

RÉSUMÉ

Cet article présente un nouvel outil d'évaluation de l'efficacité de la communication des personnes aphasiques dans la vie quotidienne, l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux, ainsi que ses procédures d'élaboration. D'utilisation simple et rapide, cette Echelle est constituée de 34 questions explorant des situations de communication courante. Les résultats s'expriment sous la forme d'un profil permettant de repérer facilement les secteurs les plus perturbés, et d'un score additif global. Les travaux de validation ont été menés chez des sujets sains et chez 127 personnes aphasiques. La reproductibilité inter-observateurs, la consistance interne et la validité convergente sont satisfaisantes. La validité de construit a été évaluée par une analyse en composantes principales qui a montré l'existence d'un seul facteur principal sous-jacent aux 34 questions. Cette Echelle devrait rendre de précieux services, d'une part aux thérapeutes pour aider à fixer les objectifs de la thérapie et évaluer les résultats de la rééducation, d'autre part, en recherche clinique, pour aider à mieux connaître le handicap social qu'entraîne l'aphasie.

MOTS CLÉ :

Evaluation écologique - Communication - Pragmatique - Aphasie.

Bénédicte Darrigrand
Orthophoniste
Hôpital Garderose,
Service de Rééducation
Fonctionnelle, Pav. 48,
CH Libourne,
33505 Libourne cedex

Jean-Michel Mazaux
Professeur des Universités,
Praticien hospitalier,
Groupe Handicap et Cognition,
EA 487, Université Victor Segalen,
Bordeaux 2, 33076 Bordeaux cedex

L'ECHELLE DE COMMUNICATION VERBALE DE BORDEAUX : UNE ÉVALUATION DES COMPÉTENCES COMMUNICATIVES DES PERSONNES APHASIQUES

par Bénédicte Darrigrand et Jean-Michel Mazaux

SUMMARY : Bordeaux Verbal Communication Scale : assessing communicative abilities of aphasic patients

We present in this paper a new verbal communication scale : the Bordeaux Verbal Communication Disability Rating Scale, developed in view of assessing in which situations of communication in daily living aphasic patients are the most impaired. This Scale is composed of 34 questions and it is easy and quick to administrate. Data appear as a graphic visual profile and as a cumulative index score. Validation studies provided evidence of a good reliability and a good internal consistency. In data from 127 aphasic patients an analysis of the main components showed one valid factor within the 34 items. This Scale will probably be very useful first for clinicians and speech therapists to design the aims of their therapies and to look at their results as well as for clinical research, helping to improve our general knowledge of communication disabilities and handicap induced by aphasia.

KEY WORDS :

Ecological assessment - Communication - Pragmatics - Aphasia.

INTRODUCTION

L'évaluation de l'aphasie reste un problème difficile et controversé. Les cliniciens et les thérapeutes disposent en effet de batteries d'évaluation des atteintes linguistiques, qui leur permettent d'en analyser avec précision la symptomatologie, mais ils sont démunis pour apprécier avec objectivité les altérations de la communication, c'est-à-dire le retentissement de la maladie dans la vie quotidienne des personnes aphasiques, et le préjudice familial et social qui en résulte*.

En référence à la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'O.M.S*, l'évaluation des symptômes aphasiques doit donc être complétée :

- par une évaluation des incapacités (ou Activités, dans la révision 1997 de cette Classification), qui se situent au niveau de la réalisation potentielle d'un acte de communication,
- et par une évaluation des situations de handicap, ou désavantage social, qui apparaissent au moment de sa réalisation.

L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) essaie d'apporter une réponse à ce problème en évaluant l'efficacité de la communication des personnes aphasiques dans des situations de la vie quotidienne*. En s'intéressant au vécu du patient, elle vient compléter les tests classiques d'aphasie et les évaluations qualitatives de la communication.

L'objet de cet article est de présenter cette Echelle et de décrire les différentes étapes de son élaboration.

*Joanette et Nespoulous, 1986

*W.H.O, 1980

*Darrigrand et Mazaux, 2000

DESCRIPTION

L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux est un entretien semi-dirigé qui dure 20 à 30 minutes selon les patients. C'est un outil destiné aux thérapeutes du langage qui ne demande pas d'entraînement préalable ni de connaissance spécifique si ce n'est la connaissance de la pathologie du langage et l'habitude de la pratique rééducative auprès de patients aphasiques. L'entretien débute par un questionnaire rapide sur la biographie de la personne et l'histoire de sa maladie. Puis, l'examinateur propose **34 questions** qui font l'objet d'une cotation quantitative et permettent le calcul d'un score. Ces questions sont réparties en sept rubriques explorant les domaines suivants : expression des besoins et des intentions, conversation, utilisation du téléphone, achats, communication dans les relations sociales, lecture et écriture. Au questionnaire principal s'ajoutent **9 questions** complémentaires qui n'entrent pas dans le calcul du score final parce qu'on ne peut attribuer à leurs réponses une valeur numérique fixe, mais qui apportent des informations importantes aux rééducateurs. En effet, trois d'entre elles abordent la manière de communiquer du sujet et les stratégies de compensation qu'il peut développer (gestualité, écriture). Deux autres s'intéressent au désir de communiquer et à la richesse des relations sociales par comparaison aux habitudes passées. Deux autres abordent le versant réceptif de la communication : que fait le patient lorsqu'il ne comprend pas ce qu'on lui dit ? Enfin, deux questions explorent le calcul mental et la gestion du budget.

