

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

SUPPORT D'AIDE A LA COMMUNICATION
POUR LA REALISATION DU BILAN KINESITHERAPIQUE
CHEZ LES PERSONNES HEMIPLEGIQUES PRESENTANT
UNE APHASIE A PREDOMINANCE MOTRICE

Rapport de travail écrit personnel présenté
par Marie WIRTZ, étudiante en 3^{ème}
année de kinésithérapie en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-
Kinésithérapeute 2008-2009

RESUME

L'aphasie est un trouble du langage fréquemment rencontré chez les patients hémiplésiques pris en charge en rééducation.

L'absence d'échange verbal avec le masseur-kinésithérapeute pose rapidement problème lorsqu'il s'agit d'établir un bilan diagnostique kinésithérapique. En effet l'anamnèse et les bilans de la douleur et de la sensibilité peuvent être effectués uniquement si le patient est capable d'exprimer sa pensée, son ressenti. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer des solutions à ce niveau. Le support d'aide à la communication est l'aboutissement de cette action.

Les premières parties de ce travail écrit sont consacrées aux rappels des différents troubles de communication et de leurs étiologies. L'inventaire des différents moyens palliatifs existants et de leurs limites à ce niveau est ensuite proposé.

Enfin, les différents temps de l'élaboration du support d'aide à la communication pour la réalisation du bilan kinésithérapique sont retracés dans la dernière partie. La population cible est déterminée. Les patientes ayant contribué à la mise en place du projet ainsi que leurs réponses aux parties du bilan traitées sont présentées.

Mots clés : hémiplégie, aphasie, bilan diagnostic kinésithérapique

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION.....	1
2. LES DIFFERENTS TROUBLES DE COMMUNICATION.....	1
2. 1. L'aphasie.....	1
2. 1. 1. Aphasie de Broca.....	2
2. 1. 2. Anarthrie pure.....	3
2. 1. 3. Aphasie de Wernicke.....	4
2. 1. 4. Aphasie de conduction.....	4
2. 1. 5. Aphasie globale.....	4
2. 1. 6. Aphasie transcorticale.....	5
2. 1. 7. Aphasie sous-corticale.....	5
2. 2. Les troubles praxiques.....	6
2. 3. Les troubles gnosiques.....	7
2. 4. Les troubles de communication liés aux maladies dégénératives.....	8
3. ETIOLOGIE DES APHASIES ET DES TROUBLES DE COMMUNICATION ASSOCIES.....	8
3. 1. Les Accidents Vasculaires Cérébraux.....	9
3. 1. 1. Définition.....	9
3. 1. 2. Les Accidents Ischémiques Cérébraux.....	9
3. 1. 2. 1. Physiopathologie.....	9
3. 1. 2. 1. Sémiologie.....	10
3. 1. 3. Les Accidents Vasculaires Cérébraux hémorragiques.....	13

3. 1. 4. Les thromboses veineuses cérébrales.....	14
3. 2. Les tumeurs cérébrales.....	14
3. 3. Les causes infectieuses et inflammatoires.....	14
3. 4. Les maladies dégénératives.....	15
4. LES AIDES A LA COMMUNICATION.....	15
4. 1. Le code écrit.....	15
4. 2. Le code pictographique.....	16
4. 3. Le système Bliss.....	17
4. 4. L'apprentissage d'un langage manuel.....	17
4. 5. Les appareils de communication.....	18
5. PROBLEMES POSES LORS DU BILAN KINESITHERAPIQUE ET LIMITES DES AIDES DE COMMUNICATION.....	19
5. 1. Eléments du bilan difficiles à évaluer.....	19
5. 1. 1. Anamnèse.....	19
5. 1. 2. Douleur.....	19
5. 1. 3. Sensibilité.....	20
5. 2. Les limites des aides de communication.....	20
6. MISE EN PLACE D'UN SUPPORT D'AIDE A LA COMMUNICATION DANS LE CADRE DU BILAN KINESITHERAPIQUE.....	21
6. 1. Genèse.....	21
6. 2. Intérêts de la création d'un tel support.....	21
6. 3. Choix d'un support associant des pictogrammes à leur traduction écrite.....	22
6. 4. Les éléments du bilan kinésithérapique évalués par l'intermédiaire du support.....	24
6. 5. Présentation et caractéristiques du support.....	24

6. 6. Population d'étude.....	26
6. 7. Fiabilité des réponses du patient.....	27
6. 8. Elaboration du support auprès de deux patientes à l'hôpital de Bar-le-Duc.....	27
6. 9. Les difficultés rencontrées lors de la mise en place du livret.....	28
7. DISCUSSION.....	29
8. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION :

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (A.V.C.) représentent la troisième cause de mortalité et la deuxième cause de handicap non traumatique de l'adulte dans les pays industrialisés. L'incidence en France est de 130 000 cas par an (12).

Selon les recommandations du Forum Med Suisse (F.M.H.), l'incidence d'un premier A.V.C. était de 1,39 pour 1000 personnes en 2002 à Bâle, avec une prévalence de 30% de troubles phasiques. D'autres études européennes ont mis en évidence des données comparables (13).

Nous constatons que la proportion de personnes présentant des troubles phasiques après avoir fait un A.V.C. est conséquente. Dans ce cas, la barrière du langage sépare le patient du masseur-kinésithérapeute. Ce dernier peut alors rencontrer quelques difficultés lors de la réalisation du bilan diagnostique kinésithérapique.

Dans un premier temps, nous allons inventorier les troubles de communication dont souffrent les patients, leur étiologie, les différents moyens palliatifs existants et leurs limites dans le cadre du bilan kinésithérapique.

Dans un second temps, nous essayerons de proposer des solutions pratiques au travers d'un livret destiné aux masseurs-kinésithérapeutes et visant à faciliter les échanges entre soignants et soignés lors du bilan.

2. LES DIFFERENTS TROUBLES DE COMMUNICATION :

2. 1. L'aphasie : (3. 8. 9)

L'aphasie, selon la définition de Damasio, représente la « perturbation de la compréhension et de la formulation des messages verbaux qui résulte d'une affection nouvellement acquise du système nerveux central ».

Damasio différencie l'aphasie des troubles du langage pouvant être observés dans les états de confusion mentale faisant suite à une altération de la conscience.

L'aphasie découle d'une lésion de l'hémisphère cérébral dominant.

Broca soutenait, au siècle dernier, que l'hémisphère gauche est dominant pour le langage chez le droitier, et l'hémisphère droit chez le gaucher. Il semble aujourd'hui, d'après les études plus récentes, qu'au sein d'une population neurologiquement normale, adulte et alphabétisée, la dominance hémisphérique gauche soit encore plus universelle pour le langage. Ainsi cette dominance concernerait presque tous les droitiers et environ 70% des gauchers et ambidextres. L'aphasie résulte donc d'une lésion hémisphérique gauche chez la quasi-totalité des droitiers et chez trois-quarts des gauchers. Ces problèmes se présentent sous différentes formes en fonction de la zone atteinte : aphasie d'expression et/ou de compréhension, dysarthrie.

2. 1. 1. Aphasie de Broca :

C'est une aphasie à prédominance motrice (l'expression est plus touchée que la compréhension). Les lésions intéressent l'aire de Broca (centre du langage). Il s'agit des aires 44 et 45 selon Brodmann (ANNEXE I).

- **compréhension** : la compréhension orale de phrases simples est en général conservée, celle des phrases complexes (comportant des relations du type « avant, après, au-dessus, au-dessous ») souvent altérée. La lecture et l'écriture sont souvent perturbées.

- **expression orale** : importante réduction, à la fois qualitative et quantitative du langage oral (faisant souvent suite à un mutisme) accompagnée parfois :

❖ **de troubles globaux du langage :**

➤ **dysprosodie** : parole lente, syllabique et monotone

- **manque du mot** : débit ralenti et diminution du vocabulaire disponible
- **stéréotypie** : un seul son ou mot est émis à la place de toute autre production
- **persévération** : un mot ou un segment de phrase précédemment émis va être redonné alors que le stimulus a changé

❖ **de troubles des sons, des mots, de la syntaxe :**

- **déviation phonétique** : distorsion articuloire d'un son
- **paraphasie ou jargon sémantique** : substitution d'un mot par un autre ayant à peu près le même sens
- **paraphasie ou jargon verbal** : substitution d'un mot par un autre n'ayant ni le même sens, ni la même forme
- **agrammatisme** : style télégraphique, désorganisation de la syntaxe

- **troubles associés** : l'association à une apraxie buccofaciale est presque constante, celle à une apraxie idéomotrice est plus rare.

Des problèmes gnosiques se retrouvent très rarement.

2. 1. 2. Anarthrie pure :

Il s'agit d'une aphasie motrice pure. Elle survient rarement d'emblée mais constitue plutôt l'étape ultime d'une aphasie de Broca.

- **compréhension** : parfaite

- **expression** : l'expression orale comporte des transformations phonétiques isolées. L'écriture est normale.

- **troubles associés** : apraxie buccofaciale

2. 1. 3. Aphasie de Wernicke :

C'est une aphasie à prédominance sensorielle (la compréhension est plus touchée que l'expression), due à une lésion cérébrale de la zone de Wernicke (centre du langage).

Il s'agit de l'aire 22 selon Brodmann (ANNEXE I).

- *compréhension* : troubles importants de compréhension du langage oral et écrit.

- *expression* : la fluence (débit de paroles) est normale ou exagérée. Il peut y avoir des paraphasies, pouvant aller jusqu'à une jargonaphasie qui rend le discours du sujet totalement incompréhensible pour son interlocuteur. L'articulation est normale, la prosodie également mais elle est souvent mal adaptée au contexte.

- *troubles associés* : parfois des problèmes praxiques et /ou gnosiques viennent se greffer.

2. 1. 4. Aphasie de conduction :

Il s'agit d'une disconnexion entre l'aire de Broca et l'aire de Wernicke. Les lésions se situent au niveau du faisceau arqué unissant ces deux régions. Il s'agit d'une aphasie à prédominance motrice.

L'aphasie de conduction peut exister d'emblée ou faire suite à une aphasie de Wernicke.

- *compréhension* : la compréhension orale est bonne avec parfois des difficultés pour les phrases complexes.

- *expression* : le langage spontané est fluent, riche en paraphasies phonémiques ou verbales.

Le discours est entrecoupé d'hésitations traduisant les tentatives spontanées d'autocorrection.

- *troubles associés* : apraxie idéomotrice sur commande verbale mais non sur imitation.

2. 1. 5. Aphasie globale :

C'est une altération sévère de toutes les fonctions du langage.

- **compréhension** : elle est très altérée.

- **expression** : le mutisme initial est fréquent. L'expression spontanée est nulle ou très réduite.

2. 1. 6. Aphasie transcorticale :

Il s'agit d'une disconnexion entre les centres de l'idéation transmettant la pensée, et ceux du langage, qui la reçoivent. Ce type d'aphasie respecte les capacités de répétition.

- L'aphasie transcorticale sensorielle :

La sémiologie est voisine de celle de l'aphasie de Wernicke. Elle en diffère par le fait que la répétition est parfaite, même pour les mots et les phrases que le patient ne comprend pas.

- L'aphasie transcorticale motrice :

Elle peut survenir d'emblée ou faire suite à une aphasie de Broca.

Il s'agit d'une aphasie à prédominance motrice. La compréhension complexe est perturbée. L'expression spontanée est nulle ou limitée à quelques syllabes ou mots. La répétition est correcte. Des persévérations et paraphrasies verbales se retrouvent dans le discours spontané.

- L'aphasie transcorticale mixte :

Elle cumule les déficits des aphasies transcorticales motrices et sensorielles. La compréhension orale et écrite est défectueuse, souvent nulle. La répétition se limite à quelques mots. L'articulation est normale.

2. 1. 7. Aphasie sous-corticale :

Il s'agit d'une disconnexion entre les centres du langage et l'effecteur (aphasie motrice pure) ou le récepteur (surdité verbale pure). L'effecteur et le récepteur assurent la mise en œuvre des fonctions de langage.

- **compréhension** : compréhension imparfaite, meilleure pour les mots que pour les phrases.

- **expression** : aphasie expressive, associant une perte de l'autonomie et de l'initiative verbale, un trouble de la réalisation de la parole et de nombreuses paraphrasies verbales induisant parfois une incohérence du discours. La répétition est préservée.

