

Ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique

Université A. Mira - Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

Domaine : Sciences Humaines et Sociales

Filière : Sciences Sociales - Orthophonie

Spécialité : Pathologies du langage et de la communication

Thème

L'évaluation orthophonique du langage chez les
aphasiques de Broca.

Etat des lieux dans la région de Kabylie

Réalisé par :

Hanane DJENADI

Encadré par :

Dr. Saliha BOUZIDBAA

Année Universitaire 2019/2020



Table des matières

Introduction.....	1
Partie théorique.....
CHAPITRE I : l'aphasie	4
1. Localisation du langage.....	4
2. Généralités sur l'aphasie.....	8
2.1. Définition de l'aphasie.....	8
2.2. Aperçu historique ; naissance de l'aphasiologie.....	11
2.3. Etiologie des troubles aphasiques.....	13
2.3.1. L'accident vasculaire cérébral.....	13
2.3.2. Les pathologies traumatiques.....	14
2.3.3. Les pathologies neuro-dégénératives.....	15
2.3.4. Les pathologies infectieuses.....	16
2.3.5. Les pathologies tumorales.....	16
2.3.6. Les pathologies inflammatoires.....	16
2.4. La sémiologie des troubles aphasiques.....	16
2.4.1. Les aphasies fluentes.....	16
2.4.2. Les aphasies non fluentes.....	18
3. L'aphasie de Broca définition.....	20
3.1. La localisation lésionnelle de l'aphasie de Broca.....	22
3.2. Les caractéristiques de l'aphasie de Broca.....	22
Conclusion du chapitre.....	25
Chapitre II : Evaluation de l'aphasie et prise en	
charge.....	27
1. Le bilan orthophonique en aphasiologie	27
1.1. Les objectifs du bilan orthophonique en aphasie.....	28

1.2.	L'anamnèse.....	28
1.3.	Examen clinique dit de première intention.....	29
1.4.	L'examen standardisé.....	30
1.4.1.	Examen du langage spontané.....	30
1.4.2.	Examen du langage contraint.....	31
2.	Les tests d'évaluation.....	31
2.1.	Evaluation de l'aphasie.....	32
2.1.1.	Test pour l'examen de l'aphasie.....	32
2.1.2.	Echelle de l'évaluation de l'aphasie.....	33
2.1.3.	Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie.....	34
2.2.	Evaluation de la communication.....	36
2.2.1.	Le niveau de déficience.....	37
2.2.1.1.	Le protocole Montréal d'évaluation de la communication.....	37
2.2.1.2.	Le test <i>Lilois</i> de communication.....	37
2.2.2.	Le niveau des limitations d'activités et restrictions de participation.....	38
3.	Le bilan d'évaluation dans l'aphasie de Broca.....	38
4.	La prise en charge orthophonique de l'aphasie de Broca.....	39
4.1.	La rééducation de l'apraxie bucco-faciale et de l'apraxie de la parole.....	40
4.2.	La rééducation de l'agrammatisme.....	40
4.2.1.	La démutisation.....	40
4.2.2.	Dissociation automatico-volontaire des fins de phrases.....	40
4.2.3.	La dénomination.....	40
4.3.	L'enrichissement lexical.....	41
5.	La désintégration phonétique.....	41
6.	La durée de la prise en charge.....	41

7. Quelques objectifs de la rééducation orthophonique de l'aphasie de Broca.....	42
Conclusion du chapitre.....	43
Partie pratique.....	
Chapitre III : Méthodologie de la recherche.....	45
1. Problématique et hypothèses.....	45
2. Lieu et déroulement de la pratique.....	51
2.1. La pré-enquête.....	51
3. Déroulement de la pratique.....	51
4. La méthode de recherche utilisée.....	52
3.3. La méthode descriptive.....	53
4. L'entretien comme outil de recherche.....	53
4.1. Définition de l'entretien.....	53
4.2. L'entretien semi directif.....	54
4.5. Le guide d'entretien.....	55
5. Présentation du groupe de recherche.....	55
5.1. Les critères d'inclusion du groupe de recherche.....	56
5.2. Les critères d'exclusion du groupe de recherche.....	57
Conclusion du chapitre.....	58
Chapitre IV : discussion, interprétation et analyse des résultats.....	60
1. Présentation et interprétation des entretiens des orthophonistes.....	60
2. Les limites de notre recherche.....	72
3. Discussion des hypothèses.....	73
3.1. Discussion de la première hypothèse.....	73
3.2. Discussion de la deuxième hypothèse.....	74
Conclusion du chapitre.....	75
Conclusion générale.....	77

Liste bibliographique.....	79
Annexe.....	82

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à :

Madame la promotrice docteur BAA Saliha qui a accepté de m'encadrer, je tiens à la remercier pour sa disponibilité, son soutien, ses conseils tout au long de cette recherche.

Un grand merci madame IGHIT Naima mon encadreur de stage qui a accepté de me recevoir comme stagiaire.

Merci à tous les orthophonistes qui ont accepté de collaborer et de répondre favorable à notre requête.

Merci à Hafsa, Fouzia et Nawel pour leurs corrections

Enfin, je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail de recherche.

Dédicaces

A mes chers parents

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisée. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour. Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant mon chemin.

A mes sœurs

Je dédie ce modeste travail à mes exemples, mes grandes sœurs, celle qui m'ont tant soutenue, encouragée à toujours aller de l'avant et persévérer. Celles qui m'ont apportée leur aide précieuse pour la réalisation de mon mémoire. Nawel, Hafsa, Fouzia, Dihia et Dida

Cherazed, à toi ma sœur de cœur, qui a toujours été à mes côtés, à répondre toujours présente quand j'ai besoin de toi, ma binôme

A mes nièces et mon neveu

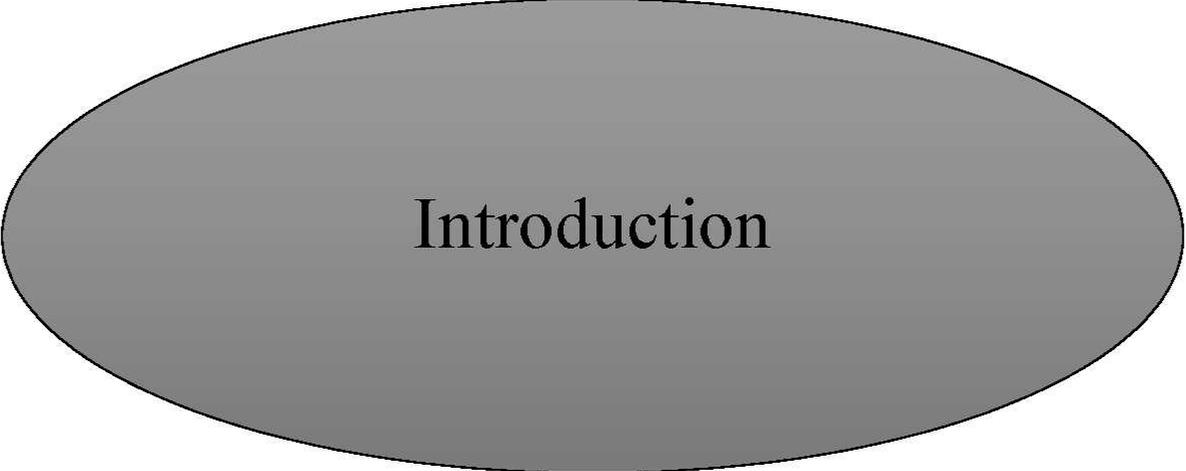
A mes chères et tendres nièces Anel, Imene, Marines, Sara, Asma, Tafath, Maria et Yasmine et mon grand neveu Massil.

A mes amis

Sonia, nous avons réalisé nos mémoires ensembles, galéré ensemble et réussi ensemble, merci d'avoir toujours été là pour moi.

Khadidja, toi qui es plus qu'une voisine, tu es une amie fidèle, une sœur, merci pour ton encouragement et ton soutien.

Fouad, mon cher ami, toi qui as toujours su me remonter le moral quand ça n'allait pas, merci. J'espère que cette amitié qui me lie à vous durera pour toujours...



Introduction

INTRODUCTION

Introduction

Lorsqu'une personne s'en sort après un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, cela n'exclut pas des séquelles conséquentes. Citons comme exemple des problèmes de mémoire, des handicaps moteurs, une hémiplégie, etc. La faculté qui peut être le plus souvent altérée est le langage. Le patient développe donc une aphasie. En effet, l'aphasie vient s'immiscer par surprise dans la vie de la personne. Si cette pathologie est connue pour certains, elle demeure inconnue pour d'autres jusqu'à ce qu'ils s'y soient confrontés. L'aphasie est une pathologie qui bouleverse la vie des gens qui y sont touchés.

Nous portons un grand intérêt à l'aphasie, car d'une part, c'est l'un des troubles acquis du langage oral et écrit qui peut impacter sérieusement plusieurs niveaux et composantes du langage (phonologique, phonétique, syntaxique, etc.), d'une autre part, elle n'est pas très connue dans notre société. Cela nous permettra peut-être de développer et d'apporter un peu plus de connaissances à ce domaine. Dans notre recherche, nous nous penchons vers un des types de l'aphasie le plus répandu, notamment sur notre terrain, citons l'aphasie de Broca.

L'objectif de cette présente recherche est de connaître les outils utilisés par les orthophonistes et leur efficacité dans l'évaluation du langage oral des patients berbérophones (kabyles) atteints d'aphasie de Broca.

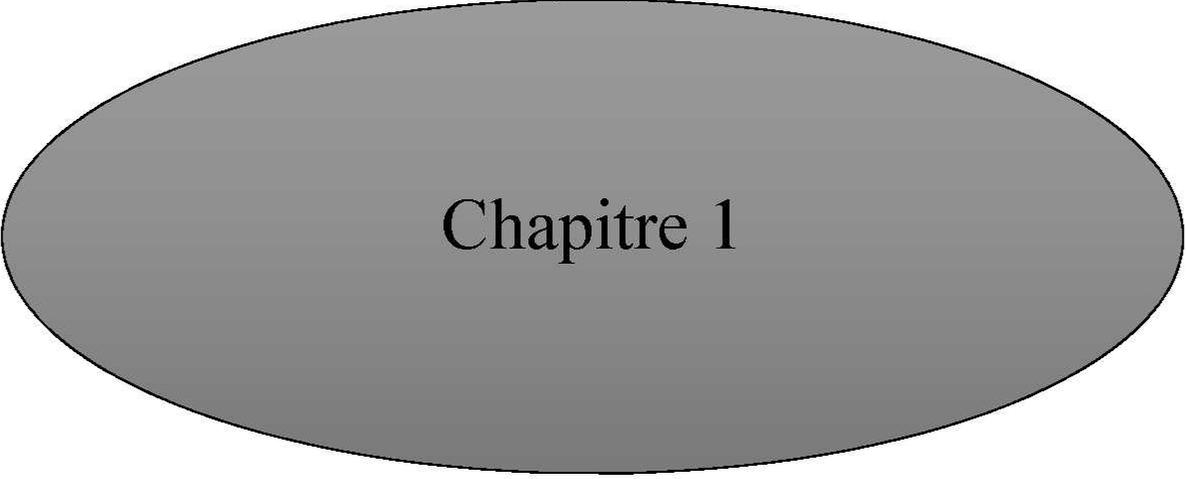
Notre travail sera divisé en deux parties, une partie théorique et une partie pratique, chaque partie comprend deux chapitres. Dans un premier temps, nous commencerons par la partie théorique, dans le chapitre 1, nous ferons un bref rappel anatomique sur les aires du langage, ensuite, nous citerons quelques points historiques sur l'aphasie en général. Et enfin, nous passerons à l'objet de notre étude, l'aphasie de Broca. Ici, nous mentionnerons sa définition, sa localisation lésionnelle ainsi que ses caractéristiques. En second lieu, dans le

INTRODUCTION

chapitre 2, nous aborderons les bilans, les examens d'évaluation et la prise en charge orthophonique de l'aphasie de Broca.

Dans la partie pratique, nous consacrerons à notre recherche deux chapitres, le premier sera méthodologique, ici nous aborderons d'abord notre problématique et notre hypothèse, ensuite la démarche suivie, la méthode et l'outil utilisés pour la réalisation de notre travail. Viendra en dernier le second chapitre de cette partie dans lequel nous traiterons et analyserons les résultats obtenus, confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Nous terminerons ce travail par une conclusion qui résumera l'essentiel de notre étude et ouvrira de nouvelles perspectives de recherche



Chapitre 1

Chapitre I : L'aphasie

Préambule:

Le langage est comme un système de signes favorisant la communication entre les individus. C'est un acte physiologique réalisé par différents organes du corps humain, psychologique avec l'activité volontaire de la pensée et social permettant la communication et l'interaction entre les hommes. *(Brin, Courrier, Lederle, Masy, 2004).*

Le langage est l'un des supports de la communication, comportant un versant réceptif sensoriel, où l'information est collectée grâce à l'audition et la vision, et un versant expressif phonatoire ou graphique. Ainsi, il existerait un pôle postérieur de réception sensorielle auquel correspondrait l'aphasie de Wernicke et un pôle antérieur auquel correspondrait l'aphasie de Broca, bien évidemment quand il s'agit de lésion cérébrale touchant les aires du langage. *(Sabadell et al, 2018).*

Dans ce premier chapitre, nous tenterons d'abord de faire un petit rappel anatomique sur l'organisation du langage, puis apporter des informations à travers nos lectures sur l'aphasie, en illustrant d'abord différentes définitions, selon divers auteurs. Revenir un peu aussi sur son historique en soulignant quelques un de ses précurseurs. Ensuite nous aborderons, les différentes étiologies de l'aphasie. En outre, nous citerons ses types, entre autre les aphasies fluentes et non fluentes. Pour arriver enfin à l'objet de notre recherche qui est l'aphasie de Broca.

1- Localisation du langage :

Au 20^e siècle, Déjérine a certifié que seul l'hémisphère gauche est détenteur d'aires du langage. Aujourd'hui avec les avancées scientifiques, il s'avère que

Chapitre I : L'aphasie

même l'hémisphère droit joue un rôle dans les facultés langagières. (*Guillaume.S, Leloup.G, Bernard.I, 2010*).

Dans la structure cérébrale, il existe ce qu'on appelle les réseaux neuronaux d'activation qui empruntent des voies complexes intégrant des structures corticales et sous-corticales, réparties au sein des différents lobes cérébraux, qui seront décrits comme suit :

- *Le lobe temporal* : siège de l'aire auditive primaire et de l'aire de Wernicke, il est au cœur de l'analyse des stimuli auditifs et de leur compréhension, ces derniers sont interconnectés aux signaux issus d'autres systèmes sensoriels et émotionnels (efférente et afférence). La convergence de ces informations ainsi que l'évocation de souvenirs permettent l'élaboration de concepts.*(ibid)*
- *Le lobe occipital* : il intègre les informations visuelles. Les stimuli présentés sont analysés soit par la voie occipito-pariétale spécialisée dans la localisation et la détermination des attributs spatiaux, soit par la voie occipito-temporale traitant la forme et l'identification des objets et des visages.*(ibid)*
- *le lobe frontal* : il est responsable des aspects les plus élaborés du comportement, la région préfrontale est impliquée dans la programmation, la planification, le contrôle et l'exécution des activités mentales finalisées. Le cortex préfrontal intervient dans l'ensemble des fonctions dites exécutives, dans la mémoire de travail mais aussi dans le langage. Ainsi l'aire motrice supplémentaire est partiellement responsable de l'initiation motrice du langage et de la planification du mouvement en général. Une lésion de cette région entrainerait des troubles importants de l'incitation verbale et motrice spontanée.*(ibid.)*

Chapitre I : L'aphasie

- *Le lobe pariétal* : il sous tend la perception et l'élaboration des sensations somesthésiques et participe également au langage. Le gyrus angulaire qui reçoit des afférences auditives et visuelles, est impliquée dans le langage écrit. (*ibid*)
- *Le système limbique* : c'est un réseau complexe incluant des structures corticales et sous corticales impliquées dans les émotions, le fonctionnement mnésique, l'incitation et l'intention de communication. Il joue également un rôle dans le langage et les capacités visuo-spatiales. (*ibid.*)
- *Les noyaux gris* : les noyaux gris centraux participent à la production du langage. Ainsi la stimulation électrique de la tête du noyau en chirurgie éveillée induit des troubles de l'articulation. (*ibid.*)

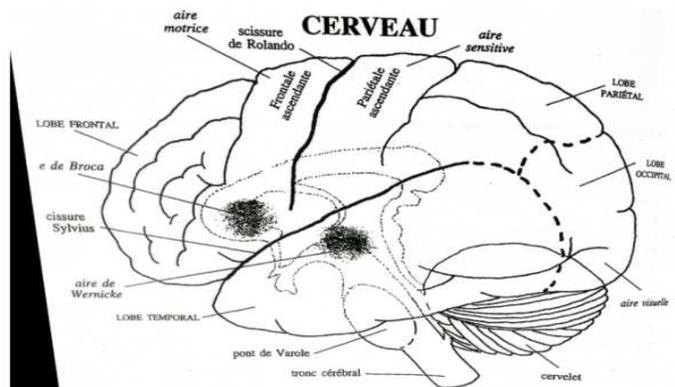


Figure1 :Brin.F., Courrier.C., Lederlé.E., Masy.V. (2004). Dictionnaire d'orthophonie.

