

Mémoire de fin d'études
Pour l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'État en Informatique
Option : Systèmes Informatiques

Création d'un corpus de l'aphasie de Broca et
développement d'un système Speech-to-speech de
réhabilitation de la parole

Réalisé par :
BELGOUMRI Mohammed
Djameleddine
im_belgoumri@esi.dz

Encadré par :
Pr. SMAILI Kamel
smaili@loria.fr
Dr. LANGLOIS David
david.langlois@loria.fr
Dr. ZAKARIA Chahnez
c_zakaria@esi.dz

Table des matières

Page de garde	i
Table des matières	i
Table des figures	ii
Sigles et abréviations	iii
1 Notions générales	1
1.1 Aphasie de Broca	1
1.1.1 Histoire et anatomie de l'aphasie	1
1.1.2 Classification des syndromes aphasique	4
1.1.3 Causes, prévalence et incidence de l'aphasie	4
1.1.4 Effet de l'aphasie de Broca sur la qualité de vie	5
1.2 Solution proposée	6
1.2.1 Automatisation de la rééducation de la parole	6
Bibliographie	8

Table des figures

1.1	Cerveau de Victor Louis Leborgne avec la lésion encadrée	2
1.2	Encéphale humain.	3
1.3	Division morphologique et fonctionnelle du cerveau.	3
1.4	Comparaison de la qualité de vie de communication chez les individus saints et ceux qui souffrent de l'aphasie de Broca.	5
1.5	Diagramme du fonctionnement du système proposé.	6

Sigles et abréviations

AVC accident vasculaire cérébrale

Chapitre 1

Notions générales

Dans ce chapitre, nous traçons les grandes lignes de notre étude. Nous commençons par introduire les détails du problème principal que nous abordons (à savoir l’aphasie de Broca). Ensuite, nous présentons l’architecture globale de la solution que nous proposons. Dans les deux chapitres suivants, nous explorons la littérature sur les méthodes possibles pour implémenter notre solution.

1.1 Aphasie de Broca

L’aphasie ; emprunté au Grec ancien ἀφασία qui veut dire “mutisme”, est un trouble de communication d’origine neurologique (LAROUSSE, s. d.). Elle affecte la capacité à comprendre le langage, s’y exprimer ou les deux. L’aphasie n’est pas causée par un trouble moteur, sensoriel, psychique ou intellectuel (CHAPEY, 2008). Sa cause principale est un accident vasculaire cérébrale (AVC), mais elle peut également être le résultat d’une infection ou tumeur cérébrale, un traumatisme crânien, un trouble métabolique comme le diabète ou une maladie neurodégénérative comme l’Alzheimer (HALLOWELL, 2017).

1.1.1 Histoire et anatomie de l’aphasie

Louis Victor Leborgne, né en 1809 à Moret-sur-Loing commence à perdre la capacité de parler à l’âge de 30 ans. Il est admis à l’hôpital de Bicêtre où il passerait 21 ans pendant lesquelles, il ne communique qu’en produisant le son “tan”, typiquement répété deux fois, si bien qu’on lui a donné le surnom “monsieur Tan tan” (MOHAMMED et al., 2018).

Le 11 avril 1861, monsieur Leborgne est examiné par Dr. Pierre Paul Broca pour une gangrène dans son pied droit. Dr. Broca s’intéresse au trouble linguistique dont souffre son patient (LORCH, 2011). Il fait l’observation que les facultés intellectuelles et motrices de monsieur Leborgne sont intactes, il en conclut qu’elles ne peuvent être à l’origine de son handicap. Dr. Broca donne le nom “aphémie” à ce type de situation (BROCA, 1861), il en écrit :

“Cette abolition de la parole, chez des individus qui ne sont ni paralysés ni idiots, constitue un symptôme assez singulier pour qu’il me paraisse utile de la désigner sous un nom spécial. Je lui donnerai donc le nom d’aphémie (α privatif ; $\varphi\eta\mu$, je parle, je prononce) ; car ce qui manque à ces malades, c’est seulement la faculté d’articuler les mots.”

— BROCA, 1861.