2. 2. Les troubles praxiques :

L'apraxie est un trouble neurologique touchant les lobes pariétaux, affectant la motilité volontaire, et qui n'est pas due à une atteinte motrice ou sensitive, ni à un déficit intellectuel antérieur. Le principal centre praxique est le lobe pariétal gauche. L'apraxie est souvent observée en association avec une aphasie. L'apraxie se traduit par une incapacité à effectuer des gestes de la vie quotidienne (atteinte sévère) ou à reproduire des éléments liés à une analyse visuospatiale. Toute activité motrice implique l'association coordonnée de gestes élémentaires. Dans le cas d'une activité complexe, l'individu doit d'abord concevoir un schéma mental de réalisation de l'acte dans son ensemble. Sa réalisation effective peut être perturbée à des niveaux différents.

Il existe plusieurs types d'apraxies :

- **L'apraxie idéomotrice** : Il s'agit d'un trouble de l'activité gestuelle portant sur la réalisation de gestes simples concernant les actes réfléchis et intentionnels. Le patient pourra réaliser correctement, de façon automatique, ces gestes simples (mettre ses lunettes...), mais il sera incapable de les réaliser sur ordre ou sur imitation. Les gestes plus symboliques seront encore plus difficiles à réaliser (salut militaire...). Elle se retrouve souvent dans les lésions de l'hémisphère dominant.

- **L'apraxie idéatoire** : Il s'agit d'un trouble de l'activité gestuelle portant sur le schéma nécessaire (succession coordonnée des différents gestes élémentaires) à la réalisation d'un acte complexe. Par exemple, le patient ne parvient pas à allumer une bougie avec une

allumette : il gratte celle-ci du mauvais côté ou bien souffle dessus avant d'allumer la bougie. Elle se retrouve souvent dans les lésions de l'hémisphère dominant.

- **L'apraxie constructive** : Il s'agit d'une difficulté à réaliser une construction dans le domaine visuospatial spontanément ou d'après un modèle (dessiner des figures simples : cube, triangle...). Elle se retrouve souvent dans les lésions de l'hémisphère mineur.

- **L'apraxie de l'habillement** : Il s'agit d'un trouble portant sur l'organisation des gestes effectués en vue de l'habillement. Il se retrouve surtout dans les lésions de l'hémisphère mineur.

- **L'apraxie de la marche** : Il s'agit d'une impossibilité pour la personne de disposer convenablement de ses membres inférieurs au cours de la marche.

- **L'apraxie bucco-linguo-faciale** : C'est l'impossibilité d'exécuter volontairement certains mouvements de la bouche et de la langue pouvant être produits de façon automatique. Il est par exemple impossible de réaliser une déglutition sur commande volontaire.

2. 3. Les troubles gnosiques :

L'agnosie est un trouble neurologique de la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux, des sensations. Il est consécutif à une lésion corticale sans déficit des organes sensoriels ni trouble de l'intelligence. Il existe plusieurs types d'agnosie selon l'organe concerné. En voici des exemples qui vont nous intéresser prioritairement :

- **L'agnosie visuelle** : Il s'agit d'un trouble de la reconnaissance des objets, des personnes, des images, des couleurs, des formes ou des symboles graphiques sous le seul contrôle de la vue. Il n'existe pas de déficit important de la fonction visuelle (due à une lésion du lobe occipital). Elle est retrouvée le plus souvent lors des lésions de l'hémisphère mineur.

- **L'autotopoagnosie** : Il s'agit d'un trouble des représentations topologiques de son propre corps. C'est une difficulté à dénommer et à désigner sur soi ou sur un dessin, ou à reconnaître

d'une façon générale, les parties du corps citées verbalement ou stimulées tactilement.

L'atteinte est bilatérale. On la retrouve en général lors de lésions de l'hémisphère dominant.

- **L'anosognosie** : Le patient ignore sa pathologie. Elle s'associe le plus souvent aux lésions de l'hémisphère mineur.

- **L'asomatognosie** : Il s'agit d'une perturbation de l'image du corps, du schéma corporel qui se manifeste par des suppressions ou des additions. Elle s'associe en général aux lésions de l'hémisphère mineur.

- **Le syndrome d'héminégligence** : Le patient hémiplégique ignore la partie de l'espace homolatérale à l'hémiplégie. Il s'associe souvent aux lésions de l'hémisphère mineur.

2. 4. Les troubles de communication liés aux maladies dégénératives :

Ces pathologies comprennent la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, et d'autres types de démences. Elles se caractérisent par l'apparition de troubles du comportement, de troubles mnésiques majeurs ainsi que de troubles d'expression et de compréhension plus ou moins importants.

3. ETIOLOGIE DES APHASIES ET DES TROUBLES DE COMMUNICATION

ASSOCIES : (5. 8. 9)

Intéressons-nous seulement aux lésions engendrant des troubles de la communication irréversibles et passons celles causant des troubles transitoires.

3. 1. Les Accidents Vasculaires Cérébraux :

3. 1. 1. Définition :

Un Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C.) est un déficit neurologique soudain, d'origine vasculaire présumée. Il traduit le plus souvent la constitution d'une lésion cérébrale, entraînant une paralysie de la moitié du corps située du côté opposé au territoire accidenté. Les troubles du langage peuvent s'associer lorsque l'hémisphère dominant est atteint. Cette lésion cérébrale peut être d'origine ischémique (infarctus cérébral) ou hémorragique. Les thromboses veineuses cérébrales (thrombophlébites cérébrales) sont également une cause d'A.V.C. (assez rare).

3. 1. 2. Les Accidents Ischémiques Cérébraux (A.I.C.) :

3. 1. 2. 1 Physiopathologie :

❖ Physiopathologie de l'ischémie cérébrale :

Un A.I.C. résulte de l'interruption ou d'une réduction critique du débit sanguin en aval de l'occlusion partielle ou totale d'une artère cérébrale. Ils représentent 80% des A.V.C.

❖ Mécanisme de l'hypoperfusion :

• L'occlusion artérielle :

- ***Origine thrombotique*** : l'occlusion artérielle est parfois la conséquence d'une thrombose complète in situ compliquant une anomalie de paroi d'une artère, l'athérosclérose étant la plus fréquente. Elle peut également survenir suite à un trouble de l'hémostase.

- ***Origine embolique*** : l'embolie cérébrale est l'oblitération brusque d'une artère nourricière du cerveau par un corps étranger mobilisé dans la circulation sanguine. La majorité est due à

la fragmentation d'un thrombus intercardiaque ou encore d'un thrombus de la crosse aortique ou de la bifurcation carotidienne.

- **Mécanisme hémodynamique :**

Un mécanisme primitivement hémodynamique est suggéré par un déficit neurologique variant avec la posture et la pression artérielle (aggravation d'un lever brusque ou d'une baisse de la pression artérielle).

3. 1. 2. 2. Sémiologie :

Les signes cliniques varient selon la topographie de l'infarctus (ANNEXE II). On distingue les accidents ischémiques dans le territoire carotidien et les accidents dans le territoire vertébro-basilaire.

- Les accidents ischémiques du territoire carotidien (80% des A.I.C.) :

Tableau I : A.I.C. dans le territoire superficiel de l'artère cérébrale moyenne (artère sylvienne)

	Hémisphère dominant	Hémisphère non dominant
Déficit sensitivo-moteur controlatéral à l'infarctus	Hémiplégie à prédominance brachiofaciale Monoparésie brachiale à prédominance distale	
Troubles des fonctions supérieures	- Aphasie de Broca ou Aphasie de Wernicke - Apraxie idéomotrice - Agnosie digitale, acalculie, agraphie, indistinction gauche/droite	- Hémignégligence contro- latérale motrice, sensitive, visuelle, auditive - Asomatognosie - Anosognosie - Apraxie constructive
Troubles visuels	Hémianopsie latérale homonyme	

Tableau II : A.I.C. dans le territoire profond de l'artère cérébrale moyenne

	Hémisphère dominant	Hémisphère non dominant
Déficit sensitivo-moteur controlatéral à l'infarctus	Hémiplégie Hémianesthésie ou hémihypoesthésie	
Troubles des fonctions supérieures	Aphasie sous-corticale	Héminégligence motrice
Troubles visuels	Aucun	

Tableau III : A.I.C. dans la totalité du territoire de l'artère cérébrale moyenne

	Hémisphère dominant	Hémisphère non dominant
Déficit sensitivo-moteur controlatéral à l'infarctus	Hémiplégie massive Hémianesthésie	
Troubles des fonctions supérieures	Aphasie totale	Héminégligence massive
Troubles visuels	Hémianopsie Latérale Homonyme	

Tableau IV : A.I.C. dans le territoire de l'artère choroïdienne antérieure

	Hémisphère dominant	Hémisphère non dominant
Déficit sensitivo-moteur controlatéral à l'infarctus	Hémiplégie Hémianesthésie ou Hémihypoesthésie	
Troubles des fonctions supérieures	Aphasie sous-corticale inconstante ou discrète avec diminution de la fluence verbale et difficulté dans le langage élaboré	Négligence spatiale inconstante ou discrète
Troubles visuels	Héminégligence Latérale Homonyme	

Tableau V : A.I.C. dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure

	Hémisphère dominant	Hémisphère non dominant
Déficit sensitivo-moteur controlatéral à l'infarctus	Hémiplégie à prédominance crurale Hémihypoesthésie à prédominance crurale	
Troubles des fonctions supérieures	- Syndrôme frontal (persévérations, désinhibition, trouble du comportement sphinctérien) - Aphasie motrice (après mutisme initial) - Apraxie du côté de l'infarctus	Héminégligence motrice et spatiale
Troubles visuels	Aucun	

- Les accidents ischémiques du territoire vertébro-basilaire (20% des A.I.C.) :

Ils regroupent les infarctus du territoire de l'artère cérébrale postérieure, superficiel ou profond, et les infarctus du territoire de l'artère vertébrale ou du tronc basilaire.

- L'A.I.C. dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure du côté de l'hémisphère dominant peut donner une aphasie transcorticale sensorielle aigüe. L'évolution se fait vers la régression en moins de 3 mois avec parfois persistance d'une anomie.

On observe également une hémianesthésie du côté controlatéral à l'infarctus ainsi qu'une hémianopsie latérale homonyme.

- L'A.I.C. dans le territoire de l'artère vertébrale et du tronc basilaire n'engendre jamais de troubles de la communication.

3. 1. 3. Les Accidents vasculaires cérébraux hémorragiques :

Ils représentent environ 20% des A.V.C.. L'hémorragie peut être intraparenchymateuse ou méningée. Elle est définie par une irruption de sang respectivement dans le parenchyme cérébral ou les espaces sous-arachnoïdiens, causée par la rupture d'un vaisseau sanguin intracrânien.

On distingue les hémorragies post-traumatiques (causées par exemple par un traumatisme crânien) et les hémorragies spontanées (suite par exemple à une hypertension intracrânienne ou à la rupture d'un anévrysme artériel ou veineux).

L'hémorragie provoque un hématome qui, selon sa localisation (frontale, temporale, pariétale, occipitale), induit des déficits sensitivomoteurs et des troubles des fonctions supérieures (phasiques et/ou praxiques et/ou gnosiques).

3. 1. 4. Les thromboses veineuses cérébrales :

La thrombophlébite cérébrale est une pathologie rare qui se définit comme une thrombose des sinus veineux et/ou des artères cérébrales. Cette thrombose peut être à l'origine d'un infarctus cérébral d'origine veineuse.

Son pronostic est le plus souvent favorable : moins de 20% des patients gardent des séquelles définitives neurologiques. Celles-ci se manifestent par un déficit sensitif et/ou moteur, souvent limité aux membres inférieurs et typiquement bilatéral en cas de thrombose du sinus longitudinal supérieur. Une thrombose du sinus latéral gauche peut quant à elle être responsable d'une aphasie.

3. 2. Les tumeurs cérébrales:

Les tumeurs malignes sont les plus génératrices d'aphasie. Chez le sujet âgé (plus de 65 ans), l'aphasie est, avec la céphalée et la confusion mentale, l'un des trois principaux symptômes révélateurs des tumeurs cérébrales.

Le trouble du langage le plus fréquent est le manque du mot.

L'aphasie de Broca et l'aphasie de conduction ne sont jamais observées, sauf cas exceptionnel.

3. 3. Les causes infectieuses et inflammatoires :

L'abcès temporal gauche est une cause rare mais importante d'aphasie.

