

Le handicap communicationnel chez la personne aphasique

- Le cas de l'aphasie sévère-

الإعاققة التواصلية لدى الفرد الحبسي

- حالة الحبسة الحادة -

Nafissa Bouridah

Universite Alger 2

Email: assiabouridah@yahoo.fr

Résumé:

La pathologie aphasique entrave essentiellement la communication et entraîne un handicap toujours douloureusement ressenti par l'individu, compte tenu du rôle joué par le langage dans nos interactions quotidiennes. Devant le risque d'isolement et de marginalisation engendré par l'absence des échanges linguistiques entre le patient et son entourage, la pratique orthophonique doit orienter son action vers la prise en charge de la personne aphasique dans sa globalité et non seulement du déficit linguistique lui-même. Dans le présent document nous proposons à l'orthophoniste des pistes thérapeutiques essentiellement basées sur la notion du handicap aphasique telle qu'elle est conçue par les classifications internationale.

Mots clés : *Aphasie, Handicap communicationnel, Stratégies de contournement.*

Abstract:

Aphasia is pathology essentially impedes communication and leads to a disability that is always painfully felt by individuals, given the role played by language in our daily interactions. Given the risk of isolation and marginalization caused by the absence of linguistic exchanges between the patient and his /her entourage, the speech therapist practice must focus its action towards the management of the aphasic person as a whole and not only of the linguistic deficit. In this document, we suggest therapeutic approaches essentially based on the concept of aphasia handicap suggested by international classification.

Keyword: *Aphasia, Communicational Disability, Circumvention Strategies.*

Introduction:

L'aphasie touche un nombre croissant de victimes et devient de ce fait un problème majeur de santé publique. Les déficits cognitifs, linguistiques et communicationnels, créent une situation de handicap qui touche tout autant le patient que ses partenaires d'échanges. L'orthophoniste dans le milieu clinique algérien est souvent confronté à la pathologie, voir, le handicap aphasique il cherche alors à réduire et à limiter ses répercussions psychosociales en proposant dans l'idéal, et dès la phase précoce, des moyens pour contourner le trouble linguistique afin de maintenir les échanges et les interactions et éviter la marginalisation, l'isolement ainsi que le retrait social des patients. Suite à ces réflexions il nous a paru intéressant de développer les points suivants :

- Comment les déficits langagiers et cognitifs peuvent former le handicap aphasique ?
- Quelles sont les stratégies palliatives que l'orthophoniste dans le milieu clinique algérien peut mettre en œuvre en s'appuyant sur les classifications internationales de ce handicap ?

1-Définition de l'aphasie:

L'aphasie est un trouble des fonctions langagières qui survient suite à une lésion cérébrale chez un individu qui maîtrisait normalement le langage. Cette lésion touche l'hémisphère gauche chez la quasi-totalité des droitiers (Pillon&Departz2003). D'autres signes cliniques peuvent être associés à l'aphasie en fonction du territoire vasculaire atteint, ils sont variables d'un type d'aphasie à l'autre et peuvent prédire un mauvais pronostic par rapport à la récupération (Bouridah, 2007). Comme troubles associés nous citerons :

- L'hémiplégie** : elle correspond à la paralysie complète ou incomplète de l'hémicorps. Elle concerne l'hémiface et/ou le membre supérieur ainsi que le membre inférieur.
- L'anosognosie** : ce terme est utilisé lorsque le patient n'a pas conscience de ses troubles.
- Les apraxies** : elles sont définies comme un trouble acquis du geste en tant que mouvement volontaire et intentionnel. Il existe plusieurs types d'apraxie tels que l'apraxie motrice, L'apraxie idéomotrice, l'apraxie idéatoire, l'apraxie constructive, l'apraxie de l'habillage, l'apraxie bucco-faciale qui s'associe souvent à l'aphasie de Broca et se caractérise, dans les gestes bucco faciaux, par une dissociation entre l'impossibilité d'effectuer des activités volontaires et la conservation des activités automatiques et réflexes. (Gil, 2006).
- L'hémianopsie latérale homonyme** : elle entraîne l'amputation de la moitié du champ visuel ipsilatéral à la lésion cérébrale.
- L'héminégligence** : elle affecte la perception et le traitement des informations présentées dans l'espace controlatéral à la lésion cérébrale.
- Les agnosies** : il s'agit d'anomalies spécifiques affectant la reconnaissance des informations sensorielles sans déficits des organes. Il existe plusieurs types d'agnosie en fonction de l'organe concerné : l'agnosie auditive, l'agnosie visuelle, l'agnosie gustative, l'agnosie tactile et l'agnosie olfactive.
- Les troubles cognitifs** : il s'agit des troubles exécutifs, des troubles de la mémoire et des troubles de l'attention. Une désorientation temporo-spatiale peut également être observée.

