

# Université de Nantes

---

Unité de Formation et de recherche « Médecine et techniques médicales »

Année universitaire 2011/2012

## **Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie**

Élaboration d'une grille d'observation clinique des  
interactions entre une personne cérébro-lésée et son  
partenaire privilégié

Présenté par Catherine ORTOLAN

Née le 1<sup>er</sup> octobre 1973 à Castres (81)

Président de jury : **Anne CROLL**, Maître de Conférences en linguistique.

Directrice de mémoire : **Hélène COLUN**, Orthophoniste.

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

---

REMERCIEMENTS .....	Erreur ! Signet non défini.
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THÉORIQUE.....	10
Chapitre I : LES INTERACTIONS ET L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE .....	11
<b>1. De la communication aux interactions .....</b>	<b>12</b>
1.1 La communication : définition et modèles théoriques.....	12
1.2 Les interactions .....	14
1.2.1 La compétence pragmatique au cœur des interactions .....	14
1.2.2 La co-construction de l'interaction .....	16
1.2.3 La multi-modalité interactionnelle.....	17
<b>2. L'analyse conversationnelle.....</b>	<b>23</b>
2.1 La conversation : définition et cadre.....	24
2.2 Les règles conversationnelles .....	25
2.2.1 Les six fonctions linguistiques de Jakobson .....	25
2.2.2 Le principe de coopération de H.P Grice.....	26
2.3 Éléments constitutifs de l'analyse.....	27
2.3.1 La prise en compte du contexte .....	27
2.3.2 La place des interactants .....	28
2.3.3 Les feed back conversationnels .....	28

2.3.4	Les outils de la conversation.....	29
<b>2.4</b>	<b>Construction de l'analyse.....</b>	<b>29</b>
2.4.1	La gestion des tours de parole.....	30
2.4.2	La gestion des thèmes .....	31
2.4.3	La gestion des réparations.....	32
<b>Chapitre II : TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES CÉRÉBRO-LÉSÉES .....</b>		<b>34</b>
<b>3.</b>	<b>Troubles de la communication des personnes cérébro-lésées .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>Évolutions théoriques du langage et de la communication .....</b>	<b>35</b>
3.1.1	Introduction.....	35
3.1.2	Inter-connectivité des structures langagières et avènement des processus communicationnels .....	35
<b>3.2</b>	<b>Étiologie des lésions cérébrales .....</b>	<b>36</b>
3.2.1	Les Accidents Vasculaires Cérébraux .....	36
3.2.2	Les traumatismes crâniens .....	36
3.2.3	Les pathologies dégénératives .....	37
3.2.4	Les maladies infectieuses et inflammatoires.....	37
3.2.5	Les tumeurs.....	38
3.2.6	L'épilepsie.....	38
<b>3.3</b>	<b>Troubles communicationnels consécutifs à une lésion cérébrale .....</b>	<b>38</b>
3.3.1	Les troubles linguistiques .....	39
3.3.2	Les troubles cognitifs non langagiers .....	47
3.3.3	Autres troubles associés.....	49
<b>4.</b>	<b>La prise en charge orthophonique des patients cérébro-lésés .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>L'approche fonctionnelle et pragmatique .....</b>	<b>50</b>
4.1.1	Des outils augmentatifs et alternatifs.....	51
4.1.2	Des techniques fonctionnelles.....	52
<b>4.2</b>	<b>L'approche dynamique interactive .....</b>	<b>52</b>

4.2.1	Impact des troubles cognitifs et communicationnels sur l'entourage.....	53
4.2.2	La collaboration interactionnelle entre un patient et son partenaire de conversation.....	55
4.2.3	L'analyse conversationnelle : une technique thérapeutique .....	56
4.2.4	Quelques applications cliniques de l'analyse conversationnelle .....	57
<b>4.3</b>	<b>Les outils existants au sein de l'approche fonctionnelle.....</b>	<b>59</b>
4.3.1	Les outils évaluant les compétences pragmatiques du patient :.....	59
4.3.2	Les outils mesurant les interactions duelles.....	62
	<b>PROBLÉMATIQUE et HYPOTHÈSES .....</b>	<b>65</b>
	<b>PARTIE PRATIQUE .....</b>	<b>68</b>
<b>1.</b>	<b>Principes méthodologiques de l'élaboration.....</b>	<b>69</b>
<b>1.1</b>	<b>Le choix de la population .....</b>	<b>69</b>
1.1.1	Critères d'inclusion : .....	69
1.1.2	Critères d'exclusion : .....	69
<b>1.2</b>	<b>Les principes généraux du cadre d'élaboration.....</b>	<b>70</b>
1.2.1	Cadre d'utilisation du support : .....	70
1.2.2	Protocole d'observation : .....	71
1.2.3	Choix du lieu d'observation.....	72
1.2.4	Visée thérapeutique du support.....	73
<b>1.3</b>	<b>Réflexions préalables à l'élaboration .....</b>	<b>74</b>
1.3.1	Sous quel angle observer ?.....	74
1.3.2	Analyse quantitative ou qualitative ?.....	74
1.3.3	Comment interpréter les données obtenues ?.....	76
<b>1.4</b>	<b>Les différentes étapes de la démarche.....</b>	<b>76</b>
<b>2.</b>	<b>L'élaboration du support.....</b>	<b>77</b>
<b>2.1</b>	<b>Choix de la structure .....</b>	<b>78</b>
2.1.1	Axes de construction.....	78
2.1.2	Version définitive avant mise en situation.....	79

