



Aix-Marseille Université

*Institut Méditerranéen des Sciences de l'Information et la
Communication- IMSIC (EA 7492)*

Note de Recherche – Février 2026

**310 000 aphasiques en France, un coût annuel dépassant le
milliard d'euros**

**Un handicap de communication pourtant méconnu et absent des
politiques publiques**

Didier Courbet (1)

(1) Professeur des Universités et chercheur à l'Institut Méditerranéen des Sciences de l'Information et de la Communication à Aix-Marseille Université. Également Psychologue de la santé, il est ou a été expert pour plusieurs organismes de santé publique en France (Ministère de la Santé, Santé Publique France, Haut Conseil de la Santé Publique, ANSES, INSERM). Il est membre du Conseil d'Administration et du conseil scientifique de la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF). <https://cv.hal.science/courbet-didier>. didier.courbet@univ-amu.fr

Pour citer ce document : Courbet, D. (2026). *310 000 aphasiques en France, un coût annuel dépassant le milliard d'euros Un handicap de communication pourtant méconnu et absent des politiques publiques*, Note de recherche, Aix-Marseille Université, Institut Méditerranéen des Sciences de l'Information et de la Communication, Février 2026.

Résumé

Introduction et objectif

L'aphasie est un trouble acquis du langage, le plus souvent consécutif à un accident vasculaire cérébral, qui altère durablement la communication sans affecter l'intelligence ni les capacités de raisonnement. Elle constitue un handicap de communication majeur, associé à une dégradation de la qualité de vie, à une souffrance psychologique et à un isolement social. En France, le nombre de personnes concernées ainsi que le coût économique global de l'aphasie demeurent insuffisamment documentés. Cet article vise à estimer ces deux dimensions.

Méthode

Deux études complémentaires ont été menées. La première repose sur l'articulation de données épidémiologiques nationales et internationales mobilisées dans un raisonnement d'estimation progressif afin d'évaluer le nombre de personnes aphasiques en France. La seconde mobilise une méthode validée en économie de la santé pour estimer le coût économique annuel de l'aphasie en France, en intégrant les coûts de soins, les pertes de productivité et l'aide informelle.

Résultats

Les résultats indiquent qu'environ 307 000 personnes souffrent d'aphasie en France, dans une fourchette comprise entre 293 000 et 321 000. Le coût économique annuel de l'aphasie est estimé à environ 1,1 milliard d'euros, dans une fourchette comprise entre 1,0 et 1,2 milliard d'euros.

Conclusion

En rendant visible l'ampleur humaine et le poids économique de l'aphasie, cet article met en évidence un enjeu majeur de santé publique et de politique du handicap. Il souligne l'urgence d'actions coordonnées en faveur des personnes aphasiques et de leurs aidants.

310,000 people with aphasia in France, an annual cost exceeding one billion euros

A communication disability that remains poorly understood and absent from public policy.

Abstract

Introduction and objective

Aphasia is an acquired language disorder, most often resulting from a stroke, which durably impairs communication without affecting intelligence or reasoning abilities. It constitutes a major communication disability, associated with a deterioration in quality of life, significant psychological distress, and social isolation. In France, both the number of people affected and the overall economic cost of aphasia remain insufficiently documented. This article aims to estimate these two dimensions.

Method

Two complementary studies were conducted. The first is based on the articulation of national and international epidemiological data within a stepwise estimation framework in order to assess the number of people living with aphasia in France. The second relies on a method validated in health economics to estimate the annual economic cost of aphasia in France, integrating healthcare costs, productivity losses, and informal care.

Results

The results indicate that approximately 307,000 people are living with aphasia in France, within a range of 293,000 to 321,000. The annual economic cost of aphasia is estimated at approximately €1.1 billion.

Conclusion

By making visible both the human burden and the economic weight of aphasia, this article highlights a major public health and disability policy issue. It underscores the urgency of coordinated actions in support of people with aphasia and their caregivers.

Introduction

L'aphasie est une déficience acquise des fonctions du langage, survenant à la suite le plus souvent d'un accident vasculaire cérébral, parfois d'un traumatisme crânien, d'une tumeur cérébrale, d'une infection ou d'une maladie neuro-dégénérative. Elle se caractérise par des atteintes variables de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral et/ou écrit, entraînant des limitations plus ou moins importantes des activités de communication. Ces limitations se traduisent par des restrictions durables de participation sociale, familiale, professionnelle et citoyenne, c'est-à-dire par des difficultés majeures dans l'implication de la personne dans les situations ordinaires de la vie quotidienne. À ce titre, l'aphasie constitue un handicap de communication au sens de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001).

L'aphasie n'affecte ni l'intelligence, ni les capacités de raisonnement, de discernement ou de prise de décision des personnes concernées. De nombreux travaux ont montré que les processus cognitifs fondamentaux, la pensée et les capacités de jugement peuvent demeurer préservés malgré des atteintes sévères du langage (Darrigrand et al., 2011 ; Whitworth et al., 2014 ; Fedorenko & Varley, 2016 ; Fedorenko, Piantadosi & Gibson, 2024 ; Fedorenko, 2025). Les personnes aphasiques savent ce qu'elles veulent dire, formulent des intentions de communication claires et conservent leur capacité à comprendre le monde et à prendre des décisions mais rencontrent des difficultés parfois majeures pour exprimer leurs pensées et interagir avec autrui. Cette dissociation entre intégrité cognitive et entrave communicationnelle constitue une source de frustration et de souffrance intenses et persistante. Il convient de souligner que certaines formes rares d'aphasie, telles que l'aphasie primaire progressive, s'inscrivent dans un processus neurodégénératif et s'accompagnent, au fil du temps, d'une dégradation de fonctions cognitives, ce qui n'est pas le cas des aphasies post-AVC (sauf en cas de rares complications). À la suite d'un accident vasculaire cérébral, l'aphasie est en effet initialement fréquente mais évolutive : chez un nombre important de patients, les troubles du langage s'améliorent progressivement au cours des semaines suivant l'AVC, pouvant parfois

