

La prise en charge de l'aphasie en milieu clinique Algérien**Taking care of aphasia in clinical Algerian settings****Fouzia Badaoui**¹¹ Centre de Recherche Scientifique et Technique pour Le Développement
de la Langue Arabe (Algérie), f.badaoui@crstdla.dz*Reçu le: 03/06/2023**Accepté le: 08/10/2025**Publié le: 31/12/2025***Résumé**

Notre présent travail est axé sur la description de la procédure suivie par l'orthophoniste dans l'analyse du langage des aphasiques et des outils utilisés dans sa prise en charge. Le but est de réfléchir sur l'efficacité ou l'inefficacité de ces procédures dans l'évaluation et le traitement de l'aphasie, et déduire, par conséquent, la méthode la plus adéquate (de notre point de vue) dans l'évaluation et la prise en charge de l'aphasie.

Dans cette perspective, nous avons donné un aperçu général sur les méthodes et les outils utilisés dans l'évaluation de l'aphasie dans le milieu clinique algérien. Puis, tracer les étapes suivies dans l'établissement du diagnostic des aphasiques. Nous présenterons un modèle comme prototype de la prise en charge d'un sujet atteint d'aphasie de Broca. Nous finirons par la présentation des problèmes rencontrés par le clinicien dans la pratique clinique.

Mots clés: Analyse du langage, aphasiques, outils, l'évaluation, prise en charge.

Abstract

Our present work focuses on the description of the procedure followed by the speech therapist in the analysis of the language of aphasics and the tools used in its management. The aim is to reflect on the effectiveness or ineffectiveness of these procedures in the evaluation and treatment of aphasia, and to deduce, therefore, the most adequate method (from our point of view) in the evaluation and the management of aphasia. In this perspective, we gave a general overview of the methods and tools used in the evaluation of aphasia in the Algerian clinical environment. Then, trace the steps followed in establishing the diagnosis of aphasics. We will present a model as a prototype for the management of a subject with Broca's aphasia. We will finish by presenting the problems encountered by the clinician in clinical practice.

Keywords: Language analysis, aphasics, tools, assessment, language evaluation.

1. Introduction

Le travail que nous présentons dans ce qui suit consiste dans l'étude des modalités d'analyse des sujets atteints d'aphasie.

Il s'agit d'explorer le milieu clinique algérien pour savoir comment procèdent les cliniciens dans l'évaluation du trouble du langage et la méthodologie suivie dans l'analyse, la prise en charge et/ou dans l'orientation des sujets traités.

Dans ce cadre, la réponse aux questions suivantes s'avère importante : quelles sont les fondements de la prise en charge des troubles aphasiques quelles soient dans un objectif de diagnostic ou de thérapeutique?

2. Problématique

La prise en charge des aphasiques est basée sur l'analyse de leur langage dans le but de définir les troubles qui les caractérisent. Cet objectif nécessite le recours à des outils cliniques permettant d'analyser le langage des aphasiques, de déduire les troubles qui les caractérisent et de poser un diagnostic. Le but final est de définir un projet thérapeutique. De ce fait, l'analyse des symptômes du trouble aphasique constitue une base dans le diagnostic de l'aphasie. L'objectif, dans ce cadre est d'évaluer le langage pathologique afin de délimiter les erreurs et les réussites qui le caractérisent. Cette observation nous incite à poser des questions à propos de la disponibilité des outils d'évaluation de l'aphasie, de la procédure suivie dans l'établissement du diagnostic des troubles observés et de l'efficacité de ces outils dans la pratique clinique.

3. Approche théorique

L'aphasie est un trouble du langage engendré par une atteinte du cerveau : « ...il est certain qu'il n'y a pas de trouble aphasique s'il n'y a pas une quelconque lésion plus ou moins antérieure, plus ou moins postérieure, c'est-à-dire dans la zone de Broca ou de Wernicke. Autrement dit, sans atteinte corticale, il n'existe pas de trouble du langage » (Gagnepain, 1988, p.21) Elle peut être motrice lorsque la 3^{ème} circonvolution frontale gauche est atteinte comme ça été localisé par Paul Broca : «...Il démontre en outre qu'il existe une différence fonctionnelle entre les deux hémisphères et que la faculté du langage articulé est localisée dans la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche exclusivement (Monneret, 2003, p.152) «Lorsqu'une lésion de certains circuits survient dans les parties inférieures du lobe frontale de l'hémisphère gauche du cerveau- par exp

suite à un accident vasculaire ou d'une blessure par balle, la personne souffre souvent d'un syndrome appelé aphasie de Broca ». (Pinker, 1999, p.45).

Le sujet éprouve de grandes difficultés à articuler et à trouver les mots alors qu'il est en général conscient de son trouble.

