

**Mémoire pour l'obtention du  
Diplôme de Capacité d'Orthophoniste**

**Contribution, par la recherche de critères pertinents,  
à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions en  
conversation, entre la personne aphasique et son partenaire privilégié :  
Étude de cas**

Présenté par **Christine MÉTAY-SÉGUI**

*Président du jury :*            **Docteur Thierry VENISSE**, Neurologue

*Directrice du Mémoire :*    **Hélène COLUN**, Orthophoniste, Chargée  
de cours à l'école d'orthophonie de Nantes

*Membre du Jury :*            **Françoise MARTINEAU**, Orthophoniste

*" Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation".*

# SOMMAIRE

---

<b>Introduction</b> .....	10
<b>• PARTIE THEORIQUE</b> .....	12
<b>CHAPITRE I : La communication interpersonnelle</b> .....	13
<b>I Communication et interactions</b> .....	15
1. Définition de l'interaction.....	15
2. Les champs disciplinaires.....	15
2.1 L'approche psychologique.....	15
2.2 L'approche sociologique et anthropologique.....	16
2.2.1 L'ethnométhodologie et l'analyse conversationnelle.....	16
2.2.2 L'ethnographie de la communication et la sociolinguistique interactionnelle.....	17
2.2.3 La microsociologie.....	17
2.3 L'approche philosophique.....	18
2.4 L'approche linguistique.....	18
3. L'évolution des modèles de communication .....	19
3.1 Le modèle de Shannon et Weaver (1949).....	19
3.2 Le modèle de Jakobson (1963) et les fonctions du langage.....	19
3.3 La théorie des actes de langage d'Austin (1962) et Searle (1969).....	21
3.3.1 La théorie initiale.....	21
3.3.2 Les actes de langage dans l'approche interactionniste.....	22
3.4 Le modèle de Kerbrat-Orecchioni (1980).....	23
4. Les caractéristiques principales de l'interaction.....	24
4.1 Multicanale et plurisémiotique.....	24
4.2 La notion de contexte.....	25
4.2.1 Les participants.....	26
4.2.2 Le cadre spatio-temporel.....	26
4.2.3 L'objectif.....	26
4.3 Les notions de coordination, de collaboration et d'ajustement.....	26
4.3.1 La coordination.....	27
4.3.2 La collaboration.....	27

4.3.3	L'ajustement.....	27
5.	Les différents types d'interaction.....	28
5.1	Les interactions complémentaires.....	28
5.2	Les interactions symétriques.....	28
II	La conversation.....	30
1.	Définition.....	30
2.	Le matériau sémiotique de la conversation.....	31
2.1	Le matériel verbal.....	31
2.2	Le matériel para-verbal.....	31
2.3	Le matériel non verbal.....	32
2.3.1	Les gestes communicatifs .....	32
2.3.2	Les gestes extra communicatifs .....	34
3.	Règles conversationnelles et organisation.....	34
3.1	Les maximes conversationnelles de Grice.....	34
3.2	L'organisation structurale des conversations.....	35
3.2.1	Macrostructures.....	35
3.2.2	Microstructures.....	36
4.	Validation interlocutoire et synchronisation interactionnelle.....	38
4.1	La ratification.....	38
4.2	Le système des tours de parole .....	38
4.2.1	Définition du tour de parole.....	38
4.2.2	Le principe d'alternance.....	39
4.2.3	Les ratés du système de tour.....	40
4.2.4	Le tour de parole : "unité" interactive.....	40
4.3	La gestion des thèmes.....	41
4.3.1	La continuité thématique.....	41
4.3.2	La discontinuité thématique.....	41
4.3.3	L'élaboration thématique.....	42
4.4	Le système de régulation.....	42
4.4.1	L'activité phatique.....	43
4.4.2	L'activité régulatrice.....	43
4.5	Les réparations.....	44
III	L'analyse conversationnelle.....	46
1.	Définition.....	46
2.	Méthodologie.....	46

2.1 L'enregistrement.....	47
2.2 La transcription.....	47
2.3 L'analyse du corpus.....	48

CHAPITRE II : Aphasie et approches thérapeutiques .....	50
---	----

I La pathologie aphasique.....	52
1. Définition.....	53
2. Sémiologie.....	53
2.1 Troubles de l'expression orale.....	53
2.1.1 Troubles du débit verbal.....	53
2.1.2 Troubles de la prosodie.....	53
2.1.3 Troubles phonétiques.....	54
2.1.4 Troubles phonémiques.....	54
2.1.5 Troubles sémantiques.....	55
2.1.6 Troubles syntaxiques.....	55
2.1.7 Autres troubles rencontrés.....	56
2.2 Troubles de la compréhension orale.....	57
2.3 Troubles de l'expression écrite .....	57
2.4 Troubles de la lecture et de la compréhension écrite.....	58
3. Troubles associés.....	58
4. Etiologie.....	59
4.1 Accidents vasculaires cérébraux.....	60
4.2 Traumatisme crânien.....	60
4.3 Tumeur cérébrale.....	60
4.4 Pathologies dégénératives.....	60
4.4.1 Atrophies focales.....	60
4.4.2 Maladie d'Alzheimer.....	61
4.4.3 Autres démences.....	61
4.5 Processus inflammatoires et infectieux.....	61
4.6 Epilepsie.....	61
5. Classification.....	62
5.1 Aphasies non fluentes.....	62
5.1.1 Aphasie de Broca.....	62
5.1.2 Anarthrie pure.....	63
5.1.3 Aphasie transcorticale motrice.....	63

5.2	Aphasies fluentes.....	64
5.2.1	Aphasie de Wernicke.....	64
5.2.2	Aphasie de conduction.....	64
5.2.3	Aphasie amnésique.....	65
5.2.4	Aphasie transcorticale sensorielle.....	65
5.3	Aphasies mixtes.....	66
5.3.1	Aphasie globale.....	66
5.3.2	Aphasie transcorticale mixte.....	66
5.4	Aphasies sous-corticales.....	67
5.5	Aphasies lentement progressives.....	68
5.5.1	Aphasie progressive primaire ou syndrome de Mesulam.....	68
5.5.2	Aphasie logopénique.....	68
5.5.3	Démence sémantique.....	69
6.	Impact de l'aphasie sur la famille.....	69
6.1	Place du sujet aphasique dans sa famille selon le type de structure familiale.....	70
6.2	L'adaptation de la cellule familiale et ses écueils.....	71
6.3	Conséquences sur la prise en charge.....	72
II	Approches thérapeutiques.....	73
1.	Approche centrée sur le langage : capacités résiduelles et déficits.....	73
1.1	Evaluation des déficits.....	74
1.2	Rééducation.....	75
2.	Approche centrée sur l'usage fonctionnel du langage.....	76
2.1	Outils d'évaluation.....	77
2.2	Rééducation.....	79
3.	Approche centrée sur l'interaction.....	80
3.1	Outils d'évaluation.....	80
3.2	Rééducation.....	83
	<b>Problématique.....</b>	<b>87</b>
	<b>• PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>90</b>
	<b>Préambule.....</b>	<b>91</b>
	<b>Analyse conversationnelle.....</b>	<b>94</b>

I	Présentation du conjoint aphasique, Monsieur M.....	94
II	Analyse conversationnelle : matériau de la conversation.....	95
1.	Communication verbale : les prises de parole et leur contenu.....	95
1.1	Contexte.....	95
1.2	Partage du temps de conversation.....	96
1.3	Production verbale et vocale.....	100
1.4	Troubles linguistiques aphasiques.....	106
2.	Communication non verbale : gestualité, mimiques, regards, proxémie.....	107
2.1	Gestes communicatifs.....	109
2.2	Gestes extra communicatifs.....	114
III	Analyse conversationnelle : gestion de la conversation.....	115
1.	Tours de parole.....	115
1.1	Répartition et contenu.....	115
1.2	L'enchaînement des tours de parole et ses "ratés".....	117
2.	Actes de langage.....	120
2.1	Les actes thématiques.....	122
2.2	Actes relationnels.....	125
2.3	Actes de gestion.....	126
3.	Les incidents conversationnels et leur réparation.....	127
3.1	Types d'incidents et origine.....	127
3.2	Gestion des réparations.....	128
4.	Thèmes.....	134
4.1	Thèmes abordés.....	134
4.2	Gestion des thèmes.....	135
IV	Synthèse des observations.....	142
	<b>Discussion</b> .....	144
	<b>Conclusion</b> .....	149
	<b>Bibliographie</b> .....	152
	<b>Annexes</b> .....	157

## **INTRODUCTION**

---

Nous avons souhaité introduire notre mémoire de fin d'études par un extrait du témoignage d'une personne aphasique, Michèle SERREPUY :

*" Je me rends compte que le handicap de langage est bien plus important que le handicap moteur. J'ai des difficultés à communiquer. Les Autres peuvent m'aider à compenser mon hémiplégie (déplacements, saisir des objets, ...) en faisant des actions pour moi. En revanche, lorsqu'il s'agit d'exprimer quelque chose qui est dans Ma tête, personne ne peut le faire à ma place.*

*En plus l'hémiplégie ne concerne que Moi, en particulier, alors que l'aphasie concerne la relation avec mon entourage".*

Ce témoignage souligne le caractère considérablement invalidant et douloureux de l'aphasie, non seulement pour la personne qui en est atteinte, mais également pour son entourage, le conjoint en particulier puisqu'il est l'aidant principal.

Les difficultés rencontrées par les deux conjoints dans leurs échanges quotidiens ont amené les orthophonistes à se pencher sur les aides à leur apporter pour une satisfaction mutuelle lors des échanges. L'observation des interactions en situations naturelles de communication s'est ainsi développée, notamment par l'application de la technique de l'analyse conversationnelle à l'évaluation des interactions impliquant une personne aphasique (WITHWORTH et coll., 1997).

Ce mémoire se propose, dans sa partie théorique, de définir et développer les notions d'interaction et de conversation, de présenter l'outil "analyse conversationnelle", puis de se pencher sur la pathologie aphasique, ses conséquences sur la cellule familiale et enfin de présenter les différentes approches thérapeutiques.

Dans sa partie pratique, ce travail se poursuivra par l'analyse détaillée d'une conversation entre une personne aphasique et son conjoint. Au travers de cette étude de cas, nous tenterons de dégager les critères qui nous semblent pertinents à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions, de façon à ce que les orthophonistes soient de plus en plus nombreux, notamment dans le cadre de l'exercice libéral, à pouvoir proposer une aide aux conjoints dans leurs échanges quotidiens.

# PARTIE THEORIQUE

# CHAPITRE I

# COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

# I Communication et interactions

---

## 1. Définition de l'interaction

La notion d'interaction implique d'emblée, par l'étymologie du terme, l'idée d'une action mutuelle réciproque. Voici la définition qu'en donne le sociologue américain GOFFMAN (1973) : *"Par interaction (c'est-à-dire l'interaction en face-à-face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres"*.

Cette influence mutuelle est caractéristique des situations de communication par la parole comme le souligne la linguiste KERBRAT-ORECCHIONI en 1990 lorsqu'elle écrit : *"Parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant"*.

L'intérêt de différents domaines des sciences humaines converge vers ce concept d'interaction. L'interactionnisme constitue de ce fait, plutôt qu'un courant monolithique, une *"mouvance"*, selon le terme employé par KERBRAT-ORECCHIONI (1996) et TRAVERSO (1999), deux auteures auxquelles nous allons nous référer maintenant.

## 2. Les champs disciplinaires

Ils peuvent être regroupés sous quatre approches qui se nourrissent les unes les autres. Elles sont présentées ici succinctement avec leurs apports théoriques qui seront développés, pour certains, par la suite.

### 2.1 L'approche psychologique

Elle est principalement représentée par l'école de Palo Alto en Californie. Ses chercheurs (BATESON, WATZLAWICK) envisagent l'individu, non comme un être isolé, mais comme un **élément d'un système**. Les comportements pathologiques sont de ce fait la conséquence d'une communication défailante au sein du système, familial par exemple.

Ils ont ainsi élaboré une **théorie de la communication interpersonnelle** d'où se dégagent certaines caractéristiques :

**1/ "On ne peut pas ne pas communiquer" (WATZLAWICK)**

Dès que deux personnes au moins sont réunies, elles communiquent, volontairement ou involontairement, par la parole ou le silence : "*(...) n'importe quel élément de temps, de lieu, de cadre présent dans notre vie est susceptible d'être un élément de communication* ", (WINKIN, 1997).

**2/ La distinction entre le "contenu" et la "relation"**

Toute communication comporte une double information, d'une part sur le contenu du message, et d'autre part sur la personne qui l'émet et la manière dont elle l'émet.

**3/ La notion de "double contrainte" (BATESON)**

Il existe des messages paradoxaux, contenant en eux-mêmes leur propre négation, tels l'injonction "Soyez spontané !"

**4/ L'opposition entre interaction symétrique et interaction complémentaire**

L'interaction symétrique est fondée sur l'égalité de statut, tandis que l'interaction complémentaire est fondée sur la différence de statut (médecin/malade par exemple).

## 2.2 L'approche sociologique et anthropologique

### 2.2.1 L'ethnométhodologie et l'analyse conversationnelle

L'ethnométhodologie, fondée par le sociologue américain GARFINKEL, s'efforce de décrire les méthodes utilisées par les individus d'un groupe socio-culturel pour résoudre les problèmes de communication rencontrés dans la vie quotidienne. Elle vise par cette description à :

1/ Mettre à jour les **implicites sociaux** qui organisent la vie quotidienne,

2/ Identifier la manière dont les individus établissent, dans l'interaction, les **catégories sociales**.

La contribution de SACKS et SCHEGLOFF à l'ethnométhodologie va être de s'intéresser spécifiquement à la conversation, développant ainsi le courant de l'analyse conversationnelle qui deviendra un domaine de recherche autonome. L'objectif poursuivi est de décrire le déroulement des conversations quotidiennes en **situation naturelle**. Nous y reviendrons plus longuement dans la troisième partie de ce chapitre (III : "Analyse conversationnelle").

### 2.2.2 L'ethnographie de la communication et la sociolinguistique interactionnelle

Apparue au début des années 1960, **l'ethnographie de la communication** a pour objectif l'analyse de la **compétence communicative**, notion introduite dès 1966 par l'anthropologue et linguiste américain HYMES, en réaction à la notion de compétence linguistique de CHOMSKY. Il ne suffit pas de maîtriser un langage formel, comme le suggère le "*locuteur-auditeur idéal*" de CHOMSKY (DE FORNEL et LÉON, 2000) : la notion de compétence communicative intègre "*l'ensemble des éléments physiques, psychologiques, cognitifs et sociaux dont ont besoin les participants à une interaction verbale pour communiquer avec succès*" CHARAUDEAU (1995). Les observations de HYMES l'ont conduit en outre à mettre en évidence que le récepteur attribue des **intentions** à l'émetteur.

Issue de ce courant, **la sociolinguistique interactionnelle**, développée par GUMPERZ au début des années 1980, étudie les façons de parler des locuteurs d'origines sociales et ethniques différentes en observant les "*événements de communication*" dans leur milieu naturel. GUMPERZ, cité par BANGE (1992), démontre que c'est par un travail de "**contextualisation**" que "*les interactants se rendent l'un à l'autre interprétables les actions qu'ils accomplissent*". Il conclut que le sens des actions verbales est dépendant de la situation dans laquelle elles se produisent.

### 2.2.3 La microsociologie

Cette discipline, dont le représentant principal est le sociologue GOFFMAN, a contribué à une meilleure compréhension des communications sociales.

GOFFMAN a notamment orienté ses travaux vers l'analyse des **rituels** sociaux et dégagé la notion de "**face**". Pour lui, la vie sociale peut être comparée à une scène de théâtre où chacun joue un rôle compatible avec la situation. Chaque "*acteur*" cherche à faire bonne figure, c'est la notion de face, et tout l'enjeu des rituels (salutations, adieux, excuses...) est de faciliter la communication en veillant à ce que personne ne perde la face dans l'interaction.

### 2.3 L'approche philosophique

Son apport réside d'une part dans la **théorie des actes de langage**, élaborée par le philosophe anglais AUSTIN (1962), où il apparaît que dire n'est pas uniquement constater ou décrire une réalité, mais c'est avant tout agir : "**dire, c'est faire**". Un énoncé tel que "*je déclare ouverte l'assemblée générale*" a en effet valeur d'acte, accompli ici de façon directe.

Cependant il existe des actes non spécifiés dans l'énoncé, qualifiés d'indirects par le philosophe américain SEARLE en 1969. Ainsi selon le contexte, une constatation apparente comme "*ce plat manque de sel*" peut signifier ainsi une requête.

D'autre part, GRICE, autre philosophe américain, a théorisé en 1975 les règles permettant à un interlocuteur de déceler une intention non explicitement formulée dans un énoncé. Il a nommé ces règles "**maximes conversationnelles**", nous y reviendrons dans un second temps. Elles composent le **principe de coopération**, traduit ainsi par BAYLON et MIGNOT (1994) :

*"En liant conversation, les interlocuteurs entreprennent une activité collective où chacun d'entre eux doit pouvoir compter sur l'autre pour qu'elle soit menée à bonne fin. Ils consentent donc implicitement à respecter des règles sans lesquelles le but ne saurait être atteint et qui font partie de la logique propre au langage".*

### 2.4 L'approche linguistique

La linguistique s'est intéressée assez tardivement aux mécanismes de la parole, en accordant son attention à l'usage fait du langage :

- 1/ **Le courant énonciatif**, à la suite de BENVENISTE (1970), prend en compte la **situation** d'énonciation (lieu, temps, source de parole) pour interpréter les énoncés.

2/ **Le courant pragmatique** s'intéresse au fait que tout énoncé est porteur d'**intention**, sur la base de la théorie des actes de langage d'AUSTIN (1955, publiée en 1962) et SEARLE (1969).

3/ **Le courant de l'analyse conversationnelle**, issu de l'ethnométhodologie et investi par les sciences du langage (KERBRAT-ORECCHIONI, TRAVERSO, COSNIER, BANGE...), se situe pleinement dans une perspective interactionniste en envisageant la conversation comme une **construction collective**.

### **3. L'évolution des modèles de communication**

#### **3.1 Le modèle de SHANNON et WEAVER (1949)**

Ce modèle linéaire à sens unique, dit "*modèle du télégraphe*", a servi de référence pendant quarante ans. Il s'agit d'un modèle issu de la **théorie de l'information** et élaboré par des ingénieurs :

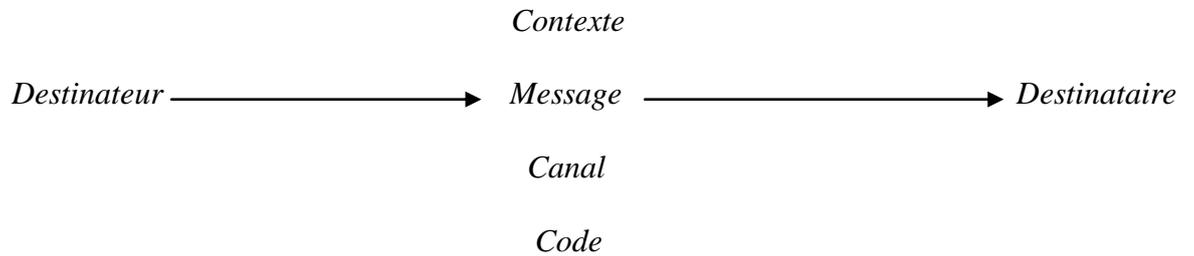


La communication y est décrite en termes de messages provenant d'une source, transformés en code par l'émetteur, et transitant par un canal jusqu'au destinataire après avoir été reçus et décodés par le récepteur.

#### **3.2 Le modèle de JAKOBSON (1963) et les fonctions du langage**

Ce modèle revisite celui de SHANNON et WEAVER, de façon à refléter une conception moins restreinte de la communication qu'une simple transmission de signaux codés avec la notion d'intention suggérée par les termes "destinateur" et "destinataire".

- Aux facteurs émetteur (destinateur), message, récepteur (destinataire), JAKOBSON en adjoint trois autres, le canal, le code et le contexte qui interviennent dans toute communication verbale :



- Il associe ensuite à chaque facteur une **fonction du langage** :

1/ La fonction **émotive ou expressive** met l'accent sur le **destinateur** (ou locuteur) et sert à exprimer des états mentaux : *"malheureusement, je dois partir" ou "j'ai beaucoup aimé ce film"*.

2/ La fonction **référentielle** concerne le monde environnant, c'est-à-dire le **contexte** : elle sert à donner des indications sur un objet, une situation : *"Paris est la capitale de la France", "cette voiture est rouge"*.

3/ La fonction **conative** témoigne de la volonté du destinateur d'agir sur le **destinataire**, et donc d'obtenir un effet : *"viens à 14 heures"*.

4/ La fonction **poétique** concerne le **message** en lui-même et la qualité esthétique que peut véhiculer le langage : l'énoncé *"la pluie ne cesse de tomber"* sera préféré à *"il n'arrête pas de pleuvoir"*.

5/ La fonction **phatique** est centrée sur le **canal**, c'est-à-dire sur le contact afin d'*"établir, prolonger ou interrompre la communication"*. Elle intervient pour attirer l'attention de l'interlocuteur : *"tu m'écoutes ?", "allo !"*

6/ La fonction **métalinguistique** concerne le **code** et entre en jeu lorsque le langage sert à faire un commentaire sur lui-même : "*quelle drôle d'expression !*", "*genou prend un x au pluriel*".

Certains reproches ont été adressés à ce modèle. Les principaux sont d'une part qu'il n'est pas indiqué que les rôles de destinataire et destinataire sont réversibles et d'autre part que la place réservée au sens n'est pas assez apparente (BAYLON et MIGNOT, 1994).

### 3.3 La théorie des actes de langage d'AUSTIN (1962) et SEARLE (1969)

Il nous paraît utile de présenter ici la théorie d'AUSTIN et SEARLE, en ce sens qu'elle constitue un lien entre les fonctions du langage de JAKOBSON (plus particulièrement la fonction conative), et le modèle de KERBRAT-ORECCHIONI à suivre.

#### 3.3.1 La théorie initiale

- AUSTIN réfute l'idée qu'une affirmation ne sert qu'à décrire un "*état de choses*", selon lui, parler est une forme d'action, "*dire, c'est faire*".

Il distingue **trois sortes d'actes de langage** :

1/ L'acte **locutoire**, qui est l'acte de **dire quelque chose** en utilisant la parole.

2/ L'acte **illocutoire**, qui est l'**acte accompli par la parole** ainsi produite ; il peut s'agir d'une promesse ("*je viendrai demain*" ou "*je te promets de venir demain*"), ou d'un ordre ("*viens !*"), d'une question ("*viendras-tu demain ?*")...

3/ L'acte **perlocutoire**, qui est l'acte produit en réponse à un énoncé, que cet accomplissement soit recherché ou non par le locuteur. Il est donc question ici de l'**effet produit** par les actes locutoires et illocutoires, notamment la modification du comportement ou des pensées du destinataire.

Selon le contexte, *"Il fait froid ici"* peut amener l'interlocuteur à fermer la fenêtre, bien que cela ne soit pas demandé explicitement. C'est par cette notion d'effet que l'acte perlocutoire d'AUSTIN et la fonction conative de JAKOBSON se rejoignent.

Les trois sortes d'actes peuvent être relevées dans un même énoncé. Par exemple, *"Ferme la porte !"* est un énoncé qui réalise à la fois un acte locutoire (prononcer cette phrase), un acte illocutoire (donner un ordre), ainsi qu'un acte perlocutoire (obtenir la fermeture de la porte).

- SEARLE classe en 1982 les **actes illocutoires** en **cinq catégories** :

1/ Les **assertifs**, utilisés pour donner des informations (affirmations), ex : *"Pierre prend le train"*.

2/ Les **directifs**, qui servent à faire accomplir des actes à autrui (demandes, ordres) : *"appelle-moi demain"*.

3/ Les **promissifs**, qui engagent à réaliser une action (promesses, menaces...) : *"je te promets d'être à l'heure la prochaine fois"*.

4/ Les **expressifs**, qui permettent d'exprimer sentiments et attitudes (excuses, félicitations remerciements ...) : *"excusez-moi pour le retard d'hier"*.

5/ Les **déclaratifs**, qui accomplissent au moment de leur énonciation l'action citée : *"je vous nomme responsable de ce groupe"*.

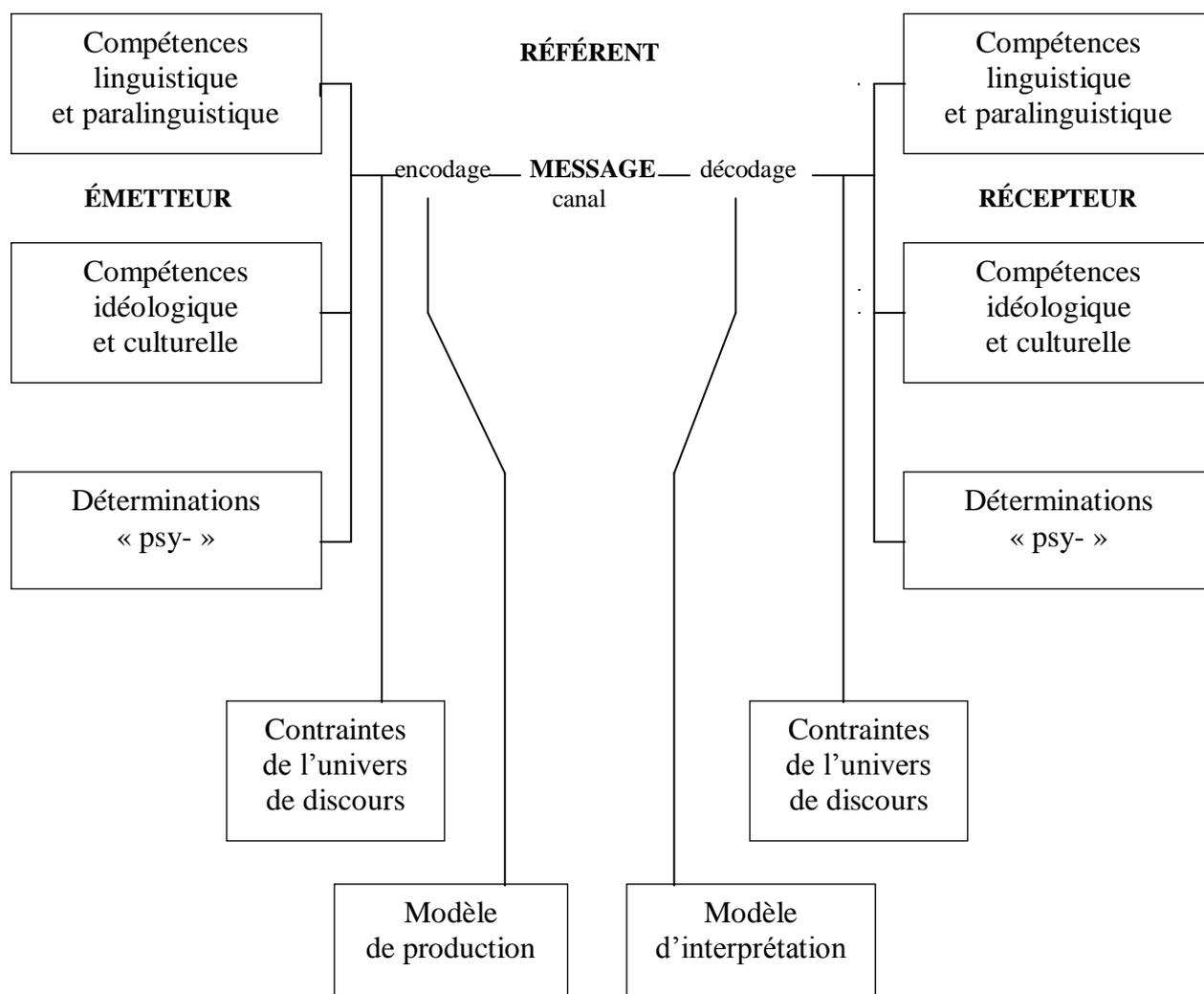
### 3.3.2 Les actes de langage dans l'approche interactionniste

Selon KERBRAT-ORECCHIONI (2001), les actes de langage d'AUSTIN et SEARLE apparaissent comme des *"entités abstraites et isolées"*, alors qu'en communication réelle ils fonctionnent *"en contexte et à l'intérieur d'une séquence d'actes"*.

Parler, c'est agir, et plus encore **interagir**. En conséquence elle propose d'adopter la terminologie de JACQUES qui parle **d'interactes de langage** et **d'interactants**.

### 3.4 Le modèle de KERBRAT-ORECCHIONI (1980)

En montrant la réversibilité des rôles d'émetteur et de récepteur, l'importance du contexte ainsi qu'en intégrant la langue dans la compétence communicationnelle, il offre une vision élargie de la communication dans une **perspective interactionniste**.



*Schéma de la communication selon KERBRAT-ORECCHIONI*

Contrairement au schéma de Jakobson, celui de KERBRAT-ORECCHIONI fait figurer **le contexte à la fois chez l'émetteur et chez le récepteur**, en distinguant leur statut par un modèle de production et un modèle d'interprétation.

Chaque interlocuteur est porteur de compétences linguistique et paralinguistique, de compétences culturelle et socio-culturelle, d'un caractère psychique, qui déterminent le style de l'échange. Chaque interlocuteur a également accès en partie aux caractéristiques de l'autre. La rencontre de ces univers personnels dans un contexte de conversation particulier permet de faire émerger le sens de l'énoncé. Ainsi l'interprétation en conversation est contextuelle.

Par conséquent la langue ne peut être considérée comme un facteur autonome, mais comme un élément d'une **compétence communicationnelle** qui associe une compétence linguistique et une compétence paralinguistique (mimiques et gestualité), faisant de la communication en face-à-face une communication **multicanale** (audition et vision), BAYLON et MIGNOT (1994).

## **4. Les caractéristiques principales de l'interaction**

### **4.1 Multicanale et plurisémiotique**

On distingue des interactions à dominance verbale, comme les conversations, et des interactions à dominance non verbale (circulation, sports collectifs...).

Les différents systèmes sémiotiques empruntent **deux canaux** :

1/ **Le canal auditif**, pour le système sémiotique **verbal et paraverbal** (prosodique et vocal) ;

2/ **Le canal visuel**, pour le système sémiotique **non verbal** (signes statiques ou kinésiques, proxémie).

## 4.2 La notion de contexte

Tous les auteurs s'accordent sur le **rôle essentiel du contexte** (appelé aussi parfois situation) dans l'interaction, notamment au niveau de l'**interprétation** des énoncés.

En effet le sens ne dépend pas uniquement du contenu linguistique, c'est parfois le contexte qui permet d'inférer et de trancher, en position de récepteur. Si l'on se place du côté de l'émetteur, le rôle du contexte se retrouve entre autres dans le **choix des thèmes abordés ou celui du niveau de langage**.

### 4.2.1 Les participants

#### ▶ **Leur nombre :**

L'interaction peut mettre en présence plusieurs participants (au moins deux). Ce nombre, d'après TRAVERSO (1999), a une influence sur le déroulement de l'interaction. De fait, une situation duelle va entraîner une obligation d'engagement supérieure à celle attendue lorsque le nombre de participants est plus important ; une attention moins soutenue y est admise.

#### ▶ **Leurs caractéristiques :**

L'âge, le sexe, l'appartenance géographique ou socio-culturelle, la profession entre autres sont susceptibles d'influencer le fonctionnement de la communication.

#### ▶ **Leurs relations mutuelles :**

Elles concernent le degré de connaissance, la nature du lien social ou affectif, et les rôles tenus par les interactants. Une distinction est à effectuer entre **deux types de rôle** :

1/ **Les rôles interlocutifs** : il s'agit d'un côté de celui de **locuteur ou émetteur** (en principe unique, sauf en cas de chevauchement), et de l'autre de celui d'**auditeur ou récepteur** (un ou plusieurs).

Ces positions se modifient constamment au cours de l'interaction, chacune d'entre elles étant occupées à tour de rôle.

2/ **Les rôles interactionnels** : il s'agit ici des rôles **directement liés au type d'interaction** (médecin/malade, professeur/élève...).

Ces positions sont donc plutôt stables tout au long de l'interaction et peuvent être situées sur deux axes : le premier est horizontal, c'est **l'axe de proximité/distance** (degré de familiarité) et le second est vertical, c'est celui du **pouvoir**.

