Prise en charge en éveil de coma :
quels défis pour les logopèdes ?



par **Charlène AUBINET,**
logopède et neuropsychologue, PhD
Coma Science Group (GIGA-Consciousness) et Psychology and Neuroscience of Cognition Research Unit (PsyNCog), Université de Liège

Introduction

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine intensive ont considérablement amélioré la survie des patients victimes de lésions cérébrales sévères. Cette évolution s'est toutefois accompagnée d'une augmentation du nombre de patients présentant des troubles prolongés de la conscience après un coma (Aubinet et al., 2025 ; van Erp et al., 2015). Ces situations complexes soulèvent d'importants enjeux diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques et éthiques.

Pour les logopèdes, ces patients représentent un défi particulier. Comment évaluer les capacités langagières et de déglutition d'une personne incapable de communiquer, de se mouvoir ou de répondre à de simples consignes ? Puisque l'évaluation de l'état de conscience repose en grande partie sur la compréhension de ces consignes, comment distinguer une altération de la conscience d'un déficit langagier ? Et surtout, comment éviter de sur- ou sous-estimer les capacités préservées de ces patients ?

Les capacités langagières et de déglutition constituent des indicateurs cliniques essentiels (mais souvent mal identifiés) de la conscience résiduelle après une lésion cérébrale sévère. Dans cet article, je propose un état des lieux des connaissances et pratiques actuelles concernant l'évaluation et la revalidation de ces deux fonctions après une période de coma.

Les troubles de la conscience en éveil de coma

L'évolution comportementale des patients qui s'éveillent d'un coma est généralement graduelle (figure 1). Alors que le coma correspond à une absence d'éveil caractérisée par une fermeture permanente des yeux, le syndrome d'éveil non-répondant (ENR) est diagnostiqué dès la réouverture des yeux, qu'elle soit spontanée ou provoquée (Laureys et al., 2010 ; van Erp et al., 2015). Cet état, anciennement appelé « état végétatif », se caractérise par la réapparition de cycles veille-sommeil en l'absence de tout comportement volontaire.

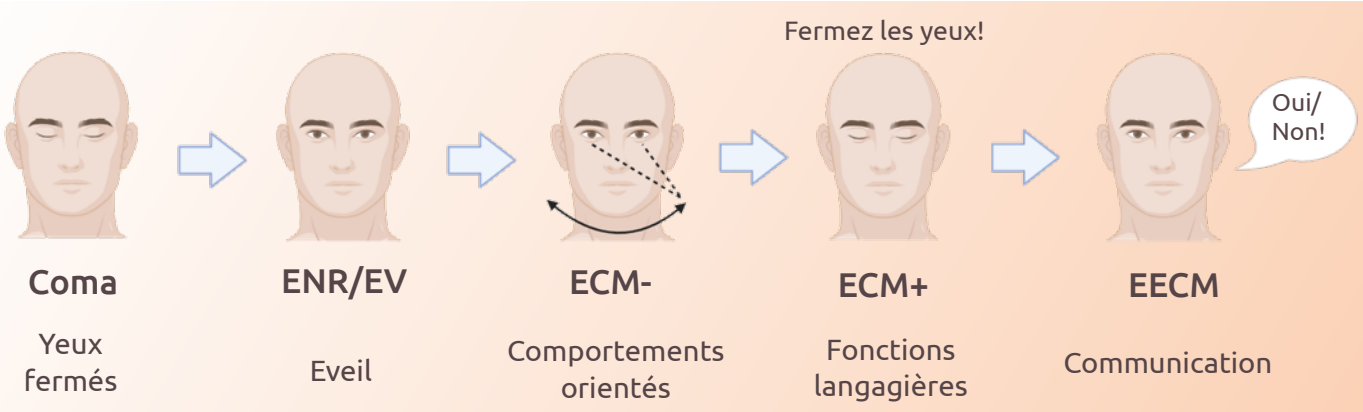


Figure 1. Récupération graduelle de la conscience après une lésion cérébrale grave. ENR/EV : Eveil Non Répondant/Etat Végétatif, ECM : Etat de Conscience Minimale, EECM : Emergence de l'Etat de Conscience Minimale. Adapté de Aubinet et al. (2025).