L'aphasie peut être aussi sensorielle, donc elle touche la 1^{ère} circonvolution temporale de la partie gauche du cerveau comme ça été défini par Carl Wernicke : «La première circonvolution temporale constitue un centre auditivo-verbal, dans lequel sont stockées les images mnésiques des sensations sonores correspondant à l'audition du langage articulé. Le pied de la 3^{ème} circonvolution frontale identifiée par Paul Broca en 1865, constitue un centre verbo-moteur, dans lequel sont stockées les images mnésiques des sensations de mouvement correspondant à la production du langage articulé. » (Lecours & Lhermitte, 1979, p.343) Ainsi nous relevons que sur le plan du langage « L'aire de Wernicke semble avoir un rôle dans la recherche des mots et dans leur envoi vers d'autres zones, en particulier vers l'aire de Broca, qui les rassemblent ou en analysant la syntaxe. L'aphasie de Wernicke est peut-être le produit d'une aire de Broca intacte qui débite follement des syntagmes sans le message ni les mots voulus que l'aire de Wernicke fournit habituellement.» (Pinker, L'instinct du langage, 1999, p.309). Le langage de l'aphasique de Wernicke est caractérisé par une grande facilité de parler mais : « leur discours est confus et n'a aucun sens, comme si elles n'avaient pas idée de ce qu'elles son en train de dire. » (Kolb & Whishaw, 2002, p.338).

3-1 L'aphasie de conduction :

Elle est provoquée par l'altération des fibres associant la première circonvolution temporale et la troisième frontale. (Lhermitte, 1979, p.269) Lors de notre exploration sur terrain, nous avons constaté une rareté de ce troisième type d'aphasie dans nos services hospitaliers.

Roman Jakobson figure parmi les premiers chercheurs qui se sont intéressés à l'analyse de l'aphasie du point de vue linguistique. Il rapporte que : « Le langage normal est bipolaire, se déroulant suivant un axe paradigmatique, qui gouverne le choix des unités linguistiques, et un axe syntagmatique qui en gouverne l'agencement séquentiel ; chez l'aphasique la bipolarité du langage est abolie, un seul des deux axes demeurant fonctionnel à l'exclusion de l'autre. Il existe donc, essentiellement, deux variétés d'aphasie, l'une se réduisant à un trouble de la similarité et l'autre à un trouble de la contiguïté. » (Lecours-Lhermitte, 1979 , p. 49)

Cette vision analytique et linguistique de l'aphasie proposée par Roman Jakobson a constitué une base pour d'autres auteurs qui se sont intéressés à ce type d'aphasie. Cependant, O.SABOURAUD et J.GAGNEPAIN ont projeté un point de vue critique sur cette analyse, et sont arrivés à établir une nouvelle classification de l'aphasie et de mettre sur pied la conception d'une théorie reposant sur une nouvelle perception du fonctionnement et dysfonctionnement du langage. Cette approche caractérise les principes et les fondements théoriques et analytiques de la théorie de la médiation : « La théorie de la médiation, élaborée par Jean Gagnepain, propose une «déconstruction» du langage en registres d'analyse différents. En l'occurrence, s'appuyant sur la pathologie, aussi bien neurologique que psychiatrique, elle montre que le langage se fait tout à la fois grammaticationalité, écriture, langue et discours ». (Quentel et Beaud , 2013, p.2).

3.2 Observation de l'aphasie dans notre milieu clinique

L'observation des méthodes d'examens appliquées dans la prise en charge des aphasiques a démontré que la majorité de ces méthodes sont basées sur l'application de tests standards pour l'évaluation globale du langage sur tout les plans : expression, compréhension, langage oral, langage écrit : «il s'agit d'utiliser des épreuves précisément définies et reproductibles, standardisées, donnant un résultat quantitatif chiffré selon une grille de cotation ; ces épreuves sont étalonnées sur une population témoin dont les réponses traitées statistiquement servent de référence. » (GUYARD, 1988, p.45)

Ainsi, se trouvant face à un malade, certaines orthophonistes procèdent à la passation d'un test de l'aphasie, tel que le test de (Blanche Ducarne, 1976) qui est le plus utilisé dans nos centres hospitaliers, ainsi que le MT 86 (Protocole d'examen linguistique de l'aphasie Montréal-Toulouse).

D'autres cliniciens procèdent au diagnostic en se basant sur des épreuves limitées et bien précises déduites des résultats obtenues du langage spontané de l'aphasique. Ces épreuves peuvent être improvisées ou bien tirées d'un test standard exploité suivant les résultats tirés de l'observation. L'analyse du langage est basée, en général sur un relevé d'erreurs et de réussite. En partant de cette description, l'examineur fini par définir tel type d'aphasie par rapport à tel autre.