#### 4.2.2 Le cadre spatio-temporel

1/ **Le cadre spatial** est à considérer du point de vue des caractères physiques du lieu (par exemple ouvert ou fermé) ou de sa fonction sociale (palais de justice, mairie...).

2/ **Le cadre temporel** s'envisage sous l'angle des contraintes de durée mais aussi sous celui du moment qui, tout comme le lieu, doit être approprié (on ne salue pas son interlocuteur en plein milieu de la conversation par exemple).

#### 4.2.3 L'objectif

Il s'agit de la raison pour laquelle les individus sont réunis. L'objectif global permet de distinguer les interactions à **finalité interne**, visant le plaisir de l'échange, des interactions à **finalité externe**, en d'autres termes de nature plutôt transactionnelle.

Comme le souligne BANGE (1992), dans l'approche interactionniste, *"le contexte n'est pas une donnée matérielle, mais une production des acteurs eux-mêmes"*. Cela signifie, comme le précise bien KERBRAT-ORECCHIONI (1996), que tous ces éléments ne sont pertinents dans l'interaction, que sous forme de **représentations**.

### 4.3 Les notions de coordination, de collaboration et d'ajustement

Ces trois notions sont plus ou moins imbriquées :

#### 4.3.1 La coordination

Pour WEBER, cité par BANGE (1992), *"toute interaction consiste à résoudre un problème de coordination"*. Il prend l'exemple de deux cyclistes cherchant à éviter une collision. Chacun essaie de prévoir quelle direction va prendre celui qui arrive en face, tout en s'ajustant en même temps à sa moindre réaction.

Dans une interaction verbale, c'est **l'alternance des locuteurs** et donc des **tours de parole** qui permet cette coordination.

#### 4.3.2 La collaboration

Chaque interlocuteur est actif, même en position d'auditeur puisqu'il fournit des indices, les **régulateurs**, indispensables au parleur qui se demande s'il est entendu, écouté, compris et ce qu'en pense l'écouteur, COSNIER (1987) cité par TRAVERSO (1999). Le locuteur est donc également récepteur et le récepteur, émetteur.

De fait l'interaction est une véritable **collaboration** et le discours est **co-construit**. COSNIER parle de *"co-pilotage"* de l'interaction.

#### 4.3.3 L'ajustement

**L'ajustement des comportements** est nécessaire à une collaboration efficace. Il existe une **intersynchronisation** (CONDON et OGSTON, 1996) dont les marques se manifestent en particulier dans les signaux d'écoute, les tours de parole, le comportement corporel, l'adaptation de la compétence communicative à celle de l'autre.

Les participants aux interactions peuvent ainsi être comparés aux interprètes d'une partition musicale, *"mais dans ce vaste orchestre culturel, il n'y a ni chef, ni partition. Chacun joue en s'accordant sur l'autre"*, WINKIN cité par KERBRAT-ORECCHIONI (1990).

## 5. Les différents types d'interaction

VION (1992) distingue **deux types principaux** d'interactions, les symétriques et les complémentaires, eux-mêmes décomposés en sous-types.

### 5.1 Les interactions complémentaires

Il s'agit des interactions où il existe un **rapport institutionnalisé de places inégales** et acceptées comme telles. Les rôles sociaux des participants sont alors pré-déterminés.

1/ **La consultation** : il faut comprendre sous ce terme "*toute interaction complémentaire dans laquelle l'un des protagonistes dispose d'un savoir et/ou d'un pouvoir spécialisé socialement reconnu*" (consultation médicale, juridique...).

2/ **L'enquête** : c'est une interaction menée à partir d'un questionnaire et orientée vers la connaissance alors que la consultation l'est vers l'action.

3/ **L'entretien** : il représente l'interaction complémentaire la moins marquée et se trouve, à certains égards, assez proche de la conversation.

4/ **La transaction** : elle vise l'obtention d'un service, dans un commerce ou une administration par exemple. Les échanges entre participants y sont très convenus, et donc "*attendus*."

### 5.2 Les interactions symétriques

Dans cette forme d'interaction, **le rapport de place n'est pas défini**, il dépend en partie de l'histoire interactionnelle des participants, et il tend vers l'**égalité** des participants.

1/ **La conversation** en est l'exemple type ; nous allons la décrire ci-après.

2/ **La discussion**, consensuelle ou conflictuelle, peut se dérouler dans différents cadres ; elle revêt un caractère plus ou moins formel.

3/ **Le débat** se construit sur la divergence des points de vue des participants. Arbitré par une tierce personne, il vise à convaincre un public.

4/ **La dispute** serait selon VION (2000) "*la forme ultime de la discussion avant qu'elle ne dégénère dans la violence*".

La première partie de ce chapitre visait d'une part à replacer les interactions dans le cadre plus large de la communication interpersonnelle en envisageant l'historique des principales théories rattachées à ce concept, et d'autre part à cerner le plus possible la notion d'interaction.

Nous nous proposons maintenant de tenter de décrire la conversation, type d'interaction nous intéressant dans le cadre de ce mémoire, puis nous présenterons l'analyse conversationnelle, l'outil que nous avons utilisé pour notre étude.

## II La conversation

---

### 1. Définition de la conversation

Selon les auteurs le terme "conversation" peut avoir une acception plus ou moins large.

Certains, dans la lignée des ethnométhodologues, assimilent conversation et interaction verbale en face-à-face, auquel cas les interlocutions dans les commerces entre vendeur et client en font partie, au même titre qu'un débat entre deux personnes ou une interview.

D'autres, tels KERBRAT-ORECCHIONI (1996), la considèrent comme la **forme prototypique** de l'interaction verbale, sa forme la plus commune.

La définition de TARDE (1973), citée par VION (2000), se situe dans cette dernière lignée : *"Par conversation, j'entends tout dialogue sans utilité directe et immédiate, où l'on parle surtout pour parler, par plaisir, par jeu, par politesse"*. Cela n'exclut pas que la conversation puisse avoir un but précis (se mettre d'accord sur une destination de vacances par exemple). C'est ce que sous-entend TRAVERSO (1996) pour qui la conversation est un *"échange langagier à caractère réciproque, organisé par tours de parole dont l'alternance n'est pas pré-déterminée. La finalité de la conversation est interne et les participants y poursuivent un objectif commun (...)"*.

Il sera question ici de la **conversation familière**, dont les caractéristiques suivantes ont été dégagées par VION (2000) :

- 1/ Un rapport de place symétrique avec égalité de principe entre les rôles interactionnels,
- 2/ Une coopérativité entre participants, primant sur la compétitivité,
- 3/ Une finalité sociale interne, c'est-à-dire centrée sur le contact,
- 4/ Une informalité apparente reposant entre autres sur son caractère spontané.

Elle met en jeu la compétence conversationnelle, sorte de grammaire de la conversation, qui participe du principe de coopération de Grice (cf. plus haut, I, 2.3).

## 2. Le matériau sémiotique de la conversation

Selon ABERCROMBIE, cité par KERBRAT-ORECCHIONI (1990), *"nous parlons avec nos organes vocaux, mais c'est avec tout le corps que nous conversons"*.

### 2.1 Le matériel verbal

Il est constitué des unités phonologiques, lexicales et morphosyntaxiques de la langue ; c'est le "texte" de la conversation. Comme il s'agit de la langue dans sa **dimension orale spontanée**, au discours lui-même s'ajoutent des phénomènes propres à l'oral.

En effet, la spontanéité du discours produit ce qu'on appelle des "**ratés**". Ces derniers peuvent se manifester par des bafouillements, bégaiements ou lapsus ; des phrases inachevées, des répétitions ; des marques d'hésitation comme "euh", "ben" ou des petits mots comme "hein", "hmm" par exemple. Certains auraient même un rôle fonctionnel répondant à la nécessité de s'adapter constamment. A titre d'exemple, KERBRAT-ORECCHIONI (1996) mentionne les auto-interruptions du locuteur, dont le but est souvent de récupérer l'attention de l'interlocuteur.

A côté de ces "ratés", d'autres manifestations linguistiques se rencontrent plus spécifiquement à l'oral : citons notamment **les phatiques et les régulateurs** sur lesquels nous reviendrons (cf II, 4.4 : Le système de régulation), et les **formules entrant dans les routines** conversationnelles. Ces dernières trouvent leur place entre autres dans les salutations (ex : "bonjour, ça va ?") ou dans les marques de politesse (ex : A "merci" → B "y a pas de quoi").

### 2.2 Le matériel para-verbal

Il s'agit de tout ce qui est transmis par le canal auditif et qui accompagne le discours, c'est-à-dire **la prosodie et les signes vocaux**.

En font partie les intonations, les pauses, l'intensité articulatoire, le débit, la prononciation et ce qui caractérise la voix (hauteur, intensité, timbre).

Avec le matériel non verbal, les manifestations para-verbales sont des vecteurs de l'état affectif et attentionnel. Elles jouent également un rôle dans la gestion de l'implicite ainsi que dans la prise ou la cession de la parole.

### 2.3 Le matériel non verbal

Il s'agit cette fois-ci de ce qui est transmis par le canal visuel.

Certains signes sont statiques (apparence physique), d'autres cinétiques lents (distance, attitudes) ou encore cinétiques rapides (jeux de regards, mimiques, gestes). Ces phénomènes non verbaux, en grande partie inconscients et différents selon les cultures, sont nécessaires au bon déroulement des actions de communication, BANGE (1992).

COSNIER (1982), cité par DUPLANTIER (1995), a élaboré une classification des comportements non verbaux qui comprend **deux catégories de gestes**, les communicatifs et les extra-communicatifs :

#### 2.3.1 Les gestes communicatifs

On distingue trois types de gestes : les quasi-linguistiques, les syllinguistiques et les synchronisateurs.

1/ **Les quasi linguistiques** sont des gestes **symboliques** liés à la culture. Ils sont signifiants en eux-mêmes (geste d'au revoir) mais sont parfois accompagnés de parole.

2/ **Les syllinguistiques** sont associés à la parole. On distingue les **phonogènes** qui sont les mouvements phonatoires et les **co-verbaux** qui sont de trois sortes :

↳ **Les paraverbaux** sont liés au rythme parolier, ce sont les gestes orateurs :

- \* **intonatifs**, ils soulignent l'intonation (battement de tête, de main),
- \* **idéographiques**, ils tracent dans l'espace des figures abstraites.

↪ **Les expressifs** sont des mimiques affectives qui connotent le contenu du discours.

↪ **Les illustratifs** renvoient à une personne ou à un objet (réfèrent) :

- \* **déictiques**, ils montrent ce dont on parle ou une direction (pointage),
- \* **spatiographiques**, ils schématisent une structure spatiale,
- \* **kinémimiques**, ils miment l'action du discours,
- \* **pictomimiques**, ils dessinent le réfèrent dans l'espace.

3/ **Les synchronisateurs** permettent de réguler l'interaction. Il s'agit des **phatiques** et des **régulateurs**, mentionnés plus haut également dans le matériel verbal :

↪ **Les phatiques**, émis par le locuteur pour maintenir ou vérifier le contact.

↪ **Les régulateurs**, émis par le récepteur, signalent son écoute (hochement de tête, mimiques, sourires...).

Ces gestes exercent des fonctions différentes dans la communication. Selon KERBRAT-ORECCHIONI (2001), la "*gestualité communicative*" peut jouer différents rôles :

- Un **rôle secondaire** par rapport au verbal en facilitant notamment l'interprétation d'un acte de langage indirect : l'affirmation "que de fumée ici !" assortie d'une moue sera comprise par le fumeur comme une demande d'ouvrir la fenêtre, ou de fumer dehors ;
- Un **rôle complémentaire** à l'activité verbale, qu'elle accompagne et précise. Elle contribue aussi à la gestion des tours de parole, en particulier pour l'attribution du tour.
- Un **rôle "plein"**, c'est alors le comportement non verbal et lui seul qui réalise une intervention, soit initiative (ex : A pleure → B : "tiens, prends ce mouchoir") soit réactive (A "je te félicite" → B sourit).

Comme nous pouvons le constater, en lien avec la théorie des actes de langage, *"le comportement non verbal fonctionne exactement comme un acte de langage, et il est impossible de rendre compte de la complétude de l'échange sans (leur) accorder un statut identique"* KERBRAT-ORECCHIONI (2001).

### 2.3.2 Les gestes extra communicatifs

- 1/ **Les gestes de confort** concernent les changements de posture, de position.
- 2/ **Les gestes ludiques** sont centrés sur des objets (ex : gribouillage).
- 3/ **Les gestes autocentrés** correspondent à ceux centrés sur le corps (se balancer)

## 3. Règles conversationnelles et organisation

Une des caractéristiques de la **conversation familière** est qu'elle revêt un **caractère improvisé**, toutefois cela ne veut pas dire que les règles en sont absentes mais elles sont en général appliquées de manière inconsciente.

### 3.1 Les maximes conversationnelles de GRICE

Sur la base de son **principe de coopération** selon lequel chaque interlocuteur doit pouvoir compter sur l'autre pour pouvoir mener à bien la conversation, GRICE a énoncé en 1975 des maximes conversationnelles supposées être respectées par l'un et l'autre des interlocuteurs.

Il les a classées en quatre catégories qui ont trait à :

#### 1/ **La quantité :**

Les interlocuteurs doivent fournir les informations nécessaires, sans défaut ni excès.

#### 2/ **La qualité :**

Ils doivent également apporter une contribution véridique, c'est-à-dire ne pas affirmer ce qu'ils croient faux ainsi que ne pas affirmer sans preuves.

### 3/ **La relation :**

Leur participation à la conversation doit être pertinente, en rapport avec le thème de l'interaction.

### 4/ **La modalité :**

Il leur faut être clair : selon les précisions données par GRICE, il s'agit de l'expression qui ne doit être ni obscure, ni ambiguë, mais être concise et ordonnée.

Comme le souligne CHARAUDEAU (1995), ces règles sont plus des conventions implicites que des normes à respecter. Leur transgression invite alors l'interlocuteur à saisir le sens caché de l'énoncé.

## 3.2 L'organisation structurale des conversations

L'organisation de la conversation obéit à des **règles de cohérence** interne qui constituent une véritable "**grammaire**" de la conversation et concernent la relation des interventions des participants entre elles (KERBRAT-ORECCHIONI, 1990). De fait, si ces interventions ne sont pas liées mutuellement, on parlera de conversation "décousue".

Cette cohérence interne se construit tant au niveau global, (macrostructures), qu'au niveau local, (microstructures).

### 3.2.1 Macrostructures

Elles composent l'**organisation globale** de la conversation et consistent en l'ouverture, le corps et la clôture, trois étapes se déroulant dans le temps (TRAVERSO, 1999) :

1/ **L'ouverture**, stéréotypée, tient lieu de mise en contact des participants. Ceux-ci s'appliquent à créer les meilleures conditions possibles pour la rencontre, en faisant usage d'actes ritualisés comme les salutations ou les compliments. Les **préoccupations** des participants sont donc essentiellement **relationnelles**.

2/ **Le corps** est constitué de séquences, "*blocs d'échanges reliés par un fort degré de cohérence sémantique ou pragmatique*", de longueur variable, où les **préoccupations de contenu thématique** dominant (KERBRAT-ORECCHIONI, 1996).

3/ **La clôture**, dont le rôle n'est pas neutre puisque ce sont des **préoccupations de "face"** (cf p 4) qui animent alors les participants. Cette étape délicate, également stéréotypée, se prépare par des pré-clôtures ("*bon ben j'y vais y aller*") qui annoncent la clôture véritable. Celle-ci, outre les salutations, peut comporter des remerciements, des formules de politesse...

### 3.2.2 Microstructures

L'École de Genève (ROULET et al., 1991) appréhende la conversation comme une architecture représentée par un **modèle hiérarchique** combinant **cinq unités**, de l'acte de langage à l'interaction, réparties sur **deux niveaux**, le niveau monologal et le niveau dialogal :

#### 1/ Niveau monologal

a) **L'acte de langage**, langagier ou non langagier (pause, réaction mimo-gestuelle...), en est le plus petit constituant. On peut distinguer des actes à **valeur illocutoire**, faits pour agir sur l'interlocuteur et porteurs d'enchaînements virtuels, à côté d'actes à **valeur conversationnelle** (fonction complétive, interruptive, phatique ou régulatrice ...) ou **socio-relationnelle**, en relation avec l'activité de ménagement de la "face".

b) **L'intervention** est produite par un seul locuteur et correspond à sa contribution à un échange. Elle ne doit pas être confondue avec un tour de parole. Ainsi, dans l'exemple à suivre, la réponse à un premier tour de parole émis par A : "Ça va ? ", est constituée de deux interventions émises par B : 1) "Ça va 2) et toi ?"

#### 2/ Niveau dialogal

a) **L'échange** correspond à l'unité minimale du niveau **dialogal**, il est donc produit par deux locuteurs différents.

L'exemple ci-après illustre une structure fréquente de l'échange, la structure **ternaire** :

A : " Où cours-tu comme ça ?"	→	intervention <b>initiative</b>
B : "Au cinéma."	→	intervention <b>réactive</b>
A : "Ah ! au ciné !"	→	intervention <b>évaluative</b>

Cependant, une des notions clés dégagée par l'analyse de la conversation est celle de la **paire adjacente**, échange constitué de **deux interventions**, une **initiation** et une **réaction** qui est attendue : ex invitation/acceptation. Un refus serait une réaction "marquée", elle est donc si possible évitée. Cet exemple illustre l'**organisation préférentielle** des séquences conversationnelles. D'après SCHEGLOFF, "*lorsqu'un élément de la structure est attendu et non produit on peut dire qu'il est officiellement absent*", la paire adjacente est dans ce cas qualifiée de "*tronquée*".

Pour SACKS (1972) cité par BANGE (1997), la **paire adjacente** est un moyen d'établir une relation d'"*implicativité séquentielle*", même si "*le locuteur propose et l'interlocuteur dispose*", KERBRAT-ORECCHIONI (2001).

b) **La séquence** est composée de plusieurs échanges, reliés entre eux par le traitement d'un même thème ou d'une même tâche. On distingue les séquences d'ouverture et de clôture de celles composant le corps de la conversation.

c) **L'interaction, ou rencontre**, est l'unité de rang supérieur regroupant tout ce qui se trouve entre la mise en contact des participants et leur séparation ; elle se décompose en séquences TRAVERSO (1999).

Il n'est cependant facile ni de la délimiter, ni de déterminer ses invariants. D'après KERBRAT-ORECCHIONI (1990), "*pour que l'on ait affaire à une seule et même interaction, il faut et il suffit qu'il y ait un groupe de participants modifiable mais sans rupture qui, dans un cadre spatio-temporel modifiable mais sans rupture, parlent d'un objet modifiable mais sans rupture*".

## 4. Validation interlocutoire et synchronisation interactionnelle

### 4.1 La ratification

Selon GOFFMAN (1974), les participants à une conversation commencent par se ratifier mutuellement. Cette validation interlocutoire se manifeste par les présentations et les salutations qui prennent place dans la séquence d'ouverture de la conversation. Dans le cours de la conversation les participants sont également amenés à ratifier les propositions de thème du partenaire.

### 4.2 Le système des tours de parole

#### 4.2.1 Définition du tour de parole

Selon PERKINS (2001), *"un tour de parole se définit comme la contribution conversationnelle d'un participant, suivie soit par un silence, soit par la contribution de l'autre partenaire"*. Il peut comporter un seul mot, un syntagme ou encore une phrase.

Cette définition ne rend cependant pas compte de la difficulté présentée en pratique par la détermination des tours de parole dans la conversation. Deux points sont à soulever :

1/ D'après LUSCHER et coll. (1995), le tour de parole est à **distinguer de la prise de parole** qui découpe la conversation alors que le tour de parole l'organise. Ainsi, un tour de parole est un type particulier de prise de parole qui a **trait au thème en cours**.

2/ Certaines prises de parole très courtes posent un **problème de catégorisation**, nous allons y revenir tout à l'heure (cf 4.4.2 : Le cas particulier des régulateurs verbaux).

Le système des tours de parole, décrit en 1974 par SACKS, SCHEGLOFF et JEFFERSON, permet l'**organisation séquentielle** de la conversation par des **règles implicites** d'alternance des locuteurs.

#### 4.2.2 Le principe d'alternance

Selon KERBRAT-ORECCHIONI (1990), toute interaction verbale se présente sous la forme d'une succession de tours de parole, témoignant ainsi d'une organisation séquentielle. Chacun parle à son tour, (un seul locuteur à la fois) et attend son tour en évitant les chevauchements de parole. Les silences entre les tours, "**gaps**", doivent être réduits au minimum de façon à ce qu'il y ait toujours quelqu'un qui parle. Comme l'alternance des tours n'est pas pré-déterminée, la réussite de la conversation dépend du bon vouloir des participants.

Le principe d'alternance s'appuie sur **deux dispositifs**, le système d'attribution des tours de parole et le système d'identification de la place transitionnelle :

##### 1/ Le système d'attribution des tours de parole :

Il intéresse les conversations réunissant plus de deux interlocuteurs. On observe deux cas de figure : **soit le locuteur désigne un autre locuteur**, dans ce cas celui-ci doit prendre la parole et s'il ne le fait pas le locuteur peut s'autoriser à continuer, **soit un autre locuteur peut s'auto-désigner**.

**En cas de silence prolongé** à la fin du tour de parole, on considère que si le locuteur n'a pas sélectionné le locuteur suivant, il est responsable de ce silence et il s'agit par conséquent d'une rupture conversationnelle. Inversement, si un locuteur a été sélectionné et qu'il ne prend pas son tour, le silence lui est à ce moment-là attribué.

##### 2/ Le système d'identification de la place transitionnelle :

Ce système repose sur des **signaux**, émis par le locuteur, indiquant la fin de son tour de parole, la **place transitionnelle** étant définie par "*le point de transition possible*" entre deux tours, SACKS et coll. (1974). L'identification de ce point de transition suppose donc que l'interlocuteur sache repérer ces signaux. Ceux-ci peuvent être :

↳ **De nature verbale** : complétude syntaxique, nature de l'acte de langage (telle la question qui appelle un enchaînement), petits mots tels que "voilà", "bon"...

↳ **De nature prosodique** : courbe intonative, débit ralenti, allongement de syllabe...

↪ **De nature mimo-gestuelle** : regard, fin de gesticulation...

Si le locuteur désire conserver la parole, les signaux sont alors inverses : le débit va être accéléré par exemple, ou le parleur va éviter de regarder son interlocuteur.

#### 4.2.3 Les ratés du système de tour

Les ratés signent le non respect, involontaire ou délibéré des "*places pertinentes*" pour le changement de tour, selon l'expression de BANGE (1992). Ils sont fréquents et prennent la forme d'un **silence prolongé entre deux tours**, d'une **interruption de parole**, ou d'un **chevauchement**.

Ces incidents sont dus soit à des **signaux flous**, dans ce cas on a affaire à un raté involontaire, soit à un **refus de se soumettre aux règles**, auquel cas il s'agit d'une violation délibérée. Il convient de préciser toutefois, que cette violation peut avoir pour objectif l'entraide ou la coopération. Le caractère de ces règles étant **probabiliste**, elles sont facilement transgressibles et leur violation est par conséquent bien acceptée.

#### 4.2.4 Le tour de parole : "unité" interactive

L'étude de la conversation fait apparaître la **prévisibilité** de la place transitionnelle, "*place pertinente pour le changement de tour*" selon BANGE (1992). Ce phénomène propre à la conversation permet de dégager certaines **caractéristiques du tour de parole** (MONDADA, 1998) :

- 1/ Sa composition est **flexible**, du simple mot à la phrase ;
- 2/ Il est **dynamique**, c'est-à-dire qu'il émerge dans l'instant de la conversation,
- 3/ **Situé** dans le contexte, s'ajustant au moment,
- 4/ Et enfin **interactif**, construit par le locuteur et son partenaire en collaboration.

Ce dernier point est également souligné par BANGE (1992) pour qui le tour de parole est une *"unité interactive (...) orientée dans sa construction comme dans sa fonction à la fois vers le tour précédent et vers le tour suivant."*

### 4.3 La gestion des thèmes

Le thème peut être défini comme *"ce dont on parle"*. *"Il est généré et élaboré continûment au moyen d'un ensemble de procédures ordonnées et interactionnelles qui se fondent sur l'existence d'un dispositif séquentiel"*. Les participants *"partagent une orientation commune vers le fait de parler thématiquement"*, DE FORNEL (1986).

Les auteurs soulignent tous le **caractère collaboratif** de la gestion des thèmes (ou topiques). Ainsi TRAVERSO (1999) indique qu'*"un thème ne peut être clos, introduit, poursuivi, développé ou dévié que de façon coordonnée entre les participants"*. Selon BERTHOUD (1996), un thème ne s'introduit pas d'un seul coup ni une fois pour toutes. Celui qui l'introduit peut d'une certaine manière *"contrôler le discours"*, mais son interlocuteur peut toujours contester cette emprise en refusant de collaborer. **L'introduction d'un thème** peut ainsi se faire dans le sens de la continuité ou de la discontinuité.

#### 4.3.1 La continuité thématique

Très souvent, les participants passent d'un thème à l'autre par **glissements successifs**, ce qui éloigne du thème de départ tout en donnant l'impression d'une continuité thématique (SACKS, 1972, cité par DE FORNEL). Toutefois un thème ne peut être développé que si l'interlocuteur en a accepté l'introduction. C'est ce processus de **ratification** qui permet la continuité thématique. Il donne au partenaire un rôle essentiel dans la gestion des thèmes et contre-balance ainsi la "supériorité interactionnelle" conférée à l'initiateur du thème.

#### 4.3.2 La discontinuité thématique

La discontinuité thématique se traduit par l'introduction d'un nouveau topique, suite à la clôture du topique précédent. Cette **clôture** peut être le fait d'un **accord** entre les participants.

Elle est dite explicite si elle est précédée d'une pré-clôture ("vois-tu autre chose à ajouter ?") ou implicite si elle se manifeste par des silences, une absence d'enchaînement aux points de transition... Elle peut également relever de la **rupture** de thème. Le changement de thème est alors soudain, provoqué soit par le contexte (arrivée d'un autre participant par exemple), soit par une volonté délibérée de changement.

Tout comme la clôture, l'**introduction** d'un nouveau thème peut être implicite (par une question par exemple) ou explicite (acte de proposition).

#### 4.3.3 L'élaboration thématique

Une fois le thème initié et ratifié, l'élaboration thématique revêt plusieurs formes (TRAVERSO, 1999) :

- 1/ **La description ou commentaire** autour d'un référent ;
- 2/ **L'explication**, où l'un des partenaires est en position d'expert et l'autre en position de demandeur ou d'évaluateur ;
- 3/ **La narration**, dont la progression thématique dépend du locuteur et dont la cohérence repose sur une progression temporelle ;
- 4/ **L'argumentation**, où les partenaires développent des opinions opposées ;
- 5/ **L'échange à bâtons rompus**, qui procède par glissements thématiques successifs.

#### 4.4 Le système de régulation

TRAVERSO (1999) entend par "*système de régulation*" une des manifestations de l'**engagement mutuel** des partenaires dans une conversation. Ce système est une **activité**

**réflexe** composée de signaux verbaux, vocaux ou non verbaux, **les phatiques et les régulateurs**, marquant la co-construction du discours tout au long de l'interaction.

Ces signaux interactionnels prodigués de façon régulière sont **essentiels** à la réussite de l'échange, on observe d'ailleurs une augmentation de leur production en cas de défaillance aussi bien du locuteur que de son partenaire. Il est en outre démontré que l'absence de régulateurs perturbe profondément le comportement du locuteur.

#### 4.4.1 Activité phatique

Elle concerne le **rôle de l'émetteur** et est destinée à maintenir et s'assurer de l'attention de l'auditeur par des signes phatiques : orientation du corps, regards, captateurs verbaux d'attention ("n'est-ce pas", "tu sais", "tu vois"...). Le locuteur peut ainsi être amené à *"réparer les défaillances d'écoute ou de compréhension de l'interlocuteur par une augmentation de l'intensité vocale, des reprises, ou des reformulations"*, KERBRAT-ORECCHIONI (1996).

#### 4.4.2 Activité régulatrice

Elle est relative au **rôle de récepteur** et comprend les *"réactions constitutives de l'acte d'écouter"*, DE GAULMYN (1987). En d'autres termes, son rôle est d'assurer au locuteur qu'il est bien écouté ou bien qu'il n'est pas compris.

Les signaux régulateurs peuvent être de nature verbale (émissions brèves telles que "d'accord", "oui", "quoi ?", "hein ?"...), vocale (hm), ou gestuelle (hochement de tête...).

#### ↳ Le cas particulier des régulateurs verbaux

Comme évoqué précédemment, les régulateurs verbaux sont parfois difficiles à distinguer du tour de parole.

Certains auteurs considèrent toute alternance de parole comme une prise de tour, assimilant de facto régulateurs et tour de parole, alors que d'autres comme DE GAULMYN (1987)

restreignent le concept de tour de parole aux interventions en relation avec le thème. De ce fait les régulateurs verbaux émis par l'interlocuteur ne seraient pas des tours de parole mais des **émissions réactives**, caractérisées par leur brièveté. Toutefois, cette brièveté ne suffisant pas à les identifier, seul le contexte des interventions du locuteur principal peut alors permettre de statuer.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

1/ Lorsque ces émissions brèves prennent place dans une pause interprétable comme fin de tour, elles peuvent être considérées comme "**tour mineur**", c'est-à-dire une contribution minimale du locuteur.

2/ Si elles s'insèrent par contre dans une pause non interprétable comme fin de tour, on conclura qu'il s'agit d'un "**faux tour**", donc de véritables régulateurs verbaux.

#### 4.5 Les réparations

Elles sont de deux types : celles qui concernent la **gestion des "faces"** selon GOFFMAN, et celles qui concernent les **erreurs ou les problèmes de compréhension**, présentes dans toute conversation. Nous allons détailler ce dernier type de réparations que nous retrouverons par la suite dans les conversations impliquant un patient aphasique.

SACKS et SCHEGLOFF (1977) ont étudié ces processus de réparation et ont distingué **deux phases** :

1/ **L'initiation**, c'est-à-dire la signalisation de l'incident ;

2/ **La trajectoire de réparation**, représentée par les tours de parole aboutissant à la réparation elle-même.

Tant l'initiation que la réparation peuvent être réalisées par le locuteur ou son partenaire. Cependant c'est le locuteur lui-même le plus souvent, en dehors d'une atteinte aphasique, qui initie et répare lui-même. On parlera dans ce cas d'**auto-initiation** et d'**auto-réparation**.

Lorsque c'est le partenaire qui signale l'incident et qui le répare, on parlera d'**hétéro-initiation** et d'**hétéro-réparation**.

Voici des exemples de ces mécanismes de réparation cités par DE PARTZ (2007) :

1/ Auto-signalisation et auto-réparation :

A : "Je vais à Paris." "Non !" "A Montpellier."

2/ Auto-signalisation et hétéro-réparation :

A : "Je vais à Paris." "Non !"

B : "Tu veux dire à Montpellier."

3/ Hétéro-signalisation et auto-réparation :

A : "Je vais à Paris."

B : "A Paris ?"

A : "Non, à Montpellier."

4/ Hétéro-signalisation et hétéro-réparation :

A : "Je vais à Paris."

B : "A Paris ?" "Tu veux dire à Montpellier."

Comme le montrent ces exemples, et lorsque la conversation engage des sujets sans troubles aphasiques, les incidents conversationnels sont résolus rapidement : un ou deux tours de parole suffisent à la trajectoire de réparation.

La conversation porte ainsi, tant dans son fonctionnement que dans ses différentes strates, les marques d'une interaction continue entre les partenaires. L'analyse conversationnelle que nous présentons ci-après, se révèle alors un outil privilégié pour étudier ces mécanismes interactifs et rendre compte de la façon dont se déroule la conversation.

### III L'analyse conversationnelle

---

Elle est née, comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, à la fin des années 1960 sous l'impulsion de SACKS et SCHEGLOFF au sein d'une discipline de la sociologie, l'ethnométhodologie. C'est en tant que forme fondamentale de l'organisation sociale que la conversation a intéressé ces chercheurs. A leur suite, divers champs de recherche se sont emparé de "l'outil analyse conversationnelle" pour étudier les interactions en conversation sous différents angles.

L'objet de cette troisième partie sera de définir l'analyse conversationnelle (c'est "l'outil" qui nous intéresse ici), et d'en décrire la méthodologie.