disparaître sans laisser de séquelles durables ; on parle alors d'aphasie transitoire. À l'inverse, lorsque des difficultés langagières persistent au-delà de la phase subaiguë, celles-ci sont considérées comme chroniques : la plupart des évolutions étant stabilisées environ trois mois après l'AVC (Ali et al., 2015), il s'agit alors d'une aphasie dite « persistante », dont le degré de gravité peut varier de minime (aphasie « à peine perceptible » selon l'échelle Aphasia Severity Rating Scale (ASRS, Goodglass et al., 2001) à très sévère. Parfois, d'autres difficultés cognitives peuvent coexister selon la localisation et l'étendue des lésions dues à l'AVC.

Les conséquences psychologiques et sociales de l'aphasie sont aujourd'hui largement documentées et dessinent un tableau particulièrement alarmant. L'aphasie est le trouble entraînant l'altération la plus sévère de la qualité de vie liée à la santé, devant plus de soixante maladies graves, dont le cancer, et des formes de handicap lourd telles que la tétraplégie, ce qui en fait l'affection générant la souffrance psychologique et sociale la plus élevée (Lam & Wodchis, 2010). Dès les premiers mois suivant l'événement causal (par ex., un AVC), jusqu'à 70 % des personnes aphasiques présentent des symptômes dépressifs ; cette proportion demeure très élevée à douze mois (environ 62 %), suggérant un effondrement psychologique durable plutôt qu'une réaction transitoire (Kauhanen et al., 2000). Par ailleurs, environ 44 % des personnes aphasiques présentent des symptômes anxieux cliniquement significatifs (Morris et al., 2017). Sur le plan psychosocial, à trois mois post-AVC, 93 % rapportent une détresse psychologique élevée, étroitement liée à la solitude et à une faible satisfaction sociale (Hilari et al., 2010). À plus long terme, la littérature souligne la persistance d'un stress chronique, fortement associé à la dépression et à la détresse émotionnelle (Hunting Pompon et al., 2018 ; Laures-Gore et al., 2017). Enfin, à l'échelle populationnelle, environ une personne sur trois présentant une aphasie post-AVC répond aux critères d'un trouble dépressif caractérisé (Vogel-Eyny et al., 2025).

Malgré ce constat particulièrement alarmant, ce handicap de communication demeure largement invisible dans les statistiques, les politiques publiques et le débat sociétal en France. Deux dimensions essentielles restent à ce jour insuffisamment connues. La première concerne le nombre de personnes vivant avec une aphasie sur le territoire national. En l'absence de registre rigoureux, l'ampleur réelle de l'aphasie en France demeure incertaine, ce qui limite la capacité des pouvoirs publics et des acteurs de santé à planifier les soins, organiser les parcours de rééducation, former les professionnels et adapter les dispositifs de compensation du handicap. De son côté, la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF) mentionne un ordre de grandeur d'environ 300 000 personnes aphasiques, sans disposer à ce jour, en interne, d'éléments de calcul ou de documents permettant d'en retracer précisément les fondements épidémiologiques.

La seconde dimension concerne le coût économique global de l'aphasie pour la société française. Si les conséquences humaines sont documentées, leur traduction en termes économiques reste largement méconnue, contribuant à la sous-estimation de l'aphasie comme enjeu de santé publique et de politique du handicap. Alors que de nombreuses pathologies chroniques et situations de handicap font l'objet d'estimations régulières de leur coût économique, l'aphasie demeure largement absente de ces analyses en France.

La quantification du coût économique de l'aphasie constitue un levier essentiel de reconnaissance institutionnelle. En économie de la santé, l'estimation des coûts associés à un handicap permet de rendre visibles des charges souvent dispersées, supportées par le système de soins, le marché du travail et les proches aidants. Elle permet de dépasser une approche strictement clinique pour inscrire l'aphasie dans une perspective collective et sociétale.

Au-delà de l'aide à la décision publique, de telles estimations constituent également un outil central de structuration du débat scientifique, d'information des acteurs de la prise en charge et

de sensibilisation des décideurs. Dans un contexte de ressources publiques contraintes, la connaissance du coût économique éclaire les décisions publiques, justifie des investissements ciblés et permet d'arbitrer entre différentes priorités de santé publique.

C'est dans cette perspective que le présent article articule deux études complémentaires. La première propose une estimation du nombre de personnes aphasiques vivant en France afin de fournir un socle épidémiologique robuste. La seconde s'appuie sur cette estimation pour évaluer le coût économique annuel de l'aphasie en France, en intégrant les coûts de soins, les pertes de productivité et l'aide informelle, avec des ajustements adaptés au contexte français. L'articulation de ces deux études permet de rendre visible l'ampleur de l'aphasie, tant sur le plan humain qu'économique, et de renforcer sa reconnaissance comme enjeu majeur de santé publique et de politique du handicap.