L'aphasie peut être causée par une infection (encéphalite virale, toxoplasmose, mycose).

L'encéphalite herpétique comporte une aphasie dans 75% des cas.

L'aphasie est exceptionnelle dans la sclérose en plaques (environ 1% des cas).

Une aphasie peut également survenir au cours d'affections inflammatoires générales à détermination cérébrale, par l'intermédiaire d'une vascularite, de troubles de la coagulation ou de lésions démyélinisantes spécifiques.

3. 4. Les maladies dégénératives :

Nous reconnaissons aujourd'hui plusieurs types de démence organique pouvant survenir chez l'adulte : la démence sénile, la maladie de Alzheimer, la maladie de Pick, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la chorée de Huntington. Tôt ou tard, la plupart des malades affectés par ces maladies présentent des troubles du langage.

4. LES AIDES A LA COMMUNICATION : (2. 4. 7. 11)

Face à une personne dans l'incapacité de communiquer par le langage oral, plusieurs possibilités sont offertes pour suppléer cette fonction.

4. 1. Le code écrit :

L'alphabet, le code phonétique (utilisant les phonèmes), le code phonologique (création du Par Lé Si La B utilisant les syllabes) sont ainsi créés pour pallier au déficit du langage oral. Ce système se présente sous forme de tableau : le patient désigne les lettres ou groupe de lettres pour former les mots qu'il veut énoncer. On peut également trouver des tableaux de mots ou de phrases courtes qui économisent les gestes à accomplir mais l'accès au langage est limité.

4. 2. Le code pictographique :

Les mots sont remplacés par des images. Le mot écrit correspondant à l'image est associé. A partir de ce principe le « code du GRACH » (Groupement de Recherche pour l'Autonomie de la Communication des Handicapés) fût créé. Il possède trois natures de pictogrammes : les concrets (représentant exactement l'objet auquel ils se réfèrent), les codés (représentant une action) et les arbitraires (identiques à ceux rencontrés dans la société ou totalement arbitraires). Ce code a été élaboré pour donner aux Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC) sans langage un moyen de communication.

D'autres codes pictographiques du même type existent (les « pictogrammes de Cornusse », « les pictogrammes SICOMM »...).

Les inconvénients sont le lexique limité et l'impossibilité de faire des phrases.

Les pictogrammes sont habituellement utilisés dans l'élaboration de tableaux ou carnets de communication dès lors que la personne non parlante peut désigner avec son doigt.

Des catégories par thèmes sont créées pour faciliter la communication (exemple : objets familiers, lieux,...). On trouve des carnets standardisés, comme « *Germe de Parole* » par exemple.

Il existe également des fiches destinées aux professionnels, facilitant la communication avec le patient aphasique sur des sujets bien précis. The Aphasia Institute (à Toronto) a élaboré différents livrets de pictogrammes. Celui adressé aux masseurs-kinésithérapeutes s'intitule « Talking To Your Physiotherapist – Help Your Physiotherapist To Help You ». Les chapitres abordés traitent l'histoire médicale du patient, ses habitudes de vie, ses sentiments, les objectifs de la thérapie et les traitements proposés.

4. 3. Le système Bliss :

C'est un ensemble de symboles visuels et graphiques (créé à partir de figures géométriques de bases, ne représentant aucun objet concret) qui constitue un code que l'on ne peut connaître sans l'apprendre. Chaque symbole correspond à un nom, un verbe ou un indicateur grammatical (adverbe, pronom...). L'association de ces derniers entre eux permet de former une phrase tout en respectant la syntaxe.

Le système Bliss a été élaboré en 1965 pour substituer au langage des Infirmes Moteurs Cérébraux privés de la parole. Cependant il sert aussi d'aide aux sourds, aux autistes, aux déficients mentaux et aux aphasiques.

Il se présente sous forme de tableau, le patient désigne les symboles traduisant sa pensée.

Il n'est pas abordable par tous car il propose un large champ de communication (dépassant celui des pictogrammes) : le lexique est très large et permet de faire des phrases complètes. Il nécessite donc un niveau intellectuel suffisant pour son apprentissage.

4. 4. L'apprentissage d'un langage manuel :

Les gestes constituent une aide à la communication certaine, cependant ils ne permettent pas de tout exprimer. Pour cette raison une approche multimodale de la communication est née : le Makaton. Il consiste à associer des pictogrammes et des signes issus de la Langue des Signes Française. La diversité des concepts permet de favoriser les échanges rapidement. Le Makaton répond aux larges besoins d'une population d'adultes et d'enfants atteints de troubles du langage.

4. 5. Les appareils de communication :

Il s'agit de machines délivrant des messages s'affichant sur l'écran ou bien des messages vocaux. Le message est délivré après sélection de la case présentant le code image ou écrit correspondant. Le choix des cases se fait par désignation directe (l'utilisateur montre avec son doigt) ou indirecte (l'utilisateur se sert d'un contacteur).

Il existe plusieurs types d'appareil.

- ❖ Les appareils avec messages figés oraux contiennent un nombre limité de messages parlés qui sont stockés (comme par exemple « Clavox » ou « Perroquet »).
- ❖ Le désigneur est un tableau de communication dont chaque case est équipée d'une diode luminescente. Ces diodes s'allument lorsque l'utilisateur sélectionne une case à l'aide d'un contacteur. Cet appareil utilise un des codes vus précédemment (le Bliss, les phonèmes, les pictogrammes...), comme par exemple « Firmin ». Une synthèse vocale peut s'intégrer au boîtier. Le désigneur s'adresse aux personnes incapables de désigner directement une cible.
- ❖ Certains appareils de communication fonctionnent sur le principe de la machine à écrire (comme par exemple « Scribe »). Ils utilisent le code alphabétique. Les messages s'impriment sur l'écran. Une synthèse vocale peut s'adjoindre.
- ❖ Les appareils évolutifs permettent de formuler des messages à partir d'un des codes vus précédemment en composant des phrases qui sont ensuite exprimées de façon orale et/ou écrite (comme par exemple « Comper » ou « Hector »).
- ❖ Inconvénients : leur coût très élevé et le temps de latence nécessaire à leur acquisition expliquent le fait que peu de patients en soient équipés.

5. PROBLEMES POSES LORS DU BILAN KINESITHERAPIQUE ET LIMITES DES AIDES DE COMMUNICATION :

5. 1. Eléments du bilan difficiles à évaluer :

5. 1. 1. Anamnèse :

Les renseignements concernant l'âge du patient, sa latéralité avant l'accident, sa situation familiale, ses enfants éventuels, son domicile, ses occupations, son indépendance dans les activités journalières sont difficiles à obtenir. Il en est de même pour le tabagisme et la conduite automobile.

Tous ces éléments vont nous permettre de faire un bilan diagnostique kinésithérapique complet en cernant les incapacités et désavantages de la personne.

Il est parfois possible de retrouver ces indications dans le dossier du patient ou en se renseignant auprès de la famille, mais pas de façon systématique.

5. 1. 2. Douleur :

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) propose d'utiliser l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) en l'absence de troubles de la compréhension. En cas d'impossibilité, elle préconise d'employer l'échelle Doloplus-2 ou l'Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante (E.C.P.A.). L'évaluation de la douleur est faite par un soignant, en se basant sur l'observation du patient (mimiques, attitude spontanée..). (1)

Aucun moyen n'est proposé au patient pour faire une auto-évaluation de l'intensité de sa douleur en cas de non compréhension de l'E.V.A.. De même aucun procédé ne lui facilite la tâche pour la localiser (quand il ne peut la montrer sur lui) et en donner le moment.

5. 1. 3. Sensibilité :

L'H.A.S. nous confirme que le déficit sensitif est difficile à détecter chez les personnes adultes atteintes d'A.V.C., particulièrement lorsqu'il est masqué par des troubles de communication. (1)

5. 2. Les limites des aides de communication :

- Les tableaux utilisant le code écrit sont très rarement utilisables. En effet les patients aphasiques présentent le plus souvent des troubles de compréhension et d'expression écrite.

- Les tableaux ou carnets utilisant les pictogrammes ne sont pas adaptés au bilan kinésithérapique. En effet ils répondent aux besoins communicatifs quotidiens du patient (comme la faim, la soif, le sommeil, les déplacements, la vie socio familiale....).

De même le document adressé aux masseurs-kinésithérapeutes intitulé «Talking To Your Physiotherapist – Help Your Physiotherapist To Help You », plus axé sur la pathologie et les traitements, n'est pas adapté non plus au bilan kinésithérapique.

- Le système Bliss, quant à lui, nécessite un certain niveau intellectuel pour son apprentissage. Les patients aphasiques ne sont donc pas tous en capacité de l'utiliser. De plus, il est évident qu'il ne sera pas envisagé au début de la rééducation car il est possible que le patient récupère ses fonctions langagières par la suite. Enfin, pour l'utiliser, il faudrait que les masseurs-kinésithérapeutes maîtrisent ce code !

- Les appareils de communication contenant un nombre limité de messages figés oraux ne nous seront pas d'un grand secours.

- Les autres appareils de communication comportant une synthèse vocale et/ou écrite utilisent le code écrit, pictographique ou celui du système Bliss. Leurs limites sont donc

identiques à celles énoncées plus haut. De plus, aucun patient n'en est équipé en début de rééducation en général étant donné leur coût.

6. MISE EN PLACE D'UN SUPPORT D'AIDE A LA COMMUNICATION DANS LE CADRE DU BILAN KINESITHERAPIQUE : (ANNEXE IV)

6. 1. Genèse :

Au cours du premier stage de troisième année à Bar-le-Duc, Madame T et Madame S. ont été prises en charge pour une hémiplégié droite associée à une aphasie à prédominance motrice. Cette atteinte se manifestait alors chez ces deux patientes sous la forme d'un mutisme avec début de stéréotypie.

Leurs dossiers médicaux respectifs présentaient des lacunes. En effet, au niveau de l'anamnèse seul l'âge figurait. Concernant la sensibilité, son évaluation apparaissait dans les deux cas comme non réalisable en raison des troubles du langage.

Du point de vue des bilans kinésithérapiques, ceux de la douleur et de la sensibilité se sont effectivement avérés difficiles à réaliser. Par conséquent, il a semblé pertinent de proposer l'élaboration d'un support d'aide à la communication dans le but de faciliter ces démarches.

6. 2. Intérêts de la création d'un tel support :

- Nous avons vu précédemment que les aides de communication existantes montraient leurs limites en ce qui concerne la réalisation des thèmes du bilan kinésithérapique traitant de l'anamnèse, de la douleur et de la sensibilité.

- En ce qui concerne les recommandations de l'H.A.S. pour la prise en charge de patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral (1), aucune proposition n'est apportée pour faciliter la réalisation des thèmes du bilan posant problème (vus ci-dessus).

- Aucune publication à ce sujet n'a été retrouvée dans Kinedoc (10), base documentaire de la masso-kinésithérapie / physiothérapie francophone. Il en est de même pour la base documentaire anglophone PEDro (14).

- Les renseignements recherchés dans l'anamnèse peuvent parfois s'obtenir en s'entretenant avec le personnel soignant et la famille. Cependant, nous ne pouvons pas compter systématiquement sur cette solution. De plus, l'aphasie à prédominance motrice est une source énorme de frustration pour le patient. Il est donc important de lui apporter le maximum de moyens pour lui permettre de s'exprimer et de s'impliquer ainsi au mieux dans sa prise en charge.

- De façon plus générale, il est possible de poser des questions fermées (réponse par oui ou non) aux patients ayant des problèmes d'expression. Ils répondent alors grâce à leur propre code oui/non ou grâce à celui proposé dans le livret. Le thérapeute doit alors orienter sa question afin d'inciter le patient à répondre de manière positive ou négative (exemple : « est-ce que ça pique ? »). La réponse de ce dernier peut alors être influencée par la suggestion. De plus, de cette façon, la compréhension de la question n'est pas facilitée par la présence d'une image.

6. 3. Choix d'un support associant des pictogrammes à leur traduction écrite :

- Le code pictographique est le plus universel des moyens d'aide à la communication existants. Il ne nécessite pas d'apprentissage spécifique de la part du patient, ni de celle du thérapeute. Les images ont été choisies en fonction des nécessités du bilan. L'association de

leur traduction écrite permet de faciliter la compréhension des patients ayant conservé la faculté de lecture.

Problématique : Comment être certain que l'interprétation des images est conservée alors que celle des fonctions du langage sont lésées ?