#### 1. Définition

Nous avons retenu la définition énoncée par KALLMEYER et SCHÜTZE (1976) et citée par BANGE (1992) : selon eux, l'analyse conversationnelle est une *"recherche empirique sur des discours produits dans des situations de communication naturelles, recueillis et stockés par des moyens électroniques, transcrits et analysés du point de vue des structures de déroulement de la communication, des activités des participants à l'interaction et/ou des présuppositions ou attributions de signification mises en œuvre par eux"*.

#### 2. La méthodologie

*"La démarche générale de l'analyse conversationnelle"*, écrivent DE FORNEL et LEON (2000), *"donne une large place à une méthode inductive qui va des données aux problèmes (...)".* C'est en partant des données selon SACKS, que l'on peut dégager des règles. L'approche conversationnelle, basée sur l'observation et la description de conversations naturelles, est donc résolument **empirique**.

## 2.1 L'enregistrement

L'analyse conversationnelle utilise depuis ses débuts une méthodologie centrée sur l'enregistrement, audio (principalement à l'origine) ou vidéo de conversations "authentiques". L'enregistrement vidéo est en général préféré car il permet la prise en compte de la contribution des éléments non verbaux à l'interaction.

Cet enregistrement constitue les **données primaires** sur lesquelles s'effectue l'analyse.

## 2.2 La transcription

La transcription des données de l'enregistrement est indispensable pour disposer d'un support écrit de la conversation, mais elle reste un **auxiliaire à l'enregistrement** qui reste le support principal. Il est en effet difficile de consigner sur la transcription tous les éléments non verbaux de la conversation. En outre, la transcription représente *"un travail d'interprétation, de reconstruction de ce que les locuteurs ont pu dire, et non la production mécanique d'un fac-similé écrit d'un texte oral"*, COPPIETERS cité par ANDRÉ (2005).

La transcription peut se présenter de **trois façons différentes** :

1/ **En ligne (format liste)** : le transcripateur retourne à la ligne à chaque prise de parole. Les paroles se chevauchant sont soulignées ou placées l'une sous l'autre.

2/ **En partition** (cf. annexe) : le corpus est retranscrit par groupes de deux lignes, comme les portées d'une partition de piano. Une ligne est attribuée à chacun des interlocuteurs. La transcription passe d'une ligne à l'autre au sein des deux "portées", en fonction du locuteur. Lorsque les interlocuteurs parlent en même temps (chevauchement), leurs contributions sont mises en regard l'une sous l'autre.

3/ **En colonne** : une colonne est réservée à chaque interlocuteur et les chevauchements sont indiqués par un soulignement.

### 2.3 L'analyse du corpus

Le corpus obtenu fait ensuite l'objet d'une analyse. Celle-ci, d'après MAINGUENEAU (1996), s'oriente dans **deux directions** :

- 1/ D'une part l'étude des **relations entre les constituants linguistiques** répartis sur plusieurs niveaux (actes de langage, interventions, échanges, séquences, interaction) ;
- 2/ Et d'autre part celle des **relations entre les participants** (tours de parole, système de régulation, réparations...).

Cette analyse, de nature quantitative et qualitative, porte sur les composantes de la conversation reconnues comme pertinentes par l'analyste :

- 1/ **L'analyse quantitative** peut ainsi concerner le temps de parole, les tours de parole, les mots produits, les phatiques, les régulateurs...
- 2/ Alors que **l'analyse qualitative** peut porter sur la façon dont s'effectuent les prises de tours (procédures d'allocation des tours), la gestion des thèmes, les réparations...

Soulignons que malgré la qualité du corpus (enregistrement et transcription), une part du contexte restera toujours inaccessible à l'analyste : le savoir commun partagé qui sous-tend la conversation entre les partenaires par exemple, leurs croyances, ou tout simplement l'état émotionnel qui a précédé la conversation. Ces implicites influent sur le déroulement de l'échange, et peuvent se traduire par des comportements particuliers qui pourraient alors être mal interprétés. Tout ceci fait du matériau de conversation un matériau complexe par nature.

Qu'en est-il alors lorsque la conversation se déroule entre deux partenaires dont l'un souffre de troubles aphasiques qui entravent sa communication ?

Pour éclairer la partie pratique de notre mémoire consacrée à l'évaluation des interactions entre la personne aphasique et son partenaire de conversation, il nous paraît nécessaire de nous pencher maintenant sur la pathologie aphasique, aussi multiple dans ses manifestations

que diverse dans son degré de sévérité, ainsi que sur l'impact qu'elle produit sur la cellule familiale. Nous aborderons également, selon les types d'approches thérapeutiques, les différents axes de rééducation ainsi que les évaluations qui les précèdent et orientent la prise en charge.

# CHAPITRE II

# APHASIE ET APPROCHES THERAPEUTIQUES

# I La pathologie aphasique

---

## 1. Définition

Le terme aphasie, du grec aphasia qui signifie "incapacité à parler", fut créé par TROUSSEAU en 1864 pour désigner les désordres linguistiques survenus à la suite d'une lésion cérébrale, chez une personne qui maîtrisait auparavant le langage.

Selon la définition de GIL (2006), "*les aphasies désignent les désorganisations du langage pouvant intéresser aussi bien son pôle expressif que son pôle réceptif, ses aspects parlés que ses aspects écrits, et en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques.*" L'aphasie repose donc sur un substrat anatomique siégeant en majeure partie dans l'hémisphère dominant pour le langage, c'est-à-dire le gauche pour 90% des droitiers (et selon les auteurs, jusqu'à 70% des gauchers). Une lésion de l'hémisphère gauche peut être la cause de troubles aphasiques, cependant certains cas d'aphasie sont dus à une lésion de l'hémisphère droit chez le droitier (1 à 5% des droitiers concernés, BARAT et coll., 2007), l'aphasie est alors dite "*croisée*".

Enfin l'aphasie se distingue des retards de langage chez l'enfant et des perturbations linguistiques rencontrées dans certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie (EUSTACHE & FAURE, 2005).

L'aphasie est invalidante car **elle touche l'individu dans sa capacité à communiquer avec les autres**. Cependant le handicap résultant de l'aphasie n'est pas identique chez tous ceux qui en sont atteints. Il existe en effet plusieurs sortes d'aphasies selon les pathologies qui en sont à l'origine, s'exprimant par une sémiologie sous la dépendance de la localisation des zones cérébrales lésées.

Nous nous proposons de détailler cette sémiologie ainsi que les troubles associés, de faire ensuite l'inventaire des étiologies, et enfin de présenter les différents tableaux cliniques.

## 2. Sémiologie

La sémiologie aphasique présente une grande variété. Il faut souligner par ailleurs que les troubles fluctuent chez un même patient au même moment de l'évolution de sa maladie et que la fatigue et diverses variables affectives, telles que le stress et la dépression, peuvent influencer sur la qualité de l'expression verbale (SERON et ALEGRIA, 2000).

### 2.1 Troubles de l'expression orale

#### 2.1.1 Troubles du débit verbal

Les anomalies du débit verbal permettent d'opposer les **aphasies non fluentes** aux **aphasies fluentes** :

1/ Dans les **aphasies non fluentes**, le débit verbal est modifié dans le sens d'**une réduction** se manifestant à l'extrême par un **mutisme**, c'est à dire une absence totale de production linguistique. Ce mutisme se rencontre dans l'aphasie globale mais peut également faire partie du tableau clinique du début d'une aphasie de Broca. Lorsque la réduction est moins importante, on remarquera l'aspontanéité du discours, et le manque du mot qui engendre pauses et temps de latence.

2/ Dans les **aphasies fluentes**, on peut noter **une accélération** du débit s'apparentant à une **logorrhée**, c'est-à-dire un flux verbal difficile à arrêter. Le patient soliloque et parle de façon incessante sans respecter les tours de parole.

#### 2.1.2 Troubles de la prosodie

On rencontre des troubles de la prosodie linguistique (accentuation, rythme, timbre, inflexion de la voix) dans certains types d'aphasie, notamment dans l'aphasie de Broca.

On peut différencier **deux types de troubles** :

1/ **L'aprosodie**, qui se caractérise par une parole monotone, une accentuation inexistante et un rythme modifié,

2/ La **dysprosodie**, qui correspond plutôt à une perturbation des qualités prosodiques pouvant aller jusqu'à un pseudo-accent, germanique ou britannique.

### 2.1.3 Troubles phonétiques

Les difficultés se situent ici au **niveau articulaire**. Il s'agit dans ce cas d'une perturbation de la réalisation motrice des phonèmes due à une atteinte des organes phonateurs. Les troubles moteurs rencontrés revêtent plusieurs aspects diversement associés : aspects paralytique, dystonique et apraxique.

Ces troubles arthriques ont été nommés **syndrome de désintégration phonétique** par ALAJOUANINE (1939). Les transformations phonétiques vont dans le sens d'une simplification articulaire qui entraîne des élisions, additions, déplacements et substitutions de phonèmes. Ces derniers peuvent de plus être affectés par des phénomènes d'occlusion, d'assourdissement ou de nasalisation.

### 2.1.4 Troubles phonémiques

Les perturbations se trouvent **au niveau du choix ou de l'agencement des phonèmes**, sans qu'il y ait de troubles arthriques.

On distingue :

1/ **Les paraphasies phonémiques**, qui entraînent des distorsions de mots par élision, ajout, substitution, déplacement de phonèmes (exemples donnés par LECOURS & LHERMITTE (1979) : "*complexesse*" pour complexe, "*écipri*" pour épicerie). Le nombre de phonèmes communs avec le mot-cible reste supérieur à 50% (LAMBERT, 2004).

2/ **Les néologismes**, qui peuvent être définis en tant que "*segments linguistiques employés comme des mots bien que ne figurant pas au dictionnaire de la langue communautaire*" selon LECOURE & LHERMITTE (1979). Il est en effet impossible d'y reconnaître un mot de la langue, pas plus au niveau de la forme que du sens.

#### 2.1.5 Troubles sémantiques

Cette fois-ci les perturbations linguistiques se situent **au niveau du sens**. On peut discerner :

1/ **Les paraphasies verbales sémantiques**, dans lesquelles le mot produit a un rapport conceptuel avec le mot recherché (ex : pomme à la place de poire).

2/ **Les paraphasies verbales formelles**, où le mot produit n'a aucune relation sémantique avec le mot-cible mais partage des liens formels avec lui (ex : bouton à la place de mouton).

3/ **Les paraphasies sans rapport sémantique ou formel apparent**, telles que "*apéritif*" pour "*allumette*", ALAJOUANINE (1968).

4/ **Le jargon**, langage rendu incompréhensible par l'emploi de nombreux néologismes.

5/ **Le manque du mot**, qui désigne un mot cible difficile ou impossible à évoquer au moment où le patient en a besoin. Le manque du mot peut se traduire de différentes façons, par une absence ou un délai de réponse plus ou moins important, une paraphasie, une périphrase, une circonlocution ou une définition par l'usage. C'est le trouble le plus fréquemment rencontré dans toutes les formes d'aphasie (GOODGLASS & CAPLAN, 1983, cités par DE PARTZ, 2000).

#### 2.1.6 Troubles syntaxiques

Il est possible de distinguer **deux types de troubles syntaxiques** :

1/ **L'agrammatisme**, qui se rencontre dans les aphasies motrices et se caractérise "*en premier lieu par une réduction de la longueur des phrases et une simplification de la structure syntaxique*" (CAMPOLINI et coll., 2003). Le style du discours est télégraphique, c'est-à-dire que les morphèmes grammaticaux sont omis, ou utilisés de façon inadéquate, comme dans l'exemple suivant cité par DUCARNE de RIBEAUCOURT (1988) : "*Février grand froid pas beaucoup sortir, une heure dehors et bien habillé, la petite à l'école 10 ans et demi*".

2/ **La dyssyntaxie**, qui est une perturbation de la construction syntaxique, gênant l'informativité du message et pouvant même le rendre incompréhensif, au sein d'un discours fluent. Elle est caractérisée par "*la perte des rapports grammaticaux entre les mots, l'emploi de liaisons morphosyntaxiques pour d'autres : " il n'est pas venu mais il était malade ", " je venions"*", BRIN et coll., (2004).

#### 2.1.7 Autres troubles rencontrés

On peut également relever chez le patient aphasique :

1/ **Des persévérations**, pouvant être définies selon BRIN et coll., (2004) par la "*répétition d'un même mot, d'une même phrase, produits une première fois dans une situation appropriée et réapparaissant de manière inadéquate ensuite*".

2/ **Des troubles de la répétition**, se caractérisant par une perturbation de la reproduction de segments linguistiques entendus.

3/ **Une dissociation automatico-volontaire**, marquée par une relative préservation des formules automatiques du langage (jours, mois, formules de politesse...) alors qu'il est impossible pour le patient de les dire de façon volontaire ou sur demande.

## 2.2 Troubles de la compréhension orale

Les troubles de la compréhension orale peuvent affecter soit la compréhension des **mots**, soit celle des **phrases**. En référence au modèle cognitif de la compréhension du langage d'ELLIS et coll., (1994), **différents niveaux de traitement du langage peuvent être concernés**.

Ces niveaux de traitement sont au nombre de trois :

- 1/ Le **système d'analyse auditive**, qui permet l'identification des sons de la parole. C'est lorsque ce niveau présente un déficit que l'on peut rencontrer une surdité verbale pure.
- 2/ Le **lexique phonologique d'entrée**, qui permet l'identification des mots familiers ;
- 3/ Le **système sémantique**, qui active la signification des mots.

Les troubles de la compréhension orale peuvent être isolés comme dans la surdité verbale, ou faire partie à des degrés divers de la sémiologie de certains syndromes aphasiques. La compréhension peut être nulle (aphasie globale), très altérée (aphasie de Wernicke) ou bien discrète (aphasie de Broca).

## 2.3 Troubles de l'expression écrite

L'expression écrite est souvent plus touchée que l'expression orale. Selon les auteurs et leur référence, anatomo-clinique ou neuropsychologique, les termes **agraphie** ou **dysgraphie acquise** seront employés. On distingue les troubles du graphisme (gestes de l'écriture) de ceux affectant l'orthographe.

La sémiologie rencontrée rejoint celle des troubles de l'expression orale avec diverses **paragraphies** (littérales, phonologiques, verbales), des néologismes, des persévérations, un manque du mot, une **jargonagraphie**, un agrammatisme ou une dyssyntaxie.

## 2.4 Troubles de la lecture et de la compréhension écrite

De même que pour les troubles de l'expression écrite, la terminologie employée diffère selon les auteurs. On parlera d'*alexie* ou de *dyslexie acquise*.

Les erreurs sont nommées **paralexies** ; elles portent sur le phonème, le morphème ou le mot. Lorsqu'elles aboutissent à une suite de néologismes, elles réalisent une **jargonalexie**. Le patient peut omettre les mots fonctionnels ou en substituer à d'autres. Toutefois, il est à noter que la compréhension est souvent meilleure que ne le laisse par exemple supposer la lecture à haute voix.

## 3. Troubles associés

Un tableau aphasique est rarement isolé. Le patient présente souvent d'autres troubles cognitifs invalidants ainsi que des troubles sensori-moteurs.

Parmi les troubles associés, on peut rencontrer :

- 1/ **Une hémiplégie** : paralysie complète ou incomplète d'une moitié du corps (droite en cas de lésion gauche).
- 2/ **Une paralysie faciale** : paralysie unilatérale ou plus rarement bilatérale des muscles de la face.
- 3/ **Une dysarthrie** : trouble articulo-phonatoire non aphasique relevant d'une altération du contrôle des muscles phonatoires. Contrairement à l'anarthrie, ce trouble est permanent.
- 4/ **Une hémianopsie latérale homonyme** : perte ou diminution de la vision d'un hémichamp visuel.

5/ **Une hémiparésie ou négligence spatiale unilatérale (NSU)** : agnosie visuelle qui affecte la perception et le traitement des informations dans l'espace opposé à la lésion cérébrale.

6/ **Une apraxie bucco-faciale** : difficulté ou impossibilité d'exécution volontaire de mouvements buccaux et labiaux, sans paralysie pour autant.

7/ **Une apraxie gestuelle** : trouble de l'exécution volontaire de gestes simples (apraxie idéomotrice), de séquences de gestes (apraxie idéatoire) ou de construction simple ou complexe dans le système visuo-spatial (apraxie constructive). L'apraxie complique alors la mise en place de stratégies non verbales.

8/ **Une anosognosie** : déni ou indifférence par rapport aux troubles. Elle est à lever pour que le patient s'investisse dans sa rééducation.

9/ **Une agnosie** : déficit de reconnaissance visuelle, auditive ou sensitive des objets, sans déficit sensoriel primaire ni troubles de l'intelligence.

10/ **Une acalculie** : impossibilité d'utilisation des chiffres et des nombres, et de réalisation des opérations.

11/ **Des troubles des fonctions supérieures** : troubles mnésiques, troubles de l'attention, syndrome dysexécutif.

#### **4. Etiologie**

Les pathologies pouvant entraîner une aphasie sont multiples : maladies vasculaires, traumatismes crâniens, maladies dégénératives, processus expansifs, infectieux ainsi que l'épilepsie (PESKINE et coll, 2007).

#### 4.1 Accidents vasculaires cérébraux

Ce sont les accidents vasculaires cérébraux qui représentent de loin la **cause la plus fréquente** d'aphasie, à l'origine de 90% des cas environ. Ces complications aiguës d'une maladie vasculaire sont dues, soit à un arrêt de la circulation sanguine au niveau des artères cérébrales, on parle alors d'accident vasculaire **ischémique** ou d'infarctus cérébral, soit à la rupture d'un vaisseau provoquant un accident vasculaire **hémorragique**. L'accident ischémique peut être transitoire, les troubles sont alors temporaires et ne laissent pas de séquelles.

#### 4.2 Traumatisme crânien

Le traumatisme crânien grave se trouve à l'origine d'une aphasie dans environ 5 à 11% des cas, lorsqu'il touche les aires de l'hémisphère gauche dévolues au langage (PESKINE & PRADAT-DIEHL, 2007).

#### 4.3 Tumeur cérébrale

La tumeur cérébrale située à gauche chez le sujet de plus de 65 ans peut avoir comme symptôme d'alerte une aphasie. Ce sont les tumeurs malignes de types gliome, lymphome, métastase, qui en sont les plus pourvoyeuses.

#### 4.4 Pathologies dégénératives

##### 4.4.1 Atrophies focales

Certaines affections dégénératives se caractérisent au stade initial par **un trouble du langage ou de la parole progressif et longtemps isolé**. Elles peuvent évoluer vers un tableau démentiel en quelques années.

Il s'agit de l'**aphasie primaire progressive** (APP), de l'**aphasie logopénique**, de la **démence sémantique**, et de l'**anarthrie progressive**.

#### 4.4.2 Maladie d'Alzheimer

Dans cette pathologie de plus en plus fréquente en raison du vieillissement de la population, les troubles aphasiques ne sont qu'un des aspects d'une détérioration cognitive globale progressive où prédominent les troubles de la mémoire.

#### 4.4.3 Autres démences

Plusieurs pathologies démentielles peuvent présenter une atteinte du langage, notamment la **démence vasculaire**, la **démence à corps de Lewy** (DCL), la **dégénérescence cortico-basale** (DCB), ainsi que la **démence de la paralysie supra-nucléaire progressive** (PSP).

### 4.5 Processus inflammatoires et infectieux

1/ Les aphasies d'**origine inflammatoire** sont très rares, mais on en trouve pourtant quelques cas, par exemple chez des patients présentant une **sclérose en plaques** (SEP).

2/ Une aphasie accompagnée de fièvre et de céphalée peut constituer le signe d'une **étiologie infectieuse**. Il peut s'agir alors d'un **abcès** temporal gauche ou d'une **méningo-encéphalite infectieuse**. Par ailleurs, dans les cas d'**infection au VIH**, l'aphasie représente 12% des complications neurologiques (PESKINE et coll., 2007).

### 4.6 Epilepsie

La chirurgie de l'épilepsie, l'épilepsie faisant suite à un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, un abcès cérébral ou une tumeur, peuvent générer une aphasie ou

l'aggraver temporairement.

## 5. Classification

Il existe plusieurs classifications des aphasies selon les critères ayant servi de point de départ : critères anatomo-cliniques et linguistiques notamment. Cependant, un des points communs à ces classifications reste la dichotomie entre les aphasies non fluentes (antérieures, expressives, aphasie de Broca) et les aphasies fluentes (postérieures, réceptives, aphasie de Wernicke).

Cette dichotomie, selon CAMPOLINI et coll. (2003), permet de départager la majorité des syndromes décrits dans la littérature, auxquels s'ajoutent les aphasies mixtes, les aphasies sous-corticales, les atteintes de l'hémisphère droit et les aphasies lentement progressives. Nous nous référerons à la classification de CAMPOLINI et coll. (2003) ainsi qu'aux écrits de GIL (2006).

### 5.1 Aphasies non fluentes

#### 5.1.1 Aphasie de Broca

##### ↳ Site lésionnel :

Les lésions à l'origine de l'aphasie de Broca concernent les pars triangularis et opercularis de la troisième circonvolution frontale, les régions corticales voisines dont l'insula, et s'étendent en profondeur vers la substance blanche des capsules externe et interne ainsi que vers les noyaux gris centraux (GIL, 2006).

##### ↳ Caractéristiques principales :

1/ **Réduction** quantitative et qualitative de l'expression orale d'intensité variable pouvant être limitée à la seule production de stéréotypies.

- 2/ Manque du mot, paraphasies phonémiques.
- 3/ **Troubles articulatoires** : syndrome de désintégration phonétique fréquemment accompagné d'une apraxie bucco-faciale.
- 4/ Dissociation automatico-volontaire du langage avec une relative préservation de formules automatiques.
- 5/ Dysprosodie fréquente.
- 6/ **Agrammatisme.**
- 7/ **Compréhension orale peu altérée** (sauf pour les phrases longues et syntaxiquement complexes), compréhension écrite plus difficile.
- 9/ Transformations paragraphiques, dysorthographe.

#### 5.1.2 Anarthrie pure

↳ Site lésionnel :

Les lésions entraînant une anarthrie pure concernent le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante gauche et les fibres la reliant à l'aire de Broca.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ **Désintégration phonétique isolée.**
- 2/ Apraxie bucco-faciale associée.
- 3/ Intégrité de la compréhension orale et écrite.
- 4/ Expression écrite possible.

#### 5.1.3 Aphasie transcorticale motrice

↳ Site lésionnel :

Les lésions responsables d'une aphasie transcorticale motrice siègent en avant ou au-dessus de l'aire de Broca ou au niveau de l'aire motrice supplémentaire.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ Asponanéité motrice et verbale importante.
- 2/ **Préservation des capacités de répétition**, possible écholalie.
- 3/ Compréhension auditivo-verbale en général normale.
- 4/ Compréhension du langage écrit et lecture à haute voix préservées.
- 5/ Manque du mot d'intensité variable.

## 5.2 Aphasies fluentes

### 5.2.1 Aphasie de Wernicke

↳ Site lésionnel :

Les lésions provoquant une aphasie de Wernicke concernent la partie postérieure de la première et de la deuxième circonvolution temporale gauche et/ou la substance blanche adjacente.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ **Logorrhée.**
- 2/ Nombreuses paraphasies phonémiques et verbales pouvant aboutir dans les cas les plus importants à un **jargon**.
- 3/ Dyssyntaxie possible.
- 4/ **Atteinte massive de la compréhension.**
- 5/ Alexie et agraphie dans les cas sévères.
- 6/ **Anosognosie.**

### 5.2.2 Aphasie de conduction

↳ Site lésionnel :

La lésion du faisceau arqué occasionne une aphasia de conduction. Elle est liée à l'atteinte d'une des zones suivantes : substance blanche sous-corticale du gyrus supramarginalis, zone de Wernicke, aires auditives primaire et secondaire, insula et substance blanche adjacente (GIL, 2006).

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ Nombreuses paraphrasies phonémiques avec conduite d'approche.
- 2/ **Répétition perturbée.**
- 3/ Déficit de la mémoire auditivo-verbale à court terme.
- 4/ Compréhension normale.
- 5/ Ecriture spontanée plus perturbée que l'expression orale.

### 5.2.3 Aphasie amnésique

↳ Site lésionnel :

Les lésions à l'origine d'une aphasia amnésique peuvent concerner soit la circonvolution temporale inférieure pour les cas les plus purs, soit le gyrus angulaire lorsqu'un déficit sémantique est associé au manque du mot.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ **Manque du mot très marqué et isolé** se traduisant par l'emploi de périphrases ou par des phrases inachevées.
- 2/ Discours normal sans déformations.
- 3/ Pas de trouble de la compréhension.

### 5.2.4 Aphasie transcorticale sensorielle

↳ Site lésionnel :

Les lésions donnant lieu à une aphasia transcorticale sensorielle sont temporo-pariétales, postérieures à l'aire de Wernicke, et peuvent s'étendre aux aires visuelles associatives.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ **Jargon sémantique** et **dyssyntaxie** qui entraînent un discours incohérent.
- 2/ Répétition correcte avec des phénomènes d'écholalie.
- 3/ Langage automatique préservé.
- 4/ **Troubles majeurs de la compréhension.**

### 5.3 Aphasies mixtes

#### 5.3.1 Aphasie globale

↳ Site lésionnel :

En ce qui concerne l'aphasie globale, il s'agit soit de lésions cortico-sous-corticales importantes qui affectent toute la zone du langage, soit de plusieurs lésions circonscrites.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ **Suppression du langage.**
- 2/ **Compréhension nulle.**
- 3/ Impossibilité de lire et d'écrire.

#### 5.3.2 Aphasie transcorticale mixte

↳ Site lésionnel :

La lésion déterminant une aphasia transcorticale mixte est très étendue et intéresse le territoire de l'artère sylvienne. Elle mène à l'isolement des aires du langage.

↳ Caractéristiques principales :

- 1/ Tableau très déficitaire associant les **signes des aphasies transcorticales motrice et sensorielle**.
- 2/ Langage spontané non fluent.
- 3/ Préservation de la répétition et conduites écholaliques.

#### 5.4 Aphasies sous-corticales

↳ Site lésionnel :

Selon GIL (2006), les aphasies sous-corticales peuvent être liées à l'atteinte :

- de la substance blanche périventriculaire et sous-corticale ;
- du thalamus ;
- de la région capsulo-striée.

↳ Caractéristiques principales :

*"Selon la localisation des lésions sous-corticales, les tableaux cliniques sont variés et peuvent correspondre à la typologie classique des aphasies"* (EUSTACHE & FAURE, 2005) :

- 1/ **Tableau d'aphasie transcorticale motrice** en cas de lésions péri-ventriculaires,
- 2/ **Tableau proche de l'aphasie transcorticale sensorielle** en cas de lésion de l'isthme temporal,
- 3/ **Tableau d'aphasie de conduction** en cas de lésion de l'isthme frontal (GIL, 2006).

Lorsque les lésions touchent le thalamus ou la région capsulo-striée, la sémiologie est variée. Les *"aphasies dissidentes"* de PUEL et coll. (1986) rentrent dans ce cadre. Elles associent une hypophonie, une réduction du volume verbal et/ou une dysarthrie, des paraphrasies verbales *"souvent étranges voire extravagantes"* et des persévérations qui aboutissent à un langage incohérent GIL (2006), alors que la compréhension du langage oral est bonne.

## 5.5 Aphasies lentement progressives

Nous nous appuyerons en partie sur les travaux de GORNO-TEMPINI et coll. (2008), qui regroupent les aphasies lentement progressives sous le terme générique d'aphasie primaire progressive et les distinguent en : aphasie progressive non fluente, aphasie logopénique et démence sémantique.

### 5.5.1 Aphasie progressive non fluente (ou syndrome de Mesulam)

#### ↳ Site lésionnel :

L'aphasie progressive non fluente est en général la conséquence d'une **atrophie focale progressive** des régions périsylviennes de l'hémisphère gauche.

#### ↳ Caractéristiques principales :

Selon HABIB et PONCET (1994) cités par CAMPOLINI et coll. (2003), l'aphasie progressive non fluente décrite par MESULAM en 1982, est une *"forme de déficit cognitif isolé lentement progressif, caractérisé par l'apparition isolée et l'aggravation progressive d'un trouble du langage"*. Il n'existe pas d'autre trouble cognitif décelable au départ, les troubles évoluent petit à petit vers un tableau de démence classique généralisée. Les troubles du langage restent **isolés pendant au moins deux ans**.

On note une prédominance du manque du mot, des troubles articulatoires et de l'agrammatisme.

### 5.5.2 Aphasie logopénique

#### ↳ Site lésionnel :

Les lésions se trouvent dans la région postérieure pariéto-temporale gauche.

#### ↳ Caractéristiques principales :

Récemment définie comme entité distincte, son degré de fluence la place entre l'aphasie progressive non fluente et la démence sémantique. Elle est caractérisée par de longues pauses à la recherche de mots, une répétition et une compréhension altérée pour les phrases mais préservée pour les mots, une syntaxe conservée. L'altération sévère de la boucle phonologique de la mémoire verbale à court terme semble sous-tendre les troubles de répétition.

La maladie d'Alzheimer pourrait en être la cause la plus fréquente.

### 5.5.3 Démence sémantique

#### ↳ Site lésionnel :

La démence sémantique est liée à une atrophie asymétrique prédominant dans les régions temporales antérieures.

#### ↳ Caractéristiques principales :

Considérée au début comme une forme d'APP fluente avec un déficit de la reconnaissance visuelle, la démence sémantique est maintenant définie, tout au moins en France (groupe de travail du GRECO, MOREAUD et coll., 2008) comme une **détérioration progressive et sélective des connaissances sémantiques** sur les objets et les personnes, c'est-à-dire de la mémoire sémantique, se manifestant par un trouble de la compréhension des mots et un déficit de l'identification des objets et/ou des personnes.

## 6. Impact de l'aphasie sur la famille

Selon LABOUREL & MARTIN (1991), la famille représente "*le premier groupe d'appartenance*" de chaque individu, de même que "*le lieu des échanges privilégiés*" tout au long de la vie.

Or l'aphasie serait la maladie qui aurait les répercussions les plus directes sur la famille. La personne aphasique se trouve en effet privée du jour au lendemain de son habileté antérieure à communiquer, ce qui perturbe tout le système des interactions familiales, BOISCLAIR-PAPILLON (1991).

Nous allons donc nous pencher sur la place du sujet aphasique dans sa famille, avant de voir comment celle-ci s'adapte à l'irruption de l'aphasie et voir enfin quels enseignements en tirer dans la prise en charge thérapeutique.

### 6.1 Place du sujet aphasique dans sa famille selon le type de structure familiale

Lorsque l'un des membres d'une famille devient aphasique, l'équilibre de tout le système familial s'en trouve ébranlé et menacé. NORTH (2007) rapporte cependant que le type de structure familiale influe sur l'**intensité de la crise** provoquée :

1/ Dans la **famille traditionnelle**, qui autrefois assurait la survie de ses membres, il fallait maintenir et transmettre l'héritage, et la solidarité était la règle. Aujourd'hui, la famille dite traditionnelle reproduit, comme les générations qui l'ont précédée, un fonctionnement basé sur des règles et des rituels : chacun de ses membres a un rôle attribué, celui de père ou de mère par exemple, qui ne se voit pas remis en question par l'aphasie ; dans ce type de structure familiale, le sujet aphasique **conserve naturellement toute sa place**.

2/ A l'inverse, la **famille moderne** n'a pas cette assise conférée par la répétition du passé, et la recherche de satisfaction personnelle prime sur la transmission du patrimoine. Comme ses règles ne sont plus immuables, son fonctionnement se négocie en permanence. Le langage est alors un outil d'interaction très important et, en n'étant plus en mesure de participer et d'argumenter comme avant, la personne aphasique se retrouve rapidement en **position de spectateur**. Sa place dans la famille n'est plus celle d'avant l'aphasie.

3/ Enfin la **famille contemporaine** est de nature beaucoup plus précaire car les conjoints y sont égaux et leur engagement est admis comme réversible. Du fait de la recherche de l'accomplissement personnel de chacun, si l'un de ses membres est atteint d'aphasie, il "*y est plus désavantagé et désavantage les autres*"; il devient donc une **charge pour le conjoint et les enfants**, "*un frein dans la quête de l'épanouissement et du bonheur*".

C'est bien dans ce contexte actuel qu'il faut comprendre le handicap qui résulte de l'aphasie, et la plus grande marginalité sociale qu'elle implique.

