

## RÉSUMÉ :

*L'impact sur les interactions communicatives des troubles linguistiques et cognitifs présentés par les patients aphasiques a toujours été jugé invalidant par les cliniciens. Même si ces derniers, par une prise en charge plus fonctionnelle, parviennent en partie à améliorer la qualité des échanges conversationnels en séance, force est de constater que ces progrès ne se retrouvent pas d'emblée lors des conversations quotidiennes, dans le cadre familial par exemple. Il apparaît donc important d'inclure, de manière active, l'entourage du patient dans son suivi. Nous avons proposé à un patient aphasique et trois membres de son entourage un essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication. L'évaluation s'appuie sur les principes de l'analyse conversationnelle. La thérapie vise l'entraînement aux habiletés de communication en s'inspirant des techniques cognitivo-comportementales. Qualitativement, cette prise en charge a permis à l'entourage de développer une capacité d'identification des comportements de communication tant adaptés qu'inadaptés. Il en a découlé des ajustements comportementaux permettant une meilleure exploitation des capacités résiduelles du patient. Nous discutons l'intérêt d'étendre ce type de prise en charge à davantage de patients aphasiques en tenant compte des problèmes méthodologiques rencontrés avec cette approche.*

## MOTS - CLÉS :

Réadaptation - Communication - Aphasie - Approche « écosystémique »

# ESSAI DE THÉRAPIE « ÉCOSYSTÉMIQUE » DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION CHEZ UN PATIENT APHASIQUE ET TROIS MEMBRES DE SA FAMILLE

par Alexia FEUILLET, Gaëlle WAGOGNE-MARÉCHAL

## SUMMARY : Testing an "ecosystemic" treatment of communication troubles in an aphasic patient and three members of his family

*The direct effects of linguistic and cognitive deficits in aphasic patients on conversations have always been considered as disadvantage by clinicians. Even if the quality of conversations during rehabilitation sessions can be partially improved by using a more functional approach, this improvement doesn't show in everyday life conversations, with family for example. That's why actively including patients' families in the therapy seems important. We offered an aphasic patient and three members of his family to try an "ecosystemic" therapy of communication deficits. The assessment leans on the principles of Conversational Analysis. The therapy aims at training communication abilities by using a cognitive and behavioural therapy. From a qualitative point of view, this treatment succeeded in helping the family members to improve their ability to detect right and wrong communication behaviours. Thereby, behavioural changes permitted a better use of the patient's residual abilities. We discuss about offering this kind of therapy to a wider group of aphasic patients, considering methodological problems raised by this approach.*

## KEY-WORDS :

Rehabilitation - Communication - Aphasia - « Ecosystemic » approach.

Alexia FEUILLET  
psychologue spécialisée  
en neuropsychologie.

Gaëlle WAGOGNE-MARÉCHAL  
orthophoniste  
Fondation HOPALE  
Etablissement Sainte-Barbe  
4, rue d'Artois  
62740 Fouquières-lez-Lens

Remerciements au Dr François Des Roseaux, médecin-chef, qui nous a permis de réaliser ce travail. Remerciements à nos lecteurs et tout particulièrement à Caroline Dènevè, psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Dans le cadre de notre pratique clinique, les personnes aphasiques et leur entourage expriment les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs interactions communicatives. Bon nombre de nos patients déplorent qu'on ne leur laisse pas assez de temps pour parler, qu'on réponde à leur place... De leur côté, les familles trouvent qu'elles ont du mal à comprendre ce que leur proche veut exprimer et se sentent démunies. Il peut alors en résulter des situations conflictuelles ou un évitement des échanges conversationnels, conduisant à une perte progressive de l'appétence à la communication. Ces constats apparaissent parfois éloignés des performances verbales et extra-verbales obtenues en séance d'orthophonie.

