



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 2213

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

AZOULAY Laure

Etat des lieux de la connaissance des processus de réparation du discours en tant que support de thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique par les orthophonistes

Mémoire dirigé par

ICHE Aurélie

LEFEBVRE Sophie

Année académique

2021-2022

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Jacques LUAUTÉ

Equipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique
Claire GENTIL
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU-KNINDICK

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. BURILLON Carole

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr LUAUTÉ Jacques**

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-
Christophe**

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

L'aphasie survient le plus fréquemment des suites d'un accident vasculaire cérébral et constitue un bouleversement dans le quotidien du sujet qui en souffre pour son entourage. L'affaiblissement des capacités de communication représente un handicap majeur partagé par le patient et son partenaire de communication. La communication peut être mise à mal de différentes manières selon les modules langagiers atteints, le degré de sévérité ou la localisation de la lésion cérébrale. Les thérapies écosystémiques, qui prennent en compte l'environnement du patient, permettent une prise en soin écologique : l'intégration de son aidant principal à la rééducation en est un élément central. Ces thérapies ont fait leurs preuves en termes de bénéfices : elles répondent au besoin d'outils exprimé par les aidants tout en améliorant la communication de la dyade aphasique. Les processus de réparation du discours s'intègrent dans cette approche en formant le partenaire de communication à des techniques de réparation de l'erreur conversationnelle précises. Lors de cette étude, la mise en place de thérapies écosystémiques par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques a été questionnée ainsi que leur degré de connaissance des processus de réparation du discours. Ces informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire auto-administré. Une plaquette d'informations a également été réalisée et intégrée en fin de questionnaire afin de sensibiliser les répondants aux processus de réparation du discours puis de recueillir leur avis concernant la pertinence de cet outil. Les principaux résultats dévoilent un recours aux thérapies écosystémiques peu répandu et une connaissance des processus de réparation du discours encore minime. Toutefois, après lecture de la plaquette d'informations, la majorité des répondants s'accorde sur le fait que la formation de l'aidant principal aux processus de réparation du discours est pertinente.

Mots clés : aphasologie – communication – aidant – dyade aphasique – thérapies écosystémiques – processus de réparation du discours

Abstract

Aphasia most frequently occurs because of a stroke and results in the disruption of the daily life of a patient and his or her family. The weakening of communication abilities represents a major handicap shared by the patient and his or her communication partner. Communication can be impaired in different ways depending on the language modules affected, the degree of severity or the location of the brain lesion. Ecosystemic therapies, which consider the patient's environment, allow for ecological care : the integration of the patient's primary caregiver in the rehabilitation process is one of its core elements. These therapies have proven effective over time : they meet the need for tools expressed by the caregivers while improving the communication of the aphasic dyad. Speech repair processes fit into this approach by training the communication partner into mastering specific conversational error repair techniques. In this study, the implementation of ecosystemic therapies by speech-language pathologists caring for aphasic patients was questioned, along with their overall level of knowledge around speech repair processes. This information was collected through a dedicated survey. An information leaflet was also made and included at the end of the survey to inform the respondents about speech repair process and to collect their opinion regarding the relevance of this tool. The main results show that the use of ecosystemic therapies isn't mainstream, and that knowledge related to repairing discourse is still minimal. However, after reading the information booklet, most respondents agreed that training of the primary caregiver in the processes of repairing discourse is relevant.

Key words : aphasiology – communication – caregiver – aphasic dyad – ecosystemic therapies – speech repair processes

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Aurélie Iché et Sophie Lefebvre, mes directrices de mémoire, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Merci pour vos conseils toujours bienveillants, votre expertise, votre disponibilité et votre implication à mes côtés depuis maintenant 2 ans. Mention particulière à Sophie pour la place que tu as occupée dans ma formation en ta qualité de directrice de mémoire mais aussi de maître de stage.

Je tenais également à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes ayant participé à la diffusion de ce projet ainsi qu'aux orthophonistes ayant accepté de m'accorder de leur temps en répondant à mes questions.

J'adresse mes remerciements à toutes les orthophonistes qui m'ont encadrée lors de stages et qui ont contribué à la bonne évolution de ma formation en me partageant leur expertise clinique.

Je tenais à remercier ma maman d'avoir été pour moi un soutien inconditionnel, source de précieux conseils, toujours présente, à chaque étape. Merci pour tout.

A ma sœur, merci d'avoir toujours su me redonner confiance, m'encourager et me motiver durant ces 5 années.

Merci à Tanguy, mon partenaire de vie, pour ton soutien, pour les heures d'apprentissage puis de réitations, pour les moments passés ensemble et ceux à venir.

Merci à Sidonie de m'avoir ouvert le chemin tout au long de ce cursus, de m'avoir bien souvent guidée, conseillée et rassurée.

J'adresse enfin mes remerciements à mes amies de promotion : merci pour votre bonne humeur et tous ces moments passés ensemble. Ces 5 années n'auraient pas été les mêmes sans vous. Un merci tout particulier à Audrey et Manon pour la merveilleuse aventure que nous avons vécue ensemble.

Sommaire

Introduction	1
I. Partie théorique	2
1. La communication et ses altérations dans le cadre de l'aphasie	2
1.1. Définition de la communication	2
1.2. Caractéristiques de la communication verbale	2
1.3. Caractéristiques de la communication non verbale	3
1.4. Altération de la communication chez le patient aphasique	4
2. Les thérapies écosystémiques dans l'aphasie	6
2.1. Qu'est-ce qu'une thérapie écosystémique ?	6
2.2. L'intérêt de ces thérapies dans la prise en soin de la dyade aphasique....	7
3. Les processus de réparation du discours	8
3.1. Le fonctionnement des processus de réparation du discours.....	8
3.2. Les étapes de la réparation de l'erreur conversationnelle	9
3.2.1. L'initiation de la réparation de l'erreur conversationnelle	9
3.2.2. La trajectoire de réparation de l'erreur conversationnelle	10
3.3. Des processus de réparation propres à chaque dyade aphasique.....	10
3.4. Les apports de l'entraînement de l'aidant à ces processus	11
II. Méthode	12
1. Objectifs	12
2. Population	13
2.1. Population ayant répondu au questionnaire en ligne.....	13
2.2. Population ciblée pour la plaquette d'informations	14
3. Matériel	14
3.1. Élaboration du questionnaire	14
3.2. Élaboration de la plaquette d'informations.....	15
4. Procédure de recueil des données	15
4.1. Validation du questionnaire.....	15
5. Traitement des données	16

III. Résultats	17
1. Description de l'échantillon	17
2. Lien avec l'aidant principal du patient aphasique et thérapies écosystémiques.....	17
3. Connaissance des processus de réparation du discours.....	19
3.1. Analyse des réponses données par les participants ayant connaissance des processus de réparation du discours	19
3.2. Analyse des réponses données par les participants n'ayant pas connaissance des processus de réparation du discours	22
4. Recours aux processus de réparation du discours dans la prise en soin du patient aphasique	23
5. Avis des orthophonistes au sujet de la pertinence du recours aux processus de réparation du discours après présentation de la plaquette d'informations	24
IV. Discussion	25
1. Recontextualisation	25
2. Caractéristiques de l'échantillon	25
3. Pratique des thérapies écosystémiques par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques.....	26
4. Connaissance des processus de réparation du discours par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques.....	27
5. Limites et biais de la recherche menée.....	29
6. Apports et perspectives de la recherche menée.....	30
Conclusion	32
Références	33

Introduction

L'une des conséquences principales de l'aphasie est l'altération de la communication, qui peut alors être synonyme « d'isolement, de repli sur soi, de frustration et souvent de dépression » (Mazaux et al., 2007, p. 5). Elle peut de ce fait avoir de réelles conséquences psychologiques sur le sujet qui en souffre mais également sur l'ensemble de son entourage. Ainsi, l'aphasie porte-t-elle atteinte à la santé du patient. La santé étant définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social », elle ne représente pas uniquement une « absence de maladie ou d'infirmité » (« Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé », 1946).

Dans la majeure partie des cas, l'aphasie survient des suites d'un accident vasculaire cérébral (Dalrymple et al., 2016, p.1). Elle peut prendre différentes formes et se manifester de plusieurs manières. Toutefois, deux grands types d'aphasie sont classiquement identifiés par l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) : l'une est dite fluente et le patient présentera un discours fluide, l'autre non fluente et le discours sera cette fois « interrompu » et « laborieux » (*Aphasia*, s. d.).

L'aphasie vient entraver les capacités langagières du patient, laissant ainsi ce dernier et son entourage en proie à d'importantes difficultés de communication, souvent sur le long terme : en effet, 43% des patients aphasiques présentent encore d'importantes perturbations dans les 18 mois suivant la survenue de l'aphasie (Laska et al., 2001).

Étant donné l'importance des répercussions de l'aphasie sur le patient comme sur son entourage, il semble pertinent d'investiguer quelle place les orthophonistes prenant en soin ce type de patients accordent à l'aidant principal dans la rééducation, mais également quel est leur degré de connaissance des processus de réparation du discours, supports s'inscrivant dans le courant des thérapies écosystémiques et considérant le patient sous un angle le plus écologique possible.

I. Partie théorique

1. La communication et ses altérations dans le cadre de l'aphasie

1.1. Définition de la communication

Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), la communication est reconnue comme une activité de la vie quotidienne à part entière. Elle « consiste en un transfert d'informations de toutes formes et par n'importe quel canal disponible » (Cataix-Nègre, 2017, p.12) : les interlocuteurs peuvent alors échanger en usant d'une communication aussi bien verbale que non verbale (Brin-Henry, 2014). Ces deux versants de la communication, différents en tous points, restent intimement liés (Eggenberger et al., 2016). La communication permet donc la mise en place d'échanges conversationnels entre deux locuteurs (Bonnans & Delieutraz, 2014) : elle est bidirectionnelle invitant alors « les deux partenaires à agir l'un sur l'autre » (Cataix-Nègre, 2017, p.12).

1.2. Caractéristiques de la communication verbale

La communication verbale concerne la « transmission d'informations facilement descriptibles au moyen d'énoncés oraux ou écrits » (Rousseaux et al., 2014, p. 20). Elle est une entité complexe qui revêt divers aspects et dont la combinaison mène à une communication efficiente. De nombreux auteurs se sont alors intéressés à la modéliser dans le but d'en effectuer une description la plus complète possible.

Les travaux d'Austin (1962) concernent la distinction entre fonctions et actes de langage. Dans cette perspective, il distingue deux principales fonctions du langage : l'une descriptive, l'autre communicationnelle. La première permet au locuteur de décrire la réalité du monde qui l'entoure, la seconde lui permet d'agir, de réaliser diverses actions sur ce dernier. L'auteur distingue différents actes de langage, chacun engendrés simultanément par l'émission d'un seul et même énoncé : l'acte locutoire consiste en la production même de l'énoncé par le locuteur (c'est l'émission de parole), l'acte illocutoire représente l'action accomplie lors de la production de cet énoncé, et l'acte perlocutoire correspond aux répercussions de ce même énoncé sur l'interlocuteur.

Par la suite, Searle (1982) complète ces travaux et y ajoute une classification des actes de langage : les actes directs et indirects. Dans le cas d'actes de langage directs, l'information à transmettre est explicitement énoncée, à l'inverse des actes de

langage indirects qui prennent la forme d'énoncés implicites, nécessitant souvent de réaliser des inférences.

Les travaux de Jakobson (1963) mettent quant à eux en évidence six fonctions de la communication. La fonction expressive, dite aussi émotive, consiste en la transmission de sentiments ou émotions. La fonction conative renvoie à l'effet que les interlocuteurs produisent les uns sur les autres. La fonction référentielle a, quant à elle, une visée descriptive : le locuteur communique une information brute, il décrit son environnement. La fonction phatique concerne la mise en place puis la bonne évolution du lien entre les locuteurs. La fonction métalinguistique s'assure du caractère compréhensible de l'énoncé. Enfin, la fonction poétique s'assure de l'esthétisme du message produit. Ces mêmes travaux affirment que le contexte, le destinataire, le destinataire, le contact, la présence d'un code commun ainsi que le message lui-même sont les éléments centraux et indispensables à toute situation de communication entre deux individus.