Les questions qui composent l'Echelle s'intéressent à deux niveaux de communication : le niveau familial (famille et proches) et le niveau non-familial pour considérer à la fois des situations où le savoir commun entre les interlocuteurs est riche et représente une aide à la communication, et des situations où ce savoir commun fait défaut, et où aucune habitude de communication ne peut pallier le handicap lié à l'aphasie. Les questions sont illustrées par de nombreux exemples concrets qui permettent au sujet d'évoquer une situation vécue, ou de l'imaginer facilement si elle ne s'est pas présentée. En voici des exemples :

- « Quand vous voulez prendre un rendez-vous avec quelqu'un, par exemple votre médecin ou votre orthophoniste, est-ce vous qui téléphonez ? »
- « Au restaurant (au café), avez-vous des difficultés pour passer votre commande vous-même ? »

Pour chaque question, quatre réponses sont proposées et le patient choisit celle qui correspond le mieux à son comportement. Il s'agit en général d'adverbes de temps qui révèlent la fréquence des difficultés ou la fréquence d'apparition du comportement de communication. Les plus habituels sont : jamais, quelquefois, souvent, toujours. Ces adverbes n'apparaissent pas systématiquement dans cet ordre pour éviter tout automatisme dans les réponses ou l'attribution d'une valeur positive ou négative à l'un d'eux (en effet, selon la tournure linguistique des questions, répondre « jamais » pourra refléter un comportement de communication soit efficace soit déficitaire).

En fin d'entretien, le patient est invité à faire une appréciation globale de sa communication en indiquant un degré de satisfaction sur une **échelle visuelle analogique**.

L'Echelle s'adresse à des sujets âgés de plus de quinze ans, qui ont eu l'occasion d'être confrontés aux situations de communication de la vie courante, qui ont donc retrouvé un milieu ordinaire de vie. Les troubles cognitifs associés qu'on rencontre habituellement en cas de traumatisme crânien ou de démence vasculaire n'empêchent pas a priori d'utiliser l'Echelle, mais peuvent poser des problèmes d'interprétation.

Un membre de la famille ou un proche peut être interrogé en complément lorsque les troubles de la communication sont trop sévères.

Les **résultats** sont reportés sur un profil qui permet une appréciation visuelle rapide des points forts et des points faibles de la communication du sujet. Une communication efficace donne un profil tracé vers la droite, une communication altérée sera tracée vers la gauche. La lecture de ce profil se fait par colonnes mais aussi par rubriques : une personne peut, par exemple, ne pas utiliser le téléphone mais converser de manière satisfaisante... Une valeur comprise entre 0 et 3 est attribuée à chaque réponse des 34 questions cotées ce qui permet le calcul d'un score final sur 102 (3 x 34).

ELABORATION

L'ECVB est le fruit d'une démarche empirique en ce qui concerne son organisation générale et l'élaboration de son contenu. C'est principalement notre expérience clinique et ce que nous pouvions connaître des difficultés des personnes aphasiques qui nous ont guidés. Cependant, le souci d'apprécier les compétences communicatives d'une personne aphasique est une préoccupation ancienne à laquelle la linguistique pragmatique comme l'évaluation fonctionnelle ont tenté de répondre. Le travail préliminaire à la construction de l'Echelle fut donc d'analyser les outils existants pour en repérer les avantages et les limites.

Analyse des outils existants

Dans le champ de l'évaluation fonctionnelle de la communication, le Porch Index Communicative Ability* explorant davantage le langage que la communication, le premier outil mis à la disposition des cliniciens fut, à notre connaissance, le Profil de Communication Fonctionnelle (PCF) de Taylor-Sarno* qui donne une évaluation fonctionnelle de la performance langagière et communicationnelle du patient après un entretien non dirigé d'une heure à 1 h 30. Nous avons été très intéressés par cet outil car il permet une comparaison avec l'état antérieur du sujet et étudie la communication par modalités. Malheureusement, les questions ne distinguent pas les déficiences linguis-