Ce décalage pose au clinicien le problème du transfert des acquis dans la vie quotidienne, dont les origines peuvent être multiples. Du fait de leurs troubles neuropsychologiques, les patients ont des difficultés à utiliser spontanément dans leur vie de tous les jours les stratégies apprises en rééducation. Par ailleurs, la restauration des fonctions cognitives n'est pas toujours suffisante et nécessite de ce fait un aménagement de l'environnement impliquant, entre autres, des ajustements comportementaux de la part de l'entourage. Le décalage précédemment constaté peut alors être lié aux difficultés d'adaptation de la famille aux changements d'aptitudes communicatives de leur proche, alors que l'orthophoniste, de par son expérience professionnelle, est habitué à ajuster son comportement aux incapacités présentées par son patient. Comme le souligne Wilson\*, il est donc illusoire de penser que la généralisation des acquis se fera naturellement. Elle fait partie intégrante du traitement et nécessite d'être spécifiquement préparée. Il s'avère alors indispensable de faire évoluer la prise en charge « classique » vers une approche plus fonctionnelle, qui se centre sur les interactions communicatives des patients dans leurs conditions de vie naturelles. C'est pourquoi l'implication directe de la famille dans ce type de suivi apparaît nécessaire. Pour atteindre cet objectif, un préalable consiste à évaluer la capacité qu'ont les patients et leurs familles à communiquer entre eux, en ayant recours à des outils adaptés tels que l'analyse conversationnelle.

Comme le souligne De Partz\*, de plus en plus d'études recourent à cette méthode : d'une part, pour évaluer l'impact direct des troubles phasiques et cognitifs sur les conversations quotidiennes ; d'autre part, afin d'identifier les stratégies spontanément utilisées par les deux participants pour gérer les difficultés de communication. Cette technique permet de décrire précisément la manière dont les interlocuteurs -patients et proches- collaborent à la réussite de la conversation. Elle vise à repérer les interruptions et recouvrements d'informations, le partage des temps de parole (tours de parole) et surtout la gestion qui est faite des réparations\*,\*\*.

Cependant, à notre connaissance, l'intervention rééducative qui découle de cette analyse consiste principalement en un ensemble de conseils personnalisés prodigués à l'entourage. Une étude de Lesser et Algar\* rapporte une analyse conversationnelle menée auprès de deux patientes aphasiques et de leur partenaire. Ces deux patientes présentaient un manque du mot (pour l'une, lié à une altération du lexique phonologique de sortie, pour l'autre, à un trouble du système sémantique central). Le suivi consistait en des conseils personnalisés regroupés dans un carnet remis à chaque partenaire. Ce support contenait un modèle cognitif simplifié pour expliquer le manque du mot, ainsi que des conseils quant aux stratégies à employer selon sa nature. De même, Booth et Perkins\* décrivent les propositions faites suite à une analyse conversationnelle entre un patient aphasique présentant un déficit sémantique central et son frère. Ce dernier étant surtout préoccupé par la forme correcte des productions, les conseils thérapeutiques visaient prioritairement l'établissement d'une interaction plus efficace et plus valorisante entre les deux partenaires. Le frère du patient a donc bénéficié de plusieurs séances de groupe avec des conjoints de personnes aphasiques :

- informations sur le fonctionnement cognitif normal du langage et sur les difficultés spécifiques de leur parent aphasique à partir d'un modèle cognitif simplifié,

\*1997

\*2001

\*Les réparations font suite aux productions erronées qui peuvent survenir en cours de conversation et entraver plus ou moins sa progression.

\*\*De Partz, 2001

\*1995

\*1999

- entraînement à la détection des erreurs de traitement phonologique et sémantique mais aussi des stratégies de réparation inefficaces,
- suggestion de stratégies pour faciliter la compréhension orale (comme la répétition, la reformulation, le recours à d'autres canaux de communication, etc.),
- discussions sur les conséquences psychologiques, sociales, affectives de l'aphasie.

L'analyse conversationnelle post-thérapeutique montrait une amélioration à la fois qualitative et quantitative, avec notamment une nette diminution du nombre de tours de parole consacrés aux réparations, qui passait de 78 à 29 %.

\*1995

Dans l'étude de Lesser et Algar\*, les suites rééducatives de l'analyse conversationnelle consistent en des conseils quant aux comportements à adopter, délivrés exclusivement à l'écrit. Booth et Perkins\*, quant à eux, les proposent à l'oral et de manière davantage interactive. Toutefois, ces conseils, aussi utiles et individualisés soient-ils, demeurent encore éloignés des situations de conversations réelles. Ils sont de plus réservés à un partenaire unique. Comme le souligne De Partz\*, il serait naïf de penser que la simple lecture des conseils suffise aux partenaires des personnes aphasiques à intégrer de nouveaux comportements de communication. Pour y remédier, elle suggère qu'ils reçoivent un entraînement individualisé à la gestion des aides, de manière plus systématique, dans le cadre de programmes de transfert des acquis dans la vie quotidienne. Mais elle ne précise pas le contenu de cet entraînement.