Chacune de ces parties joue un rôle ou plusieurs rôles dans différentes fonctions, ce qui nous intéresse dans cette recherche c'est les parties qui entrent en jeu dans le fonctionnement du langage. Les chercheurs proposent une organisation anatomique des aires corticales impliquée dans le langage, elles sont réparties comme suit :

Chapitre I : L'aphasie

- *Les aires en relation avec l'espace extracorporel* : on trouve trois aires :
 - les aires de réception primaire : qui comprennent le gyrus de Heschl ou gyrus temporal supérieur, aire pariétale ascendante et l'aire prérolandique (aire de Broca). (CHOMEL-GUILLAUME.S, LELOUP.G, BERMARD,2010)
 - Les aires gnosiques spécifiques : qui comportent l'aire de Wernicke, le gyrus supra marginal en pariétal, les aires occipitale et les aires prémotrices. (ibid.)
 - Les aires associatives temporale et frontale : contiennent le gyrus angulaire pariétal et les aires temporo-basales du langage. (ibid.)
- *Les aires en relation avec les informations du milieu intérieur* :
 - Le cortex paralimbique : il comporte le pôle temporal et les aires parahippocampiques. (ibid.)
 - Le cortex limbique : il contient l'amygdale et l'hippocampe qui sont impliqués dans les processus mnésiques et émotionnels.

Voici deux figures illustrant les lobes cérébraux ainsi que les aires responsables du langage. (ibid.)

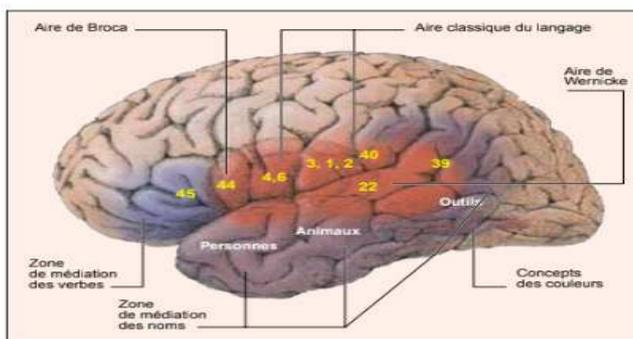


Figure 1. Schéma de l'hémisphère gauche du cerveau humain. La zone classique du langage a été indiquée (en rouge), entourée par les zones dites de médiation, comportant la représentation de différentes catégories de mots. (D'après [3].)

Figure 2 : Habib.M.,Joanette.Y., Roch Lecours.A. (2000), le cerveau humain et les origines du langage.

Les aires du langage saines sans aucune lésion donnent un bon fonctionnement langagier, en revanche si l'une de ces dernières subit une lésion cérébrale, la personne subira des perturbations affectant son langage et sa communication.

Dans l'aphasie, les zones touchées sont évidemment celles du langage, si celles-ci ne se restaurent pas c'est-à-dire l'hémisphère gauche reste déficitaire, c'est là que l'hémisphère droit rentre en jeu pour prendre les fonctions du langage. On parlera ici de l'aphasie qui peut survenir suite à différentes causes tel qu'un accident vasculaire cérébral. (Guillaume.S, Leloup.G, Bernard.I, 2010).

2- Généralités sur l'aphasie

2.1. Définitions de l'aphasie:

L'aphasie désigne l'ensemble des troubles de la communication par le langage, entraînant une rupture du code linguistique, elle se manifeste par différentes façons, par divers types, qui dépendent de l'étendue de la lésion.

Voici quelques définitions élaborées par différents auteurs :

- **Sabadell et al,**

Le terme « aphasie » est utilisé pour décrire une perte ou une déficience acquise du système linguistique suite à une affection du système cérébrale. L'aphasie peut affecter toutes les modalités de traitement du langage (expression, compréhension, lecture, écriture, geste) et les atteintes peuvent être de gravité variable. Plusieurs domaines peuvent être atteints : lexical, sémantique, phonologique, morphosyntaxique, pragmatique. La population aphasique est donc hétérogène avec des profils individuels de déficience linguistique différents suivant la localisation et l'importance de lésion. La sévérité de l'aphasie de son type sémiologique participe à l'établissement du pronostic de l'aphasie. La

plupart des études montrent que la sévérité initiale de l'aphasie est l'élément principal du pronostic. Toutefois, de nombreuses variables peuvent influencer son évolution. Rarement isolée, l'aphasie s'associe à une grande diversité de déficits cognitifs, ils peuvent être instrumentaux (gestes, capacité visuo-spatiale, calcul, capacité gnosiques), exécutifs (inhibition, planification, flexibilité), attentionnels (mémoire de travail) et mnésique (mémoire épisodique et mémoire sémantique). L'association de ces troubles cognitifs influe sur l'aphasie en majorant les déficits expressifs ou réceptifs et en limitant la récupération linguistique. (Sabadell et al, 2018 P3,4).

▪ **Dumont et Gaulin**

L'aphasie fait partie des troubles de la parole pour lesquels l'orthophonie propose une rééducation efficace. L'aphasie est la perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre un message parlé ou écrit. C'est aussi l'impossibilité d'associer une idée avec les mots justes. L'aphasique ne présente pour autant aucune anomalie des organes de la parole (langue et larynx), de la vue et de l'ouïe. L'aphasie n'est donc pas la conséquence d'une surdité ou d'un trouble des organes de la parole. Pour les spécialistes du langage, il existe une différence entre trouble de la parole et trouble du langage. L'aphasie réunit ces deux troubles, et pose donc des problèmes tant dans l'expression que dans la compréhension du langage. (Dumont.Eckert et Gaulin, 2015).

▪ **Armand Trousseau**

Armand Trousseau a utilisé le terme "aphasie" pour la première fois en 1864, à travers les années, les auteurs se sont référés à ce dernier et ont chacun donné leur propre définition, en voici quelques unes :

➤ *Kremer et Lederle*

Chapitre I : L'aphasie

Dans leur ouvrage, l'orthophonie en France, publié en 2005, les deux auteurs se sont reposés sur la définition de A.Trousseau, qui définit l'aphasie comme étant un trouble général du langage et de la communication, autrement dit le code linguistique est altéré. (KREMER.J-M, LEDRELE.E, 2005)

➤ *Thibault et Pitrou*

Les deux autrices dans leur livre, troubles du langage et de la communication, parue en 2014, s'inspirent aussi de la définition donnée par Trousseau.

Elles définissent l'aphasie comme suit: c'est l'ensemble de troubles langagiers affectant l'expression et/ou la compréhension du langage oral et/ou écrit, survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire. Elle ralentit la communication. (Thibault.C et Pitrou.M,2014)

➤ *Dictionnaire d'orthophonie*

Brin et ses collaborateurs s'appuient alors sur la définition de TROUSSEAU pour caractériser l'aphasie. Il s'agit d'une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble n'est ni lié à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, pas plus qu'à un dysfonctionnement périphérique de la musculature pharyngolaryngée, mais à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale (Brin et al, 2004).

L'aphasie est donc un trouble acquis du langage et de la communication qui résulte d'une lésion cérébrale, le plus souvent, elle survient suite à un accident vasculaire cérébral. Ainsi la personne aphasique n'est plus capable d'utiliser efficacement son langage. L'altération peut affecter les deux versants, expressif et réceptif, cela dépend de la zone du langage lésée.

2-2- Aperçu historique : naissance de l'aphasiologie

A la fin du 18^e siècle, aucune localisation précise du langage n'est constituée. Gall, médecin allemand et père fondateur de la phrénologie énonce une théorie des bosses ; les facultés mentales les plus développées entraveraient une hypertrophie du lobe cérébral correspondant et donc des déformations du crâne durant l'enfance. Ces bosses pourraient être repérés à la palpation. Pour le médecin, il y aurait un lien entre la personnalité d'une personne et sa physionomie. Sa théorie permettra ensuite de frayer un chemin vers d'autres recherches et découvertes à d'autres médecins et chercheurs tels que Paul Broca ou Carl Wernike. (*Guillaume.S, Leloup.G, Bernard.I, 2010*).

En 1861, Broca effectue une étude sur un patient atteint d'une hémiparésie droite et d'une aphasie réduite depuis vingt ans, avec une stéréotypie « *tan-tan* », succomba à une gangrène. Broca effectua une autopsie et fit un constat, le siège du langage articulé se situait dans la troisième circonvolution frontale gauche. C'est à ce moment-là qu'un lien causal était évoqué entre une lésion circonscrite du cerveau et l'altération d'une fonction telle que le langage qui sera bâti par le médecin sous le nom « d'Aphémie ». Ce symptôme particulier ou les autres facultés du langage sont saines, tels que l'appareil auditif ou l'appareil phonatoire, ce nom a suscité une polémique étymologique, ce qui a conduit un autre chercheur du nom de A. Trousseau à introduire le non Aphasie suite à sa déclaration du mot aphémie inadéquat. Pour lui l'aphasique a perdu la mémoire des moyens par lesquels la pensée doit se manifester par la parole, l'écriture et par le geste. (*Ibid.*)

L'étude scientifique du langage débute alors avec une approche anatomo-clinique, qui affirme le lien entre la sémiologie du désordre langagier et une lésion corticale révélée à l'examen anatomo-pathologique. De l'observation de

Chapitre I : L'aphasie

Broca naît la théorie localisationniste, c'est-à-dire, toute fonction cognitive s'élabore au sein d'aires cérébrales bien spécifiques. (Ibid.)

En 1874, Carl Wernicke, neurologue allemand, rapporte le cas d'un patient présentant une lésion du tiers postérieur de la circonvolution temporale supérieure gauche. Contrairement aux lésions frontales, les lésions temporo-pariétales ne provoquent pas un trouble de l'expression verbale, mais un trouble important de la compréhension. Opposée à l'aphasie motrice de Broca, l'aphasie sensorielle de Wernicke se caractérise par un langage fluide mais inintelligible à cause du manque de contrôle auditif et par le fait que le patient ne comprend aucune production orale, ni la sienne ni celle de ses interlocuteurs. Le neurologue caractérise ainsi un deuxième centre du langage plus postérieur, celui des images sensorielles des mots qui est situé dans la première circonvolution temporale gauche. Deux centres distincts du langage sont identifiés : celui de la réception et celui de l'émission. (Ibid.)

Pendant les décennies qui suivent, les observations cliniques vont conduire à identifier d'autres centres d'images correspondants aux différentes fonctions langagières ; centre de la mémoire visuelle, centre de l'écriture. Toujours dans le cadre de la théorie localisationniste. Ainsi l'aphasie serait liée à la perte des images motrices verbales, la surdité verbale à la perte des images auditives et la cécité corticale à la perte des images visuelles. (Ibid.)

Les cliniciens de l'époque s'intéressaient à ces centres, mais également à leurs connexions. Wernicke est le premier à émettre l'hypothèse selon laquelle les deux centres –moteur et sensoriel- seraient reliés par des fibres nerveuses. (Ibid.)

2.3. Etiologies des troubles aphasiques

Bien que la lésion décrite par P.Broca était d'origine vasculaire, ainsi durant des années, les patients aphasiques étudiés étaient atteints de lésions vasculaires, n'empêche qu'il existait d'autres pathologies neurologiques qui ont pour conséquence des aphasies. (Guillaume et al, 2010).

Voici quelques pathologies neurologiques pouvant causer une aphasie :

2.3.1.L'accident vasculaire cérébral (AVC) : c'est l'une des pathologies les plus fréquentes. C'est un processus pathologique cérébral vasculaire par une rupture d'une artère qui engendre un appauvrissement de la zone touchée ou une nécrose. L'AVC provoque des lésions cérébrales assez graves et étendus, qui ont pour conséquences des troubles moteurs comme une hémiparésie dans la majorité des cas, ou des troubles du langage telle que l'aphasie. (Brin et al, 2004)

L'AVC peut se manifester par diverses formes :

- *L'accident ischémique transitoire :* c'est l'arrêt momentané de l'apport du sang dans un vaisseau cérébral. Il peut déclencher divers troubles moteurs ou langagiers comme une hémiparésie, ou un mutisme, qui peuvent être momentanés et ne laissent pas de séquelles, mais si l'ATT se répète, il peut devenir grave, ainsi causer des déficits plus importants. (ibid)
- *L'hémorragie cérébrale profonde :* c'est un écoulement de sang dans le tissu cérébral encéphalique dû à une rupture d'un vaisseau sanguin intracrânien. Les deux causes principales sont soit l'hypertension artérielle ou une rupture d'anévrisme (déchirure brusque dans la partie dilatée d'une artère). Elle apparaît sous forme d'hémorragie sous arachnoïdienne (méningée), qui correspond à la présence de sang au niveau des méninges.(ibid)

Voici un schéma illustrant les deux types de l'accident vasculaire cérébral :

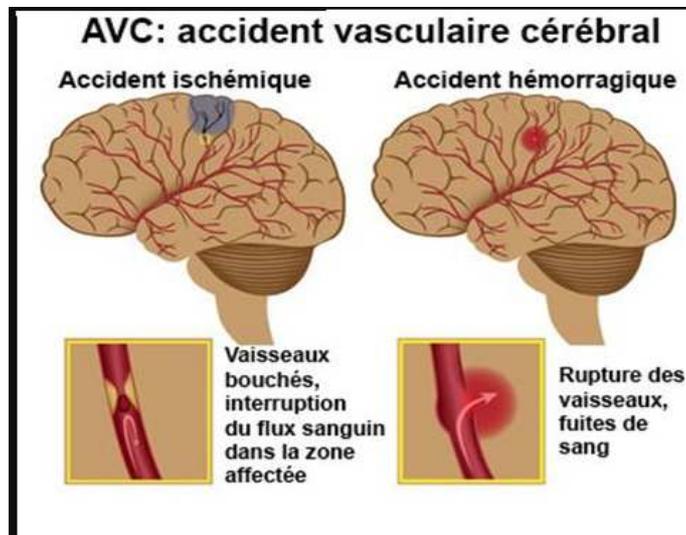


Figure 3 : <https://www.docteurclic.com/maladie/accident-vasculaire-cerebral-avc.aspx>

2.3.2. Les pathologies traumatiques : de manière générale, c'est un choc important reçu sur le crane. La terminologie habituelle distingue la commotion (traumatisme du cerveau consécutif au choc), et la contusion (choc). Le cerveau peut subir des lésions graves comme une hémorragie, une dilacération (déchirement des tissus). La gravité des troubles ne sera pas forcément liée à la présence d'une fracture des os du crâne. On note bien souvent une perte de connaissance ou un coma. Le traumatisme peut affecter les paires crâniennes tout particulièrement les nerfs optiques, olfactif, facial et auditif. La gravité du traumatisme dépend de la force du choc reçu ainsi l'étendu des lésions. Il peut avoir comme conséquence, une amnésie rétrograde (incapacité à se souvenir des évènements survenus avant l'amnésie) ou antérograde (incapacité de se souvenir d'évènements suivant l'amnésie), des céphalées, cécité transitoire (trouble visuel d'un seul œil) ou encore une hémiplégie. Le traumatisme crânien peut aussi causer des troubles de déglutition (dysphagie) et des lésions importantes du langage tel qu'une dysarthrie, et une aphasie. (*ibid*)

2.3.3. les pathologies neuro-dégénératives : l'une des plus grandes maladie démentielles connue est l'Alzheimer qui est une maladie évolutive, caractérisée par d'importants troubles mnésiques, une désorientation temporo-spatiale, une détérioration des facultés intellectuelles, une apraxie, une aphasie et bien d'autres troubles qui font que la personne atteinte devienne de plus en plus dépendante. (*ibid*)

Autres maladies dégénératives qui peuvent amener à une aphasie :

- *La dégénérescence lobaire frontotemporale :* elle est caractérisée par des troubles de comportement touchant essentiellement les fonctions exécutives et ont un impact sur les conduites sociales de la personne atteinte, et qui peut aussi entraîner une aphasie. (*Guillaume et al, 2010*)
- *La maladie de parkinson et maladie de corps de Lewi :* La première est caractérisée par l'apparition de tremblements au repos, elle apparaît à un âge avancé, elle résulte d'une accumulation de cellules nerveuses. (*Brin et al, 2004*).

La deuxième est une maladie caractérisée par des troubles cognitifs, moteurs. Des hallucinations... cependant les deux maladies touchent des aspects bien précis du langage, on observe une réduction de la syntaxe, compréhension de phrases complexes altérée, augmentation des pauses dans le langage spontané, diminution de la fluence verbale. (*Fondation vaincre Alzheimer, 2019*).

- *Atrophies corticales focales :* Ce sont des affections dégénératives se manifestant par un trouble cognitif d'évolution progressive. les troubles les plus observés dans ce cas sont une aphasie primaire progressive, une démence sémantique, une amnésie pure progressive, des troubles visuo-perceptifs...etc. (*Mazeaux et al, 2007*).