<b>2.2</b>	<b>Choix et ajustement des items.....</b>	<b>81</b>
2.2.1	Fiche du patient.....	81
2.2.2	Cotation.....	82
2.2.3	Dynamique de l'échange.....	82
2.2.4	Gestion de la conversation.....	86
2.2.5	Utilisation des outils de la conversation.....	90
2.2.6	La gestion de la compréhension.....	94
2.2.7	Etude des incidents et réparations.....	94
2.2.8	Synthèse des données et proposition d'axes thérapeutiques.....	97
<b>3.</b>	<b>Mises en situation de la grille .....</b>	<b>98</b>
<b>3.1</b>	<b>Protocole de passation de la grille .....</b>	<b>98</b>
<b>3.2</b>	<b>Mise en situation n°1.....</b>	<b>98</b>
3.2.1	Éléments de passation.....	98
3.2.2	Restitution des résultats.....	100
3.2.3	Confrontation des données avec l'analyse de Metay-Segui.....	111
3.2.4	Données du questionnaire n°1:.....	113
3.2.5	Synthèse des résultats.....	114
3.2.6	Réajustement du support après mise en situation.....	115
<b>3.3</b>	<b>Mise en situation n°2.....</b>	<b>118</b>
3.3.1	Éléments de passation.....	118
3.3.2	Restitution des résultats.....	120
3.3.3	Confrontation avec l'analyse de Marie-Dit-Dinard.....	128
3.3.4	Données du questionnaire n° 2.....	129
3.3.5	Synthèse de ces résultats :.....	130
3.3.6	Propositions de réajustements ultérieurs.....	130
	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>132</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>138</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>139</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>144</b>



# INTRODUCTION

---

« *Parler oui, mais pas tout seul !* » (Bourgeois, Di Chiappari, 2003)

Quand la parole est devenue difficile et que les capacités de compréhension entre les partenaires s'amenuisent, le désir de communiquer n'en est pas moins vivace et la souffrance d'autant plus grande.

Dans les lésions cérébrales, les difficultés de langage et/ou de communication surviennent souvent brutalement chez des personnes qui s'exprimaient normalement quelques minutes plus tôt. Cette situation crée un bouleversement dans la vie quotidienne de la personne et de ses proches. L'entourage est confronté à l'incompréhension des troubles ; les patients ne peuvent plus exprimer clairement leurs affects, leurs besoins, leurs idées et leur identité s'en trouve menacée.

Avec l'idée d'une prise en charge rééducative, les familles se projettent la plupart du temps dans une dynamique de guérison de la personne et du « tout va rentrer dans l'ordre ». Pourtant, même en cas d'évolution favorable, il est fréquent que des séquelles subsistent. Dans cette perspective où la guérison sera lente et incertaine, comment accompagner les familles et changer leur regard sur la situation, leur mode de fonctionnement afin de maintenir ou restaurer une communication indispensable au statut social identitaire des personnes ?

La thérapie dynamique interactive, au cœur des approches fonctionnelles, s'attache à impliquer activement les proches dans la prise en charge. Elle consiste à gérer l'ajustement des comportements interactionnels réciproques, à entraîner les proches à une meilleure adaptation communicationnelle et à valoriser les compétences du patient.

Elle utilise la technique de l'analyse conversationnelle pour recueillir les schémas moteurs, les indices, les signaux et autres signes non verbaux ou vocaux qui sous-tendent et accompagnent les pratiques langagières chez chacun des partenaires.

En balayant les travaux relatifs à cette pratique orthophonique, nous avons constaté qu'il n'existe actuellement pas d'outil de recueil de données adapté à la clinique, retraçant l'ensemble de ces comportements sémiotiques interactifs.

Notre mémoire propose donc l'élaboration d'un tel outil dans le cadre d'une conversation entre un patient cérébro-lésé et son partenaire privilégié (conjoint, parent, enfant, ami proche...).

Après avoir relaté les contours des phénomènes interactionnels et de l'analyse conversationnelle, nous nous pencherons sur les troubles de la communication chez les cérébro-lésés et l'intérêt de la thérapie dynamique interactive en orthophonie. Enfin, nous décrirons les différents outils sur lesquels les thérapeutes s'appuient actuellement pour mener à bien leur pratique.

La partie pratique consistera à développer la construction de notre outil d'observation, pour lequel nous nous attacherons à tester la validité clinique à travers plusieurs mises en situation fictives auprès d'un collègue d'orthophonistes.

Enfin, nous discuterons de ces travaux, en termes de résultats aux tests, d'adaptation aux objectifs de l'analyse conversationnelle et de validité thérapeutique.

# **PARTIE THÉORIQUE**

**Chapitre I : LES INTERACTIONS ET  
L'ANALYSE  
CONVERSATIONNELLE**

# 1. De la communication aux interactions

---

## 1.1 La communication : définition et modèles théoriques

Historiquement, la communication résidait dans l'art de bien parler. Au début du siècle dernier, Saussure (1916) l'avait introduite comme une science basée sur la linguistique, lui reconnaissant une fonction sociale mais la définissant comme une simple transmission d'information verbale entre un émetteur et un récepteur.

Cette vision s'est peu à peu étoffée, à travers divers courants, vers une compréhension plus globale d'un besoin spécifiquement humain, y intégrant les dimensions psychologique, sociale, philosophique et historique.

Dans le courant du 20<sup>ème</sup> siècle, de nombreuses approches sont co-constructrices d'une vision globale de l'intercommunication. Par souci de rester clair et concis, nous nous contenterons de n'en citer brièvement que quelques unes, pour nous arrêter plus précisément sur la linguistique pragmatique et interactionniste, à la base de nos travaux.

**Le modèle communicationnel de Shannon&Weaver de 1949** met en scène trois intervenants : l'émetteur, le message, le récepteur.

**Jackobson** enrichit ce modèle en 1963, en y ajoutant le contexte, le canal et le code et énonce six fonctions de la communication. Celles-ci serviront de point d'ancrage aux travaux ultérieurs sur le fonctionnement des interactions :

- **la fonction conative** : elle correspond à l'intention et l'influence mentale que peut avoir le locuteur sur son interlocuteur ;
- **la fonction référentielle** : elle consiste à faire passer un message, une information, sans aucune intervention de type interprétatif ; elle peut être perturbée au niveau de la compréhension, de l'informativité, de l'intelligibilité du message transmis ;
- **la fonction poétique** : concerne la forme du message, sa finalité esthétique ;

- **la fonction expressive** : elle décrit les comportements verbaux, para-verbaux, non verbaux qui accompagnent le message et véhiculent les émotions du locuteur ;
- **la fonction phatique** : elle concerne la capacité du locuteur à maintenir l'attention et le contact de l'interlocuteur ;
- **la fonction métalinguistique** : elle se situe au niveau du code du message et intervient pour s'assurer que l'on a bien compris, ou pour éclairer le sens d'un mot ou d'un énoncé.