*Porch, 1967

* Référence p. 7

tiques des incapacités de communication, et le test est long*. Le Communicative Abilities in Daily Living (CADL) de Holland a pour but de recenser et de mesurer les capacités communicatives résiduelles de la personne aphasique, à partir de jeux de rôle enregistrés pendant deux heures par vidéo*. Ce test permet une appréciation des capacités générales de communication de la personne et l'établissement d'un profil de communication. La procédure coûteuse en temps et en matériel pénalise cet outil qui s'est pourtant révélé fiable et assez sensible. De plus, selon nous, le risque de tester une simple capacité à jouer un rôle, sans transfert dans la vie réelle, n'est pas écarté. Le Speech Questionnaire de Lincoln explore l'expression et la compréhension orales à travers des questions adressées aux proches et à l'entourage du patient*. Il est simple et rapide, les réponses sont binaires (oui/non). Sa reproductibilité est bonne, mais il manque de sensibilité à l'évolution et de précision car il reste éloigné des situations de la vie courante. Il présente en outre l'inconvénient de ne pas prendre en compte l'opinion du malade lui-même.

*Taylor-Sarno, 1965

*Holland, 1980

*Lincoln, 1982

Parallèlement au développement de ces évaluations fonctionnelles, apparurent des outils issus de la linguistique pragmatique. En référence notamment aux travaux de l'école de Palo Alto, des protocoles ont été développés pour étudier les actes de communication avec des paramètres spécifiques : contextes énonciatifs, rôle du locuteur, réactions des partenaires, nombre et type de prises de parole ou de pauses, alternance des tours de parole, marques non verbales : intonation, mimiques, regards, gestes et postures ... La Grille PACE « Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness »* s'intéresse à la communication globale. Patient et examinateur doivent alternativement transmettre à l'autre des informations et ont recours pour cela aux moyens qu'ils souhaitent (parole, mimes...). C'est une technique d'évaluation et surtout de rééducation. Le cadre est artificiel mais l'échange est naturel. Cette Grille donne une idée des ressources d'un patient en matière de communication mais ne renseigne pas véritablement sur son comportement dans la vie réelle. C'est un outil assez riche qui nécessite malheureusement une procédure lourde ce qui le rend peu utilisable. Le Protocole de Pragmatique de Prutting et Kirchner recense les actes de communication du patient (actes déclaratifs, propositionnels, illocutoires, perlocutoires) puis les apprécie en fonction de leur caractère approprié ou non, c'est-à-dire selon qu'ils facilitent ou pénalisent l'échange*. C'est un outil qui analyse de manière fine les interactions dans la communication mais cette évaluation est faite sous un angle exclusivement linguistique et reste donc assez éloigné d'une analyse écologique. Le protocole de Penn* est composé de 6 catégories : réponses à l'interlocuteur, contrôle du contenu sémantique, cohésion, fluidité, sensibilité socio-linguistique, communication non-verbale. Développé principalement pour les enfants dysphasiques, il se rapproche beaucoup du Prutting et Kirchner, tout en étant plus précis. Il n'a pas été beaucoup utilisé chez l'aphasique. La Grille d'Observation Pragmatique des Comportements de Communication (GOPCC) de Morin* est davantage un outil d'analyse de corpus linguistique qu'un moyen d'évaluation formel. La grille comporte 8 rubriques : motivation globale à interagir, intelligibilité globale, compréhension globale, ajustement harmonieux des interlocuteurs, aspects non verbaux, actes de langage, échange d'information, aspects socio-linguistiques. Mazzucchi a également développé un protocole pragmatique de communication*, composé de quatre parties :

*Davis et Wilcox, 1981

*Prutting et Kirchner, 1983

*Penn 1983

*Morin et coll., 1985

*Mazzucchi, 1995

- qualité de l'élocution : aspect verbal, aspect non verbal ;
- actes propositionnels : aspects verbaux, aspects non verbaux ;
- intention locutoire : interaction verbale ;
- séquences des actes de parole.

La cotation se fait par fréquence d'occurrence d'items linguistiques. Nous n'avons pas d'information sur les conditions de validation. Enfin, très récemment, Lefevre et collaborateurs ont proposé le TLC, Test Lillois de Communication, qui comporte 3 grilles d'évaluation : « Attention et motivation à la communication », « Communication verbale », et « Communication non verbale », cotées à partir d'un entretien dirigé de 7 questions, d'une discussion ouverte sur un sujet polémique, d'une situation de thérapie PACE et d'un questionnaire à l'entourage*. Comme les précédents, ces trois derniers outils s'in-

*Lefevre et coll, 2000

téressent uniquement à l'aspect qualitatif de la communication et restent assez éloignés d'une évaluation de l'efficacité de celle-ci en situation réelle.