Les résultats obtenus permettent de délimiter le trouble, c'est-à-dire d'établir le diagnostic du trouble et son pronostic. Sur la base de ces résultats, l'examineur conclut soit à la prise en charge du sujet suivant des démarches

spécifiques qu'il aura à élaborer pour aider le sujet à récupérer de son trouble, soit à l'orientation du sujet vers d'autres services plus spécialisés si le trouble s'avère ne pas relever de ses compétences.

Cependant, cette méthode permet de délimiter l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke d'une manière générale ; mais les problèmes qu'elle soulève concernent la définition des aphasies atypiques (ceux qui ne relèvent ni du Broca ni du Wernicke) et la définition des variations du langage chez un même aphasique : ce type de problème n'est pas résolu par l'application des tests standards et suivant l'approche descriptive dans l'analyse de l'aphasie

3.3 Observations des aphasiques en milieu clinique algérien.

Dans le cadre de l'application des tests de l'aphasie, le praticien prend en considération, en général, le degré de fatigabilité du malade, surtout lorsqu'il se trouve confronté à des épreuves qui lui demandent beaucoup d'effort. Exemple, après avoir passé une épreuve de construction de phrases à partir de deux mots à un sujet atteint d'une aphasie de Broca, la clinicienne lui demande: « on peut faire une autre phrase, vous en êtes capable...je vous donne une autre phrase...vous n'êtes pas fatigué. »

Cependant en explorant notre milieu clinique, et en observant la pratique clinique du questionnement des aphasiques, nous avons relevé que le point de vue de certains praticiens va en contre sens de l'utilisation des tests et des épreuves standards qui, selon l'une d'elles, ne peuvent nous donner une description réel du fonctionnement du langage chez l'aphasique. En effet, ce dernier, ne peut-être dévoiler que par une approche explicative rigoureuse qui suit un certain enchaînement logique et qui ne peut-être déduite d'un test standard appliqué selon des principes fixes.

D'un autre côté, les tests appliqués aux aphasiques sont dans leurs majorités issues d'un milieu socioculturel différent du nôtre, ce qui peut entraver la fiabilité des résultats obtenus. Pour cela les praticiennes préfèrent ne pas se limiter aux tests adaptés à une langue et à un milieu socioculturel différent du notre. En effet : « ...un test de langage ou une batterie d'épreuves langagières (au-delà des limitations et imperfections actuelles, transitoires, il faut l'espérer) peuvent fournir des indications utiles mais nécessairement partielles sur le fonctionnement mesuré. De même, et tout aussi nécessairement, l'application d'une batterie ou d'un test de langage constitue une épreuve artificielle. Une telle application fournit un éclairage utile et valable (si l'épreuve utilisée est valide),

mais inévitablement limité et qui doit être correctement interprété. » (Rondal, 1998, p.60)

Pour remédier à ce manque, certaines praticiennes recourent à des efforts personnels pour la construction d'épreuves cliniques pour l'exploration du langage des aphasiques. Ce qui correspond implicitement à une démarche explicative d'analyse de l'aphasie sans l'avoir déclaré auparavant. Ce qu'il faut prendre en considération dans l'analyse de l'aphasie, n'est pas la somme des erreurs et des réussites, mais considérant l'aphasique comme un sujet dont la capacité linguistique est altérée : donc il y'a une perte, il y'a un langage préservé et il y'a des compensations : « la démarche clinique nous paraît plutôt devoir s'organiser autour d'un questionnement systématique consistant à se demander quels mécanismes sont intacts et quels sont ceux qui sont déficitaires. Cette manière de procéder ne vise pas à établir une nouvelle taxonomie mais vise plus simplement à comprendre les troubles. Dans une perspective de ce type, examiner un patient consiste à se poser une succession de questions en rapport avec un modèle de référence et à tenter d'y répondre en construisant un ensemble d'épreuves appropriées. » (Seron, 1993, pp.90-91)

De ce fait, dans la démarche clinique « ...seule l'observation clinique de la pathologie nous donnera la clé du normal. A ce titre, l'étude de l'aphasie est fondamentale pour la connaissance du langage, car les dissociations qu'elle révèle nous contraignent à émettre des hypothèses que l'observation du normal, ne donnant à voir qu'un objet global, n'aurait pu suggérer. Que de nombreux modèles soient, de manière équivalente, aptes à décrire cet objet, n'implique rien quant à leur aptitude à l'expliquer. » (Guyard, 1994)

4. Partie méthodologique

L'enquête s'est déroulée à Alger dans les services de neurologie et de cardiologie au centre Hospitalo-universitaire Mustapha Pacha, Alger et à la polyclinique Nacera nounou, à Belcourt, Alger centre. Nous avons d'abord entamé une discussion avec les praticiennes à propos des types d'aphasies les plus fréquentes, de leurs origines les plus réputées ainsi que sur les méthodes appliquées dans l'évaluation et la prise en charge de ces troubles.