2.3.4. Les pathologies infectieuses : une fièvre ou une céphalée peut causer une aphasie passagère. Toute aphasie correspondant à une lésion parenchymateuse peut être la conséquence soit d'une méningo-encéphalite, soit d'abcès cérébral. (GUILLAUME.S et al, 2010)

2.3.5. Les pathologies tumorales : toute lésion tumorale peut affecter la communication et le langage soit par une atteinte directe d'une région corticale impliquée dans le processus langagier, soit par une lésion d'un faisceau de connexion. Les troubles du langage et de la communication peuvent révéler un processus tumoral, la vitesse de leur aggravation est l'indicateur de la nature de la tumeur. (ibid)

2.3.6. Les pathologies inflammatoires : la pathologie la plus souvent connue en neurologie est la sclérose en plaque qui s'agit d'une atteinte de la substance blanche du système nerveux central (cerveau et moelle épinière). Ici les troubles le plus souvent touchés sont les fonctions cognitives, cependant l'aphasie apparaît très rarement chez les sujets atteints de sclérose en plaque. (ibid)

2.4. La sémiologie des troubles aphasiques

Les caractéristiques cliniques observées dans les tableaux aphasiques peuvent paraître identiques chez deux sujets alors que les mécanismes physiopathologiques qui les sous-tendent sont différents.

Une classification distinguant les aphasies fluentes et non fluentes a été élaborée, en encourageant l'observation des troubles et symptômes aphasologiques. Une analyse des déficits avec l'élaboration d'hypothèses sur les mécanismes cognitifs lésés et préservés est recommandée.

2-4-1- Les aphasies fluentes: ce sont celles qui regroupent quatre types distincts :

Chapitre I : L'aphasie

- L'aphasie de Wernicke: aphasie à prédominance sensorielle, résultant d'une lésion cérébrale de la zone de Wernicke (partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale de l'hémisphère gauche). la compréhension du langage oral est altérée, mais aussi l'expression (langage inintelligible, jargonaphasie, ce qui rend son langage incompréhensible pour l'interlocuteur. (Brin et al, 2004)
- L'aphasie de conduction: ce type est un cas particulier d'aphasie sensorielle, due à une interruption du faisceau arqué(entre les aires du langage), caractérisée par des paraphasies (expression orale) et des paragrammes (expression écrite), des troubles de répétition, avec peu de troubles de la compréhension orale et écrit, et préservation de la prosodie. (ibid)
- L'aphasie transcorticale sensorielle : aphasie due à une lésion du territoire sylvien, caractérisée par de nombreuses paraphasies sémantiques, des troubles essentiels de la compréhension. (ibid)
- Les aphasies anomiques (amnésique): ce type est marqué par une perte de mémoire des mots, c'est à dire la personne a un manque de mot pesant qui touchent essentiellement les substantifs et les attributs. (ibid)

Le point en commun de ces types est un trouble du langage acquis caractérisé par un langage spontané fluent ; sur le plan quantitatif, le langage est caractérisé par un discours dont le nombre moyen de mots émis dans une même production est dans la norme, voire au-dessus. Sur le plan qualitatif, le langage est caractérisé par un discours dépourvu de réduction syntaxique. Ces aphasies diffèrent toutefois entre elles de par la localisation des lésions, et notamment par la voie d'organisation du langage atteinte.

Une atteinte de la voie ventrale, avec des lésions avant tout temporo-pariétales, entraînera au premier plan un trouble de la répétition relevant d'une atteinte de la mémoire de travail auditivo-verbale et/ou d'un trouble de l'encodage phonologique (aphasie de conduction).

Une atteinte des deux voies engendre des troubles plus importants, qui peuvent être rencontrés dans une aphasie de Wernicke sévère. (Sabadell et al, 2018)

2-4-2-Les aphasies non fluentes, elles rassemblent quatre types d'aphasie qui se distinguent par leur niveau de sévérité:

- L'aphasie transcorticale, Ce sont celles du cortex prémoteur et préfrontal (aires 6 et 8 ; aires 9, 10 et 11 ; aires 44, 45, 46) d'une part, celles de l'aire motrice supplémentaire et des voies qui en viennent cheminant dans la substance blanche juste en avant de la corne frontale d'autre part. Il faut en rapprocher les lésions donnant des états prolongés de mutisme. (Lambert J. et al, 2002).
- L'aphasie transcorticale motrice: c'est une aphasie due à une lésion préfrontale et souvent l'aire motrice supplémentaire. Elle est caractérisée par une réduction du langage spontanée à l'oral et à l'écrit, la compréhension reste généralement saine. (Brin et al, 2004).
- Aphasie mixte non fluente : elle désigne un tableau clinique se situant entre l'aphasie de Broca et l'aphasie globale, caractérisée par une anomie sévère, une compréhension pratiquement altérée et une répétition amoindrie. Présence également de stéréotypies. (Guillaume et al, 2010)
- L'aphasie transcorticale mixte : appelée aussi syndrome de l'isolement des aires du langage, cette aphasie est similaire à une aphasie globale. Elle est caractérisée par un appauvrissement du discours, celui-ci est marqué par l'absence de langage propositionnel spontané et présence de stéréotypies. La compréhension est très altérée. (Ibid)
- L'aphasie globale : L'aphasie globale est due soit à une lésion étendue de l'hémisphère gauche (infarctus sylvien total par exemple), soit à une lésion profonde interrompant à la fois les voies motrices efférentes issues de l'hémisphère gauche et les fibres d'origine calleuse provenant de

l'hémisphère droit. L'évolution pourrait être meilleure dans ce dernier cas, laissant tout de même persister une réduction sévère et durable de la fluence verbale. (VIADER.F, 2002).

- L'aphasie de Broca : Deux traits essentiels sont nécessaires au diagnostic : l'expression orale peu fluente et les troubles de l'articulation. Les difficultés sont maximales en expression spontanée. Celle-ci est réduite, nécessitant un effort considérable notamment d'initiation, et peut se limiter à une stéréotypie, à quelques mots (noms, verbes d'action à l'infinitif) ou à des formules automatiques. La parole est lente, laborieuse, souvent syllabique et dysprosodique. (*ibid*).

Leur point en commun est une réduction quantitative et qualitative du langage ; ainsi sur le plan quantitatif, la réduction correspond à une diminution du débit de la parole et du nombre moyen de mots émis consécutivement dans une phrase elle est caractérisée par une diminution de la fluence qui peut aller dans les cas les plus sévères jusqu'au mutisme et une diminution du débit de parole qui se traduit par de nombreuses pauses et hésitations entraînant une syllabation, des altérations du rythme et de l'accentuation et de l'intonation. Dans les anomalies du débit, on peut observer des stéréotypies, des palilalies et l'écholalie.

Sur le plan qualitatif, la réduction correspond à une baisse ou à une omission de l'usage de la syntaxe. On parlera de dyssyntaxie et/ou d'agrammatisme. Cela peut se traduire par un style télégraphique (caractéristique de l'aphasie de Broca)

La parole non fluente peut être due à des difficultés d'initiation de la parole, des difficultés de la programmation avec une articulation laborieuse et imprécise ou à une anomie de sévérité variable. (Sabadell et al, 2018).

Après avoir fait le point sur l'aphasie en général, nous allons-nous approfondir sur l'aphasie de Broca qui constitue l'objet de cette recherche.

3. **Définitions de l'aphasie de Broca** : l'aphasie de Broca est une aphasie non fluente, caractérisée par une réduction massive du langage, voici quelques définitions données par de nombreux auteurs :

- **Sabadell et al** : *L'aphasie de Broca est l'un des types les plus courants, c'est aussi la forme prototypique des aphasies non fluentes. (Sabadell et al, 2018)*
- **Borel-Maisonny** : *L'aphasie de Broca a été nommée aphasie d'expression ou aphasie motrice corticale par Déjérine, aphasie motrice efférente ou aphasie motrice cinétique par Luria, aphasie de réalisation phonématique par Hecaen. L'aphasie de Broca perturbe la programmation phonétique, les programmes articulatoires nécessaires à la mise en forme de l'expression verbale ne pouvant plus être transmis à l'aire motrice primaire au niveau de la partie basse de la frontale ascendante. (Borel-Maisonny, 1999).*
- **Anny Lanteri** : *L'aphasie de Broca est la plus représentative des aphasies expressives, elle est la plus connue et la mieux identifiées des aphasies, la déformation de l'articulation est immédiatement reconnue. Ainsi la diminution du flux de parole rend évident le manque du mot. (Lanteri, 2004).*
- **Kremer et Lederlé** : *Elle touche essentiellement le versant de l'expression du langage, mais elle n'est cependant pas exempte de troubles de la compréhension. Elle est souvent associée à une hémiplégie droite à prédominance facio-brachiale, et se traduit initialement par une importante réduction qualitative et quantitative du langage. On observe de nombreuses transformations phonétiques, un*

manque du mot, des troubles de la syntaxe et de la prosodie, ainsi que, au second plan, des troubles de la compréhension. On peut également observer une apraxie bucco-linguo-faciale. L'aphasique de Broca se présente comme une personne ralentie, Monotone, triste souvent ».
(Kremer, 2005).

En résumé, l'aphasie de Broca est l'un des types les plus fréquents survenant après un AVC généralement ou une autre lésion cérébrale. Elle est appelée ainsi car la zone responsable du langage lésée est l'aire de Broca. On observe souvent chez les patients une hémiplégié droite, C'est une aphasie non fluente, en effet, elle est marquée par une production langagière très amoindrie, dans certains cas, ça peut aller jusqu'à un mutisme total, la compréhension est souvent épargnée et reste saine.

3.2. La localisation lésionnelle :

Les lésions responsables de l'aphasie de Broca intéressent le cap (pars triangularis) et le pied (pars opercularis) de la troisième circonvolution frontale gauche, mais aussi les régions corticales alentour, et en profondeur la capsule interne, les lésions s'étendant en règle vers les noyaux gris centraux. Les lésions de l'aphasie de Broca perturbent la programmation phonétique, les programmes articulatoires nécessaires à la mise en forme de l'expression verbale ne pouvant plus être transmis à l'aire motrice primaire au niveau de la partie basse de la frontale ascendante. (Borel-Maisonny, 1999).

Voici un schéma représentant l'aphasie de Broca dans sa localisation lésionnelle, en vue latérale et horizontale

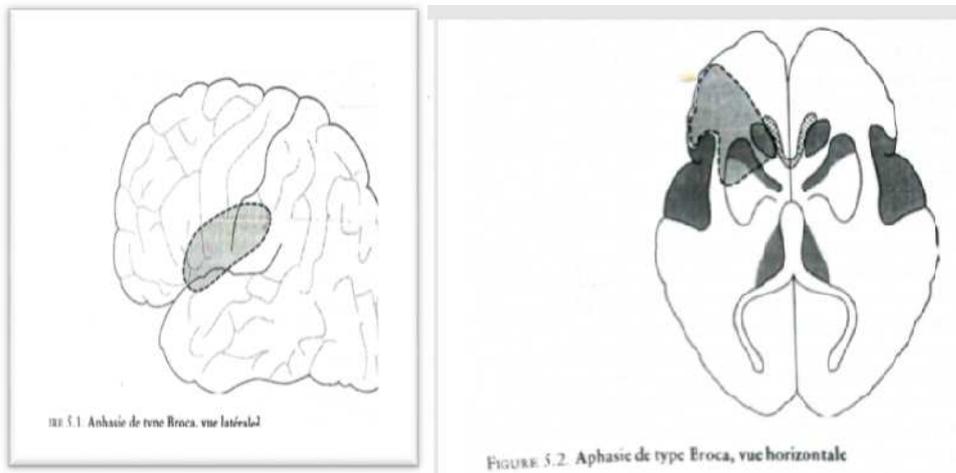


Figure4 : (*Guillaume et al, 2010*)

3.3. Les caractéristiques de l'aphasie de Broca :

Les troubles rencontrés dans ce type d'aphasie selon Thibault et Pitrou:

- agrammatisme/ dyssyntaxie qui donnent un style télégraphique.
- Désintégration phonétique: le débit de la parole est ralenti, perturbation du rythme de la parole et l'articulation est difficile.
- le vocabulaire est amoindri
 - présence de paraphasie. (*Thibault, 2014*).

Selon Guillaume et coll, l'aphasie de Broca est caractérisée par une réduction du discours spontané avec une compréhension intacte. La réduction est plus ou moins sévère et évolutive. Un mutisme au stade initial du trouble peut s'améliorer avec le temps. L'émission verbale est ardue, parfois entrecoupée. Le langage automatique comme le comptage, les jours de semaine... ou même la capacité de chanter sont souvent préservés. Le contenu du discours est souvent intelligible, mais nécessite parfois un effort considérable de la part du patient. (*Guillaume et al, 2010*)

Chapitre I : L'aphasie

On peut aussi observer des stéréotypies faites d'une syllabe, d'un mot ou d'une courte phrase. Ce sont des émissions verbales involontaires qui surviennent dès que le malade tente de parler.

La compréhension simple et conversationnelle est souvent bien préservée, mais quand il s'agit de consignes complexes de ou de conversation de niveau supérieur, l'aphasique peut éprouver des difficultés à assimiler ce qu'on lui dit. (*Ibid.*)

Dans la conception neurolinguistique défendue par Jacobson et par Sabouraud, l'aphasie de Broca se caractérise sur le plan phonologique par un déficit de la combinaison des phonèmes et sur un plan séméiologique par un déficit de la combinaison des mots d'où les difficultés articulatoires, la réduction globale du volume verbal et l'agrammatisme.

C'est donc bien la réduction du langage qui constitue le fait majeur de l'aphasie de Broca.

L'aphasique de Broca présente généralement des troubles associés au trouble expressif, l'apraxie bucco faciale est présente au départ. L'aphasique est mutique, figé et non communicatif. Quand il est sollicité il comprend mais n'éprouve pas la capacité à répondre. Même s'il n'a pas d'hémiplégie, il ne fait pas de gestes pour compenser sa difficulté verbale. (*Sabadell et al, 2018*).

Pour établir un diagnostic de l'aphasie de Broca, deux traits essentiels doivent apparaître : l'expression orale peu fluente et les troubles de l'articulation, en effet on retrouve dans ses caractéristiques : d'abord, une expression orale réduite ; la fluence est très amoindrie et un manque du mot. En outre, des troubles anthesis une compréhension orale préservée et enfin une dyssyntaxie et ajouté à cela un agrammatisme(*ibid.*)

L'aphasie de Broca fait souvent suite à une aphasie globale ou à un mutisme, l'évolution est marquée par la récupération progressive des mots concrets, le développement d'un agrammatisme marqué par des phrases courtes de style télégraphique et un langage de plus en plus propositionnel. Avec une amélioration des troubles arthriques de la réduction de la fluence peuvent être dissociés ; la récupération dans ce type d'aphasie est souvent meilleure. (*Ibid.*).

3.3.1. Les caractéristiques les plus importantes de l'aphasie de Broca :

- *L'agrammatisme* : l'expression du patient se présente parfois avec un mutisme notamment au début, néanmoins, l'aphasique arrive à le dépasser, alors, il réussit à énoncer quelques propos avec des troubles d'articulation, mais il est impossible pour lui d'en faire une phrase correcte. Son flux de parole est très réduit, il est incapable d'utiliser une phrase pour s'exprimer, il utilise à la place un substantif pour faire passer son message. Le déficit est morphosyntaxique.

Conclusion

Comme nous avons pu le constater, le cerveau humain a une organisation très complexe, il héberge tant d'aires qui chacune joue un rôle très important dans le fonctionnement physique et cognitif de l'individu, et le langage fait bien évidemment partie des ces fonctions.

Quand une zone responsable du langage est lésée, cela crée un trouble affectant le fonctionnement de ce dernier et ce de différentes manières, il peut toucher la compréhension, la capacité d'écriture, l'expression... Ce trouble est connu sous le nom d'aphasie, qui est l'un des troubles entravant la capacité de communiquer, elle engendre des difficultés à s'exprimer à rassembler les idées sans aucune anomalie des organes phonatoires, elle touche soit le versant réceptif, ou le versant expressif comme dans le cas d'aphasie de Broca la personne peut dans les cas sévères être mutique c'est-à-dire ne peut pas émettre aucun son, et dans les cas les moins sévères, le langage peut être déstructuré comme nous l'avons cité dans le chapitre, le patient souffre d'agrammatisme, de manque du mot, il éprouve énormément de difficultés à communiquer avec autrui, ce qui devient très pesant pour la personne qui en est atteinte ainsi que son entourage. La personne aphasique aura besoin d'un suivi psychologique, dans certains cas, et du soutien de ses proches

Enfin, les patients atteints d'aphasie ont besoin d'une prise en charge orthophonique précoce, reposant sur un protocole long et minutieux. Ce dernier varie d'un patient à un autre et comporte plusieurs étapes allant de l'évaluation à la rééducation nous aborderons cette prise en charge de manière approfondie dans le chapitre suivant. L'orthophoniste peut commencer d'abord avec une évaluation générale quand le patient est alité, pour constater l'étendue de la lésion, suivant des étapes bien précises et régulières.