Étude 1. Estimation du nombre de personnes aphasiques en France

L'estimation repose sur un raisonnement progressif articulant des données nationales issues du Système national des données de santé (SNDS), des données internationales relatives à la prévalence de l'aphasie post-AVC, et des hypothèses explicitement formulées concernant la répartition étiologique des aphasies. En l'absence de données nationales exhaustives permettant une quantification directe et précise, cette approche conduit à privilégier l'établissement d'intervalles d'estimation (« fourchettes »), afin de tenir compte des incertitudes méthodologiques et de l'hétérogénéité des sources disponibles. Sur cette base, la méthode suivie et le plan de l'étude consistent à procéder successivement à l'estimation du nombre de personnes vivant avec des séquelles d'accident vasculaire cérébral, à la détermination de la proportion d'aphasie persistante après la phase subaiguë, à l'intégration des nouveaux cas survenant au cours des trois premiers mois post-AVC, puis à l'ajustement final intégrant la part des aphasies d'étiologies non vasculaires.

1. Nombre de personnes vivant en France avec des séquelles d'accident vasculaire cérébral

En France, le nombre de personnes vivant avec des séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC) peut être estimé à partir des données du Système national des données de santé. D'après la Cartographie des pathologies et des dépenses de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, tous régimes confondus, 844 500 personnes étaient prises en charge en 2023 pour des séquelles d'AVC. Ces séquelles correspondent généralement à des troubles persistants plusieurs mois après l'événement aigu, la prise en compte administrative débutant le plus souvent l'année suivant l'AVC (Caisse nationale de l'Assurance Maladie, 2024). Néanmoins, cette cartographie ne documente pas précisément le délai à partir duquel les personnes sont intégrées après l'AVC : si l'inclusion semble intervenir une fois la phase chronique engagée, son calendrier exact demeure incertain (Caisse nationale de l'Assurance Maladie, 2024, 2025). Dans ce contexte d'imprécision méthodologique, la présente estimation adopte une approche volontairement prudente, susceptible de conduire à une surestimation du nombre de personnes présentant une aphasie post-AVC.

2. Proportion de personnes aphasiques après un AVC après la phase subaiguë

L'estimation de la proportion de personnes présentant une aphasie persistante après un accident vasculaire cérébral dépend fortement des critères diagnostiques retenus, du moment de l'évaluation et des outils de mesure utilisés. La littérature internationale met en évidence une

hétérogénéité méthodologique importante, qui explique les variations observées dans les taux rapportés.

2.1. Limites méthodologiques des études existantes

Un grand nombre d'études épidémiologiques reposent sur une appréciation clinique de l'aphasie, souvent limitée aux formes modérées à sévères, sans recours systématique à des échelles standardisées permettant d'évaluer précisément le niveau d'aphasie. Dans ces travaux, les aphasies légères sont fréquemment exclues, soit parce qu'elles sont difficilement identifiées lors de l'examen clinique, soit parce qu'elles ne sont pas considérées comme cliniquement significatives (Pedersen et al., 1995 ; Flowers et al., 2016 ; Grönberg et al., 2022). Cette approche conduit mécaniquement à une sous-estimation de la prévalence réelle de l'aphasie, en particulier après la phase subaiguë, c'est-à-dire au-delà des premières semaines suivant l'AVC, lorsque l'état du patient s'est stabilisé et que les formes sévères ont souvent partiellement récupéré mais que peuvent persister des troubles langagiers plus discrets.

2.2. Fourchette basse : aphasies cliniquement constatées, formes modérées à sévères

Plusieurs études longitudinales montrent qu'entre la phase aiguë, c'est-à-dire la période immédiatement consécutive à l'AVC (les premiers jours), et la fin de la phase subaiguë, la proportion de patients aphasiques diminue généralement de 2 à 12 points de pourcentage (Flowers et al., 2016). Lorsque l'on part d'un taux d'aphasie aiguë, le plus souvent modéré à sévère, d'environ 30 %, rapporté dans certaines études cliniques portant sur les AVC ischémiques (Grönberg et al., 2022) ou non uniquement ischémiques (Pedersen et al., 1995), cette diminution conduit à une estimation comprise entre 18 % et 28 % en phase subaiguë. Les données de suivi longitudinal indiquent par ailleurs que 40 % des patients aphasiques dans la première semaine post-AVC présentent encore une aphasie à six mois (Wade et al., 1986). En appliquant ce ratio à un taux aigu de 30 %, on obtient une estimation de 18 % de personnes présentant une aphasie persistante modérée à sévère après la phase subaiguë. Ce chiffre de 18 %, effectivement retrouvé à la sortie des services de soins dans l'étude observationnelle de Pedersen et al. (1995), constitue ainsi une borne basse prudente, correspondant à des aphasies significatives. Ces études sont cependant limitées dans la mesure où elles ne mesurent pas le degré d'aphasie avec des échelles standardisées et ne prennent pas systématiquement en compte les formes légères.

2.3. Fourchette haute : aphasies mesurées par échelle standardisée

L'étude menée par Ali, Lyden, Brady et collaborateurs (2015), fondée sur la base internationale VISTA (Virtual International Stroke Trials Archive, n = 8 904 patients) est plus rigoureuse puisqu'elle repose sur une mesure standardisée de l'aphasie, définie par un score ≥ 1 à l'item 9 (« Best Language ») du NIH Stroke Scale (NIHSS). Cette définition inclut l'ensemble du spectre des aphasies, des formes légères aux formes sévères. Les auteurs montrent que 45,7 % des patients présentent une aphasie en phase aiguë. Trois mois après l'AVC, 24 % des survivants présentent encore une aphasie. Ce taux correspond à une mesure objectivée, fondée sur une échelle validée, et non sur une simple observation clinique, comme dans un grand nombre d'autres travaux. Les données de récupération issues de cette étude, ainsi que celles de Pedersen et al. (1995), indiquent par ailleurs que la récupération langagière est généralement rapide et que 95 % des patients atteignent une fonction langagière stable dans un délai maximal de 10 semaines, y compris pour les formes sévères. Dès lors, une évaluation à trois mois peut être considérée

comme reflétant l'entrée dans une phase chronique de l'aphasie, ce qui renforce la pertinence du taux de 24 % rapporté par Ali et al. (2015).