\*1999

\*2001

\*2001

Selon une approche pragmatique et écologique de la prise en charge des troubles du langage, Rousseau\* propose une thérapie « écosystémique » à une patiente âgée de 75 ans présentant une démence de type Alzheimer, et à plusieurs membres de sa famille. Il oriente son suivi autour des trois étapes suivantes :

- application d'une grille d'évaluation des capacités de communication de la patiente afin d'analyser les actes de langage encore utilisés de manière adéquate selon les situations conversationnelles rencontrées,
- puis, pour la patiente, thérapie de type cognitivo-comportemental : lors de séances individuelles, mise en place des principes visant à renforcer l'utilisation des actes de langage qu'elle peut encore émettre correctement,
- et pour la famille, lors de séances de groupe en présence de la malade, explications et démonstrations directes sur la manière de modifier son comportement de communication pour pallier tel ou tel trouble spécifique.

Cette thérapie a favorisé le maintien de la communication en incitant les interlocuteurs à prendre en charge l'essentiel de l'échange, afin de permettre à la patiente d'exploiter ses capacités résiduelles. Bien que ce maintien ne soit que temporaire du fait de l'évolutivité de la maladie, le travail réalisé a eu pour conséquence le retardement du placement en institution de la patiente grâce à une diminution de l'agressivité, une amélioration des relations familiales et un meilleur vécu de la maladie de la part de la famille.

L'intérêt de cette approche est son caractère très écologique : elle propose aux participants de s'entraîner à modifier leur comportement de communication directement auprès de leur parent malade. La thérapie systémique présente aussi l'avantage d'aborder les aspects psycho-sociaux de la communication. Rousseau\* propose d'étendre cette méthode à l'ensemble des troubles de la communication, quelle que soit leur étiologie.

\*2000, 2001

En nous inspirant des principes de l'analyse conversationnelle, de l'approche systémique et des thérapies cognitivo-comportementales, nous rapportons une proposition de programme d'entraînement à la modification des comportements de communication appliqué à un patient aphasique accompagné de trois membres de sa famille.

## PATIENT

Monsieur D., âgé de 63 ans, est marié et a trois fils (dont deux vivent à proximité). Il est droitier manuel et titulaire du brevet élémentaire. Il exerçait la profession de bobineur. Il présentait depuis deux ans environ des troubles du langage, un désintérêt pro-

gressif pour les activités habituelles et un ralentissement psycho-moteur. Ces troubles ont justifié une consultation neurologique. La découverte d'un méningiome frontal gauche conduit à l'indication d'une intervention chirurgicale. Suite à une hémorragie post-opératoire, il présente une hémiplégié droite et une aphasie à type de mutisme. L'évolution est marquée par une excellente récupération motrice et la persistance de troubles phasiques prédominant sur le versant expressif.

Monsieur D. est ensuite transféré en centre de rééducation. Il bénéficie alors d'une prise en charge orthophonique, ergothérapeutique puis, plus tard, neuropsychologique.

Sur le plan phasique, le profil de ce patient évoque une aphasie trans-corticale motrice. Il n'est pas très fluent, a peu d'initiatives verbales. Il présente un manque du mot lié à un déficit d'accès au lexique phonologique de sortie, surtout repérable en tâche d'évocation et en situation narrative ou conversationnelle. Malgré une évolution favorable, ce manque du mot reste encore en partie invalidant. Il produit également des paraphasies phonémiques et verbales sémantiques dont il perçoit le caractère erroné : il adopte alors des conduites d'approche et d'auto-correction, néanmoins peu efficaces du fait des persévérations. Enfin, au niveau morpho-syntaxique, les possibilités d'élaboration restent simples. Monsieur D. tente ponctuellement de compenser ses difficultés d'expression par le recours aux gestes (de désignation, de description, d'utilisation). Il présente par ailleurs de bonnes dispositions pour le dessin sans y avoir toutefois volontiers recours. D'un point de vue strictement linguistique, on ne retrouve pas de difficultés de compréhension orale et écrite. La lecture à voix haute et l'expression écrite sont globalement exploitables lorsqu'elles se limitent à des items fréquents et concrets.

Sur le plan neuropsychologique, Monsieur D. présente un important syndrome dys-exécutif : difficultés de planification, de programmation motrice, d'élaboration et de maintien de concepts, trouble de la flexibilité cognitive, forte sensibilité aux interférences, difficultés d'inhibition des automatismes. Au niveau comportemental, le défaut d'initiation et l'irritabilité face à l'échec initialement repérés s'observent moins. La rééducation visant à restaurer les fonctions exécutives par le biais d'exercices papier-crayon s'est révélée peu efficace.