2-Etiologies :

L'atteinte cérébrale responsable de l'aphasie peut être d'origine :

- vasculaire : infarctus cérébral, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral.
- tumorale : tumeurs cérébrales malignes ou bénignes.
- infectieuse et inflammatoire.
- traumatique : traumatismes crâniens.

Elle peut également se retrouver dans les pathologies dégénératives et s'observer dans l'épilepsie. (Seron&Van Der Linden, 2000).

3-Tableaux cliniques :

En fonction de la localisation de la lésion et de la sémiologie, plusieurs formes cliniques d'aphasies ont été définies et diverses classifications furent proposées. Selon Gil (2006) « la multiplicité des classifications des aphasies incite à maintenir comme centre

de gravité la dichotomie classique entre aphasies de Broca et aphasies de Wernicke ». (GIL, 2006, p. 39), Le débit élocutoire étant réduit dans les aphasies de Broca et fluide dans les aphasies de Wernicke, nous nous sommes appuyées sur cette distinction dans le cadre de cet article bien que cette différenciation est parfois difficile : certains tableaux sont mixtes et tous évoluent avec le temps.

3.1-Les aphasies fluentes :

Les aphasies fluentes se caractérisent par un débit du langage fluide par fois très rapide allant jusqu'à la logorrhée. Les troubles arthriques sont absents cependant l'expression est souvent déviante. Parmi les aphasies non-fluents nous distinguons les classifications suivantes.

- **Les aphasies de Wernicke :**

La lésion touche l'aire de Wernicke traditionnelle, la partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale, le gyrus supramarginalis et le gyrus angulaire. En fonction de la localisation des lésions, les différents tableaux cliniques peuvent se constituer d'emblée ou se former après une période d'évolution. Les tableaux mixtes sont également fréquents. Les aphasies de Wernicke, dans leur forme commune, se caractérisent par :

- un débit d'élocution fluide ou logorrhéique.
- une expression déviante sans troubles arthriques.
- une perte de la compréhension orale et écrite.

Les patients sont généralement anosognosiques. Une hémianopsie latérale homonyme, une héminegligence droite, une apraxie idéomotrice ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale peuvent exister mais de façon transitoire.

- **L'aphasie de conduction :**

La lésion atteint le gyrus supra-marginalis corticoïde sous-cortical. Cette aphasie peut constituer une modalité d'évolution d'une aphasie de Wernicke, elle est caractérisée par trois signes sémiologiques principaux : les nombreuses approches et transformations phonémiques, le trouble de la répétition est très marqué, la compréhension du langage est préservée, le patient n'est pas anosognosique. Les signes associés sont généralement des apraxies (bucco-linguo-faciale, idéo-motrice), des troubles de la sensibilité et du champ visuel. Le débit de parole est presque normal mais il manque de fluidité, il est entrecoupé d'hésitations, de pauses et de corrections liées à la présence d'un manque du mot et de transformations phonémiques (paraphasies phonémiques, paraphasies verbales de type morphologiques), elles peuvent être si nombreuses que l'on parlera de jargon phonémique, le manque du mot est plus marqué dans la conversation qu'en dénomination, il touche principalement les substantifs, les chiffres et les nombres.

