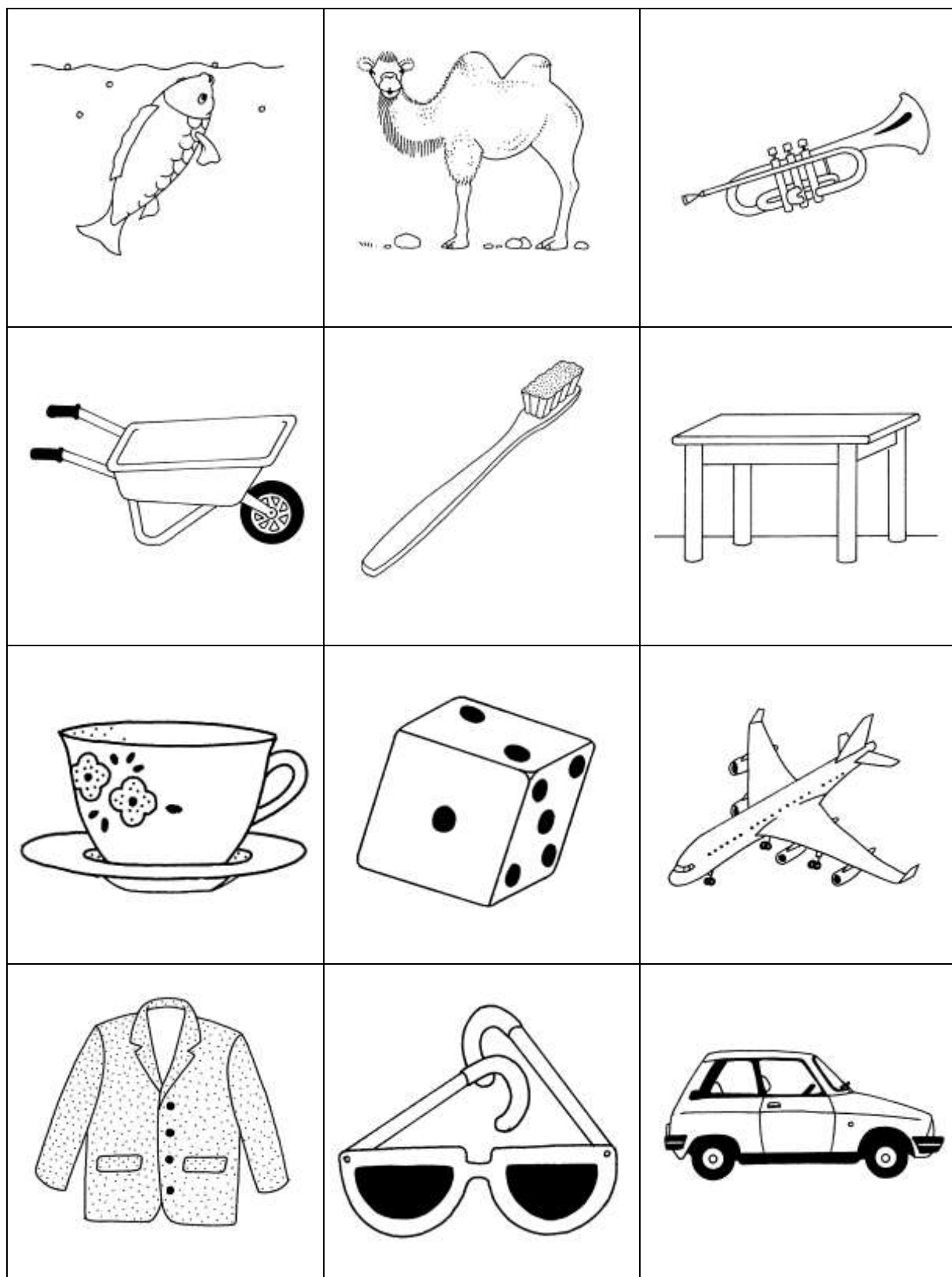
Etiquettes du niveau des symboles non représentatifs simples