Dr. Broca prend ce constat comme confirmation de ce qu’il appelait “le principe de localisations cérébrales”. Il s’agit de l’idée que le cerveau fonctionne comme système à plusieurs composants plutôt qu’un monolithe et que les fonctions cognitives sont spatialement localisées (FODOR, 1983).

Quand monsieur Leborgne est décédé le 17 avril, Dr. Broca lui fait l’autopsie. En ouvrant le crâne, il observe une lésion dans le cortex inférieur gauche du lobe frontale (voir Figure 1.1). Il en déduit que (1) cette lésion était à l’origine de l’aphémie de monsieur Leborgne et que (2) la partie affectée du cerveau est responsable d’articuler des expressions dans le langage (BROCA, 1861 ; LORCH, 2011 ; MOHAMMED et al., 2018).

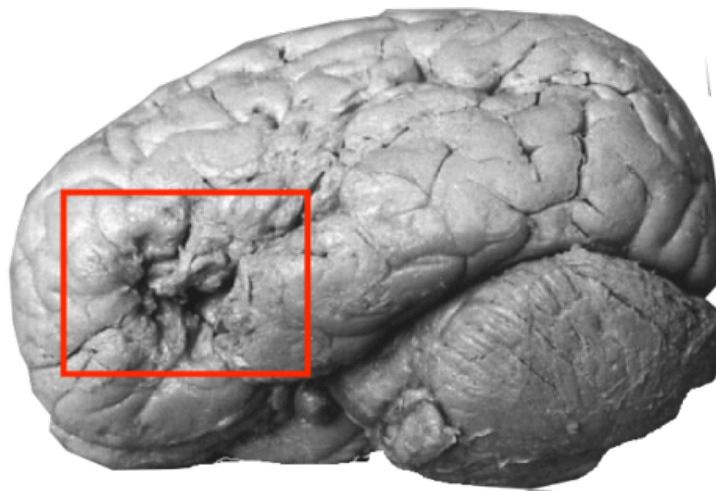


FIGURE 1.1 – Cerveau de Victor Louis Leborgne avec la lésion encadrée

Le trouble que Dr. Broca appelle “aphémie” est aujourd’hui connu sous le nom d’aphasie de Broca. Le cas de monsieur Leborgne est largement reconnu comme le premier cas enregistré d’aphasie en général et d’aphasie de Broca en particulier (MOHAMMED et al., 2018).

La quête de comprendre l’aphasie en général et celle de Broca en particulier, commence avec le cerveau. Celui des humains est le système le plus complexe connu (SCIENCES et al., 1992). Avec le cervelet et le tronc cérébral, il forme l’encéphale (voir Figure 1.2). Le cerveau se charge du traitement des flux nerveux sensoriels et moteurs. Il est aussi le siège des hautes fonctions cognitives comme l’inférence logique, l’émotion et — crucialement pour notre étude — le traitement du langage (FODOR, 1983).

Le cerveau est composé de deux hémisphères ; chacun desquels se divise en lobes : frontal, temporal, pariétal et occipital (voir Figure 1.3a). La surface du cerveau s’appelle

