



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

COSNIER Juliette
DRIOT Aurélie

**PRISE EN CHARGE DE LA COMMUNICATION A
PARTIR D'ANALYSES CONVERSATIONNELLES :**
*Etude préliminaire concernant deux personnes aphasiques
et leur partenaire conversationnel privilégié*

Maître de Mémoire

FERNANDEZ Bruno

Membres du Jury

AUJOGUES Emmanuelle

FERRERO Valérie

PEILLON Anne

Date de Soutenance

02 juillet 2009

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. COLLET Lionel

Vice-président CEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Secrétaire Général
M. GAY Gilles

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange
Blanche
Directeur
Pr. MARTIN Xavier

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. ROBIN Olivier

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. COCHAT Pierre

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. ETIENNE Jérôme

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Pr. MATILLON Yves

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Directeur
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
Pr. FARGE Pierre

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

1.2. Secteur Sciences :

U.F.R. de Biologie
Directeur
Pr. PINON Hubert

U.F.R. de Mathématiques
Directeur
Pr. GOLDMAN André

U.F.R. de Chimie et Biochimie
Directeur
Pr. PARROT Hélène

U.F.R. de Physique
Directeur
Mme FLECK Sonia

U.F.R. des Sciences de la Terre
Directeur
Pr. HANTZPERGUE Pierre

Centre de Recherche Astronomique de
Lyon - Observatoire de Lyon
Directeur
M. GUIDERDONI Bruno

1.3. Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Des Sciences et
Techniques des Activités
Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur
Pr. COLLIGNON Claude

U.F.R. de Mécanique
Directeur
Pr. BEN HADID Hamda

U.F.R. d'informatique
Directeur
Pr. AKKOUCHE Samir

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur
Pr. AUGROS Jean-Claude

IUFM
Directeur
M. BERNARD Régis

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
Pr. CLERC Guy

I.U.T. A
Directeur
Pr. COULET Christian

Institut des Sciences et des
Techniques de l'Ingénieur de Lyon
(I.S.T.I.L.)
Directeur
Pr. LIETO Joseph

I.U.T. B
Directeur
Pr. LAMARTINE Roger

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation

FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
PERDRIX Renaud
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERC Denise
MASSONI Caroline

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Nos premiers remerciements vont à Bruno Fernandez, notre maître de mémoire, pour son soutien sans faille, son encadrement et ses conseils avisés. Nous vous remercions pour ces nombreux échanges de connaissances théoriques et cliniques et pour la confiance que vous nous avez accordée dès le début de ce mémoire.

Merci à Agnès Witko pour sa disponibilité et son aide méthodologique.

Un grand merci également aux orthophonistes, Hélène Colun, Karine Farget, Martine Retourné et Jean-Paul Moly, pour leurs diverses participations dans ce travail.

Un merci particulier à Françoise Combe, orthophoniste, pour ses précieuses relectures et son regard clinique sur l'approche sociale en orthophonie.

Enfin, merci à Mr et Mme R. et Mr et Mme D. pour leur participation, leur enthousiasme et leur générosité. Nous vous remercions de nous avoir ouvert chaleureusement votre porte et d'avoir partagé avec nous un bout de vos conversations.

Merci à ma binôme et réciproquement...

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. Les troubles de la communication de la personne aphasique.....	11
II. La prise en charge de la communication de la personne aphasique.....	13
III. Un support privilégié pour une approche sociale : la conversation	18
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
I. Problématique	27
II. Hypothèses	27
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. Population	30
II. Protocole expérimental	31
PRESENTATION DES RESULTATS	42
I. Présentation des couples interactionnels.....	43
II. Description de l'intervention	53
III. Comparaison des résultats obtenus en pré et post-thérapie.....	54
DISCUSSION DES RESULTATS	59
I. Interprétation des résultats et mise en lien avec la littérature	60
II. Critiques et limites inhérentes au protocole expérimental	64
III. Réflexion sur l'approche sociale en aphasiologie	70
IV. Apports personnels et professionnels.....	72
V. Perspectives et faisabilité	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	75

SOMMAIRE

ANNEXES	78
Annexe I : Extraits du profil récapitulatif du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA).....	79
Annexe II : Echelles de qualité de vie	83
Annexe III : Questionnaire de fin d'intervention.....	86
Annexe IV : Résultats de Mr et Mme R.	87
Annexe V : Résultats de Mr et Mme D.....	93
Annexe VI : Conventions de transcription pour les données de la conversation.....	99
Annexe VII : Corpus de Mr et Mme R.	100
Annexe VIII : Corpus de Mr et Mme D.....	109
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	116
TABLE DES MATIERES	118

INTRODUCTION

L'aphasie altère les processus langagiers et communicatifs, entraînant un remaniement de leur utilisation sociale, du bien-être psychosocial du patient et de son entourage au quotidien. « *Elle entraîne de graves et souvent durables incapacités et handicaps sociaux, et atteint l'individu dans l'une de ses dimensions les plus fondamentales pour son épanouissement et son équilibre psychique, la communication avec ses semblables* » (Mazaux, Brun et Pelissier, 2001, p.XV).

L'intervention thérapeutique en aphasiologie a connu des changements considérables ces dix dernières années. L'apport des neurosciences a permis d'envisager les troubles du langage résultant de l'aphasie comme des déficits qui altèrent spécifiquement certaines composantes du traitement linguistique (phonologique, lexicale et morphosyntaxique). Les thérapies cognitives nées de ces approches se proposent d'évaluer ces déficits afin de mettre en place une thérapie adaptée aux difficultés langagières du patient. Parallèlement, les limites inhérentes à ces approches ont donné naissance à des approches complémentaires, plus fonctionnelles, qui envisagent les déficits causés par l'aphasie dans une dimension communicative. Elles s'attachent davantage à l'utilisation des compétences résiduelles du patient en situation d'interaction et proposent de trouver des moyens de communication alternatifs en entraînant le patient dans des situations d'échanges.

Nos stages en services ou centres de réadaptation fonctionnelle, mais aussi en cabinets libéraux, nous ont permis d'observer les apports de ces différentes approches et nous ont amenées à nous questionner sur le vécu du handicap au quotidien de ces patients, sur leur qualité de vie et sur l'impact de leurs difficultés dans les interactions réelles de communication avec leurs proches. En effet, si le patient est pris en charge par des professionnels de manière régulière voire intensive, les proches, eux, ne sont souvent pas inclus régulièrement dans le suivi en dehors d'entretiens avec les médecins et orthophonistes, qui la plupart du temps, n'utilisent pas d'outils spécifiques de prise en charge en vue d'une adaptation du parent proche à l'aphasie.

L'approche sociale, née Outre Atlantique depuis une dizaine d'années, implique davantage l'entourage du patient. La prise en charge qui en découle se fera en partenariat avec ce dernier ainsi qu'avec ses interlocuteurs privilégiés et aura pour objectif de travailler avec eux les processus d'adaptation au déficit langagier dans leur communication de tous les jours.

Dans la lignée de ces approches, Perkins (1995) ou encore Simmons-Mackie, Damico et Oelschlaeger (1999) se sont intéressés à l'utilisation de l'analyse conversationnelle comme outil d'évaluation et comme base de prise en charge individualisée du patient et de son ou ses partenaires conversationnels. L'analyse conversationnelle, conduite à partir de conversations authentiques, permet au clinicien d'appréhender l'usage réel que le patient fait de son langage en situation d'échanges quotidiens, en ciblant les déficits linguistiques les plus invalidants et en observant les moyens de communication alternatifs et supplétifs utilisés. En outre, l'accent est mis sur la conversation en tant que processus collaboratif : cette analyse permet d'observer les stratégies d'adaptation spontanées mises en œuvre par le patient et son partenaire conversationnel pour mener à bien les échanges et gérer les effets de l'aphasie.

INTRODUCTION

A la lumière de ces différentes réflexions complétées par nos observations, nous nous questionnons sur l'impact d'une approche thérapeutique basée sur l'analyse de la dynamique conversationnelle de patients aphasiques et de leur partenaire conversationnel privilégié et sur la méthodologie à mettre en œuvre pour intégrer un tel travail dans les modalités de prise en charge en orthophonie. Une prise en charge issue d'une analyse conversationnelle améliore-t-elle réellement la communication et la qualité de vie du patient aphasique et de ses proches ? Est-il envisageable et faisable de mettre en place de tels protocoles dans la pratique orthophonique quotidienne ?

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. Les troubles de la communication de la personne aphasique

1. L'aphasie

Le mot « aphasie » provient du grec *phasis* qui signifie « parole », précédé du « a » privatif, aphasie veut donc littéralement dire « sans parole ». « Les aphasies désignent les désorganisations du langage pouvant intéresser aussi bien son pôle expressif que son pôle réceptif, ses aspects parlés que ses aspects écrits, et en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques » (Gil, 2006, p.20).

La cause la plus fréquente d'aphasie est l'accident vasculaire cérébral (AVC) pouvant être de nature ischémique (occlusion d'une artère provoquant un arrêt de l'irrigation d'un territoire cérébral) dans 80% des cas ou hémorragique (rupture de capillaires artériels intra-cérébraux ou de malformations artério-veineuses). En France, on compte environ 30000 patients par an devenus aphasiques sur les 125000 nouveaux cas d'AVC (Danet et Lanne, 2008).

2. Généralités sur la communication

Pour décrire la communication dans sa globalité, nous reprenons le schéma établi par Jakobson (1963), définissant la communication par six éléments qui coexistent pendant l'échange: l'émetteur, le récepteur, le message, le contexte, le contact et le code (cité par Gezundhajt, 1998). Ainsi, la communication représente tous les moyens verbaux et non verbaux (**le code**) utilisés par un locuteur (**l'émetteur**) pour transmettre un **message** à un destinataire (**le récepteur**), au travers d'un **contact** établi par un canal (physique ou psychologique) et ce dans un **contexte** donné.

D'après Garfinkel (1972, cité par Cosnier, 1998), qui aborde la communication sous l'angle de l'ethnométhodologie et de l'analyse conversationnelle, « *la réalité sociale est une co-construction permanente* ». Une situation de communication est donc avant tout un acte de construction collective où chacun des interlocuteurs est responsable du bon déroulement et de la réussite de l'échange.

Pour atteindre ce but, Grice (1979) a décrit le « principe de coopération » impliquant les règles conversationnelles suivantes (cité par Colin, 2008) :

- **maxime de quantité** : les interlocuteurs doivent fournir un nombre d'informations suffisant : ni trop, ni pas assez.
- **maxime de qualité** : ce que disent les partenaires est supposé être vrai.
- **maxime de relation** : les informations doivent correspondre au thème de l'interaction.
- **maxime de manière** : chaque interlocuteur doit éviter les ambiguïtés et organiser son discours de façon à être compris par l'autre.

D'autre part, Hymes (cité par Cosnier, 1998), issu du courant ethnographique, définit les événements de communication en décrivant les moyens verbaux et non-verbaux mis en jeu dans un contexte socio-culturel déterminé. Il introduit, en 1984, la notion de « *compétence communicative* » composée des compétences linguistiques du locuteur (la langue) et du savoir-faire communicationnel de la vie quotidienne où il distingue :

- les **compétences conversationnelles** qui sont le respect des tours de parole et la gestion des thèmes ;
- et les **connaissances para-linguistiques** qui sont les capacités à traiter les actes de langage (Austin, 1962), la gestion des règles conversationnelles, la prosodie, la fluence, l'intelligibilité, ainsi que les informations non-verbales telles que la posture, le regard, la mimo-gestualité (Colun, 2008).

3. La communication de la personne aphasique

Les études traitant des paramètres de la communication de la personne aphasique suggèrent que leurs perturbations sont essentiellement la résultante de leurs symptômes psycholinguistiques, les compétences pragmatiques étant dans l'ensemble moins altérées. Il convient de rester vigilant, car même s'ils ne sont pas toujours secondaires à la pathologie, ces troubles peuvent être liés à des troubles neuropsychologiques associés (déficit de la mémoire de travail, troubles praxiques, syndrome dysexécutif) (Daviet et coll., 2007). Néanmoins, la conservation des règles pragmatiques universelles chez ces patients a permis à Holland (1976) de constater que « *les personnes aphasiques communiquent mieux qu'elles ne parlent.* » (citée par Mazaux et coll., 2006, p.74).

3.1. La communication verbale

Si on définit la communication verbale par la capacité du patient à adapter son comportement discursif à la situation, au contexte d'énonciation, à ses compétences et à celles de son partenaire lors de l'échange, il est évident que l'existence de détériorations linguistiques l'empêche de communiquer correctement (Daviet et coll., 2007). La communication verbale de la personne aphasique est altérée différemment selon la localisation et l'étendue de l'atteinte corticale, à l'origine de la présence ou non de certains symptômes linguistiques tels que :

- des **troubles de la compréhension** même minimes, souvent à l'origine de malentendus, voire de rupture ou d'abandon de la communication ;
- une **altération des formes de communication qui requièrent le plus haut niveau d'intégration** (humour, métaphore, actes de langage indirects, implicite, sous-entendus) excluant souvent la personne aphasique de l'échange ;
- une **désintégration phonétique** touchant la réalisation motrice du langage et ayant un impact sur la fluence ;
- la présence de **paraphasies phonémiques** qui consistent en l'émission d'un phonème à la place d'un autre, mais qui n'entravent pas la linéarité de l'énoncé ;
- des **troubles du traitement lexico-sémantique et/ou syntaxique** provoquant un remaniement des structures de la phrase se traduisant par un discours peu, voire

incompréhensible (Brin, Courrier, Lederlé et Masy, 2004), demandant un effort plus important de reconstitution de la part de l'interlocuteur.

Ces manifestations linguistiques, observées chez la personne aphasique, sont prises en compte, selon leur répartition, dans la classification des types d'aphasie. Cette classification est utile pour avoir une vision globale d'un patient, mais reste éloignée de la clinique, et surtout insuffisante pour la prise en charge. Il est important de rappeler que chaque cas d'aphasie est unique, nécessitant donc une analyse sémiologique précise.

3.2. La communication para-verbale

Au niveau de la communication para-verbale, on note une augmentation des bruits buccaux (peut-être pour pallier les problèmes d'expression) et une variabilité des composantes de la prosodie (rythme, segmentation, durée, intensité vocale) qui sera alors soit très marquée, soit quasi absente. Les composantes émotionnelles sont respectées ou peu altérées (Daviet et coll., 2007).

3.3. La communication non-verbale

Concernant la communication non-verbale, on remarque que les mimiques et le regard gardent leur signification relationnelle habituelle. Chez l'aphasique, silences, regards détournés, refus d'entrer en relation verbale sont chargés de sens et d'intentionnalité.

Les études actuelles ne permettent pas d'établir un consensus en ce qui concerne l'utilisation des gestes. Les plus récentes, notamment celles de Carlomagno et coll. (2005, cités par Mazaux et coll., 2007), s'intéressent aux relations entre les gestes **co-verbaux** (les gestes chargés en signification dépendant d'une production verbale simultanée) comme les gestes déictiques, symboliques ou iconiques. Les patients présentant des troubles lexico-sémantiques et/ou phonologiques feraient davantage usage de gestes co-verbaux que les sujets tout-venant. D'autre part, la production de gestes iconiques pourrait permettre l'activation du concept de manière différente et ainsi aider à la récupération lexicale ou à la bonne forme phonologique. Dans ce cas, ces gestes faciliteraient l'accès au lexique et on pourrait envisager leur utilisation dans une visée restauratrice lors de la rééducation.

Il est cependant important de rappeler les grandes variations inter et intra-individuelles. Il s'agira alors en rééducation d'observer les contextes favorisant la communication avec les partenaires privilégiés d'un patient donné, pour chercher à améliorer sa communication et sa qualité de vie.

II. La prise en charge de la communication de la personne aphasique

Ce chapitre propose une définition succincte des deux types d'approches thérapeutiques qui prédominent actuellement en aphasiologie : celles issues des théories neuropsychologiques et cognitives qui axent leurs objectifs sur la restauration et/ou la

réorganisation des composantes linguistiques altérées et celles qui abordent le langage dans sa dimension fonctionnelle et communicative. Dans la lignée de ces dernières et en parallèle des approches linguistiques traditionnelles, nous verrons qu'il se développe depuis quelques années un autre type d'intervention qui propose d'inclure davantage l'entourage du patient dans la prise en charge.

1. Les approches issues de la neuropsychologie

Dans les années 70, face à l'hétérogénéité des symptômes et des syndromes mis en évidence par la clinique, les neuropsychologues ont tenté de fournir un cadre théorique à leur interprétation en proposant des modèles de fonctionnement cognitif permettant d'analyser les mécanismes sous-jacents aux perturbations du langage.

L'objectif de l'évaluation neuropsychologique du langage sera de décrire les manifestations de « surface » du trouble afin d'identifier un ensemble de signes permettant de reconnaître l'existence d'un syndrome aphasique et sa classification. Il s'agira également de mettre en évidence, à partir de différentes tâches de langage, les mécanismes sous-jacents de traitement de l'information linguistique altérés et/ou préservés (Poncelet, 2006). La prise en charge qui en découle aura une visée de *rétablissement* en entraînant les processus déficitaires pour ramener le langage au niveau le plus fonctionnel, ou encore un objectif de *réorganisation* en contournant les systèmes atteints à l'aide des capacités linguistiques préservées (Le Dorze et Michallet, 1999).

Ces approches, centrées sur le langage, permettent d'améliorer les performances des personnes aphasiques. Il se pose, néanmoins, le problème du transfert des acquis d'un contexte extralinguistique restreint, contrôlé par le clinicien et relativement artificiel aux différentes situations quotidiennes de communication (De Partz et Carlomagno, 2000). Par ailleurs, la possibilité d'adaptation aux comportements respectifs de chaque patient reste difficile. Lors d'échanges conversationnels naturels, l'interlocuteur attend le plus souvent des réponses concrètes (verbale ou non) et en cas de non compréhension, il y a souvent rupture ou abandon de la communication voire un évitement des conversations pouvant réduire les bénéfices du traitement thérapeutique (De Partz et Carlomagno, 2000 ; Le Dorze et Michallet, 1999). D'après Holland (1991), les approches classiques isolent les composantes de traitement déficitaires dans des tâches linguistiques spécifiques mais renseignent peu le clinicien sur l'usage du langage par le patient au quotidien dans des situations réelles de communication (cité par De Partz et Carlomagno, 2000).

2. Les approches pragmatiques et fonctionnelles

Les limites inhérentes aux approches neurolinguistiques tant sur le versant de l'évaluation que sur le versant de la revalidation sont à l'origine des approches cliniques fonctionnelles et pragmatiques chez les patients aphasiques. Aborder le langage sous cet angle revient à considérer celui-ci en situations naturelles d'échange (De Partz et Carlomagno, 2000). En effet, les approches précédentes ne laissent, en général, que peu de place à l'entraînement des acquis dans des situations interactives de communication.

L'approche pragmatique s'intéresse davantage aux compétences communicationnelles que le patient met en œuvre pour se faire comprendre qu'à ses compétences linguistiques pures. Ces approches partent du constat que les aspects pragmatiques du langage des personnes aphasiques sont moins altérés que les aspects lexicaux, syntaxiques, phonologiques (Le Dorze et Michallet, 1999).

L'objectif de la prise en charge sera d'identifier et de stimuler tous les canaux de communication dont le patient dispose pour faire passer un message (verbal ou non) afin d'obtenir une communication la plus efficace possible. La thérapie devra être spontanée et naturelle, en séances individuelles ou de groupe, à l'aide de plusieurs procédures de traitement telles que les jeux de rôle, la mise en place de modes de communication alternatifs ou supplétifs ou encore l'approche P.A.C.E (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness).

Bien que ces approches favorisent la communication dans des activités plus « naturelles », elles ne prennent pas en considération explicitement les proches. Ces derniers se voient souvent confier le rôle d'agents thérapeutiques alors qu'ils sont eux-mêmes indirectement affectés par l'aphasie. En effet, si l'orthophoniste, de par son expérience clinique, est habitué à ajuster son comportement aux incapacités présentées par son patient, il n'en va pas de même pour l'adaptation de sa famille. Un aménagement de l'environnement impliquant, entre autre, des ajustements comportementaux de la part de l'entourage est donc nécessaire (Feuillet et Wagogne-Maréchal, 2005).

3. Les approches sociales

En complément des thérapies psycholinguistiques et pragmatiques, il se développe un courant d'intervention orthophonique qui s'oriente vers les contextes de vie familiaux et sociaux. Comme le souligne Rousseau (2000), les troubles du langage perturbent les relations de l'individu avec son environnement qui, lui-même, aura une influence réciproque sur la révélation, l'importance et le traitement des dysfonctionnements langagiers. Il est donc important d'envisager les troubles du langage au niveau de l'individu mais également au niveau du système dans lequel il évolue.

3.1. Les travaux anglo-saxons

Outre Atlantique, ces approches se développent davantage depuis ces quinze dernières années. Ces évolutions résultent d'influences internes et externes (Chapey, 2001) :

- les restrictions des approches pragmatiques et fonctionnelles ;
- le souci de reconnaître les compétences du patient et d'évaluer les conséquences de l'aphasie au quotidien ;
- un recentrage vers les objectifs premiers de l'intervention qui visent la réintégration à la société de la personne aphasique et l'amélioration de sa qualité de vie ;
- les modifications de remboursement des prises en charge qui mettent davantage l'accent sur le traitement médical essentiel et qui encouragent les conduites thérapeutiques à être les plus efficaces sur une courte période ;

- la question des droits de la personne handicapée et de la demande des patients.

C'est à partir de ces différentes influences qu'est né le LPAA (Life Participation Approach to Aphasia), groupe formé de chercheurs et de cliniciens (par ordre alphabétique : Chapey, Duchan, Elman, Garcia, Kagan, Lyon & Simmons-Mackie). Il appelle à élargir la recherche et la pratique clinique en se recentrant sur les conséquences de l'aphasie, et place le quotidien du patient et la manière dont il est affecté au cœur de la thérapie.

Leurs principes reposent sur des valeurs et une pensée communes relevant de constats cliniques et de travaux de recherche :

- L'objectif principal est de revaloriser la participation du patient au quotidien.
- Toutes les personnes affectées par l'aphasie ont le droit d'être prises en charge.
- L'évaluation doit inclure la mesure des changements et des améliorations dans la vie quotidienne du patient.
- L'intervention cible les facteurs personnels et environnementaux.
- L'accent est mis sur l'importance d'une prise en charge à tous les stades de l'aphasie.

Ils espèrent ouvrir la discussion sur la restructuration des services et conduire une innovation des méthodes cliniques de prise en charge des personnes atteintes d'aphasie. L'objectif principal des interventions qu'ils développent est de reconduire le plus rapidement possible la personne aphasique à une vie active.

Nous ne développerons pas de manière exhaustive l'ensemble des travaux issus de ces recherches. Il nous paraît néanmoins important de citer l'approche d'Aura Kagan et celle de John G. Lyon qui sont des références en matière d'entraînement des interlocuteurs de la personne aphasique ; ainsi que les premiers travaux français dans ce domaine.

3.1.1. Les travaux d'Aura Kagan

Dès 1995, Kagan (citée par Le Dorze et Michallet, 1999), se base sur le concept de compétence et de conversation qui conduit à une définition « sociale » de l'aphasie, vue comme « *un trouble acquis du langage, d'origine neurologique, qui masque la compétence normalement révélée par la conversation* ». Les obstacles à la communication ne seraient pas seulement le fait des incapacités de la personne, mais aussi du degré limité avec lequel un interlocuteur non entraîné peut être capable de « démasquer » la compétence pour la communication de son proche, permettant à ce dernier d'affirmer son identité sociale.

Kagan s'intéresse alors aux deux fonctions principales de la conversation :

- la fonction transactionnelle qui consiste en un échange d'informations, d'opinions, de sentiments ;
- et la fonction interactionnelle qui a pour objectif d'établir et de maintenir des relations sociales.

Elle propose, en 1998, au centre North York de Toronto, un exemple d'intervention qu'elle nomme « Supported Conversation For Adults with Aphasia » (SCA). Le SCA est un programme d'entraînement et de formation des partenaires de communication de la personne aphasique (conjoint, parents, voisins, médecins, orthophonistes). Les objectifs de cette intervention sont les suivants (Le Dorze et Michallet, 1999) :

- Démontrer que l'aphasie masque la compétence communicative de la personne aphasique.
- Développer les habiletés visant à assurer à la personne aphasique que sa compétence est reconnue explicitement et implicitement.
- Enseigner des habiletés qui révèlent la compétence à communiquer de la personne aphasique.
- Amener les deux partenaires à « oublier l'aphasie ».

Pour cela, elle met à disposition des orthophonistes un manuel intitulé « Techniques pour favoriser la communication avec les personnes aphasiques » relatant les différents principes, attitudes, adaptations, à appliquer avec ces patients.

3.1.2. Les travaux de John G. Lyon

Lyon (1996), cité par Le Dorze et Michallet (1999), propose un modèle d'intervention visant à améliorer l'utilisation sociale des processus langagiers et de la communication dans les différents contextes de la vie quotidienne. Le rôle de l'orthophoniste est de guider l'individu aphasique et son aidant naturel principal en les amenant à s'impliquer dans les activités de communication.

La prise en charge qu'il propose comporte plusieurs étapes :

- L'évaluation : elle concerne les composantes du langage, de la communication et leur utilisation sociale ainsi que le bien-être psychosocial de la personne aphasique et de son aidant.
- La seconde étape consiste, pour l'orthophoniste, à montrer comment les processus altérés peuvent être restaurés et à déterminer avec la personne aphasique et son interlocuteur privilégié les objectifs du traitement et les moyens pour les atteindre.
- L'étape de la « facilitation » consiste à entraîner en milieu clinique une personne bénévole qui deviendra un partenaire de communication pour la personne aphasique. A travers des activités extérieures au milieu clinique et choisies par le patient, ce dernier développera un meilleur contrôle sur sa vie quotidienne.
- L'arrêt de l'intervention est décidé par consensus entre les souhaits de la personne aphasique et ceux de son aidant naturel.

Une recherche sur l'efficacité de ce modèle de traitement montre des gains significatifs lorsque l'on évalue en pré et post thérapie le bien-être psychosocial et la communication de la personne aphasique.

3.2. Les travaux français

En France, ce type d'intervention est beaucoup moins développé mais plusieurs personnes ont tenté d'en démontrer leur intérêt. Rousseau (2000) a appliqué ce type de thérapies avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ; Feuillet et Wagogne-Maréchal (2005) ont fait un essai de prise en charge avec un patient aphasique et trois membres de sa famille. Certains mémoires d'orthophonie ont également démontré l'intérêt de mettre en place des interventions auprès de l'entourage de patients aphasiques (Elgoyen-Haritchet, 2003 ; Pereira et Ramond, 2007 ; Marie Dit Dinard, 2008).

III. Un support privilégié pour une approche sociale : la conversation

L'approche conversationnelle dans la prise en charge des patients aphasiques s'est développée à partir du constat que les conversations entre la personne aphasique et ses proches constituent la situation de communication la plus fréquente. De ce fait, une analyse quantitative et qualitative de leurs interactions naturelles permettrait de considérer l'impact des troubles linguistiques sur les situations de conversation les plus courantes du quotidien. Ce chapitre s'intéresse à l'intérêt d'une approche basée sur l'analyse de cette dynamique conversationnelle.

1. L'importance de la conversation entre la personne aphasique et son entourage au quotidien

Dans ce chapitre, nous aborderons les conséquences du trouble de la communication sur le quotidien du patient et de son entourage en développant l'importance de prendre en compte le système dans sa globalité.

1.1. Les répercussions sociales et familiales de l'aphasie

L'aphasie crée une crise importante au sein de la famille, provoquant des remaniements dans les liens fondamentaux (Labourel et Martin, 1991). Les difficultés langagières du patient modifient la qualité de ses interactions avec les autres membres de sa famille. Ces troubles de la communication perturbent l'ordre relationnel établi en modifiant l'équilibre du système familial, les rôles joués par les uns et les autres, créant alors une « crise » dont l'importance sera fonction du type de structure familiale dans lequel il s'inscrit. Il est donc important de prendre la personne aphasique et ses proches comme un tout systémique que l'aphasie vient perturber et déséquilibrer. Les différentes études sur la question révèlent le peu d'information dont dispose la famille quant à l'aphasie elle-même et montrent l'importance d'une adaptation de l'entourage pour le maintien d'une dynamique familiale (North, 2001).

La personne aphasique est avant tout un individu souffrant, privé en partie de la modalité principale de communication avec l'autre : le langage. Sa place au sein de l'organisation socio-professionnelle et familiale se voit alors modifiée. Ce trouble du langage et de la

communication est un facteur déterminant dans le processus d'isolement et de rupture des liens. Ceci entraîne presque inévitablement dépression et baisse de la qualité de vie (North, 2001 ; De Partz, 2008).

Si l'on reprend l'idée développée par Kagan (1995) relative à la compétence conversationnelle du patient aphasique, l'interlocuteur doit être capable de révéler les potentialités de la personne qui seraient inaccessibles sans support ni aides techniques appropriées. Le partenaire conversationnel de la personne aphasique doit donc se positionner en tant qu'accompagnant à l'émergence du message, en apportant au patient ses aides personnelles facilitatrices. Grâce à quoi, le patient se réapproprie son statut de personne capable d'échanger, d'agir sur son environnement, possédant alors une compétence sociale (Parent, 2002). Le savoir-faire de son interlocuteur (professionnel, parent ou ami) est donc primordial.

Cependant, les proches, partenaires conversationnels privilégiés de la personne aphasique, sont eux-mêmes directement affectés par l'aphasie. Il paraît donc nécessaire de cerner leurs besoins et leur plainte afin de déterminer les objectifs de l'intervention thérapeutique.

1.2. La plainte et l'adaptation des proches et du patient aphasique aux déficits langagiers

La survenue de l'aphasie touche au plus profond la vie quotidienne du patient et de son entourage ; que ce soit les conjoints, les amis, les enfants, les partenaires sociaux, « *tous sont touchés par la nature irréversible et persistante des troubles* » (De Partz, 2008, p. 131). L'aphasie occasionne alors d'importants changements et il existe un réel défi pour le patient et son entourage à retrouver et maintenir une certaine qualité de vie.

Une étude de Le Dorze et Brassard (1995), relatée par De Partz (2008), se propose de décrire les conséquences des déficits du langage sur l'entourage en analysant les comptes-rendus d'interviews de 18 patients et de leur partenaire respectif. Cette analyse consiste à mettre en évidence différentes dimensions portant sur **les incapacités langagières, le handicap et les stratégies d'adaptation.**

Les incapacités résultant des limitations fonctionnelles associées à l'aphasie révèlent, entre autres, des difficultés à se faire comprendre, à lire et à écrire, à gérer la situation de téléphone et les conversations de groupe, ou encore à parler au moment opportun

Ces limitations, lorsqu'elles empêchent le patient de participer aisément aux tâches de communication, sont source de **handicap**. Il doit alors faire un effort pour communiquer.