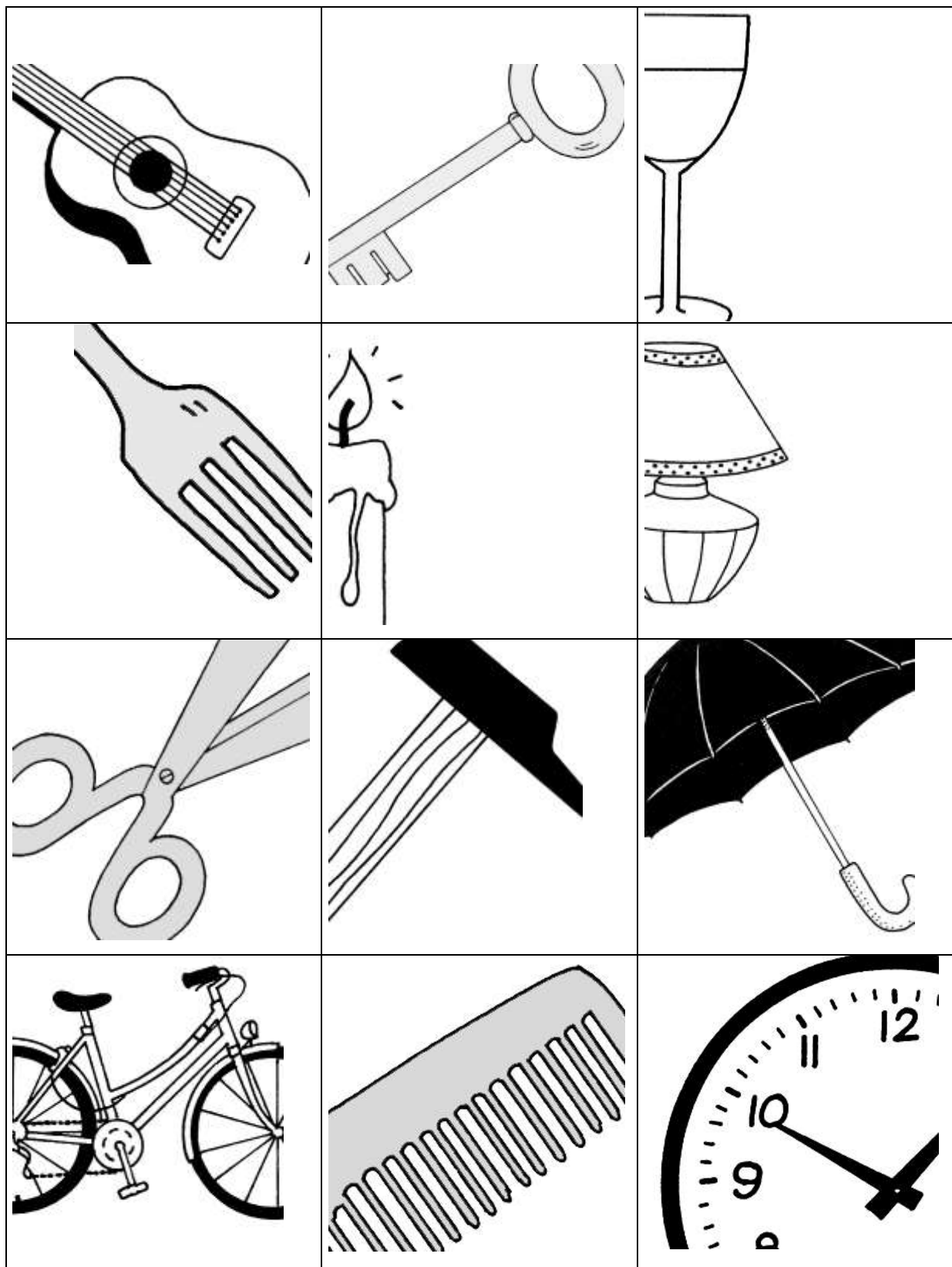
Etiquettes du niveau des images représentatives simples



Etiquettes du niveau des images représentatives complexes



Etiquettes du niveau des images représentatives partielles



Etiquettes du niveau des photographies



Etiquettes du niveau des mots écrits d'objets

Une fourchette	Une casserole
Un vélo	Une guitare
Une chaise	Un arbre
Un escargot	Du raisin
Une girafe	Une montre
Une raquette	Un arbre

Etiquettes du niveau des mots écrits d'actions

téléphoner	monter
regarder	scier
découper	dormir
cueillir	pédaler
conduire	écrire
pleurer	allumer