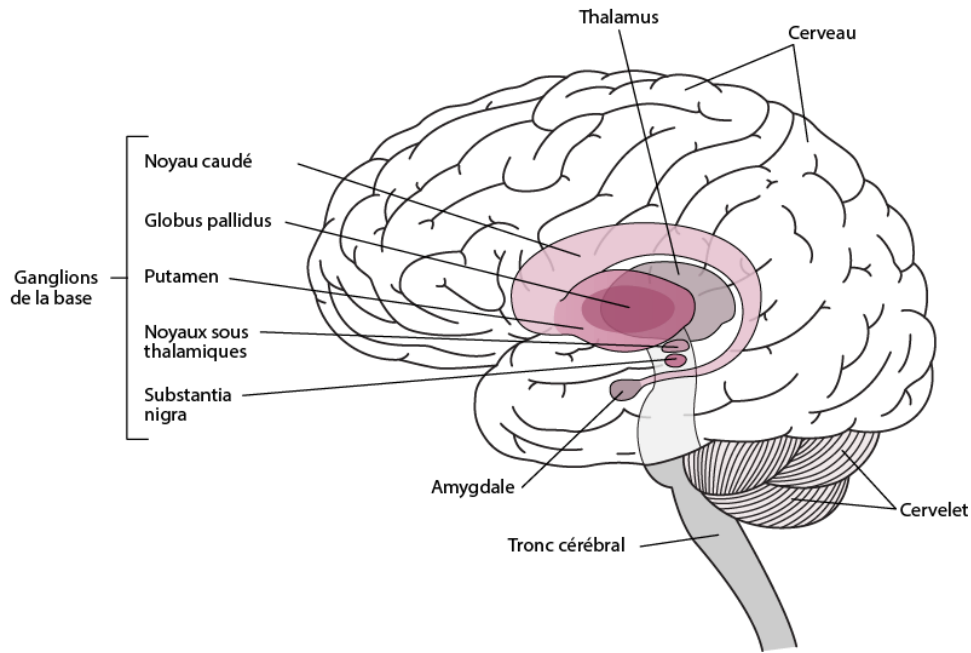
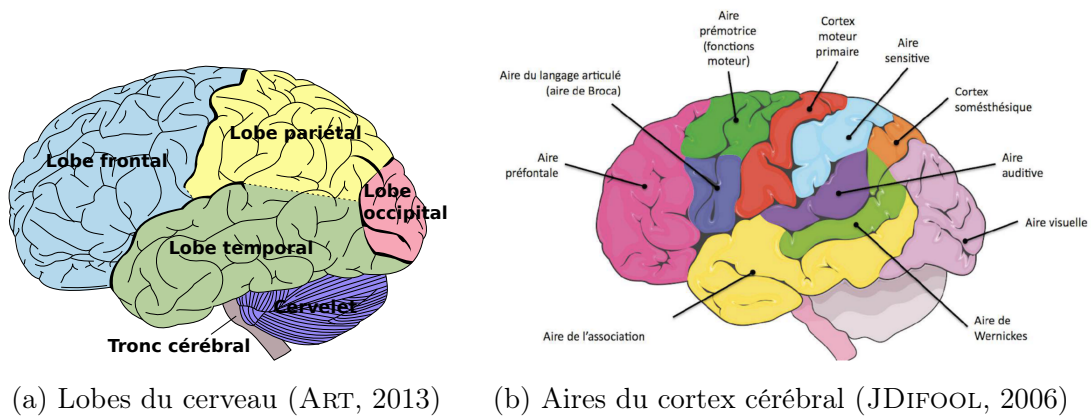


FIGURE 1.2 – Encéphale humain (« Noyaux gris centraux », s. d.).

le “cortex cérébral”. Il présente plusieurs circonvolutions qui augmentent considérablement sa surface. Le cortex cérébral est divisé en régions fonctionnelles que nous appelons “aires” (voir Figure 1.3b). Le travail de Dr. Broca sur le cas de M. Leborgne sont largement reconnus comme l’origine de cette division (FODOR, 1983).



(a) Lobes du cerveau (ART, 2013) (b) Aires du cortex cérébral (JDIFOL, 2006)

FIGURE 1.3 – Division morphologique et fonctionnelle du cerveau.

En particulier, la région du cerveau de M. Leborgne où Dr. Broca observe la lésion, correspond à l’aire qui porte son nom (aire de Broca). Ce dernier et celui de Wernicke jouent un rôle pivot pour l’aphasie (HALLOWELL, 2017).

1.1.2 Classification des syndromes aphasique

La définition que nous avons donnée de l'aphasie s'applique à une multitude de troubles dissimilaires en cause (région touchée du cerveau) et effet (conséquences pour la communication) (HALLOWELL, 2017). On parle de *syndromes*. La table 1.1 présente une classification des syndromes aphasiques classiques. En particulier, notre sujet d'intérêt, l'aphasie