Elles provoquent chez le patient :

- une irritation en cas de manque du mot ou quand il n'est pas compris de son interlocuteur ;
- des frustrations quand d'autres parlent à sa place ou le corrigent ;
- de la fatigue quand il s'agit d'écouter et/ou de maintenir une conversation ;
- une gêne lors de productions inappropriées (jurons, argot, tutoiement).

Le partenaire pourra alors éprouver :

- un stress lorsqu'il observera un décalage entre les productions du patient et ce qu'il a réellement voulu lui dire ;
- de l'irritation et de la frustration face aux difficultés de la personne aphasique et devant sa propre incapacité à la comprendre ;
- de la tristesse face à la perte d'intérêt à communiquer du patient ;
- de la culpabilité à ne plus trouver lui-même du plaisir dans l'échange verbal avec son proche.

Pour maintenir une communication le patient et davantage encore son proche mettront en place des **comportements adaptatifs** :

Patient aphasique	Proche du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Post poser la conversation • Arrêter de parler • S'isoler • Manifester d'un signe son intention de parler • Arriver à s'exprimer même quand le thème de la conversation a changé • Utiliser des gestes • Prendre le temps de parler • Expliquer aux autres les raisons de ses difficultés d'expression • Demander à pouvoir parler • Anticiper le moyen de compenser une difficulté • Accepter que d'autres parlent à sa place • Demander aux proches de donner un coup de téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> • Essayer de ne pas s'étendre sur les difficultés du patient • Essayer de deviner ce qu'il veut dire • Parler à la place du patient pour le protéger • Prendre le temps de l'écouter • Prêter plus attention à ce qu'il dit • Vérifier le contenu de ses messages • Eviter de corriger ses productions • S'empêcher de parler à sa place • Eviter certains thèmes de conversation • Expliquer aux autres interlocuteurs la cause des difficultés du patient • Corriger les erreurs du patient • S'éloigner en cas d'irritation

Tableau 1 : Comportements communicatifs adaptatifs utilisés par les patients et par leurs partenaires (issu de Le Dorze et Brassard, 1995, pp.248-249)

Il ressort de cette étude que les plaintes des personnes aphasiques et de leurs proches portent essentiellement sur la communication en situation de conversation. «*Elle est une des formes de communication les plus importantes dans la vie quotidienne ; c'est notamment par elle que l'individu manifeste ses connaissances, ses pensées, ses sentiments, ses opinions et qu'il entretient des relations interpersonnelles* » (De Partz, 2008, p. 133). En situation de communication, la personne aphasique doit faire des efforts supplémentaires pour maintenir une conversation malgré ses difficultés. Elle peut ressentir une irritation due au fait qu'elle n'arrive pas à s'exprimer comme elle le souhaiterait, elle aura donc tendance à être frustrée et à moins participer aux conversations de groupe qui représentent une difficulté supplémentaire. Par ailleurs, la personne aphasique se retrouve en situation de dépendance par rapport aux ajustements nécessaires de son interlocuteur. C'est pourquoi les relations interpersonnelles au sein de l'entourage proche s'en trouvent largement affectées (Julien, 2001).

Une intervention basée sur l'analyse de cette dynamique conversationnelle paraît donc judicieuse.

2. Analyse conversationnelle et aphasie

2.1. Généralités sur la conversation

La conversation représente l'exemple prototypique de l'interaction malgré le caractère extrêmement flou, fuyant et informel des échanges conversationnels au sens strict. Cependant, certaines caractéristiques universelles peuvent être dégagées.

La conversation est avant tout une interaction réciproque, chaque participant ayant alternativement le rôle de locuteur. L'alternance de ces tours de parole n'est pas antérieurement prédéterminée mais construite, au cours de l'échange, grâce à la collaboration respective des participants.

Elle se distingue aussi des autres interactions par son objectif et sa finalité. En effet, les protagonistes de la conversation partagent un objectif commun, non défini par une attente ou une requête de l'un des participants, comme cela peut être le cas lors d'une interview par exemple. Enfin, la conversation possède une finalité « neutre », sans conséquences financières (telle une négociation), décisives (telle une réunion) ; son seul but est de prolonger ou accentuer un lien social au travers d'une interaction. Nous comprenons donc mieux l'importance de la conversation dans l'activité et l'identité sociale, « *elle est essentielle au sentiment d'existence de chacun* » (Traverso, 1996, p.6-7).

2.2. L'effort collaboratif minimal

La conversation repose aussi sur un principe de dynamique conversationnelle. Selon le modèle présenté par Clark et Schaefer (cités par De Partz, 2007), il y a deux phases dans la conversation : la phase de présentation (exposition des faits), émise par le premier participant et la phase d'acceptation, émise par le deuxième. Pour qu'une conversation réussisse, il faut que ces deux phases soient équilibrées grâce à « l'effort collaboratif minimal ». C'est-à-dire que plus l'effort de présentation sera important, plus facile sera la phase d'acceptation (De Partz, 2001).

Cette notion est particulièrement importante dans l'étude de la conversation d'une personne aphasique avec un interlocuteur tout-venant. En effet, plus la phase de présentation de ce dernier sera précise et adaptée pour exposer les faits à la personne aphasique, plus il sera facile pour elle d'y répondre. Inversement, lorsque les difficultés linguistiques de la personne aphasique entravent sa phase de présentation, De Partz (2001) souligne que son partenaire devrait intervenir pour contribuer « *d'avantage au travail de réparation plutôt que de laisser le participant aphasique se débrouiller seul pour tenter de réparer d'emblée sa présentation* » (p.7). Dans ce cas, l'effort collaboratif minimal pourra être maintenu en conversation entre la personne aphasique et son partenaire.

2.3. L'analyse conversationnelle

L'émergence de l'analyse conversationnelle est principalement issue du courant ethnométhodologique de la sociologie représenté par Garfinkel (1972), qui avait pour matière première des enregistrements de situations naturelles. L'analyse conversationnelle est donc une approche empirique et écologique qui s'axe sur les actes des participants pour faire évoluer efficacement l'interaction à partir d'échantillons naturels de conversations. Son but est de dégager les règles qui sous-tendent la « fabrication » de cette interaction.

Pour la décrire plus précisément, nous nous référerons à l'approche de Sacks et Schegloff (cités par Kerbrat-Orecchioni, 1996) qui la définissent à partir de l'observation des éléments suivants : l'ouverture et la clôture de l'échange, la conduite du récit, l'alternance des tours de parole et les « réparations » des défaillances éventuelles du discours.

2.3.1. L'ouverture et la clôture de l'échange

L'ouverture de l'échange correspond à la mise en contact des participants, et la clôture de l'échange, à la fermeture de la communication et à la séparation des partenaires. Elles sont régies par des conduites spécifiées : salutations, et selon les situations, remerciements, vœux (Traverso, 1999).

2.3.2. La conduite du récit

La conduite du récit comprend la gestion et l'introduction de thèmes. Alors que dans la conversation normale, ceci se fait de manière naturelle et relativement réciproque, en conversation avec une personne aphasique, cette dernière aura tendance à être passive et à moins participer à la construction de ce versant de la conversation (Julien, 2001).

2.3.3. L'alternance des tours de parole

Les tours de parole reposent sur l'alternance du rôle de locuteur entre les participants, il doit toujours y avoir une personne qui parle et une seule à la fois. Les « ratés » du système de tours de parole peuvent se traduire par des silences prolongés, des interruptions ou encore des chevauchements (Kerbrat-Orecchioni, 1996). Ces violations du système peuvent relever du fonctionnement normal de la conversation ; cependant, lorsqu'une personne aphasique est participante, ses difficultés linguistiques peuvent largement influencer ce système d'alternance : le partenaire conversationnel peut multiplier les interruptions ou chevauchements pour finir plus vite les phrases de la personne aphasique, ou encore ne pas laisser assez de temps à cette dernière pour enchaîner la conversation et interpréter son silence prolongé comme une rupture de l'échange. La personne aphasique peut alors perdre son rôle d'acteur de la conversation (Perkins, 1995, traduit par De Partz et Godfrind, 2001).

Indicateurs d'un problème conversationnel	Exemples
1. Demande neutre ou non spécifique d'une répétition locale	« <u>Que dis-tu ?</u> », « <u>Quoi ?</u> , « <u>Pardon ?</u> »
2. Demande de répétition globale (reprise de toute une section de la conversation)	« <u>Je suis perdue depuis 30 secondes !</u> »
3. Demande de confirmation : - Répétition partielle - Répétition complète - Répétition avec élaboration	« Je suis sortie dimanche dernier. » « <u>Dimanche dernier ?</u> » « Je suis sortie dimanche dernier. » « <u>Tu es sortie dimanche dernier ?</u> » « Je suis sortie dimanche dernier. » « <u>Tu es sortie dimanche dernier...au restaurant ?</u> »
4. Demande d'informations spécifiques	« Je joue au golf. » « <u>A quoi joues-tu ?</u> »
5. Demande d'informations complémentaires	« <u>Que veux-tu dire ?</u> », « <u>Je ne comprends pas, pouvez-vous m'en dire davantage ?</u> »
6. Correction	« C'est Jeudi. » « <u>Non c'est vendredi !</u> »
7. Absence d'élaboration	« <u>Sais-tu ce que signifie colporter ?</u> » « <u>Oui.</u> » « <u>Quoi ?</u> » « <u>Oh ! il est trop tard, c'est trop difficile à t'expliquer.</u> »
8. Formation d'hypothèse	« <u>Ton chien s'appelle Tom ?</u> »
9. Commentaire métalinguistique	« <u>Je ne te comprends pas.</u> » « <u>Je vois ce que tu veux dire !</u> »
10. Reprise en cas de perturbation minimale	« <u>J'irai à...nous irons à Bruxelles ensemble !</u> »

Tableau 2 : Indicateurs de problèmes conversationnels adaptés de Watson et coll. (1999, pp. 216-217)

Types de réparations	Exemples
1. Répétition complète ou partielle	« Je rentre à la maison ! » « <u>Quoi ?</u> » « <u>je rentre à la maison !</u> »
2. Révision / reformulation	« Je rentre à la maison ! » « <u>Pardon ?</u> » « <u>Je rentre chez moi !</u> »
3. Addition / spécification	« La soirée d'hier soir.. » « <u>Quelle soirée ?</u> » « <u>La soirée d'hier soir chez David à Bruxelles.</u> »
4. Indices / explication	« J'ai rencontré Paolo. <u>Le connais-tu ? C'est le fils de ma sœur.</u> »
5. Productions inappropriées	« Combien d'enfants as-tu ? » « <u>Oui</u> »
6. Confirmation / infirmation	« Tu veux dire qu'elle est professeur ? » « <u>Oui elle est professeur.</u> »
7. Question pour clarifier la source de l'erreur	« Peux-tu m'attendre à la librairie ? » « <u>Laquelle, celle qui est sur la Grand-place ou celle qui est à côté de la poissonnerie ?</u> »

Tableau 3 : Catégorisation des différents types de réparations adaptée de Watson et coll. (1999, pp. 218)

2.3.4. Les réparations

Les réparations sont les stratégies mises en œuvre pour pallier les « incidents » de conversation qui peuvent prendre la forme de faux départs, de dysfluences, d'inattention et d'incompréhension. Schegloff et coll. (cités par De Partz, 2001) distinguent deux phases de réparation : l'initiation qui peut être une auto-initiation ou une hétéro-initiation selon que la réparation est introduite par le locuteur lui-même ou par son interlocuteur. Il y a hétéro-initiation lorsque le locuteur ne se rend pas compte de son erreur ou lorsque l'interlocuteur rencontre un problème de compréhension. Dans la conversation normale, ce sont les auto-initiations qui prédominent.

La deuxième phase est celle de la réparation proprement dite qui peut aussi être une auto-réparation ou une hétéro-réparation suivant la personne qui « corrige ». Là encore, en conversation normale, la majorité des réparations sont effectuées par le locuteur. Ce système de réparation est donc rapide et efficace.

	Auto-signalisation	Hétéro-signalisation
Auto-réparation	S1 « Je vais à Paris. » S1 « Non ! » S1 « Je vais à Montpellier. »	S1 « Je vais à Paris. » S2 « A Paris ? » S1 « Non à Montpellier. »
Hétéro-réparation	S1 « Je vais à Paris. » S1 « Non ! » S2 « Tu veux dire à Montpellier. »	S1 « Je vais à Paris » S2 « A Paris ? » S2 « Tu veux dire à Montpellier. »

Tableau 4 : Exemples des différentes stratégies de réparation (De Partz, 2007)

De Partz (2001) propose une adaptation des catégorisations établies par Watson et coll. (1999) des différents types d'initiations indiquant un problème conversationnel (tableau 2) et des réparations (tableau 3), retrouvés en conversation normale.

Les difficultés linguistiques d'une personne aphasique peuvent limiter ses capacités à faire des auto-réparations avec auto-initiation. De plus, ces séquences sont souvent très longues et coûteuses pour le patient qui ressent alors vraiment son handicap, sans que cela aboutisse obligatoirement à une résolution du problème (Perkins, 1995, traduit par De Partz et Godfrind, 2001). On remarque donc une insuffisance et une pauvreté des procédures de réparation dans le discours aphasique (De Partz et Carlomagno, 2000). Les réparations au sein de ce discours présentent une structure et une organisation plus complexe où l'effort collaboratif minimal, c'est-à-dire l'action conjointe des deux partenaires en conversation, s'avère nécessaire et primordiale à l'efficacité de l'échange. Perkins et coll. (1999, cités par De Partz, 2001) préconisent une méthode d'analyse tenant compte directement de l'analyse qualitative individuelle des réparations collaboratives. A partir d'enregistrements de conversations, les auteurs proposent d'étudier cette dynamique chez huit patients aphasiques et leur partenaire respectif. Cette analyse prend en compte la récurrence des problèmes à l'origine des incidents et les mécanismes interactionnels employés par les deux participants pour gérer le travail de réparation.

A titre d'exemple, nous citerons le cas d'un patient dont l'aphasie se caractérise par un débit fluide, une anomie sévère et des troubles résiduels de la compréhension. L'analyse des enregistrements montre qu'en conversation les incidents conversationnels sont, pour la majorité, liés à un manque du mot et secondairement à des paraphrasies phonémiques et

des néologismes. Régulièrement, le partenaire conversationnel ne respecte pas le principe du moindre effort collaboratif : il initie une réparation alors que la cible est comprise notamment en fournissant au patient une variété d'indices (phonologiques, sémantiques, modèles à répéter) pour l'inciter à produire la réponse correcte. Chez le patient, l'utilisation du geste, déictique en particulier, permet une résolution rapide du problème.

Les études décrites dans le chapitre suivant proposent une implication de ce type d'analyse au sein de la dynamique thérapeutique.

3. Exemples de prises en charge à partir d'analyse conversationnelle

Un nombre croissant de travaux cliniques récents ont recours à la technique d'« analyse conversationnelle » d'une part, pour évaluer l'impact direct de l'aphasie sur les conversations naturelles entre une personne aphasique et un proche ; d'autre part, pour identifier les stratégies employées par les deux participants pour remédier aux effets des troubles linguistiques (De Partz et Carlomagno, 2000). Les études décrivant la communication entre des patients aphasiques et les membres de leur famille révèlent que ces derniers ne sont pas toujours des partenaires conversationnels qualifiés. L'entourage du patient adopte parfois des stratégies conversationnelles qui ne facilitent pas la communication avec leur proche aphasique (Simmons-Mackie et coll., 2005). Nous prendrons ici trois exemples de prise en charge ayant pour but de modifier la dynamique conversationnelle, en ciblant leur action davantage sur le partenaire que sur le patient.

3.1. L'étude de Lesser et Algar (1995)

Lesser et Algar (cités par De Partz, 2001) proposent une analyse conversationnelle chez deux patientes aphasiques (VD et JO) présentant un manque du mot lié à une altération du lexique phonologique de sortie pour VD, et à un trouble du système sémantique pour JO. L'analyse de leurs conversations visait à identifier les manques du mot ainsi que les stratégies efficaces et inefficaces de réparation de ces incidents. L'intervention thérapeutique a consisté à fournir des conseils individualisés repris dans un carnet propre à chaque partenaire. Il s'agissait de leur expliquer la nature du manque du mot, de leur fournir des conseils concernant les stratégies à utiliser lors des réparations et d'illustrer ces derniers à l'aide de l'échantillon de conversation. Les conseils étaient relativement différents pour les deux partenaires. Pour le partenaire de JO, ils consistaient à faire prendre conscience à JO que son message n'est pas compris en le lui disant explicitement; à vérifier régulièrement sa compréhension des messages en le reformulant ou en s'assurant du sens de certains mots ; à utiliser lui-même des phrases courtes, claires et précises pour faciliter la compréhension de JO. Pour le partenaire de VD, il s'agissait de formuler des hypothèses que la patiente est à même d'accepter ou de refuser rapidement ; de modéliser la production de certains mots et de lui laisser un peu plus de temps pour avoir accès au mot.

Deux mois après l'utilisation de ces stratégies, l'analyse des échanges spontanés montrait une augmentation des stratégies d'aide fournies par les partenaires, renforçant l'efficacité fonctionnelle des échanges, tandis que, les résultats en dénomination des patientes étaient inchangés.

3.2. L'étude de Booth et Perkins (1999)

L'étude de Booth et Perkins (citée par De Partz, 2001) présente une analyse conversationnelle avec un patient aphasique et son frère. Le patient produisait de nombreuses paraphrasies phonémiques et néologiques. Il était partiellement conscient de ses erreurs. L'analyse conversationnelle pré-thérapeutique indiquait que 78 % des tours de parole étaient consacrés aux réparations. Le frère du patient le reprenait souvent sur des problèmes d'articulation et de choix de mots, alors que le message était bien « passé ». Il a donc été intégré dans un groupe avec d'autres partenaires conversationnels, à raison d'une séance hebdomadaire pendant six semaines. Lors de ces séances, on l'a informé précisément sur l'aphasie, le fonctionnement du langage, et on l'a entraîné, à partir de vidéos, à repérer les troubles phonologiques comparés aux troubles sémantiques pour pouvoir par la suite proposer des stratégies efficaces.

L'analyse conversationnelle post-thérapeutique a montré que seulement 29 % des tours de parole étaient désormais consacrés aux réparations. Sur le plan qualitatif, Booth et Perkins ont noté que le frère du patient utilisait plus souvent les questions fermées lorsqu'il demandait des clarifications et qu'il utilisait les paraphrases pour vérifier sa compréhension.

3.3. L'étude de Simmons-Mackie, Kearns et Potechin (2005)

Le dernier exemple est le travail expérimental mené par Simmons-Mackie et coll. (2005) avec un patient de 62 ans présentant une aphasie de type Broca et son épouse. L'analyse conversationnelle effectuée avant la prise en charge mettait en évidence trois comportements contre-productifs utilisés par l'épouse du patient :

- des interruptions intempestives
- des questions convergentes
- des corrections négatives

Le travail de prise en charge a consisté en un repérage des deux premiers comportements au cours d'extraits de conversations spécifiques (à propos du programme de télévision). Pendant le visionnage, le thérapeute et l'épouse du patient devaient chacun quantifier le nombre de comportements repérés, avant de mettre leurs résultats en commun. Le thérapeute reprenait ensuite le visionnage de la conversation et commentait tous les points de désaccord entre leurs résultats. L'entraînement a pris fin lorsqu'ils ont obtenu 90% de corrélation entre leurs observations respectives à deux séances consécutives.

« Les résultats mettent en évidence que le taux de comportements contre-productifs entraînés diminue significativement dans la situation entraînée et que des généralisations sont relevées dans les différentes situations et comportements non-entraînés. » (De Partz, 2007).

C'est en se basant sur ce type d'études que nous avons choisi d'orienter la prise en charge effectuée dans ce mémoire auprès de deux patients aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié.

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

Nous avons vu précédemment que si l'aphasie est bien sûr une atteinte des paramètres linguistiques (phonologique, lexico-sémantique, morpho-syntaxique), elle touche globalement la communication avec des répercussions sur la qualité des rapports de la personne aphasique avec son entourage. Au-delà de la fonction langagière, l'aphasie touche par conséquent le rôle social et familial de l'individu.

Les approches sociales, intégrant l'environnement familial et social de la personne aphasique, ont pour objectif d'optimiser les aptitudes communicationnelles du système constitué par l'aphasique et cet environnement.

S'inscrivant dans ce courant, l'analyse conversationnelle appliquée à l'aphasie cherche à identifier les stratégies de communication entre une personne aphasique et son partenaire conversationnel privilégié. L'objectif est alors de renforcer les plus efficaces d'entre-elles pour faciliter la transmission du message et d'inhiber les attitudes qui, au contraire, allongent inutilement l'échange et/ou entravent le bon déroulement de la conversation.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous proposons d'évaluer de manière qualitative et quantitative les répercussions d'une telle approche pour tenter de répondre à la question suivante: une prise en charge basée sur une analyse conversationnelle entre un patient aphasique et son interlocuteur privilégié permet-elle une amélioration de leur communication et secondairement de leur qualité de vie?

D'autre part, nous nous interrogerons, à partir de cette expérience, sur la possibilité d'une mise en place de ce type de rééducation dans une pratique clinique quotidienne.

II. Hypothèses

1. Hypothèse générale

Nous posons donc l'hypothèse qu'il est possible d'améliorer la communication de la personne aphasique et de son partenaire conversationnel privilégié grâce à une intervention basée sur l'analyse conversationnelle. A partir de certains éléments de la littérature et pour vérifier cette hypothèse, nous avons émis trois sous-hypothèses qui nous ont permis d'établir un protocole d'intervention. Nous nous attendons à observer :

- une amélioration de la communication globale du patient évaluée par des épreuves standardisées, et une augmentation du nombre de canaux de communication utilisés ;
- une meilleure perception de la part du partenaire des difficultés linguistiques du patient et de ses habiletés conversationnelles, qui se traduirait par une meilleure adéquation entre son appréciation et celle obtenue par l'analyse de leur conversation ;

- une gestion plus efficace de leurs conversations mise en évidence par l'analyse conversationnelle et plus particulièrement par :
 - une diminution des tours de parole dédiés au travail de réparation
 - une augmentation des stratégies de communication « facilitatrices » au détriment des stratégies « non facilitatrices »
 - une meilleure répartition des temps de parole
 - une diminution du nombre de chevauchements dans la conversation

2. Hypothèses secondaires

Nous pensons qu'en améliorant la communication, il y aura des répercussions positives sur la qualité de vie. Nous espérons mettre en évidence :

- pour le patient : une amélioration des résultats concernant la communication dans des échelles de qualité de vie ;
- pour le partenaire : une meilleure tolérance aux problèmes rencontrés en conversation.

Pour finir, à partir de l'analyse qualitative d'un questionnaire administré aux couples interactionnels en fin d'intervention, nous souhaitons déterminer les paramètres nécessaires à la mise en place de ces approches dans une prise en charge orthophonique classique.

Chapitre III
PARTIE EXPERIMENTALE

I. Population

1. Les personnes aphasiques

Pour mener à bien notre expérimentation, nous avons retenu plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion.

1.1. Critères d'inclusion

- Les patients présentent une aphasie consécutive à un AVC.
- Les patients devaient avoir des compétences correctes en français avant l'accident (Kagan 1998).
- L'aphasie doit se caractériser par une expression limitée et une compréhension relativement préservée afin que les patients tirent des bénéfices de l'intervention.
- L'ancienneté de l'aphasie est supérieure à un an car nous voulons éliminer tout effet de récupération spontanée dont la durée a été évaluée à six mois et dont les effets maxima ont lieu durant les six premières semaines (Pradat-Diehl, Tessier, Peskine, Mazevet, 2007).
- Le patient doit présenter une appétence à la communication et être suffisamment motivé pour que notre étude puisse lui être bénéfique.

Il est à noter que pour des raisons de commodité et d'organisation, nous nous sommes limitées aux patients habitant dans la région stéphanoise.

1.2. Critères d'exclusion

Afin de mener à bien notre intervention, les patients ne doivent pas présenter de pathologie neurodégénérative, d'aphasie évolutive, de troubles du comportement sévères ou de maladie psychiatrique associée (Kagan, 1998). Les pathologies perceptives sévères telles que la cécité ou la surdité constituent également un critère d'exclusion.

2. Les partenaires conversationnels

2.1. Critères d'inclusion

Au départ, le choix du partenaire conversationnel est fait par le patient. Néanmoins, pour être éligible, cette personne doit avoir des occasions régulières de converser avec la personne aphasique, et être ainsi considérée comme partenaire privilégié. Il est bien sûr important qu'elle ait exprimé sa motivation pour participer au travail que nous lui proposons, et qu'elle soit assez disponible pour pouvoir se libérer pour les séances prévues.

2.2. Critères d'exclusion

Les partenaires conversationnels ne doivent pas présenter de pathologies ou de troubles pouvant entraver la communication (troubles cognitifs, pathologies neurologiques dégénératives).

II. Protocole expérimental

Ce travail a été proposé à deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié. Dans les deux cas, l'AVC date de plus de deux ans. Malgré d'importants progrès réalisés grâce à une rééducation orthophonique intensive et assidue, selon une stratégie classique, ces couples interactionnels étaient en demande d'un travail collaboratif autour de leurs échanges quotidiens en parallèle de l'intervention orthophonique habituelle.

L'ensemble des séances réalisées pour ce travail se déroule au domicile des patients en présence du patient et de son partenaire, ceci afin de :

- leur permettre de converser dans leur environnement familial et d'en utiliser toutes les potentialités ;
- de travailler dans un lieu qu'ils connaissent et où ils vivent quotidiennement, en espérant ainsi favoriser la généralisation des acquis ;
- de s'éloigner des situations artificielles et contrôlées de la prise en charge en service de soin ou en cabinet libéral.

Nous avons rencontré chacun des deux couples à 13 reprises :

- une première entrevue afin de leur présenter notre projet ;
- trois séances destinées au bilan initial ;
- sept séances d'une heure destinées exclusivement à la prise en charge ;
- et deux séances destinées à la réalisation du bilan final.

1. L'entrevue initiale

Le but de ce premier rendez-vous est de faire connaissance avec chaque couple et de leur présenter notre travail. Nous leur expliquons le déroulement, le contenu et les objectifs de notre étude. Cet entretien est également l'occasion de nous assurer de la motivation des deux protagonistes quant à leur participation à notre intervention.

2. Présentation des outils de mesure du bilan initial

2.1. Réalisation d'un profil linguistique

Chaque patient a bénéficié d'un bilan de langage à l'aide de l'adaptation française du Boston Diagnostic Aphasia Examination (Mazaux et Orgogozo, 1981) afin de bien cerner le profil et les difficultés linguistiques du patient et de rendre explicite sa présentation sémiologique.

2.2. Evaluation de la communication : présentation du Test Lillois de Communication (TLC)

Ce mémoire s'intéresse à la communication, plus particulièrement à la transmission du message quel que soit le canal utilisé pour atteindre cet objectif. C'est pourquoi, au-delà des tests linguistiques classiques (tels que le BDAE), il nous était indispensable d'évaluer la communication des patients en prenant en compte le plus de paramètres possibles. Nous avons choisi le Test Lillois de Communication (Lefeuvre, Delacourt, Wyrzykowsky et Rousseau, 2000) qui a pour objectif d'explorer trois composantes de la communication : la motivation de la personne à communiquer, ses conduites verbales et non-verbales. Il peut être présenté quel que soit le stade d'évolution et le lieu de vie et il est basé sur l'examen direct en situation de communication duelle, dans des conditions reproductibles et standardisés. Ce test se rapproche donc largement de notre volonté de faire une évaluation la plus écologique possible tout en nous donnant la possibilité de mettre en évidence les progrès éventuels après notre expérimentation.

Par ailleurs, le TLC comporte un questionnaire destiné à l'entourage pour comparer les résultats du patient aux observations de son/ses proche(s), tout en ayant une valeur didactique concernant les difficultés liées à l'aphasie en les pointant à travers ses différentes questions. Cependant, nous n'avons pas utilisé ce questionnaire du fait de sa redondance avec les thèmes abordés dans l'interview du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA) qui reprend plus précisément ces différents points.

2.3. Analyse de la dynamique conversationnelle : présentation du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA)

Le Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA) est un outil anglais proposé par Whitworth, Perkins et Lesser en 1997. Il n'existe à ce jour aucune version française officielle. Nous avons opté pour une traduction libre de cet outil, à l'aide d'essais déjà réalisés (Colun, 2008 ; Elgoyen-Haritchet, 2003).

Cet outil se donne pour cadre de référence l'analyse conversationnelle. Son objectif est de recueillir des informations spécifiques sur la manière dont les troubles linguistiques consécutifs à l'aphasie ont un impact sur les conversations quotidiennes entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel privilégié.

Le CAPPA se propose de recueillir trois types d'informations qui incluent :

- un profil des habilités conversationnelles actuelles (**Partie A**) ;
- un profil sur les styles et les occasions d'interaction passés et actuels (**Partie B**) ;
- l'analyse conversationnelle (**Partie C**).

Les parties A et B utilisent l'interview : elles sont administrées au partenaire et, lorsque cela est possible, à la personne aphasique.

La partie C nécessite de collecter un court échantillon de conversation entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel afin de l'analyser.

Les informations recueillies dans les trois parties sont ensuite retranscrites dans un profil récapitulatif.

2.3.1. Description

a. L'interview (Parties A et B)

L'interview est conduite avec le partenaire conversationnel privilégié et avec la personne aphasique quand cela est possible.

L'objectif de l'interview est de récolter des informations sur les habilités conversationnelles actuelles de la personne aphasique (Partie A) et permet de comparer les styles et les occasions d'interaction pré morbides et actuels (Partie B).

La première partie de l'interview (Partie A) est tirée d'une liste de « contrôle » de la communication (Walker, Caird et Gilhooley, 1992, cités par Whitworth et coll., 1997) développée au départ pour les partenaires conversationnels de personnes atteintes de démence.

L'interview du partenaire conversationnel dure 45 à 60 minutes. La durée de l'interview de la personne aphasique variera en fonction du niveau de compétence et il peut être nécessaire de la poursuivre au-delà de la première séance.