Chapitre II

Chapitre 2 : évaluation de l'aphasie et prise en charge

Avant de passer à la prise en charge et la rééducation d'un patient souffrant de n'importe quel trouble du langage acquis ou développemental, l'orthophoniste doit d'abord l'évaluer, c'est-à-dire, évaluer ses capacités ainsi que ses incapacités. Il doit utiliser des tests standardisés adaptés à chaque trouble.

L'aphasie fait bien entendu partie des troubles acquis du langage, avant toute prise en charge orthophonique, on doit procéder à l'évaluation du langage de la personne atteinte, avec l'aide des tests conçus par des chercheurs qui sont standardisés et adaptés à l'aphasie. Mais aussi à l'évaluation d'autres facultés comme la motricité

Dans ce second chapitre, nous allons citer les bilans utilisés en aphasiologie et lister les tests d'évaluation de l'aphasie utilisés dans différents pays du monde et ceux utilisés notamment en Algérie dont le Protocole Montréal Toulouse d'examen de l'aphasie. Nous allons commencer d'abord par citer les tests d'évaluation de l'aphasie, ensuite à l'évaluation de la communication. Ainsi tenter de mentionner quelques méthodes de rééducation de l'aphasie de Broca

1. Le bilan orthophonique en aphasiologie :

Avant de citer les bilans utilisés dans l'aphasie, nous tenterons d'abord de donner une brève définition du bilan orthophonique.

Selon le dictionnaire d'orthophonie, le bilan est l'acte initial indispensable avant tout début d'une prise en charge orthophonique, qui permet à l'orthophoniste, à l'aide d'un entretien (observation, écoute du patient et de son entourage familial) et à l'anamnèse et les évaluations de faire un bon diagnostic. Le bilan orthophonique permet par ailleurs d'établir les objectifs et le

protocole de la rééducation selon les résultats obtenus à travers les tests d'évaluation. C'est un outil de dépistage de diagnostic et de prévention. (Brin et al, 2004).

1.1. Les objectifs du bilan orthophonique en aphasie :

Les objectifs du bilan sont nombreux :

- ✓ Une investigation préliminaire en utilisant des tests et batteries dans le but d'identifier les capacités résiduelles et les troubles présents et dépister le type d'aphasie.

- ✓ Une prise en compte de la dimension fonctionnelle du langage par les évaluations à caractère écologique, et des échelles de la qualité de vie mesurant les capacités de communication des patients.

- ✓ Définition du programme thérapeutique, en mettant en avant les mécanismes perturbés et les capacités subsistantes qui seront susceptibles d'amener au bon déroulement de la rééducation.

- ✓ Suivi des patients, cela permet d'observer le niveau de performance et le degré des troubles.

- ✓ Mesurer l'efficacité d'un traitement autrement dit le protocole de rééducation établi au départ.

- ✓ Aide pour l'orientation et l'indication thérapeutique (la décision d'une éventuelle prise en charge ou pas).

- ✓ Information du patient et ses proches. C'est-à-dire leur expliquer les étapes à suivre dans la prise en charge du patient.

La première des choses que doit contenir un bilan c'est l'anamnèse, s'ensuivront ensuite les tests d'évaluation et les examens cliniques (Guillaume.s et al, 2010).

1.2. L'anamnèse :

Avant de commencer à réaliser un bilan, l'orthophoniste doit s'assurer que certains documents indispensables lui seront remis, à savoir la lettre d'orientation dans le cas où le patient a été orienté par un neurologue ou autre

spécialiste ainsi que les renseignements administratifs (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone...). Tous ces éléments constituent une partie du dossier du patient. (Kremer.et al, 2016)

Selon le dictionnaire d'orthophonie, l'anamnèse est l'ensemble des données collectées du patient et son trouble (nom, prénom, âge, adresse...) grâce à un entretien effectué avec le patient lui-même ou ses proches. C'est une étape essentielle et fondamentale dans le bilan orthophonique qui permet la mise en place d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute ou l'orthophoniste et son patient. L'anamnèse révèle les antécédents médicaux, développementaux, familiaux... du patient et permet de connaître le motif de la consultation du patient. Le bilan ne peut pas se faire sans une anamnèse c'est une partie très importante, elle participe à la pose du diagnostic en permettant d'établir des liens entre les difficultés présentes et observées chez patients et les difficultés antérieures.(Brin et al 2004).

1.3. Examen clinique dit de première intention :

Il est réalisé au stade initial de la maladie, durant l'hospitalisation, souvent le patient est encore alité. Ce qui fait que le tableau clinique est soit sévère ou bien en cours d'évolution ce qui rend l'administration des tests impossible. Cette étape est primordiale, du fait qu'elle aide le thérapeute à évaluer la communication fonctionnelle du patient, ainsi avoir déjà un pré-diagnostic, et aussi recueillir des informations grâce auxquelles il pourra sélectionner les tests qu'il administrerait au patient. Ici l'orthophoniste ou le clinicien n'a recours à aucun outil standardisé, il doit donc se référer à ses capacités d'analyse afin de faire une évaluation en s'aidant d'objets du quotidien, reconnus par le patient l'évaluation concerne 5 axes du langage, on cite : *l'expression orale*, ici le thérapeute observe l'état du versant expressif du patient toujours au début de sa maladie autrement dit il évalue les performances

langagière du patient , sa prosodie , son articulation... s'ensuit *la compréhension orale*, l'évaluation du versant réceptif se fait à l'aide de consignes simples, comme demander au malade de se redresser , de montrer un objet... le 3^e axe concerne la dénomination, l'orthophoniste juge la fréquence des mots, la classe grammaticales , s'il ya de la cohérence dans ses dires... les autres axes portent sur la répétition, qui constitue un élément de diagnostic différentiel, l'examineur ajuste la longueur des mots à rejeter en fonction des performances de répétition précédente. En outre l'écriture est aussi prise en compte dans l'évaluation, si le patient a de faibles performances dans la compréhension orale, l'orthophoniste fait recours à la compréhension écrite, de ce fait l'écriture sera un moyen de communication avec le patient. Enfin le dernier axe implique l'apraxie bucco-faciale et l'apraxie idéomotrice, celles-ci accompagnent souvent l'aphasie, la première empêche la programmation des gestes bucco-faciaux et la deuxième rend impossible la communication gestuelle. Les gestes sont testés en demandant au patient de faire quelques gestes moteurs simples puis des gestes par imitation. (Guillaume et al, 2010).

1.4. L'examen clinique standardisé :

Il concerne l'évaluation générale du patient, cet examen explore de façon précise les différents modes de fonctionnement du langage en observant les niveaux de complexité. Pour ce faire l'examen clinique doit suivre les étapes suivantes :(Guillaume.S,2010).

1.4.1. Examen du langage spontané : il consiste en l'évaluation du langage spontané en suscitant des productions libres de la part du patient, avec un entretien semi directif, les questions posées concernent la vie du patient, nom, prénom, âge, profession, adresse... ainsi que l'histoire de sa maladie, cet entretien permet de repérer ses capacités résiduelles. L'appréciation du discours

spontané du patient se fait selon deux axes qui guident le thérapeute dans son évaluation. Le premier axe tourne autour des capacités de communication, c'est-à-dire la compréhension conversationnelle du patient ainsi que sa capacité à transmettre de façon efficace des informations importantes malgré les difficultés éprouvées.

Le deuxième axe concerne la qualité du discours qui est jugé selon la fluence et la non-fluence de la parole du sujet. (*Ibid.*)

1.4.2. Examen du langage contraint : la production du patient est contrôlée par le thérapeute, il doit examiner les différents axes du langage et les difficultés éprouvées par le patient. Cette partie contient un ensemble de tâches soumises à des règles de passation, des consignes strictes et des systèmes de notation rigoureux. Les axes évalués dans cet examen sont l'émission, le décodage et le transcodage. L'émission ou la production du langage est testée oralement par des épreuves par lesquelles le patient répond verbalement en décrivant ou dénommant un objet ou une image. Le décodage consiste à déchiffrer des messages linguistiques, ici c'est la compréhension qui est testée, en demandant au patient de désigner quelque chose. Le transcodage qui est le passage d'une modalité à une autre, est réalisé avec des épreuves de dictée ou de lecture à haute voix.

On évalue aussi dans l'examen du langage contraint les modalités orale et écrite, c'est-à-dire soumettre le patient à une épreuve de dénomination à l'oral et à l'écrit, pour mesurer l'étendue du déficit dans les deux modalités.

Enfin le dernier point évalué est le niveau de complexité, avec des tâches de désignation et de dénomination d'images simples et passer aux tâches plus complexes telles que les formulations de phrases (citations, proverbes...)(*ibid.*).

2. Les tests d'évaluation :

Définissons d'abord l'évaluation, d'après le dictionnaire d'orthophonie, l'évaluation est l'action qui consiste à apprécier, à déterminer la valeur, le prix et l'importance de quelque chose. L'évaluation en psychologie et orthophonie relève des tests standardisés que les thérapeutes utilisent pour mesurer les capacités et incapacités des patients de troubles psychiques ou langagiers. (Brin. et al, 2004)

2.1. Evaluation de l'aphasie :

L'évaluation de l'aphasie est une tâche assez complexe car les troubles diffèrent d'un patient à un autre. Néanmoins, avec le progrès des tests, d'échelles et des bilans qui sont standardisés, l'examen de l'aphasie devient moins difficile. (Mazaux et al, 2007)

Plusieurs chercheurs dans différents domaines soit de médecine, en orthophonie ou en psychiatrie ont travaillé pour concevoir des tests d'évaluation, nombreux ont travaillé en collaboration afin d'élaborer des tests qui contiennent des épreuves d'évaluation de plusieurs aspects du langage, et/ou cognitifs et de la communication. (Ibid.)

Dans un premier temps, nous allons aborder les tests qui tournent autour de l'évaluation de l'aphasie. Voici donc quelques tests utilisés abondamment dans cet aspect :

2.1.1. Test pour l'examen de l'aphasie : l'examen de l'aphasie de B.Ducarne fut le premier outil d'évaluation de l'aphasie dont ont disposé les cliniciens francophones en 1965. Il vise à souligner l'état et le niveau des perturbations fonctionnelles, en l'occurrence le langage. Il explore les principaux systèmes du langage à travers des épreuves. L'examen évalue les modalités suivantes :

- *L'expression orale* : langage spontané (biographie du sujet), langage automatique, répétition, dénomination, descriptions d'images, définitions, construction de phrases, explication de proverbe.
- *Compréhension orale* : désignation d'images, exécution d'ordre, complètement de phrases, critique d'histoire absurde, résumé d'un texte entendu.
- *Lecture* : désignation et lecture à haute voix de symboles graphiques, lecture à haute voix de textes, correspondances mots-images et textes-actions, exécution d'ordres écrits.
- *Écriture* : écriture spontanée, automatique, dénomination écrite, description écrite d'images, résumé écrit d'un texte entendu, copie puis dictée de symboles graphiques et de phrases, narration écrite spontanée.

A la fin du test, on procède à un examen de praxie et des fonctions perceptives et visuelles. La cotation se fait en pourcentage des bonnes réponses par rapport au maximum possible et de façon qualitative en observant le type d'erreurs commises par le patient. (*Mazaux et al, 2007*).

2.1.2. Echelle d'évaluation de l'aphasie : Boston Diagnostic Aphasia Examination de H. Goodglass et E. Kaplan en 1972 a été adapté par J.M. Mazaux et J.M. Orgogozo en 1982, pour une population francophone, il reste le test le plus utilisé dans le monde, il a de nombreux attributs, il est complet, sensible, reproductible, il a été construit selon les principes d'une psychométrie rigoureuse, et a été adapté dans plusieurs langues. Mais il a aussi des limites, ses concepts théoriques datent de 1972, il a une approche purement descriptive en vue d'un diagnostic (*ibid*)

C'est un outil d'évaluation clinique, mais aussi de recherche en neurologie et neuropsychologie. C'est un outil efficace pour le dépistage et le diagnostic, il permet une bonne classification nosologique grâce à ses feuilles de

profil très représentatives. Son système de cotation est quantitatif réduisant le temps de passation. (Guillaume et al, 2010).

La version française possède une évaluation globale de la sévérité de l'aphasie et une évaluation du langage spontané, en posant des questions sur la biographie de la personne et la description d'une image. La compréhension est ensuite évaluée par des désignations d'image et le schéma corporel du patient, d'exécution d'ordres simples puis complexes, et des questions fermées sur des textes entendus, de longueur et de complexité croissantes.

L'expression orale est évaluée par le langage automatique, de fluence sémantique, d'articulation, de répétition, de lecture à haute voix et de dénomination. La compréhension écrite comporte la désignation et l'appariement de lettres et de mots, la reconnaissance de mots épelés, l'association de mots et d'images... En dernier lieu, l'évaluation se fait sur les capacités de chant et de rythme.

La version américaine a été révisée en 2000 apportant de nouvelles épreuves telles que l'évaluation des compétences sémantiques, lecture à haute voix d'homophones... (Mazaux et al, 2007)

2.1.3. Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie :

Mis au point et validé en 1986, et a été révisé à 1992, il comporte deux tests qui sont le M1 ou Mi-Alpha, examen clinique standardisé et le M2 ou Mi-Bêta, un examen détaillé et linguistique du langage.

Le protocole contient un entretien dirigé et vingt-deux épreuves classiques avec une cotation ordinale permettant l'établissement et profils standard. Les épreuves de description orale et écrite d'une image qui ont une analyses lexico-sémantique et syntaxique. (Guillaume et al, 2010)

La première version MT86 a été réalisée par Nespoulous, Lecours et al, 1986, puis en 1992 ils ont révisé une autre version. Il comprend deux tests

distincts : le M1 qui est un examen clinique standardisé et le M2 qui lui est un examen détaillé en linguistique du langage.

Les deux versions contiennent un entretien dirigé et 22 épreuves évaluant la dénomination, la répétition, la lecture à haute voix, l'écriture copiée et dictée, la compréhension orale, la compréhension écrite. (*Mazaux et al, 2007*)

La deuxième version comporte en outre une tâche de description d'image (oral et écrit), un questionnaire écrit et des épreuves de langage automatique, de désignation des parties du corps (oral et écrit), d'évocation lexicale (noms d'animaux), de lecture à haute voix, de compréhension d'un texte et de manipulation d'objets sur consigne verbale.

La cotation de l'entretien dirigé se fait de manière quantitative et ordinale des troubles suivants: réduction, agrammatisme, manque du mot, déviations phonétiques, phonémiques, verbales. Les épreuves de description orale et écrite d'une image contiennent une double analyse, à savoir: lexico-sémantique et syntaxique. La cotation du reste des épreuves se fait de manière quantitative en additionnant les points obtenus pour chaque bonne réponse. Les items sont choisis en fonction de leur fréquence dans la langue. (*ibid.*)

Il existe aussi de nombreux autres tests d'évaluation générale qui sont utilisés avec les formes d'aphasie les moins sévères, en voici quelques exemples :

- *Testes de fluences sémantique ou phonétique de Isaacs (1972)* : ce sont des épreuves qui consistent à demander au sujet de dire le plus grand nombre de mots de la même catégorie sémantique, ou bien commençant par une même lettre, dans laps de temps bien déterminé. (*Mazaux et al, 2007*)

- *Exa-Dé : batterie d'examen des troubles en dénomination de Bachy-Langedock (1988)*: il contient près de 90 items et 5 épreuves complémentaires mesurant le rôle des facteurs qui influencent les

performances à savoir la nature, les caractéristiques et la composition linguistiques des items, temps de réponse... la cotation se fait en pourcentage de réponses juste et par une analyse de type des erreurs commises. (*ibid*)

- *Test de dénomination orale d'images DO80 de Deloche et Hannequin (1997)* : il est destiné aux sujets aphasiques ainsi qu'à d'autres populations. Son but premier est d'apporter des explications sur le dysfonctionnement du processus de dénomination d'un patient en se référant au processus d'un sujet sain, en second lieu, il tente de fournir des données quantitatives pour évaluer les effets de la rééducation. Il comprend 80 images. L'épreuve n'est pas chronométrée. (*ibid.*)

- *Lexis : test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique de De Partz, Bilocq et all (2001)* : c'est une batterie qui vise à quantifier les troubles de dénomination orale et de la compréhension des mots concrets de différentes classes de fréquence d'usage, d'autre part à identifier le ou les processus cognitifs responsable du manque de mot. Elle comporte une épreuve de dénomination, de désignation et une épreuve d'appariement sémantique. Le temps de réponse est pris en compte. (*Mazaux, 2007*)

- *Dénomination de verbes lexicaux en images DVL 38 de Haemmelrath (2005)* : ce test permet d'évaluer la difficulté fréquente chez l'aphasique à dénommer les verbes par rapport aux substantifs. Il contient 38 images illustrant des actions selon la fréquence de l'utilisation des verbes et leur longueur. La cotation est similaire aux autres tests, en revanche ici le temps de réponse est libre. (*ibid.*)

2.2. Évaluation de la communication:

Après les épreuves d'évaluation de l'aphasie que nous venons d'énumérer, nous passerons aux épreuves concernant l'évaluation de la communication. Les approches les plus utilisés sont celles qui sont écologiques.

