LES APPROCHES PRAGMATIQUES DANS LA REEDUCATION DES PATIENTS APHASIQUES

Introduction

Les lésions cérébrales de l'hémisphère gauche génèrent le plus souvent des troubles du langage qui entravent à des degrés divers les possibilités communicatives des patients aphasiques. Pour y remédier, les rééducateurs du langage sont de plus en plus conscients de l'utilité de la complémentarité de deux types d'approche dans l'évaluation et la rééducation des troubles aphasiques: les approches psycholinguistiques, d'une part et les approches pragmatiques, d'autre part.

Si les approches psycholinguistiques sont les plus classiquement utilisées, elles ont pour particularité d'être orientées vers des désordres linguistiques spécifiques. Elles visent à évaluer, dans un premier temps, et à améliorer, par la suite, l'exactitude et l'efficacité des comportements verbaux indépendamment des contextes dans lesquels ils sont produits En effet, qu'il s'agisse d'une approche sémiologique (axée sur les symptômes) ou d'une approche cognitive (axée sur les processus qui sous-tendent ces symptômes), le patient entraîné à répéter, à dénommer, à écrire sous dictée, à lire à haute voix, à épeler est bien sûr impliqué dans des tâches qui ne sont que très rarement rencontrées comme telles dans la vie quotidienne. C'est en réaction à cette approche des troubles jugée par trop artificielle que s'est développée l'approche pragmatique.

Les capacités pragmatiques des patients aphasiques.

A la fin des années 6O, Sarno (1969) proposait déjà une approche plus "fonctionnelle" de l'analyse et de la rééducation des troubles aphasiques.

A sa suite, un certain nombre de rééducateurs américains, Holland (1980) Davis et Wilcox (1981), en viennent à défendre une approche thérapeutique radicalement différente de l'approche classique orientée vers les seuls déficits linguistiques. Pour ces différents auteurs, la rééducation doit viser à accroître les performances communicatives du

patient bien plus que ses performances strictement linguistiques. Par conséquent, cette approche a moins pour objectif la correction des énoncés linguistiques à produire et/ou à comprendre que de rendre l'aphasique capable d'utiliser de manière optimale les différents moyens qu'il a à disposition pour arriver à communiquer. Cette orientation, plus récente et plus empirique, se fonde sur un constat bien connu de tous les rééducateurs, à savoir que certains aphasiques, quoique très limités sur le plan de l'expression orale, réussissent à communiquer avec leur entourage en faisant appel à diverses autres modalités et à divers éléments du contexte. A l'inverse, d'autres patients peuvent avoir accès au langage oral sans pour autant communiquer efficacement.

Au-delà de cette observation clinique, les développements de l'approche pragmatique en neuropsychologie reflètent indirectement l'intérêt croissant manifesté pour la pragmatique par les linguistes et psycholinguistes depuis le milieu des années 70. De nombreuses recherches ont en effet démontré les relations qui existent chez le sujet normal entre les comportements langagiers et leurs contextes d'utilisation (Searle, 1969; pour une synthèse: Costermans, 1984; Costermans et Hupet, 1987, Hupet, 1990). Les neuropsychologues à leur tour se sont interrogés sur les interactions qui pouvaient exister chez les patients aphasiques entre des processus langagiers déficitaires et les différents contextes de leur utilisation.

Ces recherches démontrent que, même si certaines capacités pragmatiques peuvent être perturbées chez les aphasiques, elles n'en restent pas moins supérieures à leurs capacités strictement linguistiques (Bates, Hamby & Zurif, 1983; Davis, 1981, 1985, 1989). En effet, la plupart des patients aphasiques, en ce compris les aphasiques globaux, traitent relativement bien les informations qui ont trait à la situation et aux objectifs de l'échange (Pierce et Beekman 1985), de même sont-ils capables de faire appel à leur connaissance du monde. Citons à titre d'exemple, le cas de certains aphasiques de Broca qui utilisent leurs connaissances du monde pour pallier leur compréhension agrammatique. Le déficit linguistique de ces patients les perturbe généralement dans la compréhension des phrases réversibles. Il a été démontré que, parmi celles-ci, les phrases réversibles compatibles