Réponse : grâce à la dominance hémisphérique (8)

Si les deux hémisphères cérébraux sont à peu près identiques du point de vue anatomique, ils ne le sont pas du point de vue fonctionnel. Ils ont chacun une spécialisation qui se met en place pendant l'enfance (entre 9 et 12 ans).

L'hémisphère dominant est, par définition, celui qui est le siège du contrôle moteur de la main préférée pour l'écriture. Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit de l'hémisphère gauche chez presque tous les droitiers et chez 70% des gauchers et des ambidextres. L'hémisphère dominant est le siège des capacités linguistiques, c'est-à-dire de la commande motrice verbale (Aire de Broca). Il permet donc le langage articulé. C'est également l'hémisphère de la logique.

L'hémisphère non dominant, quant à lui, traite les images, le rythme, l'intuition et les émotions. C'est donc lui qui s'occupe de la formation des cartes visuelles de l'environnement. C'est le siège de l'aptitude à reconnaître des visages et des modèles complexes.

Lorsque l'hémisphère dominant est lésé et que le patient présente une aphasie à prédominance motrice, il est donc encore capable de reconnaître les images.

- Les pictogrammes jouent un double rôle :

Dans un premier temps, ils illustrent la consigne verbale afin de faciliter la compréhension du patient. En effet, bien que son aphasie soit à prédominance motrice, de légers troubles de compréhension viennent souvent s'y greffer. De plus, le support visuel diminue l'effort de

mémoire : avec les propositions de réponse illustrées, le patient aphasique peut prendre son temps pour répondre sans s'inquiéter d'oublier ce qu'on vient de lui dire.

Dans un second temps, ils lui permettent d'exprimer sa réponse.

6. 4. Les éléments du bilan kinésithérapique évalués par l'intermédiaire du support :

- **L'anamnèse** : Des images sont proposées au patient pour répondre aux questions de l'âge, de la latéralité, de la situation familiale, du nombre d'enfants, du domicile, des occupations et de l'indépendance dans les activités journalières.

Nous interrogeons également le patient sur la présence d'escaliers au domicile, sur sa consommation de tabac et dans ce cas sur le nombre de paquets fumés par jour.

- **Le bilan de la douleur** : Nous évaluons la présence éventuelle d'une douleur, sa localisation, son moment ainsi que son intensité.

- **Le bilan de la sensibilité** : En ce qui concerne la sensibilité superficielle, nous évaluons la capacité à localiser une stimulation ainsi que la sensibilité tactile, douloureuse et thermique. Enfin, nous recherchons la présence éventuelle de paresthésies et d'extinction sensitive.

En ce qui concerne la sensibilité profonde, nous évaluons la sensibilité statéssthésique.

Remarque : Les modalités de réalisation de ces bilans sont détaillées dans la partie intitulée « Consignes d'utilisation à destination du thérapeute » disponible en ANNEXE III.

6. 5. Présentation et caractéristiques du support :

- Le livret d'aide à la communication se présente sous la forme d'un classeur. Nous y trouvons les consignes d'utilisation à destination du thérapeute (ANNEXE III) ainsi que les fiches correspondant à l'anamnèse et aux bilans de la douleur et de la sensibilité

(ANNEXE IV) protégées par des pochettes plastifiées. Il s'agit d'un format A4. Les cartes mobiles « oui/non » et « yeux ouverts/yeux fermés » sont à disposition dans la couverture du classeur. Elles ont été découpées et plastifiées. Il est ainsi possible de les déplacer et de s'en servir dès que besoin lors du bilan.

Pour des raisons pratiques, les fiches bilan ont été réduites par rapport à leur taille réelle dans l'ANNEXE IV. Ainsi, nous en trouvons deux par feuille. Les images des cartes mobiles sont regroupées sur une même feuille pour pouvoir être rattachées à l'ANNEXE IV.

Les exemplaires du livret étant actuellement utilisés par des masseurs-kinésithérapeutes, seule la présentation des fiches en annexe est disponible.

- Une partie supplémentaire concernant les problèmes pouvant survenir lors de la séance de kinésithérapie a été ajoutée en plus des fiches destinées au bilan propre (ANNEXE IV). En effet, il semblait pertinent de l'adjoindre étant donné les difficultés à échanger avec les patientes fréquemment rencontrées lors des séances de rééducation en raison des troubles du langage.

- Les images ont été placées les unes en-dessous des autres plutôt que côte à côte afin de ne pas ajouter un problème de perception en cas d'héminégligence. Nous avons vu précédemment que ce trouble n'était pas associé à ceux du langage en principe. En effet ils ne sont pas dus à la lésion du même hémisphère cérébral en général. Cependant, nous ne sommes pas à l'abri d'une exception, c'est pourquoi nous avons tout de même choisi cette présentation. Pour les mêmes raisons nous avons préféré également une échelle de douleur verticale plutôt qu'horizontale.

6. 6. Population d'étude :

Afin de limiter le plus possible les biais et d'obtenir ainsi une évaluation précise du support d'aide à la communication, une population précise a été ciblée pour réaliser les bilans.

Critères d'inclusion à l'étude : la préservation de certaines aptitudes cognitives est nécessaire pour utiliser cette aide de communication. Ainsi, entrent dans l'étude, les patients hémipariques présentant :

- une compréhension spontanée relativement préservée (aphasie à prédominance motrice) ;
- la capacité à désigner des images ;
- une inintelligibilité globale.

Critères d'exclusion :

- troubles majeurs de la compréhension (dus à une aphasie à prédominance sensorielle ou à l'association d'une maladie dégénérative) ;
- absence de côté sain (hémiparésie droite avec séquelles d'hémiparésie gauche ou inversement) ;
- présence de troubles praxiques (l'apraxie idéomotrice et l'apraxie idéatoire sont les plus fréquentes lorsqu'il y a lésion de l'hémisphère dominant, le patient est alors dans l'incapacité de désigner l'image) ;
- présence de troubles gnosiques (l'autotopagnosie est la plus fréquente lorsqu'il y a lésion de l'hémisphère dominant, le patient est dans l'incapacité d'analyser les différentes parties du corps sur lui et sur l'image correspondante ce qui pose problème pour localiser la douleur et réaliser le bilan de sensibilité superficielle).

6. 7. Fiabilité des réponses du patient :

Nous venons de voir que la population de patients aphasiques avait été restreinte aux patients hémiplésiques afin de limiter au maximum les biais de l'étude.

Ce choix nous permet d'obtenir une bonne fiabilité des réponses du patient au niveau du bilan sensitif. En effet, avant d'évaluer le côté hémiplésique, nous nous assurons, en testant d'abord le côté sain, de la bonne compréhension des consignes.

Cependant, il existe des limites : il est impossible en ce qui concerne l'anamnèse et le bilan de la douleur de contrôler la compréhension du patient selon le même procédé.

6. 8. Elaboration du support auprès de deux patientes à l'hôpital de Bar-le-Duc :

Ce livret d'aide à la communication a été élaboré avec deux patientes : Madame T. et Madame S. En fonction de leurs réponses, les pictogrammes proposés pour pallier à la fonction du langage ont été modifiés afin d'aboutir à la forme finale du livret (ANNEXE IV), la plus efficace possible. En effet, parfois, au début les patientes n'arrivaient pas à interpréter l'image présentée et ne pouvaient alors donner une réponse à la question posée. Dans ce cas, cette image était modifiée jusqu'à l'obtention d'une compréhension correcte.

Toutefois, ce travail ne présente aucun caractère définitif. Il est toujours possible d'apporter des modifications si le besoin s'en fait ressentir. La présentation des feuillets du livret dans des pochettes plastifiées insérées dans un classeur a été adoptée dans cette optique. En effet, il est ainsi aisé de supprimer un feuillet et d'en glisser un autre plus pertinent dans la pochette correspondante.

La description de l'hémiplégie et des troubles associés des patientes est disponible dans l'ANNEXE V. Les réponses obtenues aux questions de l'anamnèse ainsi qu'aux bilans de la douleur et de la sensibilité peuvent également y être consultées.

6. 9. Les difficultés rencontrées lors de la mise en place du livret :

- Les pictogrammes abstraits sont moins bien compréhensibles que les pictogrammes concrets. En effet, la présence de légers troubles de compréhension lors d'une aphasie à prédominance motrice n'est pas rare. Ainsi, le pictogramme du « oui » représente une personne souriant, le pouce levé et non simplement un pouce levé.

- Le patient peut répondre à la question de l'âge seulement dans le cas où la compréhension des nombres est préservée.

- La sensibilité profonde kinesthésique peut être évaluée uniquement si le patient comprend les phrases complexes. En effet, il est difficile d'imaginer un pictogramme facilitant la compréhension de cette consigne.

- Lors des réponses à choix multiples, un champ trop large de propositions pose des problèmes d'interprétation au patient. C'est pourquoi, lors des tests d'évaluation de la sensibilité profonde statéssthésique, nous nous sommes limités à trois images de position pour chaque articulation.

- Au niveau du bilan de la sensibilité superficielle, le patient présente des difficultés de latéralisation pour localiser les stimulations qu'il ressent sur l'image représentant le corps dans sa totalité (effet miroir). Afin d'y pallier, un pictogramme figurant l'hémicorps gauche (proposé au patient lors des stimulations de ce côté) et un autre figurant l'hémicorps droit ont été mis en place.

Cette représentation a été également adoptée dans le cadre du bilan de la douleur. En effet, elle permet au patient de la localiser sur l'image lorsqu'il est dans l'incapacité d'en désigner le siège sur son propre corps.

- Il est quasiment impossible de réaliser la totalité du bilan le même jour car les patients sont fatigables. Il est donc conseillé d'en faire une partie à chaque début de séance.

7. DISCUSSION :

Afin de juger de la pertinence du livret, il se révèle indispensable de l'expérimenter sur un échantillon minimum de population concernée : patients hémiplésiques présentant une aphasie à prédominance motrice. En effet nous devons savoir si les pictogrammes sont bien compris ou non, et ce, par plusieurs personnes aphasiques. Pour cela nous évaluons leur capacité à fournir une réponse à la question posée par l'intermédiaire des images proposées.

Ce travail a débuté lors d'un stage à l'hôpital de Bar-le-Duc (55) avec les deux patientes présentées dans ce dossier. Les pictogrammes proposés dans le livret disponible en ANNEXE IV pour la réalisation de chaque partie du bilan ont été retenus en fonction de leur facilité d'interprétation par ces dernières.

Ce livret doit maintenant être utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes auprès d'autres patients afin de pouvoir évaluer l'efficacité et la facilité d'utilisation du matériel.

C'est dans ce but qu'un exemplaire a été déposé au Service de Médecine Physique et Réadaptation du centre hospitalier de Bar-le-Duc (55) et au centre de rééducation de Lay Saint Christophe (54). Un questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes utilisateurs accompagne chaque livret. Ce document permettra de recueillir leurs observations, remarques, difficultés rencontrées, et, après analyse des résultats obtenus, de pouvoir améliorer le matériel en l'adaptant.

Pour des raisons de temps, tous les questionnaires ne sont pas encore exploités à ce jour.

Ce livret a cependant ses limites, dont la principale reste la population cible. En effet, l'utilisation du matériel proposé exige une capacité de compréhension minimum non entravée par des troubles associés de type praxique et/ou gnosique de la part du patient ou encore par la présence d'une maladie dégénérative.

A cela s'ajoute la fatigabilité des patients, nécessitant une adaptation au cas par cas de la part du thérapeute pour mener le travail à bien.

8. CONCLUSION :

La fréquence des troubles de la communication nous a interpellé quant à la difficulté de mettre en place un échange verbal entre patient et thérapeute. Ce dialogue est indispensable pour établir un bilan précis afin de mener une rééducation efficace et adaptée avec le patient. C'est pourquoi il nous a semblé opportun d'apporter un outil qui pourrait permettre à ces personnes d'exprimer leur pensée sans passer par la parole.

Il s'agit là de la première phase du travail apportant des résultats préliminaires, le but étant de mettre en place des pictogrammes qui puissent faciliter la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique. Il nécessite d'être poursuivi, adapté, complété, amélioré avec un échantillon de patients suffisant pour une étude statistique fiable.