- **L'aphasie amnésique :**

La lésion touche le lobe temporal gauche au niveau de la circonvolution temporale inférieure, dans le cas d'une lésion du gyrus angulaire, un déficit sémantique peut s'ajouter au tableau classique, cette aphasie se caractérise par un manque du mot plus ou moins important, qui résiste aux moyens de facilitation. Cette sémiologie peut se complexifier et devenir plus sévère dans le cadre de maladies dégénératives ou de pathologies tumorales, Le manque du mot, de sévérité variable en fonction des patients, se manifeste dans la conversation par la présence de périphrases, par des choix de mots inadéquats, par des phrases inachevées. Dans les épreuves de dénomination, le manque du mot se traduit par des délais ou des absences de réponse et par des circonlocutions.

- **Les aphasies sous-corticales :**

« L'expression d'aphasies sous-corticales se réfère à une entité anatomique et non fonctionnelle puisqu'elle englobe des syndromes aphasiques variables liés à une lésion des structures sous-corticales. » (Chomel-Guillaume&al. 2010, p.93). Les lésions responsables impliquent le thalamus le noyau caudé le putamen et le pallidum, la substance blanche périventriculaire et sous corticale ainsi que les noyaux gris centraux. Les tableaux syndromiques s'apparentent aux formes traditionnelles d'aphasie avec des éléments atypiques, d'où le terme d'aphasie dissidente (Chomel-Guillaume, 2010). Même si elles offrent une sémiologie

variée, quelques caractéristiques se retrouvent dans ces types d'aphasies comme le langage spontané fluent ou logopénique (débit fréquemment ralenti par des hésitations et des interruptions du fait du manque du mot mais avec possibilité de produire des phrases de longueur normale.), le volume vocal réduit et la répétition préservée.

3.2- Les aphasies non-fluents :

Les aphasies dites non fluentes renvoient à une réduction quantitative traduite par la diminution du débit de parole et du nombre moyen de mots émis consécutivement dans la phrase ainsi qu'à une réduction qualitative traduite par une baisse ou une abolition de l'expression verbale. Dans les aphasies non-fluents sont classées les formes cliniques suivantes.

- **L'aphasie de Broca :**

La lésion touche l'aire de Broca (le pied et le cap de la 3^{ème} circonvolution frontale, l'opercule rolandique, et la zone insulaire). Il s'agit d'une aphasie d'expression avec une réduction à la fois quantitative et qualitative du langage. Le sujet présente des troubles arthriques, son élocution lente et laborieuse peut s'accompagner d'une altération de la prosodie, la compréhension du langage oral reste globalement conservée. Les troubles de la lecture, de l'écriture et du calcul sont sévères. D'autres signes cliniques sont généralement observés: le patient souffre d'une hémiparésie droite et d'une paralysie faciale homolatérale, une apraxie idéo-motrice peut également être présente. Dans certains cas, le langage est réduit à des stéréotypies, l'évolution se dirige davantage vers l'agrammatisme, le langage est alors de style énumératif et télégraphique. D'autres variétés de transformations aphasiques s'observent parfois, en effet, des paraphasies phonémiques peuvent apparaître après une période d'évolution favorable ainsi que quelques paraphasies verbales et plus rarement des néologismes. Le manque du mot peut aller du trouble relativement modéré au trouble le plus sévère. Il est marqué en conversation, dans la narration et l'évocation. Il se manifeste par des absences de production et des délais importants, la compréhension n'est que très peu touchée sur les énoncés oraux relativement simples.

- **L'aphasie transcorticale motrice ou aphasie dynamique de Luria :**

La lésion peut toucher la zone en avant et au-dessus de l'aire de Broca et l'aire motrice supplémentaire (face interne de l'hémisphère gauche). La forme pure de ce type d'aphasie est très rare, dans certains cas, elle se surajoute à une aphasie de Broca ou peut être le résultat de son évolution notamment chez les personnes âgées. Elle se caractérise par un adynamisme et une aspontanéité verbale, elle est généralement retrouvée dans le contexte d'un syndrome frontal inhibé où le patient devra être constamment stimulé pour produire une phrase. Les épreuves de dénomination sont globalement réussies ou peuvent donner lieu à quelques absences et délais de réponse, l'aspontanéité verbale se manifeste considérablement dans la conversation. Le patient ne réagit que rarement et tardivement aux sollicitations de ses interlocuteurs, se qui crée une certaine rupture entre l'aphasique et son monde extérieur. La compréhension est globalement préservée.