## PROBLÉMATIQUE

Dans le cadre de son suivi, nous avons été amenés à plusieurs reprises à rencontrer l'épouse et deux des fils de Monsieur D. en sa présence. Au fil de ces différents rendez-vous, nous avons constaté une appréhension insuffisante par l'entourage des troubles phasiques et cognitifs du patient. Ceci n'a pu être amélioré par les différents conseils et explications prodigués : information sur la nature des déficits et leurs conséquences sur les autres fonctions supérieures (notamment l'impact du syndrome dys-exécutif sur l'organisation du discours), mise à disposition de fascicules\*, suggestion de nouveaux comportements de communication à adopter (en cas de manque du mot, formuler si possible une hypothèse à la fois ou recourir aux questions fermées). En effet, les interrogations de la famille ne semblaient pas évoluer au fil des entretiens et le contenu de leur discours laissait supposer une perte des repères par rapport à un acte de communication habituel.

Par ailleurs, lors de ces rencontres, nous avons été les témoins d'interactions communicatives difficiles et peu efficaces entre Monsieur D. et ses proches. Par exemple, au cours d'une conversation en rapport avec un voyage, Monsieur D. avait dit « tu prends le *crin* » à l'un de ses proches qui a exprimé son incompréhension vis-à-vis de ce message. Ce dernier a alors demandé à Monsieur D. de répéter, ce qu'il a fait mais en persévérant sur l'item erroné. Même si la forme phonologique « *crin* » n'était pas correcte, elle restait néanmoins proche de la cible « *train* » et le reste de la conversa-

\*cf. document «aphasie» de la FNO anciennement édité chez Ortho-Edition - 76 rue Jean Jaurès - Molvinghem - 62330 ISBERGUES

tion pouvait être suffisamment informatif pour lever toute ambiguïté.

Signalons enfin qu'à plusieurs reprises lors des séances d'orthophonie, notre patient a exprimé son sentiment d'exclusion du cercle familial. Il évoquait notamment des contacts difficiles avec sa petite-fille.

Après concertation, nous avons proposé à Monsieur D. et sa famille un travail de groupe en nous appuyant sur les principes de l'analyse conversationnelle pour les évaluations pré et post-thérapeutiques et sur les principes des techniques de modification du comportement dans un contexte systémique pour la prise en charge.

## DESCRIPTION ET ANALYSE DES DIFFERENTES SEANCES PROPOSEES

La *première séance* a consisté en la réalisation d'un film de 20 minutes au domicile afin d'enregistrer des échantillons de conversation familiale. Etaient présents : Monsieur D., son épouse et deux de leurs fils, ainsi que l'orthophoniste et la psychologue. Dès la fin du tournage, nous avons pu noter une évolution dans la perception qu'avaient les membres de la famille des possibilités de communication de leur proche. Par exemple, ils ont exprimé leur étonnement de voir Monsieur D. « tant parler ».

Dans un second temps, les thérapeutes ont visionné le film en vue d'une analyse qualitative, qui visait à repérer tant les comportements de communication inadaptés qu'adaptés.

Cette analyse révèle des variations inter- et intra-individuelles dans les actes de communication qui peuvent être inadaptés ou efficaces selon les circonstances.

Ainsi, on retrouve dans les comportements constituant un frein à l'échange d'informations :

- chez Monsieur D., une attitude passive : il ne se positionne pas en tant que locuteur, il laisse parfois les autres répondre à sa place et ne réagit pas lorsqu'ils ne transmettent pas sa pensée,
- chez les membres de la famille :
  - un non-respect des tours de parole (par exemple, certains membres de la famille répondent souvent à la place de Monsieur D. et le désinvestissent de son rôle de locuteur / émetteur) et parfois même une exclusion de Monsieur D. de la conversation en cours (alors qu'il en est le thème principal),
  - l'absence fréquente de feed-back de non-compréhension,
  - le recours à la simplification des énoncés, à l'accentuation prosodique, aux redondances, aux gestes au niveau du discours donné au patient alors que ce dernier ne présente pas de trouble de la compréhension,
  - la formulation de plusieurs hypothèses à la suite sans donner le temps à Monsieur D. d'infirmer ou de confirmer ces propositions,
  - la formulation d'hypothèses centrées sur la recherche d'un mot précis alors que parfois le thème général de la conversation n'est pas explicite,
  - l'absence de prise en compte des difficultés de partage attentionnel de leur parent (plusieurs personnes s'adressant à lui simultanément, il se trouve dans l'impossibilité de répondre ; cette situation reproduit alors plus ou moins le phénomène de cocktail-party),
  - l'absence de prise en compte par la famille des informations extra-verbales fournies par Monsieur D.