De plus, coopération et ajustement sont attendus des interlocuteurs pour une communication efficiente (Grice, 1979) : ils sont alors contraints de respecter des critères de quantité (leurs propos se doivent d'être justement dosés), de qualité (ils sont tenus de n'énoncer que la vérité), de relation (chacun des énoncés qu'ils produisent sont directement liés avec les énoncés précédemment émis) et de manière (ils produiront des énoncés concis et organisés).

1.3. Caractéristiques de la communication non verbale

La majeure partie des interactions entre deux locuteurs est constituée de communication verbale, toutefois la communication non verbale est également présente (Cocks et al., 2018). Elle représente l'ensemble des échanges au sein desquels les participants ont recours à des éléments non verbaux (Beaudichon, 1999) : les gestes notamment (Cocks et al., 2018), mais aussi les postures, ou encore la distance interindividuelle, soutiennent, appuient l'information verbale (Cataix-Nègre, 2017). Au-delà de cet aspect renforçateur, les gestes présentent un réel intérêt attentionnel : l'usage de ces derniers en situation de communication permet au locuteur de rester plus attentif aux propos tenus par l'interlocuteur (Preisig et al., 2015).

La communication non verbale recouvre plusieurs fonctions : les fonctions sémantique, syntaxique, dialogique et pragmatique (Rousseaux et al., 2014). La première renvoie au fait que les éléments de communication non verbaux sont

porteurs de sens : ils permettent donc d'accéder à la compréhension du message, le confirment ou l'infirmement. En effet, les gestes, dits alors « gestes de co-parole » (Cocks et al., 2018), lorsqu'ils viennent soutenir l'information verbale, influencent considérablement le sens de cette dernière (Hostetter, 2011). Les éléments non verbaux soutiennent la communication verbale et peuvent permettre aux participants à la conversation de segmenter plus aisément le message, c'est la fonction syntaxique. Cette dernière assure aussi une congruence entre modalité verbale et non verbale. La fonction dialogique postule que les interlocuteurs adaptent les caractéristiques de leurs échanges à la qualité des rapports qu'ils entretiennent. Enfin, la fonction pragmatique concerne le caractère adapté du déroulement de l'échange.

Peu importe la modalité, verbale ou non verbale, en matière de communication, la collaboration de l'ensemble des participants à la situation conversationnelle est fondamentale (Rousseaux et al., 2014).

1.4. Altération de la communication chez le patient aphasique

L'aphasie constitue une perturbation du langage (Damasio, 1992) qui découle de lésions neurologiques acquises (Bloch & Beeke, 2008). Elle porte atteinte à l'organisation du langage et ses répercussions se retrouvent « aussi bien [sur] son pôle expressif que réceptif, ses aspects parlés que ses aspects écrits, et en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques » (Gil, 2018, p. 28). Le patient aphasique est souvent entravé dans ses capacités expressives comme réceptives, à l'oral mais aussi à l'écrit (Lesser & Milroy, 1993). Ses difficultés peuvent prendre différentes formes et toucher le langage sur son versant phonologique, lexical, sémantique, prosodique, discursif ou encore morphosyntaxique (Gonçalves et al., 2018 ; Chomel-Guillaume et al., 2021). Variables d'un patient à l'autre, les altérations sont fonction du type d'aphasie dont ce dernier souffre et donc de la localisation de la lésion neurologique (Chomel-Guillaume et al., 2021).

D'une part, les capacités expressives du patient peuvent être altérées. Le manque du mot, dit aussi anomie, est une atteinte couramment retrouvée chez le patient aphasique (Martin, 2018). Il s'agit de « difficultés de production des mots constituant le lexique connu » (Chomel-Guillaume et al., 2021, p. 92) qui peuvent se manifester sous forme de substitutions, de périphrases, de circonlocutions ou même par l'absence totale de mot. L'anomie entraîne souvent une diminution de

l'informativité du patient : elle est le reflet d'une altération des capacités lexicales ou sémantiques.

Le patient aphasique peut également éprouver des difficultés au niveau linguistique : des déformations sont alors observées et se manifestent via des paraphrasies, néologismes, mots de prédilection, ou encore conduites d'approche phonémiques (Chomel-Guillaume et al., 2021). Il peut arriver qu'un jargon soit relevé dans le discours du patient (*Aphasia*, s. d.).

Des troubles au niveau syntaxique sont à noter chez le patient aphasique (*Aphasia*, s. d.) : il peut ainsi présenter un agrammatisme (son « discours est principalement constitué de morphèmes lexicaux juxtaposés » (Chomel-Guillaume et al., 2021, p. 100)), ou une dyssyntaxie (des « erreurs d'élaboration syntaxique de différents types » sont observées (Chomel-Guillaume et al., 2021, p. 100)).

A ces difficultés vient s'ajouter une incapacité à amorcer un sujet au sein d'une situation de communication, pouvant ainsi mettre à mal la conversation, voire l'interrompre (Laakso & Klippi, 1999). L'emploi d'expressions telles « au fait » ou « de toute façon » par la personne aphasique pourrait alors l'aider à initier un sujet (Wilkinson et al., 2011).

D'autre part, les difficultés du patient peuvent toucher le versant réceptif : ses capacités de compréhension sont alors entravées. Bien que la compréhension des énoncés explicites ne soit pas toujours aisée dans le cadre de l'aphasie, la gestion de l'implicite est une activité d'autant plus complexe : les facultés de traitement du second degré, de l'humour, ou encore des non-dits sont particulièrement mises à mal (Martin, 2018). La personne aphasique est donc gênée dans la gestion des actes de langage directs et indirects (Searle, 1982). L'aphasie touche globalement peu les habiletés pragmatiques : elles sont, dans la majorité des cas, préservées (Martin, 2018) et peuvent ainsi être un réel levier dans la prise en soin du sujet aphasique.

Ainsi, de manière générale, ces altérations mettent à mal la communication au sein de la dyade aphasique constituée du patient et de son partenaire de communication : fréquence et durée des échanges sont altérées (Croteau et al., 2020). Un important travail de réparation du discours est alors nécessaire afin de rétablir la communication entre les interlocuteurs.

2. Les thérapies écosystémiques dans l'aphasie

2.1. Qu'est-ce qu'une thérapie écosystémique ?

Les thérapies écosystémiques agissent directement sur l'environnement du patient : l'implication de son aidant principal est alors particulièrement importante. Selon la Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne, l'aidant principal est « cet homme ou cette femme, non professionnel, qui, par défaut ou par choix, vient en aide à une personne dépendante de son entourage » (COFACE, 2009).

Dans le cadre de l'aphasie, les thérapies écosystémiques s'insèrent dans une perspective écologique d'une part, en fournissant aux aidants des outils pour mieux communiquer avec leur partenaire aphasique, et dans une perspective systémique d'autre part, en prenant en compte l'intégralité des agents ayant une influence sur la communication (Delaby et al., 2011). Elles donnent à l'environnement du patient un rôle majeur dans son évolution avec l'« objectif d'aider le sujet aphasique à mieux communiquer quelles que soient ses capacités résiduelles » (Iché & Rives, 2018, p. 190). Le fondement de ces thérapies repose sur l'implication du partenaire de communication principal du patient aphasique (Mazaux et al., 2007). Les difficultés du patient en matière de communication dépendent en partie de l'interlocuteur et des capacités de ce dernier à s'adapter (Le Dorze & Michallet, 1999). L'objectif de la prise en soin du patient aphasique est un retour à des capacités de communication les plus fonctionnelles possible. L'adaptation de l'environnement et plus spécifiquement la formation des « partenaires de communication principaux du patient à une communication efficace, adaptée aux déficits langagiers » (Iché & Rives, 2018, p. 187) semblent donc particulièrement pertinents.

Actuellement, de plus en plus de formations vont dans le sens de ces thérapies écosystémiques dans la prise en soin de l'aphasie. L'une d'entre elles, créée grâce à la collaboration de la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF), du Collège Français d'Orthophonie (CFO), de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF), est un « module de sensibilisation à destination des aidants » (CNSA, 2021). Fondée sur les thématiques « Mieux communiquer » (animée par des orthophonistes) et « Mieux vivre » (développée par des psychologues), elle propose de former les aidants principaux aux spécificités du handicap communicationnel engendré par l'aphasie. Ainsi, médecins, psychologues, orthophonistes, agents de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et aidants se retrouvent lors

d'une soirée de sensibilisation dédiée à la présentation du plan et des modules « Mieux communiquer » et « Mieux vivre ». Ces plans existent depuis maintenant plusieurs années (il s'agit du troisième).

Les thérapies écosystémiques constituent une approche fonctionnelle de la prise en soin et complètent les thérapies formelles centrées sur la rééducation des aspects langagiers du patient. Il s'agit ici de deux approches complémentaires qui n'ont pas vocation à se substituer l'une à l'autre.

Les processus de réparation du discours, en tant que formation à destination des partenaires de communication du sujet aphasique, s'inscrivent dans la mouvance actuelle instiguée par les thérapies écosystémiques.

2.2. L'intérêt de ces thérapies dans la prise en soin de la dyade aphasique

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé évoque l'importance des facteurs environnementaux dans l'évolution de toute situation de handicap (OMS, 2001). En effet, l'implication de l'entourage et plus particulièrement du partenaire de communication privilégié du patient aphasique contribue aux progrès de ce dernier (Manning et al., 2019). L'implication de l'aidant principal permet d'une part, d'améliorer les capacités de communication du patient, mais aussi d'amener ce partenaire de communication à le considérer de nouveau comme un acteur à part entière de la conversation (Goodwin, 1995). Une approche écosystémique apporte un double bénéfice : patient et aidant reprennent confiance dans leur capacité à communiquer ensemble (Oelschlaeger & Damico, 2000).

Au-delà des conséquences directes sur le patient, la survenue de l'aphasie a des répercussions sur l'aidant principal qui se voit, lui aussi, empêché dans sa communication : la notion de handicap partagé émerge alors (Iché & Rives, 2018). Face à ce bouleversement dans leur dynamique conversationnelle, les aidants expriment leur besoin de conseils (Croteau et al., 2018) et leur volonté de s'impliquer dans la prise en soin de leur partenaire aphasique (Hallé & Le Dorze, 2014). De plus, les bénéfices de l'investissement du partenaire de communication privilégié du patient aphasique sont notables : la collaboration avec ce dernier est une « forme d'intervention des plus efficaces pour améliorer la communication entre les partenaires et les personnes aphasiques » (Croteau et al., 2018, p. 337).

Les différents schémas théoriques montrent que chacun des interlocuteurs s'inspire du discours de l'autre afin de construire son propre discours, sur le plan grammatical notamment (Lerner, 1991, 1996). Ce point souligne la nécessité de la participation et de la collaboration de chacun pour le bon déroulement de toute situation de communication (Bloch & Beeke, 2008). Par application du modèle de Clark & Schaefer (1989) à la situation de la dyade aphasique, une implication double du partenaire de communication est nécessaire pour maintenir l'échange. En effet, selon ces auteurs la phase de présentation de l'énoncé (sa formulation) et la phase d'acceptation de ce dernier (accepté, donc compris de l'interlocuteur) sont primordiales à la construction de tout échange. Elles sont fondées sur l'effort collaboratif minimal (Clark & Schaefer, 1989) : plus l'effort fourni par le premier participant lors de la phase de présentation est important, plus la phase d'acceptation sera aisée pour le second participant et inversement. Un équilibre est donc nécessaire entre ces deux phases afin que l'un et l'autre des partenaires puissent fournir le moins d'effort possible.