Syndrome Aphasique	Expressive / Réceptive	Localisation de la Lésion	Effet sur la Compréhension	Effet sur l'Expression
Aphasie de Wernicke	Réceptive	Aire de Wernicke (Brodmann 22 ¹)	Modéré à sévère	Modéré à sévère
Aphasie de Broca	Expressive	Aire de Broca (Brodmann 44, 45)	Léger à modéré	Modéré à sévère
Aphasie de Conduction	Les deux	Brodmann 40	Léger à modéré	Léger à modéré
Aphasie Globale	Expressive	Large, touche à plusieurs régions	Sévère	Sévère
Aphasie Transcorticale Sensorielle	Réceptive	Brodmann 37, 39	Modéré à sévère	Modéré à sévère
Aphasie Transcorticale Motrice	Expressive	Brodmann 6, 8–10, 46	Léger à modéré	Léger à modéré
Aphasie Transcorticale Mixte	Expressive	Lobe Frontal inférieur	Léger à modéré	Léger à modéré

TABLE 1.1 – Classification des syndromes aphasiques classiques (HALLOWELL, 2017)

de Broca, est une aphasie expressive. Elle affecte surtout la production du langage. Sa compréhension est généralement préservée. De ce fait, les personnes atteintes de l'aphasie de Broca sont conscientes de leur handicap (CHAPEY, 2008).

1.1.3 Causes, prévalence et incidence de l'aphasie

Les AVC sont la première cause d'aphasie (HALLOWELL, 2017). En effet, 30% des individus atteints d'un AVC développent une aphasie (FLOWERS et al., 2016). Parmi ces individus, 43% ont une aphasie de Broca (CNSA, 2015). Étant donné que 13 millions de personnes sont touchées par un AVC chaque année (SMAÏLI et al., 2022), cela représente environ 3.9 millions de cas d'aphasie par an (une incidence d'un peu moins de 0.05%). Inversement, 75% des cas d'aphasie sont causés par un AVC (CNSA, 2015).

Il est difficile d'estimer l'incidence et la prévalence globales de l'aphasie. Ceci est due au manque de données dans la majorité des pays du monde. Cependant, le peu de données disponibles donnent des valeurs consistantes avec le 0.05% estimé ci-dessus. Selon l'association nationale de l'aphasie (« National Aphasia Association », s. d.), 2 millions Américains en souffrent, une prévalence de 0.6%. En France, ce chiffre est de l'ordre de

1. BRODMANN, 2007.

300000 cas, 30000 desquels sont nouveaux (CNSA, 2015). Ceci donne une prévalence de 0.44% et un taux d'incidence 0.044%.

L'âge est un facteur de risque très important pour les AVC, il l'est donc également pour l'aphasie. En effet, l'âge moyen des individus Français atteints de l'aphasie est 73 ans. 75% parmi eux sont âgés de plus de 65 ans dont 25% dépassent les 80 ans (CNSA, 2015).

1.1.4 Effet de l'aphasie de Broca sur la qualité de vie

Il n'est pas surprenant que l'aphasie ait un impact négatif sur la qualité de vie des individus qui en souffrent. En effet, les individus atteints d'aphasie ont une moins bonne qualité de vie que les individus en bonne santé selon les critères WHOQOL-BERF² et WPI³(voir Table 1.2, ROSS et WERTZ, 2010).

Measure	Mean	Range	SD	Mean difference	95% C. I. ^a of difference	t(34)
<i>WHOQOL-BREF Transformed total</i>						
NBI participants	108.44	94.00–125.00	10.02			
Aphasic participants	96.11	68.00–124.00	14.05	12.23	4.07–20.60	3.03**
<i>WHOQOL-BREF overall QOL and general health rating</i>						
NBI participants	8.44	6.00–10.00	1.58			
Aphasic participants	7.22	4.00–10.00	1.52	1.22	0.17–2.27	2.37*
<i>WPI total</i>						
NBI participants	36.33	28.00–42.00	3.40			
Aphasic participants	31.72	22.00–41.00	5.90	4.61	1.35–2.87	2.87**

TABLE 1.2 – Comparaison de la qualité de vie chez les individus sains et ceux qui souffrent d'une aphasie (ROSS & WERTZ, 2010).

En particulier, l'aphasie de Broca diminue mesurablement la qualité de vie des individus qu'elle affecte dans toute tâche qui nécessite la communication (PALLAVI et al., 2018). La Table 1.4 le montre bien pour les trois exemples d'activités sociales, confiances en soi et capacité à réaliser ses responsabilités quotidiennes.