L'enrichissement des modèles réside notamment dans la dimension intentionnelle (fonction conative) et sociale (fonction phatique) du discours : « *c'est une forme d'activité sociale et une volonté intentionnelle de modifier l'état mental du partenaire* » (Daviet&al. 2007).

Watzlawick, psychosociologue de l'école Palo Alto (1972, cité par Traverso, 1993), stipule qu'au-delà de l'échange d'informations destinées à la protection et la survie de l'espèce, la communication permet à l'homme de parvenir à la conscience de lui-même. Par là même, « les hommes se confirment objectivement les uns les autres dans leurs qualités et possibilités propres ».

Pour les chercheurs de Palo Alto, la communication est entrevue comme « l'expression des relations ». Et de préciser : « *il n'y a pas de situation de non communication : On ne peut pas ne pas communiquer* ». En d'autres termes, quoi qu'on fasse, tout comportement, même inconscient, a valeur de message.

Oswald Ducrot en 1972 (cité par Nespoulous, 2008) ajoute que la parole est parole pour autrui. Les faits de parole sont variables en fonction des interlocuteurs, des situations de communication.

L'approche interactionniste de la linguiste Catherine Kerbrat-Orechionni dans les années 1970 révolutionne la vision de la communication : pour la première fois, les interactants sont à la fois émetteurs et récepteurs et chacun d'entre eux modifie le contexte de l'échange. La notion de réversibilité de l'interaction est ainsi révélée.

La communication implique donc un émetteur et un récepteur reliés par un canal, support de signaux qui transmettent un message par l'intermédiaire d'un code. Le message ainsi transmis apporte une information et modifie le niveau de connaissances du récepteur. Chaque interlocuteur est tour à tour émetteur et récepteur, c'est le principe de la communication multi-viatique (Kerbrat, cité par Cosnier, 1977) que nous allons développer ci après.

## 1.2 Les interactions

Suite aux travaux de l'école de Palo Alto et de Kerbrat Orechionni, d'autres courants se sont développés, qui, sous influence mutuelle, ont permis une approche plus dynamique et sociale des interactions : Kerbrat les cite dans son ouvrage « la conversation » (1996) :

- L'ethnographie de la communication, proposée par Gumperz dans les années 1980 développe des travaux sur la compétence communicative, et propose une approche sociolinguistique de la communication.
- Les ethno-méthodologistes Garfinkel, Sacks & Schegloff proposent, au sein d'une approche sociologique et anthropologique, l'analyse conversationnelle.
- Enfin, l'approche linguistique met en scène un courant énonciatif, pragmatique et reprend les apports de Sacks & Schegloff sur l'analyse conversationnelle.

Deux notions essentielles constituent la base d'un bon fonctionnement des interactions : la compétence pragmatique et la synchronisation interactionnelle.

### 1.2.1 La compétence pragmatique au cœur des interactions

Les réflexions issues de la philosophie ont permis d'incorporer à la fin des années 1960 la pragmatique dans le spectre des composantes de la communication verbale (Searle, 1969).

La pragmatique est l'étude du langage dans un contexte donné. Une définition est donnée par Gibbs (1999, cité par Joannette, 2004): « *étude des habiletés d'un individu à traiter, comprendre, et/ou exprimer les intentions de communication par référence à un contexte donné* ».

La pragmatique étudie à la fois les actes de langage, le sens de l'énoncé et les intentions de communication des interactants.

- **Les actes de langage** : ils sont mis en exergue par les travaux d'Austin (1991) qui précisent que le langage nous permet d'accomplir des actions distinctes selon leur signification (acte locutoire), leur objectif (acte illocutoire) et leur effet (acte perlocutoire). Parmi ceux-ci on peut rencontrer :

- des actes **directifs** (donner un ordre, faire une injonction) ;
- des actes **expressifs** (exprimant à l'autre ou à soi même des actes positifs ou négatifs) ;
- des actes **assertifs ou déclaratifs** (le fait d'affirmer quelque chose) ;
- des actes interrogatifs et exclamatifs.

Ainsi, Austin et Searle donnent naissance en 1963 à la théorie des actes de langage : «*parler c'est échanger et c'est changer en échangeant* ». L'unité minimale de la communication n'est plus la phrase mais l'accomplissement d'un acte.

Par ailleurs, la compréhension des actes de langage se complexifie selon qu'il s'agit d'actes directs ou d'actes indirects, et renvoie à l'intention du locuteur dans le contexte d'énonciation:

- **les actes directs** sont émis et reçus de manière littérale et interprétés au sens premier du terme. Ex : « *il fait froid !* » émis au sens de « *je constate que la température est très basse* ».
- A l'inverse, **les actes de langage indirects** nécessitent des compétences spécifiques à leur interprétation, le message émis comportant un sens caché, détourné. On retrouve ces actes dans les énoncés sarcastiques, humoristiques, métaphoriques et dans les formules implicites (*même exemple que précédemment : « il fait froid ! » La fenêtre de la pièce étant ouverte, le locuteur souhaite par ce biais que la fenêtre soit fermée. Dans cet exemple, l'interlocuteur doit établir un lien entre la phrase émise et le contexte, les éléments présents autour d'eux et...aller fermer la fenêtre !*)

Ces compétences font appel à des phénomènes inférentiels permettant d'accéder au sens de l'énoncé.

- **Le sens de l'énoncé** : Ducrot (1972, cité par Nespoulous, 2008) le désigne comme le sens global d'une production langagière. En effet, la compréhension d'un énoncé passe non seulement par la signification des phrases produites, mais surtout par la capacité à leur donner une valeur de sens en rapport au contexte et à la personne qui les produit.

Ces mécanismes rejoignent les travaux sur la théorie de l'esprit, ou autrement dit la capacité à attribuer **des états intentionnels à une personne** : un individu doit être en mesure de se mettre à la place de son interlocuteur afin d'en comprendre les intentions réelles et de s'y adapter à minima.

Ces dernières précisions nous montrent brièvement la complexité des phénomènes impliqués dans tout acte de langage entre deux personnes, et permettent de mieux percevoir les difficultés auxquelles tout un chacun peut être confronté dans l'élaboration et la compréhension d'un message verbal.