## 6.2 L'adaptation de la cellule familiale et ses écueils

Face à cette situation familiale bouleversée, on constate que les différents membres de la famille s'adaptent comme ils peuvent, à la recherche d'un nouvel équilibre. Plusieurs facteurs interviennent dans le processus d'adaptation : le type et la sévérité des séquelles de l'aphasie, l'autonomie physique de la personne aphasique, mais aussi la personnalité des conjoints (BOISCLAIR-PAPILLON, 1991) et, pour LABOUREL et MARTIN (1991), la manière dont l'aphasique investit son entourage.

Sans méconnaître les difficultés de communication parent/enfants, très frustrantes de part et d'autre, et particulièrement prégnantes à la période de l'adolescence alors que le parent aphasique ne peut pleinement exprimer son autorité, nous nous pencherons sur les **relations entre les époux**, spécialement lorsque celles-ci sont perturbées par un fonctionnement compensatoire non adapté entravant la position de sujet de chacun.

Parmi les comportements inadéquats, on observe chez certains conjoints souhaitant éviter au sujet aphasique toute situation stressante, une **attitude surprotectrice** qui, dans certains cas selon BOISCLAIR-PAPILLON (1991), pourrait cacher un sentiment de rejet. Cette attitude amène le sujet aphasique à être "*de plus en plus dépendant et exigeant envers son époux ou son épouse*". C'est notamment le cas lorsque le conjoint accomplit des tâches que l'aphasique pourrait très bien effectuer lui-même ou qu'il lui apporte une aide systématique, restreignant ainsi son autonomie. Dans ce genre de situation, on remarque souvent parallèlement un

enfermement du conjoint qui s'interdit, à des degrés divers, de laisser la personne aphasique seule, par peur qu'il puisse lui arriver quelque chose.

Des comportements surprotecteurs peuvent également être observés sur le plan de la communication. Selon NORTH (2007), ils peuvent être induits par "*les difficultés ressenties lors des situations de communication*", situations que le conjoint va juger inadéquates. Cela peut le conduire à parler en lieu et place de son conjoint aphasique, inhibant en retour sa prise de parole. Malheureusement, lorsque ces comportements protecteurs existent, et même s'ils partent d'une bonne intention, ils aboutissent au retrait social et à l'isolement progressif de la personne aphasique (MALONE et coll., 1970, cités par BOISCLAIR-PAPILLON, 1991).

A l'inverse, on remarque qu'un conjoint ne comprenant pas les difficultés expressives dues à l'aphasie ou minimisant d'éventuels troubles de la compréhension aura des **attentes démesurées** aboutissant alors au retrait volontaire de l'aphasique.

### 6.3 Conséquences sur la prise en charge

Conserver une place de sujet au patient aphasique, est un enjeu qui ne peut que concerner l'orthophoniste, spécialiste du langage et de la communication. Pour le patient, cela sous-entend pouvoir faire face aux diverses situations de sa vie quotidienne, exprimer ses idées et ses besoins, et cela nécessite un ajustement réciproque (patient/entourage) des échanges aux capacités langagières résiduelles (COLUN, 2008).

Cette prise en compte, tout d'abord, de la dimension fonctionnelle du langage, et plus récemment de sa dimension interactive, est de fait de plus en plus au centre des préoccupations des orthophonistes. Ces nouvelles formes de prise en charge se sont greffées progressivement à la rééducation linguistique et cognitive qui existait historiquement depuis les débuts de l'aphasiologie.

Trois approches rééducatives orientent donc la prise en charge de la personne aphasique : l'une centrée sur le langage, l'autre sur son usage fonctionnel et la dernière sur les interactions.

Avant de les décrire, il nous paraît important de souligner qu'une approche n'exclut pas l'autre et qu'elles sont d'ailleurs bien souvent présentes de façon concomitante dans la prise en charge du patient aphasique.

Pour des raisons de commodité, nous les présenterons ici successivement en respectant l'historique des prises en charge.

## II Approches thérapeutiques

---

### 1. Approche centrée sur le langage (capacités résiduelles et déficits)

Elle est représentée par l'**approche cognitive**, prolongement des premières approches empiriques et behavioristes traditionnelles, et **visent l'amélioration optimale du langage**, tout en prenant en compte les troubles cognitifs associés. Ses programmes rigoureux intègrent ainsi les techniques classiques de rééducation avec pour ambition de mieux cibler la thérapie (LAMBERT, 2004).

Dans cette approche, les **déficits** sont considérés comme affectant des **composantes de traitement linguistique spécifiques**, phonologique, lexico-sémantique ou morpho-syntaxique (De PARTZ & CARLOMAGNO, 2000). La rééducation s'appuie sur des **modèles théoriques** du fonctionnement linguistique chez le sujet exempt de lésions cérébrales qui permettent de déterminer l'origine fonctionnelle du trouble, dans le but de **restaurer ou réorganiser** la fonction concernée.

**Trois types de modèles** coexistent :

1/ Les modèles **sériels**, où l'information linguistique circule dans des **niveaux de traitement successifs**. Dans ce type de modèle, le système linguistique est considéré

comme constitué de **modules** fonctionnant de manière indépendante (parallèle) et hiérarchique.

2/ Les modèles **connexionnistes**, qui fonctionnent en **réseaux** constitués d'unités fortement interconnectées et activées simultanément. Les représentations sont réparties dans l'ensemble du système et celui-ci est doté de procédures d'apprentissage (EUSTACHE & FAURE, 2005).

3/ Et enfin les modèles **en cascade**, intermédiaires aux deux précédents, qui sont à la fois sériels et parallèles.

## 1.1 Evaluation des déficits

Pour l'examen du langage, l'orthophoniste dispose de batteries d'évaluation. Nous citons ici les plus fréquemment utilisées :

↳ **Test pour l'examen de l'aphasie** (DUCARNE de RIBEAUCOURT, 1965), forme révisée APHA-R (1989).

↳ **Echelle d'évaluation de l'aphasie** (MAZAUX & ORGOGOZO, 1982), version révisée du **Boston Diagnostic Aphasia Examination (B.D.A.E.)**, GOODGLASS & KAPLAN, (1972).

↳ **Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie, (MT 86)**, NESPOULOS et coll., 1986 ; version révisée en 1992.

Ces batteries explorent les modalités orales et écrites du langage en expression et en compréhension. Elles permettent de recenser les troubles linguistiques de la personne aphasique et d'en donner une **description précise** afin de définir les axes linguistiques de la rééducation. Elles sont utilisées lors de l'évaluation initiale et servent de ligne de base pour apprécier les effets de la rééducation. Pour affiner l'évaluation, l'orthophoniste peut recourir à des tests spécifiques issus de la neuropsychologie cognitive. Il va ensuite procéder à une analyse cognitive des différentes observations et établir les axes cognitifs de la rééducation.

Outre cette évaluation, il peut être intéressant pour l'orthophoniste de recueillir les ressentis de la personne aphasique vis-à-vis de ses difficultés et de ses compétences langagières. A cette fin, le **Q.A.L.A., Questionnaire d'Autoévaluation du Langage, Aphasie** de NIGOGHOSSIAN (2007) aborde tous les aspects du langage (oral et écrit en production et en compréhension) sous la forme de cinquante-cinq questions. Le patient indique sa réponse sur une échelle numérique allant de 0 à 10.

Enfin, en complément de l'évaluation du langage, les **activités cognitives** impliquées dans les processus langagiers sont également testées : mémoire de travail verbale, mémoires épisodique et sémantique, perception auditive et visuelle, fonctions exécutives, praxies...

## 1.2 Rééducation

Selon SERON & VAN DER LINDEN (2000), une fois les déficits cognitifs mis en évidence par une évaluation précise, **deux objectifs** peuvent être poursuivis : la restauration ou la réorganisation de la fonction.

1/ Le premier objectif, **la restauration**, est envisagé s'il semble exister une possibilité de recouvrer l'état d'avant la lésion cérébrale. Pour cela, il est proposé au patient un réentraînement intensif afin de rétablir des connaissances (ex : ré-apprentissage des propriétés sémantiques de concepts) ou des procédures de traitement (ex : entraînement de la mémoire phonologique à court terme). Cette stimulation s'adresse donc aux déficits ou incapacités et permet une récupération spontanée plus efficace.

2/ Le deuxième objectif, **la réorganisation**, implique le recours à des procédures de traitement pas ou peu utilisées avant l'AVC, comme par exemple la représentation orthographique d'un mot ou la proposition de ses premières lettres pour accéder à sa forme orale. Cet objectif utilise donc les capacités restantes et passe par la mise en place de stratégies compensatoires.

Le **choix de la stratégie** est en général guidé par la sévérité des troubles. La restauration de la fonction est visée et tentée dans tous les cas dans les semaines suivant l'accident cérébral. En fonction de l'évolution après la période de récupération spontanée, l'objectif pourra être de

pallier les difficultés en réorganisant les fonctions. Dans tous les cas, selon la littérature, une thérapie intensive (quatre à cinq heures par semaine) est bénéfique au début.

### ➤ **Intérêts et limites de la rééducation cognitive**

L'**efficacité** de la rééducation cognitive, parfois très à distance de l'accident vasculaire cérébral, a été démontrée dans plusieurs études (SERON et coll., 2000). Elle permet une amélioration des déficits langagiers ciblés. Cependant, c'est dans les formes modérées et celles en cours d'évolution favorable que l'approche cognitive est la plus efficace. Dans les aphasies sévères et lorsque tout est perturbé à la fois au stade initial, elle se trouve vite en défaut (MAZAUX et coll., 2007).

Outre la sévérité de l'aphasie qui n'autorise pas une récupération formelle, une **inhibition** linguistique du sujet aphasique peut faire obstacle à l'efficacité de la rééducation cognitive en ne permettant pas le transfert dans la vie quotidienne des acquis obtenus.

Enfin la situation rééducative, qui est celle d'une **relation duelle protégée** où le thérapeute adapte son langage, tant au niveau du débit, du lexique que de la syntaxe, ne prépare pas forcément aux situations réelles de communication qui imposent plus de contraintes et s'avèrent nettement plus variées.

Ces constats ont amené les thérapeutes à développer, en complément de la rééducation cognitive, d'autres approches centrées sur l'usage fonctionnel du langage du sujet aphasique afin de favoriser la communication et ainsi réduire le handicap causé par l'aphasie.

## **2. Approche centrée sur l'usage fonctionnel du langage**

Il s'agit de l'**approche fonctionnelle et pragmatique** qui vise d'une part une fonctionnalité optimale globale des **capacités de communication** résiduelles, verbales et non verbales, en situations réelles ou simulées de la vie quotidienne, et d'autre part le développement des **compétences pragmatiques spécifiques de l'interaction communicative naturelle**.

## 2.1 Outils d'évaluation

Les outils disponibles ont comme objectif d'obtenir "*un indice fiable des succès communicatifs d'un patient dans une situation particulière d'échange*" (De PARTZ, 2000). Ils sont structurés de façon à obtenir des informations sur les capacités communicatives résiduelles des sujets aphasiques et sur leurs **stratégies compensatoires**.

Nous avons choisi d'en présenter quelques uns ici :

↳ **Le Profil de Communication fonctionnelle (P.C.F.)** de SARNO (1969) est le premier instrument d'évaluation fonctionnelle. Non standardisé, ce test explore différents comportements langagiers supposés représentatifs de la vie quotidienne au cours d'un **échange informel** avec le patient. Il présente pour intérêt de permettre une comparaison avec l'état antérieur du patient.

↳ **Le Communicative Abilities of Daily Living (C.A.D.L.)** de HOLLAND (1980) et le **Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (A.N.E.L.T.)** de BLOMERT et coll. (1996) mettent le patient en situation par l'intermédiaire de **jeux de rôles**. Le C.A.D.L. est un outil fiable mais coûteux en temps (deux heures d'enregistrement video), qui requiert une bonne compréhension des consignes par le patient. Les mises en situation restent assez indirectes (« que feriez-vous si... »). Le test A.N.E.L.T. a comme particularité de requérir l'utilisation réelle d'objets.

↳ **Le Protocole de Pragmatique** de PRUTTING et KIRSHNER (1983) se réfère à la théorie des Actes de Langage d'AUSTIN (1962) et SEARLE (1969). Il évalue à partir d'une **discussion** 30 paramètres pragmatiques concernant des aspects verbaux, paralinguistiques et non verbaux.

↳ **Le Profile of Functional Impairment in Communication (P.F.I.C.)** de LINSOTT et coll. (1993) est une échelle de 84 items basée sur les maximes conversationnelles de GRICE. Les données sont recueillies à partir d'un **entretien informel** sans prise de notes mais **enregistré en video**.

↳ **L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (E.C.V.B.)** de DARRIGRAND et MAZAUX (2000) a pour objectif d'apprécier les modifications communicationnelles engendrées par l'aphasie, de repérer les attentes du patient et d'établir des axes de rééducation écologique.

Cette échelle évalue l'efficacité de la communication dans la vie quotidienne par un **entretien semi-dirigé** sous forme d'un questionnaire comportant 34 questions regroupées sous plusieurs rubriques :

- expression des besoins et des sentiments,
- conversation,
- utilisation du téléphone,
- achats,
- communication dans les relations sociales,
- lecture,
- écriture.

Les questions sont posées directement au sujet aphasique, un proche n'étant interrogé qu'en cas de nécessité d'informations complémentaires. On obtient un profil de communication et un score représentant l'efficacité globale de la communication dans les situations proposées. A la fin de **l'entretien le sujet aphasique évalue lui-même ses capacités de communication** et indique son degré de satisfaction sur une échelle visuelle analogique.

↳ **Le Test Lillois de Communication (T.L.C.)** de ROUSSEAU et coll. (2000) est composé d'une **interview** durant laquelle l'examineur ne doit pas prendre de notes pour conférer un caractère naturel à la situation, puis (si le sujet aphasique a un niveau d'expression et de compréhension suffisant) d'une **discussion** autour d'un sujet polémique et enfin d'une **situation P.A.C.E.**

Trois grilles d'évaluation sont à remplir pour le bilan : **une grille d'attention et de motivation à la communication, une grille de communication verbale et une grille de communication non verbale.** Ce test est conçu pour évaluer la communication avant et pendant la rééducation, aussi bien au domicile qu'en institution.

## 2.2 Rééducation

L'éventail des moyens thérapeutiques à visée fonctionnelle, selon LAMBERT (2004), est assez large.

Il se dégage **deux axes rééducatifs** principaux :

1/ Le premier privilégie les **situations de communication** en recourant aux jeux de rôle, tant en rééducation individuelle qu'en thérapie de groupe, aux mises en situation et à la technique P.A.C.E.

Bien codifiée, **la P.A.C.E** place le patient aphasique en situation de transmission d'informations au sujet d'un **référént**, en général une image parmi d'autres, qu'il doit faire deviner à son interlocuteur. Ce dernier l'encourage à utiliser tous les moyens de communication, verbaux et non verbaux et lui signifie son degré de compréhension. Les rôles peuvent être inversés, c'est alors le patient qui interroge son partenaire afin de découvrir l'image sélectionnée.

De même CARLOMAGNO (1994), cité par DE PARTZ (2000), a entraîné des patients aphasiques chroniques à produire des épisodes de **récit** en utilisant des images permettant de construire un petit scénario.

2/ Le second propose des **moyens de communication alternatifs ou supplétifs** tels que les langages gestuels, les pantomimes, les langages visuels (Bliss, carnet de communication), le dessin, ainsi que certains moyens électroniques comme l'ordinateur ou les téléthèses.

Ainsi, l'approche fonctionnelle et pragmatique a élargi considérablement le traitement des troubles linguistiques, en mettant l'accent sur l'usage fonctionnel du langage en situation naturelle, et en réduisant le handicap communicationnel rencontré par le sujet aphasique dans sa vie quotidienne. Cependant, des chercheurs cliniciens, constatant le rôle important du partenaire habituel de conversation, se sont eux penchés sur la dimension interactive de la communication.

### 3. Approche centrée sur l'interaction

Il s'agit de l'**approche dynamique interactive**, centrée sur la conversation naturelle. C'est la **nature collaborative de la conversation** qui intéresse ce courant thérapeutique, ainsi que "*la dynamique qui s'instaure entre les partenaires pour échanger des informations*" (LAMBERT, 2004). Une place importante dans la thérapie va, de ce fait, être accordée au partenaire de conversation, considéré comme responsable lui aussi de l'efficacité de la communication.

La notion de collaboration est donc essentielle dans cette approche. Elle implique en premier lieu que le partenaire soit **attentif à la capacité et au désir de communiquer** de son interlocuteur aphasique. D'après KAGAN (1995), les obstacles à la communication ne résultent pas uniquement de l'incapacité du langage, mais aussi du degré limité avec lequel un locuteur serait capable ou non de reconnaître la compétence du sujet aphasique à communiquer. En second lieu, il appartient au partenaire de conversation de **s'adapter aux difficultés langagières** du sujet aphasique, notamment en prenant une part plus importante dans la réparation des incidents conversationnels causés par les déficits linguistiques.

#### 3.1 Outils d'évaluation

Les outils existants s'attachent à évaluer la qualité de l'interaction entre le patient aphasique et son partenaire de communication, soit en situation P.A.C.E., soit en conversation naturelle.

↳ CLEREBAUT et al. (1984) ont élaboré, pour les situations de communication référentielle (P.A.C.E. de DAVIS et WILCOX, 1981), une **grille d'évaluation des capacités communicatives** interactive. Elle rend compte à la fois du comportement communicationnel du patient et de celui de son interlocuteur (thérapeute ou partenaire habituel) :

1/ **Au sujet du patient locuteur**, il est noté quels sont les canaux utilisés (verbal et non verbal) ainsi que la qualité des énoncés (déformations de mots, stéréotypies...).

2/ **En ce qui concerne l'interlocuteur**, ce sont les feed-back émis (ou non) qui sont relevés et analysés en termes de compréhension ou non compréhension, avec la spécification de leur caractère ouvert (permettant une réponse sans contrainte du patient) ou fermé (réduisant l'initiative et l'expression de la réponse). Les rôles peuvent être inversés.

Patient / Thérapeute	Mots oraux	Mots tronqués	Mots écrits	Oui/Non	Onomatopées	Gestes	Dessins
Feed-back de compréhension							
Feed-back de non compréhension							
Feed-back difficile à déterminer							

Feed-back ouverts	
Feed-back fermés	

***Grille interactive d'évaluation des capacités communicatives en situation de communication référentielle (CLEREBAUT et coll., 1984)***

↳ Le **CAPPA (Conversation Analysis Profile for People with Aphasia)** de WHITWORTH et coll (1997) est un outil d'évaluation clinique, quantitative et surtout qualitative, qui a pour cadre de référence l'analyse conversationnelle. Il permet d'évaluer les désordres linguistiques et leur impact sur la conversation.

Ce test est constitué de **trois parties** :

1/ Tout d'abord une **interview structurée**, composée de **deux questionnaires** proposés au partenaire de conversation et/ou au patient aphasique, qui permet de comparer leurs ressentis et qui sera mise en lien avec les résultats de l'analyse conversationnelle.

Elle comporte **deux rubriques** :

▶ **Habiletés conversationnelles actuelles.**

Les questions portent sur différentes habiletés nécessaires à la conversation : les habiletés linguistiques et métalinguistiques, la qualité de l'articulation et de la prosodie, la capacité à effectuer les réparations, à initier et maintenir les tours de parole, à gérer les thèmes, ainsi que sur les capacités de mémoire et d'attention. Trois réponses possibles sont proposées : souvent/parfois/jamais.

- Exemple de questions posées :

- "Introduit-il/elle (ou introduisez-vous) de nouveaux thèmes au cours d'une conversation ?".

Si la réponse est "*souvent*" ou "*parfois*" il est alors demandé :

- "*Que faites-vous pour résoudre ce problème ?*",

- "*Qu'arrive-t-il quand vous faites cela ?*",

- "*Dans quelle mesure cela vous gêne-t-il ?*"

La réponse à la dernière question est graduée de 0 à 2.

► **Changements par rapport aux conversations antérieures.**

Ce deuxième questionnaire cerne quelle sorte de locuteur était la personne aphasique avant l'accident cérébral, avec qui elle conversait, dans quelles occasions et sur quels sujets portaient les conversations et ce qu'il en est depuis.

2/ Puis une **grille pour l'analyse de 10 minutes de conversation spontanée** représentative des échanges quotidiens, enregistrée puis transcrite, entre la personne aphasique et son partenaire de conversation à leur domicile. Elle cible l'initiation et la prise de tour de parole, les réparations, la gestion des thèmes, trois domaines perturbés par les déficits linguistiques.

3/ Et enfin un **profil récapitulatif** sur lequel sont reportées les informations issues de l'analyse conversationnelle. Le profil obtenu permet de voir le degré de convergence ou de divergence entre les résultats de l'interview et l'analyse de la conversation, mais également entre l'observation objective de l'orthophoniste et les plaintes et ressentis des deux partenaires. Il constitue la ligne de base pour la rééducation et peut de même être utilisé au cours de la rééducation pour en évaluer l'efficacité.

Un des atouts du CAPPa est de permettre, de par la description de données enregistrées en situation naturelle, la formulation de **conseils personnalisés** pour une interaction mutuellement satisfaisante pour les partenaires.

### 3.2 Rééducation

L'objectif visé ici par la rééducation est un meilleur fonctionnement des échanges entre la personne aphasique et son partenaire, en conversation. S'il est vrai que la dynamique conversationnelle repose sur les deux interlocuteurs, la présence de troubles aphasiques chez l'un, limitant ses capacités d'adaptation, oblige le partenaire à un effort collaboratif plus important. En effet, les problèmes linguistiques rencontrés par le patient ne permettent pas une modification notable de son comportement communicatif. En outre ils empêchent ou

ralentissent bien souvent considérablement les auto-réparations des incidents conversationnels (DE PARTZ, 2007).

Par conséquent, la rééducation portera beaucoup plus sur le partenaire que sur le patient. Il s'avère nécessaire de sensibiliser le partenaire d'une part aux difficultés langagières et communicationnelles engendrées par l'aphasie, et d'autre part à la nécessité d'adopter les stratégies aidant au mieux son interlocuteur aphasique.

A cette fin et suite à l'évaluation des interactions en analyse conversationnelle, les stratégies de communication reconnues efficaces sont encouragées, celles qui entravent l'échange sont recherchées et identifiées avec les deux interlocuteurs, et des stratégies plus adéquates sont alors suggérées par l'orthophoniste, puis entraînées. L'enregistrement vidéo est alors une aide précieuse à la prise de conscience des comportements déjà mis en place.

### ➤ Exemples d'interventions rééducatives

DE PARTZ (2007) a rapporté quelques interventions rééducatives menées suite à une analyse conversationnelle :

↳ Celle de BOOTH et PERKINS (1999) concerne un patient aphasique fluent présentant un manque du mot important dû à un déficit sémantique central, et son frère. Ce dernier a été intégré à un groupe de partenaires de personnes aphasiques où des informations ainsi que des conseils lui ont été fournis. Ceux-ci visaient notamment à faciliter la compréhension auditive en utilisant la répétition, la reformulation, et d'autres canaux de communication, et à collaborer plus efficacement à la réparation des incidents conversationnels. Les résultats ont été positifs puisque la quantité de tours de parole dévolus aux réparations est passée de 78% à 29%, et que le patient a pu initier lui-même des réparations.

↳ LESSER et ALGAR (1995) ont également obtenu des résultats positifs, en termes d'augmentation des stratégies d'aide efficaces, auprès de deux patientes et de leur conjoint.

1/ En ce qui concerne la patiente JO, présentant un trouble sémantique central, les conseils donnés au partenaire ont concerné la compréhension :

- Emettre un feed-back explicite de non compréhension si le message de JO était ambigu,
- ne pas hésiter à reformuler,
- utiliser des phrases courtes.

2/ Quant au partenaire de VD, qui présentait un déficit phonologique lexical, il lui a été conseillé de :

- Formuler des hypothèses,
- modeler certains mots,
- laisser plus temps pour permettre l'accès au mot.

↳ Enfin SIMMONS-MACKIE et col. (2005) ont travaillé avec un patient présentant une aphasie de Broca en phase chronique et son épouse. Celle-ci a été entraînée à repérer ses comportements non adéquats : interruptions de parole, abus de questions portant sur de l'information connue, recherche de productions correctes alors que le message est parfaitement compris. Cet entraînement a permis d'en diminuer le nombre et de généraliser à d'autres comportements.

- Dans ce même cadre thérapeutique, un travail sur les interactions a été proposé à deux patients aphasiques et à leur conjoint (MARIE DIT DINARD, 2008 ; COLUN, 2008) et les résultats analysés dans le cadre d'un mémoire. En partant d'une ligne de base établie à l'aide du C.A.P.P.A et d'une épreuve P.A.C.E, un protocole de rééducation a été mis en place. Il a comporté cinq ou six séances de travail en situation de communication référentielle, suivies d'environ six séances à partir de conversations entre les conjoints.

Le premier groupe de séances visait à renforcer l'utilisation de moyens alternatifs par le patient et à mettre en œuvre les meilleures stratégies d'aide, alors que le deuxième ciblait surtout les incidents conversationnels et leur réparation. Chaque séance était filmée, ce qui

permettait au conjoint non aphasique de distinguer les stratégies efficaces de celles qui ne l'étaient pas.

Le rôle de l'orthophoniste était multiple : guidance à partir des difficultés rencontrées mais aussi à partir de ce sur quoi les couples pouvaient s'appuyer, apport d'informations théoriques, délivrance de conseils sur les stratégies à adopter et entraînement de ces nouveaux comportements (COLUN, 2008).

Ce travail n'a pas été réellement investi par l'un des couples dont le partenaire n'était pas prêt à changer ses comportements communicationnels, par contre il a été bénéfique pour M. M et son épouse. M. M a été encouragé à utiliser le langage non verbal pour mieux se faire comprendre. Quant à son épouse, elle a pu notamment prendre conscience de ses nombreuses sollicitations afin que son mari prononce correctement un mot, mais aussi du peu de temps qu'elle lui laissait pour prendre son tour de parole. Grâce à la place qui lui était accordée dans cette démarche rééducative, elle s'est sentie moins seule face aux difficultés aphasiques de son mari, écoutée dans sa souffrance et valorisée. Ce dernier point vérifie les remarques déjà formulées au sujet de l'impact de l'aphasie sur la famille et particulièrement sur le conjoint. L'associer de cette façon à la prise en charge, c'est donc soigner la cellule familiale en plus de réduire le handicap résultant de l'aphasie.

**En conclusion**, il nous apparaît à l'issue de cette recherche théorique que la conversation, en raison de sa place centrale dans la vie quotidienne et de son caractère éminemment interactif, est le lieu privilégié pour effectuer un travail systémique sur la communication qui est, selon les études effectuées, bénéfique pour le patient et pour sa famille.

Au même titre que pour une prise en charge cognitive ou pragmatique, la pertinence de ce travail repose pour une grande part sur une évaluation précise, ici de la dynamique conversationnelle.

La technique de l'analyse conversationnelle, adaptée à l'aphasie et développée notamment par PERKINS et coll. (1992) nous semble tout indiquée pour établir cet état des lieux, et sera donc à la base de notre partie pratique ayant trait à l'évaluation des interactions entre le patient aphasique et son partenaire de conversation.

## ***PROBLEMATIQUE***

---

Au regard de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (C.I.F.) établie par l'O.M.S. en 2001, la prise en charge de la personne aphasique au niveau langagier est à envisager :

- Du point de vue de la **déficience**, c'est-à-dire l'altération du langage due à la lésion des aires cérébrales du langage (niveau du corps);
- Mais également du point de vue de l'**activité**, c'est-à-dire des capacités/incapacités de la personne à communiquer par le langage (niveau de l'individu);
- Et enfin du point de vue de la **participation**, c'est-à-dire de l'implication de la personne dans les situations naturelles de communication (niveau social).

Selon leur degré de sévérité, les troubles linguistiques dus à l'aphasie retentissent plus ou moins fortement sur la vie personnelle, relationnelle et sociale des personnes qui en sont atteintes. Cependant **dans tous les cas, il existe un avant et un après l'aphasie**, pour la personne aphasique mais également pour ses proches. Par conséquent, l'orthophoniste accueille et prend en charge non seulement une personne, mais également un entourage en souffrance.

Historiquement, la rééducation orthophonique s'intéressait principalement à la déficience et donc aux incapacités provoquées par l'accident cérébral ; mais depuis plusieurs années un consensus s'est établi sur la nécessité de développer les capacités résiduelles de la personne aphasique afin de l'aider à mieux communiquer. En témoignent l'évolution des prises en charge et l'élaboration d'outils d'évaluation adaptés à cet objectif.

La prise en compte des trois niveaux soulignés par l'O.M.S mène à une **prise en charge holistique** des conséquences de l'aphasie. La poursuite de cet objectif de prise en charge globale inclut tout naturellement le partenaire de la personne aphasique, puisque c'est avec lui que les échanges sont les plus fréquents. Par conséquent, **l'adaptation de son comportement**

**communicationnel aux troubles linguistiques de son conjoint est une des clés de leur satisfaction mutuelle lors des échanges.**

Lorsque nous sommes en interaction dans des situations particulières d'échange, nous adaptons naturellement notre langage. Quand nous nous adressons à un bébé par exemple, nous modulons spontanément notre voix et notre prosodie. De la même façon, lors d'une interaction avec une personne de langue étrangère, nous ajustons non seulement notre débit aux possibilités de compréhension de cette personne, mais aussi notre vocabulaire, la longueur de nos phrases, et nous donnons une part plus importante à la communication non verbale.

La situation d'échange que vit le conjoint d'une personne aphasique n'est pas analogue. En effet, l'avant aphasie fait ici référence. Les repères de chacun ont été bouleversés par le handicap soudain. Les échanges quotidiens ne sont plus les mêmes, ce qui entraîne de la souffrance de part et d'autre. Aussi avons-nous à soutenir et à développer les capacités d'adaptation du conjoint. Dans un même temps, nous avons à encourager le patient pour qu'il puisse adopter des stratégies pouvant pallier ses déficiences. Enfin, il nous faut également faire prendre conscience aux conjoints de l'inadéquation de certaines stratégies et les aider à les modifier.

Aider efficacement les deux conjoints dans leurs interactions quotidiennes implique d'évaluer celles-ci en situation naturelle. Cela motive le choix de la conversation, situation de communication la plus fréquemment rencontrée par la personne aphasique, comme objet d'évaluation.

Un outil utilisant l'analyse conversationnelle, le C.A.P.P.A., élaboré par WHITWORTH et coll (1997) existe déjà. Cependant, il a pu lui être reproché de ne pas accorder une place assez importante à la communication non verbale et de nécessiter un temps de passation, et surtout d'analyse, difficilement compatible avec la pratique orthophonique en exercice libéral.

Notre constat est qu'il manque un outil tel qu'une grille d'observation clinique des interactions, qui soit à la fois fiable et moins coûteuse en temps, et qui puisse servir au thérapeute en libéral à :

- Faire un état des lieux de la dynamique conversationnelle,

- Identifier les stratégies compensatoires utilisées de part et d'autre,
- Et enfin mettre en place une intervention visant un bon ajustement des deux interlocuteurs et une collaboration optimale dans la réparation des incidents conversationnels.

Notre problématique dans le cadre de ce mémoire, compte tenu des données théoriques sur les interactions, et en lien avec la connaissance des troubles aphasiques, sera de dégager quels sont les critères pertinents pour conduire une telle observation.

Pour cela nous nous proposons d'effectuer l'analyse approfondie d'une conversation tenue par un couple dont l'un des conjoints est aphasique. Elle a été recueillie à leur domicile, par MARIE DIT DINARD (2008) dans le cadre d'un mémoire de fin d'études. Lors de ce premier travail portant sur les interactions entre le patient aphasique et son conjoint, deux outils ont été nécessaires pour évaluer les interactions : le C.A.P.P.A. et une situation de communication référentielle (P.A.C.E.).

Notre hypothèse est que si nous parvenons à mettre en évidence les critères pertinents à l'observation clinique des interactions, nous pourrions contribuer à l'élaboration d'une grille d'observation qui allègerait ce protocole. Ces critères pourraient permettre, d'une part de distinguer les comportements efficaces à encourager, et d'autre part d'identifier les stratégies inadéquates à modifier.

Notre analyse devra donc s'intéresser, comme précisé dans notre partie théorique, aux relations entre les différentes modalités langagières de la conversation (verbale, para-verbale et non verbale) d'une part, et à celles existant entre les participants (tours de parole, système de régulation, actes de langage, réparations, gestion des thèmes) d'autre part.