Par la suite, certains patients présentent des signes fluctuants mais reproductibles de conscience. Ils sont alors considérés comme étant en état de conscience minimale (ECM) (Giacino et al., 2002). Une distinction importante est aujourd'hui établie entre l'ECM- et l'ECM+, respectivement selon l'absence ou la présence de comportements reposant sur le langage (Bruno et al., 2011). Parmi ces signes de conscience langagiers, on note la capacité à répondre à une consigne verbale (ou « réponse à la commande ») de manière répétée, à prononcer des mots simples (au minimum de type consonne-voyelle-consonne), et à présenter des tentatives de communication (Thibaut, Bodien, et al., 2019).

En éveil de coma, la communication est généralement évaluée à l'aide de questions simples de type oui/non portant sur l'environnement immédiat ou des informations autobiographiques (ex : « Est-ce que je touche mon nez ? » ou « Votre nom est-il Pierre ? ») (Aubinet et al., 2025). Pour qu'elle soit considérée comme fonctionnelle, le patient doit répondre correctement à plusieurs questions lors de deux évaluations consécutives. Ainsi, lorsque la communication devient fonctionnelle (ou que l'utilisation appropriée d'objets usuels est retrouvée), le patient est alors considéré comme émergent de l'ECM (EECM) (Giacino et al., 2004). Chez les patients atteints d'un locked-in syndrome (LIS), la communication fonctionnelle peut reposer exclusivement sur les mouvements oculaires (clignements, mouvements verticaux des yeux, dispositifs d'*eye-tracking*), sans qu'aucune parole ne soit produite (Schnetzer et al., 2023). Le diagnostic différentiel entre LIS et trouble de la conscience est primordial pour permettre à ces patients parfaitement conscients, mais presque totalement paralysés de récupérer la meilleure qualité de vie possible.

Par ailleurs, la littérature décrit un taux élevé d'erreurs diagnostiques pour les troubles de la conscience (van Erp et al., 2015). Selon une étude de 2009, un diagnostic fondé uniquement le consensus clinique de l'équipe soignante menait à près de 40% d'erreurs en comparaison avec l'utilisation de l'échelle standardisée *Coma Recovery Scale-Revised* (CRS-R) (Schnakers et al., 2009). Ces erreurs correspondent principalement à des patients en ECM dont l'état de conscience est sous-estimé et qui sont diagnostiqués à tort comme étant en ENR. Les conséquences de ces erreurs sont majeures. Elles influencent la prise en charge thérapeutique (Thibaut, Schiff, et al., 2019), notamment en matière de gestion de la douleur (Chatelle et al., 2016), mais également certaines décisions éthiques importantes, telles que l'arrêt des traitements ou l'orientation vers des soins palliatifs (Demertzi et al., 2011 ; Lissak & Young, 2024).

Plus récemment, de nombreuses études en neuroimagerie et en neurophysiologie, utilisant notamment des paradigmes d'imagerie visuo-motrice, ont montré qu'au moins un quart des patients diagnostiqués comme étant en ENR présentent en réalité une activité cérébrale compatible avec un ECM (ex : Bodien et al., 2024). Ces situations sont désignées sous les termes de « dissociation cognitivo-motrice » (Claassen et al., 2024) ou d'« ECM non comportemental » (Gosseries et al., 2014 ; Thibaut et al., 2021). Elles reflètent une conscience résiduelle que le patient ne parvient pas à démontrer sur le plan comportemental, probablement en raison de comorbidités liées à l'étendue des lésions cérébrales. Parmi celles-ci figurent les déficits moteurs sévères (Diserens et al., 2023), mais aussi les troubles du langage (Aubinet et al., 2025).

Langage et déglutition dans les troubles de la conscience

La plupart des échelles utilisées au chevet du patient reposent directement ou indirectement sur les capacités langagières (Majerus et al., 2009 ; Schnakers et al., 2014). Lorsqu'un clinicien demande à un patient : « Serrez-moi la main », il évalue simultanément son niveau de conscience, sa compréhension du langage et sa capacité motrice à exécuter la consigne. Une absence de réponse peut donc refléter plusieurs situations : une absence de conscience, une incapacité motrice, une aphasie sévère ou une combinaison de ces différents facteurs.