### **1.2.2 La co-construction de l'interaction**

Dans la communication, les actes de langage ne sont pas unilatéraux : il existe toujours une co-construction du discours. Dans la mesure où pour communiquer il faut être deux, nous avons vu que chaque interlocuteur est tour à tour émetteur et récepteur d'un message transmis. Le sens du discours se construit au fur et à mesure des interprétations réciproques de ces actes.

Cet aspect de réciprocité amènera les linguistes à parler de synchronisation interactionnelle entretenue par des comportements cognitifs, physiques et émotionnels. Kendon en 1968 parle de mouvements en miroir, comportements d'écoute et de « Speech Analogous» (Cosnier, 1977).

- **La synchronisation émotionnelle** étudiée par Cosnier (1977) prend naissance dans des comportements de mimétisme gestuel, verbal et vocal. Cosnier l'abordera sous le terme de « pilotage de la conversation » que nous développerons plus précisément dans le chapitre sur l'analyse conversationnelle.
  
- **La synchronisation physique** « naturelle », intégrant distance physique et sociale a été notamment mise en lumière avec la kinésique (proposée par Birdwhistell en 1972 qui compare une conversation familière à un ballet artistique, par l'enchaînement des gestes mutuels des partenaires).

Ces synchronisations, pour la plupart inconscientes, sont pilotées par nos conventions culturelles, intériorisées et assimilées. Elles contribuent essentiellement à notre compétence communicationnelle. Dahan (1977, cité par Cosnier, 1977) a montré que la suppression des synchronisateurs entraîne inévitablement l'arrêt ou l'incohérence de l'interaction.

Les synchronisations s'expriment principalement à travers l'utilisation de signaux phatiques et régulateurs par les interactants :

- **Les phatiques** sont émis plus précisément par l'émetteur et sont destinés à maintenir l'attention de l'interlocuteur.
- **Les régulateurs**, provenant du récepteur, visent à montrer l'engagement de l'interlocuteur dans l'échange. Ces derniers sont souvent déclenchés par l'émission préalable d'un phatique.

Ces signaux peuvent prendre une forme verbale ou non verbale. Ils attestent de la présence d'une interaction et sont indispensables à la continuité de cette dernière.

Les nombreux travaux émergeant sur la multicanalité de la communication ont permis de mieux rendre compte des multiples modalités interactionnelles.

### **1.2.3 La multi-modalité interactionnelle**

Les linguistes s'intéressent depuis le début du XXIème siècle à la multicanalité de la communication, suite aux travaux pionniers de Cosnier & Brossard en 1984 puis de Calbris & Porcher en 1989. Ils introduisent notamment l'importance de la production gestuelle, avec des études sur la langue des signes ou le développement du jeune enfant, les manifestations émotionnelles au travers d'éléments paralinguistiques et non verbaux (Coquet, 2011).

#### **1.2.3.1 La modalité verbale**

Elle fait référence à tous les sons produits et identifiables lors d'un échange entre deux personnes.

- **Les faits de parole** : ils englobent tous les actes verbaux qui ont une valeur informative ou significative pour le discours lui-même (production de mots, de phrases, de formules automatiques...)
- **Les ponctuants** : incluant les signes de ponctuation et les marqueurs prosodiques (définis ci-après), ils permettent de segmenter le discours (Grobet, 1998).

Le ponctuant peut endosser un rôle de démarcation du tour de parole (signifier à son interlocuteur que c'est à lui de prendre la parole. Ex : *hein ?*)

Il peut se présenter également comme :

↳ régulateur verbal : (exemple : hum hum, ha d'accord, oui, je comprends...). Exprimé par l'interlocuteur pour manifester sa présence et son envie de prolonger l'échange, sa vocation est d'encourager le locuteur dans son intervention et ses propos.

« *Le ponctuant en tant que régulateur verbal joue un rôle important dans la structuration des échanges et la construction de l'interaction et ne se réduit pas à un accompagnement parasite négligeable* » (Schegloff 1981 énoncé par De Gaulmyn, 1991).

↳ phatique verbal : normalement émis par le locuteur, il est destiné à maintenir l'attention de l'interlocuteur (tu vois ? tu sais...).

- **Les onomatopées** : correspondent à des sons ressemblant au bruit émis par des objets et destinés à transmettre une information sans passer par le mot cible (miaou, tac, tchou-tchou).
- **Les marques d'hésitation** (heu...) font également partie intégrante du discours verbal, exprimant selon le cas, une difficulté d'élaboration ou un régulateur de l'échange.

### 1.2.3.2 La modalité para-verbale

Elle relève des unités transmises par le canal auditif : les caractéristiques de la voix et la prosodie.

- **Les caractéristiques de la voix** sont intrinsèques à la personne et l'intégrité de ses organes vocaux et varient selon le timbre, le volume, le débit, l'articulation. Ces caractéristiques sont responsables du degré d'intelligibilité du locuteur.
- **La prosodie** est l'ensemble des traitements cognitifs qui permettent d'exprimer ou de comprendre pleinement le message verbal à partir de l'utilisation des aspects suprasegmentaux de la parole, c'est-à-dire non liés à la production et à l'identification des sons. Elle répond à plusieurs fonctions : rythmique (accentuation d'une syllabe), syntactique (mettre en exergue un élément plus important dans le discours - ex : *le petit chien mort est enterré vs le petit chien*

mord la laisse - Cauvin&al. 2010, cité par Lacheret, 2011), sémantico –pragmatique (donner un sens précis à un énoncé et apporter une valeur émotionnelle et affective au discours).

Elle structure le flux de parole à travers :

- **Une variation d’intonation et d’accentuation**

Fontaney (1991) développe l’importance dans la régulation de l’interaction : l’intonation permet de ponctuer, de mettre en relief les mots clés, de donner une valeur de sens au son émis, de structurer la phrase. Elle est aussi révélatrice des intentions du locuteur (de laisser son tour de parole par une intonation descendante, d’interroger ou de déclarer) et de ses émotions (un changement de niveau d’intonation peut être signe d’états psychiques changeants : tristesse, joie, peur...).