- **L'aphasie totale de Déjerine ou grande aphasie de Broca**

La lésion touche l'ensemble de la zone du langage dans ses composantes pré- et post- rolandiques. Le tableau est massif avec une suspension du langage oral et du langage écrit auquel s'ajoutent des troubles très importants de la compréhension.

- **L'aphasie sévère :**

Une aphasie est dite sévère quand certains traits cliniques (décrits dessus) se manifestent avec une notion de chronicité et de sévérité, parmi ces traits nous notons :

- Le manque du mot sévère qui est un élément handicapant même chez les patients qui récupèrent plus ou moins le langage.

-L'abondance des transformations formelles et sémantiques qui peuvent aller jusqu'à la jargonaphasie.

-Le mutisme total ou traduit par des stéréotypies. L'aphasie sévère est liée également aux signes pathologiques associés aux différents tableaux cliniques et est souvent rencontrée dans le milieu clinique algérien (Bouridah, 2007), ce fait ne fait que compliquer davantage la tâche de l'orthophoniste car Les traits cliniques à caractère sévère et/ ou les troubles associés à l'aphasie vont former le handicap aphasique.

4-Impact psychosocial de l'aphasie et du handicap aphasique :

4.1-La Classification Internationale des handicaps (CIH) :

Elle fut élaborée par l'OMS en 1980, suite aux travaux de Wood (1974), sur la définition du handicap (Lacroix. &Joannette, 1994). Cette classification distingue trois niveaux d'atteinte : la déficience, l'incapacité et le handicap.

-**La déficience** : correspond à la perte de substance ou à l'altération d'une fonction ou d'une structure, elle est donc la conséquence physiologique de la lésion sur une fonction (motrice, sensitive, linguistique, mnésique ou thymique). Il s'agit de l'aspect lésionnel du handicap.

-**L'incapacité** : il s'agit de la réduction (résultant de la déficience) partielle ou totale de la capacité à réaliser une activité, dans les limites considérées comme faisant partie de la normalité. Trois niveaux d'incapacité ont été définis : le premier concerne les difficultés pour les activités élémentaires de la vie quotidienne comme les repas, l'habillage, la toilette...Le deuxième niveau correspond aux activités plus élaborées comme la gestion du budget, les sorties...Enfin, le troisième intéresse les activités socioprofessionnelles. L'incapacité correspond donc à une limitation d'activité c'est l'aspect fonctionnel du handicap.

-**Le handicap** : il est relatif au désavantage social résultant de la déficience ou de l'incapacité d'un individu. Il limite voire interdit l'accomplissement d'un rôle social attendu chez un individu compte tenu de son âge, de son sexe et des éléments socioculturels le caractérisant. Il s'agit de l'aspect situationnel.

L'interaction entre ces différents niveaux peut se représenter à travers le schéma suivant :

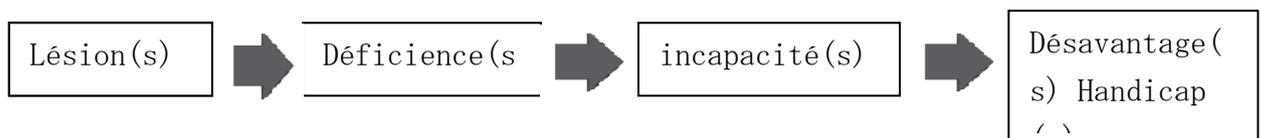


Schéma n°1 : Processus de production du handicap. (Chapizeau, 2010, p.40)

Appliquée à l'aphasie, cette définition permet de considérer la pathologie dans sa globalité et non pas uniquement au niveau des déficits linguistiques. Ainsi, le handicap aphasique se forme de la façon suivante :