Dans une étude menée par Schnakers et ses collègues (Schnakers et al., 2014), des patients aphasiques conscients ont été évalués à l'aide de la CRS-R après un accident vasculaire cérébral. Les résultats ont montré que près de la moitié des patients présentant une aphasie globale étaient incorrectement classés comme étant en ECM, alors même qu'ils n'avaient jamais présenté de trouble de la conscience. Plus récemment, une étude, réalisée chez des patients

présentant une hémorragie intracérébrale aiguë, a montré que ceux atteints d'aphasie réceptive ou globale étaient quatre fois moins susceptibles de présenter une activation cérébrale en réponse à des consignes motrices verbales, dans un paradigme d'électroencéphalographie destiné à détecter une dissociation cognitivo-motrice (Jacobson et al., 2024). Cette problématique est aujourd'hui reconnue dans les recommandations internationales relatives au diagnostic des troubles de la conscience (Kondziella et al., 2020). Elle souligne l'importance de prendre en compte la présence d'une aphasie lors de l'évaluation de la conscience et de l'interprétation des examens visant à détecter une conscience résiduelle.

D'autre part, les troubles de la déglutition (dysphagie) sont extrêmement fréquents chez les patients présentant un trouble de la conscience (Mélotte et al., 2021; Regnier et al., 2024). Ils peuvent entraîner de nombreuses complications, notamment des encombrements bronchiques, des infections respiratoires, une dénutrition, une déshydratation et une dépendance prolongée à la trachéotomie ou à l'alimentation entérale.

Au-delà de ces conséquences médicales, plusieurs travaux récents suggèrent que certaines composantes de la déglutition pourraient également fournir des informations pertinentes sur le niveau de conscience du patient (Herr et al., 2024 ; Mélotte et al., 2021). En particulier, la phase orale de la déglutition (ouverture adaptée de la bouche, préhension labiale, manipulation et propulsion linguale du bol alimentaire) constitue la partie la plus volontaire du processus. Contrairement aux phases pharyngée et œsophagienne, essentiellement réflexes, elle peut être modulée intentionnellement et semble étroitement liée à la présence d'une conscience minimale (Mélotte et al., 2023). Ainsi, la présence d'une phase orale efficace est rarement observée chez les patients en ENR (Mélotte et al., 2021) et pourrait constituer un indice comportemental supplémentaire de conscience minimale.

Évaluation en éveil de coma

Compréhension langagière

Contrairement aux patients aphasiques classiques, les personnes présentant un trouble de la conscience ne peuvent généralement pas réaliser les épreuves langagières traditionnelles (Pundole & Crawford, 2018) or functional communication defined as accurately answering six yes/no questions on two consecutive occasions (Giacino et al., 2002. En effet, les tâches nécessitant une réponse verbale, un pointage, l'écriture ou tout mouvement volontaire complexe sont le plus souvent impossibles à administrer.

Afin de répondre à cette difficulté, nous avons développé la *Brief Evaluation of Receptive Aphasia* (BERA), un outil spécifiquement conçu pour les patients présentant une atteinte cérébrale sévère (Aubinet et al., 2021). Le principe est simple : deux images sont présentées au patient, qui est invité à les explorer du regard. L'examinateur recentre ensuite son attention, puis le patient doit fixer l'image correspondant au mot ou à la phrase entendu(e).

Cette évaluation minimise les exigences motrices et expressives tout en permettant une analyse différenciée des principaux domaines du langage : la phonologie (en proposant des paires de mots phonologiquement distincts ou des paires minimales), la sémantique (en proposant des paires de mots sémantiquement liés ou non), et la morphosyntaxe (en proposant des paires de phrases se distinguant ou non selon divers éléments morphosyntaxiques (figure 2). Chaque domaine comprend ainsi des items de difficulté variable, permettant de contrôler différentes variables psycholinguistiques et d'affiner le profil langagier du patient.