« *L’intonation est significative dans le feed back comme dans le discours soutenu et apparaît hautement pertinente pour le déroulement de l’interaction* » (Fontaney, 1991).

- **Une variation des pauses intra et inter tours :**

Pause intra-tours : silence qui se produit pendant une prise de parole par un participant. Ces pauses soulignent une hésitation ou la présence d’actes ou d’expressions non verbales.

Pause inter-tours : silence qui se produit entre deux tours de parole, du fait du locuteur (qui ne signifie pas explicitement la fin de son tour) ou de l’interlocuteur (qui met du temps à répondre).

Ces pauses sont par ailleurs intimement liées aux habitudes culturelles et communicationnelles et doivent être adaptées aux caractéristiques réciproques des locuteurs et de l’échange.

Des pauses trop longues ou trop courtes peuvent être source d’incidents conversationnels.

- **Une variation de l’intensité :**

Élément prosodique ou caractéristique de la voix du sujet, le volume sonore influe sur la compréhension et la valeur du contenu du message transmis.

Dans tous les cas, la perte de tout ou partie de ces caractéristiques paraverbales appauvrit considérablement le discours et sa compréhension par autrui.

### **1.2.3.3 La modalité non verbale**

Corraze (1980) définit la communication non verbale comme « l’ensemble des comportements appliqué à des gestes, postures, orientations du corps, singularités somatiques

naturelles ou artificielles, à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise ».

On distingue deux catégories d'unités selon qu'elles relèvent de la **kinésique** (gestes, expressions faciales, regard et postures) ou de la **proxémique** (distance physique entre les personnes (Cosnier, 1977)).

#### a/ Les gestes :

On retrouve plusieurs types de classification selon les auteurs et le type d'analyse. Nous avons retenu celle de Cosnier et Vaysse (1997, cités par Coquet, 2011), élaborée à partir d'interactions d'adultes, en contexte naturel et qui s'applique au contexte des interactions thérapeutiques orthophoniques (Witko, 1996). Elle s'appuie sur les gestes répertoriés par Ekman&Friesen (1969, cité par Cosnier, 1977) et propose une distinction entre les gestes communicatifs et les gestes extra communicatifs.

Parmi les « communicatifs », on retrouve :

- **les quasi-linguistiques** : ce sont des gestes qui assurent une communication sans nécessiter l'usage de la parole. Ils sont plus ou moins nombreux selon les pays et la culture.
  - *Les déictiques* = gestes qui désignent un référent via un pointage.
  - *Les iconiques* = gestes qui miment un objet ou une action (mime de forme ou d'action).  
Ces deux derniers représentent 60% de la gestualité.
  - *Les connotatifs* = gestes qui expriment les sentiments éprouvés du sujet ou provoqués par l'objet. (40% de la gestualité dont 2/3 de connotatifs négatifs).
  
- **les syllinguistiques** (ou coverbaux) : associés au discours verbal, ils permettent d'illustrer celui-ci, de le connoter ou de renforcer certains traits caractéristiques du discours (phonétiques, syntaxiques, idéiques...); leur interprétation varie selon les actes de langage qu'ils accompagnent.
  - *les illustratifs* : gestes déictiques, mimes d'action ou de schématisation insistant sur une caractéristique du référent.

- *les expressifs* : connotent le discours. Ils dépendent étroitement de la culture des interlocuteurs, et peuvent être interprétés de manière positive ou négative selon le contexte, la situation, l'énoncé et les règles culturelles des personnes en présence.
- *Les paraverbaux* : « mouvements qui rythment les paroles par des battements de scansion et ou de cohésion associés parfois aux marqueurs grammaticaux » (Coquet, 2011).

Les gestes quasi-linguistiques accompagnant la parole sont considérés comme des syllinguistiques.

▪ **Les gestes synchronisateurs :**

- *Phatiques non verbaux* : activité du parleur destinée à vérifier ou à maintenir le contact. Ex. : contact visuel, corporel, mobiliser le regard.
- *Régulateurs non verbaux* : activité du récepteur en réponse aux précédents (back channel). Ex.: hochement de tête, haussement de sourcils.

Ceux-ci participent au co-pilotage de l'interaction et contribuent à la pérennité de l'échange par le maintien de l'attention et la confirmation de l'écoute de part et d'autre.

- **les gestes méta-communicatifs** : ils sont liés aux rituels d'interaction et sont utilisés comme des adoucisseurs (faire un sourire en grondant un enfant) ou au contraire exagérateurs du discours prononcé.

Parmi les gestes extra communicatifs, correspondant aux mouvements corporels indépendants des interlocuteurs, on distinguera :

- **les mouvements de confort** (croiser ses jambes),
- **les mouvements autocentrés** (se gratter le menton),
- **la manipulation d'objets ou mouvements ludiques** (ramasser des miettes ou fumer une cigarette).

Ces derniers gestes ne sont pas toujours interprétables, mais surviennent rarement au hasard Cosnier (1977). Leur présence donne des informations implicites sur la disponibilité psychique de la personne qui les produit, sur ses réactions affectives au discours de son partenaire, sur sa perplexité, sa passivité ou son impatience, sur le degré de compréhension du message reçu ou sur l'hésitation avec laquelle elle émet un message.

Les gestes manuels varient également selon l'intention de communication (discours informatif, narratif, pédagogique) et le genre discursif (monologue, dialogue, échange formel ou informel) (Guidetti, 2002, cité par Coquet&Witko, 2011).

#### b/ Les expressions faciales :

- **Les mimiques :** souvent associées à l'expression des émotions (étonnement, mécontentement, satisfaction, impatience...), elles peuvent également signifier à l'autre son incompréhension (froncement de sourcils par exemple) ; dans tous les cas, elles montrent au locuteur son investissement dans l'échange et en permet la poursuite.
- **Les sourires :** selon qui l'émet, le sourire peut jouer le rôle de coverbal mais aussi revêtir une fonction de régulateur, d'adaptateur. En effet, on en observe souvent en début de conversation, et sa présence est interprétée comme « **un signal réparateur d'une agressivité potentielle** » (Cosnier 1987, cité par Cosnier, 1996).