Les thérapeutes et orthophonistes, ont conscience que les résultats obtenus par leurs patients dans les épreuves ne reflètent pas leur capacité de communication dans leur milieu de vie quotidienne. Dès lors, avec les avancées scientifiques et les recherches effectuées en médecine et en psycholinguistique, les chercheurs se sont énormément préoccupés de la communication. (Guillaume et al, 2010).

Les tests utilisés dans l'évaluation de la communication sont utilisés en premier lieu selon deux niveaux :

2.2.1. Le niveau de déficience : les tests évaluant l'aspect qualitatif de la communication se sont énormément développés au cours de ces dernières années. En voici les plus utilisés :

2.2.1.1. Le protocole Montréal d'évaluation de la communication : il est composé d'un questionnaire sur la conscience des troubles, cinq épreuves évaluant les structures prosodiques et intonatives, six épreuves concernant les activités lexicico-sémantiques les plus impliquées dans la communication verbale (jugements sémantiques, métaphores...) et deux épreuves concernant le discours, la narration et la conversation.

Néanmoins, le test auquel les spécialistes font le plus recours actuellement pour évaluer en langue française les déficits qualitatifs de la communication dans l'aphasie est le test Lilois de Communication. (Mazaux et al, 2007)

2.2.1.2. Le test Lilois de communication (TLC) : il a été conçu dans le but d'évaluer plus précisément les perturbations de la communication pour le bon fonctionnement de la prise en charge des sujets atteints. Le TLC est basé sur les théories générales de la communication, et pas uniquement sur les messages et leurs contenus, mais sur le comportement, c'est-à-dire, c'est un processus social incluant de nombreux modes de comportement ; paroles, gestes, mimiques... en

outre ce test fait en sorte de distinguer la communication verbale et non verbale.*(Ibid.)*

La communication est d'abord analysée dans un entretien permettant de créer une interaction entre le patient et le thérapeute, puis petit à petit aborder des sujets d'actualité, et enfin passer à une situation nommée PACE (Promoting Aphasic's Communication Effectiveness), ou l'émetteur doit faire découvrir au receveur une image spécifique parmi d'autres, en faisant usage de son langage oral ou des gestes. Cette situation facilite le contrôle de l'expression et de la compréhension des signes verbaux et non verbaux.

Ce test évalue les trois domaines suivants ; l'attention et la motivation à la communication, la communication non verbale et la communication ainsi que la communication non verbale accompagnée de nombreux items distincts, évaluant les conséquences des troubles élémentaires aux niveaux syntaxique, sémantique et pragmatique.*(Ibid.)*

2.2.2. Le niveau des limitations d'activités et restrictions de participation :

De nombreux outils s'intéressent à l'efficacité de la communication, autrement dit à aux limitations d'activités (incapacité) de communication dans les situations de la vie quotidienne, afin d'évaluer les gênes causées par l'aphasie, rencontrées dans la vie sociale lors de la communication. Voici le test le plus utilisé est « *l'échelle de communication verbale de Bordeaux* ». (*Mazaux et al, 2007*)

C'est une échelle mesurant l'incapacité de communication simple, rapide à utiliser, sans formation, ayant pour but de rendre plus facile les situations de communication des aphasiques dans leur vie quotidienne. Elle comporte 34 items, les questions concernent l'expression des besoins, les intentions, les conversations avec autrui, sur divers sujets, l'usage du téléphone,

la communication sociale (à l'extérieur, dans les commerces, administrations...). Ainsi que d'autres situations qui nécessitent la communication. (*Ibid.*)

3. Bilan d'évaluation dans l'aphasie de Broca :

Après avoir mis en évidence le bilan et les tests d'évaluation en aphasiologie en général, nous allons passer à l'évaluation de l'aphasie de Broca.

Avant d'entamer l'évaluation, l'orthophoniste doit bien évidemment récolter les informations les plus importantes du patient, comme dans tous les bilans orthophoniques, il faut d'abord par l'anamnèse pour ensuite procéder aux exercices d'évaluation.

Les points essentiels qui sont évalués dans l'aphasie de Broca sont les performances expressives comme le discours spontané, la dénomination et description d'images et d'objets, la répétitions...

On évalue aussi la production des séries automatiques (jours de semaine, mois de l'année....)

Il faut noter aussi que l'écrit fait parti des performances à évaluer avec de la dictée, ou de recopier une phrase.

L'ébauche orale constitue donc un outil de diagnostic fiable dans l'aphasie de Broca. (*George. F, 2008*)

4. La prise en charge orthophonique de l'aphasie de Broca :

Après que le bilan et les tests aient été effectués, l'orthophoniste pose son diagnostic et ainsi élabore un protocole de rééducation orthophonique adéquat.

Avant tout début de prise en charge, le thérapeute doit s'assurer de bien expliquer à son patient ou/et ses proches ce dont il souffre, comment y

remédier, et qu'il y aura une collaboration avec la famille, pour un bon déroulement de la rééducation et assurer une bonne récupération.

Le thérapeute peut adopter plusieurs méthodes pour la remédiation de l'aphasie de Broca, en voici les grands points :

4.1. La rééducation de l'apraxie bucco-faciale et de l'apraxie de la parole :

son objectif est de conscientiser les mouvements bucco-faciaux et restaurer le contrôle volontaire du patient, afin qu'il puisse repositionner ses organes bucco-phonatoires lors de la production phonémique. *(Sabadell et al, 2018)*

4.2. La rééducation de l'agrammatisme : qui se fait en plusieurs étapes :

4.2.1. La démutisation : elle est définie comme un déblocage qui peut faire surgir les automatismes verbaux. On fait appel à cette technique seulement dans le cas où le patient ne parle plus, cette étape n'est pas nécessaire si le patient émet quelques mots spontanément. La démutisation, généralement se fait au moment de l'hospitalisation. Cette période varie selon les cas, elle peut être de courte durée, ce qui rend la démutisation plus rapide qui peut se faire en une seule séance.

Pour ce faire, l'orthophoniste utilise diverses techniques comme le chant, en demandant au patient de chanter ou fredonner une chanson emblématique, comme l'hymne national, des comptines... pour l'encourager, le thérapeute chante avec lui invite ses proches à le faire aussi. Et bien évidemment il faut lui expliquer le but, car ça pourrait lui sembler absurde qu'on lui demande de chanter ce genre de chansons. Il est à noter que cette technique n'est pas utilisée pour un apprentissage, le but n'est pas de réapprendre les chansons au malade mais provoquer leur production spontanée. *(Lanteri. A, 2004)*

La démutisation consiste à obtenir une production verbale volontaire qui mènera ensuite à d'autres productions langagières. *(Sabadell et al, 2018)*.

4.2.2. Dissociation automatico-volontaire des fins de phrases : la technique consiste à commencer une phrase et laisser le patient poursuivre, par exemple

commencer à compter 1,2,3... ou à réciter l'alphabet, les jours de semaine, citation des proverbes, de versets coraniques (dans le cas ou le patient est musulman)... l'orthophoniste doit choisir un répertoire diversifié pour ne pas ennuyer et fatiguer le patient. Ce procédé se fait d'un niveau simple puis aller au plus complexe.(Lanteri. A, 2004)

4.2.3. La dénomination : cette technique est utilisée quand l'aphasique n'est pas mutique. La dénomination se fait en parallèle avec la précédente technique.(*ibid*)

La dénomination est un exercice de rééducation orthophonique consistant à demander au patient de nommer oralement ou par écrit un objet ou une image qui devant lui. (*Brin et al, 2004*).

4.3. L'enrichissement lexical : dans les cas sévères d'aphasie, le lexique est pauvre, ce qui mène l'aphasique à faire des paraphasies (substitution au plan sémantique, il dit concombre au lieu de courgette par exemple) verbales sémantiques. Des exercices portant sur les définitions, des analogies, des contraires sont alors proposés, ainsi la qualité du vocabulaire devient meilleure.(*Lanteri.A, 2004*)

5. La désintégration phonétique :

Lorsqu'un aphasique Broca a le syndrome de la désintégration phonétique, il prononce difficilement sa langue, il la déforme, la bredouille, sa prosodie est altérée. Pour la rééducation de ce syndrome, elle se fait en même temps que l'agrammatisme. Le système phonémique a besoin d'être activé dans ces cas, pour ce faire on utilise la répétition, commençant d'abord par les voyelles, par exemple demander au patient de répéter la voyelle a dans différentes intonations, « a », « aaaa » (long soupir expiré)... puis vient le tour des consonnes qui sont traitées au tant que praxie, car isolément elles ne sont que des points d'articulation, elles n'auront un statut linguistique que quand elles sont placées dans des syllabes, elles sont donc rééduquée dans le cadre de

l'apraxie bucco-faciale sans l'importance de leur valeur linguistique. Ainsi les consignes données au patient sont ; serrer les lèvres, souffler, élever la langue sur le palais, tout cela facilitera la production des consonnes.*(Ibid.)*

6. La durée de la prise en charge

La durée de la rééducation orthophonique varie selon l'intensité et la sévérité de l'aphasie ainsi que d'autres facteurs comme la motivation du malade et sa famille, mais généralement elle peut aller jusqu'à un an. Les séances sont programmées de 3 à 5 fois par semaine au début, ensuite le nombre diminue au fur et à mesure, la séance dure 45minutes. *(Gaulin et al, 2015)*

7. Quelques objectifs de la rééducation orthophonique de l'aphasie de Broca

Le principal objectif de la rééducation orthophonique de l'aphasie de Broca est de restituer au patient une autonomie d'expression spontanée, en s'appuyant sur une stratégie qui lui sera facile, bénéfique et favorable *(George.F, 2008)*

La rééducation orthophonique de l'aphasie de Broca consiste à stimuler le patient, en travaillant le versant expressif, il stimule l'expression orale, ainsi il utilise des techniques pour démutiser le patient, et on travaille l'automatisme avec des répétitions des compléments de phrases, adverbes...

Conclusion

Pour finir, l'évaluation d'un patient atteint d'aphasie ne se fait pas en une seule phase, le spécialiste doit suivre des étapes, établir d'abord un bilan complet, demander des examens supplémentaires si besoin, bien cerner le patient, ses souffrances, ses craintes ne pas négliger son état psychologique, car ce trouble peut chambouler la vie de la personne ainsi que sa famille.

A la fin du bilan, vient ensuite l'évaluation, la l'orthophoniste doit choisir les tests et échelles qui conviennent à l'âge et à la langue. En revanche, les tests que nous avons mentionnés ne sont pas tous adaptés à la population algérienne, néanmoins, le protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86) est une échelle qui a été adapté en 1999, selon la culture et les langues algériennes (l'arabe et le berbère). Il est donc le plus souvent utilisé par les orthophonistes pour évaluer les capacités résiduelles, ainsi que les dysfonctionnements du langage chez la personne atteinte d'aphasie, dans le but de poser le diagnostic et de déterminer le type d'aphasie dont il est atteint, afin d'accommoder un protocole de rééducation adéquat.

Généralement, les personnes aphasiques ne peuvent plus comprendre, parler, lire, écrire. Elles ne peuvent plus nommer les personnes de leur entourage et leurs proches et les objets du quotidien par exemple les légumes, les fruits, les ustensiles de cuisine... etc. Regarder la télévision, écouter la radio, lire. A l'extérieur, l'aphasique ne peut plus avoir d'interaction sociale, ne peut converser avec autrui, téléphoner, écrire, calculer, se « débrouiller » dans un lieu inconnu, ou aller dans un café ou restaurant. C'est donc pour cela que

l'intervention d'un orthophoniste est indispensable et primordiale pour que ce dernier puisse pouvoir réapprendre à communiquer à nouveau.



Chapitre III

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

La partie ci-dessous est consacrée à l'illustration de notre problématique, la question de départ et l'hypothèse ainsi que la méthodologie choisie pour mener notre étude, les aléas que nous avons rencontrés ces derniers mois nous ont amené à réfléchir et repositionner notre problématique, dans un premier temps nous avons ciblé la population atteinte d'aphasie de Broca, mais la propagation de la pandémie nous a poussés à travailler avec les orthophonistes avec lesquels nous nous sommes entretenus en adoptant l'entretiens semi-directif.

Pour effectuer une recherche, il faut bien mettre en œuvre une méthodologie et un terrain de recherche, choisir une population d'étude et les outils les plus adéquats à la question posée, pour affirmer ou infirmer l'hypothèse. Dans ce chapitre, nous allons mettre en exergue la démarche suivie pour effectuer la recherche, nous parlerons de la pré-enquête, du lieu de notre stage, du groupe de recherche qui répond évidemment aux critères de la thématique, ainsi que de la méthode choisie.

1. Problématique et hypothèse :

L'homme, pour communiquer utilise plusieurs moyens, mais le plus souvent il fait recours au langage, il parle, il émet des sons, il prononce des paroles afin de faire passer un message

Toutefois le langage est susceptible de rencontrer différentes altérations qui peuvent toucher un ou plusieurs aspects, les causes sont diverses, soit développementales ou acquises. Dans notre présent travail nous avons opté pour une des plus grandes pathologies acquises touchant le langage qu'est l'aphasie.

D'après Sabadell et al, le terme « aphasie » est utilisé pour décrire une perte ou une déficience acquise du système linguistique suite à une affection du

système cérébrale. L'aphasie peut affecter toutes les modalités de traitement du langage (expression, compréhension, lecture, écriture, geste) et les atteintes peuvent être de gravité variable. Plusieurs domaines peuvent être atteints : lexical, sémantique, phonologique, morphosyntaxique, pragmatique. La population aphasique est donc hétérogène avec des profils individuels de déficience linguistique différents suivant la localisation et l'importance de lésion. La sévérité de l'aphasie de son type sémiologique participe à l'établissement du pronostic de l'aphasie. Rarement isolée, l'aphasie s'associe à une grande diversité de déficits cognitifs, ils peuvent être instrumentaux (gestes, capacité visuo-spatiale, calcul, capacité gnosiques), exécutifs (inhibition, planification, flexibilité), attentionnels (mémoire de travail) et mnésique (mémoire épisodique et mémoire sémantique). L'association de ces troubles cognitifs influe sur l'aphasie en majorant les déficits expressifs ou réceptifs et en limitant la récupération linguistique. *(Sabadell et al, 2018 P3,4).*

Les classifications traditionnelles syndromiques des troubles phasiques sont aujourd'hui remises en question par de nombreux chercheurs. Une étude récente a étudié la validité et l'utilité clinique de cette taxonomie. Elle a analysé les profils de 65 patients avec lésions hémisphériques gauches ; 26.5% des patients aphasiques sont restés non classés, et pour 63.5% des patient la correspondance traditionnelle lésion/syndrome n'a pas été confirmée. Cela appuie la vulnérabilité de ces classifications syndromiques. Les auteurs invitent à utiliser une approche basée sur le déficit. *(Sabadell et al, 2018 P3,4).*

Une classification distinguant les aphasies fluentes et non fluentes a été élaborée. Sabadell et all citent en premier lieu, les aphasies fluentes telles que: l'aphasie de Wernicke, l'aphasie de conduction, l'aphasie transcorticale sensorielle et les aphasies anomiques, leur point commun est un trouble du langage acquis caractérisé par un langage spontané fluent et dépourvu de sens.

En second lieu, nous avons les aphasies non fluentes, leur point en commun est la réduction du langage, ça peut aller jusqu'au mutisme dans

certains cas. Elles rassemblent quatre types d'aphasie, l'aphasie globale, l'aphasie transcorticale, l'aphasie transcorticale mixte, l'aphasie transcorticale motrice et l'aphasie de Broca. (*ibid*)

Pour réaliser ce mémoire de master 2, nous nous sommes penchés sur le type d'aphasie le plus souvent répandu et le plus rencontré sur le terrain, qui est l'aphasie de Broca.

Selon le dictionnaire d'orthophonie, l'aphasie de Broca est à prédominance motrice, due à un ramollissement cérébral dans les régions superficielles et profonde de l'artère sylvienne, caractérisée par une importante réduction, à la fois qualitative et quantitative, du langage oral accompagnée par de très nombreuses transformations phonétiques, d'un manque du mot, parfois d'un agrammatisme, d'une dysprosodie, d'une apraxie bucco-faciale, d'une hémiplégie avec atteinte de la face, et d'une perte de la sensibilité du côté hémiplégique ; la compréhension est peu altérée. Le sujet aphasique est taciturne : c'est une aphasie non fluente. La faculté de lire et écrire est aussi souvent perturbée. (*Brin et al, 2004 p19*)

De nombreuses études ont été menées sur l'aphasie un peu partout dans le monde, notamment en France; nous citons le travail de Nadège Albernay-Rigaud qui a réalisé une thèse sur « l'approche neuropsycholinguistique de l'aphasie de Broca : implication pour la rééducation orthophonique » ou elle a démontré la pertinence des analyses linguistiques pour une meilleure compréhension des troubles aphasiques et en particulier l'agrammatisme, ces analyses linguistiques repèrent les dysfonctionnements langagiers afin de connaître l'état de compétence en langue des patients, pour ce faire elle a élaboré deux principaux axes, Le premier axe s'intéresse aux dysfonctionnements langagiers de neuf aphasiques de Broca agrammatiques à travers les niveaux phonologique (notions de système et de traits phonologiques) et morphologique (morphologie flexionnelle). Ici le travail linguistique consiste à construire et valider des grilles d'analyse permettant d'appréhender les erreurs

phonologiques et morphologiques produites à l'oral par des patients agrammatiques. Dans le deuxième axe, elle a proposé des perspectives de remédiation à partir des principaux résultats exposés dans sa thèse, elle a évalué un outil linguistique de remédiation auprès de quatre patients agrammatiques. Ainsi Alberny-Rigaud s'est penché exclusivement sur la production du langage en analysant le langage oral de personnes aphasiques.