- **Partie A** : Les habilités conversationnelles actuelles

Elle comporte 28 questions réparties en quatre sections recueillant des informations sur les altérations linguistiques et les procédures de gestion de la conversation : les réparations, l'initiation et la gestion des tours de parole, la gestion des thèmes :

Section 1 : Les habiletés linguistiques

Elle comporte 11 questions permettant de cerner les troubles linguistiques spécifiques en conversation :

- Le manque du mot
- La production de circonlocutions
- La production de paraphasies sémantiques
- L'utilisation abusive de pronoms
- La production de paraphasies phonémiques
- La présence d'une apraxie bucco-faciale
- Une difficulté à indiquer oui/non de manière fiable
- Un discours agrammatique
- La production de néologismes
- Un jargon
- Un trouble de la compréhension

Section 2 : La gestion des procédures de réparation conversationnelles

Elle est composée de cinq questions qui permettent de repérer les différentes procédures de réparation qui sont les suivantes :

- Auto-initiation avec hétéro-réparation
- Auto-initiation avec tentative d'auto-réparation (avec une question portant sur la conscience des ses erreurs et une question portant sur ses capacités à initier les réparations de ses propres erreurs)
- Auto-initiation avec auto-réparation
- Auto-réparation après hétéro-initiation

Section 3 : Initiation et tours de parole

Elle comporte sept questions permettant d'explorer :

- La capacité du patient à initier une conversation
- Sa capacité à répondre quand il est sélectionné comme locuteur
- La présence d'un délai avant la réponse quand il est sélectionné comme locuteur
- La présence de longues pauses au cours d'un tour de parole
- La violation du tour de parole du partenaire conversationnel par la personne aphasique
- La difficulté pour la personne aphasique à transmettre un tour de parole
- La dépendance de la personne aphasique aux tours de parole minimaux

Section 4 : La gestion des thèmes

Elle est composée de cinq questions permettant d’explorer la capacité du patient à :

- Initier de nouveaux sujets
- Orienter son interlocuteur vers de nouveaux sujets de manière cohérente
- Maintenir un sujet pendant un certain temps
- Evoquer des sujets absurdes et/ou à initier des sujets favoris de manière répétée (thèmes de prédilection).

Pour chacune de ces 28 questions classées en quatre sections, le partenaire conversationnel doit indiquer la fréquence à laquelle le comportement apparaît :

S = Souvent **P = Parfois** **J = Jamais**

Si cette fréquence diffère de celle(s) attendue(s) dans une conversation normale (les réponses « anormales » étant repérées par le biais d’un astérisque dans le questionnaire), on sonde le partenaire sur les stratégies qu’il met en place pour gérer la difficulté occasionnée par ce comportement ainsi que l’impact de ces stratégies. On lui demande ensuite d’évaluer la sévérité du trouble :

0 = Pas de problème **1 = Problème léger** **2 = Problème sévère**

Fait-il/elle de nombreuses tentatives pour trouver le mot approprié avant de devoir renoncer? Ex : « c’est un...comment dit-on ? », « Oh, je ne sais plus »	S* 2	P* 1	J 0
* (a) Que faites-vous pour résoudre ce problème ?			
* (b) Qu’arrive-t-il quand vous faites cela ?			
* (c) Dans quelle mesure cela vous gêne-t-il qu’il/elle fasse souvent/parfois de nombreuses tentatives pour trouver le mot approprié avant de renoncer ?	0	1	2

Tableau 5 : Exemple de question tirée de la partie A de l’interview du CAPP (Whitworth et coll., 1997)

Dans l’exemple précédent, si le partenaire répond **J** (jamais) à la question, on passe à la suivante. En revanche, s’il choisit la réponse **S** (souvent) ou **P** (parfois), marquées d’un astérisque, on lui pose les trois questions marquées elles aussi d’un astérisque (a, b et c) car ce n’est pas ce qui est attendu dans une conversation normale.

- **Partie B** : Les changements par rapport aux conversations antérieures

Elle comporte six sections permettant d'obtenir des informations sur les styles et les opportunités de conversation actuelles et antérieures du patient. Elle permet de comparer ses habiletés pré et post-morbides. Ces sections abordent six domaines :

- Les styles
- Les personnes
- Les situations
- Les thèmes
- La communication non verbale
- L'audition (vérification de la perception auditive)

Green (1984) souligne l'importance de récolter des informations sur les styles et les modes d'interaction pré-morbides afin d'apprécier le degré de changement et de déterminer les objectifs de la prise en charge (cité par Whitworth et coll., 1997).

Dans cette partie, l'interview du partenaire est orientée sur deux périodes représentatives (avant le début de l'aphasie et actuellement) pour lesquelles on lui pose la même série de questions. Nous retiendrons essentiellement les informations apportées par le partenaire concernant la période avant l'accident. Il ne nous a pas paru pertinent de reposer ces questions lors du bilan final.

Pour chaque section, on quantifie le nombre d'items modifiés entre les périodes pré et post-morbides. On peut également recueillir des informations qualitatives.

b. L'analyse conversationnelle (Partie C)

La partie C nécessite de collecter un échantillon vidéo de conversation entre la personne aphasique et son ou sa partenaire conversationnel(le) privilégié(e). L'analyse conversationnelle de l'interaction se déroule en plusieurs étapes :

- **L'enregistrement** : il dure environ dix minutes et se fait au domicile du patient. L'objectif est d'obtenir l'échantillon d'une conversation la plus naturelle possible. Il est recommandé de laisser le couple converser seul afin que la présence du thérapeute n'influence pas leur conversation. Aucune indication n'est donnée sur le thème et la manière dont débute l'échange. Nous choisissons donc de laisser le libre choix du sujet au couple afin que la conversation reflète au mieux ce qui se joue au quotidien. En revanche, si les partenaires ont des difficultés à démarrer l'échange, nous les aidons à chercher un sujet de conversation.
- **La transcription** : afin d'être analysé, l'échantillon recueilli est retranscrit ensuite sous forme de corpus selon les conventions de transcription des données conversationnelles de Atkinson et Heritage (1984) figurant dans le CAPP et traduites en Annexe VI.

- **L'analyse** : l'analyse de l'échantillon de conversation a pour objectifs de mettre en évidence les comportements, la gestion de la conversation et les stratégies rapportées par le partenaire conversationnel dans la partie A.

2.3.2. Objectifs et analyse des données du CAPP

Le principe de base du CAPP est la nécessité pour les cliniciens de travailler en collaboration avec le patient aphasique et ses partenaires conversationnels privilégiés. Ses objectifs spécifiques consistent à :

- Déterminer la perception (appropriée ou non) qu'ont le patient et son partenaire de leurs habiletés conversationnelles actuelles.

Comme le souligne Perkins (1995), si ces habiletés sont surestimées en raison d'une méconnaissance de l'aphasie, elles risquent d'être à l'origine d'échecs en cours de conversation. Si, au contraire, elles sont sous-estimées, il est possible que l'interlocuteur laisse peu d'opportunités à la personne aphasique pour interagir. Il sera par conséquent utile d'introduire des discussions pour promouvoir une perception plus adéquate et positive.

- Préciser les stratégies interactionnelles actuelles et leur efficacité.
- Comparer les perceptions de la personne interviewée avec les résultats de l'analyse conversationnelle.
- Evaluer les changements dans l'interaction par rapport à la période pré-morbide.

La synthèse du profil combine les analyses de l'interview et de l'échantillon de conversation recueilli. Elle permet d'établir un degré d'adéquation entre ces deux sources d'information ainsi qu'une ligne de base pour l'intervention et aide le clinicien à fournir des conseils individualisés qui tiennent compte des interactions des partenaires. Ceux-ci portent sur :

- Le renforcement et la valorisation des stratégies efficaces existantes et le développement de stratégies nouvelles pour le patient et son partenaire de manière à maximiser le succès de l'interaction ;
- l'identification des déficits qui sont responsables des interruptions et qui justifient par ailleurs une prise en charge spécifique (ex : prise en charge neuropsychologique).

Pour cela, l'analyse des données consiste à relever dans chaque domaine investigué dans la partie A de l'interview et dans l'analyse de la vidéo (habiletés linguistiques, gestion des procédures de réparation, initiation des tours de parole, gestion des thèmes) :

- un score de fréquence des troubles
- un score de sévérité des troubles
- un score d'accord entre les données de l'interview et celles observées à la vidéo
- les stratégies rapportées par le partenaire conversationnel dans l'interview et celles relevées dans l'échantillon de conversation

2.4. Autres critères étudiés à partir de l'analyse conversationnelle :

En nous référant à l'analyse de Perkins et coll. (1997), cités par Marie dit Dinard (2008), il nous paraît pertinent de compléter l'analyse conversationnelle en relevant :

- la durée totale de la conversation (partie C) ;
- le nombre de thèmes abordés au cours de cet échantillon de conversation ;
- le nombre total de tours de parole ;
- le nombre d'incidents conversationnels ;
- le pourcentage de tours de parole dédiés aux réparations.

De plus, nous avons choisi d'observer :

- la répartition du temps de parole entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel, en calculant l'écart entre le temps moyen par tour de parole de chacun ;
- le nombre de chevauchements au cours de la conversation.

Ces éléments vont nous permettre d'analyser avec plus de précision l'architecture de la conversation entre les intéressés et d'observer la présence ou non d'un équilibre des rôles de chaque interlocuteur.

A partir des travaux décrits en théorie, nous avons répertorié les stratégies de réparation initiées par le partenaire au cours de la conversation en deux grandes catégories.

Les attitudes « non facilitatrices » comprennent :

- **Les corrections négatives** : le partenaire conversationnel demande à la personne aphasique de formuler ou de corriger ses propos en lui fournissant une variété d'indices (phonologique, sémantique, modèles à répéter), montrant ainsi qu'il a déjà appréhendé le message.
- **Les questions convergentes** : le partenaire conversationnel pose des questions dont les réponses sont connues ou ont déjà été énoncées au cours de la conversation.
- **Les interruptions intempestives** : le partenaire conversationnel commence à parler alors que son conjoint n'a pas terminé ses propos, ou ne lui laisse pas assez de temps pour répondre à sa question.

Les attitudes « facilitatrices » correspondent aux :

- **incitations à passer par un autre canal de communication** ;
- **formulations d'hypothèses** : le partenaire conversationnel formule des hypothèses à partir des propos de la personne aphasique en posant une question ou en énonçant une supposition que le patient valide ou non ;
- **mises en mots** : le partenaire conversationnel met en mots oralement les propos verbaux ou non verbaux de la personne aphasique (productions orales, écrites, gestes, dessins) pour s'assurer de sa compréhension.

2.5. Evaluation de la qualité de vie

Pour évaluer la qualité de vie des patients, nous avons choisi d'utiliser des échelles spécifiques construites dans le but d'évaluer une maladie ou une population identifiée (Chwalow, 1993, cité par Bénaïm et coll., 2003). Nous avons pour cela privilégié les auto-questionnaires. La qualité de vie de la personne aphasique est peu abordée en raison des difficultés de choix et d'utilisation d'un outil de mesure adapté. C'est un domaine encore mal étudié car très difficile à appréhender, et l'essentiel des questions porte sur les conséquences de la déficience motrice (souvent associée).

Le SIP-65 (Bénaïm et coll., 2003) est un des rares outils spécifiques en langue française mesurant la qualité de vie, validé chez la personne aphasique. Nous nous limiterons, lors de son utilisation, aux items concernant les « aptitudes à communiquer ».

Nous ajouterons quatre items portant sur la qualité des relations sociales du patient issus de l'IRVN (Index de Réintégration à la Vie Normale). Cette échelle, validée en anglais et en français, propose d'évaluer chaque item par une Echelle Visuelle Analogique (EVA) permettant d'obtenir un score compris entre zéro et dix (Calmels et coll., 2003).

Il nous paraît également pertinent d'ajouter un item concernant le ressenti que le patient a de sa communication avec son partenaire conversationnel privilégié. Cette question du ressenti sera également posée à ce dernier. Ce type d'échelle n'est pas gradué, le patient ne peut donc pas quantifier sa réponse de départ ni l'adapter en fin d'expérimentation. Tous ces items ainsi que l'EVA utilisée sont présentés en Annexe II.

3. Déroulement de l'intervention

Les séances d'intervention se déroulent avec le couple à leur domicile à raison d'une séance par semaine, sur la base de 12 séances (dont trois dédiées aux pré-tests et deux aux post tests), d'une durée approximative d'une heure. Pour chacune d'elle, nous sommes toutes les deux présentes et dans le cas d'un des deux patients, l'orthophoniste qui le suit régulièrement a souhaité assister à nos interventions.

L'objectif de notre travail est d'amener le partenaire conversationnel à avoir une analyse précise des stratégies d'aide et/ou non facilitatrices mises en place en situation de conversation et de l'inciter à trouver par lui-même de nouvelles stratégies plus adaptées.

Pour cela, nous nous appuyons sur des enregistrements vidéo de conversations du couple d'environ dix minutes qui sont réalisés à la fin de chaque séance.

Préalablement à la prise en charge, nous effectuons une analyse de l'échantillon de conversation filmé en pré-test. Nous y observons les stratégies de communication efficaces et inefficaces déjà utilisées par le couple afin de déterminer les grands axes de notre intervention.

En s'appuyant sur les échantillons de conversations filmées en séances, il s'agit ensuite de valoriser les stratégies de communication facilitatrices observées, voire d'en introduire de nouvelles, et de faire prendre conscience au partenaire des stratégies de communication

non facilitatrices. Nous effectuons au décours de chaque séance, une analyse qualitative des stratégies mises en place par le couple dans l'enregistrement filmé ce jour là. A partir de nos nouvelles observations, nous ajustons le contenu de la séance suivante et nous utilisons les différentes séquences du film retenues comme intéressantes pour discuter avec le couple des stratégies utilisées. L'intérêt est que les partenaires puissent juger de l'efficacité de leurs attitudes en communication et/ou qu'ils évoquent d'autres stratégies qui auraient permis une réparation plus aisée et moins coûteuse. Ainsi, nous restons au plus proche des besoins de chaque patient et de leur partenaire conversationnel respectif. Nous exposerons en détail, dans le chapitre suivant, le contenu de ces objectifs d'intervention individualisés.

Chaque séance se déroule en plusieurs temps :

- **temps 1** : c'est un temps de discussion avec le patient et son partenaire conversationnel. En fonction de l'analyse conversationnelle du film effectué en séance précédente (ou en pré-test pour la première séance), nous abordons des notions clés sur l'aphasie, ses conséquences linguistiques et sociales, ou sur la communication.
- **temps 2** : ce temps est consacré au visionnage de la conversation filmée lors de la séance précédente et nous sert d'illustration pour aborder les différents types de stratégies de communication (en fonction des points pertinents observés au préalable lors de notre analyse du film, le visionnage est complet ou séquencé).
- **temps 3** : il s'agit de recueillir les impressions et les plaintes de la personne aphasique et de son partenaire conversationnel. Nous les amenons à analyser les comportements et les stratégies de communication mis en place lors de cette conversation visionnée et à réfléchir (de préférence à partir des problèmes évoqués) sur d'autres stratégies qui pourraient les aider à contourner les problèmes conversationnels rencontrés.
- **temps 4** : à la fin de chaque séance, un nouvel échantillon de conversation est enregistré. Si le patient et son partenaire conversationnel ont un sujet sur lequel converser, nous n'intervenons pas. Cependant, s'il leur est difficile d'engager un dialogue, nous leur proposons alors un support imagé : bande dessinée sans bulles, images tirées de « Mais qu'est-ce qu'ils disent ? » (Bouhours, 2008). Le patient en prend connaissance et doit ensuite l'expliquer à son conjoint.

Lorsque nous pensons que la conversation filmée peut faire l'objet d'un support pertinent pour la discussion prévue en temps 1, il est possible d'inverser les temps 1 et 2.

A la suite des sept séances d'intervention, nous avons discuté avec le patient et son partenaire des différentes stratégies de communication qui leur paraissaient les plus efficaces au quotidien. Nous avons ensuite élaboré par écrit une fiche récapitulative personnalisée pour chaque couple (présentées en Annexes IV et V).

4. Bilan final

Après cette période d'entraînement d'une durée de trois mois, nous avons à nouveau soumis les deux couples à l'évaluation proposée lors du bilan initial à l'exception du BDAE car un changement sur le plan linguistique ne faisait pas partie de nos hypothèses de départ. De plus, les résultats obtenus auraient été faussés par la prise en charge orthophonique effectuée en parallèle.

Nous avons également conçu un questionnaire afin de recueillir leurs impressions sur le travail que nous avons effectué avec eux, et connaître leur opinion sur la mise en place et sur les modalités idéales d'une telle intervention au sein d'une prise en charge classique en orthophonie.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

I. Présentation des couples interactionnels

1. Présentation de Mr R. et de son partenaire conversationnel

Mr R. a 53 ans. Ancien instituteur et directeur d'école, il vit à domicile avec son épouse et leur fille de 13 ans.

A l'âge de 45 ans, Mr R. est victime d'un AVC au niveau du territoire sylvien gauche à l'origine de nombreuses crises d'épilepsie durant les premières années. Il présente une aphasie antérieure non fluente et une hémiplégié droite ayant assez bien récupérée.

Il est suivi en rééducation orthophonique trois fois par semaine par trois orthophonistes différentes. Le travail sur les interactions, initié par notre étude, se fait en complément de ce suivi. Par ailleurs, ce patient a déjà participé à de nombreux travaux en orthophonie, notamment cette même année dans le cadre d'un autre mémoire conduit par deux étudiantes.

Son épouse, Mme R., a 50 ans. Elle est infirmière à mi-temps et très active en dehors de son travail. Elle semble s'être relativement bien adaptée au handicap de son époux et l'aide beaucoup au quotidien.

Lors de la partie B de l'interview du CAPP, elle décrit son mari, avant l'accident, comme quelqu'un de très communicant et actif socialement, aimant débattre et discuter de sujets variés (politique, actualités, vie familiale). A l'heure actuelle, Mr R. participe encore à de nombreuses activités sociales et extra-familiales (golf, piscine, milieu associatif...).

Aucun d'eux ne connaissait l'aphasie auparavant.

1.1. Profil linguistique (BDAE)

Le profil linguistique complet de Mr R. (Z-score du BDAE) se trouve en Annexe IV.

- **Expression orale :** l'aphasie de Mr R. se caractérise par une réduction sévère de son expression orale et un agrammatisme.
- **Expression écrite :** l'écrit est lent mais fonctionnel et informatif. Cependant, comme à l'oral, il est gêné par l'effet de longueur (épreuve de dictée de phrases, description). Son graphisme est relativement correct.
- **Compréhension orale :** la compréhension orale de Mr R. est préservée en situation spontanée ; il semblerait qu'il n'éprouve aucune difficulté à suivre la conversation. On note, cependant, quelques erreurs aux épreuves de désignation de parties du corps et d'exécution d'ordres.
- **Compréhension écrite :** sa compréhension écrite est subnormale. En revanche, l'épreuve de « mots épelés » est échouée.

1.2. Profil communicationnel (TLC)

Nous avons utilisé les deux premières parties du TLC (Lefevre et coll., 2000) : la situation de communication (interview dirigée et discussion dont le thème s'est orienté sur le jardinage) et la situation de P.A.C.E. Les résultats se divisent en trois parties. Nous les avons analysés de manière quantitative et retranscrits dans un tableau présenté en Annexe IV.

1.2.1. Attention et motivation

Mr R. nous accueille et nous salue spontanément. Il s'engage volontiers dans l'échange mais prend peu d'initiatives : il répond aux questions et émet des feed-back appropriés. En revanche, ses gestes non verbaux et ses postures indiquent qu'il est pleinement dans l'interaction.

1.2.2. Communication verbale

- **Compréhension verbale** : il présente une bonne compréhension orale.
- **Débit** : son débit verbal est très limité par le trouble d'évocation et les difficultés syntaxiques.
- **Intelligibilité de la parole** : bien qu'il soit intelligible, nous devons mobiliser davantage notre attention et faire des inférences.
- **Informativité et pertinence du discours** :

Au niveau lexical : les difficultés lexicales de Mr R. réduisent considérablement l'informativité de son discours. Il produit des paraphrasies phonologiques proches du mot cible, permettant à l'interlocuteur d'inférer, grâce au contexte, le sens de ses propos.

Au niveau syntaxique : il présente un trouble du traitement syntaxique rendant son discours « télégraphique ».

Au niveau idéique et pragmatique : il répond de manière adaptée mais, régulièrement, les informations fournies ne sont pas suffisantes. Nous devons alors lui poser des questions fermées pour obtenir des précisions. Le thème de l'échange est bien maintenu et Mr R. apporte des informations nouvelles.

- **Feed-back verbaux** : il envoie des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension mais également pour nous informer qu'il comprend nos énoncés. Il peut réajuster son discours à la suite de feed-back négatifs.
- **Langage écrit** : il utilise l'écrit de manière assez fonctionnelle.

1.2.3. Communication non verbale

- **Compréhension des signaux non verbaux** : Mr R. comprend tous les types de gestes et de mimes que nous lui proposons.

- **Expressivité** : il exprime des affects par des signes non verbaux de manière claire et adaptée au contexte.
- **Informativité** :

Au niveau pragmatique, interactionnel : il respecte les règles conversationnelles, ses regards et sa mimogestualité sont de bons régulateurs mais parfois sa prosodie n'est pas adaptée.

Au niveau lexical : il a très peu recours à la communication non verbale de manière spontanée. Il est capable d'utiliser le geste symbolique et les gestes d'action ou d'utilisation d'objets.

Au niveau idéique : il n'utilise pas de séquences de signaux non verbaux pour définir plus précisément un référent concret ou abstrait.

- **Feed-back non verbaux** : il émet des feed-back non verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension. Il réajuste son discours lorsqu'on lui signale une incompréhension par des feed-back non verbaux négatifs.
- **Dessin** : il utilise le dessin.

1.3. Profil conversationnel (CAPPA)

Les données de la partie A de l'interview du partenaire sont retranscrites en Annexe IV dans un tableau récapitulatif. Nous expliciterons ici les éléments ayant servi de base pour notre prise en charge. Nous avons sélectionné les items reconnus comme invalidants en conversation par Mme R., les stratégies de réparation qu'elle rapporte dans l'interview et celles observées au cours de l'analyse de l'échantillon de conversation (AC).

Le niveau d'accord entre les données de l'interview (partie A du CAPPA) et ce que nous avons observé lors de l'analyse conversationnelle est de **77,7 %** donc Mme R. possède déjà une bonne perception des difficultés de son mari ; ce qui constitue une base solide pour notre intervention. Afin de rendre compte de cet accord, nous avons cherché des « preuves » dans la conversation filmée de ce que rapporte le partenaire dans l'interview, que nous avons cotées de la manière suivante :

- **Oui** : s'il y a accord entre les données de l'interview et celles de l'échantillon de conversation analysé ; c'est-à-dire, lorsque ce que nous observons comme présent ou absent dans la conversation concorde avec les données de l'interview du partenaire.
- **Non** : s'il y a « conflit » entre les données de l'interview et celle de l'analyse conversationnelle ; c'est-à-dire lorsque le partenaire rapporte un élément comme absent et que ce dernier a été observé dans la conversation analysée.
- **Absent** : s'il y a absence de « preuves » dans la conversation d'un élément rapporté par le partenaire comme présent.

1.3.1. Habiletés linguistiques

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Fait des tentatives pour trouver le mot approprié	souvent	sévère	oui
Transmet le message sans le mot précis	parfois	léger	absent
Mélange les sons dans un mot	souvent	léger	oui
A des difficultés à énoncer un son dans un mot	jamais		non
Utilise des termes génériques (lui/elle)	souvent	sévère	absent
Utilise « oui » à la place de « non » et inversement	souvent	sévère	oui
Oublie des mots dans une phrase	souvent	sévère	oui

Tableau 6 : Données sélectionnées dans la section "Habiletés linguistiques" de l'interview de Mme R.

Selon Mme R., les manifestations linguistiques de l'aphasie de son époux les plus invalidantes en conversation concernent le trouble d'évocation, l'utilisation abusive de pronoms (que nous n'avons pas observée lors de l'analyse conversationnelle), la difficulté à répondre oralement par oui ou par non de manière fiable et l'agrammatisme. Toutes constituent un problème sévère pour elle.

Concernant les stratégies de réparation qu'elle rapporte pour cette section, elle explique pour l'item « *Fait des tentatives pour trouver le mot approprié* » que le problème est souvent résolu lorsque Mr R. utilise un autre canal de communication. Lors de notre analyse, nous observons à plusieurs reprises que Mme R. utilise la reformulation, mais qu'elle n'en a pas conscience. Nous constatons également qu'elle n'interrompt pas l'échange lorsque le sens du message a été transmis.

1.3.2. Réparations

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Indique qu'il n'a pas compris	souvent		oui
Est conscient de ses erreurs	souvent		oui
Essaie de corriger ses erreurs	souvent	léger	oui
Parvient à se corriger	parfois	sévère	oui
Parvient à être plus précis après un feed-back	souvent	sévère	oui

Tableau 7 : Données sélectionnées dans la section "Gestion des réparations" de l'interview de Mme R.

Les données de l'interview et de l'analyse conversationnelle montrent que tous les types de réparations sont initiés par le couple en conversation. Lorsque Mr R. exprime une difficulté de compréhension, son épouse reprend ses propos dans de meilleures conditions ou fait de nouvelles propositions. Lorsqu'il essaie de se corriger seul, elle explique qu'elle tente de lui apporter les mots qui lui manquent. Lors de l'analyse de la conversation, nous observons qu'elle reformule les propos de son mari avec les termes qui lui semblent adaptés et attend un feed-back.

1.3.3. Initiation et tours de parole

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Initie les conversations	parfois	léger	non évaluable
Omet de prendre son tour de parole	jamais		oui
Laisse s'écouler un long délai avant de répondre	jamais		oui
S'interrompt au milieu de la phrase	jamais		oui
Coupe la parole fréquemment	parfois	aucun	absent
Prend des tours de parole trop longs	souvent	sévère	oui
Répond le strict minimum	jamais		non

Tableau 8 : Données sélectionnées dans la section "Initiation et tours de parole" de l'interview de Mme R.

Les données de cette section révèlent que l'alternance des tours de parole est plutôt bien gérée par le couple. Cependant, Mme R. explique être très gênée par le fait que son mari prenne souvent des tours de parole trop longs. En conversation, cette situation arrive lorsque Mr R. a du mal à terminer ses propos et son épouse explique que, dans ce cas, elle l'interrompt. A l'enregistrement, nous observons qu'elle n'intervient pas ou qu'ils s'orientent vers un autre moyen de communication.

1.3.4. Gestion des thèmes

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Introduit de nouveaux thèmes	souvent		oui
Difficulté à mettre en lien avec le thème précédent	souvent	sévère	absent
Arrive à maintenir un sujet	souvent		oui

Tableau 9 : Données sélectionnées dans la section "Gestion des thèmes" de l'interview de Mr R.

Mme R. éprouve quelques difficultés à comprendre son mari quand il change de thème, ce qui constitue un problème sévère pour elle. Nous n'avons pas constaté ce type de difficultés dans la conversation analysée.

1.3.5. Analyse des stratégies de réparations initiées par Mme R.

Types de stratégies	Fréquences d'apparition
Incitation à passer par un autre canal	3,1 %
Formulation d'hypothèses	37,5 %
Mise en mots	25 %
Total stratégies « facilitatrices »	65,6 %
Questions convergentes	12,5 %
Corrections négatives	0 %
Interruptions intempestives	21,9 %
Total stratégies « non facilitatrices »	34,4 %

Tableau 10 : Fréquence d'apparition des différents types de stratégies initiées par Mme R. en conversation pré-thérapeutique

L'analyse de la conversation en pré-tests révèle que Mme R. met en place davantage de stratégies « facilitatrices » (65,6 %) que de stratégies « non facilitatrices » (34,4 %). Elle utilise de manière efficace la formulation d'hypothèses ou la mise en mots et attend que son mari valide ou non. En revanche, elle a tendance à interrompre son époux, à ne pas lui laisser le temps nécessaire pour répondre et pose parfois des questions pour lesquelles les réponses ont déjà été données dans la conversation.

2. Présentation de Mr D. et son partenaire conversationnel

2.1. Présentation du couple

Mr D. a 67 ans. Ancien directeur d'une entreprise de mécanique générale, maintenant en retraite, il vit à domicile avec son épouse. Il a cinq enfants et cinq petits enfants.

A l'âge de 64 ans, il est victime d'un AVC situé dans l'hémisphère gauche à l'origine d'une aphasie antérieure non fluente et d'une hémiplégié droite. La récupération est limitée au membre inférieur (marche possible avec une attelle). Il est suivi en rééducation orthophonique à son domicile deux fois par semaine par deux orthophonistes. Le travail sur les interactions, initié par notre étude, se fait en complément de ce suivi.

Mme D. a 63 ans. Elle n'a jamais travaillé. Elle aide beaucoup son époux au quotidien et semble toujours très affectée par ses difficultés.

Au cours de la partie B du CAPP, elle décrit son mari avant l'accident comme quelqu'un de réservé et de sérieux, engageant rarement la conversation mais appréciant discuter avec ses proches. Actuellement, Mr D. a préservé un réseau social intime et très présent mais il ne participe pas à des activités extérieures à son environnement familial et reste quelqu'un de réservé.

Aucun d'eux ne connaissait l'aphasie avant l'accident.

2.2. Profil linguistique (BDAE)

Un bilan complet du langage a été réalisé par l'orthophoniste à l'aide du BDAE quatre mois auparavant. Nous avons donc choisi d'utiliser ces résultats afin d'éviter tout effet d'apprentissage. Le profil linguistique complet de Mr D. (Z-score du BDAE) se trouve en Annexe V.

- **Expression orale** : il présente une réduction massive de l'expression orale avec une apraxie bucco-faciale persistante. Ceci altère ses capacités d'expression spontanée et sur demande. Il éprouve d'importantes difficultés à initier des productions ; il est souvent gêné par des persévérations et des stéréotypies (« *je suis* ») ainsi que par la production de paraphrasies phonémiques.
- **Expression écrite** : la transcription écrite est correcte pour les mots courts mais difficile à partir de cinq lettres. Il présente les mêmes difficultés à l'écrit qu'à

l'oral (réduction quantitative, paragraphies) mais le recours à cette modalité est de plus en plus efficient.

- **Compréhension orale :** elle est correcte en contexte et à l'épreuve de compréhension de mots isolés. En revanche, la compréhension d'énoncés plus longs (épreuve « logique et raisonnement », exécution d'ordres) reste difficile.
- **Compréhension écrite :** elle est globalement satisfaisante avec des résultats subnormaux, excepté pour l'épreuve de reconnaissance de mots épelés qui n'a pas pu être réalisée.

2.3. Profil communicationnel (TLC)

Nous avons utilisé les deux premières parties du TLC (Lefevre et coll., 2000) : la situation de communication (interview dirigée et discussion au sujet de leur maison de campagne qu'il a construite) et la situation de P.A.C.E. Les résultats se divisent en trois parties. Nous les avons analysés de manière quantitative et retranscrits dans un tableau présenté dans l'Annexe V.