Ce travail nécessitait de ne s'intéresser qu'à une population restreinte de patients aphasiques afin de limiter les biais. Ceci dit, nous pouvons nous interroger quant aux difficultés de communication rencontrées avec les patients présentant des problèmes de compréhension massifs et/ou des troubles associés majeurs lors de la prise en charge kinésithérapique, ainsi que sur les solutions éventuelles qui pourraient être proposées.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. – Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. – Recommandations pour la pratique clinique - Aspects paramédicaux, Argumentaire Juin 2002, 118p.
2. BESSET L., GRATIA M. – Inventaire des aides techniques à la communication Les critères à prendre en compte en vue d'une prescription. – Mémoire de fin d'études d'orthophonie : Nancy, Ecole d'orthophonie : 1993. – 273 p.
3. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. - Dictionnaire d'orthophonie. -2^{ème} éd. – Isbergues : Ortho-édition, 1997. – 48p.
4. BRUN V. ET COLL. – Communications alternatives. - MAZAUX J.M., BRUN V., PELISSIER J. – Aphasie 2000 : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. – Paris : Masson, 2000. – p. 158-164. - Problèmes en médecine de rééducation ; 39.
5. CAMBIER J, MASSON M, DEHEN H, MASSON C. – Neurologie : neuropsychologie. – 12^{ème} éd. – Issy-les-Moulineaux : Masson, 2008. – 540p.
6. KAMINA P. – Anatomie clinique : Neuroanatomie. – Paris : Maloine, 2008. – 430p.

7. KOENIG A. – Aide à la communication pour patients aphasiques hospitalisés. – Mémoire de fin d'études d'orthophonie : Nancy, Ecole d'orthophonie : 2008. – 90p.
8. ROCH LECOURS A., LHERMITTE F. – l'aphasie. – Paris : Flammarion, 1979. – 657p.
9. VIADER F., LAMBERT J., DE LA SAGETTE V., EUSTACHE F., MARIN P., MARIN I., LECHEVALIER B. – Aphasie. – Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés) Neurologie 17-018-L10, 2002, 32p.

Autres sources de données :

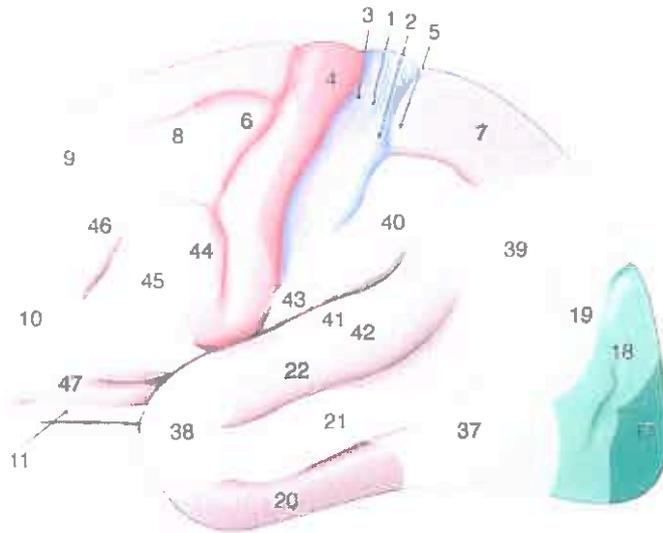
10. <http://kinedoc.org/Kinedoc-war>
11. <http://www.aphasia.ca/training/findex.html>
12. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf
13. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2006/2006-23/2006-23-115.PDF
14. <http://www.pedro.org.au>

ANNEXES

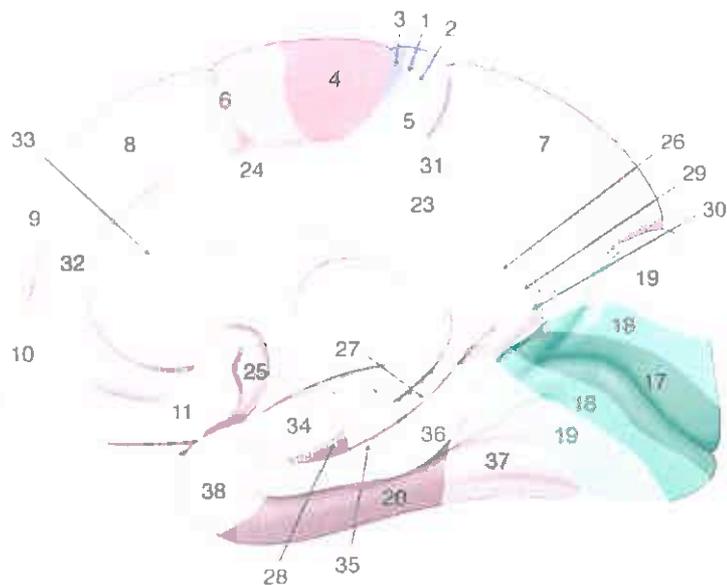
ANNEXE I

Numérotation des aires du cortex cérébral selon Brodmann

1. Face externe :



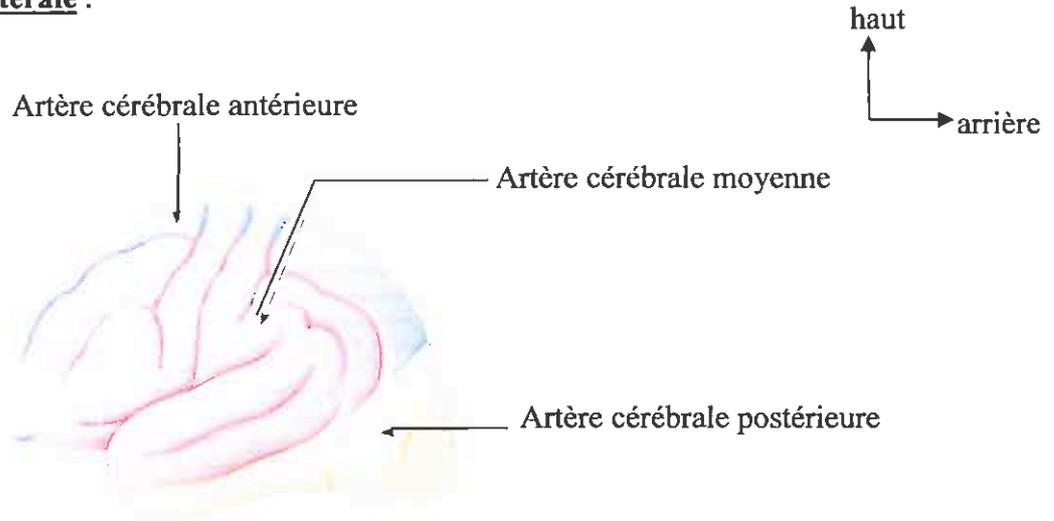
2. Face interne :



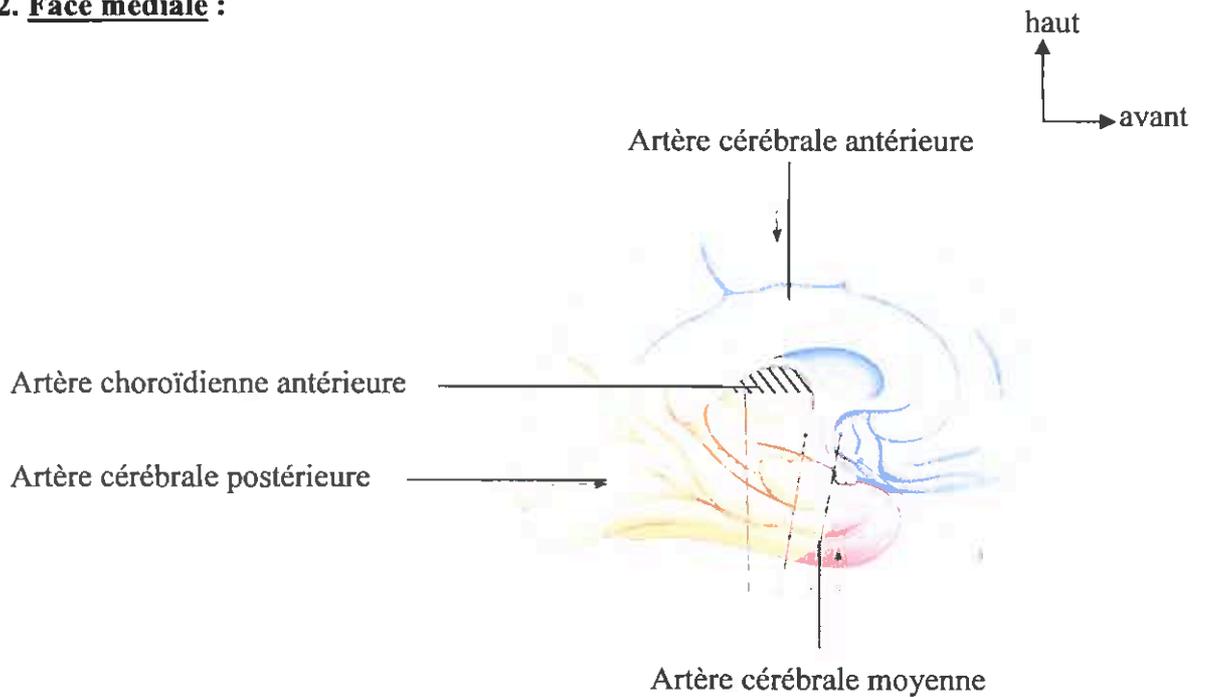
ANNEXE II

Les territoires vasculaires artériels cérébraux

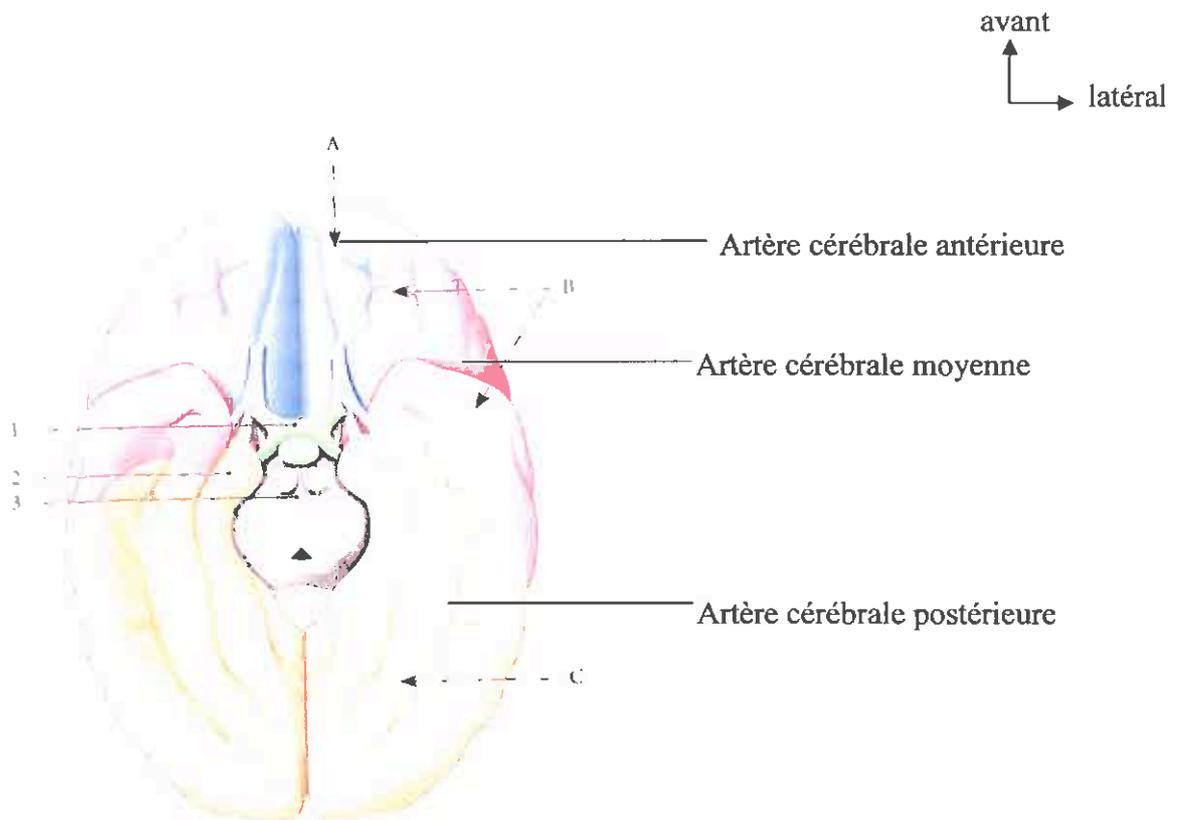
1. Face latérale :



2. Face médiale :



3. Vue inférieure :



ANNEXE III

CONSIGNES D' UTILISATION A DESTINATION DU THERAPEUTE

1. Avec quels patients utiliser ce support ?

avec les patients hémiplegiques présentant une aphasie à prédominance motrice

Les personnes ayant des problèmes de compréhension massifs (aphasie à prédominance sensorielle) et/ou associant une pathologie dégénérative ne font pas partie de la population ciblée.