En revanche en Algérie, les travaux sur l'aphasie ne sont pas si abondants, car c'est une pathologie peu connue dans notre société. Il existe en effet quelques thèses qui ont été réalisées à ce propos dans quelques universités du pays, mais, elles ne sont pas toutes disponibles par faute de publication ou d'autres raisons qui nous sont inconnues. Bien évidemment, il existe des articles et thèses qui traitent cette thématique qui sont publiés et sont à la portée de tous.

Parmi les études publiées en Algérie aussi, nous avons celle du docteur Jafri.H, en vue de l'obtention d'un Magister, à l'université de Bouzareah, en 2014, la recherche qui s'est déroulée au milieu clinique algérien est basée sur une étude comparative entre le langage de l'enfant (2-3ans) et celui d'une personne atteinte d'aphasie de Broca. Elle a donc comparé l'acquisition du langage chez l'enfant âgé de 2- 3ans et la récupération du langage chez une personne aphasique, pour tenter de trouver des similitudes au niveau de l'expression orale entre les deux entités. Pour ce faire, la chercheuse a utilisé les deux tests suivants : l'ECPA 1989 de Ribaucourt ainsi que le MTA adapté par N.Zellal, ce qui lui a permis de constater que les enfants et les aphasiques commettaient les mêmes erreurs linguistiques aux niveaux phonétique, phonémique, morphologique, lexical, syntaxique et sémantique. Ce qui l'a menée au résultat suivant : le langage des enfants âgés de 2 et 3ans est étroitement similaire à celui des personnes atteintes d'aphasie de Broca.

Par ailleurs, Nacera Zellal a publié de nombreux articles où elle aborde le sujet de l'aphasie en Algérie. En 2011, elle a publié un article où elle a proposé un modèle cognitivo-comportementaliste de rééducation

neuropsychologique des troubles du langage occasionnés par une lésion cérébrale. En partant de cette idée, elle a élaboré un modèle théorique à partir de données récoltées auprès d'une population atteinte d'aphasie dans lequel elle redéfinit l'aphasie comme étant un trouble linguistique pluriel et aussi un trouble cognitif unique, quelles que soient la topographie, la nature de la lésion cérébrale et l'âge du patient.

Dans notre présente recherche nous nous intéresserons aux outils utilisés par les orthophonistes dans l'évaluation du langage oral des personnes berbérophones (kabyles) atteintes d'aphasie de Broca.

Comme l'aphasie a pour conséquence l'altération du langage, l'orthophoniste est le spécialiste le plus apte à prendre en charge et rééduquer le langage. nous avons opté pour ce sujet pour diverses raisons, la plus pertinente est d'accroître nos notions déjà acquises durant notre parcours universitaire ainsi que nos diverses lectures et pouvoir apporter de nouvelles connaissances qui nous seront bénéfiques et qui pourraient servir d'appui théorique et pratique à ceux et celles qui s'intéresseront à cette pathologie. De plus nous avons toujours eu un intérêt particulier pour cette pathologie à travers les cours qu'on a eus les années précédentes. Ainsi que les cas que nous avons pu observer durant nos stages sur le terrain.

A travers tout ce que nous avons cité précédemment, nous nous interrogerons sur les outils utilisés par les orthophonistes dans l'évaluation des personnes atteintes d'aphasie de Broca, et leur efficacité ce qui nous a menés à poser les questions suivantes :

« Quels sont les outils utilisés par les orthophonistes algériens kabyles pour l'évaluation du langage oral dans les troubles aphasiques type Broca ? »

« Est ce que ces outils sont adaptés aux patients kabyles ? »

Pour répondre aux questions posées, nous émettons les deux hypothèses suivantes :

« Les orthophonistes utilisent généralement les outils suivants ; le bilan d'aphasie, le MTA et Boston AphasiaExamination ».

« Ces outils ne sont pas tous adaptés aux patients kabyles souffrant de troubles aphasiques »

Les concepts clés :

Le langage : est un système de signes favorisant la communication entre les individus, c'est une faculté qui leur permet d'exprimer leur pensée, de décrire le monde les *entourant*

La communication : c'est un moyen verbal ou non verbal utilisé par une personne pour transmettre un message à autrui (échanges d'idées, de connaissances...).

L'aphasie : L'aphasie est la perte totale ou partielle de la capacité de parler ou de comprendre un message parlé ou écrit. C'est aussi l'impossibilité d'associer une idée avec les mots justes. Chez l'aphasique les organes de la parole (langue et larynx), la vue et l'ouïe sont sains, donc ne sont pas mis en cause.

L'aphasie de Broca : souvent associé à une hémiparésie droite, le patient rencontre des problèmes d'articulation, ses phrases sont déstructurées, éprouve des difficultés à trouver les mots exactes (manque du mot) et à rassembler ses idées.

2. Lieu de la pratique:

2.1. La pré-enquête :

Le stage pratique a été effectué à l'établissement public de santé de proximité d'El Kseur (EPSP) du 1er au 30 décembre 2019, où nous avons pu observer de nombreux cas qui présentent de différentes pathologies du langage.

Durant l'exécution de la pré-enquête, nous nous sommes rapprochés de l'EPSP d'El-Kseur, où nous avons rencontré les trois orthophonistes travaillant là bas, nous leur avons fait part de notre démarche, nous avons discuté de notre thème de recherche, les orthophonistes ont répondu favorables à notre requête qui est d'effectuer le stage là bas, d'autant plus qu'elles prenaient en charge des patients atteints d'aphasie de Broca, chose qui nous a facilité la tâche, alors nous avons eu l'accord de l'administration de la polyclinique ainsi que du chef de service psychologie/orthophonie. Nous avons donc débuté notre stage en début décembre.

3. Déroulement de la pratique

Munis de notre outil d'évaluation « le MTA » nous avons pu commencer le travail avec deux aphasiques Broca , mais malheureusement , l'un a abandonné la rééducation , il n'est pas venu à deux rendez-vous, et l'autre n'a pas voulu poursuivre pour des raisons que nous ignorons, ainsi nous n'avons pas pu poursuivre l'évaluation Mais nous avons continué notre stage pratique et avons vu d'autres cas de différents troubles du langage (retard de parole, retard du langage, IMC, autiste...). Mais pas d'autres patients aphasiques durant cette période. Au moment de reprendre le stage et chercher d'autres patients pour la poursuite de notre enquête trois mois après le début de notre stage pratique, vint la pandémie de la covid19.

En raison de la crise sanitaire à laquelle nous sommes confrontés, nous étions dans l'obligation de nous soumettre à quelques modifications, effectuer des évaluations de patients atteints d'aphasie de Broca s'est avéré impossible vu les conditions dans lesquelles on se retrouve, ce qui nous a conduits à trouver une autre alternative pour rester dans le vif de notre thématique. Nous avons donc mis au point un guide d'entretien destiné aux orthophonistes travaillant avec des patients atteints d'aphasie de Broca berbérophones (kabyles).

Nous n'avons pas pu nous entretenir directement avec les orthophonistes étant donné la situation, donc nous avons eu recours aux réseaux sociaux, en postant notre requête sur des groupes algériens d'orthophonie sur le réseau social Facebook, ou nous avons demandé s'il y'aurait des orthophonistes ayant déjà pris en charge des patients atteints d'aphasie de Broca centrés dans la région de Kabylie. De ce fait nous avons eu plusieurs réponses favorables, mais quelques un se sont désistés. Dès lors, nous avons transmis les questions aux orthophonistes qui ont bien sûr accepté d'y répondre.

4. La méthode de recherche utilisée :

Avant de commencer un travail de recherche pour un mémoire ou une thèse, il faut mettre en évidence la méthode à suivre, c'est-à-dire l'ensemble de démarches, de techniques et de règles à entreprendre pour arriver à un résultat.

En sciences humaines et sociales, il existe plusieurs méthodes que le chercheur choisit, selon sa thématique ses critères et ses finalités. Dans notre présente recherche nous aurons recours à l'une des méthodes la plus utilisée dans notre spécialité qu'est la méthode descriptive

4.1. La méthode descriptive : c'est une méthode scientifique, qui consiste à observer un sujet et décrire son comportement sans l'influencer. (MartynShuttleworth, 2008)

La méthode descriptive peut être caractérisée comme une simple observation des phénomènes sans pour au tant mettre en place une recherche explicative ou une relation de causalité. Cette démarche se limite au constat à partir des observations faites. (Sadigh.E, 2006).

5. L'entretien comme outil de recherche :

Dans notre présent travail, nous avons opté pour l'entretien adressé à des orthophonistes praticiens ayant déjà pris en charge des aphasiques Broca, l'entretien a été effectué exceptionnellement via internet, je cite, le réseau social Facebook et la messagerie Gmail.

5.1. Définition de l'entretien de recherche : Il est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. (Charaoui, K.et Bénony, H, 2003).

L'entretien de recherche est une technique qui permet de collecter des données informatives et d'analyser plusieurs éléments par exemple les avis, les

attitudes, les sentiments, les représentations de la personne interrogée. (Gaspard.C, 2019).

L'entretien de recherche est composé de trois formes :

5.2. L'entretien semi-directif :Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulé d'avance ; elle sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association .Comme dans l'entretien non directif, Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui, K. et Bénony, H, 2003)

L'entretien semi-directif a l'avantage de laisser libre cours de répondre aux questions posées, car les questions sont ouvertes.

Dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien semi directif, car c'est d'abord le plus convenable à notre objet de recherche, ensuite c'est celui qui nous a permis de nous adapter à la situation sanitaire actuelle. Afin de mettre en œuvre notre entretien, il nous a fallu établir un guide d'entretien.

5.3. Le guide d'entretien : est un document qui rassemble toutes les questions préparées selon la thématique, les questions peuvent être hiérarchisées d'après le thème abordé ainsi que le type d'entretien adopté. Le but du guide est le bon déroulement de l'entretien. (GASPARD.C, 2019.)

Notre guide d'entretien est composé de deux axes

Axe 1 : les informations concernant les orthophonistes : le premier axe tourne autour des informations administratives des orthophonistes (nom et prénom), leur expérience professionnelle, ainsi que le secteur de leur travail.

Axe 2 : ce deuxième axe contient 16 questions qui sont listés comme suit : le nombre de cas aphasiques, les types et les étiologies. Le déroulement des séances de prise en charge, les outils utilisés dans l'évaluation et les techniques de prise en charge des patients souffrant d'aphasie de Broca. Voir les annexes.

6. Présentation de notre groupe de recherche :

Notre groupe d'étude est constituée de six (06) orthophonistes de différentes régions de Kabylie, notamment de la Wilaya de Béjaia. Tous ces orthophonistes ont déjà évalué et pris en charge des aphasiques type Broca.

Notre groupe d'étude est représenté dans le tableau suivant :

Initiales/ortho infos/ortho	Secteur/institution	Expérience professionnelle	Cas d'aphasie de Broca
I.N	EPSP d'El-Kseur	10 ans	49 cas
O.H	EPSP Tazmalt	9ans	8 cas
A.A	Cabinet libéral TiziOuzou	3 ans	1cas
A.C	Cabinet libéral Bejaia	1an	2 cas
B.K	Cabinet libéral Bejaia	9 ans	5 cas
H.N	Cabinet libéral Bejaia	1 an	3 cas

6.1. Les critères d'inclusion du groupe de recherche :

Les orthophonistes ayant répondu favorable à notre requête répondent tous aux critères suivants :

Région : ils sont tous des orthophonistes travaillant dans la région kabyle, et prennent en charge des patients qui parlent le kabyle

L'expérience professionnelle : ils ont une année ou plus d'expérience au tant que praticiens

Prise en charge des cas aphasiques : les orthophonistes prennent ou ont tous déjà pris en charge et évalué des patients kabyles atteints d'aphasie de Broca.

6.2. Les critères d'exclusion du groupe de recherche :

La population : Dans notre recherche nous nous sommes limités à la population berbérophone (kabyle), c'est-à-dire des orthophonistes centrés dans la région de la Kabylie, les régions et le dialecte arabophones sont exclus de notre étude.

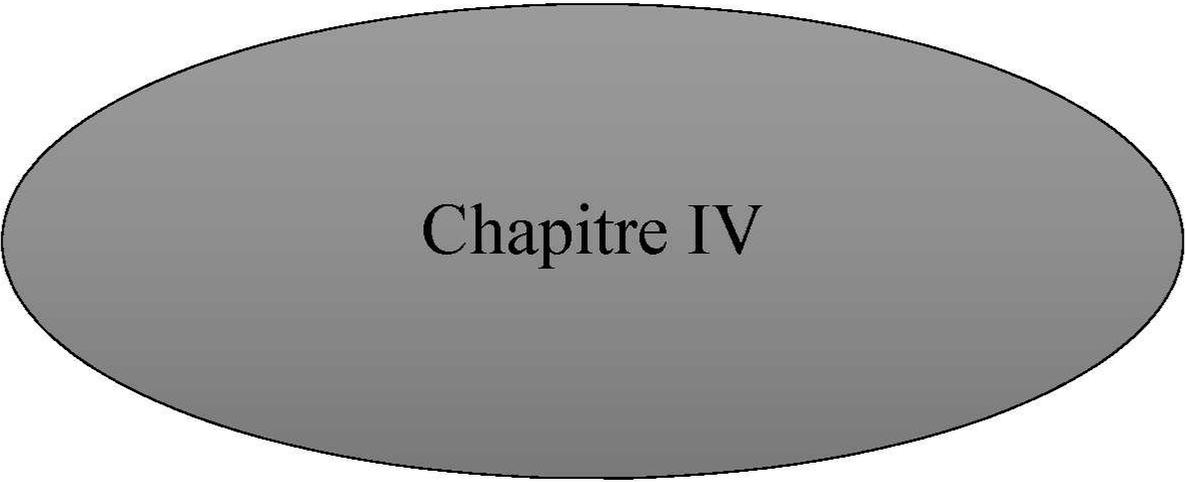
Les types d'aphasie : nous nous sommes focalisés sur un seul type d'aphasie, celle de Broca, les autres types ne sont pas entrés dans l'objet de notre étude.

Conclusion :

Pour mener à bien un quelconque travail de recherche scientifique, l'étudiant ou le chercheur doit bien choisir une méthode à suivre qui soit adaptée à sa thématique, et l'objet de son étude, ce qui lui permettra une bonne organisation de son travail.

Pour récolter des informations sur les outils d'évaluation de l'aphasie de Broca, nous avons fait recours un à entretien semi directif avec des orthophonistes ayant déjà évalué et pris en charge des patients atteints d'aphasie de Broca.

L'entretien qui s'est déroulé à distance s'est assez bien passé, les orthophonistes qui ont accepté de répondre à nos questions se sont montré très coopératifs, même si parfois nous avons rencontré quelques petites difficultés, mais ils ne se sont pas rétractés et ont fait leur possible pour le bon déroulement des entretiens.



Chapitre IV

Chapitre 4 : discussion, interprétation et analyse des résultats :

Dans ce dernier chapitre, nous allons procéder en premier lieu à la présentation des données des entretiens effectués avec les orthophonistes, en second lieu à la discussion de notre hypothèse soit en l'affirmant ou l'infirmant.

1. Présentation des réponses des orthophonistes et interprétation des entretiens :

Notre entretien a été réalisé avec six (06) orthophonistes dans le but de recueillir un maximum d'informations sur l'évaluation et la prise en charge orthophonique des patients atteints d'aphasie de Broca. L'entretien s'est déroulé exceptionnellement par internet.

Les réponses obtenues sont différentes d'un orthophoniste à un autre, cependant nous avons rencontré des similitudes dans quelques unes de leurs réponses. Voici donc les répliques acquises qui seront énumérées dans l'ordre suivant :

Question1 : *Le nombre de patients atteints d'aphasie pris en charge :*

Madame I.N a pris en charge 49 patients dont 30 hommes et 19 femmes durant ses 10 ans d'expérience professionnelle.

Madame H.O a, quant à elle, eu huit cas dont cinq femmes et trois hommes, durant ses 9 ans d'expérience professionnelle.

Madame B.K a pris en charge cinq patients atteints d'aphasie, soit quatre hommes et une femme. Cette orthophoniste exerce depuis 9 ans.

Monsieur A.A a eu un seul cas d'aphasie, une femme durant ses 4 années d'exercice

Quant à A.C et H.N, elles ont eu chacune trois cas durant leur un an d'expérience. La première a reçu deux hommes et une femme et la seconde a eu deux femmes et un homme, atteints d'aphasie.