2.4. Choix méthodologique du taux retenu

Afin d'éviter toute surestimation du nombre de personnes aphasiques, tout en tenant compte de la sous-estimation inhérente aux études cliniques excluant les formes légères, il a été choisi de retenir un taux intermédiaire, situé entre la borne basse de 18 % (aphasies modérées à sévères cliniquement constatées, mais non mesurées avec des échelles standardisées) et la borne haute de 24 % (aphasies légères à sévères mesurées par échelles standardisées). La moyenne arithmétique de ces deux valeurs (21 %) constitue un compromis méthodologique fondé sur l'état de la littérature internationale. Ce taux permet d'intégrer les aphasies légères persistantes, tout en conservant une approche prudente dans l'estimation globale.

2.5. Estimation du nombre de personnes concernées

En appliquant ce taux de 21 % au nombre de 844 500 personnes vivant en France avec des séquelles d'AVC, il est possible d'estimer qu'environ 177 345 personnes vivent actuellement avec une aphasie post-AVC persistante, tous degrés de sévérité confondus.

3. Estimation des épisodes d'aphasie post-AVC survenus au cours de l'année écoulée

Afin de compléter cette estimation fondée sur la prévalence, il convient d'intégrer les personnes ayant présenté une aphasie au cours de l'année écoulée, indépendamment de son degré de sévérité et de son évolution, qu'elle soit transitoire ou persistante. Cette estimation repose, d'une part, sur le nombre annuel de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral en France, tel que publié par l'Inserm et retenu ici de manière conservatrice à 141 000 cas (Inserm, 2025), et, d'autre part, sur les taux d'aphasie observés en phase aiguë dans la littérature internationale. Ces taux sont utilisés comme proxy afin d'estimer le nombre de personnes ayant présenté une aphasie au cours des trois premiers mois suivant l'AVC.

3.1. Scénarios d'estimation issus de la littérature internationale

Trois scénarios d'estimation sont proposés afin de tenir compte de la variabilité des taux d'aphasie rapportés selon les études et les contextes cliniques. Un premier scénario, dit élevé, retient le taux de 45,4 % observé dans l'étude d'Ali et al. (2015), correspondant à la proportion de patients présentant une aphasie, mesurées par des échelles standardisées, au moment de l'inclusion (par exemple, l'entrée en centre de soins). Appliqué à la population française victime d'un AVC, ce scénario aboutit à une estimation d'environ 64 000 personnes par an.

Un deuxième scénario, intermédiaire, s'appuie sur le taux de 38 % rapporté à l'admission dans l'étude de référence de Pedersen et al. (1995). Ce scénario conduit à une estimation d'environ 53 600 personnes concernées chaque année en France.

Un troisième scénario, dit bas, retient un taux d'aphasie de l'ordre de 30 %. Ce niveau est cohérent avec les estimations observées par Grönberg et al. (2022), ainsi qu'avec les résultats des synthèses de la littérature montrant des fréquences centrales proches de ce niveau en phase aiguë (Flowers et al., 2016). Appliqué au nombre annuel d'AVC en France, ce scénario conduit à une estimation d'environ 42 300 personnes ayant présenté une aphasie au cours des 3 premiers mois post-AVC.

3.2. Estimation du nombre total de personnes concernées par une aphasie post-AVC

En France, le nombre total de personnes concernées par une aphasie post-AVC, incluant à la fois les cas persistants (177 345 personnes) et les « nouveaux » cas, est estimé entre 220 000 et 241 000, en tenant compte des scénarios ci-dessus. Pour éviter toute surestimation, une valeur centrale prudente d'environ 231 000 personnes est retenue comme estimation globale.

4. Part des aphasies non liées à un AVC

Les données disponibles dans la littérature clinique indiquent que les accidents vasculaires cérébraux constituent la principale cause de l'aphasie chez l'adulte, représentant environ les trois quarts des cas rapportés (Sinanović et al., 2011). Le quart restant est lié à d'autres étiologies, parmi lesquelles figurent les traumatismes crâniens, les tumeurs cérébrales, les infections cérébrales ou certaines pathologies neurodégénératives, en particulier l'aphasie primaire progressive (Sinanović, 2011 ; Ardila, 2014). Sur cette base, il est possible d'estimer la part des aphasies non liées à un AVC en considérant que les aphasies post-AVC représentent environ 75 % de l'ensemble des aphasies. Le nombre total de personnes aphasiques, toutes étiologies confondues, peut ainsi être reconstitué en appliquant un coefficient correctif de $1/0,75$ aux estimations des aphasies post-AVC, soit un facteur de 1,33 (1).

5. Estimation du nombre total de personnes aphasiques en France

5.1. Fourchette basse

En retenant la borne basse des estimations précédentes, le nombre de personnes concernées par une aphasie post-AVC est estimé à environ 220 000 personnes. En appliquant le coefficient correctif de 1,33, le nombre total de personnes aphasiques, toutes étiologies confondues, peut être estimé à environ 293 000 personnes.

5.2. Fourchette intermédiaire (scénario central)

Sur la base de l'estimation centrale prudente retenue précédemment, soit environ 231 000 personnes présentant une aphasie post-AVC, le nombre total de personnes aphasiques, toutes étiologies confondues, est estimé à environ 307 000 personnes.