3. Les processus de réparation du discours

3.1. Le fonctionnement des processus de réparation du discours

Lorsqu'un accident conversationnel apparaît au sein d'une situation de communication, une réparation est nécessaire (Schegloff et al., 1977). Les processus de réparation du discours sont multiples et peuvent prendre plusieurs formes. Ils se divisent alors en deux groupes, chacun correspondant à un stade de la réparation. Cette dernière se déroule en deux étapes consécutives mais bien distinctes : dans un premier temps, l'initiation de la réparation constituée de processus permettant le repérage de l'erreur conversationnelle, dans un second temps, la trajectoire de réparation composée de processus permettant la réparation de cette erreur (Schegloff et al., 1977).

L'initiation de la réparation représente donc le repérage de l'erreur. Deux cas de figure peuvent alors se présenter : l'auto-initiation ou l'hétéro-initiation de la réparation. La première consiste en le repérage de l'erreur conversationnelle par le locuteur lui-même. La seconde correspond au repérage de l'erreur par l'interlocuteur.

Une fois l'initiation de la réparation effectuée, qu'il s'agisse d'une auto ou d'une hétéro-initiation, la trajectoire de réparation entre en jeu. Elle consiste alors à réparer l'erreur conversationnelle et a pour caractéristiques premières d'être « rapide et efficace » (De Partz, 2001). De la même manière que lors de la phase précédente,

deux cas de figure peuvent à nouveau se présenter : l'auto-réparation ou l'hétéro-réparation de l'erreur conversationnelle. Dans le premier cas, le locuteur répare seul son erreur, dans le second, l'aide de l'interlocuteur est nécessaire afin d'effectuer la réparation. Lors de conversations classiques, entre deux interlocuteurs ne présentant aucune difficulté langagière, les situations d'auto-initiation/auto-réparation sont les plus fréquentes (Schegloff et al., 1977).

3.2. Les étapes de la réparation de l'erreur conversationnelle

Comme évoqué précédemment, la collaboration de tous les participants est indispensable au bon déroulement d'une situation de conversation (Grice, 1979 ; Clark & Schaeffer, 1989). Collaboration et participation équilibrées des locuteurs sont donc indispensables : la sur-implication de l'un peut compenser les difficultés de l'autre et inversement. Les processus de réparation du discours s'inscrivent dans cette dynamique de compensation des difficultés : ils constituent alors une aide à la réparation de l'erreur conversationnelle.

3.2.1. L'initiation de la réparation de l'erreur conversationnelle

Le recours à l'interlocuteur est nécessaire lorsque le locuteur ne parvient pas à repérer son erreur, c'est la première étape de la réparation (De Partz, 2001). En effet, le patient aphasique est entravé dans sa capacité à communiquer (Milroy & Perkins, 1992) et commet alors des erreurs conversationnelles qu'il parvient difficilement à repérer : l'hétéro-initiation de la réparation est alors nécessaire. Afin de maintenir une communication efficiente, un rééquilibrage de l'effort collaboratif minimal (Clark & Schaefer, 1989) intervient : le partenaire de communication du sujet aphasique est alors contraint de prendre en charge la réparation du discours de ce dernier. Milroy & Perkins (1992) confirment cette incapacité dans la gestion de la réparation chez le sujet aphasique. L'hétéro-initiation est, dans ce cas, indispensable.

Parmi les processus donnant lieu au repérage de l'erreur, il est possible de distinguer les initiateurs dits de « classe ouverte » qui prennent la forme de questions ouvertes de type « Quoi ? », « Que dis-tu ? », les initiateurs dits de « classe fermée » qui consistent plutôt en des confirmations, mais aussi les répétitions partielles de la tournure erronée et les vérificateurs de la compréhension du message (Schegloff et al., 1977). Cette classification est plus tard complétée par De Partz (2001) qui liste différents indicateurs de problèmes conversationnels : la demande neutre (ou non spécifique) de répétition locale correspond aux initiateurs de classe ouverte, la

demande de répétition globale consiste à répéter l'énoncé posant problème dans son intégralité, la demande de confirmation partielle repose sur la reprise d'un segment de la section erronée, la demande de confirmation complète reprend l'ensemble de la partie inexacte, la demande de confirmation élaborée prend la forme d'une reprise de toute la fraction incorrecte en y ajoutant une information, l'absence d'élaboration permet simplement de faire remarquer l'erreur. Sont également mentionnés la demande d'informations complémentaires, la correction, la formulation d'hypothèses, les commentaires métalinguistiques ou encore la simple reprise.

3.2.2. La trajectoire de réparation de l'erreur conversationnelle

Au-delà des difficultés éprouvées par le sujet aphasique dans l'initiation de la réparation, la capacité de ce dernier à réparer son erreur conversationnelle est également particulièrement mise à mal, notamment en termes de rapidité (De Partz, 2001). C'est donc ici qu'intervient l'hétéro-réparation.

Parmi les processus permettant la réparation de l'erreur conversationnelle, différentes techniques sont à disposition (De Partz, 2001) : la répétition complète ou partielle de l'énoncé initialement produit, la révision ou reformulation de cet énoncé, l'addition ou la spécification (donner une information complémentaire pour préciser le discours initialement produit), l'apport d'indices ou d'explications, la production inappropriée (permet au locuteur de percevoir son erreur), la confirmation ou infirmation, ou encore l'usage de questions pour clarifier la source de l'erreur.

3.3. Des processus de réparation propres à chaque dyade aphasique

Chaque dyade aphasique ayant ses propres spécificités et chaque situation de communication étant différente, une analyse conversationnelle peut être nécessaire afin d'en repérer les particularités. L'analyse conversationnelle permet alors d'obtenir un large aperçu de la communication entre les partenaires en termes de spécificités du discours de chacun mais également en termes de ressentis du partenaire de communication privilégié (Barnes et al., 2013). L'intérêt est d'observer comment la dyade aphasique collabore dans le sens d'une communication la plus efficiente possible (Bloch & Beeke, 2008). C'est d'ailleurs à travers l'analyse conversationnelle que Lubinski et al. (1980) montrent la gestion singulière de la réparation du discours au sein d'une dyade aphasique : l'étude d'un patient aphasique et de son épouse (ici, le partenaire de communication privilégié) montre le recours à des allusions et suppositions afin de repérer et réparer l'erreur conversationnelle.

C'est aussi par l'analyse conversationnelle qu'Oelschlaeger & Damico (2000) ont dégagé de nouveaux types de réparation du discours : la supposition, la supposition alternative, la complétion et la clôture.

3.4. Les apports de l'entraînement de l'aidant à ces processus

Le bon déroulement de l'échange est assuré par divers actes nécessitant la participation de tous les contributeurs (Bloch & Beeke, 2008). L'aide apportée par le partenaire de communication privilégié du patient aphasique permet à ce dernier de se sentir comme faisant partie intégrante de la situation de communication, comme un co-constructeur du discours (Goodwin, 1995). L'aidant principal redonne également confiance à son partenaire aphasique en lui permettant de se sentir de nouveau compétent dans sa communication (Oelschlaeger & Damico, 2000).

La formation de l'aidant principal aux processus de réparation du discours permet une amélioration de la réparation au sein de la dyade aphasique (Schegloff, 1993) : après l'apprentissage des techniques de réparation par l'aidant, cette dernière est plus efficace. En effet, une diminution significative du nombre de tours de parole dédiés à la réparation du discours est observée une fois la formation effectuée (Schegloff, 1993), rendant ainsi la conversation plus fluide. La réparation est également plus rapide (Booth & Perkins, 1999). A plus long terme, après deux mois d'application des principes et conseils abordés lors de la formation de l'aidant, les échanges sont plus fonctionnels entre les partenaires (Lesser & Algar, 1995).

Au regard des données de la littérature au sujet des thérapies écosystémiques et des processus de réparation du discours, il semble pertinent d'investiguer dans quelle mesure les orthophonistes en ont connaissance et les mettent en place dans la prise en soin de leur(s) patient(s) aphasique(s). Face à ces questionnements, différentes hypothèses peuvent être formulées : nous émettons alors l'hypothèse d'un recours aux thérapies écosystémiques encore peu répandu dans la prise en soin de l'aphasie par les orthophonistes d'une part, et celle d'un manque d'informations de ces mêmes orthophonistes au sujet des processus de réparation du discours d'autre part. De plus, nous nous attendons à ce que la mise en place de thérapies écosystémiques ainsi que la connaissance des processus de réparation du discours soient influencées par l'année d'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste et le type d'exercice des répondants (libéral/mixte ou salariat).

II. Méthode

1. Objectifs

Cette étude avait pour but d'évaluer plusieurs aspects de la prise en soin du patient aphasique par les orthophonistes, de ce fait plusieurs objectifs intrinsèquement liés en découlaient.

Les processus de réparation du discours s'insérant dans le champ des thérapies écosystémiques, le premier objectif de cette étude était de réaliser un bref état des lieux de la pratique des orthophonistes au sujet de ce type de thérapies dans le cadre de la prise en soin du patient aphasique.

Le second objectif, cette fois spécifique aux processus de réparation du discours, était de réaliser un état des lieux des connaissances de ces mêmes orthophonistes des techniques en tant que support des thérapies écosystémiques.

Ces informations ont été recueillies au moyen d'un questionnaire.

Le troisième objectif de cette étude était d'informer les participants au sujet des processus de réparation du discours. Pour cela, une plaquette d'informations directement intégrée au questionnaire a été communiquée aux participants.

Enfin, un quatrième et dernier objectif était, après prise de connaissance de la plaquette d'informations spécifique aux processus de réparation du discours par les participants, de recueillir leurs sentiments à ce sujet (pertinence ou non de l'usage de ces techniques de réparation en tant que support de thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique). Ce point a également été recueilli à l'aide du même questionnaire.

Les informations relatives à ce questionnaire, contacts, objectifs, déroulement, méthodes et bénéfices de l'étude notamment, étaient développées dans une notice d'informations (Annexe A) accessible à tous les répondants. Proposée en amont du questionnaire, elle donnait alors accès aux participants à des renseignements concernant le questionnaire qu'ils s'apprêtaient à remplir, mais plus généralement au sujet de l'étude dans sa globalité.

2. Population

2.1. Population ayant répondu au questionnaire en ligne

Ce questionnaire s'adressait uniquement aux orthophonistes diplômés. Afin de rendre l'analyse la plus précise possible, plusieurs critères d'exclusion avaient été mis en place : les répondants devaient alors indiquer dès la première question s'ils étaient effectivement orthophonistes. Dans le cas contraire, ils étaient directement redirigés à la fin du questionnaire. De plus, afin de cibler des orthophonistes « experts » en aphasiologie, nous avons fait le choix d'adresser ce questionnaire à des cliniciens prenant, au moment de l'enquête, en soin un (des) patient(s) aphasique(s), ou en ayant pris en soin au cours de la dernière année. De la même manière, les participants ne remplissant pas ce critère étaient directement redirigés à la fin du questionnaire.

Ainsi, les soignants non-orthophonistes ayant recours aux thérapies écosystémiques ou prenant en soin un (des) patient(s) aphasique(s), les orthophonistes ne prenant pas en soin ce type de patients (ou n'en ayant pas reçu au cours de la dernière année), les orthophonistes retraités ou encore les étudiants en orthophonie étaient exclus de l'enquête.

Des informations concernant l'année d'obtention du diplôme, le pays de formation ainsi que le type d'exercice des orthophonistes répondants ont été recueillies dans le but d'avoir des informations les plus précises possibles quant à la représentativité de notre échantillon au moment de l'analyse des données recueillies, mais aussi afin d'avoir une meilleure vision du profil des orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques.

Au total, 107 questionnaires ont été collectés, seuls 104 ont été retenus pour analyse.

La diffusion du présent questionnaire s'est effectuée par mail par le biais de différents réseaux syndicaux de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), de listes de diffusion regroupant des orthophonistes ; il a également été déposé sur des pages de réseaux sociaux dédiées à l'orthophonie et spécifiques aux questions concernant la neurologie.