Mais on repère également des attitudes favorisant les échanges :

- chez Monsieur D.,
  - le recours aux gestes et aux expressions faciales pour accompagner ses propos,
  - l'utilisation ponctuelle de la syllabation (avec un rythme donné par la main) afin de faciliter la transmission de son message,
- chez les autres membres de la famille,
  - occasionnellement, la formulation d'une hypothèse à la fois,

- quelques feed-back verbaux et non verbaux de non-compréhension (par exemple, « quoi ? » ou froncement des sourcils).

La *semaine suivante*, les différents acteurs sont venus au centre pour regarder le film. La consigne donnée était la suivante : « Nous allons visionner ensemble le film tourné la semaine dernière et nous vous demandons de proposer des pauses afin de commenter vos différents comportements de communication : vous devez tenter de repérer ceux qui vous semblent appropriés et ceux qui le sont moins ». Il n'y a pas eu d'intervention spontanée de la part du patient et de sa famille. Toutefois ils ont été en mesure d'identifier quelques comportements suite à un indiçage fourni par les thérapeutes : non-respect des temps de parole de Monsieur D., phénomène de cocktail-party et recours aux gestes par Monsieur D.

Au cours de cette séance et en nous appuyant sur quelques extraits du film préalablement ciblés, notre analyse leur a été progressivement exposée. Comme dans la consigne, nous avons pris soin d'insister à la fois sur les points positifs et négatifs chez chaque participant afin d'obtenir leur adhésion, d'amorcer une motivation aux changements et de leur montrer concrètement ce que l'on attendait d'eux.

A l'issue du visionnage, les troubles cognitifs présentés par Monsieur D. ont à nouveau fait l'objet d'une information en précisant bien l'impact du syndrome dysexécutif sur la communication (trouble d'initiation verbale, persévérations, difficultés à alterner différents canaux de communication et à traiter simultanément plusieurs informations, etc.). La spécificité de ses troubles phasiques a également à nouveau été présentée. De même, les divers conseils ont été réitérés, mais cette fois-ci de manière plus précise que lors des entretiens, et en référence à des comportements observés (ou non) dans le film, en reprenant point par point notre analyse :

- pour Monsieur D. :

- exploiter le plus possible d'autres canaux de communication tels la gestualité (description, utilisation, désignation) et le dessin (il lui a d'ailleurs été remis un carnet de poche avec un crayon fixé, qu'il peut emmener partout),
- recourir aux expressions faciales et attitudes posturales : en particulier, « choisir » un interlocuteur, impliquant si nécessaire de « faire taire » l'autre en détournant la tête, voire même en y associant un geste de la main,

- pour la famille :

- respecter les tours de parole de chacun et plus particulièrement celui de Monsieur D. en lui laissant davantage de temps pour s'exprimer,
- formuler une hypothèse à la fois en fonction des informations déjà comprises et attendre que cette dernière soit confirmée ou infirmée pour en proposer une autre et ainsi progresser dans l'échange,
- fournir des feed-back de non-compréhension qui permettront d'initier des réparations,
- prendre en compte toutes les informations données par Monsieur D. (ne pas se limiter aux productions orales mais considérer également la dimension para- et extra-verbale comme l'intonation vocale, les mimiques faciales, etc.),
- inciter et encourager Monsieur D. à utiliser le plus possible d'autres canaux de communication comme par exemple lui demander de faire un geste ou lui rappeler d'utiliser son carnet,
- par contre, Monsieur D. ne présentant pas de trouble de compréhension, éviter de recourir à la simplification des énoncés, à l'accentuation prosodique, aux redondances et aux gestes pour lui transmettre un message.

Nous leur avons ensuite proposé de mettre en pratique, d'intégrer et d'optimiser ensemble ces nouveaux comportements de communication lors de séances durant lesquelles des retours et d'éventuelles corrections sur leurs conduites seraient donnés en temps réel avec un debriefing général en fin de séance. Cette procédure vise à reprendre à chaque fois les explications fournies initialement afin de renforcer l'intégration de ces conseils. Elle permet aussi de valoriser les progrès effectués, donc d'entretenir la motivation des participants.