2.3.1. Attention et motivation

Mr D. nous salue de façon non verbale par un signe de la tête en réponse à notre salutation. Lors des échanges, son attention est fluctuante, cependant, nos sollicitations permettent le maintien de l'interaction. Il prend peu d'initiatives, répond aux questions posées et émet des feed-back appropriés.

2.3.2. Communication verbale

- **Compréhension verbale :** la compréhension verbale est parfois difficile mais l'échange reste possible après adaptation et simplification de nos énoncés.
- **Débit :** le débit est réduit, ses productions sont pauvres et limitées par des stéréotypies.
- **Intelligibilité de la parole :** sa parole n'est pas toujours intelligible, nous devons souvent mobiliser plus d'attention et faire des inférences.
- **Informativité et pertinence du discours :**

Au niveau lexical, le trouble d'évocation réduit considérablement l'informativité de son discours.

Au niveau syntaxique : la construction d'énoncés est quasiment impossible.

Au niveau idéique et pragmatique : il répond de manière adaptée à son interlocuteur mais on note une pauvreté des informations fournies qui nous oblige à poser des questions fermées pour obtenir des précisions. L'échange est maintenu mais il n'apporte pas d'informations nouvelles et n'initie pas de nouveaux thèmes.

- **Feed-back verbaux** : il n'envoie pas de feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension ; il est capable de prendre en compte ceux de son interlocuteur et réajuste difficilement son discours.
- **Langage écrit** : l'écrit est lent, ses difficultés de graphisme rendent ses productions difficiles à décoder.

2.3.3. Communication non verbale

- **Compréhension des signaux non verbaux** : il ne prend en compte que les mimes d'actions et d'utilisation d'objets.
- **Expressivité** : il n'exprime pas d'affects par des signes non-verbaux.
- **Informativité** :

Au niveau pragmatique, interactionnel : sa prosodie est adaptée et les tours de parole sont respectés. Son regard est parfois fuyant et l'absence d'une mimogestualité régulatrice ne favorise pas la gestion de l'échange.

Au niveau lexical : il n'a pas recours spontanément à la communication non verbale, ses productions restent le plus souvent verbales ou écrites. L'utilisation de gestes est limitée, en lien avec le fait qu'il était droitier avant son accident, mais plus probablement avec une apraxie et un trouble d'initiation.

Au niveau idéique : il n'utilise pas de séquences de signaux non verbaux pour préciser un référent concret ou abstrait.

- **Feed-back non verbaux** : il n'émet pas de feed-back non verbaux mais réajuste ses productions suite à des feed-back non verbaux négatifs de notre part.
- **Dessin** : il n'utilise pas le dessin.

2.4. Profil conversationnel (CAPPA)

Les données de la partie A de l'interview de Mme D. sont retranscrites en Annexe V dans un tableau récapitulatif. Nous expliciterons ici les éléments ayant servi de base pour notre prise en charge. Pour cela, nous avons sélectionné les items reconnus comme invalidants en conversation par Mme D., les stratégies de réparation qu'elle rapporte dans l'interview et celles observées au cours de l'analyse conversationnelle (AC).

Le niveau d'accord entre les données rapportées par Mme D. dans cette partie et celles de l'analyse conversationnelle est de **70,4 %** donc Mme D. possède déjà une bonne perception des difficultés de son mari ; ce qui est une base solide pour notre intervention. Afin de rendre compte de cet accord, nous avons cherché des « preuves » dans la conversation filmée de ce que rapporte le partenaire dans l'interview, que nous avons coté de la même manière que pour Mr et Mme R.

2.4.1. Habiletés linguistiques

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Fait des tentatives pour trouver le mot approprié	souvent	léger	oui
Transmet le message sans le mot précis	jamais		oui
Utilise un mot incorrect sans se corriger	souvent	aucun	absent
Mélange les sons dans un mot	jamais		non
A des difficultés à énoncer un son dans un mot	parfois	léger	oui
Utilise « oui » à la place de « non » et inversement	souvent	léger	oui
Oublie des mots dans une phrase	parfois	aucun	oui

Tableau 11 : Données sélectionnées dans la section "Habiletés linguistiques" de l'interview de Mme D.

Pour Mme D., les manifestations les plus fréquentes de l'aphasie de son mari en conversation sont le trouble de l'évocation, la production de paraphrasies sémantiques et la difficulté à répondre par oui ou par non de manière fiable. L'apparition de ces différentes manifestations en conversation constitue pour elle un problème léger.

Face à ces difficultés linguistiques, le couple n'a pas vraiment mis en place de stratégies : Mme D. essaie de faire des propositions de mots à son époux ou lui donne la forme correcte pour qu'il se corrige.

2.4.2. Réparations

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Indique qu'il n'a pas compris	souvent		oui
Est conscient de ses erreurs	souvent		absent
Essaie de corriger ses erreurs	souvent		oui
Parvient à se corriger	parfois	sévère	oui
Parvient à être plus précis après un feed-back	jamais	léger	oui

Tableau 12 : Données sélectionnées dans la section "Gestion des réparations" de l'interview de Mme D.

Mme D. rapporte que tous les types de réparations sont présents en conversation avec son mari, à l'exception des auto-réparations avec hétéro-initiation. Ces dernières sont à mettre en relation avec ses difficultés linguistiques.

Lors de l'analyse, nous constatons que les réparations sont relativement longues et difficiles : Mme D. tente de faire des propositions et de poser des questions, mais de manière aléatoire. Elle n'a pas conscience des différentes stratégies qu'elle met en place.

2.4.3. Initiation et tours de parole

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Initie les conversations	parfois	léger	non évaluable
Omet de prendre son tour de parole	parfois	sévère	absent
Laisse s'écouler un long délai avant de répondre	parfois	léger	oui
S'interrompt au milieu de la phrase	souvent	sévère	oui
Coupe la parole	parfois	léger	absent
Prend des tours de parole trop longs	jamais		oui
Répond le strict minimum	souvent	léger	oui

Tableau 13 : Données sélectionnées dans la section "Initiation et tours de parole" de l'interview de Mme D.

La gestion des tours de parole semble difficile pour le couple. Mme D. trouve que son époux a tendance à ne pas prendre son tour de parole ce qui constitue un problème sévère. Il laisse parfois s'écouler un long délai avant de répondre, s'interrompt souvent en milieu de phrase. Par ailleurs, ses difficultés linguistiques réduisent ses énoncés à des productions minimales. Son épouse lui laisse souvent du temps pour répondre en lui faisant comprendre qu'elle attend une réponse.

2.4.4. Gestion des thèmes

	Fréquence des troubles	Sévérité du problème	Preuve(s) dans l'AC
Introduit de nouveaux thèmes	parfois	léger	absent
Difficulté à mettre en lien avec le thème précédent	parfois	non évalué	absent
Arrive à maintenir un sujet	jamais	léger	non

Tableau 14 : Données sélectionnées dans la section "Gestion des thèmes" de l'interview de Mme D.

Lors de l'analyse, nous constatons que Mr D. est capable de maintenir un sujet de conversation contrairement à ce que rapporte son épouse dans l'interview. Cependant, l'extrait n'a pas montré qu'il pouvait en initier de nouveaux. Nous observons que l'amorce de l'échange est difficile mais qu'il est présent dans l'interaction.

2.4.5. Analyse des stratégies de réparations initiées par Mme D.

Types stratégies	Fréquence d'apparition
Incitation autre canal	5,3 %
Formulation d'hypothèses	7,9 %
Mise en mots	18,4 %
Total stratégies « facilitatrices »	31,6 %
Questions convergentes	21 %
Corrections négatives	7,9 %
Interruptions intempestives	39,5 %
Total stratégies « non facilitatrices »	68,4 %

Tableau 15 : Fréquences d'apparition des différents types de stratégies initiées par Mme D. en conversation pré-thérapeutique

L'analyse des stratégies en pré-thérapie révèle que Mme D. utilise davantage de stratégies « non facilitatrices » (68,4 %) que de stratégies « facilitatrices » (31,6 %). Elle interrompt souvent son mari et ne lui laisse pas systématiquement le temps nécessaire pour répondre. Par ailleurs, elle lui pose régulièrement des questions convergentes qui allongent inutilement l'échange.

II. Description de l'intervention

Afin de mener à bien notre intervention, nous avons fixé des objectifs de départ à partir des résultats aux pré-tests, en particulier ceux issus de l'analyse de l'échantillon conversationnel. Nous avons essayé d'ajuster ces objectifs en fonction de ce que nous observions au préalable sur l'enregistrement de conversation visionné avec le couple au cours de chaque séance. Nous rédigeons ensuite un compte rendu, à usage personnel, en précisant les stratégies abordées, les difficultés, les remarques, les réactions et les ressentis du couple. Ce récapitulatif nous a aidées à établir la fiche personnalisée de fin d'intervention. Dans ce chapitre, nous présenterons succinctement les différents objectifs travaillés sur l'ensemble des séances.

1. La prise en charge de Mr R.

L'objectif premier de notre intervention était de consolider voire d'améliorer les connaissances du couple au sujet de l'aphasie et de ses manifestations linguistiques. Nous avons discuté de la dissociation entre le versant expression et compréhension, des difficultés de Mr R. à l'écrit, des ses automatismes linguistiques qui pouvaient gêner son épouse ou encore de ses difficultés à percevoir, à manier l'humour et l'implicite.

Le deuxième objectif travaillé en séances était de pointer avec eux les mécanismes interactionnels qu'ils employaient pour gérer les problèmes à l'origine des réparations et d'affiner leur analyse de ces stratégies. La source des incidents conversationnels apparaissait liée essentiellement au manque du mot et à l'agrammatisme. Mme R. n'employait pas ou peu de stratégies qui allongent inutilement l'échange : elle n'initiait ou ne poursuivait pas une réparation si la cible était bien comprise et n'incitait pas son époux à produire la réponse correcte. L'objectif de notre intervention était donc de renforcer ces stratégies efficaces.

Nous avons insisté sur l'efficacité et la rapidité des réparations initiées par Mme R. qui consistaient souvent à répéter et/ou à reformuler la présentation de son époux ou encore de l'inciter à utiliser d'autres canaux de communication pour améliorer sa présentation et permettre la réparation. Sur ce dernier point, nous avons observé ensemble la richesse d'indices fournis spontanément par Mr R. et les différents canaux de communication utilisés pour initier la réparation (gestes, passage par l'écrit, mimiques).

Il nous a aussi paru intéressant de chercher avec le couple les paramètres d'une situation de communication idéale.

2. La prise en charge de Mr D.

Pour améliorer les connaissances du couple sur l'aphasie de Mr D., nous avons discuté ensemble de sa stéréotypie parfois envahissante, de la production de paraphasies phonémiques, ou des difficultés de compréhension qu'il pouvait parfois rencontrer.

A la vue de certaines séquences vidéo, il nous a semblé nécessaire de redéfinir avec le couple des notions importantes sur la conversation comme :

- le principe collaboratif minimum (De Partz, 2001) en mettant en évidence l'importance de la participation au travail de réparation du partenaire conversationnel ;
- les buts de la conversation ;
- l'importance des tours de rôle.

L'objectif principal de notre intervention était de cibler avec le couple les stratégies de réparation efficaces et celles allongeant inutilement l'échange. Dans un deuxième temps, il s'agissait de les aider à trouver par eux-mêmes de nouvelles stratégies leur permettant de résoudre les problèmes posés par la survenue d'incidents conversationnels. Les pré-tests ont révélé que l'apparition de ces derniers était souvent liée au manque du mot, au temps de latence et à l'inhibition de Mr D.

Nous avons pointé avec Mme D. que le fait de poser des questions à son époux lorsqu'elle en connaissait la réponse, de chercher à lui faire produire la réponse correcte en lui fournissant une variété d'indices (sémantiques, phonologiques) et de continuer la réparation alors que la cible était bien comprise, n'était pas nécessaire et allongeait l'échange inutilement. En revanche, nous l'avons encouragée régulièrement à préciser au préalable le thème de la conversation en posant des questions de type oui/non ou à choix, d'abord d'ordre général puis de plus en plus précises. Nous nous sommes accordées également sur l'importance d'inciter son époux à passer par d'autres canaux de communication, notamment la désignation qui s'est avérée être, à plusieurs reprises, un moyen rapide et efficace pour initier une réparation.

Pour finir, nous avons constaté qu'il était intéressant que Mme D. prenne en compte tous les indices (verbaux et non verbaux) fournis par son époux dans l'émission d'un message, qu'elle formule des hypothèses, qu'il valide ou non par la suite.

Il nous a paru pertinent de chercher avec le couple des solutions quant aux difficultés de compréhension rencontrées à certains moments par Mr D. Pour cela, nous avons redéfini les paramètres d'une situation idéale pour converser et nous avons abordé la nécessité pour Mme D. de reformuler ses propos en des termes plus simples.

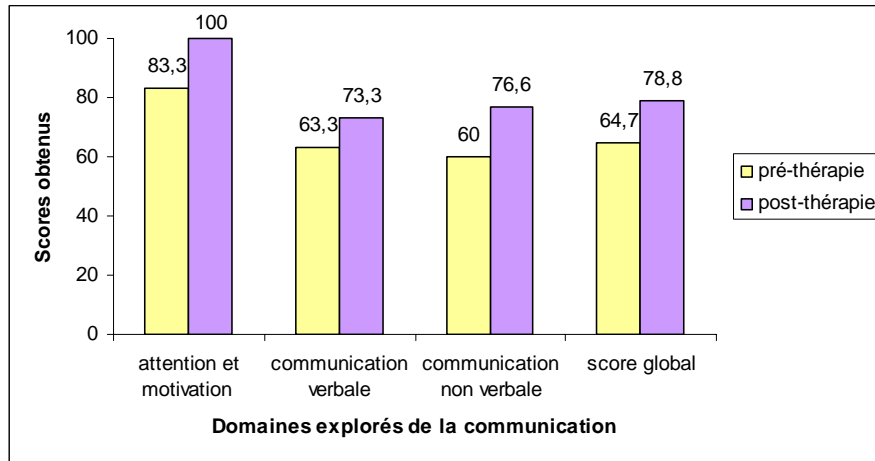


Figure 1 : Scores de Mr R. au TLC en pré et post-thérapie

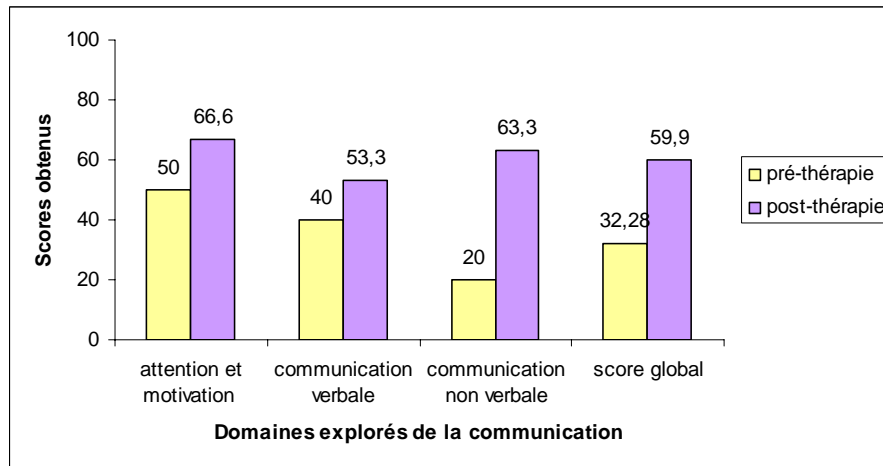


Figure 2 : Scores de Mr D. au TLC en pré et post-thérapie

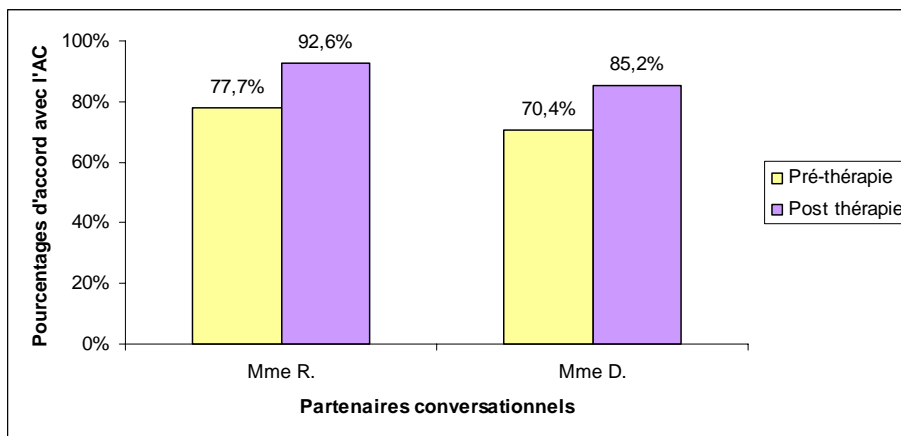


Figure 3 : Pourcentages d'accord entre les données de l'interview du PCP et de l'analyse conversationnelle en pré et post-thérapie

III. Comparaison des résultats obtenus en pré et post-thérapie

Dans ce chapitre, les résultats obtenus en pré et post-tests sont présentés pour chaque couple interactionnel, ceci afin d'évaluer l'effet de notre intervention sur les paramètres que nous avons choisis d'analyser.

1. Résultats relatifs à la communication du patient et de son partenaire

1.1. La communication du patient

1.1.1. Résultats au Test Lillois de Communication (TLC)

Au regard des figures 1 et 2, nous constatons une augmentation des résultats des deux patients dans tous les domaines de la communication.

1.1.2. Nombre et types de canaux de communication utilisés

	Mr R.		Mr D.	
	Pré	Post	Pré	Post
Communication verbale				
- Parole	oui	oui	oui	oui
- Langage écrit	oui	oui	oui	oui
Communication non verbale				
- Regards régulateurs	oui	oui	non	oui
- Mimogestualité régulatrice	oui	oui	non	non
- Gestes déictiques	non	oui	non	oui
- Gestes symboliques	oui	non	non	non
- Gestes d'utilisation d'objets ou d'actions	oui	oui	oui	oui
- Mimes de la forme d'objets	non	oui	non	oui
- Mimes d'un état physique ou émotionnel	non	oui	non	non
- Utilisation du dessin	oui	oui	non	oui
NOMBRE TOTAL	7	9	3	7

Tableau 16 : Nombre et types de canaux de communication utilisés pré et post-tests

Ces résultats indiquent qu'en post-tests, les deux patients utilisent un plus grand nombre de canaux de communication au cours de la passation du TLC.

1.2. Perception des habiletés conversationnelles du patient

La figure 3 met en évidence une meilleure adéquation entre les observations des habiletés linguistiques et conversationnelles des patients faites par leur partenaire respectif, et celles issues de l'analyse conversationnelle.

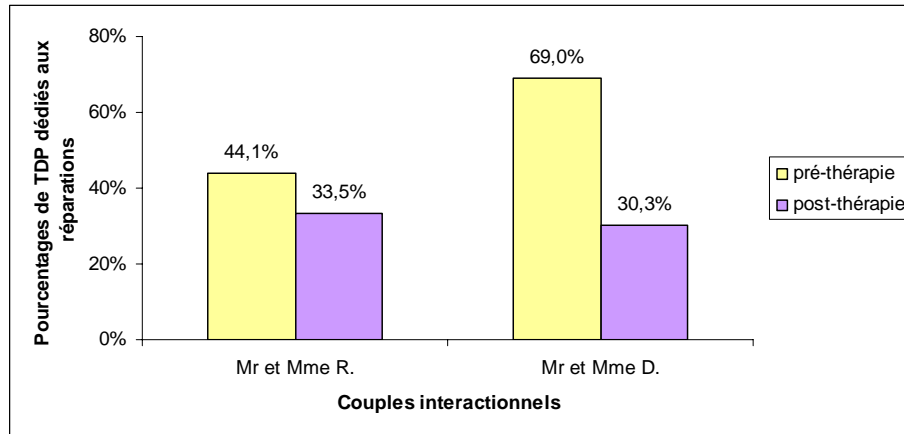


Figure 4 : Pourcentages de tours de parole dédiés au travail de réparation en pré et post-thérapie

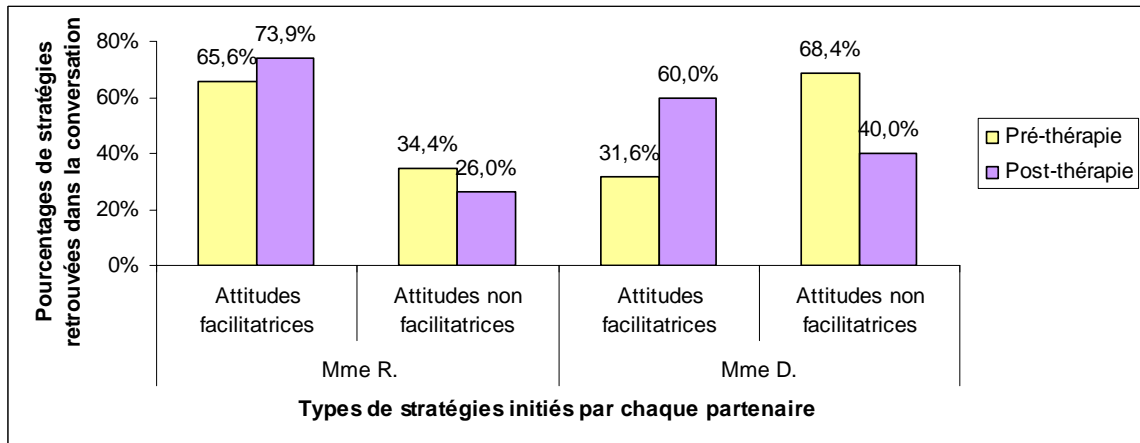


Figure 5 : Pourcentages des stratégies de communication initiées par le partenaire dans les conversations pré et post-thérapeutiques

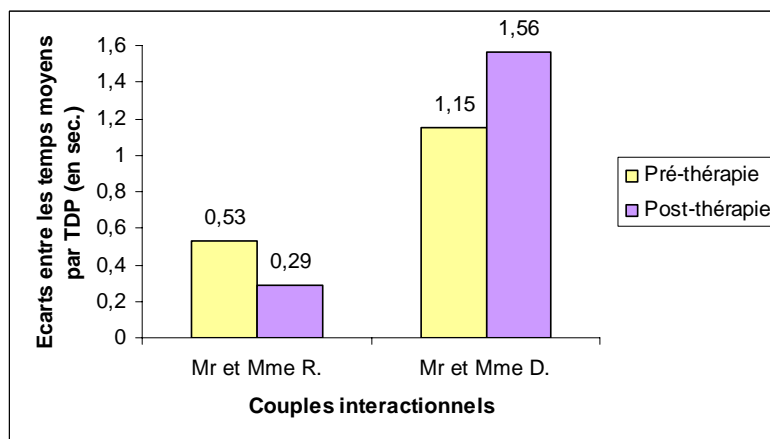


Figure 6 : Ecarts pré et post-thérapeutiques entre les temps moyens / tour de parole du patient et de son partenaire

1.3. La gestion de la conversation

1.3.1. La gestion des réparations

Comme l'indique la figure 4, en post-tests, le pourcentage de tours de parole dédié au travail de réparation est abaissé dans les conversations des deux couples par rapport aux conversations analysées en pré-tests.

Ces résultats sont à mettre en parallèle avec ceux de la figure 5 qui révèlent qu'à la suite de l'intervention, les deux partenaires présentent une plus grande propension à initier des stratégies de réparation « facilitatrices », au détriment des stratégies « non facilitatrices ».

1.3.2. Répartition du temps de parole (TDP)

La figure 6 témoigne que l'écart entre les temps moyens par tour de parole de Mr et Mme R., déjà réduit, est abaissé lors de la conversation enregistrée en post-tests. En revanche, il augmente pour Mr et Mme D.

1.3.3. Les chevauchements

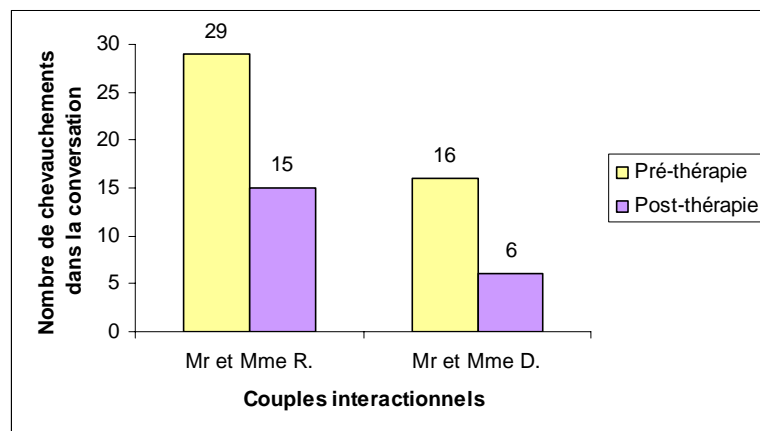


Figure 7 : Nombre de chevauchements observés dans les conversations pré et post-thérapeutiques

L'analyse des conversations des deux couples interactionnels en post-thérapie permet d'observer un abaissement du nombre de chevauchements par rapport aux conversations analysées avant l'intervention (figure 7).

partenaire conversationnel	pré-thérapie	post-thérapie
Mme R.	2,1	5,4
Mme D.	6,7	7,6

Tableau 17 : Evaluation du ressenti des partenaires conversationnels de la communication avec leur proche aphasique

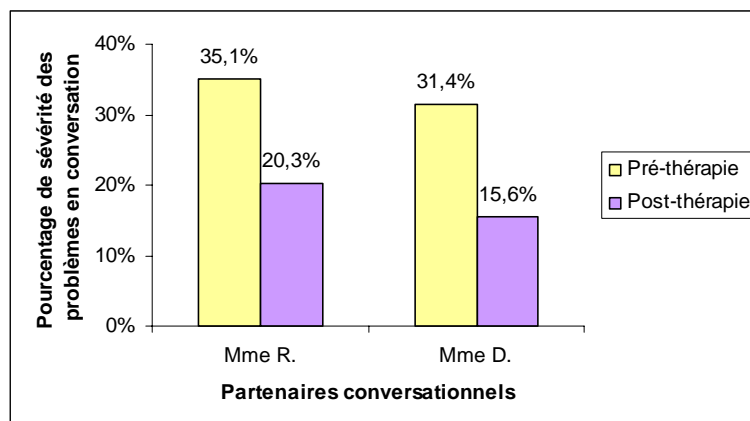


Figure 8 : Evaluation de la gêne rencontrée en conversation par le partenaire conversationnel

2. Résultats relatifs à la qualité de vie

2.1. Echelles de qualité de vie administrées aux patients

	Mr R.		Mr D.	
	Pré	Post	Pré	Post
Items de la SIP 65				
Je communique surtout par gestes	Faux	Vrai	Vrai	Vrai
Je n'écris presque plus	Vrai	Faux	Vrai	NE
J'ai des difficultés à parler	Vrai	Vrai	Vrai	Vrai
Seules quelques personnes qui me connaissent bien comprennent ce que je dis	NE	Vrai	Vrai	Faux
On me comprend difficilement	NE	Faux	Faux	Vrai
Je communique seulement si la personne est très près de moi	Vrai	Faux	Vrai	Vrai
Quand je parle, ma voix tremble, change brusquement	Faux	Faux	Vrai	Faux
Items de l'IRVN	/10	/10	/10	/10
Participation à des activités sociales et familiales	1,8	3,4	9,1	9,2
Satisfaction du rôle familial	3	2	8,9	8,8
Ressenti des relations	2,5	7,8	9	8,8
Attitude en compagnie des autres	9,1	7,8	8,8	8,5
Autres items	/10	/10	/10	/10
Ressenti de la communication avec son proche	4	6	8,8	8,6

Tableau 18 : Récapitulatifs des résultats de Mr R. et Mr D. aux échelles de qualité de vie

Les résultats obtenus révèlent une nette amélioration des appréciations de Mr R. à l'exception de deux items de l'IRVN (satisfaction de son rôle au sein de sa famille et aisance en compagnie des autres). En revanche, les appréciations de Mr D. sont sensiblement identiques en pré et post-thérapie.

2.2. Ressenti de la communication par les partenaires conversationnels

Ci-contre, le tableau montre que les deux partenaires conversationnels ont un ressenti de la communication avec leur proche amélioré en période post-thérapeutique, changement qui s'avère très marqué pour Mme R.

Visible dans la figure 8, la diminution importante des pourcentages de « sévérité des problèmes » issus de l'interview des partenaires conversationnels en post-thérapie indique un meilleur vécu des troubles phasiques de leur proche et de la situation de conversation qui en découle.

3. Résultats relatifs à la mise en place de ce type d'intervention

Nous avons extrait des questionnaires administrés aux couples en fin d'intervention, les items qui nous paraissaient intéressants et pertinents afin d'ouvrir la discussion sur les perspectives de mise en place de telles approches.

Items	Mr et Mme R.	Mr et Mme D.
Atteinte des objectifs de l'intervention	oui	oui
Transfert des acquis au quotidien	oui	oui
Gêne et modification des attitudes par la présence de la caméra	non	non
Ressemblance entre les conversations filmées et celles du quotidien	pas toujours car au quotidien les paramètres de la situation conversationnelle sont parfois différents	oui mais présence d'un aspect artificiel au moment d'engager la conversation
Intérêt et nécessité du support vidéo	oui	oui
Prise de conscience des comportements conversationnels grâce à la vidéo	oui	oui
Pertinence du lieu d'intervention (à domicile)	oui	oui
Intérêt d'un travail de ce type avec l'orthophoniste en parallèle de la rééducation classique	oui	oui
Moment pour débiter la prise en charge	3 ans après l'accident	2 à 3 ans après l'accident (période à laquelle nous avons entrepris ce travail avec eux)
Fréquence idéale de la prise en charge	de manière intensive au début puis plus espacée dans le temps	toutes les semaines au départ puis une fois par mois pour faire le point
Intérêt d'un suivi de ce type plutôt que d'un entretien avec l'orthophoniste et/ou de la lecture d'une « fiche conseil » prototypique	oui	oui
Pertinence du choix du partenaire conversationnel	oui	oui

Tableau 19 : Données tirées des questionnaires administrés aux couples en fin d'intervention

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

I. Interprétation des résultats et mise en lien avec la littérature

L'objectif de notre intervention était d'améliorer la communication entre le patient aphasique et son partenaire conversationnel privilégié à l'aide de l'analyse conversationnelle. Secondairement, nous envisagions que cette amélioration se répercute positivement sur leur qualité de vie.

Afin de rendre compte ou non de ces améliorations, nous avons choisi de comparer plusieurs critères évalués en pré et post-intervention. Cependant, dans le cadre de ce mémoire, nous n'avons pas utilisé d'outil spécifique d'analyse statistique pour comparer les résultats pré et post-thérapeutiques. La significativité ou non des différences n'a donc pas pu être testée, et leur interprétation devra en tenir compte.