Question2 : Les étiologies qui reviennent le plus souvent :

Les six orthophonistes ont révélé que la cause qui revient le plus est l'accident vasculaire cérébral, excepté madame I.N qui dit avoir reçu des patients ayant une aphasie suite à un traumatisme crânien.

Interprétation des entretiens:

Comme nous pouvons le constater, à travers les réponses des six orthophonistes, l'AVC est la cause la plus fréquente des aphasies, en effet, comme le signalent Guillaume et ses collaborateurs dans leur *ouvrage Les Aphasies, Evaluation et Rééducation*, l'accident vasculaire cérébral est la pathologie la plus fréquente causant de nombreux handicaps acquis, et le plus souvent l'aphasie est l'une des plus grandes conséquences de cette pathologie. (GUILLAUME.S, 2010)

En outre J-M. Mazaux affirme que les accidents vasculaires cérébraux représentent la principale étiologie de l'aphasie, par contre les traumatismes crâniens causent moins souvent une aphasie.(MAZAUX et al, 2008)

Question 3 : les types d'aphasie les plus reçus :

Tous les orthophonistes ayant participé à la recherche ont répondu par aphasie de Broca, en revanche madame A.C a reçu un patient qui a eu une aphasie mixte.

Interprétation des entretiens

D'après les témoignages des orthophonistes, le diagnostic qu'ils posent généralement lors des consultations est l'aphasie type Broca. En effet l'aphasie de Broca qui touche essentiellement le versant expressif est le type le plus répandu

des aphasies non fluentes, ce type d'aphasie appelée aussi aphasie verbale par « Head » ou aphasie motrice par « Wernicke », a deux traits essentiels pour le diagnostic : l'expression orale peu fluente ainsi que les troubles de l'articulation.

(VIADER.F, 2002)

Question 4 : Le déroulement de la première séance et les recommandations :

Quasiment tous les orthophonistes font des entretiens avec leurs patients et leurs familles, ou ils récoltent les informations importantes et nécessaires pour le bon déroulement de la prise en charge. Dans cette étape, les orthophonistes expliquent la pathologie et le protocole de rééducation qui sera mis en place.

Pour les recommandations, l'une des orthophonistes recommande aux patients de respecter les rendez-vous, de refaire les exercices faits durant les séances à la maison et les encourage à communiquer avec autrui. Une autre demande aux patients et à leurs familles de faire preuve de patience pour obtenir des résultats.

Interprétation des entretiens:

Quand l'orthophoniste reçoit un patient ayant une aphasie, il doit faire un entretien anamnestique et un bilan pour déterminer le type d'aphasie, ainsi mettre en œuvre le protocole de rééducation adéquat. Effectivement toute consultation nécessite la réalisation d'un bilan commençant d'abord par une anamnèse, en s'entretenant avec le patient ou sa famille, l'orthophoniste va récolter des données fondamentales pour la prise en charge, débutant par le nom et le prénom de la personne ainsi que son âge, son dossier médical, pour connaître ses antécédents médicaux, l'origine de son aphasie, la date de son accident...

Après avoir recueilli toutes les informations administratives et les antécédents médicaux, l'orthophoniste procède à l'évaluation du langage en

utilisant les tests d'évaluation du bilan d'aphasie contenant divers épreuves, mesurant le versant expressif et réceptif, ainsi que l'écrit, afin d'établir le diagnostic et spécifier le type d'aphasie dont est atteint le patient, et enfin élaborer un plan de rééducation. Il est très important d'expliquer au patient et à sa famille ce dont il souffre, comment va se dérouler la prise en charge. La collaboration avec la famille est fondamentale pour un bon suivi.

Il est à noter que l'orthophoniste a besoin d'étaler ses entretiens sur plusieurs séances, notamment au moment de l'évaluation car c'est un long processus. Le patient peut se fatiguer rapidement, ce qui amènera l'orthophoniste à lui donner des moments de répit ou à mettre fin à la séance.

En ce qui concerne les recommandations, certains orthophonistes n'ont pas donné de réponses, pour des raisons que nous ignorons. Mais ceux qui y ont répondu recommandent le plus souvent de la patience de la part de leurs patients pour voir les résultats apparaître

Question 5 : Les outils utilisés dans l'évaluation des troubles aphasiques :

Les réponses des six orthophonistes sont variables, trois d'entre eux utilisent le bilan d'aphasie, à savoir des épreuves de dénomination, de description, de langage spontané de série automatique, etc. Ajouté à cela madame I.N utilise d'autres outils comme l'échelle d'évaluation de l'aphasie, « *Boston diagnostic aphasia examination* ». Elle utilise également « *l'échelle de motricité mentale, le columbia,* », elle ajoute aussi l'épreuve verbale d'aptitudes cognitives ainsi que le test de vocabulaire en image.

M A.A utilise le « *pictogramme* », il fait recours aussi aux bougies pour travailler le souffle, il utilise un logiciel de stimulation sonore...

Une orthophoniste nous interpelle sur le manque d'outils adaptés à la langue kabyle, elle essaie de trouver des alternatives pour y remédier.

L'orthophoniste A.C utilise quant à elle le MTA adapté par N.Zellal, et H.N nous dit qu'elle utilise généralement le DO80

Interprétation des entretiens:

A propos des outils utilisés par les orthophonistes, nous remarquons que peu d'entre eux utilisent divers outils d'évaluation, la majorité se limite à un ou deux outils, néanmoins, des orthophonistes s'inspirent de quelques tests et essaient de les adapter à leur patients, comme l'échelle de l'évaluation de l'aphasie, Boston Diagnostic Aphasia Examination qui est un test qui permet une évaluation globale de la sévérité de l'aphasie et du langage spontané, s'ensuit la compréhension orale, la désignation d'image et parties du corps, etc. selon Mazaux, c'est l'échelle la plus utilisée dans le monde. (Mazaux.J-M 2008). Nous avons aussi le pictogramme qui consiste à montrer au patient des images afin de lui permettre de faire la relation entre le signifié et le signifiant, par exemple : lui montrer l'image d'un chien le fera penser à un animal, une maison, une famille, etc. Le pictogramme aide la personne atteinte d'aphasie à exprimer ses idées et l'encourage à communiquer verbalement.

Le MTA est utilisé aussi pour l'évaluation des personnes atteintes d'aphasie, il contient plusieurs items, mesurant le versant expressif et réceptif, et l'écriture, c'est l'un des rares tests adapté à la population algérienne par ZELLAL.N, mais certaines traductions en langue kabyle ne sont pas tout à fait adéquates, nous détaillerons sur ce fait dans l'interprétation de la question suivante.

Question 6 : Des problèmes liés aux outils :

Concernant les réponses à cette question, chaque orthophoniste a donné une réponse différente, mais trois d'entre eux s'entendent sur le fait qu'ils rencontrent des problèmes à cause de l'inadaptation des outils à la population kabyle. Une autre nous dit qu'il y a un manque de formation à ce propos.

L'un des orthophonistes nous rapporte que ses patients se mettent en colère quand ils sont dans l'incapacité de répondre aux consignes, il essaie de régler ça en utilisant le langage non verbal.

L'orthophoniste qui utilise le MTA dit qu'il existe certains items dans ce protocole qui ne sont pas vraiment adaptés à la langue kabyle, ce qui l'oblige à passer outre ces items.

Interprétation des entretiens :

Les problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients aphasiques sont nombreux, notamment dans l'adaptation des tests, les orthophonistes n'ont pas à leur disposition assez d'outils d'évaluation et de prise en charge des patients atteints d'aphasie, même dans les protocoles adaptés à la population algérienne kabyle, tels que le MTA des aléas sont rencontrés dans certains items qui ne sont probablement pas convenables à la langue kabyle, ce qui pousse l'orthophoniste à se passer du test ou de l'item. On citera quelques exemples de ce dernier.

Dans l'épreuve de répétitions, se trouvant dans l'item d'évaluation de la production oral, quelques mots traduits en kabyle ne sont pas tout à fait adaptés par exemple le mot « aîné » est traduit ainsi « *amezu* » mais le mot exacte c'est « *amenzu* ». D'autant plus avec la différence dialectale qui se trouve dans chaque région de la Kabylie, dans certaines régions on dit « *amezwaru* », nous avons aussi le mot « taxi compteur » qui est traduit dans le MTA « *taxi contor* » alors que ce terme n'est pas utilisé chez nous, mais on dit tout simplement « *ataxi* » dans la majorité des régions de Kabylie.

Il faut préciser que dans la plus part des régions de Kabylie, quelques mots sont empruntés de la langue française comme « taxi », il n'a pas de traduction appropriée dans notre langage courant. Comme nous l'avons mentionné il existe une variété dialectale en langue kabyle, cela varie d'un village à un autre d'une

Wilaya kabyle à une autre ou même d'une ville à une autre, il existe des différences dans les prononciations, par exemple, dans ma région, on dit « *tawurt* » pour la porte, mais dans d'autres villes et villages voisins, on dit « *taburt* » ou « *tagurt* », nous avons aussi le mot « *afekus* » qui est le melon, dans certaines régions il est nommé « *elmarhum* ». Cette variété fait que l'adaptation de tests est plus complexe, car il faut des traductions détaillées, c'est-à-dire traduire les concepts et les expressions selon les différentes régions. Donc les orthophonistes de la région de Kabylie doivent avoir des connaissances des différents termes utilisés dans le dialecte kabyle ayant la même signification.

D'un autre côté, les patients font preuve d'impatience et se mettent en colère quand ils n'arrivent pas à répondre aux consignes, ou sont incapables de s'exprimer correctement.

Question 7 : Les techniques utilisées dans la prise en charge de l'aphasie :

Quatre orthophonistes sur six ont répondu à cette question par exercices de répétitions, de dénominations et de langage spontané. Deux autres procèdent à des exercices bucco-faciaux pour remédier à l'apraxie bucco-faciale. Ils utilisent aussi la relaxation, en se focalisant notamment sur les exercices de souffle. Une des orthophonistes nous dit qu'elle se base sur la technique écologique.

Interprétation des entretiens :

Pour pouvoir choisir une technique, il faut d'abord voir celle qui convient au patient et son trouble. Le plus souvent, les orthophonistes font recours à la dénomination d'image qui consiste à demander au patient de donner un nom à une image qu'on lui présente. La répétition est utilisée aussi, répétition de voyelles, de syllabes, de mots simples... Le but est de renforcer sa production verbale et son langage spontané. A priori, les massages bucco-faciaux font partis des techniques fondamentales durant la prise en charge pour remédier à l'apraxie et les troubles d'articulation dont souffre le patient. Le but est, en quelques sortes,

de débloquent les mouvements volontaires du patient. Les orthophonistes travaillent aussi la relaxation; le fait que le patient soit stressé, tendu et mal à l'aise ne fait que détériorer son état, cela a un énorme impact sur la prise en charge, donc le thérapeute fait en sorte de le détendre avec des exercices de relaxation.

Enfin, certains orthophonistes préconisent la technique écologique c'est-à-dire travailler avec le patient en abordant des sujets qui lui sont familiers, qui ont un rapport avec son travail, ses hobbies, cela augmenterait la motivation du patient et ainsi l'obtention de bons résultats. Selon Mazaux, cette approche n'a pas pour but la réduction directement des symptômes de l'aphasie, mais de faire en sorte que le patient aphasique ne s'isole plus, et l'aider à retrouver une bonne communication et interaction avec ses proches et son entourage, ainsi retrouver sa place d'avant dans la famille et la société (Mazaux, 2008).

Question 8 : l'adaptation des techniques selon le niveau intellectuel, la langue et la profession du patient :

Pour cette question, tous les orthophonistes interrogés ont répondu affirmatif, en effet, ils adaptent les techniques selon le niveau et surtout la langue du patient pour la réussite de la prise en charge.

Interprétation des entretiens :

Les orthophonistes adaptent évidemment les techniques utilisées selon le niveau et la langue du patient, pour assurer un bon déroulement de la rééducation, il faut faire en sorte que le patient comprenne bien les consignes et les images qui lui sont présentées, dans le cas contraire, la prise en charge n'aboutira à aucun résultat.

Question 9 : la durée de la prise en charge (le nombre de séance, leur durée et leur fréquence) :

Ici les réponses varient, car chaque cas a son propre rythme, mais ils disent tous que la fréquence des séances est de 2 à 3 fois par semaine. Par exemple madame I.N dit que la durée dépend de la gravité de l'état du patient, parfois la rééducation peut durer jusqu'à trois ans, mais dans les cas moins sévères elle dure six mois. Les séances peuvent durer entre 20 minutes à une heure. Une orthophoniste ajoute que plus les séances sont danses, plus meilleurs seront les résultats. (Donc tout dépend aussi de la motivation du patient, de son implication et de celle de sa famille).

Interprétation des entretiens :

La durée de la prise en charge des patients atteints d'aphasie ne peut pas être déterminée car chaque patient est un cas particulier. On ne peut pas généraliser dans cette situation. En effet, tout dépend de la motivation du patient ainsi que la collaboration de sa famille. D'après Mazaux, toutes les personnes souffrant d'aphasie qu'elle soit légère ou sévère, bénéficient d'une rééducation orthophonique. La rééducation doit commencer le plus tôt possible, d'une façon intensive, à raison de six heures par semaine au moins, de 45 minutes à 1 heure la séance.

Question 10 : Des exercices à domicile pour les patients aphasiques :

Les six orthophonistes ont répondu oui à cette question, car ils rendent compte de la nécessité de la répétition des exercices faits durant les séances à la maison, fin d'obtenir une bonne restitution du langage et en une courte durée.

Interprétation des entretiens :

Répéter les exercices faits durant les séances à la maison accroît la réussite de la rééducation, ainsi, la récupération du langage du patient sera plus rapide, donc il est primordial à l'orthophoniste d'expliquer cela aux patients et à leurs familles.

Question 11 : L'implication des proches dans la thérapie :

Ici encore tous les orthophonistes affirment l'implication de la famille dans la prise en charge. Certains orthophonistes, favorisent la présence des proches durant la séance de rééducation

Interprétation des entretiens :

Comme nous l'avons déjà souligné auparavant, les orthophonistes appellent toujours la famille à collaborer avec eux dans la prise en charge d'une personne aphasique, car cette implication boostera le patient à dépasser sa pathologie, avec l'aide de ses proches et leur soutien. La réhabilitation sera moins pénible pour lui, de plus certains exercices qu'il doit répéter à la maison nécessitent de l'aide d'un membre de sa famille. Les orthophonistes insistent auprès des familles de ne pas rompre la communication avec leur proche malade.

Enfin, l'implication de la famille dans la prise en charge d'un patient est importante dans toute sorte de trouble, surtout en aphasie car ils rencontrent souvent des problèmes psychologiques : dépression, faible estime de soi, etc. C'est pourquoi, la participation des proches est si cruciale.

Question 12 : aboutissement des résultats :

La plus part des orthophonistes ont répondu à la question par un oui, ou souvent, mais il est à noter que c'est difficile de déterminer au bout de combien de séances les résultats peuvent apparaitre car tout dépend des cas de leur volonté de leur motivation.

Interprétation des entretiens :

Afin d'obtenir des résultats convainquant de la rééducation orthophonique des personnes atteintes d'aphasies, il y a plusieurs facteurs qui entrent en jeu tels que les techniques utilisées, le nombre de séances effectuées et

le plus important la motivation et la volonté du patient, car s'il n'est pas motivé, les résultats tardent à venir.

Question 13 : l'existence de techniques plus efficaces que d'autres :

L'un des orthophonistes nous dit qu'il favorise les techniques où il y a du concret, c'est-à-dire permettre aux patients de toucher et de manipuler des objets. Deux sur les six orthophonistes assurent que les techniques sont choisies selon le cas et selon ce qui lui conviendra. Et enfin, une orthophoniste dit qu'elle trouve que les épreuves de dénomination et de répétitions sont les plus efficaces, selon elle.

Interprétation des entretiens :

Comme nous pouvons le voir, chaque orthophoniste a son propre point de vue sur les techniques, chacun se penche vers une technique plus qu'une autre. Mais l'essentiel est de se référer à des techniques qui apportent des résultats, avec lesquelles le patient récupérera son langage.

Question 14 : La récupération chez les patients atteints d'aphasie de Broca (lente ou rapide):

Trois orthophonistes sur six disent que la récupération est moyenne donc elle n'est ni lente ni rapide, deux autres disent que ça varie selon les cas et leur motivation. Enfin, un autre dit qu'elle est plutôt rapide.

Interprétation des entretiens :

La récupération du langage chez l'aphasique diffère selon les cas, si le patient a de la volonté, fait des efforts pour communiquer, il peut récupérer son langage très rapidement, dans le cas contraire, la rééducation peut s'éterniser.

Question 15 : Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge et les plaintes des patients :

Les réponses de deux orthophonistes sont similaires, ils soulignent tous les deux le manque d'outils d'évaluation et de moyens de prise en charge des patients aphasiques. Deux autres orthophonistes, évoquent l'impatience des patients à atteindre des résultats rapidement, et aussi leur état psychologique qui est détérioré. En dernier, une orthophoniste nous informe que ses patients souffraient également de troubles de déglutition.

