

# UN PATIENT APHASIQUE HOSPITALISE

Informations à l'usage  
du personnel soignant



En clinique, il vous arrive de dispenser des soins à des patients quelque peu différents des autres. Dès le premier abord, vous aurez remarqué qu'ils ne parlent pas ou très peu, ou encore qu'ils parlent bizarrement. Cet homme ou cette femme est atteint d'**aphasie**.

Ce dépliant est destiné à vous aider à mieux comprendre les problèmes que rencontrent ces patients aphasiques et vous permettre d'interagir avec eux le plus adéquatement possible à un moment où ils traversent une épreuve pénible : la constatation de la perte ou de la perturbation de ce qui fait la particularité de l'être humain, le **langage**.

---

## QU'EST-CE QUE L'APHASIE ?

---

L'aphasie recouvre un ensemble de troubles du langage qui survient à la suite d'une lésion cérébrale (accident vasculaire, traumatisme crânien ou tumeur) localisée le plus souvent au niveau de l'hémisphère gauche. Les patients aphasiques sont incapables de communiquer avec leur entourage comme ils le faisaient précédemment.

Leurs capacités d'expression orale et/ou écrite peuvent être perturbées à des degrés divers au point de rendre l'entourage incapable de comprendre ce que les patients veulent exprimer. Certains d'entre eux présentent en outre des difficultés à comprendre ce qu'on leur dit/ou ce qu'ils lisent.

La Lésion cérébrale qui a provoqué l'aphasie peut aussi avoir occasionné :

- d'autres déficits neuropsychologiques tels que des troubles de l'attention et de la mémoire, des apraxies (impossibilité ou difficultés à réaliser volontairement les mouvements sans que ne soient mis en cause des déficits moteurs particuliers) et des agnosies (impossibilité ou difficultés à reconnaître des objets en l'absence de tout trouble visuel périphérique);

- des troubles moteurs tels que la paralysie de l'hémicorps droit (hémiplégie);

- des déficits visuo-perceptifs (hémianopsie) se caractérisent par l'incapacité ou la difficulté à percevoir ce qui se trouve localisé dans l'hémichamp visuel droit le plus souvent.

La survenue de l'aphasie et des troubles qui peuvent lui être associés n'est pas toujours sans effet sur les réactions émotives du patient : celui-ci pourrait se montrer plus irritable et présenter des réactions dépressives plus ou moins importantes.

Si vous tenez compte du fait important que les patients aphasiques n'ont en aucun cas perdu la raison et qu'ils ont, pour la plupart d'entre eux, conservé toutes leurs capacités intellectuelles, vous comprendrez la nécessité d'interagir avec eux de manière adéquate.

Voici quelques conseils pratiques en fonction des manifestations aphasiques courantes.

---

## INDICATIONS GENERALES

---

Puisque l'aphasie préserve généralement les capacités intellectuelles des patients, il importe de les traiter comme des adultes à part entière. Il est donc inutile d'utiliser un langage enfantin ou un langage télégraphique.

Ces patients ne sont pas non plus des malentendants. Aussi, est-il vain d'élever la voix et d'utiliser des jeux de physionomies exagérés.

Quel que soit le type d'aphasie et quels que soient les troubles qui lui sont associés, les performances des patients sont très sensibles à la fatigue, au stress, à l'état émotionnel (découragement, contrariété,...). Vous risquez donc d'être confrontés à une grande variabilité des performances d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre.

---

## INDICATIONS SPECIFIQUES

---

Les aphasiques sont très sensibles aux interférences. Il convient donc de leur parler en les exposant le moins possible à des sources diverses de «bruit». Il est difficile, en effet, pour ces patients de parler ou de comprendre ce que l'interlocuteur dit quand d'autres personnes parlent simultanément ou quand la radio ou la télévision fonctionne. De la même façon, évitez de les interrompre intempestivement quand ils parlent ou de passer rapidement d'un sujet de conversation à un autre.