FIGURE 1.4 – Comparaison de la qualité de vie de communication chez les individus sains et ceux qui souffrent de l'aphasie de Broca (PALLAVI et al., 2018).

2. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

3. <https://www.acqol.com.au/instruments>

L’aphasie de Broca est également associée à une augmentation du risque d’hospitalisation et de décès (FLOWERS et al., 2016). Elle est aussi corrélée à un risque accru de maladies mentales, dépression et même tentative de suicide (COSTANZA et al., 2021 ; MORRISON, 2016). Ce dernier point est particulièrement grave en raison du fait que les personnes atteintes de l’aphasie de Broca sont généralement (1) âgées, (2) socialement isolées à causes de leur sentiment d’infériorité et (3) ont du mal à communiquer leur intention de suicide à cause de leur handicap. Il est donc urgent d’intervenir pour mitiger ces risques ainsi que la sévérité des effets qu’a l’aphasie.

1.2 Solution proposée

Il n’existe pas de traitement général de l’aphasie de Broca. L’intervention thérapeutique est donc adaptée à chaque patient (ACHARYA & WROTEN, 2022). Un point commun à la plupart des thérapies, est l’utilisation d’exercices orthophoniques pour la rééducation de la parole. Des exemples de tels exercices sont la répétition de phrases, la description d’images et la narration de récits (da FONTOURA et al., 2012). En dépit d’être la méthode la plus efficace dont on dispose, cette approche est très chronophage étant donné que la majorité des patients ne bénéficient que de 1–3 séances par semaine (da FONTOURA et al., 2012). Elle est également coûteuse, avec un coût moyen dans les milliers de dollars par patient (JACOBS & ELLIS, 2021 ; LIU et al., 2021), ce qui la rend très inaccessible. Ces lacunes sont inacceptables dans le contexte des effets dévastateurs de l’aphasie de Broca que nous avons décrits précédemment.

1.2.1 Automatisation de la rééducation de la parole

Une façon d’augmenter l’accessibilité de la rééducation de la parole — et donc de mitiger les effets de l’aphasie de Broca — est de l’automatiser. Un système automatique de rééducation n’a aucune contrainte temporelle. Le nombre de séances par semaine n’est limité que par la disponibilité du patient, plutôt que par le nombre d’orthophonistes disponibles. Il élimine également le deuxième obstacle à l’accessibilité en ramenant le coût du traitement à celui du matériel nécessaire.

Dans ce travail, nous proposons la création d’un système informatique pour la correction de la parole produite par une personne atteinte de l’aphasie de Broca. Il s’agit d’une tâche assez commune dans le traitement orthophonique dispensé à ces patients (ACHARYA & WROTEN, 2022 ; da FONTOURA et al., 2012). Le système doit être capable de transformer l’audio S_A (pour son aphasique) de la parole produite par le patient en l’audio S_C (pour son corrigé) d’une parole correcte (voir la Figure 1.5).

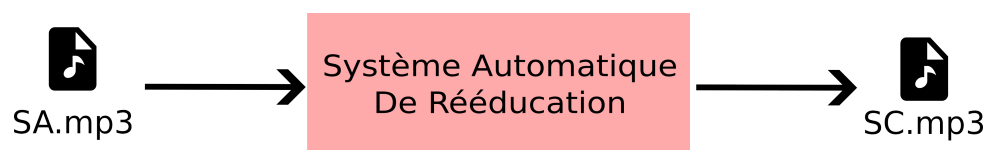


FIGURE 1.5 – Diagramme du fonctionnement du système proposé.