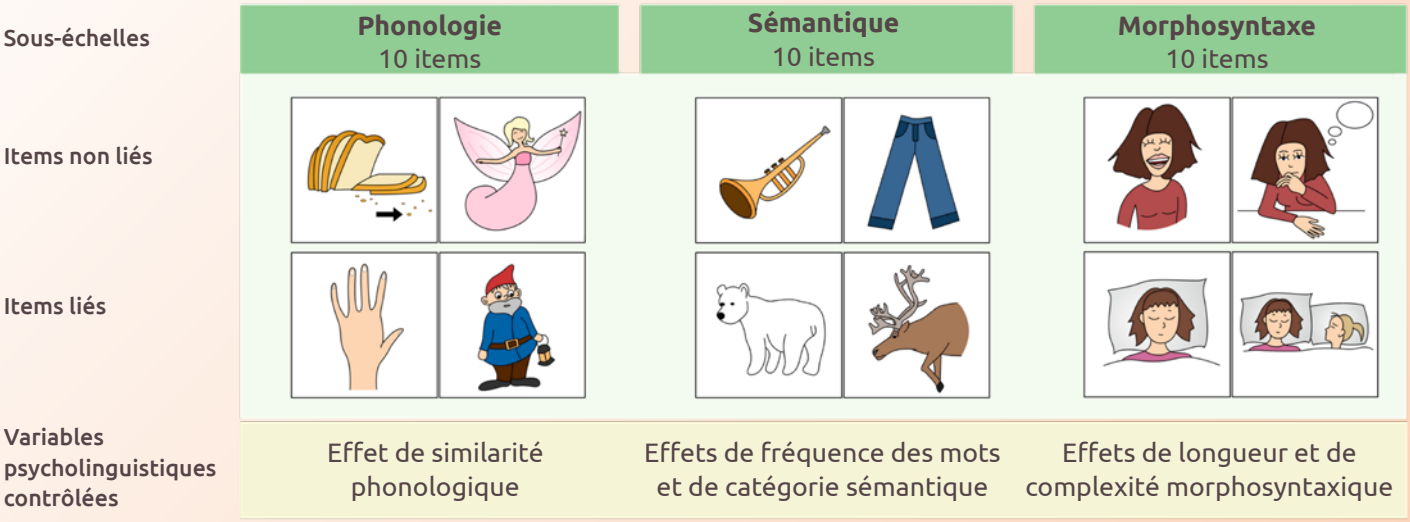


Figure 2. Présentation des items de l'échelle Brief Evaluation of Receptive Aphasia (BERA). Les paires d'images représentent des exemples d'items simples (non liés) et plus complexes (liés phonologiquement, sémantiquement ou par des éléments de morphosyntaxe). Adapté de Aubinet et al. (2026).

La BERA a été récemment validée auprès de 46 patients francophones, dont 12 patients en ECM-, 21 en ECM+ et 13 patients EECM (Aubinet et al., 2026). Elle a montré d'excellentes propriétés psychométriques, avec une très bonne fidélité intra-juge, une excellente fidélité inter-juges et une forte cohérence entre les deux versions parallèles de l'épreuve (permettant de répéter les évaluations). Les scores obtenus à la BERA étaient fortement corrélés aux scores de l'échelle *Simplified Evaluation of Consciousness Disorders* (SECONDs), utilisée comme alternative à la CRS-R : plus le niveau de conscience était élevé, meilleures étaient les performances langagières. De plus, les différentes catégories diagnostiques présentaient des profils distincts. Les patients montrant des signes comportementaux de langage (ECM+ et EECM) obtenaient des scores significativement supérieurs à ceux des patients ne présentant aucun comportement langagier observable.

La BERA répond ainsi à plusieurs enjeux cliniques majeurs. L'analyse séparée des différents domaines du langage et des effets psycholinguistiques sous-jacents permet de mettre en évidence des profils proches de ceux observés en aphasiologie classique (Aubinet et al., 2025). Lorsque les résultats suggèrent une compréhension préservée, malgré l'absence de réponses motrices, des examens complémentaires de neuroimagerie ou de neurophysiologie doivent être envisagés, afin de rechercher une éventuelle dissociation cognitivo-motrice. Enfin, en identifiant plus précisément les capacités préservées, la BERA aide à orienter les objectifs thérapeutiques, les programmes de stimulation cognitive et les stratégies de communication.

Capacités de déglutition

L'évaluation de la déglutition chez les patients présentant une lésion cérébrale sévère est également complexe. À l'absence de communication fonctionnelle et de réponse aux consignes s'ajoute souvent la présence d'une spasticité sévère, qui limitent considérablement la possibilité de réaliser une évaluation clinique classique de la déglutition au chevet du patient (Regnier et al., 2024).

Afin de remédier au manque d'outils adaptés, Mélotte et collaborateurs ont récemment développé l'échelle *Swallowing Assessment in Disorders of Consciousness* (SWADOC), spécifiquement conçue pour les patients présentant un trouble de la conscience (Herr et al., 2024). L'outil comprend une évaluation qualitative détaillée de nombreux comportements liés à la déglutition (ex : déglutition salivaire, statut respiratoire) ainsi que huit items quantitatifs cotés de 0 à 3, portant sur les phases orale (ex : sécrétions endo-buccales) et pharyngée (ex : latence du réflexe de déglutition).