### Quand l'expression orale est atteinte :

– certains patients sont parfois incapables de produire un seul son du langage; ils sont donc complètement mutiques;

– d'autres produisent quelques mots (oui/non, souvent même l'un pour l'autre), des expressions automatiques telles que des jurons, des phrases ou des segments de phrases stéréotypés («je ne sais pas», «Allons donc!», «Comment allez-vous?»);

– il se peut que la même syllabe, le même mot ou la même phrase soient répétés de manière incontrôlable en lieu et place d'un autre mot;

– d'autres encore s'expriment par mots isolés dans un langage qui peut faire penser au langage télégraphique;

– d'autres sont plus compréhensibles mais leur expression est entrecoupée de pauses, de mots passe-partout (machin, truc, chose,...) de mots mal prononcés ou de mots émis à la place d'autres («conduisez-moi au lit» au lieu de «fauteuil»);

– d'autres enfin s'expriment avec aisance mais ce qu'ils disent est dépourvu de signification («la déflagration de ce pétiole est vivante» quand la situation laisse penser que le patient veut vous signifier qu'il a faim). Ce déficit (jargon) constitue une forme particulière de l'aphasie et ne signifie nullement que le patient délire ou soit devenu fou, même si celui-ci ne se rend pas compte que ce qu'il produit est incorrect.

Etant donné qu'il peut vous arriver d'être en contact quotidien avec ces patients, il est important de contribuer à maintenir chez eux le désir de communiquer en encourageant leurs moindres tentatives de communication. Dans cette optique évitez de vouloir à tout prix corriger les patients, d'autres professionnels s'en chargeront mais essayez plutôt de comprendre ce qu'ils veulent exprimer en

étant attentifs à d'autres modes d'expression que le langage oral (la mimique, le geste, l'écriture, le dessin, les onomatopées,...) et en stimulant même leur utilisation en cas d'échec de la communication.

Encouragez, par exemple, le patient à utiliser des gestes non pas en lieu et place du langage mais comme complément à celui-ci.

Par ailleurs, accordez au patient tout le temps nécessaire pour s'exprimer sans l'interrompre et sans lui fournir toutes sortes de phrases qui ne peuvent qu'ajouter à ses difficultés. S'il ne parvient pas à trouver le mot correct, accordez lui votre aide en lui proposant le mot ou le début du mot de manière à ce qu'il puisse poursuivre.

Si le patient est mutique ou si vous n'arrivez pas à comprendre ce qu'il dit, n'hésitez pas à lui poser des questions pour obtenir une réponse par un «oui» ou un «non», surtout au début.

Autant que possible, informez-vous auprès des thérapeutes du langage (logopèdes ou neurolinguistiques) qui suivent le patient en rééducation, ils devraient pouvoir vous donner des conseils spécifiques à chaque cas. Cette démarche s'avère tout aussi importante à réaliser auprès des kinésithérapeutes si le patient est hémiparétique et auprès des neuropsychologues si le patient présente des troubles de la mémoire, de l'attention ou des déficits visuo-perceptifs.

### **Quand la compréhension est atteinte :**

– dans des cas extrêmes, certains patients aphasiques sont incapables de comprendre les propos de l'entourage; ils ont même parfois un comportement qui ressemble à celui d'un sourd alors qu'ils ne présentent aucun déficit périphérique de l'audition;

– d'autres aphasiques conservent une compréhension partielle: ils éprouvent des difficultés à comprendre la signification de certains mots ou de phrases, ils sont perturbés par la longueur des énoncés et par la rapidité avec laquelle ils sont émis. Un certain nombre de patients comprennent moins bien qu'on pourrait le penser a priori. Ils semblent en effet réagir de façon adéquate à la conversation, acquiesçant ou refusant de la tête, alors qu'ils sont incapables de réaliser correctement la consigne que vous leur donnez. De ce point de vue, assurez-vous que ces patients ont bien compris les messages importants que vous seriez amenés à leur délivrer (prise de médicaments, dates des rendez-vous, informations à transmettre aux proches,...).

S'il est important que les patients se fassent comprendre, il est tout aussi important qu'ils arrivent à comprendre les messages de leur entourage.

Aussi, est-il possible de les aider en parlant plus lentement, en répétant ou en reformulant au besoin votre message et en utilisant des phrases simples, en évitant par ailleurs tout langage «enfantin». Il peut être indiqué d'utiliser conjointement à l'expression orale d'autres modes d'expression (le geste, l'écriture, le dessin,...).