Nous procéderons pour cela à une description précise des différents éléments langagiers et interactionnels de la conversation, afin de disposer de données concrètes, quantitatives. Nous tenterons ensuite de les mettre en lien d'un point de vue interactionnel, grâce à une analyse qualitative reposant en grande partie sur une observation clinique, permise par l'enregistrement vidéo.

Cette observation sera étayée par nos connaissances théoriques concernant les interactions et la pathologie aphasique

# PARTIE PRATIQUE

## ***PREAMBULE***

---

### **1/ LE CHOIX DU CORPUS**

Notre travail faisant suite à celui effectué par MARIE DIT DINARD dans le cadre de son mémoire de fin d'études (2008), nous disposons d'enregistrements vidéo de conversations réalisés à cette occasion au domicile de deux couples. Nous avons dû par manque de temps nous restreindre à l'analyse d'une seule conversation. Par ailleurs, nous aurions pu nous tourner vers le recueil de nouveaux échantillons de conversation auprès d'autres couples, nous y avons cependant renoncé pour les raisons suivantes :

- Notre étude s'inscrit dans un cadre plus vaste, celui de l'élaboration future d'une grille d'observation clinique. Une telle grille demande à être validée dans un second temps par un collègue d'orthophonistes. Cette validation nécessite de soumettre le même enregistrement vidéo à plusieurs professionnels de façon à mesurer le degré de convergence des réponses obtenues au travers de la grille. Connaître le ou les couples enregistrés lors de conversations risque alors d'apporter un biais à l'observation. En partant d'enregistrements existants, nous avons ainsi un regard neutre nous plaçant dans des conditions proches de celles proposées lors d'une validation de grille.
- De plus, le recours à la caméra, indispensable pour dégager les critères non verbaux pertinents, nécessite un temps d'adaptation de la part des couples de participants. Ce point avait été soulevé lors de l'étude de MARIE DIT DINARD par le conjoint non aphasique, mais la présence de la caméra avait été perçue comme bénéfique car elle s'intégrait dans un travail thérapeutique réalisé sur plusieurs séances. Notre mémoire étant centré sur l'aspect évaluatif, nous ne proposons pas un suivi thérapeutique qui aurait permis aux couples de participants de s'approprier ce travail avec la caméra.

## 2/ LA TRANSCRIPTION ET L'ANALYSE DES VIDEOS DE CONVERSATION

La transcription des conversations ainsi que l'analyse du corpus ont entraîné des choix entre diverses définitions de concepts ou différentes façons de procéder. Ils ont été guidés par le souci de traduire le plus possible la dynamique interactionnelle.

### ➤ **Choix du mode de transcription :**

Nous avons choisi la transcription en partition qui réserve une ligne à chaque interlocuteur au sein d'une portée numérotée, avec une notation des principaux éléments non verbaux placés en regard des énoncés.

Le choix de ce format a été motivé par le reflet qu'il donne, à notre avis, du déroulement de la conversation dans le temps. Les transcripteurs lui préfèrent le plus souvent le format en liste avec retour à la ligne à chaque émission verbale (cf. chapitre I, III 2.2), considéré comme plus lisible et pour lequel il existe des logiciels de transcription. Il nous a semblé cependant que l'analogie avec la partition musicale du format adopté était plus à même de traduire la façon dont se succèdent ou se chevauchent les contributions de chacun. Nous espérons avoir donné assez de lisibilité au corpus.

### ➤ **Définition et délimitation des tours de parole et des régulateurs verbaux :**

Nous avons vu dans la partie théorique, que le tour de parole est d'une part défini différemment selon les auteurs, et qu'il pose d'autre part des problèmes de délimitation avec la catégorie des régulateurs verbaux.

Nous avons opté pour une définition restrictive du tour de parole, en considérant les régulateurs verbaux, ainsi que le préconisent DE GAULMYN (1987) et COSNIER (1988), comme des "*pseudo-tours*". Etant donné les prises de paroles très courtes, parfois réduites à un seul mot de certains locuteurs aphasiques, il nous a paru important de faire la distinction entre celles qui contribuent au thème en cours et celles dont le rôle est de participer à la régulation de l'échange. Les premières, vrais tours de parole malgré leur brièveté, sont

appelées "*tours de parole mineurs*" en opposition aux tours "majeurs" ou "pleins", alors que les secondes, représentant les régulateurs verbaux, sont des "*pseudo-tours*".

### ➤ **Comptage des mots :**

Nous avons décidé de comptabiliser le nombre de mots prononcés par chacun des interlocuteurs afin d'obtenir des données quantitatives illustrant leur contribution respective à l'échange.

Nous avons été confrontée en pratique à une difficulté concernant la notion de mot. Qu'est-ce qu'un mot ? Si la réponse peut sembler évidente de façon intuitive, la recherche d'une définition nous a montré que ce concept varie selon les auteurs. Nous avons retenu la définition qu'en donne DE GAULMYN (1987) qui nous paraissait la plus appropriée à l'analyse que nous menions : "*Les mots sont des unités graphiques créées sur l'espace de la page par la décision du transcripteur, de façon à rendre lisible le document étudié*".

Nous considérerons donc comme mots les marques caractéristiques de l'oral, d'ailleurs appelées "*petits mots*" par TRAVERSO (2007), notamment les marques d'hésitation telles "euh" ou de soutien telles "ben", ainsi que les phatiques et les régulateurs verbaux. Les mots composés contenant un trait d'union seront comptabilisés comme un seul mot.

Par contre les ébauches phonémiques ou syllabiques, de même que les productions aphasiques ayant dû être transcrites en phonétique, ne seront pas comptabilisées comme mots.

### **3/ CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION**

Nous avons fait figurer en annexe les conventions utilisées pour la transcription.

Nous signalons que, dans notre analyse conversationnelle, les numéros figurant entre parenthèses dans le texte ou devant la citation d'un passage correspondent aux numéros des portées concernées.

Le corpus lui-même se trouve en intégralité également en annexe.

## **I Présentation du conjoint aphasique, Monsieur M**

---

Comme nous n'avons pas rencontré M. M, nous reprenons les éléments donnés par MARIE DIT DINARD dans son mémoire (2008).

M. M, âgé de 66 ans, est à la retraite ; il travaillait auparavant dans les transports. Il vit à son domicile avec son épouse ; le couple a trois enfants et huit petits-enfants.

Neuf ans plus tôt, alors qu'il avait 57 ans, M. M a été victime d'un accident vasculaire cérébral sylvien gauche. Cet accident a eu pour conséquences une aphasie de Broca, une hémiparésie droite ayant partiellement récupéré au membre supérieur, une apraxie gestuelle ainsi que des troubles visuels (hémianopsie latérale homonyme droite). Un déficit auditif important s'ajoute à ces troubles.

L'aphasie de M. M présente les caractéristiques suivantes :

- Une réduction sévère de l'expression avec un manque du mot massif ; la répétition et l'ébauche orale sont facilitatrices.
- Une compréhension préservée pour les énoncés simples.
- Des difficultés phonétiques dues à une apraxie bucco-faciale.

Depuis l'accident cérébral, les occupations de M. M ont changé. Antérieurement, il collectionnait et réparait d'anciens postes de radio et rendait fréquemment visite à ses amis. Depuis, son épouse et lui sortent au cinéma, visitent des musées et vont une fois par semaine aux rencontres organisées par l'Association des Aphasiques. Ils reçoivent fréquemment leurs petits-enfants lors des week-ends ou des vacances scolaires.

Au niveau de la communication, l'interview du C.A.P.P.A. avait mis en évidence des changements importants depuis l'accident cérébral. Ils concernent M.M en tant que locuteur mais également son épouse.

En effet, M. M était auparavant un locuteur très bavard aimant débattre, mais ses difficultés l'ont contraint à être plus passif et peu spontané, même s'il n'éprouve pas de réticence à communiquer. Son épouse qui était discrète a pris une part beaucoup plus importante dans les échanges, qu'elle initie la plupart du temps. Les sujets de conversation concernent surtout le quotidien, Mme M veillant à impliquer son époux le plus possible dans les différentes tâches quotidiennes (courses, comptes, gestion de la maison...). Ils communiquent en définitive davantage depuis l'AVC, puisque M. M était auparavant peu présent au domicile. Elle est l'interlocutrice privilégiée de son époux, alors que les deux garçons du couple, qui acceptent difficilement le handicap de leur père, éprouvent des difficultés à initier des échanges avec lui. La communication est en revanche plus facile avec leur fille et leurs petits-enfants dont M. M est très proche. Quant aux amis, leur cercle s'est restreint et la création ainsi que le maintien de liens repose maintenant essentiellement sur Mme M.

## **II Analyse conversationnelle : matériau de la conversation**

---

### **1. Communication verbale : les prises de parole et leur contenu**

#### **1.1 Contexte**

La conversation se déroule dans la salle à manger au domicile du couple, et en présence des deux personnes réalisant l'enregistrement. Monsieur et Madame M sont assis à la table et se font face. Le thème de la conversation a été amené par une question sur une sortie au cinéma, posée par une des deux observatrices.

## 1.2 Partage du temps de conversation

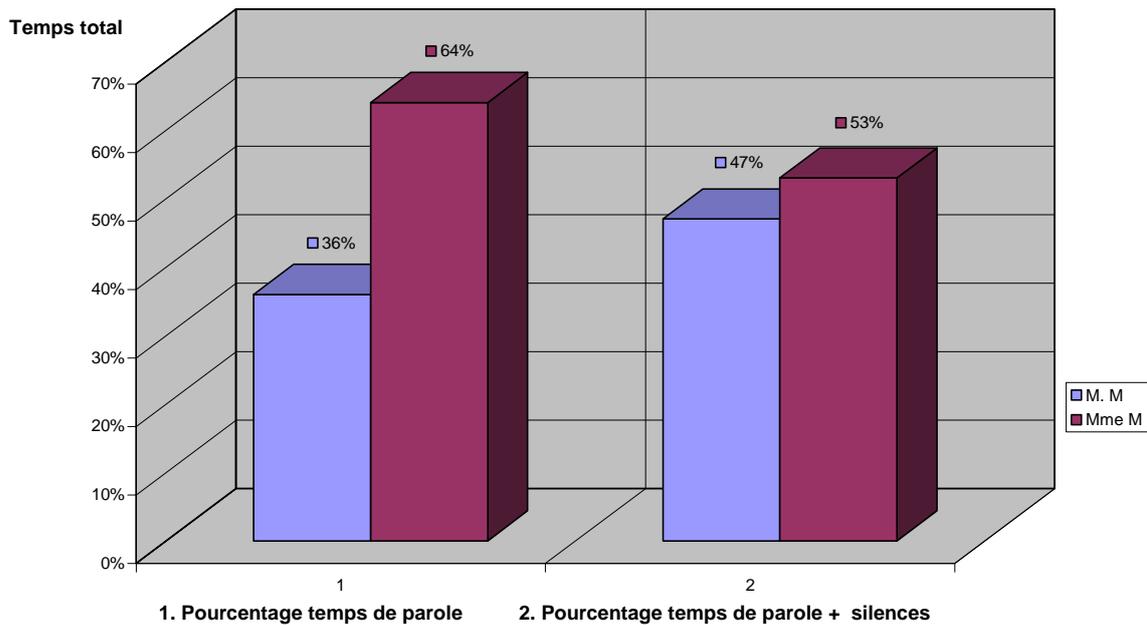
Nous avons tout d'abord cherché à savoir comment ce temps de conversation d'environ dix minutes était partagé entre M. et Mme M, même s'il était évident que Mme M avait un temps de parole plus important. Nous avons en effet souhaité aller plus loin que ce constat en calculant le temps cumulé de pauses d'au moins une seconde, afin de voir si cela équilibrait le partage du temps conversationnel.

Cela présente un intérêt tout particulièrement pour les pauses inter-tours. Ces pauses sont en effet imputables à l'un ou l'autre des interlocuteurs : au locuteur s'il ne donne pas de signe qu'il cède la parole (regard, complétude syntaxique...), ou à l'interlocuteur si un signal lui a été donné et qu'il ne prend pas son tour de parole.

Ainsi l'étude de ces silences peut nous donner des renseignements importants pour l'analyse de l'interaction entre M. et Mme M. Nous avons donc porté une attention particulière aux signaux inter-tours, verbaux mais également non verbaux. Nous les détaillerons par contre dans le point concernant les tours de parole.

### ➤ Résultats

Temps de conversation	M. M	Mme M	Total
Temps cumulé de parole	2'22	4'11	6'33
Temps cumulé de pauses $\geq$ 0'01	2'	0'47	2'47
<b>Total</b>	<b>4'22</b>	<b>4'58</b>	<b>9'21</b>
Nombre de pauses avant un tour de parole Durée des pauses*	24 0'01 à 0'04	13 0'01 à 0'06	-
Nombre de pauses au cours d'un tour de parole Durée des pauses*	15 0'01 à 0'07	5 0'01 à 0'02	-
Nombre de pauses remplaçant un tour de parole Durée des pauses*	7 0'01 à 0'11	1 0'03	-
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>19</b>	<b>-</b>



*Partage du temps conversationnel entre M. et Mme M*

### ► Durée des pauses

#### ↳ Avant un tour de parole (inter-tours) :

- M. M : les pauses sont en majorité de 1 et 2 secondes, on note trois pauses de 3 secondes et une de 4 secondes sur 24 pauses.
- Mme M : les pauses sont en général plus longues : trois pauses de 3 secondes, deux de 4 et une de 6 secondes sur 13 pauses.

#### ↳ En cours de tour de parole :

- M. M : les pauses sont en majorité de 1 et 2 secondes avec quelques pauses plus longues, deux de 4 secondes, une de 5 et une de 7 secondes.
- Mme M : on ne note que des pauses courtes de 1 et 2 secondes.

### ↳ **A la place d'un tour de parole :**

- M. M : les pauses se répartissent en trois groupes : des pauses courtes, une de 1 seconde et deux de 2 secondes, une pause moyenne de 3 secondes et des pauses longues, une de 6 secondes, une de 7 et une de 11 secondes.
- Mme M : on ne note qu'un seul tour de parole non pris se manifestant par une pause de 3 secondes.

### ➤ **Analyse**

Alors que le partage du temps de parole est en faveur de Mme M (environ deux fois plus important), lorsqu'on comptabilise les pauses on s'aperçoit que le partage du temps conversationnel est plutôt équilibré entre les deux époux.

Ceci est dû au fait que Mme M veille à laisser du temps à son mari afin de lui permettre de s'exprimer. C'est significatif à la fois dans le nombre de pauses de M. M et dans leur durée.

#### ▶ **Pauses inter-tours**

Les pauses relevées chez les deux interlocuteurs sont majoritairement situées avant un tour de parole, c'est-à-dire à l'inter-tours. Toutefois, les causes ne sont pas identiques selon les conjoints.

Chez M. M, elles sont le plus souvent la trace d'une hésitation ou de l'élaboration d'une réponse, alors que chez son épouse elles sont le reflet de la possibilité qu'elle laisse à son époux de prolonger son tour de parole, ou de la difficulté qu'elle éprouve à maintenir l'échange. Nous y reviendrons plus longuement dans l'analyse des tours de parole.

#### ▶ **Pauses intra-tours**

- Les pauses à l'intérieur des tours de parole de M. M sont de deux types : celles soulignant ses hésitations (cf. (1) dans l'exemple ci-après), pauses en général courtes, et celles plus

longues accompagnant une expression non verbale (2). Là aussi, ces pauses indiquent l'attention que Mme M porte d'une part à ne pas couper la parole à son époux et d'autre part à lui laisser du temps pour s'exprimer. Du point de vue de M. M, elles soulignent ses difficultés d'expression orale et laissent entrevoir lors des pauses longues l'aide que peut apporter la gestualité :

- 50 Mme M : *(croise les mains et avance le buste)*  
 qu'est c= qu'on fait c=t'après-midi↑  
 M. M : (sec : 1) hein↑ (1) (sec : 1) euh:::  
*(secoue la tête)*
- 51 Mme M : *(inspir)*  
 vers Nantes  
 M.M : (2) (sec : 3) ah euh:: (2) (sec : 4) euh oui  
*(lâche la tête, laisse tomber l'avant-bras sur la table) (pointe le bras en l'air devant lui, le relâche et baisse la tête)*

- Si l'on compare les pauses intra-tours des deux conjoints on note une nette différence, puisque les pauses intra-tours de Mme M sont toutes d'1 seconde, à l'exception d'une pause de 2 secondes durant laquelle elle regarde son mari finir de tracer un schéma sur la table. C'est la marque d'un discours qui s'élabore sans difficultés particulières.

### ► Pauses remplaçant un tour de parole

- Ces pauses ne sont pas chez M. M le signe d'une non communication. Elles sont en effet toutes excepté celle d'une seconde, accompagnées de gestes, comme en témoigne l'exemple suivant :

- 24 Mme M : *(opine de la tête)* alors tu dis de la famille↑ *(avance le buste vers lui et pose les mains sur la table)*  
 M. M : ++ euh oui↑ (sec : 3) allez essaie d= me dire un p=
- 25 Mme M : tit peu↑ + essaie d=me trouver↑ i=a pas un p=tit prénom quelque (chose)  
 M. M : (sec : 11)  
*(se détourne et hausse les épaules) (se retourne vers son épouse)*

Ce ne sont pas des refus de prise de parole, mais la marque de la réduction de l'expression orale de M. M. Comme le montre l'exemple précédent, celui-ci n'est pas toujours en mesure de répondre aux sollicitations de son épouse.

- En comparaison, la seule fois où Mme M ne prend pas son tour de parole, son silence est délibéré. Elle fixe son mari en restant impassible :

57 Mme M : (...) mais tu sais qu' t= as déjà une visite à l'hôpital  
M. M : ++ eh oui

58 Mme M : (sec : 3) c'est à à 15 heures (...)  
M. M : mais:: +++ ah bon ! ah bon tout::  
(soupire, se détourne + moue)

En conclusion, l'analyse des pauses laisse apparaître des différences notables dans leur nombre et leur durée. Quelle que soit leur place en regard des tours de parole, elles sont significativement plus nombreuses chez M. M, et en général plus longues, mises à part celles se produisant avant un tour de parole. Ces différences sont le signe des difficultés expressives de M. M mais elles montrent également l'intention qui anime Mme M, soucieuse de laisser un espace potentiel d'expression à son époux.

### 1.3 Production verbale et vocale

Le nombre de mots prononcés par chacun constitue une donnée quantitative qui est un indice du partage du temps de parole, au sens strict, entre les conjoints.

Nous avons donc comptabilisé tous les mots comme indiqué dans notre préambule, en précisant le nombre de ceux entrant dans le système de régulation (phatiques et régulateurs), de même que le nombre de "petits mots" spécifiques de l'oral. Ces derniers ponctuent le discours ; ils n'ont pas de valeur informationnelle, mais des fonctions de signalement diverses dans l'interaction.

Nous signalerons, dans l'analyse qualitative qui suivra, le rôle tenu par l'intonation. C'est un élément important de l'interaction que nous n'avons noté que sommairement dans le corpus, à l'aide de flèches montantes ou descendantes, afin de ne pas surcharger la transcription.

## ➤ Résultats

<b>Production verbo-vocale</b>	<b>M.M</b>	<b>Mme M</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre total de mots</b>	210	744	954
Système de régulation :			
▶ Phatiques : hein, allez, tu sais (bien)	0	12	12
▶ Régulateurs :			
-verbaux (mots, syntagmes) : oui, non, bon, voilà, c'est vrai, d'accord, hein, reprises en écho...	34	28	62
-vocaux : hmm	0	13	13
<b>Total phatiques et régulateurs</b>	34	53	87
"Petits mots" :			
▶ Marques d'hésitation : euh, hmm, beh	27	4	31
▶ Appuis du discours, ponctuels : quand même, alors, beh, bon, ben, alors, oui	18	31	49
▶ Onomatopées : bof, ouf, hop	4	0	4
<b>Total petits mots</b>	49	35	84

## ➤ Analyse

### ▶ Nombre de mots

Le décompte des mots atteste du déséquilibre important dans les échanges verbaux du couple (22 % des mots sont émis par M. M, contre 78 % par Mme M). La conversation repose presque entièrement sur Mme M qui pallie la réduction de l'expression verbale de son époux.

Cette réduction ne s'exprime pas que dans le nombre de mots prononcés, elle se retrouve aussi dans la variété et la qualité des mots employés. La majorité des réponses de M. M sont des réponses par oui (prononcé 44 fois) ou par non. En raison de son manque du mot massif, M. M utilise très peu de mots ou de syntagmes en dehors de la catégorie des "petits mots" citée dans le tableau. Pour illustrer cette pauvreté lexicale, il nous suffit de les répertorier : "chais pas, rien, un, deux, trois, quatre, cinq, c'est ça, c'était, pourquoi, pour, le docteur, allez, peut-être, moi". Aucun de ces mots ne dépasse deux syllabes et, excepté le "un" employé une fois seul, les nombres énoncés en série automatique peuvent compter pour un syntagme.

De par le lexique disponible, et probablement les facteurs cognitifs, selon le bilan orthophonique établi, les informations pouvant être transmises verbalement par M. M sont très réduites et suggèrent que sa communication ne doit pas reposer sur le seul canal verbal.

### ► **Système de régulation verbale**

Rappelons que les phatiques sont produits en position d'émetteur et servent à maintenir l'attention de l'interlocuteur, alors que les régulateurs, nommés également feed-backs, sont des réactions du récepteur dans le but de manifester son écoute.

#### **1/ Phatiques**

- M. M ne produit aucun phatique verbal, peut-être en raison des ressources cognitives mobilisées et accaparées par la production du message, qui limitent par conséquent ses prises d'initiative.
- L'activité phatique verbale n'est pas très investie par Mme M, on compte environ trois fois moins de phatiques verbaux que de régulateurs verbaux. Toutefois nous verrons que l'activité phatique se manifeste de façon plus importante sur le plan non verbal.

#### **2/ Régulateurs**

- L'activité régulatrice verbale est bien présente chez M. M, sans doute parce qu'elle ne vient pas en plus de la production d'informations, ce qui lui est plus facile. Les régulateurs verbaux

que M. M utilise sont principalement le "oui", le "non" et le "hein" (15 "hein" sur 34 régulateurs).

Comme il utilise très souvent le "oui" seul, il est parfois difficile de définir de façon certaine le statut de ce petit mot dans ses interventions. Nous avons retenu une fonction régulatrice lorsque la valeur d'acquiescement des propos était supérieure à la valeur de réponse à une question. L'intonation de l'énoncé de Mme M précédant un "oui" de son époux nous a souvent permis de statuer sur la fonction régulatrice ou non du "oui".

Le statut du marqueur "hein" ne pose pas ce problème. Emis avec une intonation montante par M. M, il sert à indiquer une difficulté de compréhension et sollicite ainsi une répétition de la part de son épouse. Dans ce cas précis, le "hein" a un statut de régulateur car M. M reste dans un rôle de récepteur et non d'émetteur.

- Mme M émet de nombreux régulateurs, notamment des régulateurs vocaux ("hmm"), qui manifestent son écoute attentive et l'étayage qu'elle apporte à l'expression de son époux. Environ la moitié de ses régulateurs est intégrée aux tours de parole, et non surimposée ou émise entre deux prises de parole comme c'est souvent le cas dans une conversation. Ils se présentent alors sous la forme d'une reprise en écho, comme un accusé de réception, ou d'une reformulation des propos de son mari :

- 1 Mme M : *(touche le bras de son mari pour qu'il la regarde)* *(avance le buste vers lui)*  
alors comment tu as trouvé ce  
M. M :
- 2 Mme M : cinéma‡ *(peu articulé)* bien‡ + puis la salle‡ + alors‡  
M. M : (sec : 4) bien‡ eh oui +++ oh oui bien +  
*(secoue la tête de gauche à droite)*
- 3 Mme M : *(aspiré)* bien aussi‡  
M. M : bien

### ► "Petits mots" de l'oral

Concernant M. M, le nombre "parlant" est celui des marques d'hésitations telles "euh", qualifiées de pauses "pleines". Elles soulignent une fois de plus ses difficultés expressives, de même sans doute que ses difficultés d'élaboration. Rapporté au nombre de mots, il en résulte un contraste saisissant avec le discours de son épouse : ces marques d'hésitation représentent 13 % de sa production verbale, alors qu'elles n'en constituent que 0,5 % chez son épouse.

D'autres petits mots servent d'appui, tels "bon", "eh", mais ils sont émis en petit nombre par M. M, dans une proportion quasi équivalente à celle de son épouse.

Il nous semble important de souligner que certains petits mots n'ont pas la même fonction chez les deux époux. Compte tenu de l'extrême réduction du discours de M. M, le "quand même" par exemple ou le "bah" ne sont pas des ponctuants tels que son épouse les emploie, mais des mots signifiants à part entière, marquant son désaccord. S'ils n'ont pas de valeur sémantique propre, ils ont une valeur informative dans le contexte et pallient chez M. M le manque du mot.

### ► Intonation

L'intonation est comparable à la mélodie de la parole et correspond à des variations de la fréquence fondamentale. C'est le fait prosodique le plus perceptible (BRUN et coll., 2004).

Elle est parfaitement conservée chez M. M et constitue par conséquent une aide précieuse à son expression verbale, très réduite par ailleurs. Elle lui permet notamment, en association avec des variations d'intensité ou de durée :

- De nuancer ses propos quand la validation n'est pas certaine :

3 Mme M : (...) est-c= que tu s=rais d'accordl pour que l'/ə/on: +  
M. M :

4 Mme M : r=tourne là-bas↑  
M. M : (sec : 2) oui + oui¶ mais enfin¶ + oui¶  
(hoche la tête  
de gauche à droite)

- D'appuyer son opinion :

46 Mme M : (...) faire une révision + d=la voiture ben d=  
 M. M : quand même↓

(lâche la tête et croise les bras)  
 47 Mme M : temps en temps quand même hmm (...)  
 M. M : ++ bah bah

- D'être plus expressif :

↪ "ah bon tout" émis sur trois tons descendants (non notés) :

58 Mme M : (sec : 3) (sec : 3) c'est à à 15 heures  
 M. M : mais:: +++ ah bon↑ ah bon tout::↓  
 (soupire, se détourne, + moue)

↪ "oui oui oui oui" émis sur quatre tons descendants :

61 Mme M : tu sais bien ++ pour le diabète  
 M. M : (sec : 2) ah:: oui oui oui oui↓  
 (de moins en moins fort en détournant la tête)

- De ne laisser aucun doute sur la réalité de sa réponse ainsi que sur la complétude de son intervention :

2 Mme M: (alors comment tu as trouvé ce) cinéma↑  
 M. M : (sec : 4) bien↓

Pour conclure sur le rôle de l'intonation chez M. M, sa préservation permet d'affermir ses propos. Elle joue donc un rôle compensatoire. De même elle lui permet d'être plus explicite, ce qui sert l'interaction. Nous pourrions ajouter qu'elle fait le lien avec son expression personnelle antérieure à l'aphasie : ce sont sa personnalité, ses émotions, son avis, qui s'expriment au travers de l'intonation.

#### 1.4 Troubles linguistiques aphasiques

Les contributions verbales de M. M aux échanges sont marquées par des difficultés linguistiques dues à l'aphasie. Ces dernières sont de plusieurs ordres :

- Une aspontanéité du discours ;
- Une réduction sévère de l'expression orale ;
- Des temps de latence importants ;
- Une expression verbale agrammatique ;
- Une difficulté de réalisation praxique articuloire pour le syntagme "le docteur".
- Un manque du mot massif se manifestant entre autres par une production verbale déviante (voir tableau ci-dessous).

<b>Manifestations du manque du mot</b>	<b>Nombre</b>
Paraphasies phonémiques	2
Néologismes	1
"chais pas"	1
Automatismes (nombres)	2
"ah"	1
Pauses pleines : "euh", "beh"	7
Absence de réponse	4

#### *Manifestations du manque du mot*

M. M présente en outre une altération de la compréhension, imputable à un déficit auditif important ainsi qu'aux troubles cognitifs qui altèrent la compréhension des énoncés complexes et des informations abstraites. Comme déjà mentionné, on peut souligner que M. M pallie ses difficultés de compréhension en les signalant à son épouse de façon neutre, par l'emploi du "hein" accompagné d'une marque intonative ascendante.

Le plus invalidant pour l'interaction est d'une part le manque du mot, qui entraîne un nombre plus ou moins grand de tours de parole dévolus au travail de réparation, et d'autre part l'aspontanéité du discours qui restreint les échanges et épuise Mme M en l'obligeant à solliciter constamment son époux.

## **2. Communication non verbale : gestualité, mimiques, regards, proxémie**

Nous nous intéresserons à la gestualité communicative, qui englobe gestes, mimiques et regards, ainsi qu'à la gestualité extra communicative. Nous nous baserons sur la classification de Cosnier (cf. partie pratique II, 2.3.1) :

### **↳ Gestes communicatifs :**

- Les quasi-linguistiques, qui se comprennent même sans parole (signes du oui ou du non, au revoir...);
- Les syllinguistiques, ou co-verbaux qui accompagnent la parole, soit pour la rythmer (para-verbaux), soit pour exprimer des sentiments (expressifs), soit pour référer à un objet précis (illustratifs);
- Les synchronisateurs enfin, qui sont les gestes de "co-pilotage" de l'interaction selon Cosnier (phatiques en position d'émetteur et régulateurs en position de récepteur).

### **↳ Gestes extra-communicatifs**

- Gestes de confort : changements de posture
- Gestes ludiques : occupations avec un objet
- Gestes autocentrés : en lien avec le corps

Nous nous intéresserons également à la **proxémie** qui a trait à la distance physique séparant les interlocuteurs. Bien qu'elle ne fasse pas partie des gestes communicatifs, nous avons choisi d'y intégrer son étude. Nous avons considéré en effet non pas son côté statique, mais le côté dynamique des variations de distance engendrées par des changements de position signifiants.

Notre objectif est d'étudier la mimo-gestualité en réfléchissant à son utilisation compensatoire ainsi qu'à son impact interactionnel.

➤ **Résultats**

<b>Gestes communicatifs</b>						
	Quasi-linguistiques	Syllinguistiques			Synchronisateurs	
		Para-verbaux	Expressifs	Illustratifs	Phatiques	Régulateurs
<b>M. M</b>	18 (signes oui/non)  1 (autres)	12	14 (mimiques, moues, haussements)	déictiques : 4	0	6
				spatiographiques : 1		
				kinémimiques : 1		
				pictomimiques : 0		
<b>Total</b>	19	12	14	6	0	6
<b>Mme M</b>	3 (signes oui/non)	1	4	déictiques : 0	14	3
				spatiographiques : 0		
				kinémimiques : 2		
				pictomimiques : 0		
<b>Total</b>	3	1	4	2	14	3

*Tableaux répertoriant les composantes de la communication non verbale de M. et Mme M*

<b>Gestes extra communicatifs</b>				
Gestes	Confort	Ludiques	Autocentrés	Total
<b>M. M</b>	4	0	1	5
<b>Mme M</b>	7	0	7	14

## ➤ **Analyse**

### 2.1 Gestes communicatifs

Le relevé global des gestes communicatifs indique que M. M développe une expression non verbale deux fois plus importante que son épouse quelle que soit la catégorie de gestes, mise à part celle des phatiques, non représentée.

#### ▶ **Gestes quasi-linguistiques**

- M. M fait un usage important des symboles gestuels du oui et du non, le plus souvent en cooccurrence avec le signifiant linguistique. Ces hochements servent sans doute d'appui, néanmoins les deux signifiants, gestuel et linguistique, ne sont pas toujours en phase. Cela concerne surtout le geste du non qui est quelques fois produit avec le mot oui. Dans cette conversation, c'est le mot et non le geste qui véhicule correctement l'intention de M. M. Son épouse décode bien ses intentions, mais il est à noter qu'une erreur d'interprétation peut toujours se produire et être à la source d'un malentendu.

L'unique autre geste quasi-linguistique se produit à la fin de la conversation. Celle-ci se termine sur un geste très évocateur : M. M accompagne ses paroles "pi allez hop hop" d'un geste ample du bras vers l'arrière, signifiant ainsi qu'il est fatigué de cette conversation. S'il ne l'a pas initiée, c'est bien lui qui décide de la clore...

- Contrairement à son époux, Mme M produit très peu de gestes quasi-linguistiques : elle hoche la tête deux fois pour signifier oui et une fois pour non, en cooccurrence avec le mot.