Par la suite, nous avons assisté aux côtés des praticiennes à la prise en charge des aphasiques afin de relever toutes les observations en relation avec leur

troubles depuis l'observation préliminaires jusqu'au diagnostic de la pathologie et le choix de la procédure de rééducation appropriée au trouble observé.

4.1 Objectif de l'étude clinique de l'aphasie

La question que nous avons posé au cours de cette recherche est la suivante : quelle est l'orientation de l'orthophoniste dans l'observation d'un malade souffrant d'un trouble du langage (aphasie) ? Est ce que l'observation est axé plus sur la délimitation du trouble ?

4.2 Description des aphasies observées dans notre milieu clinique

La délimitation passe par la localisation de la lésion et par la passation d'épreuves cliniques pour l'exploration du langage des aphasiques choisies selon les cas observer et le type de pathologie. Nous avons relevé l'existence de trois types d'aphasies :

-**L'aphasie de Broca** : engendré par l'atteinte de la 3^{ème} circonvolution frontale de l'hémisphère gauche du cerveau.

-**L'aphasie de WERNICKE** : L'atteinte touche la 1^{ère} circonvolution temporale gauche du cerveau.

-**L'aphasie de conduction** : Elle est provoquée par l'altération des fibres associant la première circonvolution temporale et la troisième frontale (LECOURS-LHERMITTE, L'aphasie, p.269). Ils mêlent les sons dans les mots avec de nombreuses transformations et omissions de mots. Pour ce qui est de ce troisième type d'aphasie, nous avons constaté que ce type est rare dans nos services hospitaliers.

4.3 Présentation des étapes d'évaluation des aphasiques :

4.3.1 Etude du dossier médical :

Nous avons constaté dans notre observation du milieu clinique algérien (alger-centre) que la majorité des sujets qui arrivent en consultation du langage, sont envoyés par le médecin traitant (qu'il soit neurologue, cardiologue ou autre). Ce dernier, après examen médical du malade et la passation d'un certains nombre d'examens : radiologie, scanner, IRM, détecte l'endroit de la lésion responsable du trouble. Cet examen lui permet d'établir le diagnostic médical (aphasie par exemple) et d'orienter le malade vers une prise en charge orthophonique, Ainsi le sujet arrive en rééducation orthophonique accompagné d'une lettre expliquant son état et d'un dossier médical comportant tout les examens subits par le malade. Cette procédure est la plus répandue dans notre milieu clinique, surtout que la majorité des sujets reçus en rééducation orthophonique sont hospitalisés après

l'installation de la lésion et spécifiquement dans les cas d'aphasies d'origines vasculaires.

Ceci n'est pas généralisé, car dans d'autres cas, la demande est faite par la famille du malade qui constate l'existence d'une anomalie dans le comportement linguistique du malade.

4.3.2 Anamnèse

La première étape est l'étude du dossier médical établi par le neurologue pour prendre connaissance de la lésion et l'étendue de la région atteinte. Ensuite, la clinicienne procède au questionnement du patient ou des membres accompagnateur afin d'avoir des renseignements sur le mode d'installation du trouble et son origine. Le sujet est reçu seul en dernier lieu pour connaître sa version sur l'installation du trouble et évaluer son langage. Cette étape rentre dans le cadre de l'analyse du langage spontané, qui permet de détecter l'anosognosie du sujet et le degré de conscience qu'il a de son trouble. Le patient peut se rendre compte de l'erreur quand on le lui fait remarquer, ou bien il se rend compte qu'il s'est trompé lorsqu'il l'aura produite, ce qui lui permet de se corriger.

Cependant, tout ce que dit le sujet peut constituer un point fondamental dans la compréhension de son trouble exp : Monsieur M, atteint d'une aphasie de conduction annonce la difficulté rencontrer en disant : « (as-samam) ». Nous retrouvons ici un des problèmes dont souffre beaucoup de sujets atteints d'aphasie de Wernicke ou de Conduction, à savoir la surdité verbale caractérisée par l'incapacité d'accéder au sens lors de la passation des épreuves de compréhension, et l'incapacité de discriminer les sons du langage lors des épreuves de répétition et de dictée «Il définit son problème par une incapacité d'entendre les mots qui lui sont dites. La clinicienne intervient pour lui expliquer qu'il n'est pas sourd mais qu'il a des difficultés dans la perception de ce que nous disons. la surdité verbale par les termes suivants : puisque le trouble implique spécifiquement la discrimination et la reconnaissance des stimuli auditifs constituant la langue parl e, il est aisé d'en déduire les manifestations éventuelles dans le comportement linguistique du malade : d'une part, celui-ci aura des difficultés à comprendre les messages linguistiques oraux et , d'autres part, il échouera aux épreuves de transposition audiophonatoire (répétition) et audiomanuelle ( criture sous dictée). » (Lecours & Lhermitte, p.153)