2.2. Population ciblée pour la plaquette d'informations

La plaquette d'informations avait pour but de renseigner les orthophonistes ayant participé au questionnaire au sujet des processus de réparation du discours notamment en tant que support de thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique.

Là encore, le choix de l'adresser à des orthophonistes prenant actuellement, ou au cours de la dernière année, en soin un (des) patient(s) aphasique(s) nous a semblé pertinent, du fait des connaissances que ces professionnels avaient d'ores et déjà au sujet de la prise en soin de cette pathologie.

L'orthophoniste, au fil des diverses formations effectuées au cours de sa carrière, met sans cesse ses connaissances à jour. Les thérapies écosystémiques sont actuellement particulièrement mises en lumière dans la prise en soin des patients aphasiques notamment. Ainsi, la création d'une plaquette d'informations sur les processus de réparation du discours, support de ces thérapies, et à visée des orthophonistes prenant en soin le patient aphasique, nous a semblé intéressante.

3. Matériel

3.1. Élaboration du questionnaire

Nous avons choisi de recueillir nos données au moyen d'un questionnaire auto-administré en ligne (Annexe B). Les rubriques et questions se trouvant dans ce questionnaire ont été établies selon les éléments pertinents relevés dans la littérature scientifique au sujet des thérapies écosystémiques et des processus de réparation du discours. Le questionnaire était alors subdivisé en cinq parties : la première partie était principalement consacrée à donner une vision du profil des répondants (année d'obtention du diplôme, pays de formation, type d'exercice), la seconde partie était dédiée à un bref aperçu des pratiques en termes de thérapies écosystémiques (le but étant principalement de savoir si les orthophonistes de notre échantillon y avaient recours ou non), la troisième partie portait sur la connaissance ou non des processus de réparation du discours, la quatrième partie consistait en la prise de connaissance de la plaquette d'informations, et la cinquième et dernière partie du questionnaire nous permettait de recueillir le sentiment des orthophonistes de notre échantillon au sujet de la pertinence de l'usage des processus de réparation du discours en tant que support des thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique.

Nous avons opté pour des questions simples et spécifiques afin d'arriver à une durée finale du questionnaire d'environ 5 minutes. Le but étant alors de le rendre attractif et d'éviter que les répondants n'en perdent l'intérêt. Ce dernier est composé de 25 questions mais selon les profils, chaque répondant n'avait, au maximum, à répondre qu'à environ 20 questions. Nous avons opté pour une majorité de questions fermées (une catégorie « Autre » avait été mise en place pour les questions dont les propositions de réponse n'étaient pas exhaustives). Chaque répondant n'avait à répondre qu'à une question ouverte (rendue non obligatoire dans le questionnaire). Nous avons également intégré au questionnaire des questions dont la réponse nécessitait de remplir une échelle afin d'avoir une idée de la fréquence à laquelle les orthophonistes usaient des processus de réparation du discours ou encore afin d'avoir une idée plus nuancée de leur avis au sujet de ces mêmes processus.

3.2. Élaboration de la plaquette d'informations

Lors de la création de la plaquette d'informations (Annexe C), notre objectif était de créer un support le plus attractif possible. Pour cela, nous avons fait le choix d'utiliser un site web dédié à la réalisation de ce type de support (plaquettes, affiches, dépliants...). Nous avons décidé de rassembler les informations sur le recto d'une affiche au format A4 afin de les synthétiser sur une seule et unique page. Après avoir effectué une revue de littérature, nous avons sélectionné les points nous paraissant indispensables pour une vision d'ensemble et une bonne compréhension des processus de réparation du discours. La première partie de la plaquette permet de contextualiser l'usage de ces processus, la seconde partie de cette plaquette est dédiée à la présentation des processus de réparation du discours en eux-mêmes, la troisième et dernière partie de la plaquette traite de la place-clé de l'aidant principal dans la prise en soin du patient aphasique et des bénéfices de le former aux processus de réparation du discours.

L'ensemble des références utilisées pour la réalisation de ce support est renseigné en bas de page.

4. Procédure de recueil des données

4.1. Validation du questionnaire

Au préalable, avant diffusion officielle du questionnaire, ce dernier a été transmis à quelques orthophonistes ayant accepté de le tester. Cette phase dite de

« pré-test » nous a permis de nous assurer de la bonne compréhension et de la pertinence de chacune des questions posées. Elle s'est déroulée au mois de novembre 2021 et a duré une semaine. Après réception des réponses au questionnaire, ce dernier a été modifié au vu des commentaires émis, puis diffusé du mois de novembre 2021 au mois de février 2022.

5. Traitement des données

Un barème spécifique a été attribué à la question 15 du questionnaire dans le but d'obtenir un pourcentage de réussite. Cette question avait pour but d'estimer plus précisément le degré de connaissance des orthophonistes ayant au préalable affirmé être informés au sujet des processus de réparation du discours. Elle était composée de 10 items : 7 étaient effectivement des processus de réparation du discours, 3 ne l'étaient pas. La cotation était la suivante : un point était attribué pour chaque processus de réparation du discours coché et pour chaque « non-processus » de réparation du discours non coché ; aucun point n'était accordé en cas de processus de réparation du discours non coché et en cas de « non-processus » de réparation du discours coché. Une note sur 10 était alors obtenue, qui a ensuite été convertie en pourcentage.

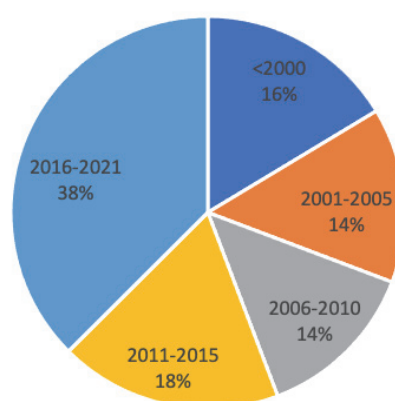
III. Résultats

1. Description de l'échantillon

In fine, l'échantillon obtenu était constitué de 104 répondants. Afin d'avoir une représentation satisfaisante de notre échantillon, les participants ont été interrogés concernant l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme, le pays au sein duquel ils ont effectué leur formation ainsi qu'au sujet de leur type d'exercice. Ainsi, 39 des orthophonistes de l'échantillon ont été diplômés entre 2016 et 2021, 19 entre 2011 et 2015, 14 entre 2006 et 2010, 15 entre 2001 et 2005, et 17 ont été diplômés avant 2000 (Figure 1).

Figure 1

Année d'obtention du Certificat de Capacités d'Orthophoniste



Concernant le pays au sein duquel ils ont effectué leur cursus, 84 (81,00%) d'entre eux ont été diplômés en France et 20 (19,00%) ont obtenu leur diplôme en Belgique. De plus, ils sont 72 (69,00%) à pratiquer une activité libérale ou mixte, 32 (31,00%) exercent en salariat.

2. Lien avec l'aidant principal du patient aphasique et thérapies écosystémiques

Les participants ont ensuite été sondés quant au lien entretenu avec l'aidant principal de leur(s) patient(s) aphasique(s). Il apparaît alors qu'une très grande majorité des répondants (89 soit 86,00%) agisse auprès du (des) patient(s) aphasique(s) en échangeant avec l'aidant principal de ce (ces) dernier(s) (Tableau 1). Ce point est influencé par le type d'exercice (activité libérale ou mixte, ou salariat) des répondants (test Khi-2 = 4,19 et $p = 0,04$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de

significativité de 0,05) : les orthophonistes exerçant une activité libérale ou mixte semblent davantage en lien avec l'aidant principal de leur(s) patient(s) aphasique(s).

Tableau 1

Lien entretenu par les répondants selon leur type d'exercice

	Orthophonistes entretenant un lien avec l'aidant principal	Orthophonistes n'entretenant pas de lien avec l'aidant principal	Total
Libéral/mixte	65 (62,50%)	7 (6,73%)	72 (69,23%)
Salariat	24 (23,08%)	8 (7,69%)	32 (30,77%)
Total	89 (85,58%)	15 (14,42%)	104 (100,00%)

L'usage des thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique est cette fois plus nuancé. En effet, 41 (39,00%) des répondants affirment en proposer, alors que 63 (61,00%) ne mettent pas en place ce type de thérapies dans la prise en soin de l'aphasie (Tableau 2). Contrairement au lien avec l'aidant principal, la mise en place de thérapies écosystémiques dans la prise en soin de l'aphasie n'est pas corrélée au type d'exercice (test Khi-2 = 1,07 et $p = 0,30$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05), ni à l'année d'obtention du diplôme (test Khi-2 = 0,98 et $p = 0,91$ pour un degré de liberté de 4 et un seuil de significativité de 0,05), ni au pays dans lequel le cursus a été effectué (test Khi-2 = 3,28 et $p = 0,07$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05).

De manière logique, les variables « lien avec l'aidant principal du (des) patient(s) aphasique(s) » et « pratique des thérapies écosystémiques » entretiennent un lien significatif (test Khi-2 = 11,41 et $p = 0,0007$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,01).

Tableau 2

Mise en place de thérapies écosystémiques selon le lien entretenu avec l'aidant

	Orthophonistes proposant des thérapies écosystémiques	Orthophonistes ne proposant pas de thérapies écosystémiques	Total
Orthophonistes entretenant un lien avec l'aidant principal	41 (39,42%)	48 (46,15%)	89 (85,58%)
Orthophonistes n'entretenant pas de lien avec l'aidant principal	0 (0,00%)	15 (14,42%)	15 (14,42%)
Total	41 (39,42%)	63 (60,58%)	104 (100,00%)

Les raisons pour lesquelles les 63 répondants ne mettant pas en place de thérapies écosystémiques n'optent pas pour ce type d'approche sont nombreuses (plusieurs réponses pouvaient être cochées). Majoritairement, ils évoquent le manque de formation (41 réponses - 65,00%), de supports (23 réponses - 36,50%) et de temps (21 réponses - 33,30%). D'autres points sont également exposés tels l'absence d'aidant (5 réponses - 7,90%), le désaccord du patient (5 réponses - 7,90%), la difficulté à mettre en place ce type de thérapies selon le lieu d'exercice (5 réponses - 7,90%), le désaccord ou l'impossibilité pour l'aidant de participer à ces thérapies (4 réponses - 6,30%), leur manque d'intérêt dans la réalité clinique (2 réponses - 3,20%) ou encore le fait qu'elles puissent être source de conflit entre aidant et orthophoniste (1 réponse - 1,60%). Certains répondants admettent simplement ne pas y avoir pensé (8 réponses - 12,70%).

3. Connaissance des processus de réparation du discours

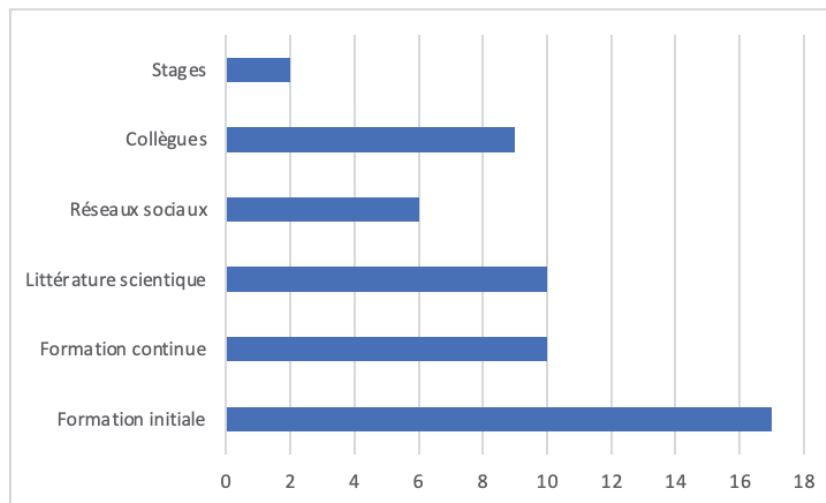
La répartition de notre échantillon concernant la connaissance ou non des processus de réparation du discours indique que 75 (72,00%) des répondants ne sont pas informés à ce sujet, 29 (28,00%) le sont. Ce résultat ne semble pas relié aux caractéristiques des participants : il n'est pas expliqué par l'année d'obtention du diplôme (test Khi-2 = 6,73 et $p = 0,15$ pour un degré de liberté de 4 et un seuil de significativité de 0,05), le type d'exercice (test Khi-2 = 2,13 et $p = 0,14$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05) et le pays de formation (test Khi-2 = 0,63 et $p = 0,43$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05).