La SWADOC permet ainsi de documenter de manière structurée les capacités de déglutition du patient, de suivre leur évolution au cours du temps et d'objectiver l'effet des interventions thérapeutiques.

Il convient toutefois de rappeler que la SWADOC ne remplace pas les examens instrumentaux tels que la fibroscopie de la déglutition ou la vidéo-fluoroscopie, indispensables lorsqu'une alimentation orale est envisagée (Regnier et al., 2024). En effet, les aspirations silencieuses sont fréquentes après une lésion cérébrale sévère et ne peuvent être détectées de manière fiable par la seule observation clinique.

Bien que ces échelles puissent être utilisées par les logopèdes, ceux-ci s'appuient encore largement sur leur observation clinique et sur des procédures développées localement (Regnier et al., 2026). Qu'il s'agisse de l'évaluation du langage ou de la déglutition, les pratiques convergent vers plusieurs principes communs, incluant une évaluation dynamique et répétée plutôt qu'un examen ponctuel, une forte individualisation des outils et des stimuli, une importance majeure accordée à l'observation clinique et à l'expérience du clinicien, ou encore le recours aux proches comme source d'information et partenaires de l'évaluation. Enfin, les évaluations doivent s'intégrer dans une approche multidisciplinaire associant logopèdes, médecins ORL, neurologues, kinésithérapeutes, diététiciens et personnel infirmier, afin d'assurer une prise en charge cohérente et sécurisée.

Revalidation logopédique en éveil de coma

L'enquête internationale que nous avons réalisée auprès de 166 cliniciens impliqués dans la prise en charge des troubles logopédiques en éveil de coma a permis de mettre en évidence diverses stratégies de revalidation du langage et de la déglutition (Regnier et al., 2026).

Concernant le langage et la communication, environ la moitié des cliniciens déclarent créer ou adapter leurs propres supports thérapeutiques. Les interventions reposent largement sur des approches personnalisées, notamment avec l'utilisation de tableaux de communication, d'applications de communication alternative et améliorée (CAA), de photographies, d'objets familiers, de musiques, de jeux de rôle ou de tablettes. La CAA occupe ainsi une place centrale dès que les capacités motrices du patient le permettent. Enfin, les proches sont largement impliqués dans la rééducation, au travers de formations et de recommandations visant à faciliter les interactions quotidiennes (ex : temps de réponse suffisant, simplification du langage, recours aux indices visuels et gestuels, adaptation aux capacités du patient).

Concernant la déglutition, les principaux objectifs thérapeutiques rapportés sont l'amélioration de la gestion salivaire, la stimulation du réflexe de déglutition, le maintien de la mobilité et de la tonicité des structures oro-pharyngées, ainsi que la prise en charge de la trachéotomie et de l'hygiène bucco-dentaire. Les approches les mieux évaluées reposent sur la stimulation multisensorielle et proprioceptive, les thérapies manuelles et les essais alimentaires thérapeutiques. Un quart des cliniciens rapportent également développer ou adapter leurs propres outils de rééducation, décrivant notamment des exercices oro-faciaux, une surveillance des déglutitions à vide, ainsi que des protocoles individualisés intégrant les soins de routine et des objets du quotidien. Ici aussi, la prise en charge est décrite comme multidisciplinaire et implique fréquemment les proches, auxquels des conseils personnalisés sont fournis concernant le positionnement du patient, les adaptations alimentaires, les exercices de déglutition et l'hygiène buccale.

En conclusion, les pratiques rapportées mettent en évidence une prise en charge hautement individualisée, combinant stimulation sensorielle, outils de communication adaptés, collaboration multidisciplinaire et implication active des proches. Plusieurs obstacles à une prise en charge optimale sont rapportés, en particulier un manque de standardisation des pratiques, une coordination interdisciplinaire parfois insuffisante, un accès limité aux nouvelles technologies, ou encore la présence de défis liés à l'accompagnement des familles (Regnier et al., 2026).

Quelles perspectives pour la pratique clinique ?