5.3. Fourchette haute

En retenant la borne haute des estimations des aphasies post-AVC, soit environ 241 000 personnes, le nombre total de personnes aphasiques, toutes étiologies confondues, peut être estimé à environ 321 000 personnes.

6. Choix d'une fourchette prudente et estimation retenue

Le croisement de ces différentes estimations conduit théoriquement à une fourchette globale comprise entre environ 293 000 et 321 000 personnes aphasiques en France. Toutefois, le recours systématique aux bornes hautes pourrait conduire à une surestimation du nombre total de personnes concernées, en raison notamment d'un possible recouvrement partiel entre les personnes vivant durablement avec une aphasie post-AVC et celles présentant une aphasie

transitoire, par exemple au cours des trois premiers mois suivant un AVC, de la variabilité des définitions cliniques et fonctionnelles de l'aphasie selon les études, ainsi que de l'absence de registre national exhaustif recensant l'ensemble des étiologies de l'aphasie. Dans une logique de prudence méthodologique, il apparaît donc pertinent de retenir une fourchette resserrée et de privilégier une estimation centrale fondée sur les hypothèses intermédiaires. En retenant une fourchette prudente comprise entre environ 293 000 et 321 000 personnes, l'estimation centrale est de 307 000 personnes.

7. Conclusion et précautions méthodologiques pour l'étude 1

En synthèse, sur la base des données épidémiologiques disponibles, de l'estimation du nombre de personnes présentant une aphasie post-AVC et de la reconstitution prudente de la part des aphasies liées à d'autres étiologies, le nombre total de personnes aphasiques en France peut être estimé à environ 307 000, dans une fourchette comprise entre environ 293 000 et 321 000 personnes. Cette estimation vise à fournir un ordre de grandeur robuste et prudent, tout en tenant compte des limites inhérentes aux sources disponibles, à l'hétérogénéité des situations cliniques et aux incertitudes méthodologiques associées aux données existantes.

Étude 2. Coût économique de l'aphasie en France

1. Contexte et enjeux

Au-delà de ses conséquences humaines et sociales majeures, l'aphasie constitue également un enjeu économique et sociétal considérable. Pourtant, cette dimension demeure encore insuffisamment documentée dans le contexte français. Alors que de nombreuses pathologies chroniques ou situations de handicap font l'objet d'estimations régulières de leur coût économique, l'aphasie reste largement absente de ces analyses, contribuant à son invisibilisation dans les politiques publiques de santé et du handicap.

Or l'estimation du coût économique des pathologies chroniques constitue un enjeu central en économie de la santé. Elle permet d'éclairer la décision publique, de hiérarchiser les priorités de financement et de mieux caractériser l'ampleur et la nature des maladies chroniques, en objectivant leur impact sur les trajectoires de vie, l'organisation sociale et le système de santé. Dans le cas de l'aphasie, la quantification économique contribue à rendre visibles des besoins souvent sous-estimés, notamment en matière de soins, de rééducation et d'accompagnement, et fournit ainsi des éléments essentiels aux acteurs de la prise en charge comme aux décideurs publics.

Dans ce contexte de déficit de données nationales, l'objectif de cette seconde étude est d'estimer le coût économique annuel de l'aphasie en France à partir d'une méthode validée en économie de la santé. Il ne s'agit pas de produire une mesure comptable exhaustive, mais de proposer un ordre de grandeur robuste, fondé sur des sources scientifiques solides, susceptible d'éclairer le débat scientifique, institutionnel et sociétal relatif à l'aphasie.

Les recommandations méthodologiques internationales soulignent à cet égard l'importance d'adopter une perspective sociétale, intégrant à la fois les coûts médicaux directs, les pertes de productivité et le recours à l'aide informelle (Drummond et al., 2015 ; Jo, 2014). Cette approche permet de rendre visibles des coûts largement supportés par les patients et leurs proches, et de mieux appréhender le fardeau économique global de l'aphasie. Des estimations économiques

robustes constituent en outre un levier central pour les actions de sensibilisation, d'information et de plaidoyer auprès des acteurs de la prise en charge et des décideurs en santé publique.

À ce jour, l'une des rares estimations globales du coût économique de l'aphasie post-AVC a été proposée aux États-Unis par Jacobs et Ellis (2023). Fondée sur une approche classique de coût de la maladie conforme aux standards de l'économie de la santé, cette étude met en évidence un surcoût annuel significatif attribuable spécifiquement à l'aphasie, indépendamment des autres séquelles de l'AVC. La présente étude transpose cette méthodologie au contexte français, en adaptant les estimations américaines à l'aide de correctifs économiques explicites, tenant compte notamment des différences de niveaux de prix des soins, de salaires et de monnaie. Cette démarche vise à produire un ordre de grandeur méthodologiquement fondé du coût économique annuel de l'aphasie en France, tant au niveau individuel qu'au niveau macrosocial.

2. Méthode

La méthode retenue s'inscrit dans le cadre des analyses de coût de la maladie (*cost-of-illness studies*) menées en perspective sociétale, telles que recommandées par la littérature de référence en économie de la santé (Rice, 1967 ; Drummond et al., 2015 ; Jo, 2014). Cette approche consiste à identifier et à additionner l'ensemble des coûts imputables à une pathologie donnée, indépendamment du financeur, afin d'estimer son poids économique global pour la société. Ce cadre est largement mobilisé pour l'évaluation des maladies chroniques et des séquelles à long terme (Luengo-Fernandez et al., 2020).