S'il s'agit là de quelques conseils «de première nécessité», sachez que le temps que vous «perdez» à communiquer avec un patient aphasique est du temps gagné dans sa lente réinsertion sociale!

### APHASIE : références bibliographiques

- AUBIN RENE : Le cerveau a ses raisons (livre Québécois) Editions Papyrus Québec 1988.
- BETZ & al : Réintégration socio-professionnelle des aphasiques. Revue de Réadaptation, 1978.
- CAPLAN, D & al : Inflection of neologisms in aphasia, Brain, 1972.
- CHERNEY, L & al : Efficacy of oral reading in aphasia treatment outcome. Rehabilitation Literature, 1986.
- DELOCHE G. - SERON, X : From Three to Three : a differential analysis of skills in transcoding quantities between patients with Broca's and Wernicke's aphasia. Brain, 1982.
- DE PARTZ M.-P., X. SERON, A.-M. VAN RUYMBEKE : Questions de Logopédie, 13,1 Logopédie et Neuropsychologie 1987.
- DEROUCK, M - DEMEURISSE, G : L'aphasie par lésion thalamique. Revue des séminaires belges de réadaptation, 1980.
- DORDAIN, M & al : Capacités verbales d'adultes normaux soumis à un protocole linguistique de l'aphasie. Acta Neurologica Belgica, 1983.
- DUCARNE DE RIBAU COURT, B : Sémiologie de l'aphasie. Revue de psychologie appliquée, 1976.
- GAINOTTI, G & al : Drawing objects from memory in aphasia. Brain, 1983.
- GUARD, O & al : Indications de la rééducation prolongée des aphasiques. Annales de Médecine physique, 1984.
- HENDERSON, V : Speech fluency in crossed aphasia. Brain, 1983.
- HOWARD, D & al : Treatment of word retrieval deficits in aphasia. A comparison of two therapy methods. Brain, 1985.
- KERTESZ - SHEPPARD : The epidemiology of aphasic and cognitive impairment of stroke : age, sex, aphasic type and laterality differences. Brain, 1981.
- KREINDLER, A & al : Analysis of verbal reception of a complex order with three elements in aphasics. Brain, 1971.
- MC CARTHY, R - WARRINGTON, E : A two-route model of speech production evidence from aphasia. Brain, 1985.
- MAZAUX, J - ARNE, L : Aspects évolutifs et devenir à long terme des aphasies traumatiques. Revue de Réadaptation, 1978.
- MEYER, A : The frontal lobe syndrome. The aphasias and related conditions. A contribution to the history of cortical localization. Brain.
- MOERMAN, C & al : The background of aphasic misnamings. A factor analysis of visual naming error. Acta neurologica Belgica, 1985.
- NOEL & al : Nouvelles possibilités de corrélations anatomo-cliniques en aphasiologie grâce à la tomodensitométrie cérébrale. Acta Neurologica Belgica, 1977.
- PANNEBECKER, M : Publications for families of adults aphasics. Rehabilitation Literature.
- DE RENZI & al : Impairment in associating colour to form, concomitant with aphasia. Brain, 1972.
- RISSE, G & al : Disturbances of long-term memory in aphasic patients : a comparison of anterior and posterior lesions. Brains, 1984.
- SERON X. : Aphasie et Neuropsychologie, Bruxelles Mardaga 1979.
- SERON X. & FEYEREISEN P. : IN J.A. Rondal et X Seron - Troubles de langage : diagnostic et rééducation - Bruxelles Mardaga.
- SONNETTE, C& al : Paraphasies et paraphrasies phonétiques et sémantiques au cours d'une lésion de l'hémisphère droit. Annales de médecine physique, 1981.
- LUDLOW, C & al : Brain lesions associated with nonfluent aphasia fifteen years following penetrating head injury. Brain, 1986.
- OUTERS JEAN-LUC : «La place du mort» - La Différence.
- PELLETIER MONIQUE : «La ligne brisée» - Flammarion.
- PONZIO J., LAFOND, D. DÉGIOVANI, R. JOANETTE Y : «L'aphasique» - Edisem.