Lorsqu'elle lui a proposé une devinette : « Avec quoi peux-tu arroser les fleurs ? Comment appelle t-on l'objet avec lequel on arrose les fleurs? » Il n'a pas

pu trouver la réponse directement. Il produisit des réponses systématiques: « un roseau...un roseau...un rasoir...un rasoir... » En essayant de se rapprocher le plus possible de l'objet recherché. Lorsqu'il a échoué à le trouver, la clinicienne est intervenue par ébauche orale : « arro....» pour lui donner un support et l'aider dans la recherche de ce terme. Cependant, le sujet n'a toujours pas pu exploiter cette approche facilitatrice pour le trouver. La clinicienne finit par lui donner le terme correct, qu'il reprend correctement.

Que peut nous dévoiler cette analyse ?

Cette analyse nous permet de localiser un des problèmes dont fait objet l'aphasique, à savoir son incapacité à saisir les ébauches orales proposées par le clinicien malgré ses essais continus de se rapprocher du terme recherché : ce qui dévoile que le sujet ne l'a pas totalement perdu comme c'est démontré par les énoncés qu'il prononce à la recherche du mot perdu (roseau, rasoir...) et qui sont caractérisés par des énoncés ayant le même aspect morphologique. Ce qui nécessite, au lieu de chercher à décrire les manifestations du trouble coûte que coûte, d'orienter la recherche vers la délimitation du type de trouble qui caractérise l'aphasique et qui est une phase importante dans la compréhension et l'établissement de l'historique de l'installation du trouble et des causes responsables de son apparition; ajoutées aux renseignements relevés dans le dossier médical, le clinicien peut tracer l'histoire de la pathologie du sujet, les caractéristiques du trouble et procède à la mise sur pied du projet thérapeutique.

4.3.3 L'observation : elle est considérée comme la première étape dans l'analyse de l'aphasie. Le sujet est reçu au service d'orthophonie après un AVC ou un autre trouble provoquant l'aphasie comme le traumatisme crânien. Cependant, suivant les observations relevées dans l'étude des dossiers des malades, l'AVC constitue la raison la plus courante provoquant le trouble aphasique.

La prise en charge est en général précoce. Le sujet est reçu dès qu'il dépasse le stade du coma lorsqu'il est hospitalisé. Cette précocité facilite, généralement, la récupération du langage. Les aphasiques sont vus une ou deux fois par semaine selon qu'ils soient au début ou à la fin du traitement médical. La durée de la séance est de 45 mn. Ces séances sont espacées au fur et à mesure de la récupération du langage.

Dans ce cadre, le clinicien se pose un ensemble de questions qui lui permettent d'orienter l'observation vers la recherche du type de trouble dont souffre le sujet ; parmi lesquels:

- Le sujet comprend-il les questions qui lui sont posées ou bien faudrait-il recourir à la répétition des consignes ?

- Les réponses données sont-elles cohérentes par rapport aux questions posées ?

- Sont-elles fluides ou non fluides ?

Les réponses à ces questions permettront « ...tout à la fois, d'orienter la suite de l'examen, d'aider à l'interprétation des résultats aux épreuves neuropsychologiques, de contribuer au diagnostic, et également de planifier un travail rééducatif » (Lecours & Lhermitte, L'aphasie, p.89) donc l'étape de l'anamnèse permet de recueillir le maximum d'information sur le trouble pour mieux le localiser.

4.3.4 Choix des outils

La première procédure appliquée par l'orthophoniste dans la description du langage de l'aphasique est l'étape du bilan à travers la passation du test de Blanche Ducarne. Ce dernier permet de déceler le type de trouble dont souffre l'aphasique et le type d'aphasie en complément des résultats présentés dans le bilan neurologique rapportés par le médecin traitant : « Un constat d'échec s'impose au clinicien ainsi qu'au chercheur : nul ne sait en vérité comment évaluer les perturbations linguistiques de la production et, plus encore, celles de la compréhension du langage, en temps réel, c'est à dire au moment même où telle composante (ou processus) « dysfonctionne ». Le clinicien et le chercheur sont donc condamnés à « arrêter » le temps ! Ils recourent alors le plus souvent à des tâches « en temps différé » « off-line ») ayant chacune une spécificité particulière : dénomination, répétition de mots, de phrases, lecture de mots, de phrases, construction de phrases à partir de mots, désignation d'images à partir de mots, de phrases, et permettent de mener des investigations sur l'intégrité de telle ou telle composante de l'architecture fonctionnelle du langage chez les sujets pathologique soumis à examen." (Casadio, p.4)

Cet examen initial est appliqué afin de déduire les caractéristiques du trouble de l'aphasique, d'établir un diagnostic et élaborer un plan pour la rééducation adapté à la spécificité du trouble.