Conformément à l'étude de référence de Jacobs et Ellis (2023), le coût économique de l'aphasie est décomposé en trois cycles de coûts complémentaires : le cycle des soins, qui regroupe les dépenses médicales et de santé directement associées à l'aphasie ; le cycle de la productivité et de la perte de revenus, correspondant à la diminution de la participation au marché du travail ; et le cycle de l'aide informelle, renvoyant au temps d'aide non rémunéré fourni par les proches, valorisé à un prix de marché selon les pratiques usuelles en économie de la santé (Van den Berg et al., 2004)

L'un des apports majeurs de l'étude de Jacobs et Ellis (2023) réside dans l'estimation du surcoût spécifiquement attribuable à l'aphasie, obtenue par comparaison entre des personnes ayant subi un AVC avec aphasie et des personnes ayant subi un AVC sans aphasie, appariées sur leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Cette stratégie permet d'isoler l'effet économique propre de l'aphasie, indépendamment des autres séquelles de l'AVC (voir figure 1).

3. Résultats

3.1 Point de départ : estimation américaine actualisée

Dans l'étude de Jacobs et Ellis (2023), le surcoût annuel moyen attribuable à l'aphasie post-AVC est estimé à 6 323,45 dollars américains (valeur 2014). Conformément aux recommandations usuelles en matière d'actualisation des coûts (Drummond et al., 2015), ce montant est revalorisé à l'année 2025, conduisant à un surcoût annuel moyen estimé à 7 400 dollars par personne aphasique.

Ce surcoût se répartit entre trois composantes : 4 646 dollars pour le cycle des soins, 354 dollars pour la productivité et la perte de revenus, et 2 400 dollars pour l'aide informelle, correspondant

à 96 heures d'aide valorisées à 25 dollars de l'heure. Il convient de préciser que ces montants constituent une estimation construite à partir des niveaux moyens de coûts observés dans le contexte américain et qu'ils sont interprétés ici comme des valeurs de référence exprimées en dollars en 2026.

3.2 Transposition au contexte français

La transposition de ces résultats au contexte français repose sur des correctifs explicites, conformément aux bonnes pratiques de comparaison internationale en économie de la santé (Sculpher et al., 2004).

Les coûts des soins sont ajustés à l'aide d'un coefficient fondé sur les niveaux de prix relatifs du secteur de la santé (2). Les données de l'OCDE indiquent que les prix des soins sont en moyenne environ deux fois plus élevés aux États-Unis qu'en France. Un coefficient de 0,45 est donc appliqué au cycle des soins (OCDE, 2025). Le coût ajusté est ainsi calculé comme suit : $4\,646 \times 0,45 = 2\,090,70$ dollars. Ce montant est ensuite converti en euros à l'aide du taux de change moyen retenu pour l'année 2025 (1 dollar = 0,88 euro), conduisant à une estimation d'environ 1 840 euros par an pour le cycle des soins.

Les postes liés aux pertes de revenus et à l'aide informelle, sont ajustés à partir du ratio des salaires moyens mesurés en parité de pouvoir d'achat. Sur la base des données de l'OCDE, le salaire annuel moyen en France représente environ 72 % de celui observé aux États-Unis. Un coefficient de 0,721 est ainsi appliqué à ces postes, conformément aux recommandations relatives à la valorisation du temps en économie de la santé (Van den Berg et al., 2004).

Ainsi pour la perte de revenus : $354 \times 0,721 = 255,23$ dollars. Après conversion en euros ($\times 0,88$), ce montant correspond à environ 225 euros par an.

Concernant l'aide informelle : $2\,400 \times 0,721 = 1\,730,40$ dollars. La conversion en euros conduit à : $1\,730,40 \times 0,88 = 1\,522,75$ euros, soit environ 1 520 euros par an.

Après application des différents correctifs, le surcoût annuel moyen de l'aphasie en France est estimé à environ 1 840 euros pour le cycle des soins, 225 euros pour la productivité et la perte de revenus, et 1 520 euros pour l'aide informelle. Le surcoût annuel total moyen par personne aphasique s'élève ainsi à environ 3 580 euros.

En retenant une estimation de 307 000 personnes vivant avec une aphasie en France, toutes étiologies confondues, le coût économique annuel total de l'aphasie peut être évalué à environ 1,1 milliard d'euros.

Une analyse de sensibilité, faisant varier les coefficients de prix des soins entre 0,40 et 0,50 et les coefficients salariaux entre 0,65 et 0,80, conduit à une fourchette comprise entre 1,0 et 1,2 milliard d'euros par an.