#### ▶ **Gestes syllinguistiques**

##### ↳ **Paraverbaux**

Nous ne commenterons qu'un seul geste para-verbal (qui rythme la parole), les autres n'étant pas pertinents pour notre étude.

Nous avons relevé une scansion du buste de gauche à droite, qui accompagne le comptage jusqu'à cinq lorsque M. M répond à la question "mais quel cousin ?". Cette scansion corporelle nous semble être une aide cognitive, comme on peut en rencontrer chez des enfants qui récitent leurs tables.

Ce geste met en évidence une réponse inadéquate (un nombre au lieu d'un prénom), qui peut avoir deux origines :

- soit M. M ne peut répondre à la question, car ayant un nombre élevé de cousins, il ne sait pas lequel aller voir,
- soit il n'a pas accès à la réponse pour des raisons cognitives et il produit une série automatique qu'il a à sa disposition.

#### ↳ **Expressifs**

- S'agissant de M. M, les gestes expressifs sont bien préservés. Ils apportent une aide, à la fois au niveau de l'interaction en permettant à son épouse de décoder plus facilement ses propos, et au niveau compensatoire en se substituant parfois à l'expression verbale.

Ils se manifestent soit au niveau du visage par diverses mimiques, moues, haussement de sourcils, soit au niveau des épaules par un haussement de l'épaule gauche (en raison de l'hémiplégie droite résiduelle). Ils expriment l'incapacité à trouver les mots, la perplexité, la déception, l'incompréhension, mais aussi l'humour et l'empathie de M. M, lorsqu'en adoptant une attitude en miroir de celle de son épouse, il prononce un "ouf" assorti d'une moue évocatrice (43).

- On note comparativement très peu de gestes expressifs chez Mme M. Elle s'en sert pour appuyer son discours, mais aussi pour exprimer son découragement d'une moue accompagnant le repos de sa tête dans la main (attitude imitée par son mari, cf. ci-dessus).

#### ↳ **Illustratifs**

Ils servent à montrer ou décrire un référent.

- Dans cette catégorie de gestes, M. M recourt le plus souvent aux **déictiques** (gestes de pointage). Il s'agit ici d'indiquer une direction. Le référent n'étant pas un endroit de la maison, son épouse doit poser des questions pour le découvrir. Elle devine cependant à un moment que son époux parle de Nantes, ce qui laisse supposer qu'un certain code gestuel est installé entre les époux, avec cependant une réserve : ce pointage du bras présente dans sa répétition un caractère qui l'apparente à une stéréotypie.

Les autres gestes illustratifs rencontrés sont un **spatiographique** (schéma de structure spatiale) et un **kinémimique** (mime de l'action du discours) :

- Le schéma spatial tracé par M. M sur la table avec le doigt consiste en un rectangle (69) qui pourrait correspondre à une maison ou un immeuble. Son épouse le regarde faire jusqu'au bout mais ne fait aucun commentaire ; il est donc difficile de savoir si elle a bien compris ce que son époux voulait signifier par ce dessin. Mme M rapporte par ailleurs une utilisation régulière de gestes stéréotypés, carrés ou circulaires, de la part de son mari. Ceci semble être la marque d'un "blocage" cognitif et peut donc expliquer que Mme M ne s'attarde pas à rechercher une signification précise à ce geste.

- Le mime effectué par M. M traduit une notion de distance. Son épouse cherchant à savoir à quelles personnes de la famille il souhaiterait rendre visite (21), il répond par un geste ample du bras. Ce mime a une certaine efficacité puisque Mme M en déduit qu'elles habitent assez loin. Malheureusement elle n'exploite pas tout de suite ce renseignement en posant des questions sur le lieu, ce qui va retarder la découverte de l'identité des personnes.

Tous ces gestes produits par M. M ont une visée compensatoire, son but étant de faire comprendre par des gestes ce qu'il ne peut dire verbalement à son épouse. Ils peuvent avoir un impact positif sur l'interaction, mais à la condition d'être assez précis, ce qui n'est pas toujours le cas.

- Mme M ne produit que deux gestes illustrant un référent. Il s'agit de deux gestes kinémimiques, l'un mimant une distance (21) et l'autre l'action de partir (4), effectués dans le but de faciliter la compréhension de son époux.

## ▶ Gestes synchronisateurs

Ils représentent les gestes les plus significatifs sur l'axe interactionnel en marquant l'engagement des interlocuteurs dans l'échange.

### ↳ Signaux phatiques gestuels

On observe une dichotomie importante entre les conjoints concernant l'activité phatique gestuelle.

- M. M ne produit aucun signal phatique gestuel. Cela laisse supposer que l'activité phatique gestuelle mobiliserait trop de ressources et que les capacités cognitives réduites sont par conséquent concentrées sur la parole produite.

- Chez Mme M, les signaux phatiques représentent le type de gestes le plus employé. Ils relèvent ici principalement de la **proxémie**. En effet, c'est en variant la distance qui la sépare de son époux qu'elle établit, suscite ou maintient son attention. Au début de la conversation notamment, comme il ne la regarde pas, elle lui touche le bras pour établir le contact. Ensuite au cours des échanges, elle se penche vers lui ou se rapproche. Cela va du léger signe de tête vers l'avant, accompagnant fréquemment les questions, à l'avance très nette du buste qui appuie fortement ses propos (cf. (28-29) : "oui mais ça m= dit pas lequel").

Chez Mme M, le **regard** participe lui aussi de l'activité phatique. Toutefois, il n'a pas pu être comptabilisé ici car il est posé sur son époux de manière quasi permanente. L'intensité de ce regard, fixé sur les yeux de son mari, lui confère une fonction de captation de l'attention, mais montre aussi surtout que Mme M doit mobiliser des ressources importantes pour maintenir l'échange, qu'elle soutient littéralement du regard. Cette fixation est continue pendant les quatre premières minutes, c'est-à-dire pendant près de la première moitié de la conversation. Ensuite, de façon d'abord très furtive, elle détourne son regard à dix-sept reprises jusqu'à la fin de la conversation.

C'est ce que nous nous proposons d'étudier, en examinant quelques circonstances où ce phénomène se produit :

- Un premier relâchement oculaire intervient après deux minutes passées à chercher à qui son époux aimerait rendre visite. Il se produit au moment où elle l'interpelle : "ah beh écoute faut qu= tu m= trouves" (34). Depuis une vingtaine de secondes déjà, elle montre des signes de lassitude se traduisant par des gestes autocentrés de plus en plus nombreux : elle se frotte les mains ou le visage, tourne les pouces... D'autres détournements de regard accompagnent ou font suite à quelques apostrophes comme celles-ci : "mais tu pourrais essayer d= le dire ça hein Bernard et Thérèse" (37) ; "je voudrais bien qu= ce soit toi qui sorte un p=tit peu quelque chose" (42) ;
- Plusieurs détournements du regard correspondent tout simplement au suivi oculaire d'un geste de son époux (61), (63), (64) ;
- Deux sont liés au ponctuant "voilà", marquant la conclusion soit de la recherche de l'identité d'un cousin à qui rendre visite (37), soit du thème de cette visite (40) ;
- Enfin, celui qui a le plus de force signifiante se situe à un moment d'intense découragement, après une dizaine de tours de parole consacrés à essayer de savoir quoi faire l'après-midi même. Mme M se détourne de son mari pour s'adresser aux observatrices : "c'est pas évident, j'ai du mal"(54).

#### ↳ Signaux régulateurs gestuels

Ils sont présents en petit nombre, on en relève six chez M. M et trois chez Mme M :

- Concernant M. M, ils consistent essentiellement en un léger signe de tête ascendant produit en cooccurrence avec le régulateur verbal "hein", et signifient un problème de compréhension ;
- Quant à Mme M, les signaux régulateurs employés ont tous une valeur d'acquiescement. Deux sont produits en cooccurrence, soit d'un "non" émis en écho au "non" de son époux (67), soit d'un oui. Le troisième est produit sans cooccurrence verbale, pendant le tour de parole de son époux. Notons que dans le tableau classificatoire (voir plus haut), ces trois

gestes phatiques sont comptabilisés également en tant que gestes quasi-linguistiques, puisqu'ils sont signifiants en eux-mêmes.

Pour conclure au sujet de l'ensemble du système de régulation, verbal et non verbal, l'analyse conversationnelle permet de constater que M. M ne produit pas d'activité phatique. Nous émettons l'hypothèse d'une charge cognitive importante consacrée à la production d'informations qui ne permettrait pas à M. M d'initier une activité phatique de surcroît. L'analyse met par contre en évidence une activité régulatrice importante, montrant que M. M est engagé dans l'interaction, malgré une participation limitée dans les échanges verbaux.

## 2.2 Gestes extra communicatifs

Ils semblent peu pertinents au premier abord pour notre étude, mais ils renseignent sur l'état émotionnel des conjoints.

- Leur observation présente un intérêt particulier au sujet de Mme M dans cette conversation. Au niveau des **gestes de confort** notamment, on peut remarquer certains reculs qui correspondent à une insatisfaction à propos d'une réponse de son mari par exemple ("i= pas un sujet qu= t= aimerais voir quand même") (8) ou à un constat d'échec ("j'ai du mal") (54). Les **gestes autocentrés** accompagnent les moments de gêne : notamment après avoir apostrophé son époux ("faut qu= tu m= trouves") (34), elle tourne les pouces mains croisées pendant qu'il cherche à répondre sans succès.

- M. M effectue moins de gestes extra communicatifs mais ils sont signifiants. Il se recule par exemple après un reproche ("bon ben t= es pas gentil là tu pourrais trouver quelque chose") (18-19) ou se détourne après une injonction ("essaie d= me trouver") (30-31).

En conclusion, si les gestes extra communicatifs n'ont pas pour objectif conscient de transmettre un message, ils apportent malgré tout une information. Ils témoignent ici des difficultés rencontrées dans l'interaction.

Enfin, pour faire le point sur le matériau multicanal de la conversation (canaux auditif et visuel), on peut souligner l'importance de toute la communication non verbale dans son

ensemble. Les capacités linguistiques résiduelles de M. M limitant sa participation à l'échange verbal, la posturo-mimo-gestualité représente une source de moyens compensatoires, mais aussi augmentatifs, pouvant lui permettre de référer à un objet, de préciser ses intentions et faciliter ainsi la compréhension à son épouse. Il paraît donc essentiel de pouvoir l'évaluer afin de la développer.

L'analyse de la communication non verbale chez Mme M montre qu'elle n'est pas très importante au regard de la communication verbale. Il est possible qu'un recours plus fréquent au canal visuel aiderait son époux à comprendre plus rapidement ses propos.

### III Analyse conversationnelle : gestion de la conversation

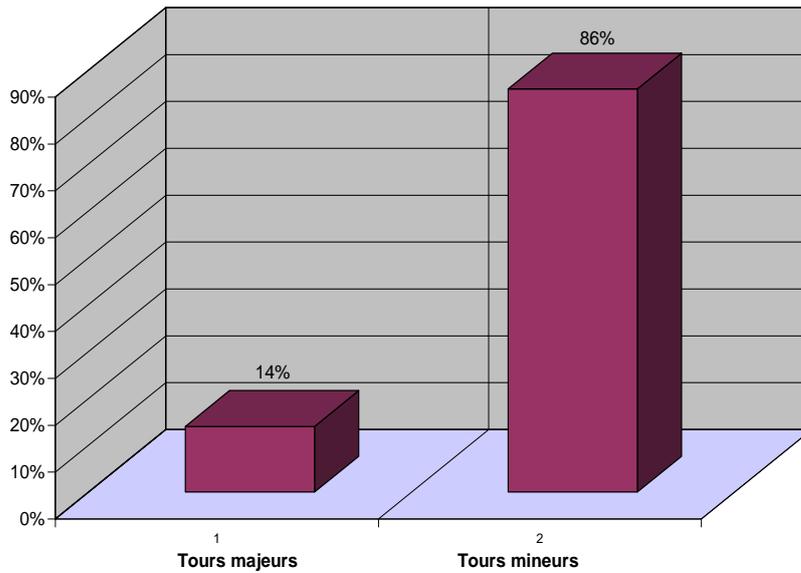
---

#### 1. Tours de parole

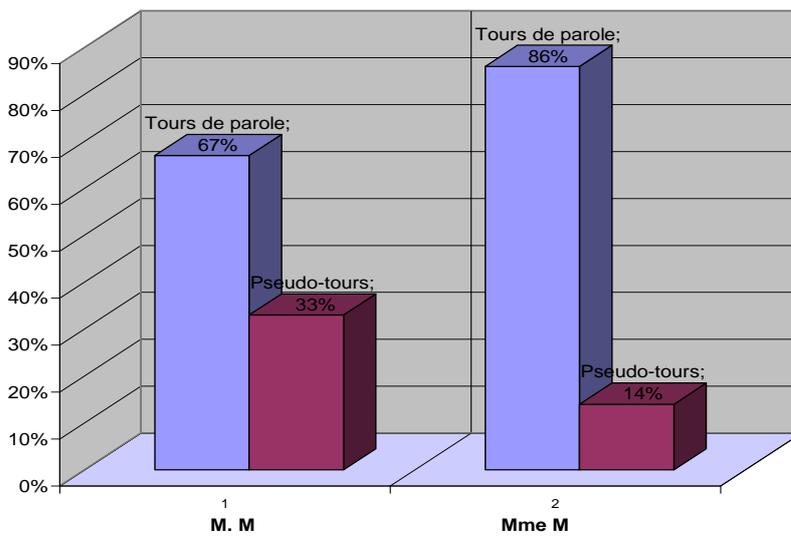
##### 1.1 Répartition et contenu

##### ➤ Résultats

Prises de parole	M. M	Mme M	Total
Tours majeurs ou pleins	8	77	85
Tours mineurs ou contributions minimales	51	0	51
<b>Total des tours de parole</b>	59	77	136
Pseudo-tours (régulateurs)	29	13	42
<b>Total des prises de parole</b>	88	90	178
Tours non pris ou "vides"	7	1	8



*Proportion de tours majeurs / tours mineurs chez M. M*



*Proportion tours de parole / pseudo-tours chez M. et Mme M*

### ➤ Analyse

L'étude quantitative montre un nombre de prises de parole équilibré entre les conjoints (49% pour M. M contre 51% pour Mme M). Ce résultat est logique puisque les prises de parole alternent.

Il est plus intéressant d'examiner le partage des tours de parole comme nous les avons définis dans notre préambule à la partie pratique, ce qui exclut les prises de parole dévolues au système de régulation. Il apparaît ici un déséquilibre : 43% des tours de parole sont produits par M. M contre 57% par son épouse. Ce déséquilibre, comme ceux notés précédemment dans le matériau de la conversation, est à mettre en lien avec les troubles aphasiques de M. M. En effet, le manque du mot et l'aspontanéité verbale notamment, constituent des facteurs qui jouent sur la prise de tour, en dépit de places transitionnelles explicites.

Avec les difficultés cognitives d'élaboration des réponses, les troubles aphasiques sont également responsables des tours de parole non pris. Nous avons commenté ces derniers lors de l'analyse du partage du temps conversationnel, nous rappellerons donc simplement que cette absence de prise de tour n'est que la manifestation extrême de la réduction du langage de M. M.

Si l'on se penche sur la qualité des tours de parole de M. M, on observe une proportion considérable de tours mineurs (86% contre 14% de tours pleins). Nous les avons distingués des tours majeurs en nous basant sur le contenu sémantique des contributions, et non sur leur longueur. En effet, le discours étant très réduit, la longueur ne peut pas être à elle seule un trait distinctif. Nous avons ainsi considéré comme tours majeurs les contributions sortant de la simple réponse positive ou négative, ou neutre ("chais pas"), qui attestent d'un effort pour apporter ou demander une information.

Si l'on examine maintenant la proportion de prises de parole composées uniquement de régulateurs, celle-ci est plus importante pour M. M que pour son épouse (33% contre 13%). Le tiers des contributions de M. M est donc consacré à la validation des propos de son épouse. Ce constat s'explique là aussi par la réduction de l'expression qui permet certes une activité régulatrice, mais limite la quantité de tours de parole, qui eux sont dévolus au thème.

## 1.2 L'enchaînement des tours de parole et ses "ratés"

On entend sous cette appellation le silence prolongé entre deux tours, l'interruption du tour par l'interlocuteur ou le chevauchement de tours de parole.

## ► Silence prolongé entre deux tours

Normalement, les locuteurs s'efforcent de réduire au minimum le temps de pause entre deux tours de parole.

- Ce n'est pas le cas pour Mme M puisque, comme nous l'avons souligné en étudiant le partage du temps conversationnel, celle-ci est soucieuse de laisser du temps à son époux pour s'exprimer. Cela explique une partie des silences situés avant ses tours de parole, qu'on peut alors qualifier de "ratés" délibérés :

7 Mme M : (.....) non + tu s=rais pas content d=voir un film  
M. M :

8 Mme M : quand même l *(se recule et croise les bras)*  
M. M : beh /ə/ ché ché pas moi (sec : 4) i=a pas un sujet qu= t= aim=(rais voir...  
*(se détourne en haussant les épaules et laisse retomber la main sur la table)*

L'autre partie des pauses imputables à Mme M reflète ses difficultés à maintenir l'échange avec son époux. Elles interviennent d'ailleurs à des moments où elle s'en plaint ouvertement : " bon ben t= es pas gentil là + tu pourrais trouver quelque chose" (18), "mais tu pourrais essayer d= le dire ça hein Bernard ou Thérèse" (37-38) ou "ça devrait tourner un p=tit peu" (43-44).

Au total, 17% des tours de parole de Mme M sont précédés d'une pause.

- Concernant M. M, les tours précédés d'une pause représentent 37,5% du total des tours de parole. Ces silences de début de tour marquent soit l'hésitation, soit la perplexité parfois devant une question ou l'élaboration de la réponse, et résultent bien souvent du manque du mot ainsi que des difficultés cognitives. Contrairement à son épouse, ils ne sont donc pas délibérés. Leur fréquence atteste de la difficulté rencontrée par M. M à enchaîner au point de transition, ce qui ne se produit pas chez un locuteur ayant une expression orale normale. Les tours de parole non pris par M. M, mais où les gestes remplacent parfois la parole, illustrent bien ce dysfonctionnement.

### ► Interruptions

On ne note aucune interruption de la parole de l'un des interlocuteurs par l'autre dans cette conversation. Cela traduit ce que nous avons déjà souligné : le respect du temps de parole de M. M par son épouse.

### ► Chevauchements

On observe onze chevauchements, six pour M. M et cinq pour Mme M, ce qui est peu. Ces chevauchements sont très courts, portant au maximum sur deux syllabes, et de plus aucun ne provoque l'interruption du tour de parole en cours.

Un des chevauchements de M. M est à mettre à part. Son épouse cherche à lui faire dire sans succès le mot "rendez-vous" grâce à une ébauche phonémique. Le chevauchement intervient par répétition immédiate lorsqu'elle reprend sa phrase et prononce le mot :

64 Mme M : un /r/ *(avance le buste)* il faut qu= je prenne un rendez-vous + pour:  
M. M : euh:: (sec : 1) vous + pour euh:  
*(geste qui reste en suspend)*

Mme M veille donc à ce que le système d'alternance des tours de parole fonctionne. Ceci est au prix de silences délibérés afin de laisser le temps à son époux de répondre et de s'exprimer. Cela enlève du dynamisme à une partie des échanges mais protège des interruptions et des chevauchements qui ne manqueraient pas autrement de se produire.

La gestuelle de M. M, particulièrement le regard, montre qu'il participe lui aussi activement au système d'alternance des tours de parole. Lorsqu'il a la parole, on peut remarquer qu'il détourne fréquemment son regard, avec parfois même un mouvement de tout le buste. Nous pouvons supposer que cela lui est nécessaire pour élaborer une réponse sans être parasité par d'autres informations. La raison serait donc cognitive. Cependant, au moment de céder la parole à son épouse, il se retourne systématiquement vers elle, et lui adresse à ce moment un regard. Il lui signifie par ce moyen que c'est à présent à elle de prendre son tour de parole.

## 2. Actes de langage

L'étude des actes de langage est importante en ce qui concerne l'interaction car ils fonctionnent en contexte, étroitement liés à ce qui les précède et les suit. De part leur force illocutoire, ils illustrent en effet l'interdépendance des contributions linguistiques.

Nous nous appuyons sur la typologie des actes interlocutifs de CROLL (2008), présentée par JAGUIN (2008), qui distingue trois sortes d'actes :

1/ **Les actes thématiques** concernent les actes par lesquels sont produites les informations liées au thème : question, réponse, assertion et validation. Quelques précisions au sujet des questions :

- Les **questions initiales** correspondent à une première demande d'informations, alors que les **questions de relance** sont émises pour obtenir une clarification, une confirmation, ou un ajout d'information sur le même thème que la question initiale. Certaines assertions contenant une demande implicite sont assimilées aux questions.
  
- Le caractère des questions peut être ouvert ou fermé. Les questions **ouvertes** sont celles pour lesquelles il n'y a pas de réponses pré-établies ("Qu'as-tu fait pendant les vacances ? ") et les questions fermées celles requérant une réponse par oui ou par non. Nous distinguerons également les questions **convergentes** que nous définirons comme celles attendant une réponse spécifique, souvent déjà connue, et ne nécessitant pas de développement ("Comment s'appelle ton chien ? ").

2/ **Les actes relationnels** sous-entendent les actes touchant à la relation émotionnelle ou affective (compliment, excuse, reproche...).

3/ **Les actes de gestion** sont ceux par lesquels la conversation est conduite.

➤ Résultats

Actes de langage interlocutifs		M. M	Mme M
<b>Actes thématiques</b>		84	93
<b>Questions</b>	Questions initiales	1	8
	Questions de relance	20	24
	Questions réitérées sur demande	0	5
	<b>Total questions</b>	21	37
	Dont ▶ Questions ouvertes	1	10
	Questions convergentes	18	9
	Questions fermées	2	13
<b>Réponses</b>	Réponse oui/non	10	0
	Oui/non + modalisateur	4	0
	Réponse « chais pas »	4	0
	Autres	9	5
	Pause pleine (hésitation audible)	7	0
	Réponse gestuelle	3	0
	Réitération	0	13
	<b>Total réponses</b>	37	18
<b>Assertions</b>	<b>Total</b>	0	10
<b>Validations</b>	Accord	20	5
	Désaccord	6	4
	Accusé de réception	0	19
	<b>Total validations</b>	26	28
<b>Actes relationnels</b>		1	15
Dont ▶	Injonctions	0	9
	Jugements	0	1
	Reproches	0	2
	Plaintes	0	3
	Empathie	1	0
<b>Actes de gestion</b>		1	10
Dont ▶	Ebauches orales	0	4
	Reformulations	0	2
	Complétions	0	1
	Clôtures	1	3
	Demandes d'aide	0	6

## ➤ Analyse

### 2.1 Les actes thématiques

#### ▶ Questions et réponses

Les questions et les réponses constituent à elles seules 60 % de l'échange verbal entre les conjoints.

#### ↳ Questions

On remarque en tout premier lieu le déséquilibre questions/réponses entre les conjoints. La proportion est inverse mais logique : si M. M pose moins de questions que son épouse, c'est que cela nécessite plus de capacités linguistiques et un effort cognitif plus important. Par ailleurs, si Mme M pose plus de questions c'est qu'elle tente par ce moyen de faire participer le plus possible son époux à l'échange.

- La rareté des **questions initiales** de M. M (telles que définies plus haut) est notable et est à mettre en lien avec l'aspontanéité de la parole et les troubles linguistiques aphasiques, ainsi qu'avec les troubles cognitifs retentissant sur la capacité à poser des questions. Par conséquent, c'est à son épouse qu'incombe en majeure partie l'initiation et le maintien de l'échange, M. M se situant dans la position passive de celui qui répond aux questions. Ses réponses sont minimales et sont obtenues sur sollicitation quasi constante de son épouse.

L'unique question initiale fait suite à un passage à vide marquant : M. M ne sait pas où il veut aller dans l'après-midi, il s'ensuit un long silence, puis un commentaire découragé de son épouse. C'est après cette parenthèse que M. M va poser un acte de questionnement initiatif, par ailleurs sous la forme d'une assertion émise d'un air interrogatif, "c'est ça" (sous-entendu : qu'est-ce que c'est ça) :

- 54 Mme M : *(recule, chuchote vers la caméra)* *(en riant)*  
 hmm c'est pas évident +++ j'ai du mal hmm  
 M. M : (sec : 7) hein↑ (sec : 1)  
*(tape trois légers coups sur la table et sourit)*
- 55 Mme M : *(se frotte le nez)*  
 M. M : beh eh hein hein hein (sec : 5) eh oui + mais-ais + c'est c'est c'est  
*(pointe du doigt en haut à gauche en riant, hausse les sourcils et les épaules)*
- 56 Mme M : (sec : 2) qu'est-c= que c'est ça (sec : 1) c=t'après-midi↑  
 M. M : c'est c'est ça oui  
*(air interrogatif, sourcils froncés)*

Cette question sera suivie de quatre questions de relance et va entraîner la reprise de la conversation.

- En ce qui concerne les **questions de relance**, leur nombre presque équivalent pourrait faussement amener à penser une égalité des époux sur ce plan. Or, ces questions de relance sont qualitativement différentes :

- Celles émises par M. M sont constituées à 70 % de demandes de répétition introduites par le marqueur "hein", ne sollicitant pas d'apport d'information complémentaire. Elles s'expliquent probablement par un problème d'accès à l'information dû à deux facteurs intriqués : un déficit auditif important et une difficulté de compréhension linguistique. Les 30 % restants correspondent à des demandes d'explication ou de confirmation introduites par "pourquoi", "bon alors" ou "ah bon".
- En comparaison, les questions de relance de Mme M visent toutes à obtenir une information. Elles sont trois fois plus nombreuses que les questions initiales. Cette dissymétrie est le signe d'une interaction difficile liée directement au déficit linguistique et cognitif de son époux. L'obtention de l'information est souvent laborieuse, amenant Mme M à multiplier les questions de relance. La plupart du temps cette information manque, ce qui justifie le questionnement, mais certaines fois elle est parfaitement connue, Mme M cherche juste à la faire verbaliser par son époux. Dans ce dernier cas on peut parler d'acte inadéquat au regard de la dynamique interactionnelle puisqu'il entraîne des tours de parole inutiles.

- Il nous faudrait noter, et plus particulièrement chez Mme M, le caractère de la question (ouverte, convergente ou fermée) en raison de son incidence sur la réponse de son époux. En effet, la "paire adjacente" formée par la question posée et la réponse lui faisant suite implique une attente et une contrainte. Cependant nous avons choisi de développer ce sujet un peu plus loin, sous l'angle du rôle que ce caractère peut jouer dans les incidents conversationnels. Signalons simplement au sujet de M. M, que le nombre de questions convergentes s'explique par ses demandes de répétitions évoquées plus haut. Il n'est pas en mesure de formuler des questions ouvertes ou fermées, en raison de ses troubles aphasiques.

### ↳ Réponses

De façon cohérente, les réponses de Mme M sont majoritairement des répétitions, correspondant en cela aux questions "hein" posées par son époux. Le fait qu'elle répète de façon quasi identique sans ajouter d'indices nous laisse à penser qu'elle considère que son époux n'a pas bien entendu. Elle semble occulter ses troubles de compréhension qui sont pourtant mentionnés dans le bilan orthophonique.

Elle n'émet pas de réponse à trois reprises : soit elle ne prend pas son tour de parole, ou alors elle ne tient pas compte de sa demande de répétition. Dans deux circonstances, cela coïncide avec une situation de gêne suivant une plainte de Mme M.

Les réponses de M. M sont minimales, tant au niveau quantitatif (de 1 à 6 mots) que qualitatif :

- La plupart des réponses (38 %) sont des réponses oui/non avec parfois un modalisateur ("mais enfin", "bof"... ) auxquelles s'ajoutent 11 % de "chais pas". En outre, une bonne partie des réponses, 19 %, sont des pauses pleines, c'est-à-dire des hésitations audibles ("euh").
- Les réponses "autres" sont un peu plus élaborées, il s'agit de réponses évaluatives ("bien"), informatives ("rien", "un, deux, trois, quatre, cinq"... ) ou exprimant des sentiments (découragement, agacement).

Il faut noter que M. M pallie quelque peu cette expression verbale réduite par des réponses gestuelles (8 %). Il faut également signaler que 65 % des réponses, toutes catégories confondues, sont émises en cooccurrence gestuelle (dont mimiques expressives), et/ou s'appuient sur des particularités para-verbales (prosodie, intonation) ou vocales (soupir, raclements de gorge) significantes.

### ▶ **Assertions**

On entend par assertion une information pertinente avec demande implicite de prise de position de l'interlocuteur.

En suivant cette définition envisageant l'assertion sous l'angle interactif, on n'en retrouve aucune chez M. M. C'est un signe fort de son handicap dans la communication et c'est sans doute ce qui oblige son épouse à soutenir l'échange pratiquement de bout en bout. Elle-même produit peu d'assertions au regard de ses prises de parole (10 %). Cela tient au fait que, pour faire avancer la conversation, elle n'a pas d'autre choix que de poser des questions. C'est principalement l'aspontanéité de son époux qui l'incite à procéder ainsi.

### ▶ **Validations**

Les actes de validation sont constitués par les régulateurs. Du fait qu'ils ont été étudiés plus haut, nous remarquerons simplement que Mme M valide souvent les propos de son époux sous la forme d'une répétition (accusé de réception).

## 2.2 Actes relationnels

Un seul acte relationnel est le fait de M. M. Il s'agit d'un acte d'empathie sous la forme d'une échomimie gestuelle (tête posée sur le poing, en miroir de l'attitude de son épouse) accompagnée d'une onomatopée ("bof").

Si l'on se penche sur la nature des actes de Mme M, on relève qu'au début Mme M incite son époux à s'engager dans l'échange et l'encourage à chercher les mots qui l'aideraient à faire passer ses messages. Puis elle passe à l'injonction ("faut qu= tu m= trouves") (34), au jugement négatif ("bon ben t= es pas gentil là") (18) et aux reproches ("tu pourrais essayer d= le dire ça") (37). Cette connotation critique est le reflet d'un découragement certain qu'elle exprime également sous forme de plainte : "ça devrait tourner un p=tit peu" (43/44), mais aussi sans doute d'une méconnaissance des conséquences des troubles aphasiques.

D'un point de vue interactionnel, en amont de ces actes on trouve principalement le manque d'initiative de M. M quand son épouse lui demande ce qu'il aimerait faire et le manque du mot entraînant de longues recherches.

### 2.3 Actes de gestion

Ils concernent essentiellement Mme M, toutefois c'est M. M qui pose le dernier acte de gestion de la conversation en décidant de sa fin. Il s'agit d'un acte de langage à la fois verbal "pi allez hop ++ hop" et non verbal : M. M se retourne et balance le bras gauche vers la caméra pour faire signe que la conversation est finie.

Une partie des actes de gestion de Mme M est produite lors des réparations : les ébauches orales notamment et les reformulations. Elle prend une part importante dans la gestion des problèmes conversationnels de son époux, étant donné que celui-ci n'est pas en mesure de faire des auto-réparations sur ses propres incidents. C'est dans cette catégorie d'actes que l'on peut trouver des **actes inadaptés** au niveau interactionnel. Nous voulons parler ici des demandes d'oralisation de mots cibles, totalement connus des deux partenaires, et entraînant des séquences de réparation inutiles.

Mme M pose également des actes de demande d'aide quand elle se trouve dans une impasse conversationnelle. Elle exhorte alors son mari à trouver des indices qui lui permettraient de deviner ce qu'il veut dire.

### 3. Les incidents conversationnels et leur réparation

Un des éléments importants de la gestion de la conversation avec une personne aphasique est celui des réparations suite aux incidents conversationnels. Leur survenue est plus fréquente qu'en conversation entre deux personnes sans difficultés langagières.

Nous avons comptabilisé six incidents conversationnels chez M. M et un chez son épouse (cf. tableau récapitulatif en annexe). Cependant il nous faut préciser qu'il s'agit des incidents à l'origine de séquences de réparation. A l'intérieur de ces séquences se produisent d'autres incidents, une dizaine, dont la réparation est naturellement incluse dans la séquence en cours.