Enfin, deux outils nous paraissent se situer en position intermédiaire entre la linguistique pragmatique et l'évaluation fonctionnelle. Il s'agit de L'Everyday Language Test (ELT) de Blomert qui est un test basé sur des jeux de rôle inspirés de situations quotidiennes. Il analyse les interventions orales des patients selon deux critères : éléments essentiels au sens, éléments non indispensables. Sa reproductibilité est bonne (90%) mais il présente l'inconvénient de s'intéresser exclusivement aux performances verbales des sujets*. Le Protocole de Herrmann a pour objectif d'évaluer la communication globale dans un but diagnostique. Il permet d'établir un score et de repérer les stratégies de communication utilisées par le sujet, englobant ainsi l'aspect quantitatif et l'aspect qualitatif de celle-ci. Il est d'utilisation facile et assez rapide mais il présente l'inconvénient de tester uniquement la communication courante. En outre, la cotation qualitative des stratégies est difficile*.

*Blomert et coll, 1987

*Herrmann et coll, 1989

D'une manière générale, ces outils permettent une analyse fine des interactions dans la communication mais ils restent complexes, peu reproductibles, difficiles à appliquer en clinique et, pour certains, abordent la communication sous un angle exclusivement linguistique. Ils n'apportent pas ou peu d'informations sur le résultat, c'est-à-dire l'efficacité de la communication dans la vie familiale et sociale.

Cadre théorique de l'ECVB

La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps nous a semblé représenter le cadre théorique le plus adapté à notre recherche. Cette classification proposée par Wood et collaborateurs, rend compte du caractère multidimensionnel des problèmes de santé et d'insertion sociale des personnes qui gardent des séquelles invalidantes à l'issue de l'évolution et du traitement d'affections médicales ou de traumatismes*. Elle se caractérise par trois niveaux d'analyse : la déficience, l'incapacité, et le désavantage social ou handicap. La déficience est un déficit ou une altération d'une fonction physique ou psychologique résultant d'une maladie ou d'un traumatisme. Le terme d'incapacité désigne les réductions d'aptitudes et de capacités fonctionnelles qui résultent de ces déficiences. Le désavantage social désigne l'ensemble des restrictions de rôle et d'activités sociales qui apparaissent par confrontation entre l'individu porteur d'incapacité et son environnement architectural, matériel et humain. Il inclut la dimension psychologique liée au regard porté par la société sur ces personnes. Dans le domaine de l'aphasie, les symptômes : réduction, agrammatisme, manque du mot, paraphasies etc, sont des déficiences. Les déficits de la communication, en tant que perturbation d'une fonction linguistique sont recensés au titre des incapacités. Le handicap, ou désavantage social apparaît chaque fois qu'une personne aphasique se trouve en difficulté pour exprimer ou comprendre des idées, des sentiments ou des intentions dans les situations d'interaction familiales et sociales.

*W.H.O, 1980

Documenter l'efficacité de la communication dans la vie familiale et sociale des personnes aphasiques nous a ainsi conduits à situer notre démarche au niveau du désavantage social pour certaines questions, et au niveau des incapacités pour d'autres.

Choix du type d'outil d'évaluation

L'analyse des tests et protocoles précédents nous a permis de dégager quelques impératifs à respecter dans l'élaboration d'un nouvel outil. Pour être exploitable, celui-ci devait être de passation rapide afin de ne pas fatiguer les patients ; simple à utiliser et à analyser car la maniabilité est l'un des principaux critères d'utilisation des thérapeutes ; il devait également être peu coûteux en personnel et en matériel : les procédures lourdes sont un frein réel à l'utilisation d'un outil d'évaluation. Par ailleurs, notre objectif étant de créer un outil écologique, l'évaluation devait rester très proche de ce que les patients vivent au quotidien.

Nous avons choisi d'emblée de nous adresser au patient lui-même car il nous semblait important de donner la parole aux aphasiques, ceux-ci étant les mieux placés pour rendre compte de leurs difficultés. Pour que l'entourage ne soit pas écarté de l'entretien, nous avons prévu de recueillir son opinion de façon complémentaire.

A ce moment de la recherche, la question de la forme de ce nouvel outil s'est trouvée posée. Comment recueillir les informations ? Quelle approche permet une évaluation de la communication des personnes aphasiques qui soit un reflet fidèle de leur quotidien ? Il y a, classiquement, trois manières d'évaluer la communication fonctionnelle :

- l'observation du patient dans son milieu réel de vie ; c'est la méthode idéale, mais elle se heurte à des problèmes de faisabilité, de reproductibilité et de coût (en temps, en examinateurs).
- la simulation de la vie quotidienne par des jeux de rôles, qui offre l'avantage d'une faisabilité nettement plus grande mais peut présenter des problèmes de reproductibilité et de coût en temps (passation et analyse des données recueillies longues).
- les questionnaires qui ont l'avantage d'être peu coûteux (en matériel, en personnel et en temps) mais présentent l'inconvénient d'être subjectifs et parfois intrusifs, le patient pouvant avoir le sentiment de subir un interrogatoire.