3.1. Analyse des réponses données par les participants ayant connaissance des processus de réparation du discours

Il s'avère que 29 orthophonistes ont déclaré avoir connaissance des processus de réparation du discours. La Figure 2 illustre la répartition des réponses de ces 29 participants au sujet du biais par lequel ils ont été informés de ces techniques (là encore, ils avaient la possibilité de donner plusieurs moyens d'information). La majorité a alors reçu un enseignement spécifique dans la cadre de sa formation initiale (17 réponses – 58,62%) ou d'une formation continue (10 réponses – 34,48%) et par le biais de revues ou articles scientifiques (10 réponses – 34,48%), 9 (31,03%) en ont entendu parler par d'autres collègues orthophonistes, 6 (20,69%) en ont pris connaissance via les réseaux sociaux, et 2 (6,90%) les ont rencontrés au fil de leurs stages.

Figure 2

Canal(aux) par le(s)quel(s) les répondants ont été informés au sujet des processus de réparation du discours



Afin d'avoir une meilleure vision du degré de connaissance de ces 29 répondants sur le sujet, il leur a été demandé de cocher les processus de réparation du discours parmi une liste. Cette liste était donc composée de processus de réparation mais également d'intrus, à savoir le recours aux gestes, le recours à l'écrit et l'usage du regard. Le Tableau 3 montre le nombre et le pourcentage de participants ayant identifié chacun des items en tant que processus de réparation du discours. Ainsi, la reformulation (28 réponses – 96,55%), le recours aux gestes (26 réponses – 89,66%), la demande de clarifications (24 réponses – 82,76%) et le recours à l'écrit (22 réponses – 75,86%) sont majoritairement identifiés comme des processus de réparation du discours.

Tableau 3

Nombre et pourcentage d'items considérés comme des processus de réparation du discours par les répondants

	Reformulation	Recours aux gestes	Demande de clarifications	Recours à l'écrit	Apport d'indices
Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item	28 96,55%	26 89,66%	24 82,76%	22 75,86%	20 68,97%
	Répétition	Usage du regard	Spécification	Confirmation - Infirmerie	Usage de productions inappropriées
Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item	19 65,52%	18 62,07%	14 48,28%	9 31,03%	3 10,34%

Après attribution d'un pourcentage de réussite à chaque participant à cette question (pour rappel, 1 point était attribué si le participant cochait un processus ou s'il ne cochait pas un « non-processus », 0 point était attribué si le participant ne cochait pas un processus ou s'il cochait un « non-processus »), il apparaît qu'un score de 70% est obtenu par 5 répondants, 2 d'entre eux obtiennent un score de 60% et ils sont 10 à obtenir un score de 50%. Ainsi, parmi les 29 personnes ayant affirmé avoir connaissance des processus de réparation du discours, 12 obtiennent un score inférieur à 50% de réussite. Finalement, ce résultat suggère que seuls 17 des orthophonistes de notre échantillon total ont une connaissance « approfondie » des processus de réparation du discours ; cette variable ne présente aucune relation significative avec l'année d'obtention du diplôme (test Khi-2 = 4,26 et $p = 0,37$ pour un degré de liberté de 4 et un seuil de significativité de 0,05), le type d'exercice (test Khi-2 = 0,067 et $p = 0,80$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05) et le pays de formation (test Khi-2 = 2,79 et $p = 0,10$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,05) des participants.

De plus, près de la moitié (13 répondants – 44,83%) de ces 29 orthophonistes, affirme avoir connaissance de ces processus comme support des thérapies écosystémiques. L'autre moitié (16 répondants – 55,17%) n'a pas connaissance de ce point.

Enfin, le Tableau 4 montre la répartition des réponses apportées par les sujets concernant les bénéfices des processus de réparation du discours (il était possible de cocher plusieurs réponses) : le nombre et le pourcentage de participants ayant identifié chaque item comme un bénéfice de l'usage des processus de réparation ont donc été observés. Les principaux bénéfices désignés sont l'amélioration de la fonctionnalité de l'échange (29 réponses – 100,00%), l'amélioration de la fluidité de l'échange (19 réponses – 65,52%) et la réduction du nombre d'erreurs conversationnelles (14 réponses – 48,28%). Or, seules l'amélioration de la fluidité et de la fonctionnalité de l'échange et la réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation de l'erreur sont effectivement des bénéfices de l'usage des processus de réparation du discours prouvés par les données de la littérature.

Tableau 4

Nombre et pourcentage d'items considérés en tant que bénéfiques de processus de réparation du discours par les répondants

	Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item
Amélioration de la fonctionnalité de l'échange	29 100,00%
Amélioration de la fluidité de l'échange	19 65,52%
Réduction du nombre d'erreurs conversationnelles	14 48,28%
Réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation	12 41,38%
Amélioration des capacités morphosyntaxiques du patient	11 37,93%
Amélioration des capacités lexicales du patient	10 34,48%

Enfin, 24 (82,76%) d'entre eux ont recours à ces techniques dans la prise en soin de leur(s) patient(s) aphasique(s), en séance individuelle (12 réponses – 50,00%) ou en les intégrant à une approche écosystémique (12 réponses – 50,00%).

3.2. Analyse des réponses données par les participants n'ayant pas connaissance des processus de réparation du discours

Au sein de notre échantillon, 75 participants ont déclaré ne pas être informés au sujet des processus de réparation du discours. Une liste de techniques de réparation leur a alors été proposée afin de savoir s'ils en connaissaient certaines sans pour autant les apparenter à des processus de réparation du discours (cette liste était uniquement composée de processus de réparation du discours). Le Tableau 5 indique la répartition des réponses données par les répondants à cette question : les techniques les plus connues de ces derniers sont la reformulation (65 réponses – 86,67%), la répétition (45 réponses – 60,00%), la demande de clarification (45 réponses – 60,00%) et la confirmation/infirmer (45 réponses – 60,00%).

Tableau 5

Nombre et pourcentage de processus de réparation du discours connus par les répondants

	Reformulation	Répétition	Demande de clarifications	Confirmation - Infirmer
Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item	65 86,67%	45 60,00%	45 60,00%	45 60,00%

	Spécification	Usage de productions inappropriées	Aucune	
Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item	14 18,67%	8 10,67%	7 9,33%	

De plus, 14 (18,67%) d'entre eux ont connaissance de ces mêmes techniques en tant que support des thérapies écosystémiques, et selon eux, les principaux bénéfices de ces techniques sont l'amélioration de la fonctionnalité de l'échange (71 réponses – 94,67%), l'amélioration de la fluidité de l'échange (55 réponses – 73,33%) et la réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation (34 réponses - 45,33%). Le Tableau 6 montre précisément la répartition des réponses données par les 75 participants à cette question.

Tableau 6

Nombre et pourcentage d'items considérés en tant que bénéfiques des processus de réparation du discours par les répondants

	Nombre et pourcentage de sujets ayant coché l'item
Amélioration de la fonctionnalité de l'échange	71 94,67%
Amélioration de la fluidité de l'échange	55 73,33%
Réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation	34 45,33%
Réduction du nombre d'erreurs conversationnelles	28 37,33%
Amélioration des capacités lexicales du patient	21 28,00%
Amélioration des capacités morphosyntaxiques du patient	19 25,33%
Je ne sais pas	1 1,33%

Enfin, 62,67% (47 réponses) d'entre eux ont recours à ces techniques dans la prise en soin de leur(s) patient(s) aphasique(s), en séance individuelle pour la plupart (36 réponses – 76,60%), plutôt qu'en les intégrant à une approche écosystémique (11 réponses – 23,40%).

4. Recours aux processus de réparation du discours dans la prise en soin du patient aphasique

Parmi les orthophonistes de notre échantillon, 70 (67,31%) affirment avoir recours à ces techniques de réparation du discours dans la prise en soin de leur(s) patient(s)

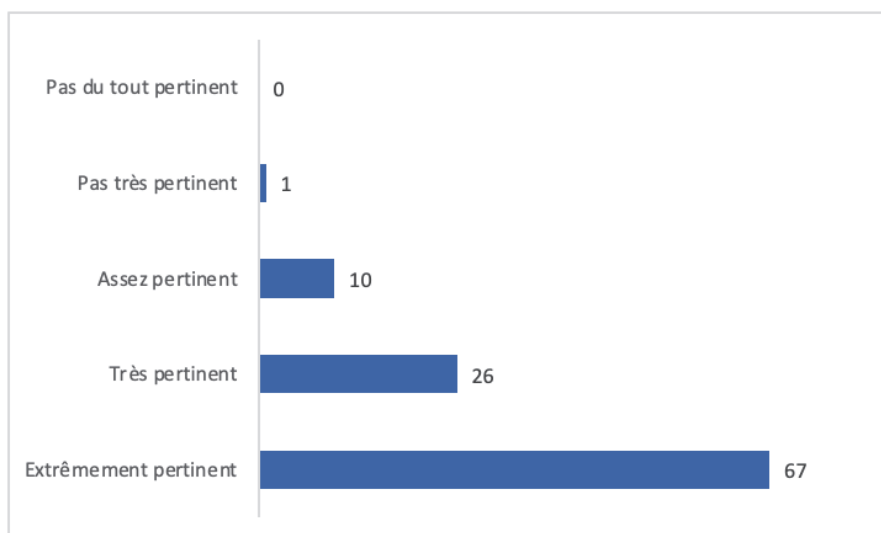
aphasique(s). Nous avons alors cherché à savoir de quelle manière ces processus étaient mis en place par les participants : en séance individuelle directement auprès du patient, en thérapie écosystémique à destination de l'aidant principal, ou les deux. Ainsi, 47 (67,14%) de ces 70 répondants affirment avoir recours à ces techniques en séances individuelles uniquement, 23 (32,86%) usent de ces techniques auprès du patient comme de l'aidant principal. Ce point entretient un lien significatif avec le pays de formation des participants (test Khi-2 = 7,50 et $p = 0,006$ pour un degré de liberté de 1 et un seuil de significativité de 0,01). En effet, les orthophonistes formés en Belgique semblent davantage recourir aux techniques de réparation du discours en séance individuelle et dans une approche écosystémique.

5. Avis des orthophonistes au sujet de la pertinence du recours aux processus de réparation du discours après présentation de la plaquette d'informations

Après présentation d'une plaquette d'informations, réalisée au préalable, au sujet des processus de réparation du discours dans la prise en soin du patient aphasique, nous avons recueilli l'avis des participants concernant la pertinence de l'usage de ces processus en tant que support de thérapies écosystémiques à destination de l'aidant principal du patient aphasique. Ainsi, 67 (64,42%) répondants jugent cet outil extrêmement pertinent, 26 (25,00%) le jugent très pertinent, 10 (9,62%) le jugent assez pertinent, et une personne (0,96%) ne trouve pas cet outil très pertinent (Figure 3).