#### 3.1 Types d'incidents et origine

- En ce qui concerne M. M, les incidents relevés correspondent au manque du mot : des silences prolongés (jusqu'à 7 secondes) ou des pauses pleines ("euh:::") ainsi qu'un néologisme (/labodik/). Un des incidents prend également la forme d'un problème de compréhension. Notons que ces incidents sont parfois accompagnés d'un geste déictique par lequel M. M tente de compenser ses difficultés d'expression verbale.
- Dans la moitié des cas, une question ouverte est à l'origine de l'incident conversationnel. M. M est en effet dans l'impossibilité totale de répondre à ce type de questions qui demande des capacités expressives qu'il ne possède plus, ainsi qu'un gros effort cognitif pour fournir une réponse non pré-établie.
- Dans un cas, c'est un reproche sous forme d'injonction, "tu pourrais trouver quelque chose"(18), qui entraîne hésitations et long silence. Cette injonction s'apparente à la question ouverte en ce sens qu'elle aussi réclame une réponse non pré-établie.
- Un autre incident fait suite à une question convergente visant à faire verbaliser par M. M ce qu'il doit rappeler à son épouse (63). La réponse lui est donc parfaitement connue, mais c'est encore le manque du mot qui l'empêche de répondre.

- L'unique problème de compréhension, si l'on excepte ceux qui peuvent être intriqués avec les problèmes auditifs (cf. les "hein ?" de M. M que nous n'avons pas pris en compte ici), se trouve à distance de sa source. Plutôt qu'un problème de compréhension verbale, il est à considérer comme un problème de compréhension de la situation évoquée, c'est-à-dire du contexte. Suite à un échange non poursuivi (54) en raison du découragement de son épouse, M. M est resté avec un manque d'information au sujet de la sortie de l'après-midi.

- Quant à Mme M, elle apporte une réponse inadéquate, du fait d'une question trop vague de son époux : "bon alors ? /poerpəkəwa/ ?". M. M cherche à savoir pour quelle raison ils vont à l'hôpital dans l'après-midi et son épouse lui répond par l'horaire du rendez-vous. Elle ne semble pas avoir conscience d'un incident, mais son époux n'ayant pas obtenu l'information qu'il attendait, réitère sa question. Cet acte correspond à la signalisation de l'incident, premier élément de la gestion de la réparation.

### 3.2 Gestion des réparations

L'étude de la gestion des réparations nous amènera, en plus du processus de réparation lui-même, à voir ce qui a pu provoquer l'incident conversationnel.

Le **processus de réparation** peut se diviser en trois temps (Schegloff, Jefferson et Sacks, 1977) :

1° Il démarre à partir du moment où l'un des interlocuteurs considère qu'il vient de se produire un problème, et qu'il le signale d'une manière ou d'une autre (question, hypothèse...) : c'est l'**initiation**. Si ce participant est lui-même l'auteur de l'incident il s'agit d'une **auto-initiation**, dans le cas contraire il s'agit d'une **hétéro-initiation**.

2° Les interlocuteurs collaborent à la réparation, principalement le partenaire non aphasique, par un mécanisme appelé **trajectoire de réparation**, consistant en diverses stratégies (reformulation, question, hypothèse...) pour aboutir à la réparation.

3° Il prend fin à la **réparation** de l'incident, qui est soit le fait de l'auteur de l'incident (**auto-réparation**), soit le fait de son partenaire (**hétéro-réparation**).

## ▶ **Initiation de la réparation : auto- ou hétéro-initiation**

### ↳ **Incidents de M. M**

Sur les six incidents, trois sont provoqués par une question ouverte, un par une question convergente, un autre par une injonction sous forme de reproche (ces deux dernières modalités se rapprochant de la question ouverte) et enfin un autre par un arrêt de l'échange dû au découragement de Mme M.

La réparation des incidents conversationnels dus à M. M est initiée dans cinq cas sur six par son épouse, il s'agit alors d'hétéro-initiations. Mme M initie la réparation par une question, une hypothèse, une demande d'informations complémentaires ou une ébauche orale. L'unique cas d'initiation par une question va provoquer immédiatement un nouvel incident. Il s'agit d'une question ouverte à laquelle M. M n'est pas en mesure de répondre : "alors tu voudrais aller voir qui ?" (19).

M. M est l'auteur d'une seule auto-initiation sur les six incidents dont il est responsable (ici un problème de compréhension). Il initie cette réparation en demandant une information qui lui manque, par le biais d'un "c'est ça" interrogatif (56) qui signifie "qu'est-ce que c'est ça ?".

### ↳ **Incident de Mme M**

La réparation de l'incident dû à Mme M est initiée par son époux (hétéro-initiation). Cet incident correspond à la réponse inadéquate évoquée plus haut.

Il faut noter que les deux initiations dont M. M est l'auteur ont été possibles car elles pouvaient être effectuées par le biais d'une question. M. M a gardé la faculté de pouvoir poser cet acte de langage de façon minimale, par l'usage du "hein" interrogatif, du "pourquoi" ou tout simplement par une intonation ascendante marquant l'interrogation.

## ► **Trajectoire de réparation**

On peut juger de l'efficacité d'une trajectoire de réparation à partir de deux indices qui sont l'aboutissement ou non à la réparation elle-même d'une part, et le nombre de prises de parole qui auront été nécessaires à l'aboutissement de la réparation d'autre part.

### ↳ **Aboutissement à la réparation**

Le premier constat est l'échec de la réparation de deux incidents sur les six concernant M. M (le septième incident, dû à Mme M, est réparé).

L'initiation accomplie par Mme M par la question ouverte évoquée plus haut déclenche immédiatement un autre incident (19), et celle par l'injonction de participer plus à l'échange (41) crée une impasse conversationnelle et l'abandon de la réparation. On peut émettre l'hypothèse que cette manière d'initier la réparation, en faisant appel à un choix de réponses trop vaste, est directement responsable de l'abandon de la réparation.

### ↳ **Nombre de prises de paroles nécessaires**

Le nombre de prises de parole nécessaires à la réparation s'étend de 2 à 48.

Les trajectoires rapides, constituées de deux prises de parole, font suite pour deux d'entre elles aux initiations de réparation de M. M (55-56) et (60) ; l'information à obtenir est du côté de Mme M, elle est donc fournie rapidement. Pour la même raison, la réparation de la réponse inadéquate de Mme M au sujet du rendez-vous à l'hôpital (59-60) est très rapide.

L'une des deux longues trajectoires ne se justifie pas du point de vue collaboratif car la réponse à la question est déjà connue de Mme M. Son objectif est de faire prononcer à son époux quelques mots cibles (rendez-vous, docteur, yeux) par des moyens facilitateurs tels que l'ébauche orale. L'obtention de l'information va prendre 14 prises de parole (63-66). Mme M endosse ici un rôle qui sort de celui d'un partenaire de conversation familière.

La trajectoire la plus longue, constituée de 48 prises de parole (19-36), offre un résumé des diverses **stratégies** utilisées par Mme M. Nous avons choisi de nous appuyer sur cette trajectoire pour l'analyse des stratégies de réparation.

### ↳ **Illustration des stratégies de réparation**

1/ En amont de cette longue trajectoire de réparation, se trouve le point de départ de l'incident, son **origine**. Il s'agit d'une question ouverte :

19 Mme M : alors + tu voudrais aller voir qui !  
M. M :

Cette question a provoqué un manque du mot, l'**incident** à réparer, sous la forme de pauses pleines ("euh"), silences et néologisme :

20 Mme M :  
M. M : euh::: (sec : 2) euh::: /labodik/ (sec : 2) euh::  
*(ébauche une direction du bras,  
hésite et pointe la direction)*

NB : on peut considérer que le geste déictique qu'effectue M. M est une tentative d'**auto-réparation** échouant par manque de précision.

2/ La **trajectoire de réparation** commence dès la prise de parole suivante de Mme M. Avant de parvenir à la réparation, elle use de diverses stratégies ; certaines s'avèrent efficaces en permettant de se rapprocher de la réparation, d'autres se révèlent inefficaces car elles la retardent.

### ↳ **Stratégies efficaces :**

- Les **questions fermées** sont efficaces car M. M peut donner une réponse oui/non sans problème et la nuancer.

- Les **hypothèses**, car elles demandent juste une validation, positive ou négative, sur le modèle de la question fermée. Mme M apprend ainsi assez rapidement qu'il s'agit d'un cousin qui habite assez loin.

- La **demande de confirmation** qui permet de s'assurer de la bonne compréhension : "alors tu dis de la famille"

- La stratégie des **questions en entonnoir**, en partant du général vers le particulier. C'est par cette stratégie que Mme M va aboutir à la **réparation** :

35 Mme M : ++ en Charente↑ ++ en Charente-Maritime↑ oui + alors  
 M. M : **oui** (sec : 2) m:oui↑  
*(inspir)*

36 Mme M : c'est-à-dire + vers Saintes↑ (sec : 2) alors chez Bernard↑ ah oui↓  
 M. M : **oui** euh **oui**↑

#### ↪ **Stratégies inefficaces :**

- Les **questions ouvertes** dont le champ de réponses possibles est trop vaste :

21 Mme M : oui↑ ++ alors qui↑  
 ah::  
*(sopire et lève le bras)*

- Les **questions convergentes** qui réclament une réponse précise autre que oui et non : quel cousin, quel prénom, quel village... Elles se heurtent à de nouveaux manques du mot sous forme de pauses pleines, silences, formule automatique :

28 Mme M : mais quel cousin↑ (avance le buste vers son  
 oui mais ça m=dit pas  
 M. M : (sec : 3) un deux trois quat= **cing**  
*(de + en + fort en ponctuant de la tête)*

29 Mme M : <sup>époux)</sup> lequel↑  
 M. M : (sec : 2) /]/ euh:: (sec : 1)

- Les **injonctions** ne sont pas productives, car l'attente est trop vaste et sans doute aussi car leur connotation est négative :

34 Mme M : <sup>(croise les mains sur la table)</sup> ah beh écoute + faut qu= tu m= trouves↑ <sup>(tourne les pouces)</sup>  
 M. M : (sec : 1) euh:: (sec : 2) chais pas  
 (geste de la main) (secoue la tête de gauche à droite)

3/ La **réparation** intervient comme nous l'avons souligné un peu plus haut, à la suite d'une série de questions fermées allant du général vers le particulier.

► **Réparation de l'incident : auto- ou hétéro-réparation**

Sur les cinq réparations effectuées nous nous attacherons aux quatre réparations des incidents imputables à M. M.

Trois réparations sur quatre sont des hétéro-réparations, effectuées par son épouse. Deux sont intervenues rapidement, grâce à la formulation d'une hypothèse validée immédiatement par M. M, et l'autre correspond à la trajectoire la plus longue.

L'auto-réparation, effectuée par M. M, intervient au bout d'une séquence assez longue de 14 prises de parole que nous donnons intégralement en signalant :

- 1) **L'origine** de l'incident (question ouverte),
- 2) **L'incident** (manque du mot)
- 3) **L'initiation** de la réparation (ébauche syntaxique),
- 4) Le **début de la trajectoire**,
- 5) La **réparation** (émission du mot cible) :

61 Mme M : (...) et puis j= t'avais  
 M. M :

62 Mme M : dit de me faire penser à quelque chose aussi + tant qu'on y s=rait  
 M. M : + euh oui

63 Mme M : 1) alors qu'est-c= qui faut qu= je fasse↑ 3) & 4) faut qu= je prenne:↑  
 M. M : 2) ++ beh:::/m/ (sec : 1)

- 64 Mme M : un /r/ *(avance le buste)* il faut qu= je prenne un rendez-vous + pour: pour  
 M. M : euh:: (sec : 1) vous + pour euh:  
*(geste qui reste en suspend)*
- 65 Mme M : quoi! le docteur oui pour quoi + oui mais pour voir quoi!  
 M. M : + le docteur (sec : 2)  
*(articule difficilement)* *(détourne la tête)*
- 66 Mme M : c'est pour tes:: /z/ yeux + voilà ++  
 M. M : 5) /zoe/  
*(petit coup sur la table)*

La réparation est produite par M. M (auto-réparation), suite à des ébauches orales. Il faut cependant souligner que la trajectoire de réparation aurait pu être beaucoup plus courte si Mme M avait modélisé la réponse qu'elle connaissait. On peut de plus considérer que cette séquence de réparation ne se justifiait pas dans le cadre de cette conversation familière, la réponse étant en effet connue des deux époux.

## 4. Thèmes

### 4.1 Thèmes abordés

La conversation tourne autour d'une thématique principale qui est celle des sorties. On peut distinguer quatre thèmes principaux (la sortie au cinéma déjà effectuée, les sorties envisageables dans un avenir proche, la révision de la voiture et la sortie de l'après-midi), ainsi que des sous-thèmes :

Thèmes	Sous-thèmes
1. Sortie au cinéma	1 ▶ comment était le cinéma 2 ▶ comment était la salle 3 ▶ d'accord ou pas pour y retourner 4 ▶ quel film
Tentative de changement de thème Parenthèse : ne pas regarder la caméra	
2. Sorties envisageables dans un avenir proche	1 ▶ promenade à Nantes + voir Colette 2 ▶ que faire dans l'immédiat
Parenthèse : jugement et reproche	
(Suite thème 2)	3 ▶ qui aller voir 4 ▶ où (parenthèse : reproche) 5 ▶ quand
Tentative de changement de thème Parenthèse : plainte de Mme M	
3. Révision de la voiture	1 ▶ changer les pneus 2 ▶ éviter les imprévus
4. Sortie de l'après-midi	1 ▶ ville de Nantes
Parenthèse : plainte de Mme M	
(Suite thème 4)	2 ▶ ce qui est prévu : visite à l'hôpital 3 ▶ horaire de la visite 4 ▶ durée 5 ▶ but 6 ▶ faire penser à quoi 7 ▶ dire bonjour à Marie-Paule 8 ▶ la retraite de Marie-Paule

***Tableau des thèmes et sous-thèmes***

#### 4.2. Gestion des thèmes

Rappelons que la conversation se construit autour d'un ou plusieurs thèmes. Un locuteur introduit un premier thème qui doit tout d'abord être ratifié par son interlocuteur pour pouvoir

être poursuivi. Il est alors développé en collaboration, par l'introduction de sous-thèmes qui vont apporter des informations complémentaires. Plusieurs thèmes peuvent ainsi se succéder, soit en discontinuité avec une transition nette, soit en continuité avec une transition progressive, par glissements (TRAVERSO, 2007).

Nous nous intéresserons donc à l'initiation des thèmes et sous-thèmes, au passage d'un thème à l'autre ainsi qu'au développement thématique.

### ► **Initiation des thèmes et sous-thèmes**

#### ↳ **Auteurs des initiations**

Les thèmes sont tous initiés par Mme M ainsi que les sous-thèmes, sauf deux dont l'initiation revient à son époux ; elle fait en outre deux tentatives d'introduction de thème. Cela confère par conséquent à Mme M un rôle moteur dans la construction thématique, et donc dans la conduite de la conversation, tandis que le rôle de M. M est en contrepartie passif. Sa passivité s'explique d'une part en raison de difficultés langagières et cognitives, et d'autre part peut-être aussi du fait d'un manque de motivation. En revanche, c'est donc lui qui a le pouvoir de ratifier ou non les thèmes et sous-thèmes initiés par son épouse.

#### ↳ **Mode d'initiation**

Le nombre d'initiations est partagé de façon équitable entre questions et assertions (9 questions pour 10 assertions), auxquelles s'ajoutent 2 injonctions. Les questions se répartissent de la manière suivante : deux questions ouvertes, quatre questions convergentes et trois questions fermées. M. M initie par deux questions convergentes.

Le choix du mode d'initiation est important pour le développement du thème puisque la question et l'assertion n'ont pas le même but. La question vise à obtenir une information alors que l'assertion donne une information, ce qui a ici des conséquences bien différentes sur la contribution suivante de M. M dont l'expression, nous l'avons vu, est très réduite.



émettre une hypothèse qui répond d'ailleurs à une interrogation qu'a Mme M : n'est-elle pas trop dans la sollicitation ? Son époux prendrait-il plus d'initiatives si elle le sollicitait moins ? Cet épisode semble suggérer que oui si l'on considère que le fait de lâcher prise a provoqué une réaction. Notons que la première initiation de M. M relance le thème 4 (sortie de l'après-midi) et que la seconde contribue à le développer.

### ► Passage d'un thème à l'autre

Les transitions entre les différents thèmes vont dans le sens de la discontinuité, c'est-à-dire qu'un thème est clos avant que le suivant ne soit abordé. Dans l'exemple qui suit, la clôture du premier thème est implicite : Mme M valide les propos de son époux ("c'est vrai", "oui") et le silence qui suit entérine la fin du thème. Le changement de thème se fait en rupture avec le précédent par le marqueur "autrement", alors que le "bon alors" de M. M signifie plutôt "que fait-on maintenant, on arrête ?" :

- 11 Mme M : un + un western tu aim=rais pas↑  
 M. M : *(hoche la tête)* *(aspiré)*  
 oui  
 ah oui (sec : 3) eh oui mais:: hein  
*(tourne la tête)* *(hausse les épaules et fait une moue)*
- 12 Mme M : moui i=en a pas toujours + c'est vrai ++ oui au- autrement↑  
 M. M : oui (sec : 2) bon alors::  
*(se tourne vers la caméra)*

On retrouve des marqueurs de rupture ("alors" et "autrement", associés ou non) à chaque changement de thème. C'est le signe d'un déroulement conversationnel laborieux par épuisement assez rapide des différents thèmes. Les troubles langagiers et cognitifs de M. M entraînent une interaction difficile ; même si Mme M pallie de son mieux en suscitant la majeure partie des échanges, elle finit par être à bout de ressources. Nous allons le constater dans l'élaboration thématique.

### ► Développement thématique

#### ↳ Difficultés à enrichir les thèmes

L'impression dominante concernant le développement thématique est la difficulté que rencontre le couple à alimenter et enrichir les thèmes. La progression de la conversation corrobore ce sentiment. Elle apparaît laborieuse pour les raisons que nous avons déjà évoquées : latences des réponses de M. M, hésitations nombreuses, silences prolongés, sollicitations importantes de la part de Mme M et réponses minimales de son époux.

D'autres paramètres concourent à asseoir cette impression première. Il s'agit du nombre réduit d'informations apportées (en lien avec les redites imposées par les difficultés de compréhension de M. M), du nombre important de tours de parole consacrés aux réparations ainsi que de la peine éprouvée par Mme M à obtenir de son mari une participation plus active. Le développement thématique repose sur elle de façon pesante ; elle fait savoir à plusieurs reprises qu'elle aimerait inverser le sens des questions/réponses.

La progression thématique, comme le souligne TRAVERSO (2007), résulte de la collaboration entre les participants. C'est un fait que la collaboration ici ne peut pas être symétrique, mais la collaboration de M. M au développement thématique apparaît à son épouse comme très insuffisante. Cela transparait bien avant qu'elle l'exprime ouvertement, dans l'emploi répété de "quand même" et "alors" : "qu'est-ce que t= aimerais voir quand même" (5), "alors tu voudrais voir qui " (19), "alors qui" (21), "alors lequel" (33).

Il nous semble donc intéressant de noter que la participation de M. M à l'élaboration thématique s'accroît à partir du moment où son épouse fait part ouvertement de son découragement (54). Nous avons vu que c'est à la suite de cet épisode qu'il initie deux sous-thèmes. L'intérêt personnel de M. M pour le sujet, celui de la visite à l'hôpital, participe sans doute également à un investissement thématique plus conséquent. La fréquence des demandes de répétition ("hein ?") chute d'ailleurs considérablement : alors que M. M avait deux demandes de répétition par minute depuis le début de la conversation, il n'en produit plus qu'une seule les deux dernières minutes.

L'implication nettement plus soutenue pour le tout dernier sous-thème de la conversation ayant trait au départ en retraite de Marie-Paule, l'infirmière, corrobore également cette hypothèse. M. M est personnellement et affectivement touché par cette retraite toute proche et il réalise qu'il va voir Marie-Paule pour la dernière fois, du moins en tant qu'infirmière. Il donne son avis, et se renseigne en posant des questions :

- 70 Mme M : (...) en retraite c'est qu'on la verra plus  
M. M : ah oui (sec : 2) beh quand même  
oh ben
- 71 Mme M : tu y vas + tu la verras plus en tant qu'infirmière  
M. M : (sec : 3) (sec : 2) ah bon  
*(pensif)*
- 72 Mme M : *(hausse les épaules)* ben oui quand e= s=ra en r=traite  
M. M : ++ eh oui mais enfin:: euh:: (sec : 1) p=t-
- 73 Mme M : *(pose les bras croisés sur la table)* c'est bien c'est bientôt qu'e= doit être en retraite  
M. M : êt= que c'est c'était ++ pourquoi
- 74 Mme M : elle nous avait dit oh ben si hm hm oui oui + chacun son tour  
M. M : oh:: ++oh  
*(marque de désaccord)* *(aspire)*  
*(pose la tête sur le poing)*
- 75 Mme M : + hmm  
M. M : (sec : 1) eh: oui (sec : 1) eh: oui (sec : 1) pi allez hop ++ hop  
*(hausse épaule et sourcils)* *(balance son bras vers la caméra pour faire signe qu'il veut arrêter)*

### ↳ Influence de la modalité des énoncés

Outre l'intérêt de M. M pour le thème de la conversation, la modalité des énoncés (question, injonction ou assertion) de son épouse influe elle aussi sur le développement thématique. Nous nous proposons d'en examiner les conséquences sur les contributions de son époux. Nous distinguerons celles visant à obtenir une information (questions et injonctions) de celles qui apportent une information (assertions).

On remarque en tout premier lieu que les modalités privilégiées par Mme M sont celles visant à obtenir une information. On s'aperçoit à l'analyse que la forme de la question posée influe sur les possibilités de réponse de son époux :

- Les questions fermées présentent l'avantage pour M. M de pouvoir répondre par oui ou non, car l'information souhaitée est minimale ; par contre cela clôt très rapidement l'échange et nécessite une relance pour poursuivre. Lorsqu'elles se présentent sous forme d'hypothèses à valider ou invalider, les questions fermées autorisent une réparation plus rapide des incidents et par conséquent minimisent les interruptions thématiques.
- Quant aux questions ouvertes qui réclament une réponse plus élaborée, elles entraînent immédiatement un incident conversationnel et ralentissent considérablement, voire même parfois bloquent, de ce fait la progression thématique.
- Les questions convergentes engendrent dans une moindre mesure le même phénomène que les questions ouvertes.

En second lieu, bien que Mme M formule peu d'assertions, on remarque que cette modalité, en sollicitant implicitement le positionnement de son époux, implique plus celui-ci dans l'échange. Cela apparaît assez nettement dans le tout dernier sous-thème (retraite de Marie-Paule) où M. M réfute ou valide les propos de son épouse, mais aussi demande confirmation ou pose une question pour avoir une information.

## IV Synthèse des observations

---

En premier lieu l'analyse conversationnelle que nous avons menée nous a permis de faire les observations suivantes sur les **caractéristiques de l'échange** :

- L'échange entre les deux époux est dissymétrique, malgré la place que Mme M veille à laisser à son époux. En effet, la dynamique conversationnelle, c'est-à-dire la progression de la conversation, repose essentiellement sur Mme M : c'est elle qui introduit les thèmes et pose les actes de langage initiant une réaction (exemples : question → réponse, assertion → avis). De plus, ses contributions à l'échange sont quantitativement supérieures à celles de son époux, ce qui accentue la dissymétrie.

Cette dissymétrie trouve sa source à la fois dans les capacités langagières résiduelles très réduites de son époux (manque du mot massif, spontanéité verbale, agrammatisme), et dans une altération de la compréhension couplée à des troubles auditifs. Le rôle de M. M dans la conversation est la plupart du temps passif (forte proportion de tours mineurs), avec cependant une implication dans l'échange plus importante en fin de conversation (réaction au découragement de son épouse, sujet plus personnel ou affectif). Malgré ce rôle passif, son activité régulatrice montre que M. M est engagé dans l'interaction (signaux d'écoute, acquiescements).

- L'impact des déficits linguistiques sur la dynamique conversationnelle apparaît nettement à l'étude du matériau verbal. La pauvreté de son expression verbale, tant quantitative que qualitative, entrave son informativité et provoque des incidents. Ceux-ci nécessitent de nombreux tours de parole pour parvenir à leur réparation.
- L'attitude de Mme M prouve qu'elle s'adapte au déficit langagier de son époux : les nombreux silences, avant, pendant ou après les tours de parole de M. M en sont en effet l'indice. Ils vont de pair avec un système d'alternance des prises de parole sans chevauchements, ni interruptions. Les seuls "ratés" sont les tours de parole

non pris qui s'expliquent par la réduction sévère des capacités linguistiques résiduelles.

En second lieu, l'analyse conversationnelle nous a permis de relever **les stratégies efficaces** mises en place chez les deux partenaires pour pallier les difficultés dues à l'aphasie :

- La posturo-mimo-gestualité notamment est une source de compensation que M. M utilise spontanément, elle est à encourager. Il serait intéressant en particulier de développer autant que possible la précision de la gestualité.
- Du côté de Mme M, plusieurs stratégies sont mises en place. Il s'agit tout d'abord d'une sollicitation maximum par des questions, mais aussi d'un soutien continu par le regard. Elle collabore aux réparations, émet des hypothèses que son époux peut valider ou non, reformule les propos de celui-ci pour s'assurer qu'elle a bien compris.

En troisième lieu, l'analyse conversationnelle menée a mis en évidence l'**interdépendance** des contributions respectives de chacun des interlocuteurs. Cette interdépendance liée au contexte séquentiel, se retrouve au plus petit niveau structural, dans l'enchaînement des actes de langage, aussi bien qu'à un niveau plus élevé comme celui des séquences. Nous avons pu le mesurer dans la gestion des réparations par exemple ou celle des thèmes.

En quatrième lieu, l'analyse conversationnelle nous a permis de dégager des **critères** qui nous paraissent **pertinents** pour l'observation clinique des interactions entre deux partenaires de conversation :

- Nombre de tours de parole/nombre de pseudo-tours (régulateurs)
- Pauses
- Système de régulation : phatiques et régulateurs verbaux et non verbaux
- Gestes communicatifs : quasi linguistiques, expressifs et illustratifs (co-verbaux)
- Réparation des incidents : type d'incident (silence, paraphasie...), auto- ou hétéro-initiation, stratégies de réparation (style des questions, hypothèses, gestes compensatoires...), auto- ou hétéro-réparation

## *DISCUSSION*

---

L'objectif de ce mémoire était de rechercher et de dégager les critères pertinents à l'évaluation des interactions entre la personne aphasique et son conjoint, ou son partenaire habituel de conversation, afin de contribuer à l'élaboration future d'une grille d'évaluation clinique. Celle-ci se doit de répondre à certains besoins et exigences :

- En premier lieu, elle doit pouvoir être praticable dans le cadre d'un exercice libéral. Cela implique par conséquent un outil qui ne nécessite pas un temps d'analyse trop important.
- En second lieu, cette grille doit s'intéresser à la communication des partenaires dans toutes ses modalités. Cela implique d'analyser la communication non verbale qui est un moyen de compensation important pour la personne aphasique. Il se trouve que cette dernière modalité n'est pas explorée par le C.A.P.P.A. (WITHWORTH et coll., 1997), seul outil à notre connaissance, d'analyse des interactions en situation de conversation.

Grâce aux données de la littérature sur lesquelles nous nous sommes appuyée et à notre analyse de conversation, nous avons pu proposer une première sélection de facteurs essentiels à une observation clinique des interactions. Ceux-ci pourront servir de base à une future grille d'observation clinique.

Afin de répondre à notre objectif, notre méthodologie a consisté, à partir de l'enregistrement vidéo d'une conversation d'un couple, à pratiquer une analyse conversationnelle approfondie. Nous nous sommes attachée non seulement aux constituants linguistiques de la conversation, mais également à ses constituants non verbaux : intonation, gestes, mimiques, regard, proxémie. Enfin nous avons exploré les interactions entre les conjoints en ciblant les tours de parole, les actes de langage, la gestion des réparations et celle des thèmes.

Nous avons ainsi pu constater que l'analyse conversationnelle présente des intérêts manifestes, mais aussi certaines limites. Nous émettrons également quelques critiques à l'égard de nos partis pris de départ.

### ➤ Intérêts

L'analyse conversationnelle, de par son principe d'évaluation en situation naturelle, est un outil pertinent pour l'étude de l'impact de l'aphasie sur les interactions au sein du couple. Elle est en effet praticable au domicile des conjoints, ce qui lui confère un caractère écologique. Le cadre de vie habituel peut fournir des référents à même de faciliter l'interaction (des photos par exemple). Il peut également être propice à la connaissance des centres d'intérêts de chacun, à même de constituer un sujet de conversation. En outre, la conversation étant une situation de communication quotidienne, son analyse peut contribuer à améliorer la qualité de vie du patient et de son conjoint.

La méthodologie spécifique de l'analyse conversationnelle, combinaison d'un enregistrement vidéo de la conversation et transcription écrite du corpus, fournit un support qui autorise une analyse minutieuse. La transcription, si elle permet d'avoir du recul ne peut à elle seule consigner tout ce qui se passe dans l'interaction. Le recours à l'enregistrement permet de revenir sur certains passages particulièrement importants de l'interaction et de les visionner autant de fois que nécessaire. La vidéo est par ailleurs le seul moyen d'avoir accès à la modalité non verbale.

L'analyse conversationnelle nous a permis de recueillir des informations quantitatives concernant les composantes de l'interaction. Celles-ci se sont avérées importantes pour objectiver la situation de communication ainsi que les moyens compensatoires mis en place par les conjoints. Nous avons ainsi pu mesurer et comparer les contributions de chacun, sur le plan verbal, de même que sur le plan non verbal. Cela constitue donc une base objective de départ, sur laquelle nous avons pu ensuite porter des observations qualitatives.

L'analyse conversationnelle nous a également permis d'observer les éléments contribuant à la réussite de l'échange. Nous avons pu ainsi distinguer quels sont, pour chaque modalité, les comportements efficaces ou non d'un point de vue interactionnel : la gestualité compensatoire

chez M. M, ou les temps de silence, laissés à son époux par Mme M pour élaborer ses propos notamment. De même nous avons pu observer le rôle du partenaire, Mme M, dans le maintien de l'interaction par l'initiation des thèmes, et par la collaboration active aux réparations en particulier. Des comportements inadéquats ont ainsi pu être relevés : séquence de réparation inutile, questions ouvertes alors que les capacités linguistiques résiduelles de M. M ne lui donnent pas la possibilité d'y répondre.

Enfin, ce qui a pu être déduit de l'analyse en termes d'efficacité interactionnelle permet d'aider les conjoints à prendre conscience, d'une part des stratégies à maintenir ou à développer, mais aussi d'autre part, de celles à modifier. Une prise en charge sur la base d'une analyse conversationnelle offre ainsi la possibilité à chacun de mieux s'adapter à la situation d'échange. L'observation va en effet permettre de proposer des conseils individualisés, en fonction des problèmes rencontrés et de la personnalité de chacun des conjoints.

Travailler sur les interactions à partir d'une analyse conversationnelle nous paraît donc un moyen pertinent pour réduire le handicap de la personne aphasique en situation naturelle de communication et améliorer l'efficacité de l'échange entre les deux conjoints.

### ➤ **Limites**

Malgré un cadre familial, la situation proposée contient certains biais qui amènent à nuancer son caractère écologique.

La présence de la caméra et celle d'observateurs, même si cela est bien accepté, modifie le contexte naturel et représente un regard extérieur difficile à oublier : Mme M doit en effet demander à son époux de ne pas regarder la caméra et de penser à autre chose. A un autre moment, elle s'adresse directement aux observatrices, ce qui montre que même une présence discrète est un élément qui modifie le contexte.

Toutefois, il semble que Mme M notamment, soit plus gênée par l'obligation de tenir un certain temps de conversation. Etant donné le manque d'initiative de son époux, elle est dans l'obligation de trouver des sujets de discussion, ce qui donne un caractère artificiel à l'échange. Les thèmes, comme nous l'avons constaté, se tarissent rapidement et Mme M a

beaucoup de mal à maintenir la conversation. M. M ne semble pas très motivé par les sujets abordés, jusqu'à ce que la conversation prenne un tour plus personnel ou affectif.

On peut également penser qu'il est sans doute délicat pour le partenaire de montrer les difficultés qu'il rencontre dans l'interaction avec son conjoint aphasique. Certaines personnes peuvent être réticentes à ce travail. Ce qui amène à proposer cette prise en charge axée sur les interactions à des couples motivés et demandeurs d'aide à ce sujet.