Pour la *troisième séance*, trois objectifs de travail ont été retenus : le respect des tours de parole, la formulation et confirmation / infirmation d'une hypothèse et la production de feed-back de compréhension / non-compréhension. Pour cela, nous avons eu recours à la thérapie PACE en situation d'explication de cartes uniques telle que décrite par Clerebaut et coll.\* : l'informateur (en l'occurrence Monsieur D.) fournit des explications sur sa carte jusqu'à ce que son partenaire (à savoir un membre de sa famille à tour de rôle) puisse s'en faire une représentation suffisante. Ce dernier critère est jugé par l'informateur (en fonction des feed-back et hypothèses proposés par le partenaire), qui décide alors de poursuivre ou non l'explication selon les informations qu'il souhaite transmettre. Cette situation a replacé Monsieur D. en position de locuteur. D'ailleurs, ce dernier a particulièrement apprécié cette séance : il a exprimé toute sa satisfaction d'avoir réussi à transmettre les informations qu'il souhaitait. Cette situation amène le proche à laisser au patient un temps de parole plus important et d'en percevoir le bénéfice sur la communication.

Les *quatrième et cinquième séances* visaient toutes deux à renforcer les comportements non verbaux, montrer leur importance dans la communication mais aussi leurs limites. La quatrième était centrée sur l'utilisation du dessin et la cinquième sur l'emploi des gestes et de l'expression corporelle. De cette façon, nous souhaitions non seulement rendre l'entourage plus attentif aux productions non verbales de Monsieur D. mais aussi lui faire prendre conscience de la nécessité d'inciter le patient à les utiliser, ainsi que de la difficulté à utiliser exclusivement ce mode de communication. Pour cela, à tour de rôle, le patient et sa famille devaient faire deviner un mot, une expression ou un personnage célèbre présentés par écrit, en utilisant uniquement le canal de communication précisé en début de séance. Les autres avaient alors pour consigne de formuler des hypothèses afin de préciser d'abord le thème puis d'affiner progressivement leur recherche. Lors de ces rencontres, la famille a vraiment perçu toute la difficulté « d'être privé de mots » et d'avoir à recourir à un autre canal de communication qui ne se révèle pas aussi efficace et nuancé que le canal verbal.

Les *sixième et septième séances* ont servi à la réalisation d'un second film de 20 minutes, suivie une semaine plus tard d'un visionnage dans les mêmes conditions et avec les mêmes consignes que pour le premier film.

Cette fois-ci, les différents participants ont spontanément commenté la projection pour signaler et analyser les comportements tant efficaces qu'inadaptés.

L'ensemble des participants ainsi que les thérapeutes ont noté globalement :

- une meilleure implication de Monsieur D. dans les discussions de par une augmentation de ses temps de parole, ainsi qu'une prise de position plus affirmée de ce dernier dans les conversations (il parvient notamment à « se fixer » sur un interlocuteur),
- un plus grand respect des tours de parole,
- une formulation d'hypothèses légèrement plus adaptée (allant du général au spécifique) avec attente de la confirmation ou infirmation.

Par contre, Monsieur D. présente toujours des difficultés à alterner les différents canaux de communication et ne recourt pas au dessin. Son entourage l'incite peu à changer de canal de communication lorsqu'il est en difficulté.

## DISCUSSION

En analysant les attentes du patient et de sa famille, nous avons tenté de rétablir des repères par rapport à un acte de communication habituel. Nous avons donné des conseils quant aux nouveaux comportements de communication à adopter, mais surtout nous les avons entraînés à adopter ces nouveaux comportements au travers de différentes activités individualisées.

L'étude comparative des deux films montre des changements comportementaux limités chez le patient. Toutefois, ce dernier a tiré bénéfice de la prise en charge car il a noté un changement d'attitudes à son égard de la part de son entourage. Concernant les autres membres de la famille, notre analyse met en évidence des adaptations comportementales qui ont permis une meilleure exploitation des capacités résiduelles de leur parent aphasique. Leur participation plus active lors du second visionnage montre le développement d'une capacité d'identification des comportements de communication tant adaptés qu'inadaptés, qui n'était pas présente au départ.

En ce qui concerne l'évaluation, l'appréciation est essentiellement qualitative. En effet, nous n'avons pas procédé à une analyse quantitative, comme par exemple une mesure du nombre de tours de parole lors des réparations, telle que l'ont réalisée Booth et Perkins\*. Notre situation d'analyse conversationnelle est certainement plus proche d'une situation naturelle de discussion familiale : le patient a été filmé en train de communiquer avec trois membres de sa famille alors que les analyses conversationnelles précédemment citées\* ne l'étaient qu'avec le partenaire privilégié de la personne aphasique. La multiplicité des intervenants rendait donc d'autant plus difficile ce type de mesure. Comme le soulignent De Partz et Carlomagno\*, les approches pragmatiques centrées sur les interactions naturelles rendent une quantification illusoire car trop de variables peu contrôlables interviennent.