5. Y'a-t-il une prise en charge spécifique selon le type d'aphasie?

La procédure suivie dans la prise en charge des aphasiques dans notre milieu clinique algérien dépend du type d'aphasie existant. Par exemple, un sujet mutique nécessite une prise en charge différente de celui souffrant d'un manque

du mot ou d'une dyssyntaxie. Comme le rapporte Van EECKHOUT, la prise en charge varie en fonction du type d'aphasie et de la nature de l'accident vasculaire. Par exp «un mutisme doit être détecté le plus rapidement possible. Son évolution nécessite une prise en charge régulière avec des adaptations thérapeutiques appropriées» (Van Eeckhout, p.48)

7. Apport de l'entourage dans la prise en charge de l'aphasie

L'entretien avec le parent permet de compléter les informations relatives au trouble de l'aphasique. Nous avons relevé dans le cadre de nos observations que les parents sont sollicités dès les premières séances avec le sujet après la passation du bilan orthophonique pour l'évaluation de son trouble. Ils sont mis au courant de ce qu'ils doivent faire pour aider le sujet dans la récupération de son trouble. L'orthophoniste devrait consacrer une séance pour expliquer ce qu'il faut faire, quels comportements faut-il adapter à la nouvelle situation pour l'aider à mieux récupérer. Des facultés linguistiques et paralinguistiques. Cette collaboration permet aussi de surmonter les moments de découragement pour inciter l'aphasique au maintien de la motivation qui lui permet une meilleure récupération de sa faculté atteinte

8. Difficultés rencontrées dans la prise en charge des aphasiques

L'analyse du milieu clinique nous a permis de constater que certains sujets aphasiques ne sont pas toujours pris en charge à temps dans nos services de rééducation du langage. D'autres sont pris pour malades mentaux, ce qui fausse leur orientation. Comme cette dame habitant Annaba qui a été mise sous neuroleptiques pendant 03 ans, alors qu'elle présentait un AVC entraînant un mutisme. Cette prise en charge retardée a causé un retard irrémédiable dans la récupération du langage de cette patiente. Nous pouvons citer aussi comme difficultés :

- Manque d'outils adéquats pour l'évaluation des aphasiques, ce qui entrave la bonne marche dans le diagnostic des aphasiques.

- Orientation retardée des aphasiques vers les milieux de rééducation, ce qui peut être néfaste dans la récupération du langage. En effet, plus la prise en charge est précoce, plus les résultats sont meilleurs.

- Mauvaise orientation des aphasiques de WERNICKE qui sont pour la plupart pris en charge dans les services de psychiatrie; chose qui entrave le bon déroulement de leur prise en charge sur le plan du langage. En effet, Cette mauvaise orientation fait perdre au sujet un temps précieux qui est celui de la prise en charge précoce. Par conséquent, même si le malade est rattrapé en fin de

compte, il ne peut récupérer le temps qu'il a perdu après l'installation de la maladie (l'aphasie).

-Obstacles techniques : la population d'aphasiques reçues à l'hôpital n'est pas homogène. Ce qui empêche l'application du même bilan et l'obtention de résultats fiables pour l'évaluation des troubles aphasiques.

-Les outils appliqués ne sont pas standardisés, ni adaptés aux aphasiques issues du milieu culturel et linguistique arabophone algérien.

-Insuffisance et même absence de formations du personnel travaillant avec les aphasiques, ce qui empêche la mise à jour de leurs connaissances dans le domaine de l'aphasiologie.

9. Conclusion

Malgré le grand intérêt apporter par les cliniciens dans la pathologie du langage, un manque flagrant d'outils de diagnostic est constaté pour le dépistage des troubles du langage notamment l'aphasie. D'un autre côté, l'étude de l'aphasie doit être orientée vers la recherche des méthodes de diagnostic de l'aphasie et des tests adaptées à la langue arabe et notamment en milieu socio-culturel algérien

D'un autre côté, la démarche suivie dans notre milieu clinique est d'observer les aphasiques afin de relever des constatations sur l'existence d'un trouble particulier. Ce qui est à rechercher, ce n'est pas le degré du trouble, ni les raisons responsables de tel ou tel trouble avec tel manifestation, mais plutôt les symptômes du trouble.

Cette approche nous permet de distinguer l'aphasie de Broca, de l'aphasie de Wernicke, mais ne nous permet pas de distinguer entre les différentes aphasies de Broca partant de la diversité des manifestations du trouble chez le même aphasique de Broca, et de distinguer les aphasiques qui ne rentrent dans aucune des deux types d'aphasies.