Figure 3

Pertinence de l'usage des processus de réparation du discours en tant que support de thérapies écosystémiques dans la prise en soin de l'aphasie par les répondants



IV. Discussion

1. Recontextualisation

L'aphasie, du fait des atteintes langagières qu'elle engendre mais également du fait des conséquences psychologiques qui en découlent et qui touchent le patient et ses proches, est un véritable enjeu de santé publique. Avec son apparition, bien souvent brutale, c'est toute la dynamique familiale qui est modifiée. Les difficultés entraînées par la survenue de l'aphasie affectent non seulement le patient mais également son entourage, et donc son aidant principal. Ce dernier se trouve alors démuni face à cette nouvelle situation et exprime souvent le besoin d'être intégré dans la prise en soin de son conjoint aphasique afin de disposer de clés pour l'aider dans sa communication. C'est en partie ce que propose le courant des thérapies écosystémiques. Ce type d'approche permet alors d'intégrer l'entourage et l'environnement du patient à la prise en soin dans le but de la rendre la plus écologique possible. Les processus de réparation du discours viennent alors s'inscrire dans ce courant écosystémique : il est en effet question de former l'aidant principal du patient aphasique à ces processus dans le but d'accéder à davantage de fonctionnalité dans les échanges quotidiens.

Le but de cette étude était alors d'avoir un aperçu de l'usage des thérapies écosystémiques par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques mais également de leur connaissance des processus de réparation du discours en tant que support de ces thérapies.

2. Caractéristiques de l'échantillon

L'ensemble des orthophonistes de notre échantillon a été diplômé entre 1982 et 2021. Nous avons choisi de regrouper les orthophonistes selon qu'ils ont été diplômés entre 0 et 5 ans (2016-2021), entre 6 et 10 ans (2011-2015), entre 11 et 15 ans (2006-2010), entre 16 et 20 ans (2001-2005), ou il y a plus de 20 ans (avant 2000). Ainsi, une partie importante (39 – 38,00%) des orthophonistes de notre échantillon est nouvellement diplômée (entre 0 et 5 ans), alors que les autres groupes présentent une répartition plutôt équivalente. En moyenne, les orthophonistes de notre échantillon ont été diplômés il y a 11,6 ans. L'âge moyen de début de carrière des orthophonistes français se situe entre 30 et 34 ans d'après la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, 2019a). En se basant sur cet âge moyen, les orthophonistes de

notre échantillon ont en moyenne entre 41,6 et 45,6 ans. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la moyenne d'âge des orthophonistes en France étant de 44,1 ans (DREES, 2021), notre échantillon est représentatif de la population des orthophonistes français sur ce point.

De plus, 72 (69,00%) des 104 participants exercent une activité libérale ou mixte et 32 (31,00%) exercent en salariat. D'après la DREES, sur un total de 27 642 orthophonistes en France, 22 307 (80,70%) ont une activité libérale ou mixte, 5 335 (19,30%) ont un exercice salarié (DREES, 2021). Au regard de la population des orthophonistes français, notre échantillon n'est pas représentatif : l'exercice salarié étant surreprésenté.

3. Pratique des thérapies écosystémiques par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques

Nous avons tout d'abord cherché à observer la proportion d'orthophonistes de notre échantillon ayant recours aux thérapies écosystémiques dans leur prise en soin du patient aphasique. Ainsi, 61,00% (63 réponses) d'entre eux n'ont pas recours à ce type d'approche, et 39,00% (41 réponses) en proposent. Notre hypothèse de départ selon laquelle les orthophonistes avaient encore majoritairement peu recours aux thérapies écosystémiques dans leur prise en soin de l'aphasie est ainsi validée.

Pour autant, 86,00% (89 réponses) des participants déclaraient précédemment être en lien avec l'aidant principal de leur(s) patient(s) aphasique(s). Ainsi, la grande majorité des participants est en contact avec l'aidant principal mais la tendance s'inverse lorsqu'il est question de thérapies écosystémiques puisque la majorité n'en propose pas. D'après nos analyses statistiques, la mise en place de thérapies écosystémiques n'est en rien liée à l'année d'obtention du diplôme ou au type d'exercice des répondants, venant ainsi invalider notre hypothèse initiale. Toutefois, les orthophonistes ayant une activité libérale ou mixte travaillent davantage en lien avec l'aidant principal de leur(s) patient(s) aphasique(s) que les orthophonistes salariés.

Nous avons alors cherché à comprendre quelles en étaient les raisons : les sujets affirment pour la majeure partie manquer de formation (39,05%), de supports (21,90%) et de temps (20,00%). Les points concernant le manque de formation et le

manque de supports rendent alors l'élaboration d'une plaquette d'informations tout à fait utile.

De plus, les séances moins formelles, plus en lien avec l'aidant, ayant pour but d'agir sur l'entourage et l'environnement du patient, et relevant ainsi d'une approche écosystémique, ne sont pas prévues dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes (FNO, 2019b). Ce point n'est pas à négliger et pourrait contribuer au fait que, malgré les bénéfices de ce type d'approche prouvés dans la littérature scientifique, les orthophonistes n'y accordent pour autant que peu de temps.

4. Connaissance des processus de réparation du discours par les orthophonistes prenant en soin des patients aphasiques

La plupart des orthophonistes de notre échantillon (75 participants – 72,00%) affirme ne pas avoir connaissance des processus de réparation du discours, ce point valide notre hypothèse de départ selon laquelle les orthophonistes sont relativement peu informés à ce sujet. Parmi les 28,00% (29 participants) restants, la majeure partie a reçu un enseignement à ce sujet au cours de sa formation initiale. Toutefois, nous ne relevons aucun impact de l'année d'obtention du diplôme, du pays de formation ou encore du type d'exercice des participants sur la connaissance ou non des processus de réparation du discours (notre hypothèse initiale est alors invalidée).

De plus, parmi les 28,00% (29 participants) ayant répondu connaître ces techniques, aucun ne parvient à identifier la totalité des processus de réparation du discours parmi une liste, révélant ainsi une connaissance partielle de ces techniques. En effet, seuls 17 (58,62%) des 29 orthophonistes informés au sujet des processus de réparation du discours obtiennent un pourcentage de réussite supérieur ou égal à 50%. Finalement, 16,35% des participants (17 personnes) ont une connaissance suffisante de ces techniques de réparation. Ce résultat vient alors renforcer la validation de notre hypothèse de départ selon laquelle les processus de réparation du discours sont méconnus des orthophonistes. Toutefois, les participants ayant recours aux thérapies écosystémiques obtiennent les scores les plus élevés quant à la connaissance des processus de réparation du discours. Il y a donc un lien entre la mise en place de thérapies écosystémiques et la connaissance « approfondie » des processus de réparation du discours.

De nombreux participants considèrent d'ailleurs le recours aux gestes comme l'un des principaux processus de réparation du discours, ils ne sont pourtant pas décrits comme tels dans la littérature scientifique. Toutefois, les gestes restent un outil puissant sur lequel s'appuyer dans la prise en soin du patient aphasique : ils permettent, notamment, d'appuyer le message énoncé verbalement tout en maintenant l'attention de l'interlocuteur (Preisig et al., 2015).

Cette connaissance partielle des processus de réparation du discours se retrouve également au niveau des bénéfices apportés par ces techniques. En effet, les bénéfices évoqués ne reflètent pas la réalité clinique décrite dans les études citées précédemment (Schegloff, 1993 ; Lesser & Algar, 1995 ; Booth & Perkins, 1999).

En revanche, lorsque les participants non avertis au sujet des processus de réparation du discours sont sondés au sujet des techniques qu'ils connaissent, 60,00% des sujets ont connaissance de la moitié des techniques de réparation du discours. De plus, 62,67% d'entre eux y ont recours dans la prise en soin de leur(s) patient(s) aphasique(s). Ces mêmes participants ont en grande majorité recours à ces processus de réparation du discours en séance individuelle directement avec leur(s) patient(s) aphasique(s), plutôt qu'auprès de l'aidant principal de ce dernier. Il en est de même concernant les participants ayant connaissance des processus de réparation du discours. Toutefois, parmi les répondants ayant recours au processus de réparation du discours, les orthophonistes formés en Belgique en usent davantage, en séance individuelle et en thérapies écosystémiques, que les orthophonistes formés en France.

Ce point semble alors suggérer que malgré une importante méconnaissance des processus de réparation du discours, ces techniques sont toutefois plutôt innées étant donné que la plupart des orthophonistes y ont recours sans être informés à ce sujet. Ce caractère inné semble d'ailleurs faire la force des processus de réparation du discours et leur permet de rétablir aisément et naturellement la fonctionnalité et la fluidité des échanges quotidiens au sein de la dyade aphasique. Si les orthophonistes de notre échantillon ont recours aux processus de réparation du discours sans forcément être informés à leur sujet, il pourrait être intéressant d'observer la proportion d'aidants principaux de patients aphasiques ayant également recours à ces techniques de manière spontanée.

5. Limites et biais de la recherche menée

Notre étude a porté sur un échantillon de 104 participants. Selon Berthier (2006), un échantillon de 100 réponses permet d'appliquer des statistiques fiables. Toutefois, en regroupant nos participants selon des caractéristiques communes afin de les comparer, les effectifs étaient largement réduits par rapport à notre effectif initial, amenuisant la fiabilité de nos analyses statistiques et donc la significativité de nos résultats. Il serait donc intéressant d'observer les conclusions obtenues avec un échantillon de plus grande envergure.

De plus, le groupe des orthophonistes formés en Belgique (20 – 19,00%) est peu important au regard du groupe des orthophonistes formés en France (85 – 81,00%) d'une part, et le groupe de participants diplômés entre 2016 et 2021 est, quant à lui, surreprésenté par rapport aux autres tranches d'années d'obtention du diplôme d'autre part. Ainsi, pouvons-nous nous poser la question de savoir si les résultats obtenus quant à l'influence du pays de formation et de l'année d'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste sur la pratique des thérapies écosystémiques et sur la connaissance des processus de réparation du discours notamment, sont réellement significatifs. Des groupes de tailles équivalentes auraient été préférables et auraient probablement donné des résultats statistiquement plus fiables.

Certains participants affirment avoir pris connaissance des processus de réparation du discours au cours de leur formation initiale. Ce point nous pousse à conclure que ces derniers sont enseignés au fil du cursus orthophonique. Toutefois, comment expliquer que la majorité des orthophonistes de notre échantillon n'aient pas connaissance des processus de réparation du discours et que cela ne dépende ni de l'année d'obtention du diplôme, ni du pays de formation des professionnels ? Afin d'éclaircir ce point, il aurait été pertinent de questionner les répondants au sujet de la ville dans laquelle ils ont effectué leur cursus : peut-être existe-t-il des différences dans les enseignements dispensés au sein des Centres de Formation Universitaires en Orthophonie ?

6. Apports et perspectives de la recherche menée

Parmi nos participants, nombreux sont ceux ayant identifié l'amélioration des capacités lexicales et des capacités morphosyntaxiques du patient comme bénéfiques liés à l'usage des processus de réparation du discours dans la prise en soin du patient aphasique. Lerner (1991, 1996) affirme que la collaboration des deux interlocuteurs est nécessaire à la construction d'un seul et même énoncé : lorsqu'il formule sa réponse, l'interlocuteur s'appuie sur le modèle morphosyntaxique précédemment fourni par son locuteur. Il pourrait alors être intéressant d'observer si la structure morphosyntaxique de l'interlocuteur du patient aphasique, à l'instar du sujet non pathologique, pourrait aider ce dernier à corriger et à enrichir ses propres modèles grammaticaux. Ces études (Lerner, 1991, 1996) vont d'ailleurs dans le sens du modèle de Clark & Schaefer (1989), venant ainsi renforcer le caractère indispensable d'une collaboration de chacun pour le bon déroulement de toute situation de communication. Ce modèle apporte toutefois une clé supplémentaire : l'occasion pour l'un d'alléger l'autre en endossant une grande partie de l'effort lié à l'acte de communication. Un équilibre est ainsi retrouvé.

Ces études permettent à elles seules de montrer l'importance et la pertinence de l'implication de l'aidant principal du patient aphasique dans la prise en soin de ce dernier.