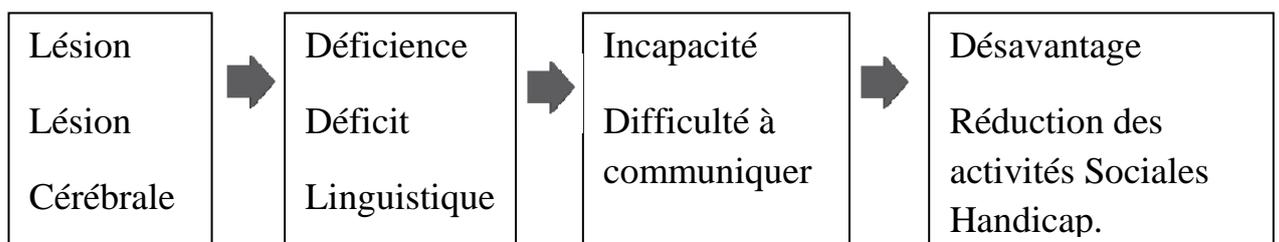


Schéma n°2 : Processus de formation du handicap aphasique. (Chapizeau, 2010, p. 60).

Précisons qu'il n'existe pas toujours une corrélation systématique entre déficience, incapacité et handicap. Parfois, la déficience n'entraîne pas d'incapacité ou une incapacité peut ne pas s'accompagner d'un handicap dans une situation précise. Le handicap peut donc être variable d'un individu à l'autre, d'une situation à une autre pour un même niveau d'incapacité, plusieurs chercheurs admettent que les situations de handicap correspondent à la réduction des habitudes de vie qui résulte de la combinaison de facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et de facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles).(Michallet &al., 1999).

Ainsi, la C.I.H présente des limites, puisqu'elle ne prend en compte que les aspects médicaux et personnels de l'individu et ne considère pas le rôle de l'environnement dans la constitution du handicap.

Suite à ces réflexions, une révision de cette classification a été proposée et adoptée en 2001 par l'OMS : la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F) (Crevier-Buchman, 2005),

-La C.I.F. :

D'après ce nouveau modèle : « l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé (maladies, troubles, lésions, traumatismes) et les facteurs contextuels qui comprennent à la fois des facteurs personnels et environnementaux.» (Crevier-Buchman, 2005), Cette classification a donc à la fois une dimension individuelle et une dimension sociale comprenant les facteurs environnementaux induisant les notions de contexte et de situation. Cette conception du handicap permet d'expliquer le fait que deux individus qui ont des troubles comparables, peuvent subir une limitation sociale différente. Ce modèle souligne le fait que la participation de l'individu, c'est-à-dire la manière dont il conduit une activité, ou son implication dans des situations de la vie quotidienne, peut-être touchée par deux phénomènes : l'atteinte des fonctions et des structures et/ou un environnement non adapté qui ne favorisera pas une participation de qualité.

La C.I.F définit les termes d'activité et de participation :

-L'activité : représente « l'exécution d'une tâche », elle renvoie à la notion d'incapacité décrite dans la CIH.

-La participation : correspond à « l'implication dans une situation de vie réelle », elle correspond au concept de désavantage de la CIH. Cette classification prend donc en considération les différents aspects de la communication et permet d'observer la communication selon deux axes complémentaires :

- un axe qualitatif qui correspond à l'étude des déficiences.
- un axe fonctionnel qui appréhende les activités de communication (Daviet & al. 2007, p.79), le même auteur souligne que ces deux aspects peuvent être responsables d'une réduction de la participation sociale et de changements dans les comportements ainsi que dans les rôles sociaux, les retentissements sont donc observés sur l'individu aphasique et aussi sur son entourage.

4.2- Conséquences sur la personne aphasique :

La personnalité du patient aphasique subit des changements qui sont dus d'une part à la lésion cérébrale et d'autre part à la réaction du patient face à ses troubles, parmi ces changements nous notons :

- Les angoisses provoquées par l'incertitude, la peur de ne plus être comme avant
- Certains cas de dépression sont observés surtout chez les patients très réduits et ceux ayant des antécédents psychiatriques
- Sentiments de découragement avec peur de perdre son autonomie ses amis son travail et ses proches
- Le patient se sent dépossédé de ce qui constituait sa personnalité comme son travail, sa place dans le cercle familial et ses relations sociales ce qui provoquent chez lui un sentiment de dévalorisation de soi. (Gil, 2006).