Nous souhaitions éviter au maximum de mettre les patients en situation de test. Pour des raisons de faisabilité, de difficulté d'évaluation codifiée et de reproductibilité, nous avons renoncé à l'idée d'une évaluation en situation réelle, bien que ce fût notre première intention : proposer aux patients quelques situations simples de communication (acheter un magazine, téléphoner, commander un taxi, demander son chemin...) en présence de l'évaluateur. Nous avons également écarté les évaluations en situation pseudo-réelle (jeux de rôles), car, outre les inconvénients déjà cités, la présence du thérapeute nous semblait créer un biais dans l'évaluation. En effet, cette présence peut influencer le comportement du patient dans le sens d'une plus grande inhibition (ce qui est rare) ou, au contraire, d'une plus grande exploitation de ses ressources. Le thérapeute peut, sans en être toujours conscient, encourager le patient, ou le solliciter d'une manière plus pressante que ne le ferait la réalité où, la plupart du temps, la personne peut fuir une situation trop contraignante ou trop difficile pour elle et n'est pas encouragée à surmonter ses réticences.

Notre choix s'est alors porté sur l'élaboration d'un questionnaire. Cette forme, bien qu'imparfaite, répondait aux contraintes que nous nous étions données (simplicité, rapidité, questionnement de la personne aphasique elle-même et évitement de la situation de test). En choisissant cette procédure, nous évitions aussi l'écueil des situations qui « s'inspirent » de la vie réelle tout en restant dans un cadre artificiel, puisque nous évoquons des situations que le patient a déjà rencontrées ou qu'il peut imaginer. Cette démarche permet de rester au plus près de la vie réelle car la personne fait appel soit à ses souvenirs, soit à son imagination en se projetant par la pensée dans la situation proposée.

Elaboration du contenu

Pour apprécier l'aphasie en tant que handicap de communication, il était nécessaire de repérer les besoins en communication d'un individu donné, dans des situations données et en présence d'interlocuteurs différents. Nous avons donc recensé des situations de communication quotidienne susceptibles d'être des situations de handicap pour une personne aphasique : elles constituent les rubriques de l'Echelle : conversation, utilisation du téléphone, achats,

Le choix entre une analyse qualitative et une analyse quantitative s'est fait assez rapidement. En effet, nous souhaitions d'une part, faire une évaluation centrée sur le vécu

de la personne aphasique, et, d'autre part, nous intéresser à l'efficacité de sa communication et à la fréquence de celle-ci. Nous avons donc privilégié la dimension quantitative : nous souhaitons savoir si le patient communique dans une situation donnée, quelle que soit sa manière de le faire. C'est pourquoi, contrairement aux analyses pragmatiques qui étudient l'intentionnalité, nous avons choisi d'énoncer celle-ci dans les questions afin qu'elle serve de contexte pour une bonne compréhension. Pour la même raison, nous n'analysons pas les réponses puisqu'elles sont déjà formulées et nous invitons simplement la personne à en choisir une.

Une étape importante fut de décider du type de questionnement. Nos versions initiales proposaient une évaluation comparative entre le comportement antérieur à l'aphasie et le comportement actuel inspirée du PCF de Taylor-Sarno, mais, sur les conseils d'experts en méthodologie, nous avons renoncé à ce type de formulation. Notre choix s'est alors porté sur une évaluation de l'occurrence des comportements de communication à l'aide d'adverbes de temps qui permettent d'évaluer la fréquence d'apparition des difficultés ou des comportements de communication en ignorant les variations inter-individuelles. En effet, une fréquence d'apparition d'un comportement (de type : une fois par semaine, une fois par mois...) ne pouvait s'appliquer à toutes les personnes interrogées. Tel patient estimera sortir « souvent » parce qu'il sort deux fois par semaine alors qu'un autre donnera la même réponse pour un nombre de sorties différent : les habitudes de vie sont trop variables d'un individu à l'autre pour qu'un tel type de questionnement soit valable. Les adverbes de temps permettent à chaque patient de répondre en fonction de ses propres critères d'appréciation.

L'étape suivante consista à formuler les questions en ayant comme préoccupation principale leur pertinence et leur recevabilité : étaient-elles compréhensibles ? adaptées ? non ambiguës ? Nous avons ainsi apporté un soin particulier au vocabulaire employé, privilégiant les termes simples et les tournures linguistiques proches du langage parlé pour faciliter la compréhension. Afin d'éviter le style « questionnaire administratif », nous avons choisi de présenter l'Echelle comme une enquête sur des situations de communication.

Nous souhaitons rendre celle-ci vivante par une évocation rapide de situations vécues ou aisément imaginables. C'est pourquoi nous avons illustré les questions d'exemples qui peuvent s'adresser à tous les patients indépendamment de l'âge, du sexe et du niveau socio-culturel. Ces exemples devaient aussi être suffisamment neutres pour ne pas induire de réponse passionnelle en réaction à l'exemple donné (ainsi : « la religion » ou « la politique » ont été retirés des exemples de sujets abstraits...). Nous voulions également qu'ils soient suffisamment explicites et concrets pour que l'évocation d'une situation déjà rencontrée ou imaginaire soit immédiate et facile.