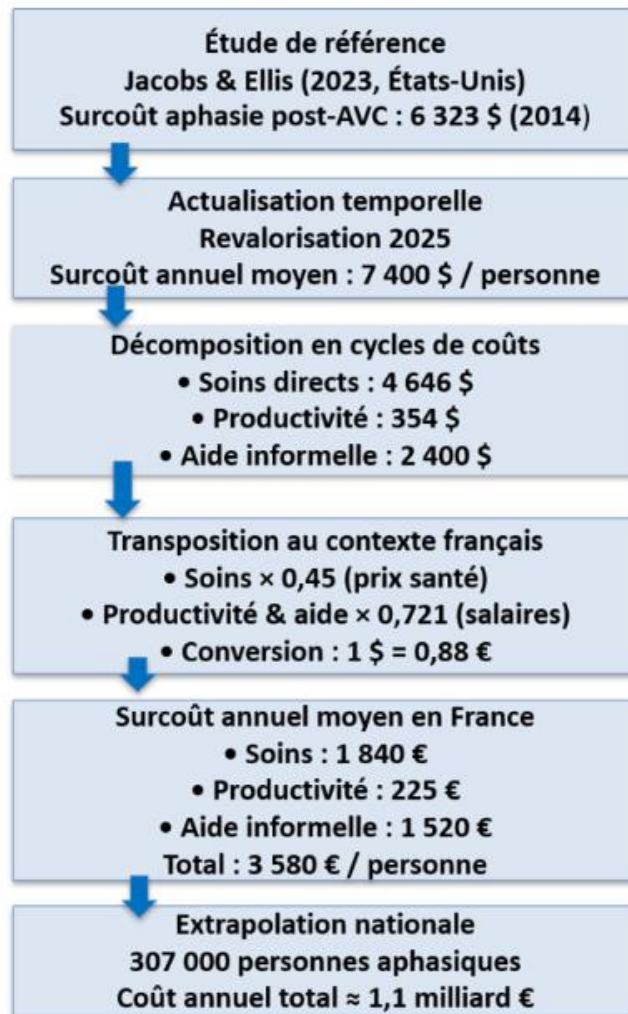


Figure 1. Estimation du coût économique annuel de l'aphasie en France (Courbet, 2026)

4. Discussion, conclusion et limites

En retenant une approche centrale, fondée sur les hypothèses médianes et les coefficients les plus plausibles, le montant moyen de surcoût peut être estimé à environ 1,1 milliard d'euros par an, valeur située au cœur de la fourchette obtenue par l'analyse de sensibilité. Cette estimation met en évidence que l'aphasie représente un coût économique substantiel pour la société française.

Ces résultats rappellent que l'impact de l'aphasie dépasse largement le champ strictement médical et affecte durablement les proches, l'organisation du travail et la participation sociale. Ils plaident pour une meilleure reconnaissance de l'aphasie dans les politiques de santé publique, notamment en matière d'accès à la rééducation orthophonique, de structuration des parcours post-AVC et de soutien aux aidants.

Plusieurs limites doivent toutefois être soulignées. Premièrement, l'estimation repose sur une transposition de données internationales et non sur des données médico-économiques françaises individuelles, ce qui implique des hypothèses de comparabilité entre systèmes de santé.

Deuxièmement, certains coûts ne sont pas pris en compte, notamment les coûts intangibles liés à la perte de qualité de vie ou les conséquences à long terme sur la santé mentale des aidants.

Troisièmement, et de manière plus spécifique, le calcul repose sur l'hypothèse selon laquelle le coût moyen des aphasies non liées à un AVC est équivalent à celui de l'aphasie post-AVC. Cette hypothèse est nécessaire pour produire une estimation globale à l'échelle nationale, mais elle ne correspond pas strictement au périmètre de l'étude initiale de Jacobs et Ellis (2023), qui portait exclusivement sur l'aphasie post-AVC. Il est donc possible que le coût réel des aphasies d'autres étiologies soit inférieur ou supérieur à cette estimation, selon la nature des atteintes, leur évolution et les besoins de prise en charge associés.

Enfin, le nombre total de personnes vivant avec une aphasie en France, même si l'estimation a été calculée de manière rigoureuse dans l'étude 1 reste une approximation.

Malgré ces limites, la méthode utilisée est pleinement conforme aux standards de l'économie de la santé, transparente dans ses hypothèses et robuste dans ses ordres de grandeur. La moyenne de cette fourchette, soit environ 1,1 milliard d'euros par an, constitue un ordre de grandeur synthétique, cohérent et raisonnable du coût économique global de l'aphasie en France. Elle constitue une base crédible pour alimenter le débat scientifique et politique sur le coût social de l'aphasie en France.

Conclusion générale

Les résultats mettent en évidence, de manière convergente et robuste, l'ampleur largement sous-estimée de l'aphasie en France. En croisant des données épidémiologiques nationales et internationales et en mobilisant deux méthodes de calcul indépendantes, la première étude montre qu'environ 307 000 personnes vivraient actuellement avec une aphasie sur le territoire français, toutes étiologies confondues. Cette estimation, volontairement prudente, situe le nombre de personnes aphasiques dans une fourchette comprise entre 293 000 et 321 000, révélant un handicap de communication bien plus répandu que ce que laissent supposer les représentations sociales et institutionnelles.

Au-delà de cette ampleur numérique, les données rappelées en introduction soulignent la gravité des conséquences humaines associées à l'aphasie. Il s'agit d'un handicap qui n'altère ni l'intelligence ni les capacités de raisonnement, mais qui entrave profondément la communication, la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté. L'aphasie est associée à une dégradation particulièrement sévère de la qualité de vie liée à la santé, à des niveaux élevés de dépression, d'anxiété, de stress chronique et de solitude, et à des trajectoires de vie durablement fragilisées, tant pour les personnes concernées que pour leurs proches.

La seconde étude apporte un éclairage complémentaire en rendant visible le poids économique de l'aphasie pour la société française. En s'appuyant sur une méthode validée en économie de la santé et sur l'adaptation au contexte français de données internationales, elle estime le coût économique annuel de l'aphasie à environ 1,1 milliard d'euros par an, intégrant les dépenses de soins, les pertes de productivité et l'aide informelle apportée par les proches aidants. Cette estimation doit être comprise comme un ordre de grandeur raisonné, et non comme une mesure comptable exhaustive, la fourchette étant de 1,0 à 1,2 milliard d'euros par an. Elle met néanmoins en évidence un fardeau économique majeur, largement ignoré dans les politiques publiques de santé et du handicap.

Pris ensemble, ces résultats révèlent une réalité préoccupante : l'aphasie constitue en France un handicap de communication de grande ampleur, associé à une souffrance humaine considérable et à un coût économique élevé, tout en restant insuffisamment reconnue et prise en compte. Cette invisibilisation contribue à la fragmentation des parcours de soins, à l'insuffisance des dispositifs de soutien aux proches aidants et à la faiblesse des politiques d'accessibilité communicationnelle.