avec la réalité (exemples: "le policier arrête le voleur " (Schwartz, Saffran & Marin, 1980) ou "le savon est sur l'évier" (Deloche et Seron, 1981)) sont plus faciles à traiter que les phrases réversibles qui violent la connaissance du monde (exemples: "le voleur arrête le policier" ou " le savon est sous l'évier"). Par ailleurs, bon nombre d'aphasiques sont capables de percevoir adéquatement les intentions de l'interlocuteur, de dégager des inférences à partir du contexte, d'utiliser à des fins communicatives l'information prosodique, de même que les gestes et les expressions faciales (pour une revue, Feyereisen, 1988). Dans un contexte dynamique comme celui de la conversation, la plupart des patients, à l'exception peut-être de certains aphasiques de Wernicke et de certains patients frontaux, peuvent interagir comme locuteur et auditeur en respectant le contrat tacite à la base de toute conversation naturelle qui consiste à respecter l'alternance des prises de parole et à fournir des informations nouvelles à partir d'un ensemble d'informations anciennes déjà partagées (Grice, 1975).

Les rééducations d'orientation pragmatique

Les quelques rééducations pragmatiques décrites dans la littérature comme d'ailleurs les échelles classiques d'évaluation des capacités communicatives (The Functional Communication profile, F.C.P., Sarno, 1969; The Communicative Abilities in Daily Living, C.A.D.L., Holland, 1980) ont pour particularité d'aborder la communication des patients aphasiques de manière globale et très empirique. En effet, ces échelles d'évaluation et les quelques rééducations décrites ne se fondent sur aucun modèle pragmatique qui soit suffisant pour évaluer d'une part les capacités des patients à utiliser chacune des composantes pragmatiques qui entrent en jeu dans l'acte de communication et pour développer d'autre part des stratégies rééducatives qui permettent de compenser les déficits linguistiques de la communication ou qui traitent directement les éventuels déficits pragmatiques de celle-ci. Dans cet exposé, nous nous attacherons à décrire une de ces rééducations globales de la communication ,la mieux décrites actuellement sur le plan méthodologique, à savoir: The Promoting Aphasic Communicative Effectiveness (P.A.C.E.) développée par Davis et Wilcox en 1981. A la différence de la rééducation globale de la communication préconisée par Aten, Cagliuri et Holland (1982) qui se centre sur

l'amélioration des conduites communicatives de la vie quotidienne simulées à l'intérieur de situations fictives de jeux de rôles (aller faire des courses, prendre un rendez-vous chez le médecin, appeler une personne au téléphone...), la technique rééducative proposée par Davis et Wilcox vise, quant à elle, à améliorer les capacités communicatives des patients à l'intérieur d'une situation réelle d'échange d'informations. Les auteurs proposent en effet d'incorporer à la rééducation les principaux paramètres qui caractérisent le contexte dynamique de la conversation naturelle. Qui plus est, il s'agit d'une conversation à propos de référents imagés déterminés, ce qui fait de la situation de la P.A.C.E. une situation de communication référentielle.

a) la situation de rééducation

Suivant le paradigme original de Davis et Wilcox, thérapeute et patient sont placés dans une situation de devinette où ils sélectionnent une image parmi un ensemble de cartes uniques disposées sur la table. A tour de rôle, chacun tente de faire découvrir à l'autre l'image qu'il est seul à avoir sous les yeux en utilisant pour ce faire n'importe quel canal de communication (langage oral, écriture, dessin, geste, mimique, onomatopée, chant,...). Le devineur peut questionner son interlocuteur jusqu'à ce que ce dernier juge que son interlocuteur en connaît assez sur le contenu de l'image.

Clerbaut et collaborateurs (1984) estimaient le paradigme de Davis et Wilcox trop difficile pour les patients aphasiques dans la mesure où la personne qui devine ne dispose d'aucun référent pour guider ses questions. C'est la raison pour laquelle les auteurs belges proposent une situation où rééducateur et patient disposent d'un jeu identique de 6 à 15 cartes placées sur un petit panneau à l'abri du regard de l'interlocuteur. A tour de rôle, patient et rééducateur font deviner par n'importe quel canal de communication la carte que l'un et l'autre choisissent dans la série qu'ils ont chacun sous les yeux. Dès que le "devineur" est en mesure de trouver la carte dans son propre jeu, les rôles sont inversés et l'échange continue jusqu'à l'avant dernière image. Ces mêmes auteurs proposent en outre une situation de dictée: l'informateur dispose d'une carte originale, construite selon son inspiration (formes géométriques, petites scènes,...) et il "dicte" à son

interlocuteur les instructions nécessaires à sa reproduction la plus fidèle. Le devineur a la possibilité de poser des questions pour clarifier le message et la confrontation des deux dessins obtenus détermine la réussite ou l'échec de la communication.