La communication peut être analysée à la fois d'un point de vue qualitatif et d'un point de vue quantitatif. C'est pourquoi, bien que notre objectif fût principalement quantitatif, nous avons décidé d'inclure certaines questions complémentaires pour aborder l'aspect qualitatif.

Enfin, le recueil des résultats et leur présentation fut un paramètre important dans notre réflexion. Nous avons choisi :

- une forme visuelle (le profil) pour la clarté des informations : il renseigne très rapidement sur les différents secteurs documentés et permet une appréciation immédiate des difficultés ;
- un score qui permet une appréciation comparative entre plusieurs patients ou entre deux moments d'évaluation.

C'est surtout l'utilisation des versions prototypes auprès de patients qui a permis d'affiner l'Echelle, d'ajouter des questions, de lever les ambiguïtés de certaines formula-

tions, de modifier ou d'enrichir des exemples et de préciser nos demandes (certaines questions ont été ainsi scindées en 2, 3 ou 4 pour gagner en précision).

L'opinion de thérapeutes expérimentés et celle de membres du Groupe des Aphasiques de la Région de Bordeaux (GARB) ont été recueillies.

Validation

L'ultime étape fut de valider l'outil. Après une première approche chez des sujets témoins non aphasiques et l'étude de la fidélité inter-observateurs, l'étude concernant la validité interne de construction, la consistance interne et la validité convergente fut menée par S. Dutheil et M. Koleck*.

*Darrigrand et coll, 2000 ;
Dutheil, 1999

1) Chez des sujets sains

L'ECVB a été administrée à 20 sujets témoins non aphasiques pour vérifier que les questions étaient bien formulées. Il s'agissait de 11 hommes et 9 femmes, d'âge moyen 47 ans. Quatre personnes étaient de niveau socio-culturel élémentaire (absence de diplôme), 5 de niveau culturel simple (BEP, CAP) et 11 de niveau culturel supérieur (baccalauréat et au-delà).

Nous avons observé un score maximal (absence de difficulté) ou proche du maximum pour toutes les questions à l'exception de 3 (appel téléphonique à des amis ; fréquence des sorties ; rédaction du courrier personnel). Ces questions ont été reformulées.

2) Fidélité inter-observateurs

La reproductibilité a été étudiée chez 30 sujets aphasiques qui ont été examinés par deux interlocuteurs différents. Il s'agissait de 21 hommes et 9 femmes, âgés en moyenne de 47,2 ans lors de la lésion cérébrale, et de 53,3 ans lors de l'étude. Vingt-sept d'entre eux présentaient une aphasie consécutive à un accident vasculaire cérébral, les trois autres à un traumatisme crânien. Neuf patients étaient de niveau socio-culturel élémentaire ; dix de niveau simple et onze de niveau supérieur. Le français était la langue maternelle de 29 d'entre eux, et une langue apprise pour un sujet.

La valeur moyenne du coefficient Kappa de Cohen s'établit à 0.45 et le pourcentage de concordance inter-juges est de 63%. Il existe d'autre part une corrélation très significative entre les réponses recueillies par les deux examinateurs : le coefficient de corrélation de Spearman s'établit à $r = 0,9$ $p < 0,001$.

La fidélité inter-observateurs est donc satisfaisante.

3) Validité interne de construction, consistance interne et validité convergente

L'ECVB a été administrée à des patients aphasiques ayant déjà expérimenté des situations de communication dans la vie quotidienne, familiale et sociale. Les sujets refusant de participer après exposé détaillé des objectifs de la recherche, et/ou présentant des troubles cognitifs associés à l'aphasie, et/ou vivant en institution et non confrontés aux situations évoquées n'ont pas été inclus dans l'étude. Cent vingt-sept patients correspondant à ces critères ont participé à celle-ci. Ils présentaient une aphasie consécutive à un accident vasculaire cérébral pour 119 d'entre eux (93%), et à un traumatisme crânien pour les 8 autres. Il s'agissait de 51 femmes (40%) et de 76 hommes. Au moment de la lésion cérébrale, l'âge moyen était de 54,5 ans, avec des extrêmes de 15 à 91 ans. Au moment de l'étude, l'âge moyen était de 59 ans, avec des extrêmes de 22 à 93 ans. Le délai moyen entre la lésion et l'entretien était de 4,17 ans, avec des extrêmes de 3 mois à 23 ans.

Une double saisie a été opérée pour diminuer le risque d'erreur. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Statview.

Dans cette population, les incapacités de communication prédominaient sur : l'écriture du courrier (79% des patients), la lecture de documents administratifs (68%), l'écriture de documents administratifs (60%), la conversation sur un sujet abstrait (59%), l'utilisation de chèques ou de cartes bancaires (57%), l'usage du téléphone pour appeler une personne inconnue (54%), la prise de parole (50%).