#### c/ Le regard :

On distingue le regard expressif (exprimant son émotion) du regard social. Ce dernier est un indice d'investissement dans l'échange ; il permet selon son expressivité de montrer au locuteur que l'on comprend son discours, que l'on souhaite réagir, que l'on est réellement intéressé et à l'écoute ou qu'on a perdu « le fil » du thème ou de la conversation.

On note dans la plupart des interactions, un regard plus accru et permanent de l'interlocuteur vers le locuteur, tandis que ce dernier va avoir tendance à détourner son regard.

#### d/ La proxémie :

Introduite par l'anthropologue américain Edouard T. Hall en 1963, la proxémie exprime la distance physique qui s'établit entre deux personnes engagées dans une interaction.

Hall a déterminé quatre situations possibles selon la nature de l'échange, la situation et le lien entre les personnes :

- la distance intime,
- la distance personnelle,

- la distance sociale,
- la distance publique.

La distance peut être choisie en fonction de la stratégie de communication mais peut être également contrainte par une situation provoquée.

Hall insiste sur le fait que cette distance physique entre les personnes peut fondamentalement modifier la communication dans sa forme, voire même dans sa nature. Elle est par ailleurs intrinsèquement liée aux règles culturelles, créant parfois des incidents conversationnels dans l'interprétation des intentions de chacun.

Les modalités non verbales prennent donc une part essentielle dans la construction et le fonctionnement de l'interaction. Morsella et Krauss (2004, cité par Ferré, 2011) précisent que la gestualité est un système intra et interpersonnel assimilé et intégré en situation d'interaction : « *hand & arm movements seem to facilitate both spatial working memory and speech production* ». Des expériences montrent qu'elle augmente lors d'une description sans support visuel, et lorsque la modalité verbale est perturbée.

*« En dépit des difficultés d'analyse consciente, nous répondons aux gestes avec une extrême sensibilité et, pourrait-on dire, selon un code qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris par tous »* (Sapir, 1927, cité par Cosnier, 1977).

En conclusion, Kerbrat (1991) insiste sur la complémentarité entre une communication multicanale (auditive, visuelle, voire même tactile et olfactive) et plurisémiotique (verbale, paraverbale et non verbale) dans laquelle le matériel verbal assurerait principalement la fonction référentielle et métacommunicative et les éléments paraverbaux et non verbaux les fonctions expressive et phatique.

## 2. L'analyse conversationnelle

---

L'analyse conversationnelle puise ses sources dans le courant de l'ethno-méthodologie. Perkins (2001) cite les propos de son fondateur, Garfinkel (1972) : « *l'approche vise à comprendre*

*comment l'ordre social se constitue via l'utilisation de règles sociales progressivement adaptées aux besoins particuliers à chaque moment de l'interaction ».*

Elle étudie la conversation sous un angle naturel, formel et empirique, en s'efforçant de relever tous les critères de l'interaction et sa structure de façon objective, sans tenir compte de données externes imposées.

## **2.1 La conversation : définition et cadre**

Véronique Traverso, dans sa thèse sur les conversations familiales de 1993, définit la conversation comme *«une activité langagière entre un nombre de participants réduits (...) où l'alternance des tours n'est pas prédéterminée »* et y introduit différentes caractéristiques :

- **La conversation implique un cadre plutôt familial :**

Converser signifie « parler avec (...) de manière spontanée, dans les relations sociales habituelles ». Le Petit Robert énonce : « échange de propos, naturel et spontané ; ce qui se dit dans un tel échange ». La définition de la conversation entraîne celle-ci dans un domaine plutôt léger, familial, et informel.

- **La conversation est l'interaction par excellence :**

Pour reprendre la formule de Kerbrat (1990), « la conversation est reconnue comme la forme prototypique des interactions verbales ».

Les travaux de Sacks et Schegloff (1977) et le mouvement ethno-méthodologique ont hissé la conversation à un statut particulier au sein de la linguistique. *« Les échanges conversationnels ont un caractère flou, informel, fuyant...et pourtant la conversation n'en est pas néanmoins nommée comme la forme par excellence de l'interaction (...) et la forme la plus naturelle des modes d'échanges langagiers »* (Traverso, 1993).

- **La conversation implique une égalité entre les participants :**

« Les interlocuteurs doivent accepter, pendant le temps de l'échange, d'être dans une relative égalité » (Donaldson, cité par Traverso, 1993).

- **La conversation construit et entretient le lien social et identitaire :**

La conversation familière contribue à constituer, construire et entretenir la relation et la personne. Elle permet également la circulation des idées, l'émergence et la négociation des points de vue qui donnent à l'interlocuteur son individualité, son caractère unique.

- **La conversation privilégie un temps collectif et indéterminé :**

Dans la conversation les individus sont engagés les uns envers les autres, abandonnent le temps individuel au profit du temps collectif. La conversation suppose que les interlocuteurs se donnent du temps.

## **2.2 Les règles conversationnelles**

La conversation est régie par un ensemble de codes parmi lesquelles on retrouve :

### **2.2.1 Les six fonctions linguistiques de Jakobson**

Nous renverrons le lecteur au paragraphe 1.1 de cette partie décrivant ces fonctions.

Kerbrat Orechionni (1996) les complète par la notion de politesse relationnelle : celle-ci consiste à mettre tous les moyens verbaux et non verbaux en œuvre pour adopter une attitude de respect envers son partenaire (ne pas ordonner, imposer, valoriser, encourager, ménager...) et préserver le caractère harmonieux de l'interaction. Elle vise à ménager le partenaire et « adoucir » ainsi des actes susceptibles de menacer la conversation.

Nous mettrons en lien cette notion avec les actes relationnels définis par Croll (2008) et décrits par Metay-Ségui (2008) qui consistent en des actions touchant à la relation émotionnelle vis à vis de son interlocuteur telles que les actes empathiques, les excuses, les reproches, les injonctions.

## 2.2.2 Le principe de coopération de H.P Grice

« *Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que requiert l'objectif ou la direction, acceptée de l'échange verbal dans lequel vous êtes engagé* » (Grice, 1979, cité par Hiché et al. 2007). Autrement dit, chaque intervenant dans la conversation tend vers un but commun et se doit de participer par tout moyen à la facilitation de l'interprétation des énoncés.