4.3-Conséquences sur la famille :

L'aphasie crée un profond remaniement des liens au sein de la famille à la fois sur le couple et sur les relations avec les enfants, certains chercheurs la qualifient de « maladie de la famille ». (Michallet & al. 1999). Si l'on considère la famille comme un système stable, cet équilibre est remis en cause par la survenue de l'aphasie qui entraîne de nouveaux comportements chez les proches influant eux-mêmes sur les attitudes de la personne aphasique. Par exemple, la famille joue un rôle dans l'actualisation des progrès de l'aphasique en rééducation dans la vie quotidienne. En effet, elle peut encourager l'utilisation du langage fonctionnel et faciliter la réintégration sociale à travers des sorties, des visites chez des amis... A l'inverse, si elle est trop protectrice, la famille peut entraîner le retrait social et l'isolement de la personne aphasique.

4.4-Conséquences sur le couple :

Différentes réactions peuvent être observées chez les conjoints. Certains éprouvent de la culpabilité s'accusant de ne pas avoir prévu l'accident ou de ne pas l'avoir empêché. Ils cherchent alors à tout faire pour soulager la personne

aphasique et peuvent avoir des comportements hyper protecteurs voire maternant. Afin d'éviter toute situation angoissante pour l'aphasique, ils prennent tout en charge, malgré certaines capacités du patient. Cette attitude entraîne une plus grande dépendance de la personne aphasique qui peut devenir plus exigeante envers eux. Le conjoint se trouve parfois confronté à l'exigence et à la possessivité de la personne aphasique supportant difficilement cette nouvelle place au sein du couple. En effet, les modifications dans les rôles familiaux et l'adaptation à ces nouveaux statuts constituent souvent un problème central. Le conjoint doit gérer le quotidien, assumé de nouvelles responsabilités et de nouvelles fonctions. Certains couples rencontrent des difficultés quotidiennes pour communiquer sources de frustration et d'insatisfaction, les tensions sont parfois aussi lourdes qu'elles peuvent provoquer la séparation.

4.5-Conséquences Sur les relations avec les enfants :

Du fait des difficultés qu'elle éprouve pour s'exprimer, la personne aphasique perd son autorité auprès de ses enfants. Elle se sent impuissante et se met peu à peu en retrait des discussions et des décisions. Par conséquent, les rôles se transforment au sein de la famille: le conjoint prend désormais en charge l'éducation des enfants dans sa globalité. Ceux-ci souffrent également des difficultés qu'ils rencontrent à communiquer avec leur parent aphasique. Pour eux, celui-ci n'est plus le même, il est diminué et il faut parfois s'en occuper.

Leurs réactions et leurs capacités d'adaptation à l'aphasie varient en fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'AVC mais également en fonction du climat familial.

4.6- Conséquences sociales et professionnelles :

L'impact de l'aphasie sur la vie sociale est différent pour chacun et dépend, entre autres facteurs, de la récupération (Ponzio & al.1991). Les personnes ayant bien récupéré garderont malgré tout quelques difficultés dans des situations comme les conversations rapides à plusieurs ou dans le bruit. Elles chercheront alors à contourner les difficultés et sélectionneront les situations de communication. Les conséquences sur les relations sociales seront généralement plus importantes pour les aphasiques sévèrement atteints dont la récupération est limitée. Les familles des personnes aphasiques évoquent souvent l'éloignement des amis, et se plaignent du retrait social provoqué par l'aphasie. Finalement, seule la famille et quelques amis proches restent en contact, d'après DUCARNE (1988), 95% des aphasiques ne retrouvent plus les personnes de leur entourage présentes avant l'aphasie (Ducarne, 1986). Dans le monde du travail, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'il est compliqué pour ces personnes de reprendre leur activité professionnelle, la réinsertion sociale s'avère donc compliquée elle est compromise par des facteurs comme l'hémiplégie, la perturbation de la mémoire de travail, la baisse de la concentration et de la vigilance, les difficultés au niveau du raisonnement et du calcul à côté des limites verbales et une fatigabilité accrue. (Ducarne, 1986; Roland & Cebelin, 1999)