Il apparaît dès lors indispensable de reconnaître pleinement l'aphasie comme un enjeu majeur de santé publique et de politique du handicap. Mieux connaître le nombre de personnes concernées et le coût économique associé constitue une première étape essentielle, mais non suffisante. Ces données doivent désormais servir de levier pour renforcer l'accès à la rééducation et aux soins spécialisés, soutenir durablement les proches aidants, développer des environnements de communication accessibles et promouvoir une société plus inclusive pour les personnes aphasiques.

Notes de fin

(1) Les calculs présentés dans ce document ont été réalisés suite à l'étude de la littérature scientifique puis avec l'appui de la plateforme d'intelligence artificielle IA ChatGPT (version 5.2, janvier 2026). L'ensemble des sources et des données mobilisées par l'IA ont fait l'objet d'une vérification systématique par l'auteur.

(2) L'utilisation des parités de pouvoir d'achat pour comparer les dépenses de santé entre pays constitue une méthode largement reconnue pour neutraliser les différences de niveaux de prix et améliorer la comparabilité des estimations économiques (OCDE, 2025). Les rapports *Health at a Glance* de l'OCDE constituent à ce titre une source de référence majeure pour documenter les écarts de prix et de dépenses dans le secteur de la santé entre les États-Unis et l'Europe, incluant la France.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références

Ali, M., Lyden, P., & Brady, M. (2015). Aphasia and dysarthria in acute stroke: Recovery and functional outcome. *International Journal of Stroke*, 10(3), 400–406. <https://doi.org/10.1111/ijis.12067>

Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Florida International University.

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2024). *Cartographie des pathologies et des dépenses – Séquelles d'accident vasculaire cérébral*. CNAM.

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2025). *Cartographie des pathologies et des dépenses – Données SNDS*. CNAM.

- Darrigrand, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M., & Mazaux, J. M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13–14), 1169–1178.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Fedorenko, E. (2025). La pensée n’a pas forcément besoin de mots. *Cerveau & Psycho*, 172, 24–27.
- Fedorenko, E., & Varley, R. (2016). Language and thought are not the same thing: Evidence from neuroimaging and neurological patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1369(1), 132–153.
- Fedorenko, E., Piantadosi, S. T., & Gibson, E. A. (2024). Language is primarily a tool for communication rather than thought. *Nature*, 630(8017), 575–586.
- Flowers, H. L., Skoretz, S. A., Silver, F. L., 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(12), 2188–2201.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.006>
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grönberg, A., Henriksson, I., & Lindgren, A. (2022). Incidence of aphasia in ischemic stroke. *Neuroepidemiology*, 56(3), 174–182. <https://doi.org/10.1159/000524206>
- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chataway, J., & Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: The first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181–190. <https://doi.org/10.1177/0269215509346090>
- Hunting Pompon, R., Amtmann, D., Bombardier, C., & Kendall, D. (2018). Modifying and validating a measure of chronic stress for people with aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(12), 2934–2949. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-18-0173
- Inserm. (2025, 18 février). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- Jacobs, M., & Ellis, C. (2023). Aphasianomics: Estimating the economic burden of poststroke aphasia in the United States. *Aphasiology*, 37(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1985426>
- Jacobs, M., Evans, E., & Ellis, C. (2024). Determinants of healthcare expenditures among people with aphasia: Importance of race, sex, residence, and aphasia type. *Aphasiology*, 38(3), 577–592. <https://doi.org/10.1080/02687038.2023.2216921>
- Jo, C. (2014). Cost-of-illness studies: Concepts, scopes, and methods. *Clinical and Molecular Hepatology*, 20(4), 327–337.

Kauhanen, M.-L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455–461. <https://doi.org/10.1159/000016107>

Lam, J. M. C., & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care*, 48(4), 380–387. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181ca2647>

Laures-Gore, J. S., Farina, M., Moore, E., & Russell, S. (2017). Stress and depression scales in aphasia: Relation between the Aphasia Depression Rating Scale, Stroke Aphasia Depression Questionnaire-10, and the Perceived Stress Scale. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 114–118. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1198528>

Luengo-Fernandez, R., Violato, M., Candio, P., & Leal, J. (2020). Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. *European Stroke Journal*, 5(1), 17–25.

Morris, R., Eccles, A., Ryan, B., & Kneebone, I. I. (2017). Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. *Aphasiology*, 31(12), 1410–1415. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1304633>

OCDE, Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Health at a glance 2025: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a894f72e-en>

Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. OMS.

Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38(4), 659–666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>

Sinanović, O. (2011). Aphasia in patients with stroke. *Materia Socio-Medica*, 23(4), 221–224.

Sinanović, O., Mrkonjić, Z., Zukić, S., Vidović, M., & Imamović, K. (2011). Post-stroke language disorders. *Acta Clinica Croatica*, 50(1), 79–94.

Van den Berg, B., Brouwer, W., & Koopmanschap, M. (2004). Economic valuation of informal care: An overview of methods and applications. *European Journal of Health Economics*, 5(1), 36–45.

Vogel-Eyny, A., Jung, Y.-J., Hyun, J., Siegle, E., Haroun, A., Nahar, S., Sarkas, S., Shankman, S. A., Slattery, S., & Ashaie, S. (2025). Prevalence of depression in post-stroke aphasia: Systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1186/s12883-025-04570-1>

Wade, D. T., Hewer, R. L., David, R. M., & Enderby, P. M. (1986). Aphasia after stroke: Natural history and associated deficits. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 49(1), 11–16.

Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2014). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinician's guide*. Psychology Press.