Comme l'indiquent Clerbaut et collaborateurs, la complexité du matériel utilisé dans chacune de ces situations, bien que difficile à établir, est tributaire de variables aussi diverses que l' intérêt des patients, leur niveau socio-culturel et les objectifs thérapeutiques déterminés. Si, par exemple, c'est la co-occurence geste/langage qui est entraînée en situation de P.A.C.E., le choix du matériel s'orienterait vraisemblablement vers des représentations d'actions progressivement rapprochées sur le plan de la pantomime.

b) les principes de base

Quel que soit le paradigme utilisé, 4 principes de base doivent être observés pour poursuivre l'objectif pragmatique de la rééducation:

1. Tandis que la situation classique de rééducation (dénomination, répétition, construction de phrases,...) amène le patient à délivrer des messages qu'il sait être connus du rééducateur, la situation de la P.A.C.E. fonde l'interaction sur **l'échange d'informations nouvelles** inconnues au départ des participants.

2. La P.A.C.E. préserve l'**alternance des rôles** entre le rééducateur et le patient et, par conséquent, assure leur participation égale comme producteur et receveur de messages. En tant que producteur, le patient doit savoir ce qui est déjà connu du receveur et ce qu'il importe de lui donner comme informations; en tant que receveur, ce même patient doit pouvoir évaluer ce qu'il comprend et fournir une forme appropriée de feed-back.

Il n'est pas étonnant, dans l'application de ce type de technique, de voir le patient constituer lui-même son matériel. Dans une situation classique, au contraire, l'interaction est unidirectionnelle: c'est le clinicien qui demande une performance au patient et qui dirige ses réponses.

3. Tandis que les rééducations linguistiques ont pour but l'entraînement spécifique du langage, la P.A.C.E. renforce la qualité de la communication en sollicitant l'**utilisation des canaux de communication** les plus efficaces.

4. A la différence des rééducations classiques où les performances des patients sont jugées par l'orthophoniste au niveau de l'adéquation linguistique, les feed-back délivrés en P.A.C.E. sont basés sur le **succès de la communication**. Le rééducateur réagit de manière naturelle au contenu des messages du patient et n'apporte par conséquent aucune correction aux productions linguistiques. La capacité à deviner le message va dépendre de l'attention du rééducateur et de sa familiarité avec le patient. Celui-ci deviendra rapidement un "bon compreneur" ce qui nécessitera d'introduire périodiquement dans cette situation de communication référentielle un interlocuteur moins familier, l'objectif de la P.A.C.E. consistant bien sûr à développer un comportement de communication qui soit généralisable.

c) Le déroulement de la rééducation

Ces quatre principes seront maintenus tout au long du déroulement des deux phases de la rééducation.

- L'étape d'**observation** permet à la fois de répertorier les canaux de communication les plus efficaces pour le patient et d'habituer celui-ci à la nouvelle situation de rééducation. Au cours de cette phase, le libre choix est laissé au patient quant à la manière de transmettre l'information. Le rééducateur réagit naturellement à toute communication du patient, qu'elle soit ou non verbale, et encourage le recours à tous les moyens efficaces. Le clinicien lui-même utilise tous les moyens qu'il juge efficaces en fonction du contexte. Il crée, par ailleurs, pour le patient, les opportunités d'utilisation de chacun d'entre eux en plaçant, par exemple, une feuille et un crayon devant le patient s'il est apparu efficace chez lui d'utiliser l'écriture et le dessin.

- Dans une seconde étape de **modelage**, le rééducateur va servir de "modèle" pour l'émission et la réception des messages, son comportement pouvant, selon les principes du conditionnement operant,

influencer l'adoption par le patient d'un comportement similaire. Pour ce faire, le rééducateur introduit dans son répertoire comportemental les différents canaux de communication qu'il juge utiles d'exploiter. Contrairement à des idées trop souvent répandues, la technique P.A.C.E. n'est pas une technique de rééducation non verbale voire même gestuelle. En effet, selon Davis lui-même, une séance de P.A.C.E. silencieuse où patient et rééducateur se limitent à la gesticulation ne paraît pas, sauf dans certains cas de patients très réduits, le moyen le plus efficace pour promouvoir une communication complète. Même si des paraphasies verbales peuvent être à ce point gênantes pour l'intelligibilité du discours, il se trouvera toujours un autre canal de communication pour lever l'ambiguïté.