Les avancées récentes dans le champ des troubles de la conscience conduisent progressivement vers une pratique logopédique plus intégrée, où l'évaluation du langage et de la déglutition ne peut plus être

dissociée de l'évaluation du niveau de conscience (Aubinet et al., 2025; Regnier et al., 2024). Dans ce contexte, des outils spécifiquement développés pour les patients en éveil de coma, tels que la BERA pour la compréhension langagière ou la SWADOC pour la déglutition, peuvent constituer des apports majeurs. Ils permettent de structurer l'observation clinique, de mieux objectiver les capacités résiduelles et de limiter le risque de sous-estimation des fonctions préservées. Leur utilisation s'inscrit dans une démarche de complémentarité avec les évaluations instrumentales et les échelles standardisées d'évaluation du niveau de conscience (ex : CRS-R, SECONDs), afin d'affiner le raisonnement clinique au chevet du patient.

Dans le même temps, les développements technologiques ouvrent de nouvelles perspectives pour enrichir l'évaluation logopédique. Les dispositifs d'*eye-tracking* offrent désormais la possibilité de capter des réponses comportementales fines en l'absence de motricité volontaire exploitable, tandis que les techniques d'électrophysiologie et de neuroimagerie permettent d'identifier des dissociations cognitivo-motrices invisibles cliniquement (Aubinet et al., 2025). À plus long terme, l'intégration de ces outils multimodaux pourrait transformer la pratique en favorisant une approche plus sensible aux signes de conscience, mais aussi plus individualisée (Regnier et al., 2026). Dans ce cadre, les logopèdes sont appelés à contribuer à l'interprétation fonctionnelle des données et leur traduction en implications thérapeutiques concrètes.

Les avancées récentes soulignent finalement le rôle central des logopèdes au sein des équipes multidisciplinaires (Aubinet et al., 2022, 2025 ; Regnier et al., 2024). Au-delà de l'évaluation des troubles du langage et de la communication, leur expertise est essentielle pour identifier les facteurs susceptibles d'interférer avec le diagnostic de conscience, orienter les examens complémentaires et participer à l'élaboration de programmes de rééducation adaptés aux capacités préservées du patient.

Conclusion

L'évaluation des patients en éveil de coma place les logopèdes face à un enjeu clinique majeur : distinguer ce qui relève du langage, de la motricité ou de la conscience, tout en évitant de méconnaître des capacités résiduelles potentiellement significatives. Le langage et la déglutition ne sont pas uniquement des fonctions à évaluer ou rééduquer, mais également des fenêtres cliniques sur la conscience, avec des conséquences diagnostiques, thérapeutiques et éthiques importantes.

Dans cette perspective, les outils récents et les avancées technologiques offrent des pistes concrètes pour améliorer la précision de l'évaluation et guider la prise en charge. Toutefois, ils ne remplacent pas le raisonnement clinique, qui reste fondamental dans ces situations complexes. L'enjeu actuel pour la pratique logopédique est donc double : intégrer ces nouveaux outils dans une approche rigoureuse et standardisée, tout en maintenant une vigilance constante face au risque de sous-estimation de la conscience et de ses implications pour le patient et son entourage.

RÉFÉRENCES :

Aubinet, C., Chatelle, C., Gillet, S., Lejeune, N., Thunus, M., Hennen, N., Cassol, H., Laureys, S., & Majerus, S. (2021). The Brief Evaluation of Receptive Aphasia test for the detection of language impairment in patients with severe brain injury. *Brain Injury*, *35*(6), 705-717. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1894482

Aubinet, C., Gillet, A., & Regnier, A. (2025). Language, Communication and Consciousness Disorders in Severe Brain Injury. *Psychologica Belgica*, *65*(1), 169-188. https://doi.org/https://doi.org/10.5334/pb.1381

Aubinet, C., Regnier, A., Gillet, A., Fritz, P., Lejeune, N., Jedidi, H., Ledoux, D., Majerus, S., & Gosseries, O. (2026). Assessing receptive aphasia in post-comatose patients : Validation of the Brief Evaluation of Receptive Aphasia (BERA). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *69*(4), 102121. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rehab.2026.102121

Aubinet, C., Schnakers, C., & Majerus, S. (2022). Language Assessment in Patients with Disorders of Consciousness. *Seminars in Neurology*, *42*(03), 273-282.