Si les limites que nous venons d'évoquer concernent les deux conjoints, d'autres limites sont plus particulièrement relatives à l'orthophoniste. Il s'agit tout d'abord de la dimension subjective de l'observation et de la notion d'interprétation qui est sous-jacente. Il s'agit ensuite du temps nécessité par la transcription de la conversation, et enfin du nombre de critères, qui ne peuvent pas être tous utilisés en pratique.

Ces limites inhérentes à la quantité des informations fournies par l'analyse conversationnelle ainsi qu'à l'outil lui-même nous ramènent à notre objectif dans le cadre de ce mémoire : dégager des critères pertinents à l'évaluation des interactions dans le but d'une observation clinique, c'est-à-dire sans le recours à la transcription. C'est tout l'intérêt d'une grille d'observation.

### ➤ **Critiques des choix effectués**

Avec le recul, nous sommes amenée à émettre quelques critiques sur nos choix de départ.

Tout d'abord nous avons regretté d'avoir dû nous restreindre par manque de temps à une seule analyse conversationnelle. Les résultats obtenus sont certes intéressants, ils ont permis de dégager des critères pertinents à l'observation des interactions. Toutefois, d'autres déficits linguistiques tels qu'une logorrhée ou des troubles sémantiques par exemple, auraient sans doute conduit à observer d'autres types de comportement chez le partenaire et donc d'autres critères à prendre en compte.

Ensuite, bien que la transcription en partition nous convienne pour le reflet qu'elle donne du déroulement temporel continu de la conversation, nous avons constaté qu'elle ne facilitait pas la description de la conversation, au contraire de la transcription en lignes. En effet, le retour à

la ligne à chaque prise de parole permet de donner à chacune un numéro, et de plus les logiciels de transcription développés actuellement adoptent à notre connaissance ce format. Le clinicien qui souhaiterait aiguïser son observation à l'aide d'une transcription peut trouver ici une aide appréciable.

Enfin, nous avons choisi de faire une distinction au sein des tours de parole entre tours majeurs et tours mineurs, afin de qualifier au mieux la qualité des tours. Cela nous a conduit en conséquence à différencier trois sortes de prises de parole : tours majeurs, tours mineurs, et pseudo-tours constitués uniquement de régulateurs. Bien que la précision recherchée nous ait apporté des nuances intéressantes, nous arrivons à la conclusion qu'une observation clinique peut être efficace en conservant simplement deux notions, celle du tour de parole d'une part, et celle du pseudo-tour d'autre part.

## *CONCLUSION*

---

Au terme de ce travail, le bilan que nous pouvons effectuer de cette étude des interactions entre un patient aphasique et son conjoint, ou son partenaire habituel de conversation, est positif à plusieurs points de vue.

Concernant notre objectif de départ, l'analyse conversationnelle nous a tout d'abord permis, à partir de l'enregistrement d'une conversation, de faire un état des lieux de la dynamique conversationnelle entre M. et Mme M. Ensuite, nous avons pu identifier les stratégies compensatoires mises en place, et distinguer celles qui facilitent la progression de la conversation, de celles qui lui font obstacle. Enfin, bien qu'une étude de cas unique n'autorise pas à tirer des conclusions générales, nous avons pu relever à partir des résultats de notre analyse, les critères qui nous paraissent les plus pertinents pour une évaluation clinique. Ces critères touchent principalement la répartition des tours de parole, la gestualité compensatoire, les réparations des incidents et la régulation de l'interaction.

Concernant les apports d'une intervention orthophonique basée sur l'observation des interactions entre la personne aphasique et son conjoint, nous soulignerons l'importance de l'attention accordée à chacun des partenaires et l'accent mis sur leur collaboration :

- Pour pouvoir apporter une aide aux deux interlocuteurs lors de leurs échanges quotidiens, il nous semble fondamental de valoriser le rôle du conjoint qui est l'aidant principal, de l'entendre dans ses difficultés à pallier l'impact des déficits langagiers, et de lui permettre d'exprimer sa souffrance et sa solitude face à la maladie. Afin qu'il se sente soutenu et encouragé par rapport aux échecs conversationnels, une écoute empathique est essentielle. Elle s'accompagne de la reconnaissance des stratégies adéquates mises en place spontanément. Quant aux comportements inadéquats, leur modification doit être suggérée avec tact et explicité, afin que le conjoint ne se sente pas remis en cause et qu'il puisse s'approprier les moyens d'optimiser son aide auprès de son proche touché par l'aphasie.

- Il nous semble aussi fondamental de nous appuyer sur tout ce qui peut motiver, encourager et soutenir la prise de parole de la personne aphasique, parole comprise dans le sens très large d'intention de communication. Il va s'agir de lui permettre d'exprimer en tant que sujet ses besoins, ses idées, ses centres d'intérêt, ses désirs profonds. La personne aphasique reste en effet un être communicant, malgré son déficit linguistique. A cet égard, l'observation de la communication non verbale nous a été riche d'enseignements. Face à des déficits langagiers très invalidants, elle constitue une source de compensation qu'il convient de développer si nécessaire, d'où l'importance de son évaluation. Elle n'exclut pas le recours à d'autres moyens d'expression compensatoires tels que le dessin, l'écrit pour ceux qui en sont capables, le carnet de communication...
  
- Enfin, la dimension collaborative de la conversation nous engage à mener, conjointement avec le couple, une réflexion sur leurs interactions. La situation de conversation, en effet, place la personne aphasique dans une dynamique, où le bon déroulement de la communication est porté par les deux partenaires. La gestion des réparations dues aux troubles langagiers est à ce titre représentative : son analyse met en évidence que les stratégies employées de part et d'autre concourent à une résolution plus ou moins rapide de la réparation, en influant positivement ou négativement sur les contributions de chacun.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressée particulièrement à l'évaluation des interactions, l'intervention orthophonique en elle-même ayant fait l'objet du mémoire de MARIE DIT DINARD (2008). Nous n'avons qu'essayé de relever tous les traits nous paraissant pertinents pour analyser les interactions. Ceux-ci pourront éventuellement être utilisables pour élaborer une future grille d'observation clinique des interactions entre la personne aphasique et son conjoint. Ce travail demande à être poursuivi par d'autres analyses de conversation, afin de recouper les critères et d'étudier l'impact d'autres désordres linguistiques figurant dans la sémiologie aphasique, telle que décrite dans la partie théorique.

Il nous semble également possible d'utiliser une grille d'observation clinique des interactions, auprès de couples concernés par d'autres pathologies entravant leur communication. Nous pensons aux personnes dysarthriques, à celles ayant une lésion cérébrale droite ainsi qu'à celles souffrant de maladies dégénératives comme la P.S.P., la maladie de Parkinson... En ce

qui concerne la maladie d'Alzheimer, il existe la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) élaborée par Thierry Rousseau et existant en version informatique.

Nous retirons de cette étude concernant les interactions, l'envie de poursuivre un travail d'observation des situations naturelles de communication, et de l'intégrer à notre pratique professionnelle afin d'accompagner les couples en demande d'aide au sujet de leurs échanges quotidiens. Une intervention en contexte nous semble de plus tout à fait complémentaire à une prise en charge cognitive individuelle et à même de faciliter le transfert des acquis et leur fonctionnalité en situations réelles.

Pour terminer, à titre personnel, cette étude a tout naturellement accru notre intérêt pour la notion d'interaction, au cœur de tout échange entre deux sujets. D'un point de vue social et humain, l'ajustement mutuel et la collaboration sont à la base de toute interaction réussie. Ce que nous retenons principalement, c'est cette dimension d'adaptation qui passe par l'écoute attentive de l'autre, en respectant sa personnalité dans ce qu'elle a d'unique et de singulier.

## ***BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES***

---

ALAJOUANINE T., 1968, *L'aphasie et le langage pathologique*, Paris, Baillière & fils.

ANDRÉ V., 2005, *Oui non : une pratique discursive sous influence*, Marges linguistiques numéro 9, 195-213, <http://www.marges-linguistiques.com>

AUSTIN J., 1991, *Quand dire c'est faire*, Paris, Points Seuil.

BANGE P., 1992, *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, Paris, Editions Didier.

BARAT M. et coll., 2007, *Les formes particulières d'aphasie : aphasies de l'enfant, des polyglottes, croisées, des gauchers et des sourds-muets*, in MAZAUX ET COLL., *Aphasies et aphasiques*, 87-97, Issy-les-Moulineaux, Masson.

BAYLON C., MIGNOT X., 1994, *La communication*, Paris, Nathan.

BERTHOUD A.-C., 1996, *Paroles à propos*, Paris, Editions Ophrys.

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., 2004, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho Edition.

CAMPOLINI C., TOLLET F., VANSTEELANDT A., 2003, *Dictionnaire de logopédie : les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies*, Leuven, Peeters.

CHARAUDEAU P., 1995, *Ce que communiquer veut dire*, Sciences Humaines n° 51, 20-23.

COLUN H., 2008, *De l'intention...à l'intervention*, Actes du colloque de Biarritz, chapitre 16, 205-217.

COSNIER J., BROSSARD A., 1984, *La communication non verbale*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

COSNIER J., GELAS N., KERBRAT-ORECCHIONI C., 1987, *Décrire la conversation*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

COSNIER J., 1988, *Grands tours et petits tours*, in COSNIER J., GELAS N., KERBRAT-ORECCHIONI C., *Echanges sur la conversation*, 175-184, Paris, Editions du CNRS.

DE FORNEL M., LÉON J., 2000, *L'analyse de conversation, de l'ethnométhodologie à la linguistique interactionnelle*, Histoire Épistémologie Langage 22/1 : 131-155.

DE GAULMYN M. M., 1987, *Les régulateurs verbaux : le contrôle des récepteurs*, in COSNIER J., KERBRAT-ORECCHIONI C., *Décrire la conversation*, 203-223, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

DE PARTZ M.-P., 2006, *Evaluation fonctionnelle du langage et de la communication des patients aphasiques*, in ESTIENNE F., PIERRART B., *Bilans de langage et de voix : Fondements d'une pratique*, 210-220, Issy-les-Moulineaux, Masson.

DE PARTZ M.-P., 2007, *De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction*, in Mazaux et coll., *Aphasies et aphasiques*, 242-250, Paris, Masson.

DE PARTZ M.-P., 2000, *La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication*, in SERON X., VAN DER LINDEN M., *Traité de neuropsychologie clinique*, Tome II, 191-213, Marseille, Solal.

DUCARNE DE RIBEAUCOURT B., 1988, *Rééducation sémiologique de l'aphasie*, Paris, Masson.

DUPLANTIER I., 1995, *Atelier conversation du Groupe d'Aphasiques de la Région Bordelaise : observation des interactions verbales et non verbales*, mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux II.

ELGOYEN-HARITCHET C., 2003, *Utilisation de l'analyse conversationnelle comme support au développement de stratégies de communication efficaces chez le conjoint de la personne aphasique*, mémoire d'orthophonie, Université Victor Ségalen Bordeaux 2.

EUSTACHE F., LECHEVALIER B., 1989, *Langage et aphasie*, De Boeck.

EUSTACHE F., FAURE S., 2005, *Manuel de neuropsychologie*, Paris, Dunod.

GIL. R., 2006, *Neuropsychologie*, Paris, Masson.

GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les éditions de Minuit.

GORNO-TEMPINI M. L., et coll., 2008, *The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia*, *Neurology*, 71, 1227-1234.

GUINEMENT J. et NOMBALAIS C., 2004, mémoire d'orthophonie : *Amélioration des capacités communicatives de la personne aphasique : entraînement du partenaire de communication*, Université de Nantes.

JAGUIN K., 2008, *Pertinence de l'utilisation d'un outil linguistique pour l'évaluation de troubles pragmatiques chez l'enfant lors d'un échange conversationnel : étude de cas d'un enfant présentant une dysharmonie psychotique et des troubles autistiques*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

JAKOBSON R., 1981, *Essais de linguistique générale*, Paris, Les éditions de Minuit.

JOURNET N., 1996, *John L. Austin, Quand dire c'est faire*, *Sciences Humaines* n° 57.

KERBRAT-ORECCHIONI C., 1996, *La conversation*, Paris, Editions du Seuil.

KERBRAT-ORECCHIONI C., 1990/1998, *Les interactions verbales 1/ Approche interactionnelle et structures des conversations*, Paris, Armand Colin.

KERBRAT-ORECCHIONI C., 2001, *Les actes de langage dans le discours*, Paris, Nathan Université.

LAMBERT J., 2004, *Rééducation du langage dans les aphasies*, in *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, (35-99), Isbergues, Ortho Edition

LECOURS A., LHERMITTE F., 1979, *L'aphasie*, Paris, Flammarion.

LUSCHER J.M., ROOS E., RUBATTEL C., 1995, *Prises de parole et interventions dans l'organisation de la conversation*, Cahiers de Linguistique Française n° 17, 57-78

MAINGUENEAU D., 1996, *Les termes clés de l'analyse de discours*, Paris, Seuil.

MARIE DIT DINARD C., 2008, *Etudes de cas : impacts d'une thérapie dynamique interactive sur la communication en situations naturelles d'échange entre les personnes aphasiques et leur conjoint*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

MAZAUX. J-M., PRADAT-DIEHL P., BRUN V., 2007, *Aphasies et aphasiques*, Paris, Masson.

MONDADA L., 1998, *Interaction in Vocabulaire de sciences cognitives*, Paris, PUF.

NESPOULOS J. L., LECOURS A. R., 1982, *Les troubles de l'écriture dans l'aphasie*, Etudes françaises, vol. 18, n° 1, p. 47-59, <http://id.erudit.org/iderudit/036751ar>

PESKINE A., PRADAT-DIEHL P., 2007, *Etiologies de l'aphasie*, in MAZAUX et coll., *Aphasies et aphasiques*, 44-53, Paris, Masson.

PILLON A., DE PARTZ M.P., 2000, *Aphasies in Les troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Mardaga.

PONCELET M., 2006, *Bilan classique en neuropsychologie du langage in Les bilans de langage et de voix : Fondements théoriques et pratiques*, Masson.

PONZIO J., LAFOND D., DEGIOVABI R., JOANETTE Y., 1991 *L'aphasique*, Québec, Edisem.

SERON X., ALEGRIA J., 2000, *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Sprimont, Mardaga.

SERON X., VAN DER LINDEN M., 2000, *Traité de neuropsychologie clinique*, Marseille, Solal.

SERREPUY M., (2004), *La nuit (...)*,  
<http://www.orthophonistes.fr/upload/100220051144la%20nuit.pdf>

TRAVERSO V., 1999, *La conversation familière : analyse pragmatique des interactions*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

TRAVERSO V., 2007, *L'analyse des conversations*, Paris, Armand Colin.

VION R., 2000, *La communication verbale : analyse des interactions*, Paris, Hachette.

WINKIN Y., 1997, *Vers une anthropologie de la communication ?*, Sciences Humaines, Hors série n° 16.

WITHWORTH A., PERKINS L., LESSER R., 1997, *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*, London, Whurr.

# ANNEXES

ANNEXE 1 : tableau des incidents conversationnels et de leur réparation.....	159
ANNEXE 2 : conventions de transcription.....	160
ANNEXE 3 : transcription.....	161

<b>Origine</b>	<b>Incident</b>	<b>Initiation</b>	<b>Trajectoire</b>	<b>Réparation</b>	<b>PP</b>
----------------	-----------------	-------------------	--------------------	-------------------	-----------

M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	Nb
–	(18) <b>Reproche/INJ</b> (trouver qch)	(19) silence (7 sec) + geste déictique (direction)	–	–	(19) <b>Hétéro-I.</b> Q ouverte (Qui ?) ↳ <b>incident</b>	<b>Abandon du processus de réparation</b> ↳ <b>nouvel incident</b>		<b>Absence de réparation</b>		3
–	(19) <b>Q ouverte :</b> (Qui ?)	(20) mq du mot ↳ pauses pleines + silence (4 sec) + néologisme (/labodik/) + geste déictique (direction)	–	–	(20) <b>Hétéro-I.</b> hypothèse (de la famille)	R oui/non R non informatives (ex : un, deux...cinq)	<u>1/ Stratégies +</u> Q fermées D confirmation <u>2/ Stratégies –</u> Q convergentes INJ	–	<b>Hétéro-R.</b> (36) hypothèse (chez Claude ?)	48
–	(41) <b>Q ouverte :</b> (autrement ?)	(41) Silence : 6 sec	–	–	(41) <b>Hétéro-I.</b> INJ à s'exprimer (dis moi...)	–	–	<b>Absence de réparation</b> ↳ <b>changement de thème</b> (réparation voiture)		5
–	(41) <b>Q ouverte</b> (faire quoi ce midi ?)	(50-51) Pauses pleines + Silences (7 sec cumulées) + geste déictique (direction)	–	–	(51) <b>Hétéro-I.</b> Hypothèse (vers Nantes)	–	(51) Hypothèse (vers Nantes)	–	(51) <b>Hétéro-R.</b> Hypothèse (vers Nantes)	2
<b>Origine</b>		<b>Incident</b>								

				Initiation		Trajectoire		Réparation		PP
M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	M. M	Mme M	Nb
-	(52) <b>Arrêt de l'échange</b> ↳ mq info	(55) Pb de compréh. (eh oui mais-ais)	-	(55-56) <b>Auto-I.</b> (c'est ça + air interrogatif)	-	-	(56) Hypothèse (cet après-midi)	-	(56) <b>Hétéro-R.</b> Hypothèse (cet après-midi)	2
(59) <b>Q vague + paraph.</b>	-	-	(59-60) Réponse inadéquate	(60) <b>Hétéro-I.</b> (réitération : pourquoi ?)	-	-	(60-61) Réponse adéquate	-	(60-61) <b>Auto-R.</b> Réponse adéquate	2
-	(63) <b>Q converg.</b> (= que dois-je faire ?)	(63) Mq du mot	-	-	(63) <b>Hétéro-I.</b> Ebauche orale syntaxique	(63-66) Répétition + prononciation mot cible	(63-66) Ebauches or. syntaxique + phonémiques + Q converg.	(65 et 66) <b>Auto-R.</b> Prononciation mots cibles	-	14

## Annexe 2

### ***SYMBOLES DE TRANSCRIPTION UTILISÉS***

La plupart des symboles sont empruntés à TRAVERSO (1996)

<b>Symbole</b>	<b>Signification</b>
+, ++, +++	Pause très brève, brève ou moyenne
(sec : 1), (sec : 2) ...	Pauses chronométrées supérieures à 1 seconde
↑ ↓	Intonation montante ou descendante
<b>Lequel, oui</b>	Syllabe ou mot accentués
: :: :::	Allongement plus ou moins long du son qui précède
t= as vu	Partie de mot non prononcée
ché pas	Prononciation caractéristique de l'oral
/labodik/	Néologisme, paraphasie
[ ]	Transcription incertaine
<i>(geste, regard...)</i>	Communication non verbale, action
----->	Action qui dure

### ANNEXE 3

Le couple est assis à la table de salle à manger, M. M a le bras gauche posé sur la table et Mme M les mains posées sur les genoux :

- 1 Mme M : *(touche le bras de son mari pour qu'il la regarde)* *(avance le buste vers lui)*  
alors comment tu as trouvé ce  
M. M :
- 2 Mme M : cinéma↑ bien↑ + puis la salle↑ *(peu articulé)*  
M. M : *(sec : 4)* bien↓ eh oui +++ oh oui↓ bien +  
*(secoue la tête de gauche à droite)*
- 3 Mme M : *(aspiré)*  
bien aussi↓ + oui + est-c= que tu s=rais d'accord↑ pour que l' /ə/on: +  
M. M : bien
- 4 Mme M : *(léger signe de tête)*  
r=tourne là-bas↑ oui↑ ++ et  
M. M : *(sec : 2)* oui + oui↑ mais enfin↓ + oui↓  
*(hoche la tête de gauche à droite)*
- 5 Mme M : qu'est'c= que tu aim=rais voir quand même↑ qu'est-c= que t=aim=rais  
M. M : hein↑
- 6 Mme M : voir ↑ tu sais pas↓ ++ /lã/ euh:: *(sec : 1)* i=a pas un film↑ que tu  
M. M : + ché pas↓ *(hoche la tête)* *(détourne la tête)*
- 7 Mme M : s=rais content d= voir↑ non + tu s=rais pas content d=voir un film  
M. M : + non↓  
*(se retourne vers son épouse et hoche la tête)*
- 8 Mme M : quand même↓ *(se recule et croise les bras)*  
M. M : *(sec : 4)* i=a pas un sujet qu= t= aim=  
beh /ə/ ché ché pas↑ moi↓  
*(se détourne en haussant les épaules et laisse retomber la main sur la table)*

- 9 Mme M : rais voir quand même quelque chose↑ + qui t= plairait un beau film ↑  
M. M :
- 10 Mme M non↑ + même pas un western si i=en avait un↑ si i=avait  
M. M (sec : 2) **non** hein↑  
(hoche la tête et tape la main sur la table)
- 11 Mme M (hoche la tête) (aspiré)  
M. M un + un western tu aim=rais pas↑ oui  
**ah oui** (sec : 3) eh oui mais:: hein  
(tourne la tête) (hausse les épaules et fait une moue)
- 12 Mme M moui i=en a pas toujours + c'est vrai ++ oui au- autrement↑  
M.M oui (sec : 2) bon alors::  
(se tourne vers la caméra)
- 13 Mme M + non non mais regarde don= pas la: + camé= + regarde don= pas la  
M. M hein↑
- 14 Mme M caméra allez pense don= à aut= cho= à autre chose hein ++ et qu'on  
M. M + oui↑  
(se racle la gorge)
- 15 Mme M aille faire une petite prom=nade aussi à Nantes + un d=cas jours ++ aller  
M. M
- 16 Mme M voir euh Colette oui↑ non + là  
M. M (sec : 2) ouais-i↑ bofl(sec : 2) oui↑ (sec : 2) /mm/::!  
(hausse les épaules.....hoche la tête....fait la moue)
- 17 Mme M ça t=dit rien beh qu'est-ce que tu voudrais faire là + dans l'immédiat  
M. M non↑  
(hoche la tête)
- 18 Mme M (sec : 2) bon ben t=es pas gentil là! + tu pourrais trouver  
M. M (sec : 1) bon **rien↑**  
(secoue la tête)

- 19 Mme M quelque chose alors + tu voudrais aller voir qui ↓  
M. M beh + euh ++ (sec : 7)  
(se recule, (pointe une direction en l'air, avec le bras tendu)  
geste de la main) (se racle la gorge)
- 20 Mme M (sec : 3) de la famille↑  
M. M euh::: (sec : 2) euh::: /labodik/↓ (sec : 2) euh::: oui↓  
(ébauche une direction du bras, (approuve de la tête)  
hésite et pointe la direction)
- 21 Mme M oui↑ ++ alors qui↑ (sec : 1) assez loin↓ assez loin↓  
M. M ah↑:: hein:↑ he oui↓  
(soupire et lève le bras)
- 22 Mme M ++ alors trouve: trouve:: ou un prénom↑ + au moins↓ un prénom:↑  
M. M hein:↑  
(avance la tête  
vers son époux)
- 23 Mme M quelque chose + un cousin↑ (sec : 2)  
M. M (sec : 1) euh oui↑ mais enfin::↓ he: oui↑  
(hoche la tête de gauche à droite)
- 24 Mme M alors tu dis de la famille↓ (sec : 3) allez essaie d= me dire un p=  
M. M ++ euh oui↑  
(opine de la tête) (avance le buste vers lui et  
pose les mains sur la table)
- 25 Mme M tit peu↑ + essaie d=me trouver↑ i=a pas un p=tit prénom quelque  
M. M (sec : 11)  
(se détourne et (se retourne vers  
hausse les épaules) son épouse)
- 26 Mme M chose↑+ qui m=mettrait un p=tit peu sur le:↓ ++ sur la voie↑  
M. M ++ oui:↑ beh::  
(se frotte le nez)  
(mimique perplexité)
- 27 Mme M un cousin: hein on j=t=avais dit tout à l'heure  
M. M euh (sec : 2) euh:::(sec : 2) /oui↑
- 28 Mme M mais quel cousin↑ (avance le buste vers son  
M. M (sec : 3) un deux trois quat= cinq↑  
(de + en + fort en ponctuant du buste)

- 29 Mme M *époux)*  
M. M **lequel**↑ parc= qu'i= faut qu= je téléphone si tu veux  
(sec : 2) / / euh:: (sec : 1)
- 30 Mme M +++ pour avertir on va pas arriver comme **ça** ah oui alors essaie d= me  
M. M + ah oui↓
- 31 Mme M *(se frotte les narines, le menton puis pose la tête dans la main)*  
M. M trouver (sec : 1) une une indi- (sec : 1) le pays↑ le village  
hein:↑ (sec : 1) hein↑  
*(se détourne et souffle)*
- 32 Mme M *(tapote la table de la main droite)*  
M. M le village + où tu veux aller↑ chais t= en a pas mal là-bas  
(sec : 1) beh:: ++
- 33 Mme M *(rire)*  
M. M t= en a une douzaine hein de cousins alors lequel↑  
oui↓ (sec : 1) beh:: ↑un
- 34 Mme M *(croise les mains sur la table)* *(tourne les pouces)*  
M. M ah beh écoute + faut qu= tu m= trouves↑  
(sec : 1) euh:: (sec : 2) chais pas  
*(geste de la main) (secoue la tête de gauche à droite)*
- 35 Mme M ++ en Charente↑ ++ en Charente-Maritime↑ oui + alors  
M. M **oui** (sec : 2) m:oui↑  
*(inspir)*
- 36 Mme M c'est-à-dire + vers Saintes↑ (sec : 2) alors chez Bernard↑ ah oui↓  
M. M **oui** euh **oui**↑
- 37 Mme M + bon + voilà↓ hmm (sec : 4) mais tu pourrais essayer d=  
M. M (sec : 2) eh oui↑
- 38 Mme M le dire çà hein Bernard ou Thérèse hmm hmm +  
M. M eh oui mais:: eh eh ++ eh eh  
*(geste d'impuissance avec le bras)*



- 49 Mme M éviter des imprévus↑ *(touche un de ses ongles)*  
M. M (sec : 2) alors et c= midi↑  
+ oui: oh:↓ (sec : 4) bah
- 50 Mme M *(croise les mains et avance le buste)*  
M. M qu'est c= qu'on fait c=t'après-midi↑  
(sec : 1) hein↑ (sec : 1) euh:::  
*(secoue la tête)*
- 51 Mme M *(inspir)*  
M.M vers Nantes↓  
(sec : 3) ah euh:: (sec : 4) euh oui  
*(lâche la tête, laisse tomber l'avant-bras sur la table)* *(pointe le bras en l'air devant lui, le relâche et baisse la tête)*
- 52 Mme M oui + alors↓ où tu vas + c=t'après-midi où tu  
M. M (sec : 2) hein↑  
*(claquement de langue)*
- 53 Mme M veux aller c=t après-midi↑ ++ tu sais pas↑  
M. M oh:↑ ché pas hein↓ ché pas↓  
*(moue)*
- 54 Mme M *(recule, chuchote vers la caméra)* *(en riant)*  
M. M hmm c'est pas évident +++ j'ai du mal hmm  
(sec : 7) hein↑ (sec : 1)  
*(tape trois légers coups sur la table et sourit)*
- 55 Mme M *(se frotte le nez)*  
M. M beh eh hein hein hein (sec : 5) eh oui + mais-ais↑ + c'est c'est c'est  
*(pointe du doigt en haut à gauche en riant, hausse les sourcils et les épaules)*
- 56 Mme M (sec : 2) qu'est-c= que c'est ça (sec : 1) c=t'après-midi↑  
M. M c'est c'est ça↓ oui↓  
*(air interrogatif, sourcils froncés)*
- 57 Mme M oui mais tu sais qu= t= as déjà une visite à l'hôpital  
M. M (sec : 1) euh:: ++ eh oui
- 58 Mme M (sec : 3) (sec : 3) c'est à à 15 heures  
M. M mais:: +++ ah bon↑ ah bon tout::↓  
*(soupire, se détourne, + moue)*

- 59 Mme M *(se gratte l'oreille)*  
M. M 15 heures euh: + 15 h 15 hmm ben  
++ bon + alors↑ (sec : 1) /poerpəkəwa/↑
- 60 Mme M on en a pour une bonne heure hein sûrement ++ ben un endocrino  
M. M **pourquoi↑**  
*(d'une voix forte)*
- 61 Mme M tu sais bien ++ pour le diabète et puis j= t'avais  
M. M (sec : 2) ah:: oui oui oui oui↓  
*(de moins en moins fort (pose la tête sur en détournant la tête) le poing)*
- 62 Mme M dit de me faire penser à quelque chose aussi + tant qu'on y s=rait  
M. M + euh oui↑
- 63 Mme M alors qu'est-c= qui faut qu= je fasse↑ faut qu= je prenne:↑  
M. M ++ beh::/m/ (sec : 1)
- 64 Mme M *(avance le buste)*  
M. M un /r/ il faut qu= je prenne un rendez-vous↑ + pour:↑ pour  
euh:: (sec : 1) vous + pour euh:  
*(geste qui reste en suspend)*
- 65 Mme M quoi↑ le docteur oui pour quoi + oui mais pour voir quoi↑  
M. M + le docteur↓ (sec : 2)  
*(articule difficilement) (détourne la tête)*
- 66 Mme M c'est pour tes::↑/z/ yeux + voilà ++ alors il faudra qu= tu m'y fasses  
M. M /zoe/↓  
*(petit coup sur la table)*
- 67 Mme M penser hein↑ faudra pas oublier non + bon +++ d'accord ++  
M. M + hein::↑ **non**  
*(très fort) (opine de la tête et sourit)*
- 68 Mme M donc on ira dire bonjour à + Marie-Paule en même temps  
M. M (sec : 1) eh oui↓

- 69 Mme M avant qu'e= soit en r=traite (sec : 2) oui avant qu'e= soit  
M. M ++ eh oui oui oué:::  
*(trace un rectangle sur la table----->)*
- 70 Mme M en retraite c'est qu'on la verra plus↑ oh ben  
M. M ah oui↑ *(sec : 2) beh quand même↑*
- 71 Mme M [tu y vas] + tu la verras plus en tant qu'infirmière  
M. M *(sec : 3) (sec : 2) ah bon↑*  
*(pensif)*
- 72 Mme M *(hausse les épaules)*  
ben oui quand e= s=ra en r=traite  
M. M ++ eh oui mais enfin:: euh:: *(sec : 1) p=t-*
- 73 Mme M *(pose les bras croisés sur la table)*  
M. M c'est bien c'est bientôt qu'e= doit être en retraite  
ê= que c'est c'était↑ ++ pourquoi↑
- 74 Mme M elle nous avait dit oh ben si hm hm oui oui + chacun son tour  
M. M oh:: ++oh  
*(marque de désaccord) (aspiré)*  
*(pose la tête sur le poing)*
- 75 Mme M + hmm  
M. M *(sec : 1) eh: oui (sec : 1) eh: oui (sec : 1) pi allez hop ++ hop*  
*(hausse épaule et (balance son bras vers la*  
*et sourcils) caméra pour faire*  
*signe qu'il veut arrêter)*

## **Contribution, par la recherche de critères pertinents, à l'observation clinique des interactions en conversation, entre la personne aphasique et son partenaire privilégié : étude de cas**

### ***Résumé***

L'aphasie est particulièrement invalidante dans les situations conversationnelles de la vie quotidienne. A cet égard, le couple formé par la personne aphasique et son partenaire privilégié est le premier concerné par l'impact des déficits langagiers. Depuis les travaux de PERKINS et coll., (1997) notamment, l'intérêt d'une intervention orthophonique en contexte naturel de conversation a été souligné. La notion d'interaction y est centrale : les interlocuteurs exercent en effet une influence réciproque sur leurs contributions respectives. Le déficit linguistique renforce ici la nécessité d'une collaboration accrue du partenaire, particulièrement lors de la survenue d'incidents conversationnels.

L'évaluation des interactions s'avère nécessaire à une intervention au niveau de la communication. Actuellement, l'analyse conversationnelle représente un outil efficace mais coûteux en temps. Elle est de ce fait difficilement compatible avec une pratique orthophonique en exercice libéral. Aussi l'objectif de notre travail est-il de rechercher des critères pertinents à une observation clinique moins contraignante pour le praticien, mais utile pour proposer une thérapie axée sur les interactions. Nous avons pour cela effectué une étude de cas s'appuyant sur une analyse approfondie de la conversation d'un couple.

### ***Mots clés :***

- Aphasie
- Interaction
- Analyse conversationnelle
- Communication
- Stratégies alternatives
- Moyens de compensation