1. Hypothèse d'une amélioration de la communication entre le patient et son partenaire conversationnel

Afin de vérifier l'hypothèse d'une amélioration de la communication de deux patients aphasiques et leur conjoint en situation de conversation, nous avons déterminé plusieurs facteurs à partir des études déjà effectuées.

1.1. Effet de l'intervention sur la communication du patient

A la suite de l'intervention, nous observons une amélioration des résultats des deux patients dans les différents domaines de la communication. Par ailleurs, au cours de la passation, tous deux utilisent davantage de canaux de communication, et ce, de manière efficiente. L'hypothèse d'une amélioration de leur communication est donc vérifiée.

Par là même, le modèle d'intervention de Lyon (1996), présenté en théorie, auprès d'individus aphasiques et de leur aidant naturel montre des gains significatifs lorsque l'on évalue en pré et post-thérapie le bien-être psychosocial et la communication de la personne aphasique.

1.2. Effet de l'intervention sur la perception du partenaire des habiletés conversationnelles actuelles de son proche

Lors de notre intervention, nous avons évalué la perception du partenaire au sujet des habiletés conversationnelles actuelles de son proche aphasique en évaluant l'accord entre les données qu'il rapporte dans l'interview du CAPPa et celles observées par l'analyse de leurs conversations. En post-tests, les analyses conversationnelles permettent de conclure à un meilleur accord avec les données des interviews des deux partenaires à la suite de l'intervention, ce qui permet de valider l'hypothèse formulée en amont de la prise en charge.

De nombreux auteurs s'accordent à dire que la perception du partenaire, concernant les difficultés liées à l'aphasie en conversation, jouerait un rôle déterminant sur la manière dont sont gérés les échanges quotidiens avec leur proche aphasique (Perkins, 1995 ; Simmons Mackie et coll., 2005).

1.3. Effet de l'intervention sur la gestion de la conversation

Afin d'évaluer l'impact de notre intervention sur la gestion de la conversation des patients aphasiques et de leur partenaire respectif, plusieurs critères analysés dans les conversations enregistrées en pré et post-intervention sont comparés.

1.3.1. Hypothèse d'une amélioration de la gestion des réparations

En post-intervention, les résultats de notre étude montrent une diminution des tours de parole dédiés aux réparations et une augmentation du nombre de stratégies facilitatrices, initiées par les partenaires, au détriment de stratégies non facilitatrices. Ces résultats sont à mettre en lien avec ceux de l'étude de Booth et Perkins (1999), exposée en théorie, et permettent de vérifier l'hypothèse d'une meilleure gestion des réparations par les couples interactionnels.

En effet, une étude de Perkins et coll. (1999, citée par De Partz, 2001) a montré une adéquation entre la source des problèmes conversationnels et les stratégies interactionnelles de réparation utilisées par le partenaire. L'analyse de la gestion des réparations par la quantification des tours de parole incluant un travail de réparation a donc permis un contrôle des effets rééducatifs (De Partz, 2001 ; Perkins, 1995).

1.3.2. Hypothèse d'une diminution de l'écart entre les temps de parole

Perkins (1995) constate que, lors d'une conversation incluant une personne aphasique, le partenaire conversationnel a tendance à ne pas lui laisser le temps nécessaire pour s'exprimer, et à considérer ses silences comme un abandon de la conversation. Il paraissait donc intéressant de comparer l'écart entre les temps de parole pour chaque couple interactionnel. Ces conduites pourraient être la conséquence d'une méconnaissance de l'aphasie et de ses manifestations par le partenaire. En effet, il paraît important que ce dernier comprenne l'origine de ces silences et la nécessité de laisser un temps de réponse plus long au patient pour qu'il puisse s'exprimer oralement ou utiliser un autre canal de communication.

A la suite de l'intervention, nous observons un écart réduit des temps moyens de parole dans la conversation de Mr et Mme R. et augmenté pour celle de Mr et Mme D., ce qui permet de ne valider que partiellement l'hypothèse de départ. Nous verrons, par la suite, que ces résultats sont difficilement interprétables. Ils peuvent certes, être liés à une amélioration des connaissances du partenaire sur les troubles phasiques, mais sont également dépendants du caractère variable de la conversation (thèmes, connaissances, disponibilité...).

1.3.3. Hypothèse d'une diminution du nombre de chevauchements

L'analyse conversationnelle réalisée à la fin de notre intervention montre une diminution du nombre de chevauchements au sein des conversations des deux couples interactionnels. L'hypothèse émise en début d'intervention est donc vérifiée.

La prise en charge aurait donc permis au patient aphasique de préserver, voire de retrouver, son rôle d'acteur dans la conversation car, comme le souligne Perkins (1995), le partenaire conversationnel, face aux difficultés linguistiques du patient aphasique, peut multiplier les interruptions ou chevauchements. Cette meilleure gestion des tours de parole peut être mise en parallèle avec une amélioration des capacités non verbales (mimogestualité régulatrice, feed-back appropriés) du patient mais aussi une meilleure prise en compte de ces indices non verbaux par le partenaire.

1.4. Validation de l'hypothèse générale

Les résultats précédents permettent de valider, dans la limite de la méthodologie utilisée, l'hypothèse d'une amélioration de la communication en conversation de Mr et Mme R. En revanche, cette hypothèse est partiellement vérifiée pour le deuxième couple interactionnel, pour lequel l'ensemble des hypothèses est validé à l'exception de celle formulée au sujet de la répartition de leurs temps de parole.

2. Hypothèse d'une amélioration de la qualité de vie du patient et de son partenaire

2.1. Le patient

L'impact de notre intervention sur la qualité de vie des patients aphasiques est évalué à partir d'items traitant essentiellement de ses aptitudes à communiquer et de la qualité de ses relations sociales au quotidien.

2.1.1. Effet de l'intervention sur les « aptitudes à communiquer »

Lors de la passation, le patient répond par « vrai », « faux » ou « non évaluable », à différentes propositions concernant sa communication. Les changements observés, dans les réponses de Mr R. suite à l'intervention, témoignent d'une amélioration de ses aptitudes communicatives en vie quotidienne. En revanche, les réponses de Mr D. sont difficilement interprétables. Nous ne pouvons pas déterminer si les changements relevés sont liés à une réelle amélioration de sa communication, à une meilleure prise de conscience de ses troubles ou encore à des réponses aléatoires en lien avec des difficultés de compréhension.

2.1.2. Effet de l'intervention sur les relations sociales du patient

Les items évaluant la qualité des relations sociales du patient sont administrés sous forme d'échelles visuelles analogiques. Les résultats témoignent d'une amélioration à certains items pour Mr R., notamment concernant son ressenti vis-à-vis de ses relations sociales et de la communication avec son épouse. Les résultats de Mr D. sont quasiment inchangés.

2.2. Le partenaire conversationnel

Les effets de la prise en charge sur la qualité de vie du partenaire conversationnel sont évalués à partir :

- d'une échelle d'auto-évaluation du ressenti de la communication avec leur proche,
- de leurs appréciations concernant les problèmes causés par les manifestations de l'aphasie en conversation.

Les résultats révèlent que l'intervention a permis d'améliorer le ressenti de la communication des deux partenaires avec leur conjoint aphasique. Nous observons une importante diminution des scores de sévérité des problèmes rencontrés en conversation par les deux épouses. Ces données témoignent d'une amélioration du vécu des troubles linguistiques et conversationnels de leur proche.

2.3. Validation de l'hypothèse secondaire

L'amélioration et le maintien d'une certaine qualité de vie constitue un réel défi pour le patient aphasique et son entourage, constituant l'objectif ultime de toute rééducation (De Partz, 2008). De ce constat est partie notre volonté d'évaluer l'impact de notre intervention sur la qualité de vie. Cependant, cette notion complexe intrique de multiples variables qui rendent son évaluation difficilement objectivable.

A la suite de la prise en charge, nous n'avons évalué que partiellement la qualité de vie des patients et de leur partenaire conversationnel. Les outils utilisés n'en permettaient pas l'évaluation exhaustive. Concernant les domaines investigués, l'hypothèse d'une amélioration de la qualité de vie des patients n'est pas vérifiée. En revanche, leurs partenaires conversationnels possèdent un meilleur ressenti de la communication et de la situation de conversation.

II. Critiques et limites inhérentes au protocole expérimental

1. Les outils d'évaluation

1.1. Le TLC

Bien que la validation de ce test intègre la composante « *reproductibilité inter-observateurs* », son utilisation paraît très subjective et certains items, notamment ceux traitant de la communication non verbale, se sont avérés difficiles à coter.

Cette subjectivité doit être prise en compte lors de son utilisation comme moyen de comparaison pré et post-thérapeutique. En effet, au cours de l'intervention, nous avons fait connaissance avec le patient. Cela aura pu avoir des conséquences d'une part sur la communication du patient qui, se sentant plus à l'aise, a peut-être été plus communicant en post-test ; et d'autre part, sur notre jugement qui aura pu être biaisé, nous amenant inconsciemment à anticiper certaines attitudes observées dans d'autres contextes.

Enfin, nous nous questionnons au sujet de la cotation de la communication non verbale à l'épreuve PACE : dans quelle mesure l'absence de certaines composantes non verbales permet de conclure à une communication moins efficace si, comme dans le cas de Mr R., la modalité orale est privilégiée et souvent suffisante pour cette épreuve ?

1.2. Le CAPP A : avantages et limites

1.2.1. Partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles

Tout d'abord, cette interview nécessite un certain recul de la part du partenaire. Elle peut consister en une prise de conscience, plus ou moins difficile, des difficultés générées par l'aphasie au quotidien. Mme R. a semblé apprécier le fait que son avis soit pris en compte et que l'on mette des mots sur ce qui se joue au quotidien. Les questions posées semblaient bien cibler et refléter l'impact des troubles en conversation. En revanche, Mme D. s'est trouvée assez affectée lors de sa passation en pré-tests, l'amenant à revenir sur des situations douloureuses.

Concernant la sévérité des problèmes rencontrés en conversation, les possibilités de réponses nous paraissent restrictives (sévère, léger, aucun) et les deux partenaires ont souvent critiqué cet aspect. Cependant, cet outil essentiellement qualitatif et subjectif, permet de prendre réellement en compte l'impact des difficultés liées à l'aphasie sur le vécu des conversations par l'entourage. Ainsi, on remarquera des scores de sévérité des problèmes pratiquement identiques pour les deux partenaires alors que les troubles de la communication de Mr R. sont moins sévères que ceux de Mr D. Cette différence peut également être mise en lien avec l'appétence des couples à la communication, et avec ce qu'ils attendent de leurs échanges quotidiens. On touche alors à une dimension relationnelle plus intime dépassant le cadre de la prise en charge orthophonique.

1.2.2. Partie B : Les changements par rapport aux conversations antérieures

Dans cette partie, l'interview du partenaire est orientée sur deux périodes représentatives (avant le début de l'aphasie et actuellement) pour lesquelles est posée la même série de questions appelant des réponses de type oui/non. Pour chaque section, il s'agit de calculer le nombre d'items différant entre les périodes pré et post morbides. Nous nous sommes interrogées sur l'intérêt de cette quantification. En effet, s'il paraît essentiel de définir un profil conversationnel pré-morbide du patient dont les données pourraient être utilisées en prise en charge, il semble difficile de pouvoir faire l'hypothèse d'un changement de ces résultats en post-intervention. De plus, la période antérieure à l'aphasie peut être surestimée par le conjoint et l'intervention effectuée était d'une courte durée en regard de leur histoire. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas fait passer ce questionnaire en fin d'intervention. Par ailleurs, certains items sont redondants et proposés plusieurs fois sous différentes formes.

Lors de la passation, les deux épouses ont semblé déroutées par le contenu de certaines questions qui leur paraissaient peu adapté, et par la restriction des réponses proposées. Un entretien semi-directif avec des questions ouvertes et une analyse qualitative des réponses auraient permis d'obtenir davantage d'informations, laissant une porte d'entrée aux partenaires pour s'exprimer plus librement sur les changements consécutifs à l'aphasie.

1.2.3. Partie C : l'analyse conversationnelle

Cet outil, simple d'utilisation, facilite l'analyse des enregistrements et leur comparaison avec les données de l'interview, notamment par l'utilisation de la vidéo. Cette dernière permet de retranscrire la conversation en prenant en compte la communication verbale et non verbale (gestes, postures, regards), et de repérer facilement les stratégies mises en place aux cours de l'échange. Cependant, plusieurs limites peuvent être évoquées.

- **La durée de l'échantillon de conversation**

La durée d'enregistrement conseillée dans le CAPPa est d'environ dix minutes. Elle a été difficile à obtenir. Nous demandions au couple d'engager une conversation et de nous dire quand ils avaient terminé et notre objectif était qu'ils trouvent un sujet leur permettant d'échanger de la manière la plus naturelle possible. Donner un temps minimum à respecter au préalable ne nous paraissait donc pas judicieux.

La durée de l'extrait est brève. Même si nous avons pu y relever un grand nombre d'informations sur les manifestations linguistiques et la gestion des conversations, certaines d'entre elles, décrites par les couples ou observées à d'autres moments, n'étaient pas présentes. Nous avons pu observer dans d'autres contextes au cours de la prise en charge, ce qui pourrait être à l'origine de l'augmentation des scores d'accord avec l'interview des partenaires en post-tests.

- **La représentativité du quotidien**

Nous avons été surprises par le caractère naturel des conversations enregistrées. Les deux couples expliquent ne pas avoir été gênés par la présence de la caméra. Nous l'installions dès notre arrivée, ceci afin qu'ils s'habituent, voire oublient, sa présence. Mme R., remarque qu'elle ne se souciait jamais de savoir si « ça enregistrerait ou pas ». Cependant, elle a évoqué, à plusieurs reprises, que la situation de conversation en séances était « idéale ». Ils étaient alors pleinement disponibles, contrairement au quotidien, où ces situations sont soumises à la pression temporelle et où les enjeux peuvent être différents que lors des séances (négociations, argumentation par exemple).

Le sujet de conversation était parfois difficile à trouver pour Mr et Mme D. Cette dernière justifie cela par le fait qu'ils sont toujours ensemble et donc qu'il était difficile de trouver un sujet méconnu de l'un ou de l'autre. Cela peut être à l'origine des fréquentes questions qu'elle posait à son mari et dont elle connaissait les réponses lors des premières conversations enregistrées. Cependant, durant l'intervention, nous avons discuté ensemble des objectifs d'une conversation et de l'importance de sa co-construction. Par la suite, Mme D. était davantage dans un échange d'informations nouvelles avec son époux.

- **La durée de transcription et d'analyse**

Le temps nécessaire à la transcription et à l'analyse des corpus est, sans doute, une des principales limites de cet outil, notamment pour envisager son utilisation dans la pratique orthophonique courante. En effet, pour être rigoureuse, la retranscription de dix minutes de film nécessite au minimum deux heures et son analyse est encore plus longue.

1.3. Les échelles de qualité de vie

Une des difficultés de ce type d'évaluation concerne la méthodologie, à mettre directement en lien avec les troubles linguistiques du patient. Les troubles de la compréhension orale et écrite, auxquels s'associe souvent une fatigabilité, imposent des énoncés simples, clairs et des questionnaires courts. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons sélectionné seulement certains items portant sur les « aptitudes à communiquer » et la qualité des relations sociales du patient.

Lors de la passation, Mr D. semblait en difficulté pour comprendre certains items, ce qui remettrait en cause la fiabilité de ses réponses. En général, nous le laissions lire une première fois l'affirmation et nous reformulions si nécessaire, en tentant de garder une attitude de stricte neutralité pour ne pas influencer sa réponse (Bénaïm et coll., 2003). Malgré notre aide, nous avons eu le sentiment que Mr D. était dérouté face à certaines propositions, l'amenant à répondre de manière aléatoire. De plus, l'ensemble des résultats aux échelles visuelles analogiques de l'IRVN, en pré et post intervention, se situent entre 8,8 et 9,5. On peut se demander si ces scores sont fiables ou si les difficultés de compréhension de Mr D. l'ont amené à tracer ses réponses au même emplacement sur chaque échelle, c'est-à-dire en haut, près du pictogramme symbolisant un accord parfait. Il aurait pu être intéressant de questionner son épouse à sa place, cependant, plusieurs études ont démontré qu'une tierce personne aura tendance à surévaluer le handicap subjectif du patient et on notera alors une corrélation faible entre auto et hétéro-évaluation (De Partz, 2008).

Une autre difficulté principale pour évaluer la qualité de vie est qu'elle repose sur un ensemble de variables interdépendantes. L'Organisation Mondiale de la Santé propose classiquement 24 variables pour la définir mais une étude de Ross et Wertz (citée par De Partz, 2008), en 2003, indique que les variables qui différencient le mieux les patients aphasiques de sujets contrôles concernent les domaines de l'autonomie, des relations sociales et de l'environnement. Nos résultats sont donc contestables car seuls des items inhérents à la communication et aux relations sociales du patient ont été proposés. Par là même, les résultats attribués aux partenaires concernent seulement le ressenti de la communication avec leur proche et le vécu des situations de conversation.

2. La population

2.1. Le nombre de patients

Le nombre de patients choisis pour cette étude préliminaire est faible. Nous ne pouvons pas tirer de conclusions générales à partir des résultats de deux études de cas. Une étude à plus grande échelle aurait permis de donner une autre dimension à nos conclusions.

2.2. Les variables inter-individuelles

Dans notre étude, pour chacune des mesures, la variation des performances est évaluée de conversation à conversation, étudiant ainsi les variations intra-individuelles. Cependant, comme dans une étude de Perkins, Lesser et Milroy (1998, citée par De Partz, 2001), il aurait été intéressant d'évaluer également ces changements de participant à participant. De par nos observations, certaines variables auraient paru pertinentes à étudier.

2.2.1. L'ancienneté de l'aphasie

Les patients avaient tous deux dépassé la période de récupération spontanée mais il y avait un écart inter-individuel important entre le moment de notre intervention et la date de survenue de leur accident. L'AVC de Mr R. datait de huit ans alors que celui de Mr D. de trois ans seulement.

Nous avons pu observer, lors de notre expérimentation, une gestion des échanges et des objectifs différents selon les couples. Mr et Mme R. avaient déjà mis en place de nombreuses stratégies de communication efficaces ; notre rôle a surtout été de les mettre en exergue et de leur en faire prendre conscience. Pour Mr et Mme D., les stratégies de communication en place semblaient plus fragiles, nous amenant à leur donner davantage d'informations et de conseils techniques pour trouver des stratégies efficaces et les entraîner.

Une étude comparative en fonction de l'ancienneté de l'aphasie pourrait permettre d'identifier à quelle période ce type d'approche est le plus intéressant et le plus bénéfique pour le patient et son partenaire conversationnel. Parallèlement, lors du questionnaire de fin d'intervention, les deux couples interactionnels évoquent que le moment propice pour

débuter ce type de prise en charge serait à deux ou trois ans de l'accident. Ils affirment la nécessité d'une acceptation du handicap et d'une récupération suffisante.

2.2.2. La sémiologie des troubles

Les patients choisis pour cette étude se caractérisaient tout deux par un profil d'aphasie non fluente avec une compréhension relativement préservée. La mise en place d'une telle approche nous paraissait requérir obligatoirement ces critères.

Cependant, l'étude de Perkins et coll. (1999, citée par De Partz, 2001) porte sur des patients présentant des formes variées d'aphasie, avec notamment, chez certains, la présence de jargon et de problèmes de compréhension. Leurs travaux ont obtenu des résultats intéressants en analyse conversationnelle avec ces différents types d'aphasie.

C'est pourquoi, une étude plus diverse avec des patients ayant des tableaux cliniques très différenciés aurait pu donner des informations sur l'intérêt de cette prise en charge en fonction des incapacités liées à l'aphasie.

2.2.3. Le profil communicationnel pré-morbide du patient

La partie B du CAPPa nous a permis d'avoir des informations sur les styles et habitudes interactionnelles des patients avant l'accident du point de vue de leur partenaire conversationnel. D'après Green (1984), ces informations sont importantes pour comprendre les changements qui affectent la communication et ainsi ajuster les objectifs de la rééducation (Perkins, 1995). D'autre part, comme le souligne Mazaux et coll. (2006), l'étude de la communication des personnes aphasiques doit prendre en compte les éléments qui caractérisaient la personne aphasique avant l'accident car « *on communique différemment selon le caractère et la personnalité* ».

Ce critère paraissait donc être un élément intéressant pour considérer l'évolution de la personne devenue aphasique et son impact sur son profil communicationnel actuel.

2.3. Le partenaire conversationnel

Nous avons laissé libre choix aux patients de désigner le partenaire conversationnel privilégié avec lequel il voulait participer à ce travail ; il s'avère que pour Mr R. comme pour Mr D., le choix s'est porté sur leur épouse.

Bien que ces dernières soient les personnes qui participent le plus fréquemment aux situations de communication avec le patient au quotidien ; ce choix a fait entrer de nouveaux paramètres dans notre étude. L'aphasie est souvent source de tensions au sein du couple et d'une dégradation de l'harmonie familiale (Labourel et Martin, 1991). L'immersion pour des soignants au cœur de cette dyade n'est donc pas toujours aisée, nous entrons dans la vie personnelle et intime de ces couples conversationnels. Ceci nous a questionnées sur les limites des compétences de l'orthophoniste, sujet que nous développerons plus loin.

Par ailleurs, les partenaires doivent être en demande d'aide concernant leurs interactions. Ils doivent être conscients que les objectifs de travail ne sont pas les mêmes que dans une rééducation à visée linguistique et qu'ils sont davantage axés sur le handicap lié aux troubles communicationnels. Nous avons été confrontées, dans le cas de Mme D., à l'illusion de la récupération comme cela est relaté dans les travaux de Boisclair-Papillon (1991). Une mauvaise information et beaucoup d'espoir lui laissaient croire à une récupération, voire une réparation, des capacités linguistiques de son mari. Nous avons beaucoup discuté avec elle de ses représentations de l'aphasie afin de s'assurer de sa motivation et de sa compréhension des objectifs de départ. Ceci nous permet de soulever l'importance, dans ce type de travail, de notre position d'accompagnant dans l'acceptation des différents moyens permettant de contourner le handicap.

Enfin, dans le cas du couple des R. où les stratégies de communication étaient déjà bien en place, Mme R. aurait trouvé pertinent de filmer Mr R. en interaction avec un partenaire moins proche qu'elle, donc moins adapté à ses difficultés. Elle soulève ici la question importante du transfert des acquis communicationnels du patient avec un interlocuteur tout-venant.

3. Le déroulement de l'intervention

Lors de notre intervention, seulement sept séances ont été consacrées à la prise en charge proprement dite. Cette courte durée nous interroge sur la pertinence de la nommer ainsi. Pourtant, au regard du déroulement de notre intervention et de ses effets, nous avons constaté que les pré-tests jouaient un rôle important dans la rééducation. En effet, la passation du TLC a permis aux patients de voir concrètement les bénéfices de la communication non verbale ; et l'interview du CAPPa avec le partenaire conversationnel les a menés à avoir une première prise de conscience de leurs difficultés et de leurs stratégies pour communiquer. Ainsi, nous pouvons envisager que les trois premières séances aient joué un rôle important dans notre prise en charge.

Concernant les différentes modalités de l'intervention (fréquence, lieu, outils), les données des interviews des couples témoignent de leur satisfaction. En revanche, les deux couples s'accordent à dire qu'une prise en charge plus longue, intensive au début puis plus espacée dans le temps serait la plus adaptée.

D'autre part, le bref délai que nous avons laissé entre la fin de l'intervention et les post-tests (un mois) nous questionne sur la pérennisation des stratégies de communication travaillées, et ainsi sur leurs répercussions possibles au niveau de la qualité de vie à plus long terme. Cet élément introduit l'intérêt qu'il y aurait à faire une étude longitudinale pour pouvoir en évaluer la stabilité dans le temps (posts-tests trois ou six mois plus tard).

4. L'utilisation de l'analyse conversationnelle comme mesure de changement

Pour évaluer l'efficacité de notre intervention, nous avons choisi volontairement de quantifier certains critères inhérents à la conversation. Or, comme le souligne De Partz (2001), l'analyse conversationnelle est une approche principalement qualitative, sa

quantification est donc souvent rejetée par ses partisans. Elle ajoute, en 2008, que si « *les analyses conversationnelles sont connues pour leur haut degré de validité, elles sont habituellement contestées au niveau de leur fiabilité* » (p.135-136). En effet, on observe d'importantes variations dans la conversation selon le contexte, les partenaires impliqués dans l'échange et son thème même, dont le choix est laissé aux couples interactionnels (De Partz, 2001 ; 2006 ; 2008).

Il paraît alors légitime de se demander si les différents résultats recueillis avant l'intervention auraient pu mener à des objectifs différents, si la conversation avait été enregistrée à un autre moment, dans un autre contexte, avec un partenaire et/ou un thème différent. Cependant, comme nous avons tenté de le mettre en évidence dans le chapitre précédent, l'analyse des résultats obtenus en pré-tests était essentiellement qualitative. Notre intervention se basait sur les données rapportées par le partenaire dans l'interview et non sur la quantification de critères. Au cours de la prise en charge, le visionnage des conversations en séance nous servait de base de travail, permettant aux couples de pointer les éléments les plus invalidants dans leurs conversations quotidiennes, et de réadapter nos objectifs.

Par ailleurs, cette remise en question de la quantification des interactions nous questionne sur les changements observés après l'intervention : sont-ils la conséquence du travail effectué avec les couples ou sont-ils attribués à une variation arbitraire entre les conversations analysées en pré et post-tests ?

Schegloff (1993), cité par Perkins (1995), préconise une méthode d'analyse permettant de quantifier certaines caractéristiques sensibles aux séquences observées dans les conversations incluant un patient aphasique. Il démontre que la proportion de tours dans la conversation incluant des séquences de réparations collaboratives ou des stratégies de réparations de différentes natures, constituent un critère quantitatif fiable. Dans notre travail, l'analyse de la proportion des tours dédiés au travail de réparation et des différentes stratégies initiées par le partenaire pour y remédier paraît donc représentative. En revanche, on peut s'interroger sur la fiabilité des résultats et de leur interprétation concernant l'écart entre les temps de parole du patient et de son partenaire.

L'utilisation de l'analyse conversationnelle, malgré toutes ses limites communes aux outils qui sont les plus écologiques, constitue, néanmoins, une mesure d'évaluation intéressante des changements au cours du temps. Elle est applicable dans des situations où l'aphasie se manifeste le plus crucialement au patient et à ses partenaires conversationnels, les conversations, prenant ainsi en compte le rôle social du langage (Perkins, 1995).

III. Réflexion sur l'approche sociale en aphasiologie

Considérer comme Lyon (1994, Michallet & Le Dorze, 1999) que « *l'aphasie est un handicap qui altère les processus langagiers et la communication, leur utilisation sociale et le bien-être psychosocial de la personne aphasique et de ses proches* », permet de justifier l'approche sociale en aphasiologie. Au-delà du rétablissement des capacités linguistiques du patient, l'orthophoniste prend en compte son entourage proche. Dans le cadre de l'analyse conversationnelle, il est représenté par le partenaire conversationnel privilégié. Ceci concorde avec l'article quatre du décret de compétence en orthophonie

(décret n°2002-721 du 2 Mai 2002) : « *La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient* ».

Cette approche permet de donner une place à la parole du conjoint sur son vécu et son ressenti de la maladie ainsi que d'améliorer, pour la personne aphasique, l'utilisation sociale des processus langagiers et de la communication dans les différents contextes de la vie quotidienne (Michallet & Le Dorze, 1999).

Cependant, centrer l'intervention sur le patient et son proche s'avère délicat : il peut y avoir confrontation entre leurs attentes parfois irréalistes et les résultats que l'orthophoniste peut espérer. La difficulté sera donc de trouver un compromis, notamment concernant les critères d'arrêt de la prise en charge. Bien sûr ces questions se posent aussi lors d'une rééducation orthophonique plus classique, mais le fait de se trouver au cœur du système formé par le patient et ses proches constitue un élément très prégnant sur les objectifs et le ressenti du rééducateur.

D'autre part, la réussite de ce type de prise en charge dépend, entre autres, de la relation qui unit le couple au moment de la conversation et de la motivation des deux partenaires pour s'engager ensemble dans ce type de prise en charge. Il sera difficile, voire impossible, pour l'orthophoniste de contrôler ces variables que sont l'affectif, l'humeur, l'intérêt pour le thème de la conversation.

De manière générale, juger de « l'efficacité » d'une prise en charge se révèle compliqué. Dans le cas présent, les critères d'efficacité peuvent être différents selon le point de vue du clinicien, du patient ou de son partenaire, et nous avons vu, précédemment, la difficulté d'évaluer les répercussions de la communication sur la qualité de vie. D'autre part, sommes-nous sûres que les changements observés en post-thérapie sont dus uniquement à un effet de notre intervention, et ne sont pas une conséquence importante de l'écoute et de la prise en compte de leur plainte ? Le fait de valoriser et de pointer certains aspects positifs a sûrement contribué à relancer les interactions.

Malgré tout, l'importance de l'approche sociale dans l'appréhension du handicap en général, et de l'aphasie en particulier, paraît évidente. Les objectifs du Life Participation Approach to Aphasia (LPAA) qui, rappelons-le, sont de prendre en charge le système social touché par l'aphasie et de revaloriser la participation du patient au quotidien, sont aujourd'hui des objectifs manifestes. Nous nous interrogeons donc sur la différence des pratiques observées en France et Outre-Atlantique. Dargent (1999, cité par Marie dit Dinart, 2008) en donne plusieurs raisons : d'une part, les moyens financiers importants de la France dédiés à la santé, permettent de financer des thérapies sur une longue durée, s'opposant ici aux objectifs d'Amérique du nord qui recherchent un maximum d'efficacité en un minimum de temps. D'autre part, elle pose l'hypothèse que l'esprit communautaire étant moins développé en France, sa mise en place serait moins propice.

Cependant, nous sommes obligées de constater que le rôle de l'orthophoniste tend à s'élargir en incluant l'environnement dans la prise en charge du patient aphasique. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'il faille abandonner les autres approches rééducatives : la période, les déficits linguistiques, les capacités communicationnelles, l'entourage ; tout ces paramètres jouent un rôle. C'est donc en conjuguant les différentes approches proposées en orthophonie que nous avons la possibilité d'initier une prise en charge personnalisée et évolutive suivant les progrès du patient.