Nous avons également envisagé la réalisation d'un troisième film un an après afin de voir si les bénéfices obtenus se maintenaient dans le temps. Toutefois, en raison de l'indisponibilité de cette famille, ce projet n'a pu être mené à terme.

Par ailleurs, nous sommes allés au-delà d'une phase d'analyse conversationnelle suivie de sa restitution aux participants. Nous avons utilisé cette étape à visée thérapeutique par l'emploi de techniques utilisées en thérapie cognitive et comportementale. En effet, même si la méthode d'observation peut biaiser l'évaluation (modifications telles du comportement du sujet observé qu'il s'éloigne fortement de son comportement habituel), elle entraîne aussi des effets thérapeutiques dont le clinicien peut tirer profit. Ainsi, lors de la première séance, le fait de se savoir filmé dans le but d'appréhender la manière dont ils communiquaient entre eux a « forcé » les membres de la famille à se centrer davantage sur les interactions avec le patient. Secondairement, l'auto-observation (visionnage et analyse du film) permet à chaque participant de porter un regard extérieur sur ses propres façons d'agir, ce qui n'est pas possible en temps réel. Ce sont ces deux étapes qui permettent de faire émerger une motivation aux changements chez les participants. Cette phase est donc charnière et conditionne les possibilités de prise en charge futures. Par conséquent, avec certaines familles, le clinicien doit s'attendre à rencontrer des difficultés d'intervention s'il n'a pu obtenir une participation, quelle qu'elle soit, lors de cette première phase. La manière dont les thérapeutes présentent les résultats de leur analyse joue probablement un rôle important dans l'adhésion de la famille à leur projet thérapeutique. C'est pourquoi, afin d'obtenir cette adhésion, nous avons insisté sur les comportements tant adaptés qu'inadaptés. De plus, outre une évaluation des comportements de communication, une analyse « psycho-systémique » (place de chacun dans le cercle familial, traits de personnalités, etc.) nous semble également nécessaire afin d'augmenter les chances de réussite du programme. Ces différents niveaux d'analyse rendent la collaboration de l'orthophoniste et du psychologue complémentaire.

Quant aux trois séances de travail proposées ensuite, même si notre approche a été essentiellement empirique, le principe de fond était le suivant : entraîner les comportements de communication souhaités, en renforçant les attitudes adéquates par des feedback positifs (encouragements, valorisations), et en diminuant les attitudes inadéquates par des démonstrations et corrections en temps réel.

Il nous a semblé intéressant d'utiliser la thérapie PACE en images uniques\* car elle nous paraissait plus en adéquation avec une réelle situation de transmission d'informa-

\*1999

\*Lesser et Algar, 1995 ; Booth et Perkins, 1999

\*2000



tions, comme c'est le cas dans la vie quotidienne. Elle attribue au patient le rôle d'émetteur de l'information et oblige le parent à se positionner en récepteur, contrairement à la situation en images doubles où le devineur bénéficie d'un choix multiple et peut donc très rapidement prendre la parole et faire des propositions.

Nous avons également souhaité développer l'utilisation du dessin à visée communicative puisqu'il s'agissait d'une habileté pré-morbide chez ce patient qui ne présentait pas d'apraxie visuo-constructive par ailleurs. Cependant, comme le suggèrent Glindemann et coll.\*, il aurait été souhaitable en préalable à cette thérapie « écosystémique » que le thérapeute modèle ce comportement de communication chez le patient lors de séances individuelles. Toutefois, ceci n'a été abordé que partiellement et peut expliquer le défaut d'utilisation observé.

Enfin, qu'il s'agisse de la séance centrée sur la communication par le dessin ou celle exploitant la dimension gestuelle et corporelle, les trois membres de la famille ont pu d'une certaine manière « prendre la place » de la personne aphasique et « expérimenter » sa difficulté d'être « privé de mots ». Ce vécu peut alors les aider à mieux appréhender les difficultés rencontrées par le patient pour compenser ses déficits cognitifs.