Bibliographie

- (s. d.). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- (s. d.). <https://www.acqol.com.au/instruments>
- ACHARYA, A. B., & WROTEN, M. (2022). Broca Aphasia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436010/>
- ART, S. M. (2013). *English : Functional areas of the brain*. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cerveau.jpg>
- BROCA, M. P. (1861). REMARQUES SUR LE SIÈGE DE LA FACULTÉ DU LANGAGE ARTICULÉ, SUIVIES D'UNE OBSERVATION D'APHÉMIE (PERTE DE LA PAROLE), 18.
- BRODMANN, K. (2007). *Brodmann's : Localisation in the Cerebral Cortex*. Springer Science & Business Media.
- CHAPEY, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- CNSA, C. n. d. s. p. l. (2015). session de sensibilisation. https://www.cnsa.fr/documentation/dossierpressefno_021015_bd.pdf
- COSTANZA, A., AMERIO, A., AGUGLIA, A., MAGNANI, L., SERAFINI, G., AMORE, M., MERLI, R., AMBROSETTI, J., BONDOLFI, G., MARZANO, L., & BERARDELLI, I. (2021). “Hard to Say, Hard to Understand, Hard to Live” : Possible Associations between Neurologic Language Impairments and Suicide Risk. *Brain Sciences*, 11(12), 1594. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121594>
- da FONTOURA, D. R., RODRIGUES, J. d. C., CARNEIRO, L. B. d. S., MONÇÃO, A. M., & de SALLES, J. F. (2012). Rehabilitation of language in expressive aphasias : a literature review. *Dementia & Neuropsychologia*, 6(4), 223-235. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642012DN06040006>
- FLOWERS, H., SKORETZ, S., SILVER, F., ROCHON, E., FANG, J., FLAMAND-ROZE, C., & MARTINO, R. (2016). Poststroke Aphasia Frequency, Recovery, and Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97, 2188-2201. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.006>
- FODOR, J. A. (1983). *The Modularity of Mind* [Google-Books-ID : 0vg0AwAAQBAJ]. MIT Press.
- HALLOWELL, B. (2017). *Aphasia and Other Acquired Neurogenic Language Disorders : A Guide for Clinical Excellence*. Plural Publishing.
- JACOBS, M., & ELLIS, C. (2021). Estimating the cost and value of functional changes in communication ability following telepractice treatment for aphasia. *PLOS ONE*, 16(9), e0257462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257462>
- JDIFOOL, t. p., Mysid. (2006). *Français : Les principaux lobes du cerveau, vue latérale gauche. Inspiré de la figure 728 de Gray's Anatomy*. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Brain%C3%9C_diagram%C3%9C_fr.svg

- LAROUSSE. (s. d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aphasie/4448>
- LIU, Z., HUANG, J., XU, Y., WU, J., TAO, J., & CHEN, L. (2021). Cost-effectiveness of speech and language therapy plus scalp acupuncture versus speech and language therapy alone for community-based patients with Broca’s aphasia after stroke : a post hoc analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(9), e046609. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046609>
- LORCH, M. (2011). Re-examining Paul Broca’s initial presentation of M. Leborgne : Understanding the impetus for brain and language research. *Cortex*, 47(10), 1228-1235. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.06.022>
- MOHAMMED, N., NARAYAN, V., PATRA, D. P., & NANDA, A. (2018). Louis Victor Leborgne (“Tan”). *World Neurosurgery*, 114, 121-125. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.02.021>
- MORRISON, M. (2016). I would tell you if I could : Language loss, depression, and the challenge of treating patients with aphasia. 8(1). *National Aphasia Association*. (s. d.). <https://www.aphasia.org/>
- Noyaux gris centraux. (s. d.). <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/figure/noyaux-gris-centraux>
- PALLAVI, J., PERUMAL, R. C., & KRUPA, M. (2018). Quality of Communication Life in Individuals with Broca’s Aphasia and Normal Individuals : A Comparative Study. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 21(4), 285-289. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_489_17
- ROSS, K., & WERTZ, R. (2010). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*. <https://doi.org/10.1080/02687030244000716>
- SCIENCES, N. A. o., MEDICINE, I. o., & ACKERMAN, S. (1992). *Discovering the Brain* [Google-Books-ID : 3ypUq9nuncQC]. National Academies Press.
- SMAÏLI, K., LANGLOIS, D., & PRIBIL, P. (2022). Language rehabilitation of people with BROCA aphasia using deep neural machine translation. *Fifth International Conference Computational Linguistics in Bulgaria*, 162.