Validité interne de construction

L'Echelle se composait au moment des travaux de validation de 37 questions entrant dans la cotation et de 6 questions complémentaires. La structure factorielle a été étudiée en effectuant une analyse en composantes principales (ACP) sur les réponses des 127 patients,

Seules les coordonnées supérieures à 0.3 en valeur absolue ont été retenues. Trois items sur les 37 que contenait l'Echelle n'ont pas été retenus dans l'analyse.

Celle-ci a permis d'identifier un seul axe principal qui rend compte de 38% de la variance totale. Les 34 items qui le composent se projettent tous significativement sur le pôle positif et évoquent les compétences communicatives des patients aphasiques dans des situations de la vie courante. Cet axe peut donc être interprété comme un facteur évaluant l'efficacité globale de la communication dans les situations évoquées durant l'entretien.

Consistance interne

La consistance interne de l'axe identifié par l'ACP a été évaluée par le coefficient alpha de Crombach. Dans notre étude, ce coefficient est égal à 0.95. Ce résultat est très satisfaisant et indique que l'ECVB présente une bonne consistance interne.

L'homogénéité des items qui composent la dimension étudiée étant ainsi démontrée, il est légitime d'utiliser un score global calculé en additionnant les valeurs de 0 à 3 attribuées à chacune des 34 questions. Ce score représente l'efficacité globale de la communication dans les situations abordées par l'ECVB. Dans notre population, la moyenne du score global de communication est ainsi égale à 58 sur 102, avec des extrêmes compris entre 9 et 101.

Sensibilité aux variables démographiques

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le score total et les variables démographiques concomitantes : âge, sexe, statut marital, niveau d'éducation.

Validité convergente

La validité convergente a été étudiée en calculant le coefficient de corrélation entre le score global obtenu par les 127 patients à l'ECVB et leur score à l'Echelle de gravité de la version française du Boston Diagnostic Aphasic Examination BDAE* qui évalue globalement les capacités de communication d'un sujet aphasique. L'ECVB est corrélée positivement et significativement à l'échelle de gravité du BDAE : $r = 0,782$ ($p < 0,0001$). Ces deux échelles mesurent donc bien la même dimension.

A l'issue des travaux de validation, l'Echelle fut modifiée une dernière fois puisque les trois items (sur 37 initiaux) qui covariaient de façon insuffisante avec les 34 autres ont été retirés de la cotation et transformés en questions complémentaires.

DISCUSSION

Aspects méthodologiques

L'ECVB est un outil très maniable : elle est facile à administrer, de passation et de cotation rapides. Elle est peu agressive sur le plan psychologique, cependant il est nécessai-

*Mazaux et Orgogozo, 1982

re de faire preuve de tact et d'empathie en l'administrant car les questions peuvent révéler les limites auxquelles certains patients sont quotidiennement confrontés et ceux-ci peuvent s'en sentir dévalorisés.

L'Echelle est peu sensible aux fluctuations de l'état thymique et émotionnel du patient car la cotation prend en compte l'occurrence générale des comportements de communication sur une longue période de temps, c'est-à-dire qu'elle inclut aussi bien les phases de dépression et de repli sur soi que les moments d'ouverture vers les autres.

Dans notre expérience, les différences entre l'opinion exprimée par les patients et celle de leurs proches sont modestes. Dans onze cas, une très bonne corrélation a été observée entre les réponses des patients et celles d'un de leurs proches ($r = 0,87$, $p < 0,001$). Une étude plus large est actuellement en cours.

Le calcul d'un score global de communication peut paraître réducteur : peut-on résumer l'efficacité de la communication d'une personne par un nombre ? Il acquiert cependant une signification importante dans le sens d'une comparaison entre deux patients, deux états ou entre deux phases d'évolution. Quelles que soient les imperfections de la mesure, on peut dire qu'un sujet ayant obtenu 80 à l'ECVB présente globalement une meilleure aptitude à communiquer qu'un sujet ayant obtenu 40. Plus le score est élevé, meilleure est l'adaptation du patient.

L'Echelle a reçu un accueil très favorable de la part des personnes aphasiques qui ont manifesté de la satisfaction à découvrir une recherche centrée sur leur vie quotidienne. Toutes ont fait preuve d'intérêt pour cet outil. L'ECVB ne met pas les patients en situation de test, ils ne sont donc pas en position « dominée » dans l'échange, et nombre d'entre eux avaient beaucoup à dire sur les situations évoquées et leurs propres difficultés. Ces réactions suggèrent que l'Echelle répond à un besoin réel éprouvé par les patients eux-mêmes.