IV. Apports personnels et professionnels

La mise en place d'une intervention auprès de patients aphasiques et de leur conjoint a été une expérience très enrichissante. Notre volonté d'orienter notre travail en aphasiologie est née de l'intérêt que nous avons porté à ce domaine durant notre formation clinique et théorique. Ce mémoire nous a permis d'aborder l'aphasie sous plusieurs angles : celui des déficits et de la sémiologie des troubles occasionnés par la pathologie, mais aussi, celui des incapacités, des limitations et surtout du handicap subjectif que génèrent ces troubles au quotidien. Le travail entrepris nous a amené à être en prise avec la réalité de la maladie et des désordres linguistiques, communicationnels, mais aussi psychologiques et sociaux qu'elle occasionne.

Sur le plan professionnel, nous avons pu nous exercer à élaborer une intervention. Ainsi, nous avons appris à évaluer les attitudes communicatives, à fixer un cadre et des objectifs de prise en charge, à élaborer et à ajuster le contenu de l'intervention, puis à en évaluer les changements. Plus largement, ce travail nous a amenées à nous interroger sur le rôle de l'orthophoniste, sur la finalité de son action et sur l'évaluation et les limites de cette dernière. D'un point de vue pratique, nous nous sommes initiées à l'utilisation de l'outil vidéo, dont nous avons retiré de nombreuses potentialités, et nous nous sommes familiarisées avec la passation et la cotation d'épreuves.

Sur le plan clinique et personnel, ce travail nous a demandé de développer une attitude la plus professionnelle possible. Il nous a fallu continuellement nous adapter aux couples, à leur histoire, à leur vécu, en instaurant un climat de confiance et de respect. Nous avons pour cela tenté de comprendre leur souffrance et d'établir une relation de non jugement, en privilégiant l'écoute active. Il s'agissait pour nous de valoriser leurs échanges tout en gardant à l'esprit les objectifs que nous nous étions fixés. D'autre part, nous avons appris, au fil des séances, à rendre les couples acteurs de la prise en charge. Pour cela, il nous fallait adapter notre discours et nos comportements afin de les amener implicitement à faire émerger les aspects positifs et négatifs dans leurs conversations et à avoir une analyse fine de leur communication. Nous avons apprécié d'être autonomes et avons tiré réellement profit d'un travail à deux, cela nous permettait d'échanger sur nos impressions, d'avoir un double regard sur notre intervention.

V. Perspectives et faisabilité

Bien que s'inscrivant dans le courant social de l'orthophonie, l'analyse conversationnelle, issue du CAPPA, rassemble de nombreux critères qui permettent d'avoir une vision globale et détaillée du patient aphasique. Elle permet ainsi d'étudier, au moins de manière qualitative, les troubles linguistiques et leurs répercussions sur la conversation (approche neurolinguistique), les capacités de communication verbale et non verbale (approche pragmatique), et ceci dans son environnement naturel (approche écologique), en prenant en compte l'influence des attitudes de l'entourage (approche sociale). L'analyse conversationnelle est donc un outil complet qui se trouve au carrefour des multiples approches en orthophonie, rendant son utilisation pertinente.

Néanmoins, son application reste longue et donc difficilement envisageable dans une pratique clinique libérale. C'est pourquoi une adaptation simplifiée et plus rapide de cet

outil pourrait faire l'objet d'une étude afin de généraliser son emploi. Concernant la fréquence des séances, il ressort des réponses recueillies aux questionnaires de fin d'intervention qu'il serait intéressant d'envisager de commencer ce travail de manière très régulière, puis d'espacer les séances, en parallèle d'une rééducation plus classique. Nous pensons donc qu'il serait intéressant de modéliser ce type de prise en charge sur les programmes d'intervention familiale déjà mis en place pour les enfants atteints de surdité ou de dysphasie par exemple.

Il est intéressant par ailleurs de discuter du moment adéquat de la mise en place d'une telle approche au cours des différentes phases de récupération et de réadaptation de l'aphasique. En effet, s'il n'est pas envisageable ni souhaitable de restreindre la rééducation orthophonique à une approche basée sur l'analyse conversationnelle, une telle prise en charge pourrait s'avérer pertinente, que ce soit en phase précoce ou à distance de l'accident.

Dans notre étude, les partenaires interrogés évoquent l'importance d'avoir fait le deuil du statut de communicant antérieur de leur proche et d'une certaine acceptation du handicap. Malgré tout, de notre point de vue de rééducateur, il ne semble pas pertinent de laisser un délai trop long pour proposer ce travail, du moins une version simplifiée, car les deux partenaires risquent d'avoir mis en place un schéma de communication inapproprié qui sera ancré et donc plus difficilement modulable.

Enfin, l'écueil majeur de ce type d'approche relève de ce qui se joue dans la relation entre l'orthophoniste et le couple. Le caractère très écologique de cette prise en charge (intervention à domicile) peut amener le thérapeute à être en prise directe avec les difficultés qu'il rencontre. Le couple est souvent en demande d'une aide qui relèverait davantage du champ de la psychologie et à laquelle il est difficile pour l'orthophoniste de répondre. Il s'installe alors une proximité qui peut fausser le ressenti et le jugement de l'orthophoniste à l'égard de l'efficacité de sa prise en charge. Il devra veiller à cadrer cette intervention pour que sa démarche n'empiète pas sur des compétences qui ne sont pas les siennes.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les apports d'une intervention auprès de deux patients aphasiques et de leur conjoint en vue d'une amélioration de leur communication au quotidien. Pour cela, nous avons axé cette étude sur la dynamique conversationnelle des deux couples interactionnels. Les comportements de communication y étaient envisagés comme des formes d'activité sociale permettant de maintenir, voire d'améliorer, leur bien-être et la qualité de leurs relations au quotidien.

Afin de mener à bien notre intervention, nous avons choisi l'analyse conversationnelle comme outil de base de prise en charge et d'évaluation des changements.

Malgré la validation, seulement partielle, des hypothèses de départ, les résultats obtenus et le retour des couples sur cette intervention, semblent très positifs. Ces éléments permettent de souligner l'importance d'analyser les interactions quotidiennes du patient et de son partenaire conversationnel afin que ceux-ci évaluent l'efficacité de leurs échanges. Le patient aphasique peut ainsi retrouver sa place de personne communicante au quotidien.

Nos observations attestent de l'intérêt et de la fiabilité de l'utilisation de l'analyse conversationnelle dans ce type d'approche. En revanche, la complexité et le temps important nécessaires pour sa mise en œuvre, permettent difficilement d'envisager son utilisation dans la pratique orthophonique courante. Il serait intéressant d'étudier les adaptations ou simplifications qui pourraient permettre son application clinique. Par ailleurs, il semble nécessaire que des études complémentaires viennent élargir les données apportées par ce travail afin de rendre compte de la généralisation des acquis à plus long terme, dans des contextes de communication plus larges. Des études pourraient également envisager son application auprès de patients présentant des profils communicationnels différents.

Nous considérons donc notre travail comme une étude préliminaire mettant en évidence des aspects et des objectifs importants de la pratique orthophonique. C'est pourquoi nous espérons que de futurs travaux permettront de développer cette approche.

BIBLIOGRAPHIE

Benaim, C., Pélissier, J., Petiot, S., Bareil, M., Ferrat, E., Royet, E., Milhau, D., & Hérisson, C. (2003). Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasie : le SIP 65. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 46, 2-11.

Boisclair-Papillon, R. (1991). La famille de l'aphasique. In J. Ponzio, D. Lafond, R. Degiovani & Y. Joannette (Eds.), *L'aphasique* (pp.165-175). St Hyacinthe, Québec: Edisem.

Bouhours, L. (2008). *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* Isbergues : Ortho Edition.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Editions.

Calmels, P., Béthoux, F., Roche, G., Fayolle-Minon, I. & Picano-Gonard, C. (2003). Evaluation du handicap et de la qualité de vie chez des blessés médullaires : étude d'un échantillon de population de 58 sujets vivant à domicile. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 46, 233-240.

Chapey, R., Duchan, J.F., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J., & Simmons-Mackie, N. (2001). Life participation approach to aphasia. In R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 235-245). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Colun, H. (2008). *Aphasie et communication : de l'intention...à l'intervention*. Actes du colloque de pragmatique « de l'intention...à la réalisation ». Biarritz 9, 10, 11 mai 2008.

Cosnier, J. (1998). Un autre candidat à l'accueil de Psyché: l'interactionnisme. In J. Cosnier (Ed.), *Le retour de Psyché* (pp.77-157). Paris : Desclée de Brouwer.

Danet, L., & Lanne, C. (2008). *Je reparlerai*. Isbergues : Ortho Edition.

Daviet, J.C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B. & Mazaux, J.M. (2007). Communication et aphasie. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Communication et aphasie* (pp. 76-86). Paris : Masson.

De Partz, M.P., & Carlomagno, S. (2000). La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication. In X. Seron & M. Van Der Linden (Eds.), *Traité de neuropsychologie clinique* (pp. 191-213). Marseille : Solal.

De Partz, M.P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, 4-12.

De Partz, M.P. (2006). Evaluation fonctionnelle du langage et de la communication des patients aphasiques. In F. Estienne, B. Piérart (Eds), *Les bilans de langage et de voix. Fondements théoriques et pratiques* (pp. 210-220). Paris : Masson.

BIBLIOGRAPHIE

De Partz, M.P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp.242-250). Paris : Masson.

De Partz, M.-P. (2008). L'aphasie au quotidien : du déficit au handicap. In A.C. Juillerat Van der Linden, G. Aubin, D. Le Gall & M. Van der Linden (Eds.), *Neuropsychologie de la vie quotidienne* (pp.131-158). Marseille : Solal.

Elgoyen-Haritchet C. (2003). Utilisation de l'analyse conversationnelle comme support au développement de stratégies de communication efficaces chez le conjoint de la personne aphasique. Bordeaux : mémoire d'orthophonie.

Feuillet, A., & Wagogne-Marechal, G. (2005). Essai de thérapie « écosystémique » des troubles de la communication chez un patient aphasique et trois membres de sa famille. *Glossa*, 94, 70-79.

Gezundhajt, H. (1998). *Langage et communication*. Retrieved Octobre 16, 2008 from <http://www.linguistes.com/langue/intro.htm>

Gil, R. (2006). Les aphasies. In R. Gil (Ed.), *Neuropsychologie* (pp. 20-59). Paris: Masson.

Julien, M. (2001). Lorsque la rééducation neurolinguistique ne suffit plus: comment améliorer la communication entre la personne âgée aphasique et de ses principaux interlocuteurs ? Vers une meilleure qualité de vie. *Stage de formation continue de l'Université Claude Bernard, Lyon 1, Ecole d'orthophonie, 22-23 juin 2001*.

Kagan, A. (1998). Philosophical, practical and evaluative issues associated with Supported Conversation For Adults With Aphasia. *Aphasiology*, 12 (9), 851-864.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Paris : Seuil.

Labourel, D., & Martin M.M. (1991). L'aphasique et sa famille. In J. Ponzio, D. Lafond, R. Degiovani & Y. Joannette (Eds.), *L'aphasique* (pp. 143-161). St Hyacinthe, Québec : Edisem.

Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9 (3), 239-255.

Le Dorze, G., & Michallet, B. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 42, 546-556.

Lefeuvre, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Rousseaux, M. (2000). *Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho éditions.

Marie dit Dinard, C. (2008). Etudes de cas : impacts d'une thérapie dynamique interactive sur la communication en situations naturelles d'échange entre les personnes aphasiques et leur conjoint. Nantes : mémoire d'orthophonie.

BIBLIOGRAPHIE

- Mazaux, J.M., & Orgogozo, J.M. (1981). *Boston Diagnostic Aphasia Examination, Echelle française*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Mazaux, J.M., Brun, V., & Pelissier, J. (2001). Avant propos. In J.M. Mazaux, V. Brun, & J., Pelissier (Eds.), *Aphasie* (pp.XV-XVI). Paris : Masson.
- Mazaux, J.M., Daviet, J.C., Darrigrand, B., Stuit, A., Muller, F., Dutheil, S., Joseph, P.A., & Barat, M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. In P. Pradat-Diehl & A. Peskine (Eds.), *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (pp73-82). Paris: Springer.
- North, P. (2001). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. In J.M. Mazaux, V., Brun & J. Pelissier (Eds.), *Aphasie* (pp. 189-196). Paris : Masson.
- Parent, M.C. (2002). Prise en charge psychosociale de l'aphasie en orthophonie. *Atelier du congrès scientifique de la FNO, L'orthophonie à la croisée des mots, 2002*.
- Pereira, E., & Ramond, F. (2007). Intervention auprès du conjoint d'une personne aphasique en vue de l'amélioration de la communication du couple. Etude de cas unique. Lyon : mémoire d'orthophonie n°1409.
- Perkins, L. (1995). traduit par De Partz, M.P., Godfrind, G. (2001). Analyse conversationnelle et aphasie. In Aubin, G., Belin, C., David, D., De Partz, M.P. (Ed), *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. (pp.). Marseille, Solal.
- Poncelet, M. (2006). Bilan classique en neuropsychologie du langage. In F. Estienne & B. Piérart (Eds.), *Les bilans de langage et de voix. Fondements théoriques et pratiques* (pp. 190-209). Paris : Masson.
- Pradat-Dhiel P., Tessier C., Peskine C., & Mazevet D. (2007). Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Dhiel & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp.126-132). Paris : Masson.
- Rousseau, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- Simmons-Mackie, N., Damico, J., & Oelschlaeger, M. (1999). Qualitive methods in aphasia research : conversation analysis. *Aphasiology*, 13 (9-11), 667-679.
- Simmons-Mackie, N., Kearns, K., & Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology*, 19 (6), 583-593.
- Traverso, V. (1996). La conversation familière, Analyse pragmatique des interactions. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Traverso, V. (1999). L'analyse des conversations. Paris : Nathan.
- Whitworth, A., Perkins, L., & Lesser, R. (1997). Conversation Analysis Profile for People with Aphasia. London : Whurr.

ANNEXES

Annexe I : Extraits du profil récapitulatif du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA)

1. Extrait de la partie A

Habiletés linguistiques

Q	Habiletés linguistiques	Fréquence (0, 1, 2 ou N/A)	Sévérité du problème (0,1, 2 ou N/A)	Preuves dans l'AC (0 ou 1/2)	Accord entre F et preuves dans l'AC
1	Echec de récupération d'un mot				
2	Production de circonlocution				
3	Production de paraphasies sémantiques				
4	Utilisation abusive de pronoms				
5	Production de paraphasies phonémiques				
6	Erreurs apraxiques				
7	Difficultés à indiquer oui/non fiablement				
8	Agrammatisme				
9	Production de néologismes				
10	Production d'un jargon				
11	Difficultés de compréhension				
	Total (N/A exclus)			N/A	
	% total (N/A exclus)			N/A	

2. Extrait de la partie B

Les styles

Styles	Période pré-morbide	Période post-morbide	Changement
Bavard			
Un auditeur attentif			
Passif			
Hésitant			
Aime débattre, discuter			
Sérieux			
Calme			
Un auditeur inattentif			
Mène la conversation			
Parle distinctement			
Spontané			
Drôle			
Parle calmement			
Marmonne			
Parle rapidement			
Apprécie bavarder			
Engage rarement la conversation			
Apprécie de parler avec des personnes			
Interrompt souvent la conversation			
Jure beaucoup			
Parle fort			
Parle clairement			
Parle lentement			
Evite les conversations			
Entame facilement la conversation			
Montre une réticence à parler			
Interrompt rarement			
N'utilise presque jamais de jurons			

3. Résumé des données de l'interview et de l'analyse conversationnelle

3.1. Résumé de l'accord global entre les données du Partenaire Conversationnel Privilegié (PCP) (partie A) et l'Analyse Conversationnelle (AC) (partie C)

<p>❖ <u>Accord entre les données du PCP et l'AC :</u></p> <p>(Nombre d'items marqués <i>V et OC</i> x 100)</p> $\frac{\text{_____}}{\text{Nombre d'items total}} = \text{ \%}$
<p>❖ <u>Conflit entre les données du PCP et la conversation :</u></p> <p>(Nombre d'items marqués <i>X</i> x 100)</p> $\frac{\text{_____}}{\text{Nombre d'items total}} = \text{ \%}$
<p>❖ <u>Absence de preuves des données fournies par le PCP dans la conversation :</u></p> <p>(Nombre d'items marqués <i>Ab</i> x 100)</p> $\frac{\text{_____}}{\text{Nombre d'items total}} = \text{ \%}$

3.2. Changements dans les styles et les occasions d'interactions depuis la période pré-morbide

1. Styles		
= pourcentage de styles de communication pré-morbides conservés		
<i>(Nombre de styles inchangés x 100)</i>		
_____		= %
28		
2. Personnes		
= pourcentage de partenaires conversationnels conservés par rapport à la période pré-morbide, avec la même fréquence d'interaction		
<i>(Nombre de partenaires conservés x 100)</i>		
_____		= %
<i>Nombre de PC avant l'accident</i>		
3. Situations		
= pourcentage de situations de communication préservées		
<i>(Nombre de situations conservées x 100)</i>		
_____		= %
<i>Nombres de situations de communication pré-morbides</i>		
4. Sujets		
= pourcentage de sujets de conversation conservés par rapport à avant l'accident		
<i>(Nombre de sujets conservés x 100)</i>		
_____		= %
<i>(Nombre de sujets abordés avant)</i>		
Autres domaines	Oui / Non	Commentaires
4. Changement dans la communication non verbale		
5. Changement au niveau auditif		

Annexe II : Echelles de qualité de vie

1. Items tirés de la SIP-65

Entourez « V » pour vrai, « F » pour faux ou « NE » pour non évaluable ou ne sais pas en fonction de votre état actuel.

Aptitudes à communiquer

V	F	NE	Je communique surtout par gestes.
V	F	NE	Je n'écris presque plus.
V	F	NE	J'ai de la difficulté à parler.
V	F	NE	Seules quelques personnes qui me connaissent bien comprennent ce que je dis.
V	F	NE	On me comprend difficilement.
V	F	NE	Je communique seulement si la personne est très près de moi.
V	F	NE	Quand je parle, ma voix tremble, change brusquement

2. Items tirés de l'IRVN et item relatif à la satisfaction de la communication du patient et de son partenaire conversationnel

2.1. Items issus de l'Index de Réintégration à la Vie Normale (IRVN) :

7- Je participe à des activités sociales, avec de la famille, des amis et/ou des relations de travail autant que je le désire ou que cela m'est nécessaire (un équipement adapté, la surveillance et/ou l'aide de quelqu'un peuvent être nécessaires).

8- Dans le milieu familial, j'assume un rôle qui me satisfait, et qui satisfait les autres membres de ma famille (famille se rapporte aux personnes avec qui vous habitez ou à des parents avec qui vous n'habitez pas mais que vous voyez de façon régulière).

9- En général, je me sens à l'aise dans mes relations.

10- En général, je me sens à mon aise quand je suis en compagnie des autres.

2.2. Item évaluant le ressenti de la communication destiné au patient et à son partenaire :

Quelle est votre ressenti vis-à-vis de votre communication avec votre proche ?

2.3. Echelle visuelle analogique utilisée pour chaque item :



Annexe III : Questionnaire de fin d'intervention

Question 1 : Trouvez-vous que notre intervention a répondu à ses objectifs, c'est-à-dire chercher ensemble des stratégies qui vous permettraient de mieux communiquer au quotidien ?

Question 2 : Avez-vous l'impression de mieux analyser les stratégies (nouvelles ou anciennes) que vous mettez en place pour communiquer ? Pourriez-vous en citer ?

Question 3 : Avez-vous l'impression d'avoir acquis de nouvelles stratégies pour vous comprendre dans vos conversations au quotidien ? Si oui, lesquelles ?

Question 4 : Avez-vous été gênés par la présence de la caméra ? Pensez-vous que cela ait modifié votre attitude ?

Question 5 : Les situations de conversations filmées vous ont-elles paru refléter les situations de conversation de votre quotidien ? Si non, pourquoi ?

Question 6 : L'utilisation de la vidéo vous a-t-elle paru être un support de travail intéressant ou pensez-vous qu'elle n'était pas nécessaire ?

Question 7 : Le visionnage de conversations filmées vous a-t-il permis de prendre conscience de certains comportements dans votre manière de converser ? Si oui, lesquels ?

Question 8 : Que pensez-vous du choix d'une intervention à domicile ?

Question 9 : Auriez-vous préféré que cette intervention se passe dans un lieu plus neutre (cabinet d'orthophonie, hôpital...) ?

Question 10 (partenaire) : Auriez-vous été intéressée si l'orthophoniste s'occupant de la prise en charge de votre mari vous avait proposé ce travail ?

Question 10 bis (patient) : Auriez-vous été intéressé si l'orthophoniste s'occupant de votre prise en charge vous avait proposé ce travail ?

Question 11 : D'après vous à quel moment après l'accident ce type de prise en charge serait-il le plus intéressant ? (Au retour à domicile ? à 6 mois ? à 1 an ? Plus tard ?)

Question 12 : D'après vous sur quelle durée et à quelle fréquence ce type de prise en charge serait souhaitable ?

Question 13 : Pensez-vous qu'un simple entretien avec l'orthophoniste ou qu'une simple fiche de conseils aurait été suffisant ?

Question 14 : Pensez-vous que ce type d'intervention devrait être proposé plus souvent aux patients aphasiques et à un de ses partenaires conversationnels privilégiés ?

Question 15 : Pensez-vous que le choix du partenaire conversationnel était approprié ?

Question 16 : Pouvez-vous nous donner les points forts et les points faibles de cette intervention ?

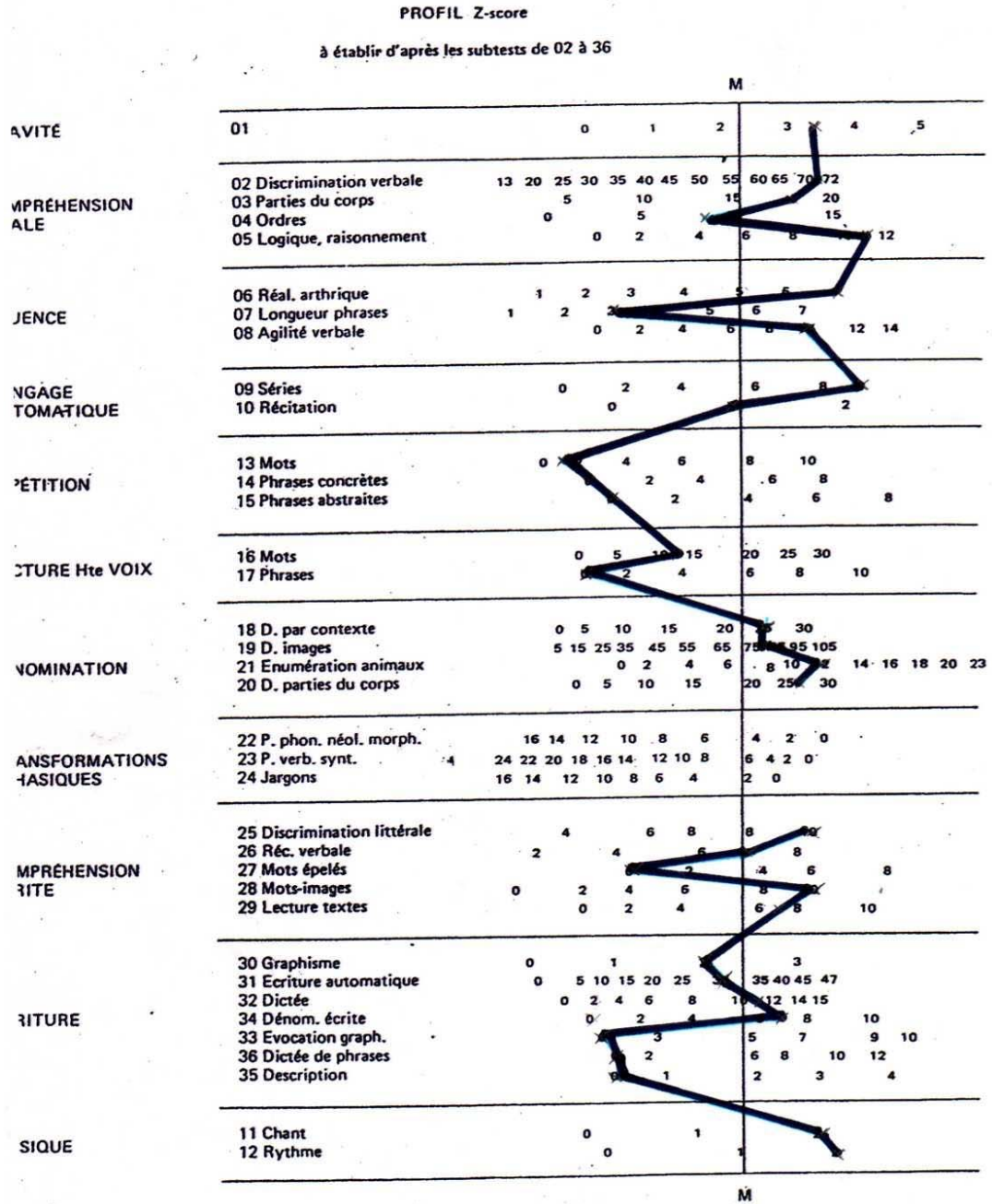
Question 17 : Etes-vous satisfaits du déroulement de cette intervention ? Pourquoi ?

Question 18 : De manière générale, pensez-vous que la communication entre vous s'est améliorée depuis le début de l'intervention ?

Question 19 : Avez-vous des remarques, des critiques, des suggestions ?

Annexe IV : Résultats de Mr et Mme R.

Profil linguistique de Mr R. (Z-score du BDAE)



Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays
Editions Scientifiques et Psychologiques, 92130 Issy - Les - Moulineaux
Dépôt légal 4e trimestre 1990

1. Tableau des scores au TLC

Items	Scores	
	Pré-tests	Post-tests
Attention et motivation à la communication	5/6	6/6
1 - Conduite de salutation	2/2	2/2
2 - Attention	2/2	2/2
3 - Investissement dans l'interaction	1/2	2/2
Communication verbale	19/30	22/30
1 - Compréhension verbale	4/4	4/4
2 - Débit	1/2	1/2
3 - Intelligibilité de la parole	1/2	1/2
4 - Informativité et pertinence du discours	9/18	12/18
▪ Niveau lexical	1/4	2/4
▪ Niveau syntaxique	1/2	1/2
▪ Niveau idéique et pragmatique	7/12	9/12
5 - Feed-back verbaux	4/4	4/4
▪ Production	2/2	2/2
▪ Compréhension	2/2	2/2
6 - Utilisation du langage écrit	OUI	OUI
Communication non verbale	17/30	23/30
1 - Compréhension des signaux non verbaux	5/5	5/5
2 - Expressivité	1/3	3/3
3 - Informativité	7/18	11/18
▪ Niveau pragmatique interactionnel	3/4	3/4
▪ Niveau lexical	4/12	8/12
▪ Niveau idéique	0/2	0/2
4 - Feed-back non verbaux	4/4	4/4
▪ Production	2/2	2/2
▪ Compréhension	2/2	2/2
5 - Utilisation du dessin	OUI	OUI
SCORE GLOBAL	64,74	78,79

2. Résultats des analyses conversationnelles

2.1. Données de l'interview de Mme R. (partie A du CAPP) et scores d'accord avec l'analyse conversationnelle

	Fréquence des troubles		Sévérité du problème		Score d'accord entre l'interview et l'analyse conversationnelle	
	pré	post	pré	post	pré	post
Habiletés linguistiques	50%	45,45%	45,45%	22,7%	72,7%	90,9%
Fait des tentatives pour trouver le mot approprié	souvent	souvent	sévère	sévère	oui	oui
Transmet le message sans le mot précis	parfois	parfois	léger	aucun	absent	absent
Utilise un mot incorrect sans se corriger	jamais	jamais			oui	oui
Mélange les sons dans un mot	souvent	souvent	léger	aucun	oui	oui
A des difficultés à énoncer un son dans un mot	jamais	parfois		sévère	non	oui
Utilise des termes génériques (lui/elle)	souvent	jamais	sévère		absent	oui
Utilise « oui » à la place de « non » et inversement	souvent	souvent	sévère	léger	oui	oui
Oublie des mots dans une phrase	souvent	souvent	sévère	aucun	oui	oui
Utilise des néologismes	jamais	jamais			oui	oui
Utilise de longues phrases peu compréhensibles	jamais	jamais			oui	oui
A des difficultés de compréhension	jamais	jamais			oui	oui
Gestion des réparations	90%	80%	50%	10%	100%	100%
Indique qu'il n'a pas compris	souvent	souvent			oui	autre contexte
Est conscient de ses erreurs	souvent	souvent			oui	oui
Essaie de corriger ses erreurs	souvent	souvent	léger	aucun	oui	oui
Parvient à se corriger	parfois	parfois	sévère	aucun	oui	oui
Parvient à être plus précis après un feedback	souvent	parfois	sévère	léger	oui	oui
Initiation et tours de parole	28,5%	28,5%	25%	28,5%	66,6%	100%
Initie les conversations	parfois	parfois	léger	léger	non évaluable	non évaluable

Omet de prendre son tour de parole	jamais	jamais			oui	oui
Laisse s'écouler un long délai avant de répondre	jamais	jamais			oui	oui
S'interrompt au milieu de la phrase	jamais	jamais			oui	oui
Coupe la parole fréquemment	parfois	jamais	aucun		absent	oui
Prend des tours de parole trop longs	souvent	parfois	sévère	sévère	oui	autre contexte
Répond le strict minimum	jamais	souvent		léger	non	oui
Gestion des thèmes	60%	50%	20%	20%	80%	80%
Introduit de nouveaux thèmes	souvent	parfois		aucun	oui	oui
Difficulté à mettre en lien avec le thème précédent	souvent	souvent	sévère	sévère	absent	absent
Arrive à maintenir un sujet	souvent	souvent			oui	oui
Parle de personnages imaginaires	jamais	jamais			oui	oui
A des sujets de prédilection	jamais	jamais			oui	oui
Scores globaux			35,1%	20,3%	77,7%	92,6%

2.2. Autres critères issus de l'analyse conversationnelle

	conversation pré-tests	conversation post-tests
durée	7 min	6 min 55s
nombre de thèmes abordés	7	8
nombre de tours de parole	152	161
nombre d'incidents conversationnels	13	14
nombre et pourcentage de tours de parole dédiés au travail de réparation	67 soit 44,1%	54 soit 33,5%
Ecart de temps de parole	40 s	21 s
Ecart entre le temps moyen/TDP	0,53 s	0,29 s
nombre de chevauchements	29	15

2.3. Pourcentages des stratégies de réparation initiées par Mme R.

	conversation pré-tests	conversation post-tests
Nombre total de stratégies relevées	32	23
Stratégies « facilitatrices »	65,6%	73,9%
incitations à passer par un autre canal	3,1%	0%
formulations d'hypothèses	37,5%	43,5%
mises en mots	25%	30,4%
Stratégies « non facilitatrices »	34,4%	26%
questions convergentes	12,5%	0%
corrections négatives	0%	0%
interruptions intempestives	21,9%	26%

3. Fiche récapitulative personnalisée destinée à Mr et Mme R.

Situations problématiques	Stratégies proposées
<p>- Doute sur la réponse oui/non</p>	<p>S'assurer de la fiabilité de la réponse en prenant notamment en compte le regard, les expressions du visage, le contexte...(ou en s'appuyant sur le cahier de communication).</p> <p>On peut aussi reformuler la question en fonction de la réponse.</p>
<p>- Blocage de la conversation</p>	<p>On peut décider d'arrêter la conversation mais il est bien d'y revenir plus tard pour éviter la frustration.</p> <p>Faire attention à bien expliquer que l'on s'arrête mais qu'on en reparlera plus tard.</p>
<p>- S'il lui arrive de mélanger les sons dans un mot</p> <p><i>Ex : « boot→foot »</i></p>	<p>Il n'est pas forcément nécessaire de le reprendre et de lui faire répéter la forme correcte si le message est passé.</p> <p>Il est possible en revanche de lui donner la forme correcte du mot ou de lui faire part de ce que l'on a compris puis d'attendre confirmation pour continuer l'échange plus aisément.</p>
<p>- Le sujet de conversation est bien connu par les deux partenaires</p>	<p>Eviter de lui poser des questions quand vous en connaissez la réponse.</p> <p>La personne aphasique doit retrouver au travers des conversations un rôle d'interlocuteur à part entière. On peut pour cela multiplier les occasions de lui proposer au quotidien des situations de communication où son avis est pris en compte.</p>
<p>- Le sujet de conversation est connu par un seul des deux partenaires</p>	<p>Il est important de cibler l'objet ou la personne référent(e) de la conversation au préalable avant de rentrer dans les détails (utilisation de tous les moyens : désigner le lieu d'habitation, passer par l'écrit, observer la direction du regard, se déplacer pour montrer l'objet...).</p>

Paramètres pour une situation de communication idéale :

- être l'un en face de l'autre (permet de prendre en compte tous les indices pour faciliter la compréhension : gestes, mouvements des lèvres, expressions faciales, regard...)
- être dans un environnement relativement calme
- avoir du temps
- avoir à disposition un papier et un crayon (+ éventuellement le cahier de communication)

Comment faciliter la communication (pour Mme) ?