L'utilisation de ce support peut être rendue difficile avec les patients présentant des troubles associés type apraxie et/ou agnosie.
Les résultats obtenus dépendront alors de l'importance de ces troubles.

2. Les cartes mobiles :

Pour les questions nécessitant une *réponse « OUI/NON »* des pictogrammes mobiles sont proposés dans la pochette.
Toutefois, l'utilisation du propre code du patient sera privilégiée s'il en possède déjà un.

Pour les ordres concernant la *position des yeux : ouverts ou fermés*, des pictogrammes mobiles sont également à disposition si le patient ne répond pas à l'ordre vocal et à l'imitation.

3. L'Anamnèse :

Des images sont proposées au patient pour répondre aux questions de l'anamnèse : l'âge, la latéralité, la situation familiale, le nombre d'enfants, le domicile, les occupations et l'indépendance dans les activités journalières.

Nous interrogeons également le patient sur la présence d'escaliers à son domicile et sur sa consommation de tabac. Enfin il s'agit de savoir s'il conduisait une voiture avant la survenue de l'hémiplégie. Pour ces dernières questions nous utilisons le code oui/non pour obtenir une réponse.

4. Le bilan de la douleur :

Pour savoir si le patient souffre nous utiliserons l'image de la douleur avec le code oui/non.

Si le patient est incapable de localiser la douleur sur lui, alors les images seront utilisées.

Le moment douloureux est déterminé grâce aux images « Nuit/Jour ».

L'intensité de la douleur est évaluée à l'aide de l'échelle.

5. Le bilan de la sensibilité superficielle :

- Test de localisation de la stimulation :

Il s'agit de toucher le patient à un endroit particulier, ce dernier doit montrer soit sur lui, soit sur l'image de l'hémicorps correspondante, la localisation de la stimulation.

L'évaluation est réalisée d'abord côté sain, « yeux ouverts » puis « yeux fermés » afin de s'assurer de la bonne compréhension des consignes.

Lorsque le patient a intégré le principe, le test peut être poursuivi selon le même procédé côté hémiparalysé.

Des images de l'hémicorps gauche et droit sont proposées pour évaluer la sensibilité au niveau des membres.

Des images plus précises de la main sont à disposition afin de mieux apprécier la sensibilité dans cette zone. Elle est en effet très exposée aux accidents en cas de trouble sensitif.

Des erreurs de localisation de la stimulation mettent en évidence une hypoesthésie.

- Test du « Pique/touche » : évaluation de la sensibilité tactile et douloureuse

Le « toucher » est réalisé avec un coton.

La « piqûre » est réalisée avec la mine d'un crayon.

Le patient doit montrer l'image symbolisant la piqûre (l'image « épingle ») lorsqu'il ressent cette sensation. De même il désigne l'image symbolisant le toucher (l'image « coton ») lorsqu'il ressent cette sensation.

Il est réalisé d'abord côté sain, « yeux ouverts » puis « yeux fermés », et ensuite côté hémiparalysé selon le même procédé. Ce procédé nous assure que le patient a bien compris la consigne.

Nous mettons ainsi en évidence d'éventuelles hypo ou hyperesthésies.

- Test du « Chaud/Froid » : évaluation de la sensibilité thermique

Le patient doit montrer l'image symbolisant la chaleur (l'image « flammes ») lorsqu'il ressent cette sensation. Il désigne l'image symbolisant le froid (l'image « glaçons ») lorsqu'il ressent cette stimulation.

Les modalités de réalisation sont identiques.

- Evaluation d'éventuelles paresthésies :

Il s'agit de demander au patient si la perception qu'il a de ses deux membres supérieurs, puis inférieurs, est identique ou différente. Pour cela nous nous aidons des images proposées.

- Evaluation d'une éventuelle extinction sensitive (dans le cas où la sensibilité superficielle est conservée) :

Le thérapeute réalise une stimulation sur une seule des deux mains du patient : celui-ci désigne l'image correspondant à la situation (l'image « 1 main »). Ce test est réalisé quelquefois alternativement à droite et à gauche, d'abord « yeux ouverts », puis « yeux fermés ».

Enfin, il s'agit de toucher les deux mains du patient en même temps, celui-ci désigne l'image correspondant à sa sensation. Il sent une stimulation au niveau de ses deux mains, il désigne l'image « 2 mains ». Il sent une stimulation au niveau d'une seule main, il montre l'image « 1 main ».

6. Bilan de la sensibilité profonde :

- Sensibilité statesthésique :

Le patient doit reconnaître la position dans laquelle le thérapeute le place et désigner l'image correspondante.

Le test est réalisé d'abord côté sain, « yeux ouverts » puis « yeux fermés », et ensuite côté hémiplégique selon le même procédé.

Ce test est réalisé dans le cas où le patient ne comprend pas celui consistant à placer le membre sain dans la même position que le membre hémiplégique.

- Sensibilité kinesthésique :

Il semble difficile de mettre en place des images facilitant la compréhension de ce test.

7. Problèmes susceptibles de survenir pendant la séance :

Un répertoire d'images facilitant la communication patient/thérapeute en cas de problèmes concernant le patient, se trouve à la fin du livret.

Remarque : Les patients étant rapidement fatigables, il est conseillé de fractionner ce bilan et d'en réaliser une partie au début de chaque séance de rééducation.

ANNEXE IV

Support d'aide à la communication

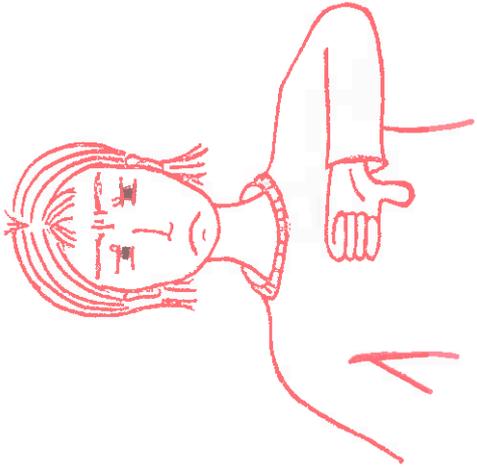
pour la réalisation

du Bilan kinésithérapique

chez les personnes hémiplegiques

présentant une aphasie

à prédominance motrice



NON



YEUX FERMES



OUI

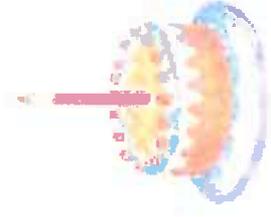


YEUX OUVERTS

ANAMNESE

- Latéralité :

L'AGE



DROITIER



GAUCHER



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

- Situation familiale :

NOMBRE D'ENFANTS

EN COUPLE



SEUL



0

1 ●

2 ●●

3 ●●●

4 ●●●●

5 ●●●●●

6 ●●●●●●

- Domicile :

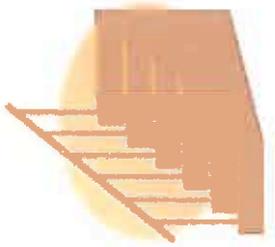
MAISON



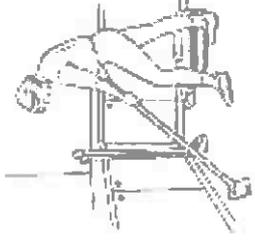
APPARTEMENT



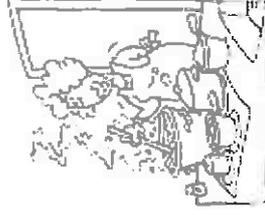
ESCALIERS



- Occupations :



**FAIRE LE
MENAGE**



CUISINER



**FAIRE LES
COURSES**



NAGER



**FAIRE DU
VELO**



MARCHER



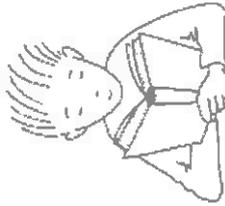
COURIR



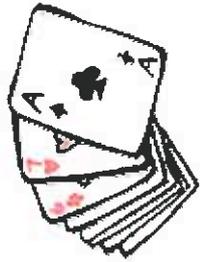
TRICOTER



**REGARDER
LA TELE**



LIRE

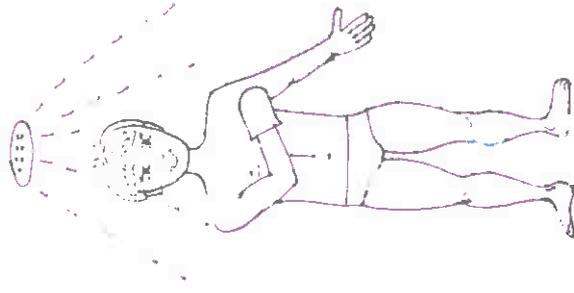


**JOUER AUX
CARTES**

- Tabagisme :

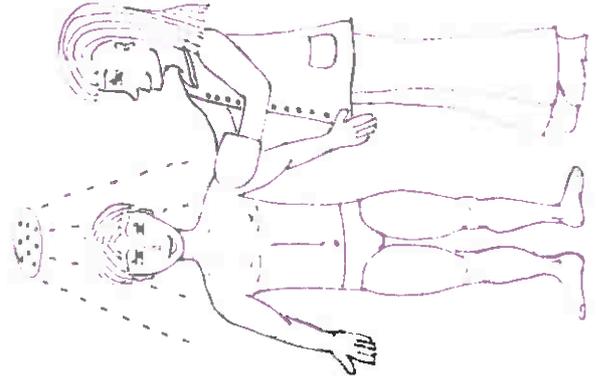


- Activités journalières :



Je me lave seul(e)
le haut du corps !

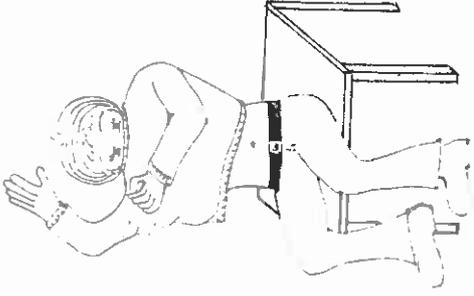
- Conduite automobile :



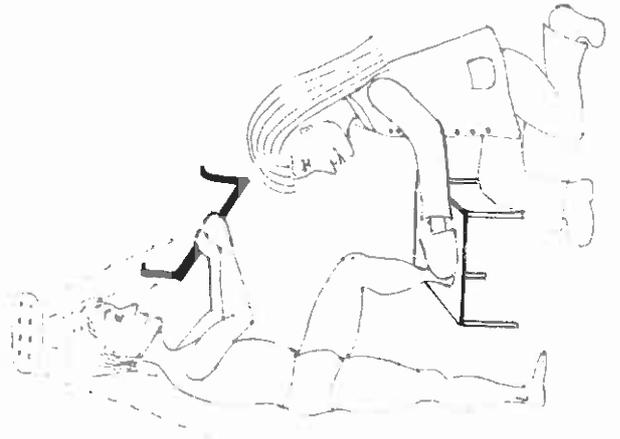
Quelqu'un
m'aide !