Etiquettes du niveau des phrases et définitions

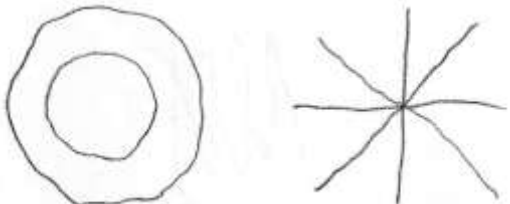
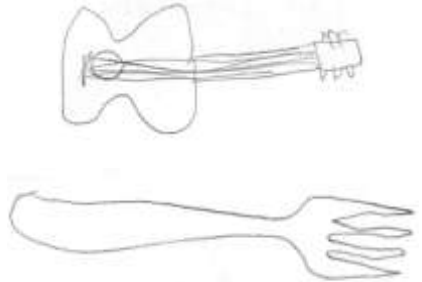
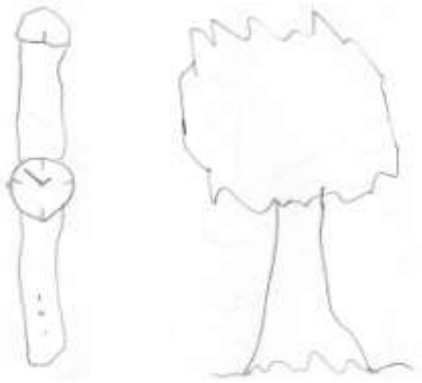
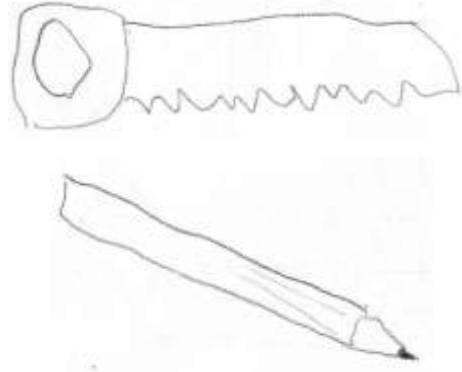
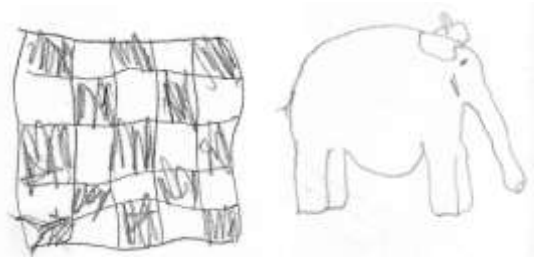
- Liste 1 : Les définitions

Véhicule utilisé par les agriculteurs pour tirer les remorques.
Personnage fabriqué avec de la neige par les enfants.
Objet dur et blanc que rongent les chiens.
Objet attaché au poignet qui indique l'heure.
Plateau sur lequel on peut jouer aux échecs ou aux dames.
Fruit jaune et allongé que mangent les singes.