d) L'évaluation

Conscients de la grossièreté de leur outil, Clerbaut et collaborateurs ont proposé, à titre de ligne de base pré- et post-thérapeutique, une grille d'analyse des capacités de communication des patients en situation de P.A.C.E.. Cette grille répertorie les canaux de communication qu'utilise le patient quand il est producteur de l'information et ce, en fonction de leurs conséquences chez l'auditeur (analyse des feed-back délivrés par le thérapeute) (pour une présentation détaillée, voir Clerbaut et col., 1984 et Dessy, 1986).

e) Les indications

Telle qu'utilisée actuellement, la technique P.A.C.E. comporte de nombreuses indications:

- La première, et non la moindre, tient au fait qu'en début de prise en charge thérapeutique, il importe de faire prendre conscience aux patients qu'ils sont encore capables de communiquer même si leurs capacités linguistiques sont défectueuses. Ainsi, il semblerait que certaines rééducations pragmatiques, en décentrant les patients de leurs propres difficultés linguistiques et en leur faisant découvrir l'étendue de leur répertoire expressif, diminuent anxiété et frustration. C'est une des raisons qui nous a amenés à proposer cette technique à

un certain nombre de patients dès le début de la prise en charge, parallèlement à une rééducation classique.

Dans la mesure où cette technique propose de développer des suppléances à l'expression défectueuse, elle peut être appliquée à titre provisoire en début de rééducation chez des patients dont l'évolution s'avère satisfaisante et à titre définitif chez des patients dont le tableau aphasique reste gravement perturbé.

- Aux patients anosognosiques, la P.A.C.E. nous paraît pouvoir être proposée en priorité pour favoriser la prise de conscience du trouble. En effet, l'inintelligibilité du discours et/ou les difficultés de compréhension des patients sont rapidement répercutées par des indices concrets tels que la sélection inadéquate de la carte ou l'inadéquation par par rapport au modèle de sa reproduction sur instructions.

- De plus en plus, les différentes situations fonctionnelles proposées en P.A.C.E. nous sont utiles pour vérifier le transfert des stratégies qui auraient été entraînées en situations classiques. Ainsi, par exemple, si le rééducateur procède chez un aphasique de Broca au réapprentissage de l'établissement des relations thématiques, il pourrait être intéressant de contrôler le transfert de la stratégie entraînée en situation P.A.C.E. en utilisant le double jeu de cartes, celles-ci se différenciant uniquement par des permutations sujet/agent.

- Cette technique peut aussi être proposée aux conjoints des patients aphasiques en vue de modeler chez eux des comportements de communication qui puissent avoir une influence positive sur l'interaction avec l'aphasique. Ainsi, par exemple, il est possible de rendre par modelage le conjoint attentif aux gestes produits par le patient.

- Une dernière indication, trop souvent négligée par les orthophonistes, concerne les patients aphasiques ou autres patients qui présentent des désordres pragmatiques spécifiques. En effet, certains aphasiques de Wernicke, certains patients frontaux ou encore certains patients porteurs de lésions droites présentent des difficultés pragmatiques spécifiques (non respect l'alternance des rôles ou encore à respecter le thème de l'échange); il pourrait être suggéré dans ces cas de centrer le traitement sur ces différentes composantes pragmatiques qui perturbent de manière plus ou moins importante la qualité de la communication (Sohlberg & Mateer, 1989).

f) Les limites

Il apparaît d'emblée que la P.A.C.E. se limite à une seule situation de communication - la conversation au départ de référents imagés - et qu'à ce titre, elle est loin de couvrir l'ensemble des situations de communication que rencontreront les patients dans leur vie quotidienne.

Axée sur la communication référentielle, la situation de la P.A.C.E. peut présenter des difficultés pour certains patients aphasiques. En effet, l'efficacité de la communication repose en partie sur la capacité du patient à dégager des référents imagés un certain nombre d'informations pertinentes. Cette opération suppose la mise en oeuvre d'autres capacités cognitives, non linguistiques, qui peuvent être déficitaires chez certains aphasiques.