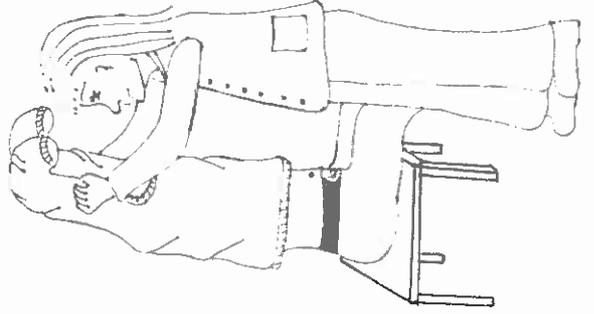
**Je me lave seul(e)
le bas du corps !**



**Je mets mon pull
seul(e) !**

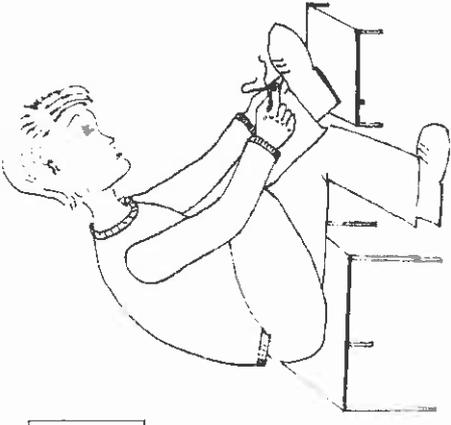


**Quelqu'un
m'aide !**

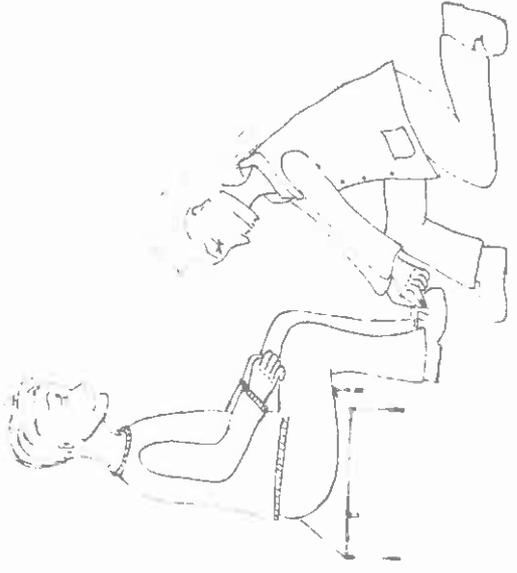


**Quelqu'un
m'aide !**

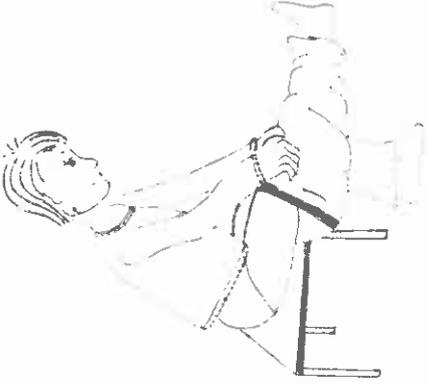
**Je mets mes
chaussures seul(e) !**



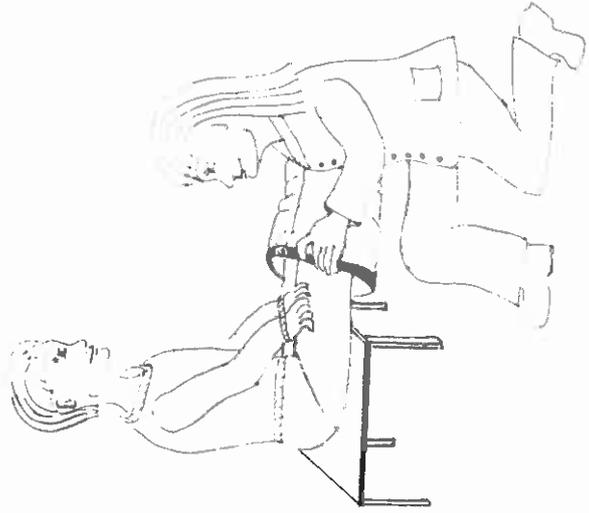
**Quelqu'un
m'aide !**



**Je mets mon pantalon
seul(e) !**



**Quelqu'un
m'aide !**

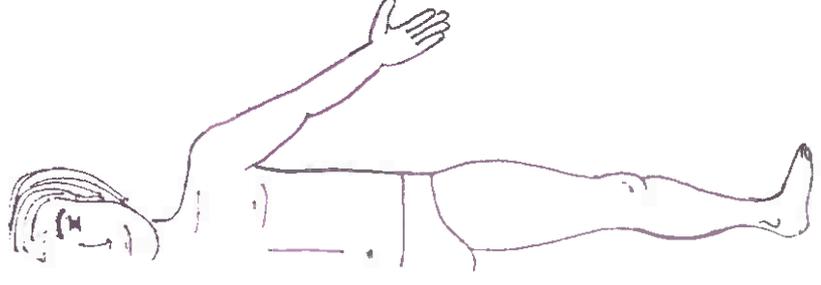


BILAN DE LA DOULEUR

- Où :
Comment : y a-t-il une irradiation ?

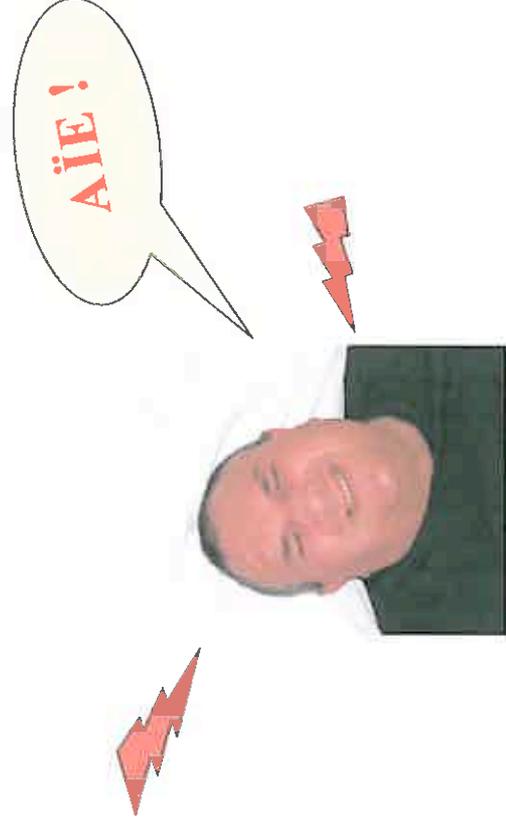
A GAUCHE

Côté face



- Avez-vous mal ?

LA DOULEUR

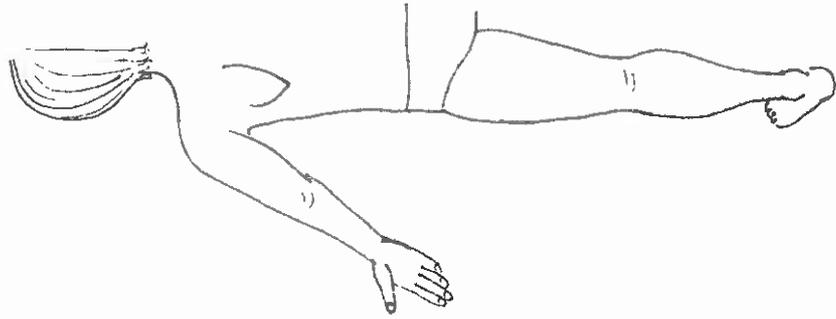


A DROITE

Côté face

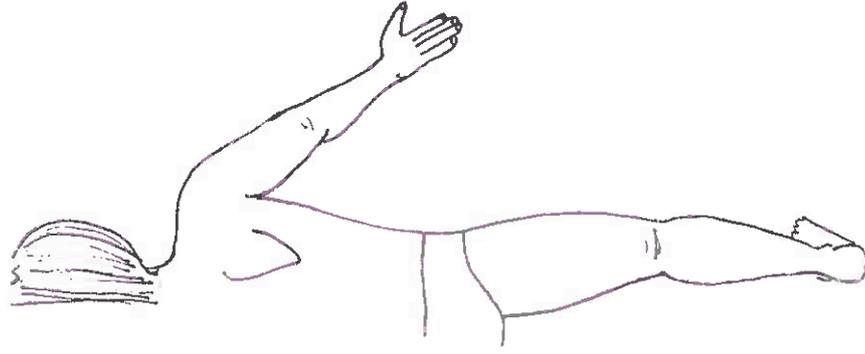


Côté dos

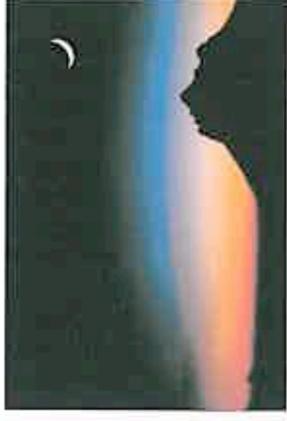


- Quand :

Côté dos



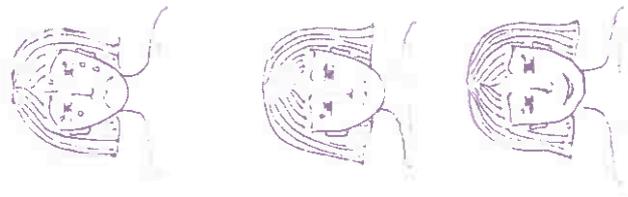
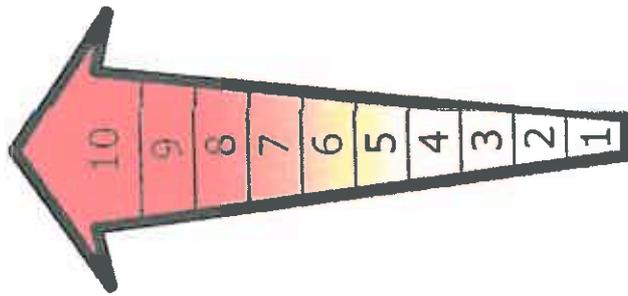
LA NUIT



LE JOUR



Echelle d'évaluation de la douleur

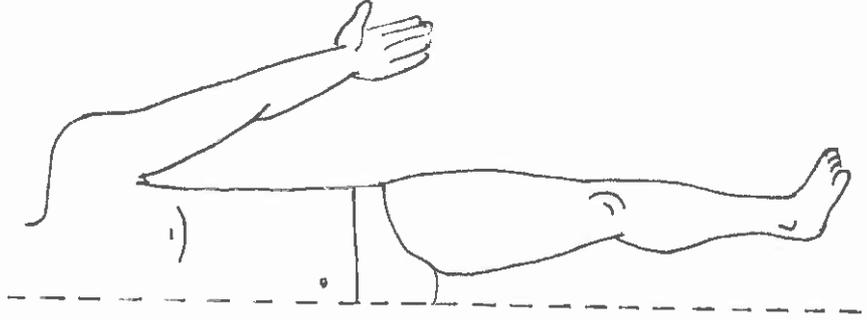


BILAN DE LA SENSIBILITE

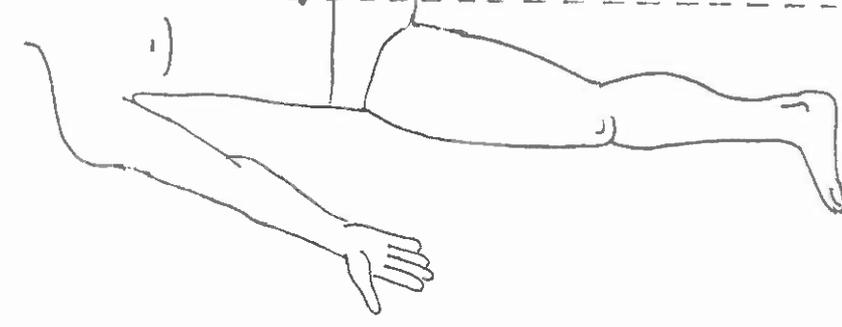
A/ Sensibilité superficielle :

1. Localisation de la stimulation :

Côté gauche



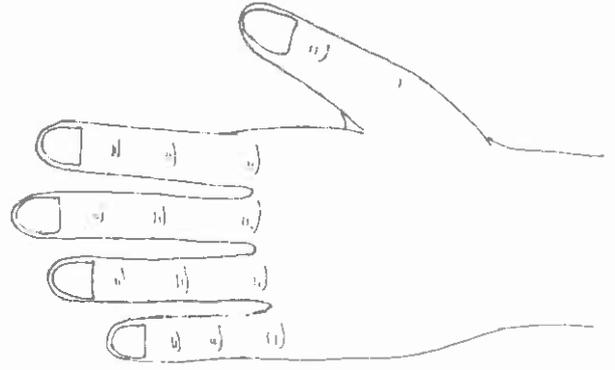
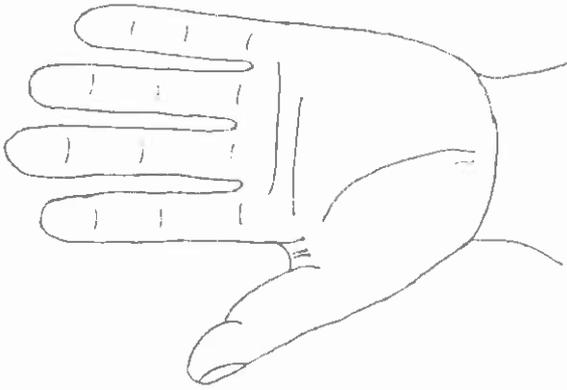
Côté droit