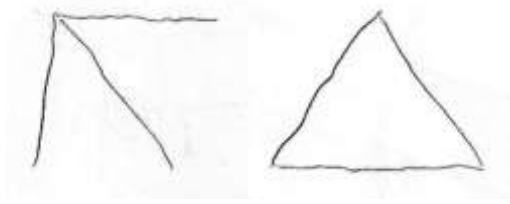
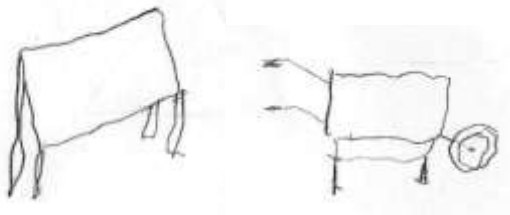
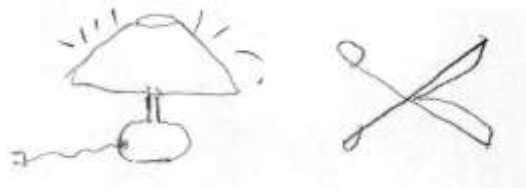
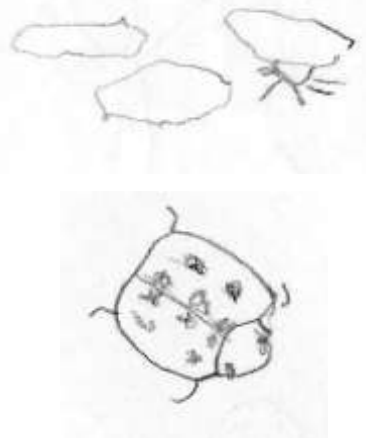
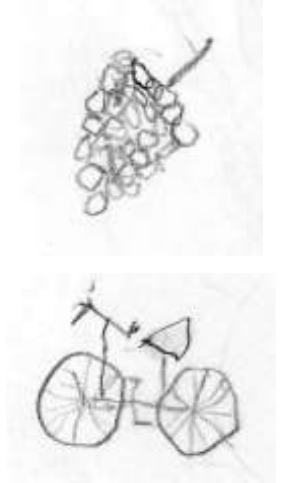
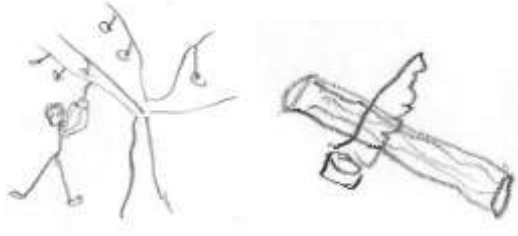
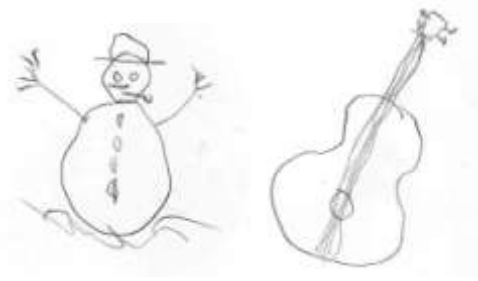
- Liste 2 : Les phrases ouvertes

Objet qu'on peut trouver dans une boîte à outils.
C'est un moyen de transport.
Ca peut se manger.
Objet qu'on peut trouver dans la trousse d'un écolier.
C'est un instrument de musique.
On peut en voir dans un zoo.

Passation du protocole à un 1^{er} témoin : un homme de 45 ans

 Niveau des images non-représentatives	 Niveau des images représentatives simples : une fleur, une maison
 Niveau des images représentatives complexes : un chameau, une table	 Niveau des images représentatives partielles : une guitare, une fourchette
 Niveau des photographies : une main, des nuages	 Niveau des mots écrits d'objets : une montre, un arbre
 Niveau des mots écrits d'action : scier, écrire	 Niveau des phrases et définitions : un damier, un animal de zoo

Passation du protocole à un 2^{ème} témoin : une femme de 60 ans

 Niveau des images non-représentatives	 Niveau des images représentatives simples : une maison, un crayon
 Niveau des images représentatives complexes : une table, une brouette	 Niveau des images représentatives partielles : une lampe, des ciseaux
 Niveau des photographies : des nuages, une coccinelle	 Niveau des mots écrits d'objets : du raisin, un vélo
 Niveau des mots écrits d'action : cueillir, scier	 Niveau des phrases et définitions : un bonhomme de neige, un instrument de musique

Résumé :

Ce mémoire porte sur la capacité des aphasiques de Broca à utiliser le dessin en tant que moyen de communication alternatif. Dans une première partie théorique, sont décrits les éléments cliniques de l'aphasie de Broca, les différents modèles de la communication, la communication chez les aphasiques, ainsi que les aptitudes requises pour dessiner. Puis, dans une seconde partie pratique, un protocole d'évaluation de la communication par le dessin est présenté. La passation de ce protocole à cinq patients aphasiques de Broca, ainsi que l'analyse qualitative de chacun de leurs dessins permet de dire que le dessin peut être utilisé par les aphasiques de Broca pour communiquer, mais qu'il n'est pas possible d'établir pour cette population un profil standard de leur capacité à utiliser ce canal. En effet, si l'on observe entre ces patients quelques troubles similaires dans la réalisation d'un dessin et dans son utilisation en tant que moyen de communication, les différences inter-individuelles sont trop importantes pour pouvoir en dégager des généralisations strictes.

Mots-Clés :

- aphasie de Broca
- communication
- communication alternative
- dessin
- représentation mentale