4.7-Retentissement sur la communication proprement dite :

La notion de communication verbale renvoie à la dichotomie émetteur récepteur, celle ci est perturbée chez le patient aphasique qui éprouve des difficultés en tant qu'émetteur et en tant que récepteur, la sévérité des déficits linguistiques : sémantiques, formelles, syntaxiques, jargon ou alors les pauses longues demandent des efforts de restitution de la part de l'interlocuteur qui peut se montrer impatient ce qui pousse la personne aphasique à réduire ses échanges et ne pas s'investir dans la communication.

5 - Le handicap aphasique dans le milieu clinique algérien : comment intervenir ?

La littérature aphasiologique ainsi que notre expérience clinique nous enseignent qu'en dépit de leurs difficultés et de leurs limites linguistiques, les patients aphasiques même sévèrement atteints gardent une appétence et une certaine compétence communicatives. Selon Watzlawick (1972) : « on ne peut pas ne pas communiquer, parce que l'être vivant est, par constitution, un système de communication ». (Watzlawick, 1972, p.46) pour Holland (1991) : « l'aphasique communique mieux qu'il ne parle » (Holland, 1991, p.200). Pour certains chercheurs le déficit linguistique lié à l'aphasie provoque un handicap communicationnel

dans la vie quotidienne et en fonction de ses capacités et incapacités, l'aphasique va mettre en place, consciemment ou non, des stratégies palliatives afin de contourner son déficit pour pouvoir communiquer. (Nespoulous, 1996; Bouridah, 2013).

De ce point de vue, en s'appuyant sur la CIF, et sur notre longue expérience clinique au près des patients aphasiques sévères, nous proposons à l'orthophoniste d'opter pour une approche globale de la personne aphasique. Sans abandonner définitivement les tentatives de réorganisation des déficits linguistiques, il doit exploiter, optimiser, augmenter ou alors créer des stratégies pour appréhender la communication dans la vie quotidienne du patient. Ainsi, nous lui proposons des pistes de contournement pour pallier le handicap comme :

- L'usage des périphrases, circonlocutions et gestes pour pallier le manque du mot sévère.
- Le recours aux autres canaux de la communication pour transmettre l'information.
- L'accentuation les éléments para verbaux comme : la mimique, l'expression faciale ou la prosodie.
- L'exagération de l'intonation, la mélodie et la prolongation les sons.
- L'Accentuation de la syllabation pour pallier les troubles arthriques sévères.
- Le support gestuel peut aider à transmettre l'information surtout dans les activités concrètes de la vie quotidienne.
- Le dessin peut être un moyen de communiquer chez les patients non apraxiques.
- La resocialisation de la personne aphasique, est un facteur important pour pallier son handicap, dans cet objectif le thérapeute peut entreprendre une thérapie de groupe d'aphasiques, cette dernière a le privilège de marquer la séance dans un ancrage écologique et se démarquer des exercices classiques, et de rassurer le patient en lui procurant sa place dans le groupe.

L'éducation de l'entourage doit faire également partie de la prise en charge globale du handicap aphasique dans le milieu clinique algérien, dans ce sens nous proposons au thérapeute d'orienter les proches du patient vers des attitudes favorables pour compenser les difficultés liées aux limites linguistiques et communicationnelles en mettant en œuvre quelques stratégies palliatives comme :

- Actualiser les progrès de l'aphasique dans la vie quotidienne.
- Eviter sa surprotection et l'encourager à prendre des initiatives.
- Le rassurer en limitant ses réactions catastrophiques face à ses erreurs.
- Se montrer patient pour pouvoir démasquer sa compétence à communiquer.
- Adapter le débit de sa parole aux capacités et à la situation actuelle du patient.
- Encourager la communication fonctionnelle c'est-à-dire sacrifier la forme au profit de la transmission du message.
- Favoriser la réintégration sociale à travers les sorties, les visites chez les proches ou les amis.