Les processus de réparation du discours semblent alors s'inscrire dans ce système conversationnel collaboratif prouvé par Clark & Schaefer (1989) puis Lerner (1991, 1996) : le partenaire de communication peut prendre en charge une partie de la réparation de l'erreur conversationnelle de son conjoint aphasique dans le but de ne pas le surcharger et de rendre leur échange le plus fluide et fonctionnel possible.

La force de l'usage des gestes a également été relevée. Nous pouvons alors nous questionner sur l'intérêt d'accorder une place aux gestes dans la classification des processus de réparation du discours. Peut-être pourraient-ils permettre au partenaire de communication de signaler discrètement à son conjoint aphasique une erreur conversationnelle, laissant ainsi place à une co-initiation de la réparation ?

Cette analyse a permis de montrer l'impact positif de la formation de l'aidant principal du patient aphasique à la maîtrise des processus de réparation du discours,

ces derniers s'insérant dans le cadre d'une approche écosystémique, mais également un recours peu fréquent à ce type de thérapies par les orthophonistes, ainsi qu'un manque d'informations au sujet des processus de réparation du discours.

Les processus de réparation du discours peuvent être analysés en s'appuyant sur certaines grilles d'analyse conversationnelle : le PTECCA notamment (Protocole Toulousain d'Évaluation écosystémique de la Communication du Couple Aphasique). Cette grille « permet de repérer les comportements des deux interlocuteurs (c'est le couple aphasique) pour leur proposer des ajustements adaptés à leur profil de communication et aux symptômes aphasiques » (Iché & Rives, 2018, p. 187). Construite sur les fondements théoriques énoncés par Jakobson (1963) et Grice (1979), elle réserve une partie de son analyse aux processus de réparation du discours.

L'emploi d'une grille d'analyse conversationnelle semble particulièrement utile. En effet, seules les observations qualitatives permettent d'exprimer les comportements et particularités de chacun des interlocuteurs en situation d'échange (Simmons-Mackie et al., 2004).

Le développement d'une grille d'analyse plus spécifique à la gestion de la réparation de l'erreur conversationnelle pourrait alors être un réel levier pour les orthophonistes dans la prise en soin de leur(s) patient(s) aphasique(s). Venant ainsi répondre à un besoin (les orthophonistes déclarent manquer de supports pour avoir recours à une approche écosystémique dans leur prise en soin), cette grille permettrait d'avoir une idée précise des difficultés discursives du patient, des caractéristiques de la communication au sein de la dyade aphasique et des éléments déployés par cette même dyade dans le but de gérer une erreur conversationnelle.

Conclusion

Le patient aphasique est entravé, à des degrés divers selon les atteintes et troubles qu'il présente, dans sa capacité à communiquer sur le plan verbal comme sur le plan non verbal, en expression comme en réception. Malgré les difficultés inhérentes à l'aphasie, le patient reste un sujet communicant et il est important d'aider son entourage à ne pas cesser de le considérer comme tel. Toutefois, le partenaire de communication privilégié du patient aphasique, qui est bien souvent son aidant principal, se retrouve lui aussi empêché dans sa communication et exprime son besoin de disposer d'outils pour faire face à cette situation nouvelle.

Les processus de réparation du discours ont pour objectif premier d'améliorer la fluidité et la fonctionnalité du discours en réduisant le nombre de tours de parole dédiés à la gestion de la réparation de l'erreur conversationnelle, jusqu'alors trop nombreux. Ils s'inscrivent dans une approche écosystémique de la prise en soin du patient aphasique puisqu'ils sont destinés à son aidant principal : leur utilité et leur efficacité sont appréciables si l'aidant est formé à ces techniques. Ce type d'approche n'a évidemment pas vocation à se substituer à une intervention orthophonique formelle, elle vient la compléter.

La présente étude a montré le peu de mise en place de thérapies écosystémiques par les orthophonistes malgré un lien avec l'aidant principal pourtant bien présent, et ce le plus souvent par manque de formations, de supports et de temps. Elle a également montré une méconnaissance des processus de réparation du discours : la plupart des participants n'étaient pas informés à ce sujet, d'autres en avaient déjà entendu parler mais n'avaient pas de connaissances solides. Toutefois, après présentation de la plaquette d'informations concernant ces techniques de réparation, la majorité des participants a déclaré trouver ce support extrêmement pertinent dans la prise en soin du patient aphasique à visée écosystémique.

Au-delà des améliorations discursives apportées par l'usage des processus de réparation du discours par l'aidant principal, il pourrait être intéressant de se pencher sur les progrès langagiers que ces derniers pourraient présenter (notamment lexicaux et morphosyntaxiques), mais également sur la construction d'une grille d'analyse de la communication du couple aphasique spécifique à ces processus de réparation du discours.

Références

- Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* (100).
- American Speech-Language-Hearing Association. *Aphasia*. American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/public/speech/disorders/aphasia/>
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*.
- Barnes, S. E., Candlin, C. N., & Ferguson, A. (2013). Aphasia and topic initiation in conversation : A case study: Aphasia and topic initiation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 102-114. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00186.x>
- Beaudichon, J. (1999). *La communication. Processus, formes et applications*. Armand Colin.
- Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés*. Colin.
- Bloch, S., & Beeke, S. (2008). Co-constructed talk in the conversations of people with dysarthria and aphasia. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(12), 974-990. <https://doi.org/10.1080/02699200802394831>
- Bonnans, C., & Delieutraz, C. (2014). La parole reprise comme réparation conversationnelle dans le cadre de l'aphasie. *Revue Tranel*, 60, 85-96.
- Booth, S., & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia : A case study. *Aphasiology*, 13(4-5), 283-303. <https://doi.org/10.1080/026870399402109>
- Brin-Henry, F. (2014). Education thérapeutique du patient (ETP) et orthophonie. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 156-166). Sauramps Medical.

- Cataix-Nègre, E. (2017). *Communiquer autrement : Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage* (2e édition). De Boeck Supérieur.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2021). *Les aphasies—Évaluation et rééducation* (2e édition). Elsevier Masson.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1989). Contributing to Discourse. *Cognitive Science*, 13(2), 259-294. https://doi.org/10.1207/s15516709cog1302_7
- CNSA. (2021). *Un module de sensibilisation en ligne et une recherche à destination des personnes aphasiques et de leurs proches aidants*. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/un-module-de-sensibilisation-en-ligne-et-une-recherche-a-destination-des-personnes-aphasiques-et-de-leurs-proches-aidants>
- Cocks, N., Byrne, S., Pritchard, M., Morgan, G., & Dipper, L. (2018). Integration of speech and gesture in aphasia : Integration of speech and gesture in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 584-591. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12372>
- COFACE. (2009). *Charte Européenne de l'aidant familial*. Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne.
- Croteau, C., Le Dorze, G., & McMahon-Morin, P. (2018). Mieux cerner les besoins des proches de personnes aphasiques pour concevoir une intervention orthophonique efficace et facilitant la communication. *Rééducation orthophonique*, 274, 335-352.
- Croteau, C., McMahon-Morin, P., Le Dorze, G., & Baril, G. (2020). Impact of aphasia on communication in couples. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(4), 547-557.

- Dalrymple, A., Stanfield, S., & Walker, B. (2016). *Rééducation de l'aphasie : Fiches d'exercices*. De Boeck Supérieur.
- Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *The New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539. <https://doi.org/10.1056/NEJM199202203260806>
- De Partz, M.-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : L'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, 4-12.
- Delaby, S., Rousseau, T., & Gatignol, P. (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(63), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.02.001>
- DREES. (2021). *Démographie des professionnels de santé*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Eggenberger, N., Preisig, B. C., Schumacher, R., Hopfner, S., Vanbellingen, T., Nyffeler, T., Gutbrod, K., Annoni, J.-M., Bohlhalter, S., Cazzoli, D., & Müri, R. M. (2016). Comprehension of Co-Speech Gestures in Aphasic Patients : An Eye Movement Study. *PLOS ONE*, 11(1), e0146583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146583>
- FNO. (2019a). *Les orthophonistes : Données statistiques*. Fédération Nationale des Orthophonistes. <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/01/Drees-2019.pdf>
- FNO. (2019b). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels*. Fédération Nationale des Orthophonistes. <https://www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/ngap-orthophonie-affiches-avec-les-tarifs-valables-au-1er-juillet-2019/>
- Gil, R. (2018). *Neuropsychologie* (7e édition). Elsevier Masson.

- Gonçalves, A. P., Mello, C., Pereira, A. H., Ferré, P., Fonseca, R. P., & Joannette, Y. (2018). Executive functions assessment in patients with language impairment. A systematic review. *Dement Neuropsychol*, 12(3), 272-283. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030008>
- Goodwin, C. (1995). Co-Constructing Meaning in Conversations With an Aphasic Man. *Research on Language and Social Interaction*, 28(3), 233-260. https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2803_4
- Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72.
- Hallé, M.-C., & Le Dorze, G. (2014). Understanding significant others' experience of aphasia and rehabilitation following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36(21), 1774-1782. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.870608>
- Hostetter, A. B. (2011). When do gestures communicate? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(2), 297-315. <https://doi.org/10.1037/a0022128>
- Iché, A., & Rives, C. (2018). Un protocole d'évaluation écosystémique de la communication du sujet aphasique avec son conjoint: Le PTECCA. *Rééducation orthophonique*, 274, 185-212.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Les éditions de minuit.
- Laakso, M., & Klippi, A. (1999). A closer look at the « hint and guess » sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, 13(4-5), 345-363. <https://doi.org/10.1080/026870399402136>
- Laska, A. C., Hellblom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249(5), 413-422.

- Le Dorze, G., & Michallet, B. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasique : Une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(9), 546-556.
- Lerner, G. H. (1991). On the syntax of sentences-in-progress. *Language in Society*, 20(3), 441-458. <https://doi.org/10.1017/S0047404500016572>
- Lerner, G. H. (1996). On the "semi-permeable" character of grammatical units in conversation: Conditional entry into the turn space of another speaker. *Interaction and Grammar*, 238-276. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511620874.005>
- Lesser, R., & Algar, L. (1995). Towards combining the cognitive neuropsychological and the pragmatic in aphasia therapy. *Neuropsychological Rehabilitation*, 5(1-2), 67-92. <https://doi.org/10.1080/09602019508520176>
- Lesser, R., & Milroy, L. (1993). *Linguistics and Aphasia: Psycholinguistic and Pragmatic Aspects of Intervention*. Routledge.
- Lubinski, R., Duchan, J., & Weitzner-Lin, B. (1980). Analysis of Breakdowns and Repairs in Aphasic Adult Communication. *Clinical Aphasiology: Conference Proceedings*, 111-116.
- Manning, M., MacFarlane, A., Hickey, A., & Franklin, S. (2019). Perspectives of people with aphasia post-stroke towards personal recovery and living successfully : A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214200>
- Martin, Y. (2018). Les perturbations de la communication chez la personne aphasique. *Rééducation orthophonique*, 274, 169-184.
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Elsevier Masson.

- Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse : Towards a collaborative model. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 6(1-2), 27-40.
<https://doi.org/10.3109/02699209208985517>
- Oelschlaeger, M. L., & Damico, J. S. (2000). Partnership in conversation: a study of word search strategies. *Journal of communication disorders*, 33(3), 205-225.
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Organisation Mondiale de la Santé.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
- Preisig, B. C., Eggenberger, N., Zito, G., Vanbellingen, T., Schumacher, R., Hopfner, S., Nyffeler, T., Gutbrod, K., Annoni, J.-M., Bohlhalter, S., & Müri, R. M. (2015). Perception of co-speech gestures in aphasic patients : A visual exploration study during the observation of dyadic conversations. *Cortex*, 64, 157-168.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.10.013>
- Rousseaux, M., Bénèche, M., & Cortiana, M. (2014). Les aspects théoriques de la communication. In *Communiquer malgré l'aphasie* (p. 20-32). Sauramps Medical.
- Schegloff, E. A. (1993). Reflections on Quantification in the Study of Conversation. *Research on Language & Social Interaction*, 26(1), 99-128.
https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2601_5
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Linguistic Society of America*, 53(2), 361-382.
- Searle, J. R. (1982). *Sens et expression*. Les éditions de minuit.
- Simmons-Mackie, N., Kingston, D., & Schultz, M. (2004). Speaking for another : The management of participant frames in aphasia. *American Journal of Speech-*

Language Pathology, 13(2), 114-127. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2004/013\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004/013))

Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K., & Sage, K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 74-87. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.551140>

Sommaire des annexes

Annexe A : Notice d'information	1
Annexe B : Questionnaire	3
Annexe C : Plaquette d'informations	7

Annexes

Annexe A : Notice d'information

Nom de l'étude : État des lieux des pratiques professionnelles des thérapies écosystémiques et de la connaissance des processus de réparation du discours comme support de ces thérapies dans la cadre de la prise en soin du patient aphasique par les orthophonistes.