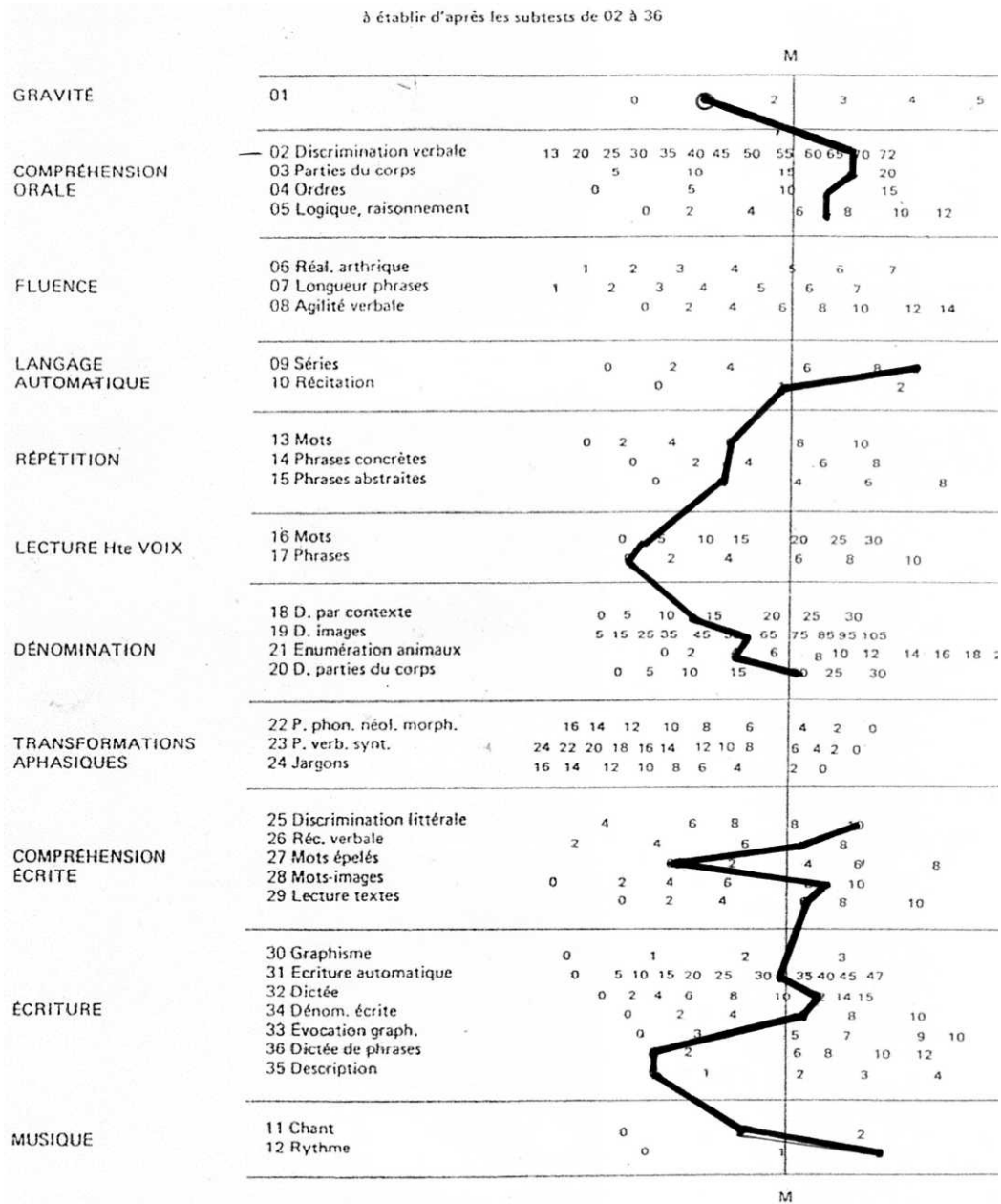
- La stratégie de reformulation déjà utilisée est très efficace pour la transmission du message : vous reprenez avec vos mots pour faire une hypothèse sur ce que vous avez compris et votre mari valide ou non en fonction de ce qu'il cherche à dire.
- Utilisation préférentielle de questions fermées, ciblées, à choix restreints.
- Partir de questions plus générales vers des questions plus précises et faire des propositions régulièrement pour bien maintenir le thème.
- Prendre en compte tous les indices que vous apporte votre mari.
- Lui donner le plus possible d'indices pour faciliter sa compréhension et lui indiquer que vous avez compris.
- Lui laisser le temps de répondre aux questions, ne pas multiplier les interrogations.
- Ne pas multiplier les thèmes, les informations.

Comment faciliter la communication (pour Mr) ?

- L'utilisation d'autres moyens de communication est très efficace : gestes, écrit, dessin, mimiques, regards.
- Utiliser de manière efficace le passage par l'écrit comme un support à la communication qui ne doit pas pour autant interrompre l'échange.
- Préserver votre rôle d'interlocuteur à part entière.
- Ne pas perdre de vue que vous êtes en capacité de faire de l'humour et parfois même de bien le comprendre.

Annexe V : Résultats de Mr et Mme D.

Profil linguistique de Mr D. (Z-score du BDAE)



Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays
 Editions Scientifiques et Psychologiques, 92130 Issy - Les - Moulinaux
 Dépôt légal 4e trimestre 1990

1. Tableau des scores au TLC

Items	Scores	
	Pré-tests	Post-tests
Attention et motivation à la communication	3/6	4/6
1 – Conduite de salutation	1/2	2/2
2 - Attention	1/2	1/2
3 - Investissement dans l'interaction	½	1/2
Communication verbale	12/30	16/30
1 - Compréhension verbale	2/4	2/4
2 - Débit	1/2	1/2
3 - Intelligibilité de la parole	1/2	1/2
4 - Informativité et pertinence du discours	6/18	8/18
▪ Niveau lexical	0/4	1/4
▪ Niveau syntaxique	0/2	0/2
▪ Niveau idéique et pragmatique	6/12	7/12
5 - Feed-back verbaux	2/4	4/4
▪ Production	0/2	2/2
▪ Compréhension	2/2	2/2
6 - Utilisation du langage écrit	OUI	OUI
Communication non verbale	6/30	19/30
1 - Compréhension des signaux non verbaux	1/5	5/5
2 - Expressivité	0/3	0/3
3 - Informativité	3/18	10/18
▪ Niveau pragmatique interactionnel	0/4	2/4
▪ Niveau lexical	3/12	8/12
▪ Niveau idéique	0/2	0/2
4 - Feed-back non verbaux	2/4	4/4
5 – Utilisation du dessin	NON	OUI
SCORE GLOBAL /100	29,68	59,87

2. Résultats des analyses conversationnelles

2.1. Données de l'interview de Mme D. (partie A du CAPPA) et scores d'accord avec l'analyse conversationnelle

	Fréquence des troubles		Sévérité du problème		Score d'accord entre l'interview et l'analyse conversationnelle	
	pré	post	pré	post	pré	post
Habiletés linguistiques	36%	45,45%	13,6%	18,2%	81,8%	72,7%
Fait des tentatives pour trouver le mot approprié	souvent	souvent	léger	aucun	oui	oui
Transmet le message sans le mot précis	jamais	jamais			oui	oui
Utilise un mot incorrect sans se corriger	souvent	souvent	aucun	aucun	absent	absent
Mélange les sons dans un mot	jamais	jamais			non	absent
A des difficultés à énoncer un son dans un mot	parfois	jamais	léger		oui	non
Utilise des termes génériques (lui/elle)	jamais	parfois		léger	oui	absent
Utilise « oui » à la place de « non » et inversement	souvent	souvent	léger	léger	oui	oui
Oublie des mots dans une phrase	parfois	souvent	aucun	léger	oui	oui
Utilise des néologismes	jamais	jamais			oui	oui
Utilise de longues phrases peu compréhensibles	jamais	jamais			oui	oui
A des difficultés de compréhension	jamais	parfois		léger	oui	oui
Gestion des réparations	70%	70%	30%	20%	80%	100%
Indique qu'il n'a pas compris	souvent	souvent			oui	oui
Est conscient de ses erreurs	souvent	souvent			Absent	autre contexte
Essaie de corriger ses erreurs	souvent	souvent			oui	autre contexte
Parvient à se corriger	parfois	parfois	sévère	léger	oui	oui
Parvient à être plus précis après un feedback	jamais	jamais	léger	léger	oui	oui
Initiation et tours de parole	57%	50%	57%	14,3%	66,6%	83,3%
Initie les conversations	parfois	parfois	léger	aucun	non évaluable	non évaluable
Omet de prendre son tour de parole	parfois	parfois	sévère	aucun	absent	oui

Laisse s'écouler un long délai avant de répondre	parfois	parfois	léger	léger	oui	oui
S'interrompt au milieu de la phrase	souvent	parfois	sévère	léger	oui	oui
Coupe la parole fréquemment	parfois	parfois	léger	aucun	absent	absent
Prend des tours de parole trop longs	jamais	jamais			oui	oui
Répond le strict minimum	souvent	souvent	léger	aucun	oui	oui
Gestion des thèmes	20%	30%	25%	10%	40%	100%
Introduit de nouveaux thèmes	parfois	parfois	léger	léger	absent	oui
Difficulté à mettre en lien avec le thème précédent	parfois	jamais	non évalué		absent	oui
Arrive à maintenir un sujet	jamais	souvent	léger	aucun	non	oui
Parle de personnages imaginaires	jamais	jamais			oui	oui
A des sujets de prédilection	jamais	jamais			oui	oui
Scores globaux			31,4%	15,6%	70,4%	85,2%

2.2. Autres critères issus de l'analyse conversationnelle

	Conversation pré-tests	Conversation post-tests
durée	9 min 15 s	7 min 55 s
nombre de thèmes abordés	5	4
nombre de tours de parole	139	119
nombre d'incidents conversationnels	10	7
nombre et % de tours de parole dédiés au travail de réparation	96 soit 69%	36 soit 30,3%
Ecart de temps de parole	83 s	89 s
Ecart entre le temps moyen/TDP	1,15 s	1,56 s
nombre de chevauchements	16	6

2.3. Pourcentages des stratégies de réparation initiées par Mme D.

	Conversation pré-tests	Conversation post-tests
Nombre total de stratégies relevées	38	25
Stratégies « facilitatrices »	31,6%	60%
incitations à passer par un autre canal	5,3%	4%
formulations d'hypothèses	7,9%	36%
mises en mots	18,4%	20%
Stratégies « non facilitatrices »	68,4%	40%
questions convergentes	21%	4%
corrections négatives	7,9%	0%
interruptions intempestives	39,5%	36%

3. Fiche récapitulative personnalisée destinée à Mr et Mme D.

Situations problématiques	Stratégies proposées
<p>- Productions envahissantes <i>Ex : « Je suis... »</i></p>	<p>Il est bien d'arrêter tout de suite sa production si vous sentez qu'il ne parviendra pas à dire autre chose. On peut lui proposer de passer par l'écrit ou lui poser des questions fermées. Il est important de prendre en compte que ces productions sont le plus souvent inadaptées au contexte.</p>
<p>- Doute sur la réponse oui/non</p>	<p>S'assurer de la fiabilité de la réponse en prenant notamment en compte le regard, les expressions du visage, le contexte...(ou en s'appuyant sur le cahier de communication). On peut aussi reformuler la question en fonction de la réponse.</p>
<p>- Blocage de la conversation</p>	<p>On peut décider d'arrêter la conversation mais il est bien d'y revenir plus tard pour éviter la frustration. Faire attention à bien expliquer que l'on s'arrête mais qu'on en reparlera plus tard.</p>
<p>- S'il pense avoir été clair mais que vous n'avez pas compris</p>	<p>Il est possible de lui dire ce qu'on a compris car il peut ne pas être conscient que ce qu'il a exprimé est différent de ce qu'il a pensé.</p>
<p>- S'il lui arrive de mélanger les sons dans un mot <i>Ex : « boot→foot »</i></p>	<p>Il n'est pas forcément nécessaire de reprendre ou de faire répéter la forme correcte si le message est passé. Il est possible de donner la forme correcte du mot ou de lui faire part de ce que l'on a compris puis d'attendre confirmation pour continuer l'échange plus aisément.</p>
<p>- S'il ne semble pas comprendre une question</p>	<p>Il est bien de reprendre la question avec des termes plus simples pour faciliter sa compréhension.</p>
<p>- Le sujet de conversation est bien connu par les deux partenaires</p>	<p>Eviter de lui poser des questions quand la réponse est déjà connue. Il est important qu'il retrouve un rôle d'interlocuteur à part entière. On peut pour cela multiplier les occasions de lui proposer au quotidien des situations de communication où son avis est pris en compte.</p>
<p>- Le sujet de conversation n'est connu que par une seule des deux personnes</p>	<p>Il est important de cibler l'objet ou la personne référent(e) de la conversation au préalable avant de rentrer dans les détails (utilisation de tous les moyens : désigner le lieu d'habitation, passer par l'écrit, observer la direction du regard, se déplacer pour montrer l'objet...).</p>

Paramètres pour une situation de communication idéale :

- être l'un en face de l'autre
- être dans un environnement relativement calme
- avoir du temps
- avoir à disposition un papier et un crayon (+ éventuellement le cahier de communication)

Comment améliorer la communication (pour Mme) ?

- Utiliser de préférence des questions fermées ou à choix restreint.
- Partir de questions plus générales vers des questions plus précises et ensuite faire des propositions pour valider ce qu'on a compris.
- Prendre en compte tous les indices que vous apporte votre mari (gestes, mimiques, regards...).
- Donner le plus possible d'indices pour faciliter sa compréhension et indiquer quand vous avez compris un message.
- Lui laisser le temps de répondre aux questions, ne pas multiplier les interrogations.
- L'encourager quand il se corrige seul.
- Parler plus lentement mais faire attention à ce que la conversation garde son caractère naturel.
- Ne pas multiplier les thèmes, les informations, les questions.

Comment améliorer la communication (pour Mr) ?

- Utiliser d'autres moyens de communication (gestes, écrit...)
- Faire attention à ce que l'écrit ne soit qu'un support à la communication, il ne doit pas pour autant interrompre l'échange.
- Préserver son rôle d'interlocuteur à part entière, essayer d'apporter de nouveaux thèmes dans la conversation, de donner son avis quand on en ressent l'envie

Annexe VI : Conventions de transcription pour les données de la conversation

Comme le précise Traverso (1999), il n'existe pas aujourd'hui de système de transcription unifié.

Afin de retranscrire les corpus de conversation des patients et de leurs interlocuteurs de manière claire et rigoureuse, nous avons choisi de traduire et d'utiliser les conventions de transcription établies par Atkinson et Heritage (1984) présentées dans les appendices du CAPPA (Lesser et coll., 1997).

Les conventions utilisées dans le manuel sont les suivantes :

[Interruption et chevauchement. Le crochet apparaît sur chacune des deux lignes
*	Point auquel le tour en cours émerge du chevauchement
(x syll.)	Nombre de syllabes inaudibles
()	Passages incertains de transcription
[]	Transcription phonétique
hhh	Expiration audible
'hhh	Inspiration audible
= =	Enoncés saisis sans intervalle
{ }	Activité non verbale
?	Hausse dans l'intonation qui n'est pas forcément une question
(.)	Micro pause
(n s)	Pause en seconde

Par ailleurs, nous avons également utilisé certaines conventions décrites par Traverso (2004) qui ne figurent pas dans le manuel notamment celles permettant de décrire les rythmes :

: Allongement d'un son. Un allongement très important est marqué par plusieurs fois deux points.

' Chute d'un son

Nous n'avons pas jugé nécessaire de retranscrire les modulations de voix et les intonations car l'étude de leurs variations ne rentre pas en compte explicitement dans notre travail. Néanmoins, nous avons conservé quelques éléments de ponctuation standards comme les points d'interrogation et d'exclamation afin de rendre compte des intentions des interlocuteurs.

Annexe VII : Corpus de Mr et Mme R.

A = transcription des propos de Mr R.

PC = transcription des propos de son partenaire conversationnel, Mme R.

- **Corpus recueilli en pré-tests**

A = euh:: pas de: ah: [eupoteuil] piscine euh:: ah ! bien pour {il fait un mouvement de la main qui descend} ah:

PC = tu te mets dans un fauteuil spécial ?

A = non non non !

PC = non

A = euh: [[poteuil] {il pointe vers l'emplacement de son fauteuil}

PC = [ton fauteuil normal

A = euh:: [putar] moi [[ééuvé]

PC = [tu te lèves

A = [prende] deux [messone] [euh::

PC = [d'accord tu viens jusqu'au bord de la piscine avec ton fauteuil parce que comme t'as pas ton attelle, et après ils sont deux hommes pour t'aider à descendre ?

A = parfait

PC = et par un escalier ? comme ça ?

A = euh non non

PC = j'sais pas comment elle est faite [la piscine

A = [euh non non euh:

PC = carrément dans l'eau ?

A = ouais

PC = du mur (.) tu t'assois [sur le mur et tu descends ?

A = [non parfait

PC = d'accord

A = [mette] euh: plus tard moi [zagé] pas de problème beaucoup diffi:cile

PC = pour desc[endre

A = [endre euh:: hhh {il fait un mouvement de la main vers le bas}

PC = et pour [remonter ?

A = [à ramener {il fait un mouvement de la main vers le haut}

PC = d'accord mais une fois dans l'eau ça va ?

A = oui

PC = oui mais: (.) dans l'eau t'as pieds ?

A = pas du tout

PC = et la frite te suffit [à te maintenir ?

A = [oui oui

PC = et tu tiens ?

A = oui

PC = (3s) et t'essayes de nager ?

A = oui! euh: beaucoup [dadlé]

PC = tu as nagé ?

A = oui

PC = tu te mets sur le ventre, t'arrives à te mettre sur le ventre ? (.) fin' nager fin:

A = oui euh: non non {il fait le geste de se retourner avec la main} euh::::: ah !

PC = tu t'mets sur le v[entre ou sur le d[os

A = [entre [o pareil

PC = et Guy te maintient ? comment ?

A = ah non non ! suis seul

PC = (2s) et ça te fait pas tomber le fait de::

A = beaucoup [défi] ah! pas du tout pareil euh:: (.) ah (.) beaucoup (2s) [lo] (.) euh:: pas du tout pareil euh: ah ! {il écrit avec son doigt sur la table}

PC = quand t'as beaucoup d'eau ?

A = non non non (.) beaucoup de::

PC = de la profondeur ?

A = [vouï] non non non (1s) pas du tout pareil euh:: [azé] en haut en bas pas du tout [pareil

PC = [sous l'eau ?

A = non non non (.) {geste} euh: beaucoup ah ! {geste} euh [agé] euh: pas de problème beaucoup de::: ah ! (3s) euh: moi suis seul (.) beaucoup ah! moi (.) {il écrit sur la table}

PC = sept

A = euh:: moi un [mitair] {il écrit}

PC = y'a quoi tu dis ?

A = ah !

PC = terre t'as dit

A = oui, terre oui [euh:

PC = [terre

A = oui [euh:

PC = [sur la terre, sur le sol ?

A = euh: {il écrit sur la table} [oui euh oui

PC = [onze t'as marqué

A = oui euh:: {il écrit « 80 »}

PC = quatre-[vingt

A = [vingt [ko] moi euh: oui ah ! {il se lève pour aller chercher un papier}

PC = {elle se lève} j'sais pas c'que tu veux dire attends j'vais chercher (.) j'comprends pas là c'que tu dis {elle pose la feuille}

A = {il écrit}

PC = quatre-vingt

A = hhh (.) kilos

PC = oui

A = terre

PC = oui

A = euh:

PC = ah tu perds des (.) oui t'es moins lourd dans [la:: de se mettre c'est plus facile

A = [oui euh: parfait

PC = ah oui d'accord

A = oui

PC = le fait d'être [dans l'eau t'as plus de facilités

A = [pas de:: (.) pas de [problème

PC = [et t'as et t'as t'as l'impression que t'arrives à flotter ?

A = parfait

PC = tu flottes ?

A = parfait [proté]

PC = donc tu nages mieux que moi (rire)

A = [poukoi] ?

PC = parce que moi je:: oui je flotte si j'avance mais si [j'avance pas j'arrive pas à flotter

A = [ah non non

PC = avec la frite ?

A = ah non non ! frite euh:

PC = oui t'as la frite

A = non non non frite euh:

PC = tu bois pas la tasse ?

A = oui pas du tout

PC = et sur l'dos tu tiens ?

A = oui

PC = et là par exemple quand tu veux te mettre sur le dos, nager sur le dos, Guy y t'aide ?

A = non non {il écrit} [bibrasse] euh: un ah ! ah ! (2s) euh (1s)

PC = tu fais la b[rasse

A = [asse (.) dos {geste avec la main de se retourner}

PC = d'accord, tu fais la brasse, de de d'un côté tu traverses hhh sur le ventre tu reviens sur le d[os

A = [o

PC = et pour te retourner ?

A = ah non non {geste} euh:

PC = tu te retournes tout seul ?

A = oui (.) non non moi droit euh: {geste}

PC = tu te remets droit contre le mur ?

A = oui !

PC = et tu r'pars ?

A = oui ! pas de problème pourquoi ?

PC = donc tu t'débrouilles [seul dans l'eau ?

A = [oui oui !

PC = ah alors c'est qu'tu vas bientôt nager

A = oui !

PC = [tch:::] ben j'en reviens pas moi (rire)

A = [euh:

PC = [et t'as pas peur maintenant, l'autre jour tu disais qu't'avais peur ?

A = oui euh une fois {geste un}

PC = la première fois ?

A = oui euh: deux fois {geste approximatif} euh:

PC = la deuxième fois ?

A = petit [peu

PC = [moins peur

A = euh:: ah ! moi crise {geste}

PC = t'as peur de faire une crise plutôt ?

A = oui

PC = et t'as pas peur de te noyer ou de:: ?

A = ah non non

PC = t'as peur de faire une crise d'accord (.) et tu restes dans l'eau combien de temps?

A = {il écrit}

PC = trente minutes ?

A = oui (.) [putar] moi {il écrit} [oui

PC = [ouai d'accord

A = euh: [putar] maintenant...

PC = et y'a d'autres gens qui nagent avec toi ?

A = oui euh: {geste}

PC = par exemple Guy y s'occupe de toi et [s'occupe

A = [non non non non

PC = non, il s'occupe pas de toi ?!

A = oui

PC = il s'occupe de toi pour te faire de[scendre et après tu t'débrouilles

A = [oui oui

PC = il est là il surveille c'est tout ?

A = oui non non

PC = même pas ? il s'occupe pas de toi ?

A = oui oui

PC = et y'a d'autres gens qui s'occupent quand même

A = oui une une[dame

PC = [la maître nageuse

A = non non non euh:

PC = une accom[pagnatrice ?

A = [voilà oui

PC = ouai ouai non mais: j'pensais pas que t'en étais là (rire) au bout du deuxième cours (rire)

• **Corpus recueilli en post-tests**

PC = par contre moi je sais pas qu'est-ce tu veux que j'te demande pour mon anniversaire?

A = moi {geste sur sa poitrine} oui bien ?

PC = ah tu voulais me demander si ça c'est bien passé ?

A = oui

PC = ah ben oui oui j'étais contente (rire)

A = euh: (.) euh: {geste symbolique de la peur} ah: pas [dontan] toi ?

PC = j'étais contente mais j'étais surprise sur le coup [donc j'étais plus émue que contente

A = [oui oui

PC = voilà

A = euh: (.) euh: peur beaucoup de monde {geste de cercle} et toi euh: ah: {geste négatif} pas bon toi peur {geste symbolique de la peur} beaucoup de monde vient pourquoi ?

PC = ben je m'inquiétais (.) je m'inquiétais

A = {il acquiesce de la tête} oui

PC = ben j'me suis pas inquiétée j'ai vite compris quand même (rire)

A = oui

PC = tu voulais savoir si j'étais inquiète ou:: (.) non j'étais un peu mal à l'aise [parce que j'avais trouvé (.) je trouvais qu'on dérangeait beaucoup de monde pour pas grand-chose

A = [parfait

ah pourquoi ?! toi {geste vers elle} [euh: pas {geste négatif} non non {il écrit « 5 » sur la table} [inkantan]

PC = [si c'est grand-chose (rire)

cinquante ans c'est important !

A = parfait

PC = d'accord (.) ben oui oui oui mais: voilà je m'y attendais tellement pas que: (.) que voilà que: j'étais trop surprise pour: sur le coup être très contente sur le coup j'étais plus émue et surprise que: (.) alors après bien sûr hier soir quand j'y repensais j'étais très contente

A = parfait

PC = et voilà oui oui mais: voilà et c'était bien d'aller marcher [aussi

A = [parfait

PC = et qu'est-ce que t'as fait toi pendant ce temps?

A = euh: moi café {geste de la tasse} [pu] tard voiture (.) voiture {geste de partir} pour préparer gâteau euh: {geste de servir} ah (.) oui café {geste de boire le café}

PC = t'es allé boire le café ?

A = oui

PC = t'as bu le café en bas au gîte ?

A = oui non non euh: {il pointe vers le bas}

PC = chez pépé ?

A = oui

PC = ah

A = oui

PC = avec qui ?

A = euh: trois euh: {geste de la barbe}

PC = avec Robert ?

A = oui [ober]

PC = et Marie-Jo ?

**A = oui euh: [putar] euh: une [fersonne] {geste 1} euh ah {geste de conduire}
[conduire**

PC = [Robert ?

A = non non

PC = Marie-Jo ?

A = non non non euh: une [pers]

PC = [Emilie

**A = non non non conduire (.) la (.) une (.) femme {geste de conduire} conduire euh:
{il prend le stylo} ah !**

PC = ma sœur ?

A = non non

PC = ma famille ?

A = oui

PC = qui t'a conduit toi ?

A = oui

PC = qui t'a remonté au gîte ?

A = oui

PC = ma sœur ?

A = non non non

PC = ma belle-sœur ?

A = parfait

PC = ah ! Isa[belle

A = [belle

PC = ah

A = [putar] partir pour euh: gâteau {geste de servir} pour euh: {gestes de couper}

PC = ah donc vous êtes montés au gîte avec Isabelle ?

A = oui gâteaux {geste de couper}

PC = et vous avez coupé les gâteaux [préparer la table d'accord

A = [oui

PC = et y'avait qui au gîte ?

A = euh:

PC = y'avait Isa[belle

A = [belle

PC = Pépé ?

A = oui Pépé: euh: dame {geste de renifler avec doigt sous le nez}

PC = ma sœur qui était malade

A = oui

PC = d'accord

A = oui

PC = c'est tout ?

A = oui

PC = ah oui y'avait que vous [y'avait ma sœur mon père et: Isabelle

A = [oui

{geste de 2} [dom] {montre son nez}

PC = ah oui ma sœur qui était enrhumée et son mari ?

A = oui

PC = d'accord ouais ouais (.) et là vous avez trouvé le temps long c'était long ?

A = non non non pas ah: trois quatre cinq minutes {gestes de 5 avec la main puis geste d'arriver}

PC = on est arrivé ?

A = oui

PC = ah mais vous êtes restés longtemps chez Pépé

A = ah oui oui

PC = ah oui (.) et vous êtes restés chez Pépé tous les quatre ?

A = parfait

PC = y'avait Robert Marie-Jo Pépé et toi ?

A = euh: de: {il prend le stylo}

PC = et Isabelle

A = parfait

PC = ah d'accord (.) donc vous êtes restés un grand temps tous ensemble (.) et pourquoi Isabelle est pas venue marcher ?

A = euh: conduire

PC = ah ! pour vous monter

A = oui:

PC = ben y'avait Marie-Jo et elle savait [pas ?

A = [non non non euh: pas du: {il prend le stylo}

euh: une beaucoup [décuté] {il pointe en haut} plus [oin] euh: (4s)

PC = qui ça ?

A = ah: euh: une un [meusseau] dame {il écrit} euh:

PC = ma sœur ?

A = oui beaucoup discuté {il pointe en haut} en haut

PC = au c[ol] ?

A = [ol oui

PC = ah ils étaient restés là-haut

A = oui oui

PC = parce que t'es descendu avec qui chez Pépé ?

A = euh: une un ah: {il prend le stylo} ah euh: [lom]

PC = avec un homme ?

A = non non non euh: la [li] femme

PC = avec Isabelle ?