Chantal Rittaud Hutinet (1991) parle d'une communauté énonciative dans laquelle les partenaires «*doivent rapidement déterminer un terrain d'entente afin d'envisager la poursuite de l'échange*». Ce concept regroupe tous les efforts réalisés par les partenaires pour comprendre les signes linguistiques de son partenaire, y répondre par une adaptation de son discours, et valider leur choix par une utilisation réciproque de ces mêmes signes. En effet, toute difficulté interactionnelle peut engendrer difficultés et embarras et mettre le locuteur face à une «*incompétence*» (Sacks, 1984 – Jefferson 1987 cité par L Perkins, 2001).

Grice, dans les années 1970, formalisera ce principe de coopération par quatre règles ou maximes conversationnelles :

- ↳ **La maxime de quantité** qui stipule que la contribution doit comporter autant d'informations qu'il est requis sans tomber dans l'excès inverse, c'est-à-dire viser l'exhaustivité tout en écartant les informations superflues.
  
- ↳ **La maxime de qualité ou de sincérité** : les énoncés transmis doivent répondre aux caractères de véracité et de validité, c'est-à-dire fondés sur des arguments sincères.
  
- ↳ **La maxime de relation ou de pertinence**, consistant à émettre des énoncés en relation avec les énoncés précédents et en rapport avec la situation ou le contexte.

Cette maxime répond aux exigences de cohérence et de cohésion du discours : la cohésion se dit d'une phrase qui, pour être prononcée, doit présenter une adéquation avec ce qui a été dit précédemment ; la cohérence implique que la phrase prononcée soit adaptée à la situation (Cervoni, 1992).

- ↳ **La maxime de manière** (ou de modalité) : l'énoncé doit être construit clairement, de manière concise, sans ambiguïté ni obscurité, et en respectant un ordre propice à la compréhension des informations transmises.

Ces maximes conversationnelles sont supposées connues et utilisées par tous et permettent le déchiffrement de l'implicite et des inférences.

## 2.3 Éléments constitutifs de l'analyse

L'objectif de l'analyse est de procéder à un état des lieux de la dynamique conversationnelle en s'intéressant d'une part aux relations entre les différentes modalités langagières de la conversation (matériel verbal, para-verbal et non verbal) et d'autre part aux relations existant entre les participants (tours de parole, systèmes de régulation, actes de langage, gestion des thèmes et réparations).

L'analyse doit permettre d'identifier les stratégies courantes et compensatoires utilisées par les partenaires.

### 2.3.1 La prise en compte du contexte

Dans la conversation, certains critères inhérents à la rencontre vont modifier considérablement la nature et la forme de l'échange :

- **le degré de formalisation** : dans le cadre d'une analyse en situation naturelle (par opposition à une situation provoquée), cette rencontre devrait prendre des allures informelles. Cependant, du fait de la présence d'une tierce personne (observatrice de l'échange) une certaine superficialité ou artificialité peut apparaître, de la part de l'un et/ou l'autre partenaire.
- **les connaissances préalables des interactants sur leur partenaire** : on peut s'attendre, en conversation familière, à ce que certaines informations échangées se réalisent sur la base de savoirs implicites des personnes entre elles.

Ces éléments vont être déterminants pour le choix, par les interactants, non seulement des modalités d'échange mais aussi des thèmes abordés.

La prise en compte du contexte est primordiale dans l'analyse de l'interaction familière et dépend : « *des éléments fixes, liés au site et des éléments conjoncturels liés à la présence et identité des personnes en interaction, des implicites et des conventions présumés* » (Cosnier, 1991).

### **2.3.2 La place des interactants**

Il s'agit, selon Kerbrat Orechionni (1996), de la place physique et psychosociale qui s'établit entre les deux personnes. Elle s'exprime à travers des faits langagiers, appelés taxèmes qui déterminent des rapports de place indépendants de toute hiérarchie préétablie.

Kerbrat classe ces taxèmes selon leur nature :

- **non linguistiques** c'est-à-dire les signes statiques (stature, parure, look) ou gestes cinétiques lents et rapides (posturaux, mimo-gestuels, proxémiques) ;
- **linguistiques** c'est-à-dire tous les outils verbaux et para-verbaux.

Leur présence influence considérablement l'équilibre de la relation et détermine les places de chacun dans la conversation. Par exemple, la situation propre à la vie de couple, dont l'un des conjoints est malade, peut créer des comportements de dominant/dominé inconscients et réactionnels que l'on ne peut ignorer.

Dans d'autres cas, certains interlocuteurs vont se positionner de manière à maîtriser le déroulement de l'interaction, parce que c'est ainsi qu'ils pensent devoir répondre à une consigne induite par la présence d'un observateur. On retrouve cela dans les situations de recherche où le sujet « *peut croire qu'il doit afficher le comportement qu'il pense être celui qui intéresse le chercheur* » (Robert, 1998).

### **2.3.3 Les feed back conversationnels**

On a vu lors de ces rappels théoriques que pour analyser la structure du langage dans une conversation face à face, les « à côtés » du message verbal sont primordiaux.

Kerbrat et Cosnier précisent que c'est l'ensemble de ces phénomènes qui permettra l'intercompréhension et la synchronisation dans l'échange : « *On prêter attention d'une part aux émissions audibles telles que paroles, syllabes, murmures, bruits et chuchotements, d'autre part aux intonations, les allongements, les variations de hauteur, d'intensité, de débit. Enfin, l'accent doit être porté sur les éléments posturaux, les mimiques, le canal visuel, les sourires, les changements de regard, les mouvements de la tête, les gestes des mains et des bras etc.* »

De Gaulmyn (1991) nous éclaire sur le fait que chaque partenaire est constamment actif en conversation face à face, de par les régulateurs et feed back émis en réception. On retrouve ces procédés dans les travaux de Yngve (1970) et de Duncan & Fiske (1977) sous le terme de :

- « *back-channel communication* », correspondant aux réponses minimales de l'interlocuteur.
- « *back channel behaviors* » destinés à réguler les changements de tour, maintenir l'interaction, montrer son attention ou son intérêt, faciliter la coordination de l'échange.