Bodien, Y. G., Allanson, J., Cardone, P., Bonhomme, A., Carmona, J., Chatelle, C., Chennu, S., Conte, M., Dehaene, S., Finoia, P., Heinonen, G., Hersh, J. E., Kamau, E., Lawrence, P. K., Lupson, V. C., Meydan, A., Rohaut, B., Sanders, W. R., Sitt, J. D., … Schiff, N. D. (2024). Cognitive Motor Dissociation in Disorders of Consciousness. *The New England Journal of Medicine*, *391*(7), 598-608.

Bruno, M. A., Vanhaudenhuyse, A., Thibaut, A., Moonen, G., & Laureys, S. (2011). From unresponsive wakefulness to minimally conscious PLUS and functional locked-in syndromes : Recent advances in our understanding of disorders of consciousness. *Journal of Neurology*, *258*(7), 1373-1384.

Chatelle, C., Val, M. D., Catano, A., Chaskis, C., Seeldrayers, P., Laureys, S., & Schnakers, C. (2016). Is the Nociception Coma Scale-revised a Useful Clinical Tool for Managing Pain in Patients With Disorders of Consciousness? *The Clinical Journal of Pain*, *32*(4), 321-326.

Claassen, J., Kondziella, D., Alkhachroum, A., Diringer, M., Edlow, B. L., Fins, J. J., Gosseries, O., Hannawi, Y., Rohaut, B., Schnakers, C., Stevens, R. D., Thibaut, A., Monti, M., & Curing Coma Campaign, and Its Contributing Collaborators. (2024). Cognitive Motor Dissociation : Gap Analysis and Future Directions. *Neurocritical Care*, *40*(1), 81-98. https://doi.org/10.1007/s12028-023-01769-3

Demertzi, A., Ledoux, D., Bruno, M.-A., Vanhaudenhuyse, A., Gosseries, O., Soddu, A., & Laureys, S. (2011). Attitudes towards end-of-life issues in disorders of consciousness : A European survey. *Journal of Neurology*, *258*(6), 1058-1065.

Diserens, K., Meyer, I. A., Jöhr, J., Pincherle, A., Dunet, V., Pozeg, P., Ryvlin, P., Mureşanu, D. F., Stevens, R. D., & Schiff, N. D. (2023). A Focus on Subtle Signs and Motor Behavior to Unveil Awareness in Unresponsive Brain-Impaired Patients : The Importance of Being Clinical. *Neurology*, *100*(24), 1144-1150. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207067

Giacino, J. T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., & Katz, D. I. (2002). The minimally conscious state. *Neurology*, *58*(3), 349-353.

Giacino, J. T., Kalmar, K., & Whyte, J. (2004). The JFK Coma Recovery Scale-Revised : Measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *85*(12), 2020-2029. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.02.033

Gosseries, O., Zasler, N. D., & Laureys, S. (2014). Recent advances in disorders of consciousness : Focus on the diagnosis. *Brain Injury*, *28*(9), 1141-1150.

Herr, R., Regnier, A., Belorgeot, M., Mélotte, E., Simon, J., Sanz, L. R. D., Lejeune, N., Chavet, V., Paluszkiewicz, J., Pellas, F., Chevallier, J.-B., Laureys, S., Kaux, J.-F., & Gosseries, O. (2024). Swallowing Assessment in Post-Comatose Patients : A Feasibility Study on the SWADOC Tool. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(11), 3268. https://doi.org/10.3390/jcm13113268

Jacobson, S. D., Kansara, V., Assuras, S., Shen, Q., Kruger, L., Carmona, J., Song, Y. L., Cespedes, L., Yazdi, M., Velazquez, A., Gonzales, I., Egawa, S., Connolly, E. S., Ghoshal, S., Roh, D., Agarwal, S., Park, S., & Claassen, J. (2024). Impact of Aphasia on Brain Activation to Motor Commands in Patients with Acute Intracerebral Hemorrhage. *Neurocritical Care*, *42*(2), 587-594.