A = oui

PC = ah oui Isabelle était au col t'es descendu avec elle d'accord (.) c'est [elle qui t'a descendu parce que y'a: (.) d'accord elle a descendu [Pépé et toi parce que Marie-Jo restait à discuter

A =

[parfait

[parfait

PC = ah: d'accord voilà (.) et après donc elle était là donc elle a pas pu marcher

A = parfait

PC = et ça l'ennuyait qu'elle marche pas ?

A = euh: {il hausse les épaules}

PC = t'en sais rien hein ?

A = oui

PC = elle en a pas parlé ?

A = oui

PC = parce que c'est vrai comme Marie-Jo était malade et qu'elle marchait pas ça aurait été bien que se soit elle qui s'en occupe

A = {il hausse les épaules}

PC = non (.) ben écoute ça va (.) et on est arrivé rapidement là-bas (.) d'accord et t'étais au courant toi depuis le départ ?

A = oui oui

PC = de c'qu'il se passait ?

A = oui

PC = (rire) ah ouais (.) non moi j'me suis aperçue de rien (.) non non vraiment hein (.) c'est bien (.) voilà et t'avais monté le champagne aussi c'est ça ?

A = parfait (.) oui

PC = d'accord (.) et t'as convenu avec Emilie de lui: (.) de payer la salle ou pas [j'ai pas compris ça

A =

[non

non non ah: euh: [putar]

PC = tu lui en as parlé ou pas ?

A = euh: ah: [pu] ah: viens maison

PC = elle est venue à la maison ?

A = non non

PC = quand elle viendra ?

A = oui (.) oui (.) [cricutéral]

PC = mais avant t'en as pas parlé ?

A = oui

PC = tu savais qu'elle louait une salle ?

A = oui

PC = donc en fin de compte (.) t'avais jamais convenu quoi que se soit avec elle (.) au sujet de la salle ?

A = euh:

PC = un peu ?

A = oui euh: pas de problème

PC = vous en avez parlé un peu ?

A = oui

PC = et t'as dit on en reparlera après ?

A = oui

PC = d'accord (.) d'accord d'accord donc elle sait que tu risques de payer la salle (.) bon et ben c'est bien j'ai tout su

Annexe VIII : Corpus de Mr et Mme D.

- **Corpus recueilli en pré-tests**

PC = alors, qu'est ce que l'on fait cette après-midi ?

A = **hmmm [che] suis a: [protan] le tram [oui**

PC = [oui on va prendre le tram

A = **et: [l]**

PC = [le bus

A = **[et:**

PC = [pour aller à l'enterrement de Maurice

A = **oui**

PC = à quelle heure ?

A = **quatre heures trente**

PC = quatorze heures trente, oui. Il faudra bien s'habiller.

A = **non ! {acquiescement de la tête}**

PC = ah ben si

A = **ah mais [na]**

PC = parce qu'il fait pas chaud !

A = **non {acquiescement de la tête + rire}**

PC = et non il fait pas chaud, bon (.) mais il faudra partir (.) [tôt

A = [tôt (2s) [l:] (5s)

PC = à quelle heure ?

A = **(8s) euh:**

PC = montre avec ton doigt

A = **hein ?**

PC = montre avec ton doigt !

A = **{il essaie de marquer l'heure avec sa main gauche en faisant 3 fois 5 avec ses doigts et là-dessus son épouse lui replie 2 doigts}**

PC = et demi ?

A = **oui euh:**

PC = à peu près ?

A = **oui**

PC = parce que je sais pas tous les combien y'en a

A = **ah ! oui (4s)**

PC = et puis pour revenir on reviendra [p'être... avec les V.

A = [ah

PC = peut-être, sinon on reviendra [comme d'habitude

A = [non

PC = et puis (2s) qu'est-ce que je voulais dire, et demain?

A = **h::: [l:] {tentative de geste} le (9s) matin je suis au [production inintelligible]**

PC = [j' fais du vélo, et puis ?
A = et: (2s) à [kleur] je suis à: je suis: le {écrit sur la table avec son doigt}
PC = quinze heures quarante-cinq ?
A = non {écrit à nouveau sur la table} [l:] {il lui montre la table avec le regard}
PC = le vendredi ?
A = non (3s)
PC = neuf heures trente
A = non {il soupire}
PC = dix heures moins vingt
A = hein ?
PC = dix heures moins vingt ?
A = oui [euh:
PC = [tu vas chez Olivier et Pierre
A = oui euh: (2s) [je suis
PC = [qui est-ce qui vient ? (.) qui est-ce qui vient ?
A = oui [dézadi]
PC = oui
A = [fotine é zone]
PC = oui, elles viennent manger hein ?
A = hum {acquiescement}
PC = et puis, l'après-midi ?
A = [aloro] (3s) [l:] (12s) [l:] [l:] [l:] [carl]
PC = hum {acquiescement de la tête}, on joue aux cartes
A = oui, mais:
PC = avec ?
A = [pépi é mami]
PC = et oui !
A = mai: (4s) la: (3s) les
PC = les filles ?
A = non ! {il essaie d'écrire sur la table}
PC = Nathalie ?
A = non! [amésou] {geste} le:
PC = demain ?
A = hein ?
PC = demain
A = oui, oui
PC = on a à faire quelque chose à la maison demain ?
A = {il pointe avec son pouce derrière lui}
PC = chez le kiné ? au marché ?
A = non mais {il pointe à nouveau derrière lui et écrit sur la table avec son doigt}
PC = ben, tu m'as écrits « pas » ? tu m'as écrit « pas » ? Non ?

A = non mais je suis {pointe à nouveau derrière} [l:] [l:] la la télévision

PC = ah::: il y a::

A = hein ?

PC = il y a::

A = [ppp[pp]

PC = [le match ?

A = oui

PC = qui ?

A = [h: {geste}

PC = [ah mais je crois ce soir aussi ?

A = oui non oui [oui

PC = [et demain

A = oui {acquiescement de la tête}

PC = mais c'est tout le monde demain ? tous les matchs ? y'en a pas un, j'crois que ça va être tous

A = non {fait 2 avec la main}

PC = j'crois que ça va être tous les [matches

A = [non

PC = des résultats, enfin des morceaux de tous les matchs

A = non

PC = non ?

A = [l:]

PC = Lyon ?

A = non

PC = Marseille ?

A = non

PC = Tu sais pas ?

A = euh (11s)

PC = mais c'est à dix-sept heures je crois ?

A = oui

PC = dix-sept heures

A = oui oui

PC = mais j'crois bien que c'est un morceau de tous les matchs

A = non

PC = {elle se lève et va chercher le programme télévisé} alors ce soir, c'est à vingt heures cinquante et c'est la coupe de la ligue

A = oui mais {il montre quelque chose sur le programme télévisé}

PC = non mais c'est ce soir ça, ce soir ! seizième de final {elle le lui montre sur le programme et elle lit} les seizième de final de la quinzième édition de la coupe de la ligue, dix-huit des vingt clubs de ligue 1 entrent en liste (.) Lyon-Bordeaux ça sera ce soir

A = ah oui {il essaye de tourner la page pour voir le programme du lendemain}

PC = attends {elle continue à lire} et demain ? {ils tournent la page} attends laisse moi voir (.) laisse moi voir !

A = non mais {il pointe le programme}

PC = non (.) c'est là {elle lui montre une autre page et lit} (.) à chaque région son match

A = mais la: {en pointant un autre endroit de la page}

PC = tu vois (.) mais c'est à 20h (.) à vingt heures cinquante [pareil

A = [non mais

PC = et tu vois (.) à chaque région son [match et à dix-sept heures des « Chiffres et des lettres »

A = [non hmmm:

PC = à dix-sept heures « En quête de preuves », et sur canal ? Non

A = non !

PC = et si, y'a encore des matchs là (.) « En quête de preuves » (.) {elle pousse sa main} oh non t'as raison j'crois que c'est pas ça

A = oui [ba]

PC = non non y'a pas l'après-midi (.) {il s'éloigne de la table et rit} j'te dis qu'y'a pas l'après-midi, sois pas têtu

A = mais: si !

PC = non non (6s) et c'est pas sur canal non plus

A = {il pointe le journal télé} [là

PC = [ben écoute, lis tu m'diras après {elle lui tend le journal}

A = ah mais: {geste de recul}

PC = lis tu m'diras après (.) non mais y'a pas, y'a pas [l'après midi regarde {elle lui montre l'horaire sur le journal} regarde sur la 2 !

A = [non {il pointe quelque chose sur le journal}

PC = « En quête de preuves » ben tu vois en-dessous ce qu'il y'a d'écrit

A = mais {geste}

PC = ah mais tu crois que y'aura quand même quelque chose à dix-sept heures ? ben j'en suis pas sûre tiens !

A = ah ben !

PC = on verra (.) on parie {elle lui tend la main et ils se tapent dans la main} (.) alors attention, celui qui gagne c'est pas bien (.) bon

• **Corpus recueilli en post-tests**

A = alors hmm: (5s) [post] hmm (6s)

PC = de quoi tu veux me parler ?

A = hmm:

PC = aujourd'hui ?

A = oui

PC = et bien aujourd'hui, quand les filles vont [partir

A = [oui (.) et: je suis

PC = on [va (2s) prendre [le tram

A = [va [[etram] a:

PC = midi moins quart (.) midi moins dix

A = hein ?

PC = midi moins quart midi moins dix

A = ah (3s) et

PC = on va le prendre où (.) Fourneyron ?

A = oui

PC = ou à Fauriel ?

A = {il fait la moue avec sa bouche et hoche la tête de gauche à droite}

PC = Fourneyron ?

A = oui (2s) et: (5s) le: (7s) {il touche la feuille devant lui}

PC = et on va descendre à Marengo ? on va descendre à Marengo ?

A = oui {il écrit quelque chose sur la feuille devant lui}

PC = qu'est-ce que tu me fais ? (2s) un tram ?

A = oui

PC = hmmm (8s) on va descendre à Marengo ?

A = oui et puis euh: (7s)

PC = on emmène Mimi ?

A = oui

PC = bon

A = et puis: (5s)

PC = on va rejoindre euh: (.) on (.) on va rejoindre (1s) Rita

A = oui

PC = et puis ?

A = (4s) euh: [zosia]

PC = Josette

A = euh: oui [é::

PC = [c'est tout

A = ah

PC = on va chez les M.

A = oui (.) à le:

PC = de quoi ?

A = hum:: {il hoche la tête} et:

PC = le soir on essayera de revenir pas trop tard ?

A = oui

PC = pour regarder, l'intronisation d'Obama (.) moi j'aimerais bien regarder (.) et toi ?

A = non

PC = t'as pas envie de regarder ça ?

A = si si mai:

PC = ah ben oui mais bon (.) à moins qu'on joue aux cartes

A = oui mais (3s)

PC = et puis (.) ils peuvent regarder aussi

A = oui

PC = on peut regarder tous en cœur !

A = ah !

PC = non ? (4s) et pourquoi t'as pas ouvert à ta sœur ce matin ?

A = é: (3s)

PC = alors moi je l'ai trouvée en bas (.) j'ai discuté en bas avec elle (.) elle m'a demandé comment t'allais (.) elle viendra jeudi

A = matin ?

PC = oui jeudi matin (.) et puis bichette ça m'a fait rire et ça m'a fait de la peine parce que là elles sont en train de trier euh: les affaires de Simone si tu veux (.) et elle a réclamé pour moi (.) chez Simone (.) une salière (.) et c'est un coq et une poule (.) comme j'aime bien les coqs et les poules (.) un coq et une poule pour moi. Et puis elle m'a dit qu'elle allait voir euh: (.) que ses belles-sœurs (.) enfin que Danièle et: (.) Danièle et: ses frères oui étaient allés voir le chirurgien et: le cardiologue (.) et ils lui ont dit bon que c'était: bouché tout ça qu'elle allait faire un infarctus à plus ou moins long terme si tu veux mais par contre elles sont en colère parce que le chirurgien avait que vingt-huit ans

A = ah

PC = et donc elles trouvent qu'il manquait d'expérience

A = {il lève les yeux au ciel}

PC = alors moi je lui ai dit mais attendez (.) qu'il manque d'expérience ou pas il avait son diplôme

A = oui oui oui

PC = non ?

A = ah oui

PC = c'est bien clair qu'un beau jour il faut qu'il commence

A = ah {il lève les épaules}

PC = non ?

A = ah oui

PC = t'es pas d'accord toi ?

A = ah oui

PC = donc voilà (.) mais elle avait pas bien le moral et il paraît que Danièle elle va pas bien

A = oh

PC = ah ben: il faut vider l'appartement il faut: (2s) c'est pas simple

A = {il soupire et baisse la tête}

PC = alors comment tu comprends ça ? le fait qu'il ait que vingt-huit ans tu trouves que c'était: c'était pas bien ?

A = ah oui

PC = t'aurais préféré qu'il soit plus âgé toi aussi ?

A = oui ah oui

PC = non mais attends mais si on leur laisse [rien faire

A = [ah mai:

PC = toi tu trouves que c'était pas bien le fait de:

A = ah ben: {il fait un geste négatif de la main}

PC = le fait [qu'on opère un cas comme ça à vingt-huit ans, tu le trouves trop jeune ?

A = [ah non non {mimique faciale de scepticisme}

PC = manque d'expérience ?

A = oui

PC = ah non moi j'suis pas d'accord non

A = et ben: {mimique d'agacement}

PC = moi j'pense que s'il a eu son diplôme c'est qu'il était capable

A = ah ! {il rit}

PC = voilà et d'autre part je pense que si elle est allée à l'hôpital et si on l'a opérée et ben: c'est qu'on pouvait pas mieux faire hein

A = ah oui [é:

PC = [on pouvait pas la laisser comme elle était (2s) parce que dans dix (.) quinze jours (.) un mois elle aurait peut être fait un infarctus

A = ah oui oui {il acquiesce}

PC = au volant de sa voiture elle en aurait peut-être tué combien ?

A = la:

PC = comme elle aurait pu faire dans son lit note bien l'infarctus

A = le: (2s) ah: (3s)

PC = l'appartement ?

A = non (4s)

PC = Danièle quand elle part ?

A = non (3s)

PC = de qui tu m'parles là ? de Simone ?

A = oui ah: {il la regarde avec insistance}

PC = soixante-douze ans elle avait

A = mai:

PC = c'est ce que tu voulais savoir ?

A = {il la regarde}

PC = écris le là-dessus peut-être oui {elle lui montre la feuille}

A = {il écrit}

PC = à nord ?

A = {il lève les yeux subitement et la regarde}

PC = et ben oui c'est le docteur de nord qui avait que vingt-huit ans

A = {il l'interroge du regard}

PC = c'est le chirurgien de nord qui avait que vingt-huit ans mais le cardiologue qu'elle est allée voir c'est un nouveau parce que le sien il était décédé

A = ah ouais

PC = c'était un nouveau, un nouveau peut-être âgé j'sais pas (.) mais un qu'elle voyait pour la première fois (9s) d'accord ?

A = oui

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des Tableaux

<u>Tableau 1</u> : Comportements communicatifs adaptatifs utilisés par les patients et par leurs partenaires (issu de Le Dorze et Brassard, 1995, pp.248-249).....	20
<u>Tableau 2</u> : Indicateurs de problèmes conversationnels adaptés de Watson et coll. (1999, pp. 216-217).....	verso p.22
<u>Tableau 3</u> : Catégorisation des différents types de réparations adaptée de Watson et coll. (1999, pp. 218).....	verso p.22
<u>Tableau 4</u> : Exemples des différentes stratégies de réparation (De Partz, 2007)	23
<u>Tableau 5</u> : Exemple de question tirée de la partie A de l'interview du CAPPA (Whitworth et coll., 1997).....	35
<u>Tableau 6</u> : Données sélectionnées dans la section "Habilités linguistiques" de l'interview de Mme R.	46
<u>Tableau 7</u> : Données sélectionnées dans la section "Gestion des réparations" de l'interview de Mme R.	46
<u>Tableau 8</u> : Données sélectionnées dans la section "Initiation et tours de parole" de l'interview de Mme R.	47
<u>Tableau 9</u> : Données sélectionnées dans la section "Gestion des thèmes" de l'interview de Mr R.	47
<u>Tableau 10</u> : Fréquence d'apparition des différents types de stratégies initiées par Mme R. en conversation pré-thérapeutique	47
<u>Tableau 11</u> : Données sélectionnées dans la section "Habilités linguistiques" de l'interview de Mme D.	51
<u>Tableau 12</u> : Données sélectionnées dans la section "Gestion des réparations" de l'interview de Mme D.	51
<u>Tableau 13</u> : Données sélectionnées dans la section "Initiation et tours de parole" de l'interview de Mme D.	52

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Tableau 14</u> : Données sélectionnées dans la section "Gestion des thèmes" de l'interview de Mme D.	52
<u>Tableau 15</u> : Fréquences d'apparition des différents types de stratégies initiées par Mme D. en conversation pré-thérapeutique.....	52
<u>Tableau 16</u> : Nombre et types de canaux de communication utilisés pré et post-tests	55
<u>Tableau 17</u> : Evaluation du ressenti des partenaires conversationnels de la communication avec leur proche aphasique.....	verso p.56
<u>Tableau 18</u> : Récapitulatifs des résultats de Mr R. et Mr D. aux échelles de qualité de vie.....	57
<u>Tableau 19</u> : Données tirées des questionnaires administrés aux couples en fin d'intervention.....	58

2. Liste des Figures

<u>Figure 1</u> : Scores de Mr R. au TLC en pré et post-thérapie.....	verso p.54
<u>Figure 2</u> : Scores de Mr D. au TLC en pré et post-thérapie.....	verso p.54
<u>Figure 3</u> : Pourcentages d'accord entre les données de l'interview du PCP et de l'analyse conversationnelle en pré et post-thérapie.....	verso p.54
<u>Figure 4</u> : Pourcentages de tours de parole dédiés au travail de réparation en pré et post-thérapie.....	verso p.55
<u>Figure 5</u> : Pourcentages des stratégies de communication initiées par le partenaire dans les conversations pré et post-thérapeutiques.....	verso p.55
<u>Figure 6</u> : Ecart pré et post-thérapeutiques entre les temps moyens / tour de parole du patient et de son partenaire.....	verso p.55
<u>Figure 7</u> : Nombre de chevauchements observés dans les conversations pré et post-thérapeutiques	56
<u>Figure 8</u> : Evaluation de la gêne rencontrée en conversation par le partenaire conversationnel.....	verso p.56

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1. Secteur Santé :	2
1.2. Secteur Sciences :	2
1.3. Secteur Sciences et Technologies :	3
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation.....	4
FORMATION ORTHOPHONIE	4
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. Les troubles de la communication de la personne aphasique.....	11
1. L’aphasie	11
2. Généralités sur la communication	11
3. La communication de la personne aphasique.....	12
3.1. La communication verbale.....	12
3.2. La communication para-verbale.....	13
3.3. La communication non-verbale	13
II. La prise en charge de la communication de la personne aphasique.....	13
1. Les approches issues de la neuropsychologie	14
2. Les approches pragmatiques et fonctionnelles	14
3. Les approches sociales	15
3.1. Les travaux anglo-saxons.....	15
3.1.1. Les travaux d’Aura Kagan.....	16
3.1.2. Les travaux de John G. Lyon.....	17
3.2. Les travaux français	18
III. Un support privilégié pour une approche sociale : la conversation	18
1. L’importance de la conversation entre la personne aphasique et son entourage au quotidien.....	18
1.1. Les répercussions sociales et familiales de l’aphasie.....	18
1.2. La plainte et l’adaptation des proches et du patient aphasique aux déficits langagiers	19
2. Analyse conversationnelle et aphasie	21
2.1. Généralités sur la conversation	21
2.2. L’effort collaboratif minimal	21
2.3. L’analyse conversationnelle.....	22
2.3.1. L’ouverture et la clôture de l’échange	22
2.3.2. La conduite du récit	22
2.3.3. L’alternance des tours de parole	22
2.3.4. Les réparations.....	23
3. Exemples de prises en charge à partir d’analyse conversationnelle	24
3.1. L’étude de Lesser et Algar (1995)	24
3.2. L’étude de Booth et Perkins (1999)	25
3.3. L’étude de Simmons-Mackie, Kearns et Potechin (2005)	25

TABLE DES MATIERES

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	26
I. Problématique	27
II. Hypothèses	27
1. Hypothèse générale	27
2. Hypothèses secondaires.....	28
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. Population	30
1. Les personnes aphasiques.....	30
1.1. Critères d'inclusion	30
1.2. Critères d'exclusion	30
2. Les partenaires conversationnels.....	30
2.1. Critères d'inclusion	30
2.2. Critères d'exclusion	31
II. Protocole expérimental	31
1. L'entrevue initiale	31
2. Présentation des outils de mesure du bilan initial	32
2.1. Réalisation d'un profil linguistique.....	32
2.2. Evaluation de la communication : présentation du Test Lillois de Communication (TLC)	32
2.3. Analyse de la dynamique conversationnelle : présentation du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA)	32
2.3.1. Description.....	33
a. L'interview (Parties A et B)	33
b. L'analyse conversationnelle (Partie C).....	36
2.3.2. Objectifs et analyse des données du CAPPA.....	37
2.4. Autres critères étudiés à partir de l'analyse conversationnelle :	38
2.5. Evaluation de la qualité de vie	39
3. Déroulement de l'intervention.....	39
4. Bilan final.....	41
PRESENTATION DES RESULTATS.....	42
I. Présentation des couples interactionnels.....	43
1. Présentation de Mr R. et de son partenaire conversationnel.....	43
1.1. Profil linguistique (BDAE)	43
1.2. Profil communicationnel (TLC).....	44
1.2.1. Attention et motivation	44
1.2.2. Communication verbale.....	44
1.2.3. Communication non verbale.....	44
1.3. Profil conversationnel (CAPPA).....	45
1.3.1. Habilités linguistiques.....	46
1.3.2. Réparations	46
1.3.3. Initiation et tours de parole.....	47
1.3.4. Gestion des thèmes	47
1.3.5. Analyse des stratégies de réparations initiées par Mme R.....	47
2. Présentation de Mr D. et son partenaire conversationnel	48
2.1. Présentation du couple	48
2.2. Profil linguistique (BDAE)	48

TABLE DES MATIERES

2.3.	Profil communicationnel (TLC).....	49
2.3.1.	Attention et motivation.....	49
2.3.2.	Communication verbale.....	49
2.3.3.	Communication non verbale.....	50
2.4.	Profil conversationnel (CAPPA).....	50
2.4.1.	Habilités linguistiques.....	51
2.4.2.	Réparations.....	51
2.4.3.	Initiation et tours de parole.....	52
2.4.4.	Gestion des thèmes.....	52
2.4.5.	Analyse des stratégies de réparations initiées par Mme D.	52
II.	Description de l'intervention.....	53
1.	La prise en charge de Mr R.	53
2.	La prise en charge de Mr D.	54
III.	Comparaison des résultats obtenus en pré et post-thérapie.....	54
1.	Résultats relatifs à la communication du patient et de son partenaire.....	54
1.1.	La communication du patient.....	54
1.1.1.	Résultats au Test Lillois de Communication (TLC).....	54
1.1.2.	Nombre et types de canaux de communication utilisés.....	54
1.2.	Perception des habiletés conversationnelles du patient.....	54
1.3.	La gestion de la conversation.....	55
1.3.1.	La gestion des réparations.....	55
1.3.2.	Répartition du temps de parole (TDP).....	55
1.3.3.	Les chevauchements.....	55
2.	Résultats relatifs à la qualité de vie.....	57
2.1.	Echelles de qualité de vie administrées aux patients.....	57
2.2.	Ressenti de la communication par les partenaires conversationnels.....	57
3.	Résultats relatifs à la mise en place de ce type d'intervention.....	58
	DISCUSSION DES RESULTATS.....	59
I.	Interprétation des résultats et mise en lien avec la littérature.....	60
1.	Hypothèse d'une amélioration de la communication entre le patient et son partenaire conversationnel.....	60
1.1.	Effet de l'intervention sur la communication du patient.....	60
1.2.	Effet de l'intervention sur la perception du partenaire des habiletés conversationnelles actuelles de son proche.....	60
1.3.	Effet de l'intervention sur la gestion de la conversation.....	61
1.3.1.	Hypothèse d'une amélioration de la gestion des réparations.....	61
1.3.2.	Hypothèse d'une diminution de l'écart entre les temps de parole.....	61
1.3.3.	Hypothèse d'une diminution du nombre de chevauchements.....	62
1.4.	Validation de l'hypothèse générale.....	62
2.	Hypothèse d'une amélioration de la qualité de vie du patient et de son partenaire.....	62
2.1.	Le patient.....	62
2.1.1.	Effet de l'intervention sur les « aptitudes à communiquer ».....	62
2.1.2.	Effet de l'intervention sur les relations sociales du patient.....	63
2.2.	Le partenaire conversationnel.....	63
2.3.	Validation de l'hypothèse secondaire.....	63
II.	Critiques et limites inhérentes au protocole expérimental.....	64
1.	Les outils d'évaluation.....	64
1.1.	Le TLC.....	64

TABLE DES MATIERES

1.2.	Le CAPPA : avantages et limites.....	64
1.2.1.	Partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles.....	64
1.2.2.	Partie B : Les changements par rapport aux conversations antérieures.....	65
1.2.3.	Partie C : l'analyse conversationnelle.....	65
1.3.	Les échelles de qualité de vie.....	66
2.	La population.....	67
2.1.	Le nombre de patients.....	67
2.2.	Les variables inter-individuelles.....	67
2.2.1.	L'ancienneté de l'aphasie.....	67
2.2.2.	La sémiologie des troubles.....	68
2.2.3.	Le profil communicationnel pré-morbide du patient.....	68
2.3.	Le partenaire conversationnel.....	68
3.	Le déroulement de l'intervention.....	69
4.	L'utilisation de l'analyse conversationnelle comme mesure de changement.....	69
III.	Réflexion sur l'approche sociale en aphasiologie.....	70
IV.	Apports personnels et professionnels.....	72
V.	Perspectives et faisabilité.....	72
	CONCLUSION.....	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	75
	ANNEXES.....	78
	Annexe I : Extraits du profil récapitulatif du Conversation Analysis Profil for People with Aphasia (CAPPA).....	79
1.	Extrait de la partie A.....	79
2.	Extrait de la partie B.....	80
3.	Résumé des données de l'interview et de l'analyse conversationnelle.....	81
3.1.	Résumé de l'accord global entre les données du Partenaire Conversationnel Privilégié (PCP) (partie A) et l'Analyse Conversationnelle (AC) (partie C).....	81
3.2.	Changements dans les styles et les occasions d'interactions depuis la période pré-morbide.....	82
	Annexe II : Echelles de qualité de vie.....	83
1.	Items tirés de la SIP-65.....	83
2.	Items tirés de l'IRVN et item relatif à la satisfaction de la communication du patient et de son partenaire conversationnel.....	84
2.1.	Items issus de l'Index de Réintégration à la Vie Normale (IRVN) :.....	84
2.2.	Item évaluant le ressenti de la communication destiné au patient et à son partenaire.....	84
2.3.	Echelle visuelle analogique utilisée pour chaque item :.....	85
	Annexe III : Questionnaire de fin d'intervention.....	86
	Annexe IV : Résultats de Mr et Mme R.	87
	Profil linguistique de Mr R. (Z-score du BDAE).....	87
1.	Tableau des scores au TLC.....	88
2.	Résultats des analyses conversationnelles.....	89
2.1.	Données de l'interview de Mme R. (partie A du CAPPA) et scores d'accord avec l'analyse conversationnelle.....	89
2.2.	Autres critères issus de l'analyse conversationnelle.....	90

TABLE DES MATIERES

2.3.	Pourcentages des stratégies de réparation initiées par Mme R.	90
3.	Fiche récapitulative personnalisée destinée à Mr et Mme R.	91
Annexe V : Résultats de Mr et Mme D.		93
Profil linguistique de Mr D. (Z-score du BDAE).....		93
1.	Tableau des scores au TLC	94
2.	Résultats des analyses conversationnelles.....	95
2.1.	Données de l'interview de Mme D. (partie A du CAPPA) et scores d'accord avec l'analyse conversationnelle	95
2.2.	Autres critères issus de l'analyse conversationnelle	96
2.3.	Pourcentages des stratégies de réparation initiées par Mme D.	96
3.	Fiche récapitulative personnalisée destinée à Mr et Mme D.	97
Annexe VI : Conventions de transcription pour les données de la conversation.....		99
Annexe VII : Corpus de Mr et Mme R.		100
Annexe VIII : Corpus de Mr et Mme D.		109
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		116
1.	Liste des Tableaux.....	116
2.	Liste des Figures.....	117
TABLE DES MATIERES		118

Juliette Cosnier & Aurélie Driot

**PRISE EN CHARGE DE LA COMMUNICATION A PARTIR D'ANALYSES
CONVERSATIONNELLES : Etude préliminaire concernant deux personnes
aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié**

122 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2009

RESUME

La survenue de l'aphasie altère les processus langagiers et communicatifs du patient et remanie considérablement ses interactions avec son entourage. Depuis une quinzaine d'années, les approches sociales ont élargi la prise en charge de ces troubles en se centrant sur l'environnement et les proches du patient. L'analyse conversationnelle s'inscrit dans cette dynamique rééducative en proposant d'observer les déficits causés par l'aphasie dans des situations naturelles d'échanges.

Cette étude préliminaire consiste à prendre en charge la communication de deux personnes aphasiques et de leur partenaire privilégié à partir de l'analyse de leurs conversations, en faisant l'hypothèse d'une amélioration de leur communication et, secondairement, de leur qualité de vie. Le protocole mis en place comporte la passation de pré et post-tests, entre lesquels sept séances sont dédiées à la rééducation. Cette intervention repose sur des conversations filmées entre le patient et son partenaire. Elle consiste à observer avec eux leurs stratégies de communication, en revalorisant les plus efficaces et, en tentant de trouver ensemble de nouvelles stratégies leur permettant de faire face aux différents problèmes rencontrés au quotidien. Les résultats obtenus sont notables : les aptitudes communicationnelles des patients sont améliorées et la gestion de la conversation par les couples interactionnels est plus efficace. Les résultats quantitatifs concernant leur qualité de vie ne permettent pas de conclure à une amélioration de cette dernière mais le retour des couples sur cette intervention est très positif.

Malgré la nécessité d'études complémentaires, ce travail permet de penser que l'analyse conversationnelle est un outil prometteur pour la pratique orthophonique.

MOTS-CLES

Aphasie, Rééducation, Communication, Analyse conversationnelle, Environnement social, Vidéo, Qualité de vie

MEMBRES DU JURY

Emmanuelle Aujogues

Valérie Ferrero

Anne Peillon

MAITRE DE MEMOIRE

Bruno Fernandez

DATE DE SOUTENANCE

2 Juillet 2009