Utilisation et perspectives d'avenir

L'ECVB peut être utilisée par les thérapeutes du langage en complément des tests classiques, en début de rééducation pour repérer les besoins et les attentes de la personne aphasique en matière de communication sociale : le profil renseigne sur les secteurs les plus déficitaires qui deviennent alors les objectifs principaux de la thérapie. Elle peut être utilisée en cours de rééducation avec les mêmes objectifs, pour redéfinir, par exemple, avec le patient les orientations thérapeutiques ou pour apporter des arguments objectifs à la poursuite ou à l'arrêt de la prise en charge.

C'est un outil utilisable également en recherche clinique : l'examineur devra alors rester le plus proche possible du questionnaire standardisé. En effet, les indices contextuels contenus dans les questions créent un « cadre » identique pour tous les patients. En proposant à chacun les mêmes situations, nous nous assurons de tester le même comportement, mais il est nécessaire pour cela de respecter la formulation des questions.

Etant sensible et reproductible, l'ECVB permet d'évaluer les résultats généraux de la rééducation ou de comparer une technique à une autre, par confrontation des scores avant et après rééducation. Par comparaison avec les échelles et batteries classiques d'aphasie, elle permet de savoir si « l'aphasique communique mieux qu'il ne parle », selon la formule de Holland*, ou s'il existe un parallélisme entre les déficiences de langage et les incapacités de communication, et dans quelles situations cela se produit. Par comparaison avec une échelle de dépression, elle pourrait également permettre d'évaluer l'impact de la situation émotionnelle et psychologique de l'aphasique sur sa communication dans la vie domestique et sociale. Des comparaisons (et des corrélations) avec les outils pragmatiques explorant en détail l'aspect qualitatif et les stratégies de communication seront très intéressantes.

*Holland, 1980

Enfin, l'ECVB pourrait permettre de comparer le handicap de communication en fonction de l'étiologie, voire du type clinique de l'aphasie ou des troubles associés, ou d'autres paramètres, notamment environnementaux.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOMERT L., KOSTER C., VANNIER M., KEAN M.L. (1987). Verbal communication abilities of aphasic patients : The everyday language test. *Aphasiology*; 1: 463-474.
- DARRIGRAND B., MAZAUX J.M., DUTHEIL S., KOLECK M., PRADAT-DIEHL P. (2000). Evaluer la communication de la personne aphasique dans la vie quotidienne : proposition d'une Echelle de Communication Verbale. In : *Aphasie 2000*, Mazaux JM, Brun V, Pélissier J (Eds). Paris : Masson, 88-94.
- DARRIGRAND B., MAZAUX J.M. (2000). Echelle de Communication Verbale de Bordeaux. Isbergues : l'Ortho Edition.
- DAVIS G., WILCOX M.J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In: Chapey R (ed). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore : Williams & Wilkins ; 169-193.
- DUTHEIL S. (1999). Travaux de validation de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux. Mémoire C.C d'orthophonie, Université de Bordeaux 2.
- HERRMANN M., KOCHU J., JOHANNSEN-HORBACH M., WALLESCHE C.W. (1989). Communicative skills in chronic and severe non fluent aphasia. *Brain and Language* ; 37: 339-352.
- HOLLAND A. (1980). Communicative Abilities in Daily Living. A test of functional communication for aphasic adults. Austin : Pro-Ed.
- JOANETTE Y., NESPOULOUS J.L. (1986) Aphasie et pragmatique. *Rééducation orthophonique*. 146, 187-198.
- LEFEUVRE M., DELACOURT A., WYRZYKOWSKI N., ROUSSEAU M. (2000). Un nouveau protocole d'évaluation des troubles de la communication, le TLC. In : *Aphasie 2000*, Mazaux JM, Brun V, Pélissier J (Eds). Paris : Masson, 95-105.
- LINCOLN N.B. (1982). The speech questionnaire: an assessment of functional language ability. *International Journal of Rehabilitation Medicine* 4: 114-117.
- MAZAUX J.M., ORGOGOZO J.M. (1982). *Echelle d'évaluation de l'aphasie*. Paris : Editions et applications psychologiques.
- MAZZUCCHI A. (1995). Riabilitazione neuropsicologica dei traumatizzati cranici. Milan : Masson.
- MORIN L., JOANETTE Y., NESPOULOUS J.L. (1985). Grille d'analyse des aspects pragmatiques de la communication inter individuelle. *Rééducation orthophonique* 24 : 137-148.
- PENN M.C. (1983). *Syntactic and pragmatic aspects of aphasic language*. Doctoral dissertation, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- PORCH B.E. PORCH, (1967). Index of Communicative Ability. Manual. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- PRUTTING C., KIRCHNER D.M. (1983). Applied pragmatics. In : T Gallagher, C Prutting (Eds), *Pragmatic assessment and Intervention Issues in language*. San Diego : College Hill Press.
- TAYLOR-SARNOM. (1965). A measurement of functional communication in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 46 : 330-336.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION : *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva, 1980.