Mieux qu'une simple guidance familiale où des informations et conseils très généraux sur les troubles phasiques et cognitifs sont donnés lors d'entretiens, la mise en situation de communication du patient avec son entourage proche permet de donner des conseils individualisés et surtout des commentaires, voire des corrections, immédiats quand le comportement est émis qu'il soit adapté ou non. Cette façon de procéder très concrète favorise une meilleure compréhension des conséquences des troubles neuropsychologiques dans la vie de tous les jours et notamment sur la communication. Elle permet également de s'assurer que les nouveaux comportements sont assimilés ou en cours d'intégration.

Le patient, comme sa famille, peuvent alors être plus ou moins aidés dans l'acceptation du handicap de communication voire du handicap cognitif associé. Cette approche valorise les compétences résiduelles de la personne aphasique ce qui contribue à lui rendre, au moins en partie, sa place au sein de la famille. Il est toujours un « être communicant » même s'il n'est plus un « être parlant ».

Bien sûr, cette proposition de thérapie « écosystémique » ne demande qu'à être améliorée.

En effet, afin d'optimiser le transfert comme le suggère Wilson\*, une étape de modelage des différents canaux de communication efficacement exploitables nécessite d'être systématisée auprès du patient, en préalable aux séances avec les familles.

A l'issue de la thérapie, la remise d'un support écrit rassemblant les commentaires et conseils produits pourrait aider les familles à maintenir le bénéfice de ces séances dans le temps. Dans la même optique, des mises au point régulières avec la famille et le patient pourraient être envisagées.

De plus, sur le plan méthodologique, il serait nécessaire de développer des mesures plus objectives des effets thérapeutiques (lignes de base pré- et post-thérapeutique par exemple) et d'étendre ce type d'intervention à davantage de patients.

Il importe enfin de savoir quand et à qui proposer ce type de thérapie. Peut-on la mener avec tous les patients, toutes les familles ? Dans cette étude de cas, nous avons proposé notre intervention après plusieurs mois de rééducation classique. Mais elle pourrait très bien être envisagée plus précocement, et notamment accompagner une thérapie « traditionnelle » en début de prise en charge. Bien que nous ayons souligné l'intérêt de la collaboration entre orthophoniste et psychologue, facilitée en milieu institutionnel, nous pensons que cette approche présente également un réel intérêt dans le cadre des suivis orthophoniques en libéral, en particulier pour des patients aphasiques chroniques. Elle nécessite toutefois un investissement technique (mais qui reste raisonnable), ainsi qu'un ajustement de la nomenclature des actes remboursés par la Sécurité

\*1991

\*1997

Sociale. Comme nous l'avons précisé, son contenu doit être individualisé et dépend de multiples facteurs : type de troubles présentés par le patient, habitudes de communication antérieures, mode de fonctionnement individuel et familial, etc. Par exemple, chez un patient qui présente des troubles phasiques très sévères et globaux, la thérapie consiste exclusivement à aider les proches à adapter leur comportement au handicap du patient. Mais plus que le profil cognitif de ce dernier, il semble que ce sont davantage ses attentes ainsi que celles de son entourage qui conditionnent les possibilités de mettre en place ce type de thérapie, étant donné l'investissement qu'elle nécessite de leur part. Quoiqu'il en soit, ses principes généraux sont transférables à d'autres patients et leurs proches et nous pensons qu'elle devrait être tentée de manière plus systématique afin de faciliter la réadaptation en milieu de vie.

## BIBLIOGRAPHIE

- BOOTH, S., PERKINS, L. (1999). Individualized advice and evaluating change in aphasia. *Aphasiology*, 13, 283-303.
- CLEREBAUT, N., COYETTE, F., FEYEREISEN, P., SERON, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la PACE. *Rééducation orthophonique*, 138, 329-345.
- DE PARTZ, M-P., CARLOMAGNO, S. (2000). La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication. In *Traité de neuropsychologie clinique – tome 2* (pp. 191-213). Marseille : Solal.
- DE PARTZ, M-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, 4-12.
- GLINDEMANN, R., WILLMES, K., HUBER, W., SPRINGER, L. (1991). The efficacy of modeling in PACE-therapy. *Aphasiology*, 5, 425-429.
- LESSER, R., ALGAR, L. (1995). Towards combining the cognitive neuropsychological and the pragmatic in aphasia therapy. *Neuropsychological Rehabilitation*, 5, 67-92.
- ROUSSEAU, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- ROUSSEAU, T. (2001). Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.
- WILSON, B. (1997). La réadaptation cognitive chez les cérébrolésés. In *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, 2<sup>e</sup> édition (pp. 637-652). Montréal : Masson.