Kondziella, D., Bender, A., Diserens, K., van Erp, W., Estraneo, A., Formisano, R., Laureys, S., Naccache, L., Ozturk, S., Rohaut, B., Sitt, J. D., Stender, J., Tiainen, M., Rossetti, A. O., Gosseries, O., Chatelle, C., & EAN

Panel on Coma, Disorders of Consciousness. (2020). European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness. *European Journal of Neurology*, *27*(5), 741-756. https://doi.org/10.1111/ene.14151

Laureys, S., Celesia, G. G., Cohadon, F., Lavrijsen, J., León-Carrión, J., Sannita, W. G., & Dolce, G. (2010). Unresponsive wakefulness syndrome : A new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Medicine*, *8*(1), 68. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-68

Lissak, I. A., & Young, M. J. (2024). Limitation of life sustaining therapy in disorders of consciousness : Ethics and practice. *Brain*, *147*(7), 2274-2288. https://doi.org/10.1093/brain/awae060

Majerus, S., Bruno, M.-A., Schnakers, C., Giacino, J. T., & Laureys, S. (2009). The problem of aphasia in the assessment of consciousness in brain-damaged patients. *Progress in Brain Research*, *177*, 49-61. https://doi.org/10.1016/S0079-6123(09)17705-1

Mélotte, E., Maudoux, A., Delhalle, S., Lagier, A., Thibaut, A., Aubinet, C., Kaux, J.-F., Vanhaudenhuyse, A., Ledoux, D., Laureys, S., & Gosseries, O. (2021). Swallowing in individuals with disorders of consciousness : A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *64*(4), 101403. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.04.008

Mélotte, E., Maudoux, A., Panda, R., Kaux, J.-F., Lagier, A., Herr, R., Belorgeot, M., Laureys, S., & Gosseries, O. (2023). Links Between Swallowing and Consciousness : A Narrative Review. *Dysphagia*, *38*(1), 42-64. https://doi.org/10.1007/s00455-022-10452-2

Pundole, A., & Crawford, S. (2018). The assessment of language and the emergence from disorders of consciousness. *Neuropsychological Rehabilitation*, *28*(8), 1285-1294. https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1307766

Regnier, A., Dennemont, E., Gosseries, O., Mélotte, E., Gillet, S., Thibaut, A., Cassar, P., Hakiki, B., Estraneo, A., Magliacano, A., Formisano, R., Schnakers, C., Majerus, S., Noé, E., Navarro Pérez, L., Llorens, R., Maurer-Karattup, P., Fufaeva, K., Bottaeva, Z., & Aubinet, C. (2026). Rehabilitation of Swallowing and Language Ability in Patients with Severe Brain Injury : An Online International Survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *In Press*.

Regnier, A., Mélotte, E., Aubinet, C., Alnagger, N., Fischer, D., Lagier, A., Thibaut, A., Laureys, S., Kaux, J.-F., & Gosseries, O. (2024). Swallowing dysfunctions in patients with disorders of consciousness : Evidence from neuroimaging data, assessment, and management. *NeuroRehabilitation*, *54*(1), 91-107.

Schnakers, C., Bessou, H., Rubi-Fessen, I., Hartmann, A., Fink, G. R., Meister, I., & Majerus, S. (2014). Impact of Aphasia on Consciousness Assessment : A Cross-Sectional Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, *29*(1), 41-47. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0079-6123(09)17705-1

Schnakers, C., Vanhaudenhuyse, A., Giacino, J., Ventura, M., Boly, M., Majerus, S., & Laureys, S. (2009). Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state : Clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC Neurology*, *9*(1), 35.

Schnetzer, L., McCoy, M., Bergmann, J., Kunz, A., Leis, S., & Trinka, E. (2023). Locked-in syndrome revisited. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, *16*, 17562864231160873. https://doi.org/10.1177/17562864231160873

Thibaut, A., Bodien, Y. G., Laureys, S., & Giacino, J. T. (2019). Minimally conscious state " plus " : Diagnostic criteria and relation to functional recovery. *Journal of Neurology*.

Thibaut, A., Panda, R., Annen, J., Sanz, L. R. D., Naccache, L., Martial, C., Chatelle, C., Aubinet, C., Bonin, E. A. C., Barra, A., Briand, M.-M., Cecconi, B., Wannez, S., Stender, J., Laureys, S., & Gosseries, O. (2021). Preservation of Brain Activity in Unresponsive Patients Identifies MCS Star. *Annals of Neurology*, *90*(1), 89-100.

Thibaut, A., Schiff, N., Giacino, J., Laureys, S., & Gosseries, O. (2019). Therapeutic interventions in patients with prolonged disorders of consciousness. *The Lancet Neurology*, *18*, 600-614.

van Erp, W. S., Lavrijsen, J. C. M., Vos, P. E., Bor, H., Laureys, S., & Koopmans, R. T. C. M. (2015). The Vegetative State : Prevalence, Misdiagnosis, and Treatment Limitations. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(1), 85.e9-85.e14.