Conclusions

Si la P.A.C.E. et d'autres rééducations pragmatiques contribuent largement à améliorer l'efficacité de la communication des patients aphasiques sur le plan fonctionnel, signalons toutefois qu'il ne conviendrait pas de confondre les objectifs de ce type d'approche avec les moyens utilisés pour les atteindre. En effet, le risque est de rencontrer des rééducateurs qui limitent leur intervention auprès des patients aphasiques aux seules rééducations pragmatiques. Il ne suffit pas, en effet, de placer un patient en situation de jeux de rôles, de discussions de groupe ou encore de communication référentielle pour résoudre ses difficultés langagières. Ne perdons pas de vue que la plupart des rééducations pragmatiques telles qu'elles sont pratiquées actuellement visent à développer tous les moyens de communication (verbaux et non verbaux) à disposition du patient pour compenser ses déficits langagiers et non pour les traiter en soi. D'où l'importance de la complémentarité des deux types d'intervention pour certains patients. De plus, si les relations qui existent entre le langage et les contextes de

son utilisation paraissent évidentes, nous manquons encore à ce jour de connaissances sur les processus mentaux qui gouvernent ces relations. Aussi, les rééducations pragmatiques, au stade de développement actuel, restent très empiriques et ont tout à apprendre des développements futurs des recherches en pragmatique, en psycholinguistique et en neuropsychologie.

Marie-Pierre de PARTZ

BIBLIOGRAPHIE

ATEN, J.L., CAGLIURI, M.P., & HOLLAND, A.L. (1982): The efficacity of functional communication therapy for chronic aphasic patients. Journal of Speech and Hearing Disorders, 47,93-96.

BATES, E., HAMBY, S., & ZURIF, E. (1983). The effects of focal brain damage on pragmatic expression. Canadian Journal of Psychology,37,59-84.

CLERBAUT, N., COYETTE, F., FEYEREISEN, P., & SERON, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques. Rééducation Orthophonique, vol. 22, 138.

COSTERMANS, J. (1984). Psychologie du langage. Liège: Mardaga.

COSTERMANS, J., & HUPET, M. (1987). Dimensions pragmatiques du fonctionnement et de l'acquisition du langage. IN: J.A. Rondal & S. Brédart (Eds.). Problèmes de psycholinguistique Liège: Mardaga.

DAVIS, G., & WILCOX, M. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In R. Chapey (Eds.), Language intervention strategies in adult aphasia (pp. 169-193). Baltimore: Williams & Wilkins.

DAVIS, G., & WILCOX, M. (1985). Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics. San Diego: College-Hill Press.

DAVIS, G. (1989). Pragmatics and cognition in treatment of language disorders. In: X. Seron & G. Deloche (Eds.) Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation. London: Lawrence Erlbaum Associates.

DELOCHE, G., & SERON, X. (1981). Sentence understanding and knowledge of the world. Evidences from a sentence-picture matching task performed by aphasic patients. Brain and Language,14,57-69.

DESSY,M.L. (1986). La communication référentielle chez des patients aphasiques et chez des patients atteints de lésions frontales. Mémoire de licence en logopédie, Université Catholique de Louvain.

FEYEREISEN, P. (1988). Nonverbal Communication. In: F.C. Rose (Ed.) Aphasia. London: Whurr.

GRICE, H. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. Morgan (Eds.), Syntax and Semantics: Speech acts (pp. 41-58). New-York: Academic Press.

HOLLAND, A. (1980). Communicative abilities in daily living. Baltimore: University Park Press.

HOLLAND, A. (1982). Observing function of communication of aphasic adults. Journal of Speech and Hearing Disorders,47,50-56.

HOWARD, D., & HATFIELD, F.M. (1987). Aphasia therapy: Historical and contemporary issues. London: Lawrence Erlbaum Associates.

HUPET, M. (1990). La pragmatique. In: J.L. Nespoulous (Ed.) Tendances nouvelles de la linguistique. Delachaux et Niestlé.

PIERCE, R., & BEEKMAN, L. (1985). Effects of linguistic and extralinguistic context on semantic and syntactic processing in aphasia. Journal of Speech and Hearing Research,28,250-254.

SARNO, M.T. (1969). The functional communication profile. New-York: Institut of Rehabilitation Medicine, New-York University Medical Center.

SCHWARTZ, M.F., SAFFRAN, E.M., & MARIN, O.S. (1980). The word order problem in agrammatism: I. Comprehension. Brain and Language,10,249-262.

SEARLE,J.R. (1969). Speech acts. Cambridge: Cambridge University Press. Traduction française: Les actes de langage. Paris: Hermann, 1972.

SOHLBERG, M., & MATEER, C. (1989). Introduction to cognitive rehabilitation. New-York: The Guilford Press.