MAIN DROITE

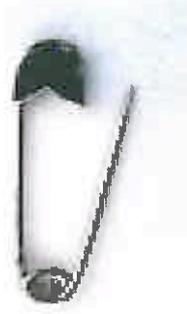


MAIN GAUCHE



2. Pique / Touche :

PIQUER



TOUCHER



3. Test Chaud / Froid :

CHAUD



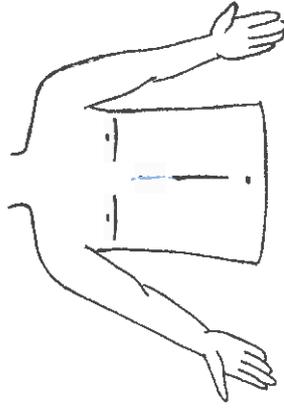
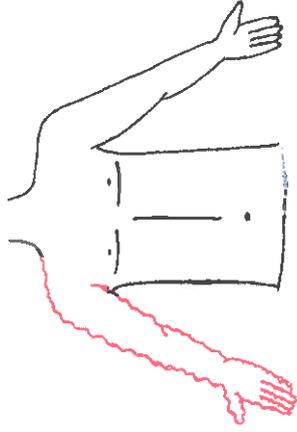
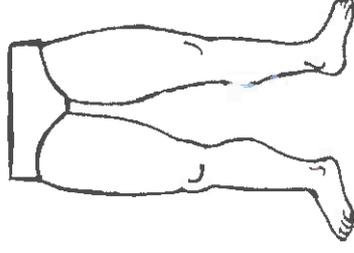
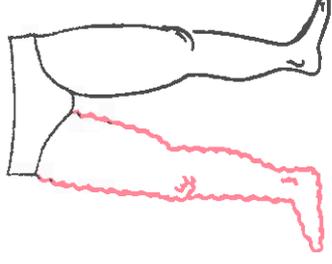
FROID



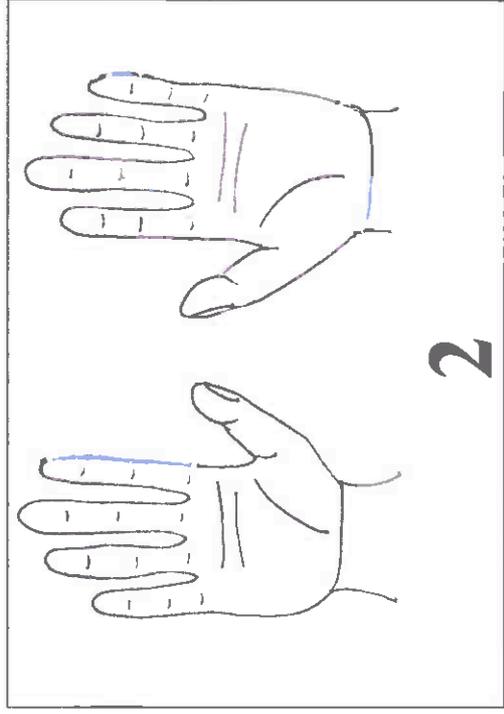
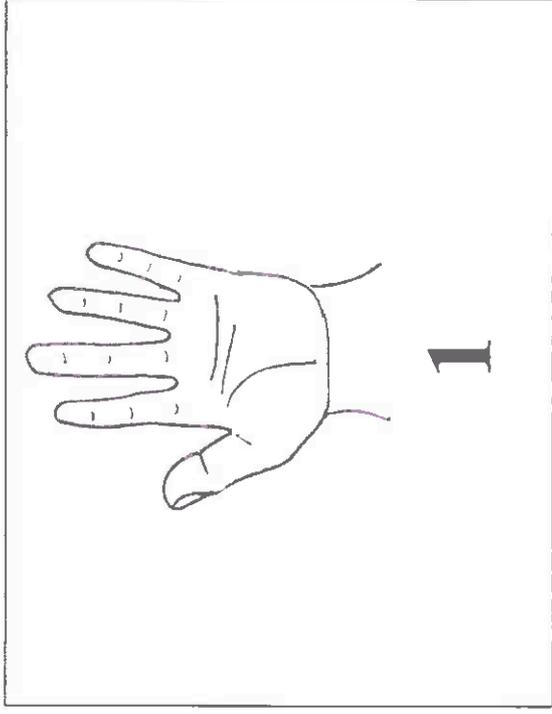
4. Paresthésies :

. *Membre inférieur :*

. *Membre supérieur :*



5. Extinction sensitive :



B/ Sensibilité profonde :

1. Statéthésique :

. *Membre inférieur* :

HANCHE



CHEVILLE



GENOU

. Membre supérieur :

EPAULE



COUDE





POIGNET

Problèmes pouvant survenir pendant la séance

J'ai soif !



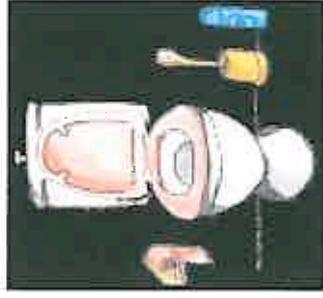
Je suis fatigué(e) !



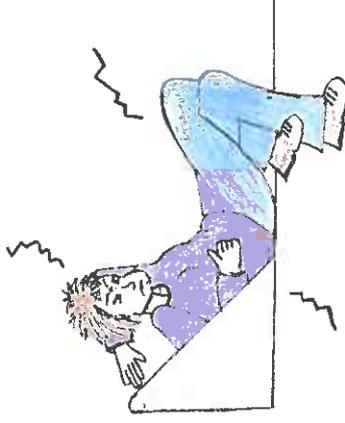
Je me sens mal !



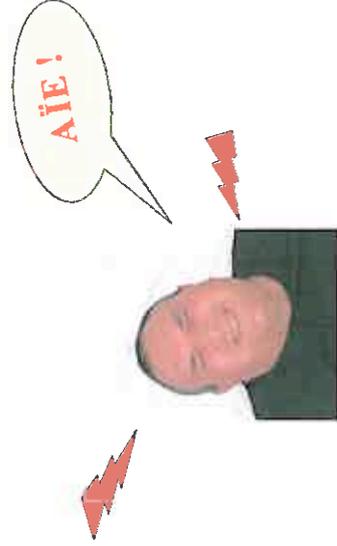
J'ai envie d'aller aux toilettes !

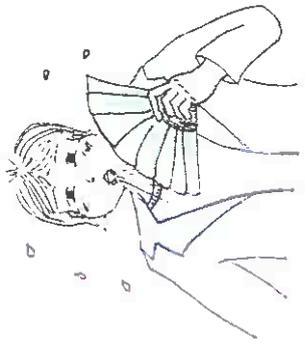


Je suis mal installé(e) !

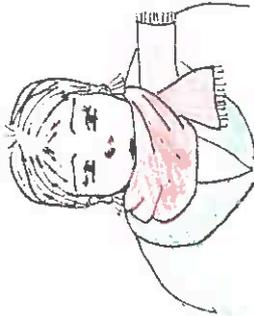


J'ai mal !





J'ai chaud !



J'ai froid !

ANNEXE V

Remarque : les informations présentes dans le dossier médical des patientes sont notées en italique

Tableau I : Présentation des patientes

	Mme T.	Mme S.
<u>Date de survenue et étiologie de l'hémiplégie</u>	<i>Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique le 11/06/08</i>	<i>AVC ischémique sylvien gauche superficiel et profond le 18/08/08</i>
<u>Forme de l'hémiplégie</u>	<i>Hémiplégie droite complète flasque</i>	<i>Hémi-parésie droite à prédominance brachiofaciale</i>
<u>Nature de l'aphasie</u>	<i>Aphasie à prédominance motrice : mutisme avec installation d'une stéréotypie « oui », la compréhension orale des phrases simples est préservée</i>	<i>Aphasie à prédominance motrice : mutisme avec installation d'une stéréotypie en « te », la compréhension orale des phrases simples est conservée, la compréhension écrite est perturbée</i>
<u>Présence de troubles praxiques et/ou gnosiques</u>		<i>Apraxie buccofaciale</i>

Tableau II : Résultats obtenus

Il s'agit du bilan réalisé au début de la prise en charge de ces deux patientes.

	Mme T.	Mme S.
<p><u>Anamnèse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge - latéralité - situation familiale - nombre d'enfants - domicile escaliers ? - occupations - tabagisme - conduite automobile - Indépendance dans les activités journalières ? 	<p><i>51 ans</i> droitière vit seule 2 enfants maison avec escaliers marche, courses, cuisine non oui aide pour toutes les activités</p>	<p><i>29 ans</i> droitière vit en couple 2 enfants maison avec escaliers ménage, courses, cuisine non oui aide pour toutes les activités</p>
<p><u>Bilan de la douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il une douleur ? - localisation - moment douloureux - intensité 	<p>Douleur au niveau de l'épaule droite survenant la journée et la nuit évaluée à 6</p>	<p>Absence de douleur</p>
<p><u>Bilan de sensibilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité superficielle absente, normale, hypoesthésie ou hyperesthésie ? membre supérieur membre inférieur - Sensibilité thermique normale ou perturbée ? - Paresthésies ? - Extinction sensitive ? - Sensibilité profonde statéssthésique préservée ? membre supérieur membre inférieur 	<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésie de l'hémicorps droit à l'exception de la face latérale de la jambe et du pied qui présente une hypoesthésie - Absence de sensibilité thermique à droite - Absence de sensibilité profonde statéssthésique à droite 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoesthésie du membre supérieur droit, sensibilité superficielle normale du membre inférieur droit - Sensibilité thermique normale - Présence de paresthésies au niveau de l'hémicorps droit - Extinction sensitive - Sensibilité profonde statéssthésique absente au niveau du membre supérieur droit mais conservée au niveau du membre inférieur droit

RESUME

L'aphasie est un trouble du langage fréquemment rencontré chez les patients hémiplésiques pris en charge en rééducation.

L'absence d'échange verbal avec le masseur-kinésithérapeute pose rapidement problème lorsqu'il s'agit d'établir un bilan diagnostique kinésithérapique. En effet l'anamnèse et les bilans de la douleur et de la sensibilité peuvent être effectués uniquement si le patient est capable d'exprimer sa pensée, son ressenti. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer des solutions à ce niveau. Le support d'aide à la communication est l'aboutissement de cette action.

Les premières parties de ce travail écrit sont consacrées aux rappels des différents troubles de communication et de leurs étiologies. L'inventaire des différents moyens palliatifs existants et de leurs limites à ce niveau est ensuite proposé.

Enfin, les différents temps de l'élaboration du support d'aide à la communication pour la réalisation du bilan kinésithérapique sont retracés dans la dernière partie. La population cible est déterminée. Les patientes ayant contribué à la mise en place du projet ainsi que leurs réponses aux parties du bilan traitées sont présentées.

Mots clés : hémiplégie, aphasie, bilan diagnostique kinésithérapique

RESUME

L'aphasie est un trouble du langage fréquemment rencontré chez les patients hémipariques pris en charge en rééducation.

L'absence d'échange verbal avec le masseur-kinésithérapeute pose rapidement problème lorsqu'il s'agit d'établir un bilan diagnostique kinésithérapeutique. En effet l'anamnèse et les bilans de la douleur et de la sensibilité peuvent être effectués uniquement si le patient est capable d'exprimer sa pensée, son ressenti. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer des solutions à ce niveau. Le support d'aide à la communication est l'aboutissement de cette action.

Les premières parties de ce travail écrit sont consacrées aux rappels des différents troubles de communication et de leurs étiologies. L'inventaire des différents moyens palliatifs existants et de leurs limites à ce niveau est ensuite proposé.

Enfin, les différents temps de l'élaboration du support d'aide à la communication pour la réalisation du bilan kinésithérapeutique sont retracés dans la dernière partie. La population cible est déterminée. Les patientes ayant contribué à la mise en place du projet ainsi que leurs réponses aux parties du bilan traitées sont présentées.

Mots clés : hémiparique, aphasie, bilan diagnostique kinésithérapeutique