De ce fait, la recherche doit être orientée vers l'explication du trouble aphasique. Suivre cette approche nous permet de tracer un tableau de la nosographie des troubles chez les aphasiques de Broca par rapport aux aphasiques de Wernicke. En effet, au lieu de se contenter uniquement de faire une description des troubles, qui ne peut nous dévoiler les similitudes existant chez un aphasique de Broca et un aphasique de Wernicke, et même la manière de distinguer entre des Broca-s différents les uns des autres, il faut procéder à l'analyse de ces troubles

dans le but de déduire les raisons qui sont derrière le fonctionnement pathologique de la fonction langagière.

La question qui se pose dans ce cas est : qu'est ce qui nous permet de dire que tel aphasique est de type Broca et tel autre est de type Wernicke ? En quoi consiste la différence clinique caractérisant le langage chez l'un par rapport à l'autre ?

Pour répondre à ces questions, il faut procéder, de notre point de vue, à l'explication des troubles : « la description des faits pathologiques ne devrait pas être la finalité de l'observation car jamais la clinique ne s'épuisera en elle. La clinique doit être explicative ». (Guyard, 1994, p.16)

Cette méthode est celle appliquée par la théorie de la médiation. Elle est basée sur l'observation et l'expérimentation d'hypothèses élaborées en partant d'un modèle théorique dont la base est l'explication des manifestations du trouble aphasique par la perte de processus qui sont indispensables dans le fonctionnement du langage. Il s'agit de délimiter les capacités préservées qui permettent au thérapeute de les exploiter dans la mise sur pied du projet thérapeutique.

Ce qui met en valeur l'importance de partir d'un modèle linguistique pour la mise en évidence du fonctionnement du langage des aphasiques : « pour définir un symptôme, on peut partir de l'activité observable qu'il perturbe, ou de l'épreuve d'examen qui le fait apparaître ; on se trouve confronté chez le même malade à une multitude de symptômes, dont certains sont clairement identiques-quand par exp un malade emploie un mot pour un autre dans un récit mais aussi dans une dénomination d'objets. Pour ne pas confondre un symptôme avec le lien de son observation, il devient nécessaire de théoriser et de chercher si la perturbation d'un processus unique n'est pas à l'origine d'une série de manifestations. A ce titre, on ne peut observer (et inventer de nouvelles épreuves) sans recourir à une théorie». (Guyard, Le test du test, p.20).

Dans ce cadre, la relation entre la linguistique et la clinique est plus que nécessaire pour l'élaboration d'une méthodologie clinique adéquate pour l'évaluation de l'aphasie.

Plusieurs auteurs ont adopté cette approche explicative du trouble dans l'analyse de l'aphasie : « plus que jamais, l'objectif de l'évaluation conditionne le choix de l'outil à utiliser : le bilan à tout faire n'existe pas ! En pratique quotidienne, la démarche la plus cohérente est d'effectuer une investigation préliminaire par des tests ou des batteries explorant l'ensemble des déficiences

aphasiques, puis d'entrer dans une démarche explicative des symptômes en utilisant les modèles de la neuropsychologie cognitive. » (J.M. Mazaux, p.79)

Pour notre part, nous nous sommes d'accord avec ce point de vue, mais il faut procéder à l'application d'un modèle linguistique qui permet de décrire le langage de l'aphasique, en partant de la définition de l'aphasie comme un trouble du langage « Les études systématique sont généralement capables de circonscrire des tâches » qui, dans un cas seront accessibles à tel malade, et dans tel autre cas accessibles à d'autres malades. Mais ces « lieux d'observation », même ainsi déconstruits par la différence des réussites et des erreurs cliniquement expérimentales, ne disent rien sur le mode de dysfonctionnement des malades. On sait ou ils dysfonctionnent ; on ne sait pas comment ils dysfonctionnent. Les résultats quantitatifs nous paraissent peu informatifs puisqu'ils ne proposent pas d'hypothèse sur les raisons des réussites et des erreurs produites par les malades. On a rien appris de neuf sur les processus sous-jacents... » (Guyard, 1994, p.80)

Le but est d'installer une nouvelle méthode d'analyse de l'aphasie basée sur la construction d'épreuves expérimentales pour tester le fonctionnement de tel ou tel phénomène observé chez les aphasiques, en partant d'un modèle linguistique qui reflète le mieux le langage parlé par les aphasiques arabophones. Autrement dit ; il faut prendre en considération dans l'analyse du langage des aphasiques, la spécificité de la langue. En effet, Dans la théorie arabe néo khaklilienne, les deux axes marchent ensemble. L'axe paradigmatique est structurée : «les substitutions qui y ont lieu sont d'abord de véritables transformations mais ces dernières s'effectuent par expansion réversible à partir d'un noyau irréductible: le asl soit par simple concaténation soit par bina' qui est comme nous l'avons dit l'intégration de deux éléments dans une structure unique avec dépendance du terme premier eu égard au terme occurrent. » Ce qui veut dire que dans la langue arabe le fonctionnement des deux axes se fait en même temps. Hadj salah, 1979. pp. 520-521).