Interprétation des entretiens :

Ici encore, les orthophonistes donnent leurs avis différents sur cette question, mais le problème le plus récurrent, c'est bien le manque de moyens et d'outils d'évaluation ainsi que de prise en charge, et mettent l'accent sur l'état psychologique qui impacte le déroulement de la prise en charge, car souvent, les patients souffrent de stress lié à leur état et aux changements qu'ils ont subit après leur accident et n'arrivent pas à y faire face.

Question16 : Commentaires supplémentaires des orthophonistes :

Chaque orthophoniste a ajouté un point de vue personnel sur la prise en charge des patients atteints d'aphasie.

D'abord madame I.N assure que les patients ont toujours besoin d'un soutien psychologique pour qu'il puisse accepter sa situation, elle ajoute aussi que la coopération avec la famille est indispensable pour le bien être de ce dernier car ça favorise une bonne prise en charge.

En outre, madame O.H insiste sur le fait de l'adaptation de tests en langue kabyle pour la fiabilité des résultats et conseille aux familles des patients de se montrer compréhensives et empathiques à leurs égards.

Monsieur A.A signale que dans certaines familles algériennes, le malade atteint d'aphasie peut être marginalisé par ses proches, ce qui cause une régression dans la prise en charge orthophonique.

Ajouté à cela, mesdames B.K, A.C ainsi que H.N mettent un accent sur l'indisponibilité d'outils tout à fait adéquats à la population kabyle. Elles souhaiteraient avoir sous la main des moyens plus développés pour l'évaluation et la prise en charge des personnes atteintes d'aphasie.

Interprétation des entretiens :

Ce que nous pouvons retenir des dires des orthophonistes, c'est qu'il y a réellement un manque d'outils et de moyens de prise en charge et d'évaluation adaptés à notre population kabyle, ces derniers espèrent avoir plus tard sous la main des solutions favorables à la prise en charge de l'aphasie et d'autres pathologies du langage.

De plus, quand une personne est atteinte d'aphasie, cela cause un chamboulement dans sa vie et celle de sa famille, car cette pathologie surgit sans s'y attendre et cause des dégâts assez importants, affectant la communication du patient, il perd son langage, chose qui conduit à la perte de ses interactions sociales, et a du mal à accepter son état, alors il peut perdre de son estime, il peut être dénigré par ses proches si ces derniers ne se montrent pas compréhensif, chose qui arrive malheureusement souvent dans notre société, par manque d'information. Alors ce qui mène à la détérioration de l'état psychologique.

2. Les limites de notre recherche

Tout d'abord, rappelons que notre entretien s'est déroulé virtuellement à cause de la crise sanitaire que nous traversons en ce moment, même si notre groupe de recherche a bien collaboré avec nous, en nous envoyant leurs réponses écrites, mais nous avons conscience qu'un entretien oral est beaucoup plus

bénéfique, car dans ce dernier, nous avons le pouvoir de relancer en cas où la personne interrogée n'a pas saisi notre question, ou n'a pas donné une réponse appropriée, ou bien s'étaler davantage sur une question, etc. En revanche dans l'entretien écrit, nous ne pouvons pas faire cela.

Le deuxième inconvénient que nous avons rencontré durant cette recherche, c'est le manque de documentation, il nous a été impossible d'accéder à la bibliothèque de notre faculté à cause du confinement qui était bien sûr dû à la Covid19, il nous a fallu avoir recours à une bibliographie sur des sites web et des articles électroniques.

Enfin, n'ayant fait l'entretien qu'avec six orthophonistes de la région de Kabylie (Bejaia et Tizi-Ouzou), il est évident que notre échantillon ne soit pas vraiment représentatif.

Néanmoins, ces limites ne nous ont pas freinés, nous sommes parvenus à aller au bout de notre recherche espérons avoir apporté de nouvelles connaissances à cette thématique.

3. Discussion des hypothèses :

3.1. Discussion de la première hypothèse :

Après avoir récolté des informations concernant notre objet de recherche grâce aux entretiens effectués avec les six orthophonistes, nous avons pu les interpréter. Nous allons donc passer à la discussion des hypothèses afin de les confirmer ou les infirmer.

Lors de l'élaboration de notre sujet de recherche et de la problématique, nous avons formulé deux hypothèses. Au terme de l'analyse des résultats des entretiens réalisés avec six (06) orthophonistes ayant déjà travaillé avec des patients aphasiques, nous sommes en mesure de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Nous avons d'abord émis comme première hypothèse, les outils auxquels les orthophonistes algériens kabyles font recours dans l'évaluation du langage oral des troubles aphasiques, nous avons cité trois outils : Le bilan d'aphasie, le MTA ainsi que le Boston Aphasia Examination. Cette hypothèse a été confirmée par le biais des entretiens que nous avons menés, nous avons pu recueillir des informations qui ont validé notre hypothèse, de plus, nous avons pu avoir des informations supplémentaires, par lesquelles nous avons eu des connaissances sur d'autres outils utilisés par les orthophonistes interrogés comme le pictogramme.

3.2. Discussion de la deuxième hypothèse

Nous avons souligné que les outils utilisés par les orthophonistes kabyles ne sont pas tous adaptés à la population berbérophone kabyle, cette hypothèse a été aussi validée, effectivement, l'analyse des réponses issues des entretiens a mis en évidence que non seulement ils n'ont pas à leur disposition des moyens et des outils abondants afin d'évaluer et prendre en charge les patients kabyles atteints d'aphasie de Broca, en outre, ceux-ci ne conviennent pas tous aux sujets parlant la langue kabyle.

De ce fait, nous déduisons que les deux hypothèses émises au début de notre recherche sont confirmées suite aux résultats obtenus.

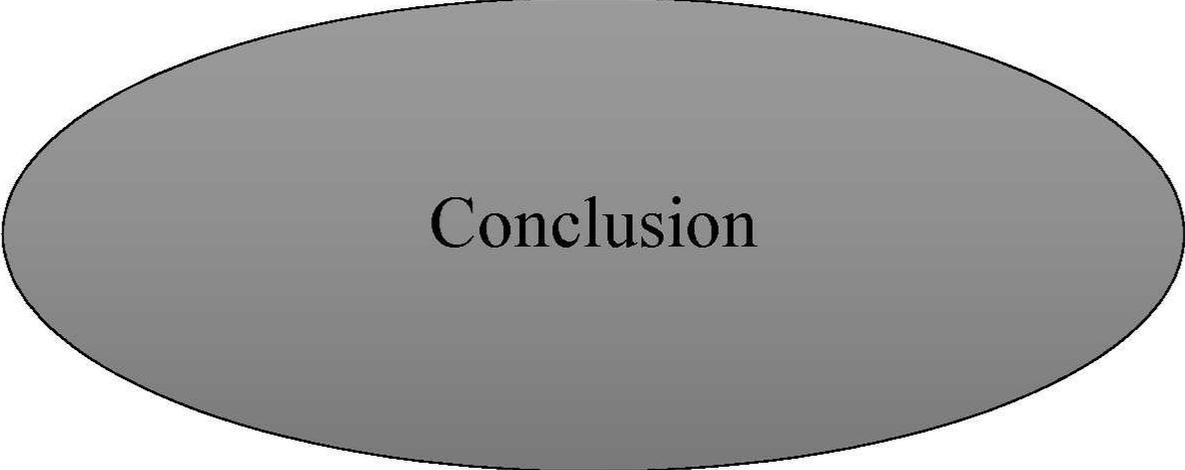
Conclusion :

Notre recherche s'est élaborée à partir d'un questionnement sur les outils que les orthophonistes de notre région (Kabylie) utilisent dans l'évaluation du langage oral des troubles aphasiques, après avoir mené notre enquête à l'aide d'un entretien semi-directif, qui s'est effectué par internet pour les raisons que nous avons déjà citées dans le chapitre méthodologique, nous avons pu obtenir les réponses de six orthophonistes. Après avoir analysé et interprété les entretiens, nous sommes parvenus à des résultats qui ont répondu à nos interrogations initiales, et nous ont permis de confirmer nos hypothèses.

Arrivés au terme de l'analyse des résultats, nous sommes en mesure de conclure notre chapitre.

Les informations récoltées grâce aux entretiens, nous ont permis d'atteindre notre objectif de départ, de ce fait, nous avons pu avoir amples connaissances sur des moyens qui sont à la disposition des orthophonistes algériens, en particulier kabyles, pour l'évaluation des troubles aphasiques, cependant, beaucoup d'autres questions restent suspendues, nous espérons obtenir des réponses dès l'intégration d'une carrière professionnelle dans l'orthophonie.

En outre, nous avons pris conscience d'un point très important, l'état psychologique des patients aphasiques : certains des orthophonistes interrogés ont en parlé et assurent que la majorité de leurs patients souffrent de troubles psychologiques dus à leur état, le manque de communication et leur langage détérioré leur font subir anxiété, stress, faible estime de soi, etc. Ces orthophonistes insistent sur une prise en charge psychologique qui s'impose avec ces patients-là, afin qu'ils récupèrent leur facultés perdues.



Conclusion

CONCLUSION

Conclusion

Notre étude s'est donc intéressée aux outils d'évaluation du langage oral des patients atteints d'aphasie de Broca, le choix de notre groupe d'étude s'est limité aux personnes parlant le dialecte kabyle (les orthophonistes et leurs patients). Afin de mener à bien notre recherche, nous avons opté pour une des méthodes la plus utilisée dans notre spécialité qui est la méthode descriptive, car c'est celle qui convient le plus à notre thématique.

Avant de passer à la pratique, nous avons réalisé deux chapitres théoriques où nous avons fait des rappels historiques et anatomiques sur l'aphasie. Nous avons également énuméré les tests et bilans utilisés en aphasiologie, nous nous sommes référés à de nombreux ouvrages, articles et thèses d'auteurs très connus dans le domaine de l'orthophonie.

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre méthodologique, nous avons choisi l'entretien semi-directif comme outil d'investigation, car c'est le moyen le plus approprié pour répondre à nos objectifs de recherche, celui-ci s'est déroulé dans des conditions assez particulières avec six orthophonistes de différentes régions de Kabylie que nous avons pu contacter majoritairement sur le réseau social Facebook.

Le déroulement de notre recherche a été pas mal chamboulé par ce que traverse le monde en ce moment même, rappelons que nous sommes en pleine crise sanitaire due à la COVID-19, donc nous avons apporté des modifications au niveau de notre objet de recherche sans pour autant changer de thèmes.

A travers les données que nous avons recueillies, nous sommes parvenus à notre objectif de départ. En nous approchant des orthophonistes travaillant avec des patients aphasiques, nous avons pu constater qu'il y a un manque considérable d'outil d'évaluation par manque d'adaptation à notre population algérienne kabyle.

CONCLUSION

Notre perspective est qu'il y'ait dans les années à venir une évolution dans les moyens de prises en charge orthophonique, pas uniquement en aphasie mais dans tous les troubles développementaux ou acquis du langage oral et écrit, nous espérons un avenir meilleur à notre domaine, car à notre humble avis, il n'est pas assez pris en compte par les autorités concernées, parce que nous manquons d'énormément de formation, de moyens et d'outils.

Liste bibliographique

Ouvrages :

- Angers.M (2014). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines » Québec, Canada. Ed CEC.
- Chomel-Guillaume.S, Leloup.G, Bernard.I (2010). Les aphasies, évaluation et rééducation. Paris.Ed Masson.
- Chahraoui.K, Benony.H, (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris,Ed DUNOD
- Gaulin.J, Eckert. , DUMONT.M (2015). Le guide de l'orthophonie. Paris, France. Ooreka.Fine Media.
- George.F (2008). Orthophonie et handicaps. Marseille. France. ED SOLAL
- Kremer.J-M, Lederle.E, Maeder.C (2016) guide de l'orthophonie, intervention dans les troubles du langage oral et de la fluence. Vol2. Paris. Ed Lavoisier.
- Kremer.J-M, Lederle.E (2005). L'orthophonie en France (4^e édition). Paris, France : Puf.
- Lanteri.A (2004). Restauration du langage chez l'aphasique (1^e édition, vol 4). Bruxelles, Belgique. De Boeck
- Mazaux.J.-M, Pradat-Diehl.P, Brin.V.(2007). Aphasies et aphasiques. Paris, France : Elsevier Masson.
- Sabadell.V, Tcherniack.V, Michalon.S, Kristensen.N, Renard.A (2018). Pathologies neurologiques. Paris .Ed Deboeck.
- Sadigh.E (2006), Méthodologies économiques et éthique scientifique. Paris. France. L'Harmattan.
- Thibault.C, Pitrou.M (2014). Troubles du langage et de la communication (2^e édition). Paris, France : Dunod.

Mémoires et thèses :

- Albery -Rigaud.N (2007). Approche neuropsycholinguistique de l'aphasie de Broca : implication pour la rééducation orthophonique. (thèse de doctorat), université de Provence, faculté des lettres et des sciences humaines. Aix.Marseille.France
- Taboudjema.H (2014). Langage enfantin et aphasie de Broca. Etude descriptive et comparative en milieu clinique algérien. (Mémoire de Magister). Fond national des thèses. Université de Bouzereah.
- Yaneva-Nedeva.K (2017). Etude d'un d'aphasie soudaine et préceptorat de remédiation cognitive. 47 leçons. Une langue maternelle devenue langue étrangère ? (thèse de doctorat). Université Paris Nanterre.

Dictionnaires :

- Brin.F, Courrier.C, Lederle.E, Masy.V (2004). Dictionnaire d'orthophonie. France. Ed ortho

Articles :

- Borel-Maisonny.S (1999). Les aphasies de l'adulte, rééducation orthophonique. Revue fédération nationale des orthophonistes ; 198. Paris. France
- Habib.M, Joannette.Y, Lecours Roch.A (2000). Le cerveau humain et les origines du langage. médecine/ sciences ; 16 :171-80. Paris. France.
- Mazaux.J-M (2008). Aphasie, évolution des concepts, évaluation et rééducation. Service MP Réadaptation, CHU de Bordeaux, et EA 4136
- Handicap et système nerveux, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 33076 Bordeaux.
- Viader.F, Lambert.J, De la Sayette.V... Lechevalier.B (2002). Aphasie. Encyclopédie médico-chirurgicale. 17-018-L-10. Paris. France.

- Zellal.N(2011). Redéfinition de l'aphasie : pour une thèse thérapeutique. A.N.A.E :111 ; 77.82. Alger. Algérie.

Sites internet

- Docteur C.Chaine, docteurclic.com, 2019. Paris.
<https://www.docteurclic.com/maladie/accident-vasculaire-cerebral-avc.aspx>
- Dictionnaire le Larousse en ligne. 10/08/2020
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9thode/50965>
- Fondation vaincre Alzheimer, 2019.
<https://www.vaincrealzheimer.org/2019/05/28/symptomes-maladie-a-corps-de-lewy/>
- Gaspard.C (2019). L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples. Scribbr.
<https://www.scribbr.fr/category/memoire/>
- Martyn Shuttleworth, conception descriptive de la recherche.2008
<https://explorable.com/fr/conception-descriptive-de-la-recherche>

Annexe

Le guide d'entretien destiné aux orthophonistes

Questionnaire destiné à l'orthophoniste :

Axe1 : informations générales sur l'orthophoniste

Nom :.....

Prénom :.....

L'expérience professionnelle :.....

Secteur (ou institution) :

Diplôme et spécialité :

Axe2 : informations concernant les patients aphasiques

1. Combien de cas d'aphasie avez-vous pris en charge durant votre carrière ?(veuillez précisez le nombre d'hommes et de femmes)

.....

2. Quelles sont les étiologies qui reviennent le plus selon vous ?

.....

3. Quel type d'aphasie avez-vous reçu le plus souvent en consultation ?

.....

4. Que faites-vous durant la première séance ? Et quelles sont les recommandations que vous donnez aux patients dès le début de la prise en charge ?

.....

5. Quels outils utilisez-vous dans l'évaluation (examen) des troubles aphasiques?

.....

6. Rencontrez-vous des problèmes dans l'utilisation de ces outils? Lesquels (liés à la langue, à la culture, autres)?

Comment réglez-vous ces problèmes ?

.....

7. Quelles sont les techniques que vous utilisez dans la prise en charge de l'aphasie
.....
8. Les adaptez-vous selon les patients (langues parlées et/ou comprises, niveau d'étude, profession...)?
.....
9. Quelle est la durée de la prise en charge (nombre de séances, leur durée et leur fréquence) ?
.....
10. Vos patients aphasiques ont-ils des exercices à faire à domicile ?
.....
11. Est-ce que vous impliquez les proches de vos patients dans la thérapie ? si oui, de quelle manière.
.....
12. Est-ce que vous aboutissez à des résultats efficaces avec les techniques que vous utilisez ? En combien de séances cela est-il possible ?
.....
13. Pensez- vous qu'il y'a des techniques ou des protocoles plus efficaces que d'autres ? si oui lesquels ?
.....
14. La récupération chez les patients atteints d'aphasie de Broca est-elle lente ou rapide ?
.....
15. Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la prise en charge ? de quoi se plaignent les patients le plus ?
.....
16. Avez-vous quelque chose à rajouter concernant la prise en charge de l'aphasie dans notre société (berbérophone) ?