Directeur du mémoire et structure : ICHE Aurélie, orthophoniste – LEFEBVRE Sophie, orthophoniste

Contact du directeur de mémoire : aurelie.iche31@gmail.com – sophielefebvre69@gmail.com

Etudiant : AZOULAY Laure, étudiante en Master 2 Département d'Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Université Claude Bernard Lyon 1.

Contact de l'étudiant : laure.azoulay@etu.univ-lyon1.fr

Contact Responsable Mémoire au département d'orthophonie (ISTR): memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur les pratiques professionnelles des thérapies écosystémiques dans la prise en soin du patient aphasique par les orthophonistes et de leur utilisation des processus de réparation du discours comme support de ces thérapies.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de donné. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle au responsable de l'étude (Le Directeur de Mémoire) ou à la personne réalisant le recueil de donnée (l'étudiant).

But de l'étude : Cette étude a pour but de prendre connaissance des pratiques professionnelles des orthophonistes dans la prise en soin du patient aphasique et plus précisément, dans un premier temps, le recours aux thérapies écosystémiques dans cette prise en soin. Dans un second temps, cette étude sera plus spécifique aux processus de réparation du discours (seconde partie du questionnaire) dans le but de mettre en évidence la connaissance de ces processus par les orthophonistes mais également leur utilisation comme support des thérapies écosystémiques.

Une plaquette d'informations est proposée en fin de questionnaire afin d'informer les orthophonistes au sujet des processus de réparation du discours mais également de recueillir leur ressenti sur leur utilité dans la prise en soin du patient aphasique.

Déroulement de l'étude et méthode : Le questionnaire sera diffusé au moins de novembre 2021 et contiendra directement la plaquette d'informations. Le questionnaire sera disponible jusqu'au mois de février 2022. La plaquette, intégrée au questionnaire, pourra être obtenue de manière définitive en contactant l'étudiante à l'origine du projet à l'adresse mail indiquée.
Les résultats recueillis seront ensuite analysés.

Frais : Votre collaboration à ce recueil de donnée n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité :

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude (le Directeur du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : La finalité de cette étude est de mieux comprendre les pratiques professionnelles des orthophonistes sur les points précédemment évoqués et ainsi de comprendre si les processus de réparation du discours pourraient être envisagés comme un levier dans la prise en soin du patient aphasique.

Risques potentiels : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

Annexe B : Questionnaire

1. Êtes-vous orthophoniste ?
 - Oui.
 - Non. (Renvoi automatique à la fin du questionnaire)
2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
 - Menu déroulant proposant des dates de 1980 à 2021.
3. Dans quel pays avez-vous effectué vos études ?
 - France.
 - Belgique.
 - Suisse.
 - Autre :
4. Quel est votre type d'exercice ?
 - Libéral.
 - Salariat.
 - Mixte.
5. Prenez-vous en soin un (des) patient(s) aphasique(s) ?
 - Oui, je prends actuellement en soin un (des) patient(s) aphasique(s).
 - Pas actuellement, mais j'ai pris en soin un (des) patient(s) aphasique(s) au cours de la dernière année.
 - Non, je ne prends pas en soin de patient aphasique. (Renvoie automatique à la fin du questionnaire)
6. Dans le cadre de la prise en soin de votre (vos) patient(s) aphasique(s), êtes-vous en lien avec leur aidant principal ?
 - Oui.
 - Non.
7. Proposez-vous des thérapies basées sur une approche écosystémique en agissant auprès de l'aidant principal du patient ?
 - Oui. (Passage à la question 9)
 - Non. (Réponse à la question 8)
8. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
 - Par manque de support(s).
 - Par manque de temps.
 - Par manque de formation.
 - Le patient n'est pas d'accord.

- L'aidant n'est pas d'accord.
 - Ce type d'approche n'a que peu d'intérêt dans la réalité clinique.
 - Je n'y ai pas pensé.
 - Autre :
9. Selon vous, quels pourraient être les apports des thérapies écosystémiques dans le cadre de la prise en soin du patient aphasique ?
- Elles font progresser le patient.
 - Elles donnent des clés à l'aidant.
 - Elles valorisent l'aidant en l'intégrant dans la prise en soin.
 - Elles renforcent l'alliance thérapeutique.
 - Les données de la littérature ne montrent aucun apport de ces thérapies.
 - L'expertise clinique ne montre aucun apport de ces thérapies.
 - Autre :
10. Avez-vous connaissance des processus de réparation du discours ?
- Oui. (Réponse aux questions 11 à 17)
 - Non. (Réponse aux question 17 à 21)
11. Si oui, comment avez-vous eu connaissance des processus de réparation du discours ?
- En formation initiale.
 - En formation continue.
 - Via des revues/articles scientifiques.
 - Via les réseaux sociaux.
 - Via des collègues orthophonistes.
 - Autre :
12. Avez-vous connaissance des processus de réparation du discours en tant que support des thérapies écosystémiques, à destination de l'aidant principal du patient aphasique ?
- Oui.
 - Non.
13. La réparation du discours est-elle spécifique du patient aphasique ?
- Oui.
 - Non.
14. Expliquez : Réponse courte.

15. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) processus de réparation du discours ?
- La répétition.
 - La reformulation.
 - Le regard.
 - La spécification.
 - L'apport d'indices.
 - Le recours à des gestes.
 - L'infirmité.
 - La demande de clarifications.
 - L'usage de productions inappropriées.
 - Le recours à l'écrit.
16. Selon vous, quel(s) est (sont) le (les) bénéfice(s) de l'entraînement de l'aidant principal du patient aphasique aux processus de réparation du discours ?
- Réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation.
 - Amélioration des capacités lexicales du patient.
 - Amélioration des capacités morphosyntaxiques du patient.
 - Meilleure fluidité de l'échange.
 - Meilleure fonctionnalité de l'échange.
 - Diminution du nombre d'erreurs conversationnelles.
17. Avez-vous recours aux processus de réparation du discours dans la prise en soin de votre (vos) patient(s) aphasique(s) ?
- Oui.
 - Non.
18. Parmi ces techniques, laquelle (lesquelles) connaissez-vous ?
- La répétition.
 - La reformulation.
 - La spécification.
 - La confirmation/infirmité.
 - L'usage de productions inappropriées.
 - La formulation de questions pour clarifier la source de l'erreur.
 - Aucune.
19. Avez-vous connaissance de ces techniques en tant que support des thérapies écosystémiques, à destination de l'aidant principal du patient aphasique ?
- Oui.
 - Non.

20. La nécessité du recours à ces techniques est-elle spécifique des difficultés du patient aphasique ?

- Oui.
- Non.

21. Selon vous, quels sont les bénéfices de l'entraînement de l'aidant principal du patient aphasique à ces techniques ?

- Réduction du nombre de tours de parole dédiés à la réparation.
- Amélioration des capacités lexicales du patient.
- Amélioration des capacités morphosyntaxiques du patient.
- Meilleure fluidité de l'échange.
- Meilleure fonctionnalité de l'échange.
- Diminution du nombre d'erreurs conversationnelles.

22. Avez-vous recours à ces techniques dans la prise en soin de votre (vos) patient(s) aphasique(s) ?

- Oui. (Réponse aux questions 23 et 24)
- Non. (Passage à la présentation de la plaquette)

23. Si oui, de quelle manière ?

- En séance individuelle, directement auprès du (des) patient(s).
- En thérapie écosystémique, auprès de l'aidant.
- Les deux.

24. A quelle fréquence ?

- 1 2 3 4 5
- Très peu. Toujours.

Présentation de la plaquette d'informations au sujet des processus de réparation du discours.

25. Après avoir pris connaissance de cette plaquette d'informations, l'usage des processus de réparation du discours en tant que support des thérapies écosystémiques, à destination de l'aidant principal du (des) patient(s) aphasique(s) vous semble-t-il pertinent ?

- 1 2 3 4 5
- Pas du tout pertinent. Extrêmement pertinent.

Annexe C : Plaquette d'informations

LES PROCESSUS DE REPARATION DU DISCOURS



Les erreurs conversationnelles ne sont pas spécifiques du patient aphasique. Cependant, ce dernier éprouve davantage de difficultés à repérer puis à réparer son erreur (1). La bonne maîtrise des processus de réparation du discours permet alors de l'aider face à cette erreur.



Les processus de réparation permettent donc une meilleure gestion de l'erreur conversationnelle qui se fait en 2 temps (2) :

- le **repérage** de l'erreur : lorsque le locuteur repère lui-même son erreur, on parle d'**auto-initiation**. S'il a besoin d'aide, on parle d'**hétéro-initiation**.

- la **réparation** de l'erreur : lorsque le locuteur répare lui-même son erreur, on parle d'**auto-réparation**. S'il a besoin d'aide, on parle d'**hétéro-réparation**.

QUE FAIRE LORSQU'UNE ERREUR EST REPÉRÉE (2) ?

Lorsque je repère une erreur dans le discours de mon interlocuteur, je l'aide à en prendre conscience en ayant recours à des techniques d'hétéro-initiation. Le but est de lui indiquer qu'un problème conversationnel est apparu.

QUE FAIRE POUR RÉPARER L'ERREUR (2) ?

Une fois l'erreur repérée, mon interlocuteur peut, ou non, réparer l'erreur lui-même. Si ce n'est pas le cas, je l'aide en ayant recours à des techniques d'hétérodoxies-réparation. Le but est cette fois de réparer l'erreur.

COMMENT (3) ?

Je peux alors effectuer une demande de répétition, de confirmation, d'informations spécifiques ou complémentaires, apporter une correction, formuler des hypothèses ou un commentaire métalinguistique, ou encore le reprendre

COMMENT (3) ?

Je peux alors effectuer une répétition, une reformulation, une spécification, donner une explication, confirmer ou infirmer les propos de mon interlocuteur, ou encore poser des questions pour clarifier la source de l'erreur.

ET L'AIDANT DANS TOUT ÇA ?

L'aidant est un acteur clé de la prise en soin du patient aphasique. Les thérapies écosystémiques constituent alors un véritable levier. Les données issues de la littérature montrent un réel apport des processus de réparation du discours comme support des thérapies écosystémiques.

La connaissance et la maîtrise de ces processus par l'aidant principal permet :

- une réduction significative du nombre de tours de parole dédiés à la réparation du discours du partenaire aphasique (4).
- une réparation plus rapide et efficace, donc une meilleure fluidité de l'échange avec le partenaire aphasique (5).
- une meilleure fonctionnalité de l'échange avec le partenaire aphasique (6).

(1) Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse: Towards a collaborative model. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 6(1-2), 27-40.

(2) Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Linguistic Society of America*, 53(2), 361-382.

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

(4) Schegloff, E. A. (1993). Reflections on Quantification in the Study of Conversation. *Research on Language & Social Interaction*, 26(1), 99-128.

(5) Booth, S., & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: A case study. *Aphasiology*, 13(4-5), 283-303.

(6) Lesser, R., & Algar, L. (1995). Towards combining the cognitive neuropsychological and the pragmatic in aphasia therapy. *Neuropsychological Rehabilitation*, 5(1-2), 67-92.