Comme le montre bien le modèle de la CIF (p.7), l'entourage du patient joue un rôle important dans la formation et le degré du handicap aphasique, par conséquent celui ci doit se montrer coopérant et attentif, il doit mettre en pratique les solutions de contournement et les moyens de compensations échafaudés par la personne aphasique ainsi que ceux suggérés par l'orthophoniste.

Conclusion :

L'aphasie génère un handicap douloureusement vécu par le patient et par ses proches, pour les cas sévères, très fréquents dans notre milieu clinique algérien, les tentatives de la thérapie linguistique s'avèrent peu efficaces ou demandent un temps trop longs pour que son efficacité se traduise concrètement dans le quotidien. Devant le risque de l'isolement et du retrait social de la personne aphasique, la recherche et la pratique orthophonique doit s'inscrire dans une approche élargie du handicap qui resitue les troubles langagiers au sein de la communication et inclue le fonctionnement de la personne aphasique dans son milieu, elle peut cependant présenter des limites face à la complexité et la sévérité de la pathologie et nécessite d'être soutenue et complétée par l'intervention des partenaires des secteurs associatifs et des pouvoirs publics.

Bibliographie :

1. Pillon A. & De Partz M.P., (2003), *Aphasies*, in Rondal J.A. & Seron X., *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Bruxelles, Mardaga, 661-699.

2. Bouridah N., (2007), *La relation entre la lésion cérébrale occasionnée par un AVC, le syndrome aphasique et la récupération, langage et neurosciences cognitives, Actes du IV colloque International Sciences du Langage Traductologie et neurosciences, Juin, 2006, in Langage et cognition 2,35-38.*
3. Gil R., (2006), *Neuropsychologie, Paris, Masson.*
4. Seron X. & Van Der Linden M., (2007), *Traité de neuropsychologie clinique, Marseille, SOLAL.*
5. Chomel-Guillaume S., Leloup G., Bernard L., (2010), *Les aphasies : évaluation et rééducation, Issy-les-Moulineaux, Masson.*
6. Lacroix J., Joannette Y., (1994), *Un nouveau regard sur la notion de validité écologique, apport du cadre conceptuel de la C.I.D.I.H., Neuropsychologie, 4/2,115-142.*
7. Chapizeau F. (2010), *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gériologie et société, 99.*
8. Michallet B., Le Dorze G., Tetreault S. (1999), *Aphasie sévère et situation de handicap : implication en réadaptation, Annales Réad. Méd. Phys., 42, 260-270.*
9. Crevier-Buchman L., (2005), *La prise en charge du handicap en rééducation orthophonique, Rééducation orthophonique, 224, 4-6.*
10. Daviet J-C., Muller F, Stuit A., Darrigrand B.,(2007), *Communication et aphasie in Mazaux J.M., Pradat-Diehl P.&Brun V. , Aphasies et aphasiques, Elsevier, Masson, 76-86.*
11. Ponzio J., Lafond D., Degiovani R., Joannette Y., (1991), *L'aphasique, Québec, Edisem.*
12. Ducarne De Ribaucourt B., (1986), *Rééducation sémiologique de l'aphasie, Paris, Masson.*
13. Rolland J. & Belin C., (1991), *L'aphasique et le monde du travail, in J. Ponzio, D. Lafond, R. Degiovani, & Y. Joannette (Eds), L'aphasique, 195-211, Québec, Edisem.*
14. Watzlawick p., Helmick J., & Jackson D., (1972), *Une logique de la communication, Paris, Seuil.*
15. Holland A. L., (1991), *Pragmatic aspects of intervention in aphasia. Journal of Neurolinguistics, 6, 197-211.*
16. Nespoulous, J.L. (1996), *Les stratégies palliatives dans l'aphasie, Rééducation Orthophonique 34/188, 423-433*
17. Bouridah N., (2013), *Le manque du mot et les stratégies palliatives chez l'aphasique : Etude cognitivo linguistique des stratégies utilisées par l'aphasique dans la tâche de dénomination d'images, thèse pour le doctorat en sciences de l'orthophonie, Alger, Université Alger 2.*