Cette méthode est celle appliquée à Rennes II, au CHU Pontchailloux qui constitue, pour nous, une base dans l'analyse du langage des aphasiques arabophones algérien en exploitant, pour notre part, le modèle linguistique néo-khalilien. (Hadj salah, 1976).

En perspective, et pour installer une pratique clinique adéquate, il faut procéder à :

- La formation clinique dans la prise en charge des aphasiques.
- Adaptation des tests sur des aphasiques arabophones.

- Construction de tests pour l'évaluation des aphasiques que ça soit dans un but de diagnostic ou pour la prise en charge thérapeutique.

-Recours aux stratégies de compensation afin de permettre une évaluation précise du type de compensation introduite par les aphasiques dans leurs productions langagières et permettre une meilleure récupération du trouble aphasique

-Construction d'épreuves en partant de la méthodologie d'observation clinique, à l'image de celle appliquée à Rennes II pour l'analyse des aphasiques. Le but ici, n'est pas l'utilisation d'un test standard pour décrire les troubles caractérisant les sujets aphasiques, mais la construction de tests expérimentaux pour l'observation des troubles aphasiques en partant d'un modèle d'analyse du langage ayant pour finalité l'explication de l'origine des troubles, par la délimitation des processus linguistique responsables de cette manifestation pathologique du langage. Cette approche se distingue des approches descriptives qui recours à l'utilisation des tests standards on pour finalité la description des erreurs et des réussites chez les aphasiques. Au contraire, dans notre approche, le travail est orienté vers l'explication des raisons de l'apparition des troubles sous des formes diverses.

Bibliographie :

Blanche Ducarne. (1976). *Test pour l'examen de l'aphasie : Épreuves cliniques*. Paris : Centre de psychologie appliquée.

Fix, J. (1990). *Neuro-anatomie*. Bruxelles : De Boeck et Larcier.

Gagnepain, J. (1988). Des conditions de possibilité des sciences humaines (Transcription d'une table ronde avec Jean Gagnepain). *Anthropologiques*, (21), 21.

Guiyard, H. (1994). Pour une linguistique clinique. *Tétralogique*, (16), 16.

Guyard, H. (1988). Le test du test. *Tétralogique*, (5), 45.

Guyard, H. (1994). Le test du test. *Tétralogique*, (80), 80.

Guyard, H. (s.d.). *Le test du test*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Hadj Salah, A. (1976). *Linguistique arabe et linguistique générale : Essai de méthodologie et d'épistémologie du 'ilm al-'arabiyya* (Tome II). Alger : Publication de l'Académie algérienne de la langue arabe, ENAG.

Jambaqué, I., & Lelord, A. (2008). *Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte*. Paris : Belin.

Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2002). *Cerveau et comportement*. Bruxelles : De Boeck et Larcier.

Lhermitte, F. (1979). *L'aphasie*. Paris/Montréal : Flammarion / Presses de l'Université de Montréal.

- Mazaux, J.-M., & Démonet, J.-F. (2001). Les principaux tests francophones d'évaluation de l'aphasie. In J.-M. Mazaux & J.-F. Démonet (Eds.), *Aphasie : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires*. Paris : Masson.
- Monneret, P. (2003). *Notions de neurolinguistique théorique* (Collection Langages). Éditions Universitaires de Dijon. <https://hal.science/hal-01084406>
- Ombredane, A. (1951). *L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite*. Paris : Presses Universitaires de France..
- Pinker, S. (1999). *L'instinct du langage*. Paris : Odile Jacob.
- Casadio, P. (2003). *Pragmatique chez les traumatisés crâniens*. <http://www.cplol.org>
- Nespoulous, J.-L., Joannette, Y., Lecours, A. R., Lafond, D., Lévesque, M., & Puel, M. (1986). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT-86)*. Éditions du Centre de recherche en sciences neurologiques, Université de Montréal..
- Quentel, J.-C., & Beaud, L. (2008). La déconstruction du langage à travers la théorie de la médiation. *Al-Lisaniyyat*, (14–15), 25–39. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00909090>
- Rondal, J. A. (1998). Pour une évaluation intégrative du langage oral. *Rééducation orthophonique*, (196), 60.
- Seron, X. (1993). *La neuropsychologie cognitive* (3e éd.). Paris : Presses Universitaires de France. (Collection : Que sais-je ?)
- Van Eeckhout, P. (2001). *Le langage blessé : Reparer après un accident cérébral*. Paris : Albin Michel / SIA.