L'analyse de ces « *back channel* » met en lumière tous les moyens régulateurs des interactants : sourires, mimiques faciales, mouvements de tête horizontaux, et même les fameux gestes extra – communicatifs, dont on ne peut exclure que la présence ait un rôle particulier à jouer dans les « messages » que veulent se transmettre, consciemment ou inconsciemment les interlocuteurs.

Cosnier (1991) développe la notion de **pilotage de la conversation** : les outils de pilotage sont destinés à réguler l'échange, à le coordonner et le maintenir. Ils ont pour point commun d'être émis sans que cela n'interrompe le discours du partenaire (par opposition à un comportement de prise de parole dans la conversation). On les retrouvera dans tous les mécanismes de gestion de la conversation, que nous décrirons plus loin.

### **2.3.4 Les outils de la conversation**

Nous ne les développerons pas ici, puisqu'ils recouvrent tous les actes de langage et les modalités définies dans le chapitre précédent sur les interactions et la multicanalité de la communication :

- ↳ La modalité verbale, para-verbale ou non verbale.
- ↳ Les actes de langage directs ou indirects.

## **2.4 Construction de l'analyse**

L'analyse conversationnelle s'appuie sur un enregistrement audio ou vidéo permettant d'observer les comportements langagiers et de revenir sur l'interaction autant de fois que nécessaire.

Les conversations sont retranscrites sous forme de corpus selon des systèmes de transcriptions préétablies, et analysées de manière à comprendre comment, à travers un déroulement séquentiel, les partenaires participent à la progression de l'interaction (Perkins, 2001).

La construction de l'analyse doit tenir compte du locuteur, de l'interlocuteur, de l'interaction. En effet, « *la conversation est une réalisation reposant sur une collaboration et s'articulant autour de trois phénomènes* » (Clark&Shaeffer, cités par MP de Partz, 2001) :

- **la phase de présentation**, qui correspond à l'énoncé émis par un participant (assertion, question) ;
- **la phase d'acceptation**, produite par l'autre participant. Elle valide l'existence d'un niveau de conscience suffisant pour qu'il y ait conversation (validation, réponse) ;
- enfin, **le phénomène d'alternance des 2 premières phases**, qui consiste en une action conjointe. (phénomène d'alternance des tours de parole).

Elle se focalise plus précisément sur trois éléments: les tours de parole, les thèmes de l'échange, les réparations.

#### **2.4.1 La gestion des tours de parole**

Un tour de parole est la contribution conversationnelle d'un participant, suivie soit par un silence, soit par la contribution d'un autre partenaire.

A la fin de chaque tour, la transition vers un autre tour répond à des règles d'alternance des tours (Sacks, Schlegoff&Jefferson, 1974) et est réalisée de différentes manières :

- sélection par le locuteur d'un autre locuteur (ou de son interlocuteur) ;
- auto sélection par un interlocuteur, si le locuteur précédent ne désigne personne ;
- pas de sélection entraînant rupture conversationnelle.

La maîtrise de ces règles d'alternance (choix d'un locuteur suivant) est fondamentale pour permettre le maintien et la continuité de l'échange et se réalise par le biais de traits syntaxiques, prosodiques, gestuels et ou posturaux (indices d'écoute et d'engagement tels que régulateurs et phatiques permettant la synchronisation de l'interaction). Ces indices sont normalement intériorisés et maîtrisés par les partenaires de conversation qui les utilisent de façon spontanée.

Dès lors, en cas de déficits linguistiques, ces compétences sont menacées. La défaillance de l'un des partenaires nécessitera une compensation de la part de la personne en difficulté et une collaboration de son interlocuteur en vue d'assurer le maintien de l'échange. (*Exemple de stratégies compensatoires visant à maintenir son tour de parole : lever la main pour signaler le maintien du signal ; maintenir une certaine attitude corporelle ; éviter le contact visuel jusqu'à ce que le tour s'achève*).

Perkins (2001) insiste sur le fait qu'une participation même courte (tours minimaux) aux tours de parole suffit à maintenir ceux-ci et le flux conversationnel tout en contournant les difficultés linguistiques. (*Tours minimaux : « mm », « oui », « ah ! », régulateurs et indicateurs de la participation à l'échange*).

En analyse conversationnelle, on s'attardera donc sur la capacité des interactants à prendre ou à donner la parole au moment opportun et à compenser les défaillances.

La prise en compte de la personnalité des interactants ainsi que des conventions culturelles sera bien entendu essentielle à l'interprétation des observations.

#### **2.4.2 La gestion des thèmes**

Les thèmes renvoient aux sujets abordés pendant une conversation. Leur gestion revêt un caractère collaboratif c'est-à-dire qu'« *un thème ne peut être clos, introduit, poursuivi, développé, dévié que de façon coordonnée entre les participants* » (Traverso, 1999, cité par Metay Segui, 2008).

La gestion des thèmes est un bon indicateur de l'équilibre existant entre les participants et de « réussite conversationnelle ».

- **L'initiation** d'un thème est la proposition par un locuteur d'un sujet de conversation. Le thème sera introduit via une question ou une assertion. Il nécessite, pour sa continuité **la ratification (ou validation)** par l'autre participant, ce qui rééquilibre le rôle de chacun dans la gestion thématique.

Remarque : l'assertion est un phénomène interactionnel qui consiste à remplir l'espace verbal. Pour celui à qui elle est destinée, l'assertion est moins directive que la question (d'ailleurs plus rare en initiation thématique dans un contexte de conversation informelle).

Une absence d'initiation et /ou de ratification par l'un ou l'autre des partenaires est un frein à l'échange, voire une cause de rupture conversationnelle.

- **La clôture** du thème par l'un ou l'autre des participants découle d'un accord explicite (exprimée verbalement) ou implicite (par des silences ou absence d'indices de poursuite) entre les partenaires. Elle peut également survenir du fait d'une rupture due à des éléments extérieurs ou à la volonté d'un des partenaires.
- **Le maintien** du thème par les personnes est un élément clé à un échange abouti. Il est évalué par la capacité des interactants à maintenir une certaine cohérence et cohésion thématique.

Cette gestion thématique renvoie au respect des règles conversationnelles de Grice et au principe de coopération, à la base de toute interaction duelle.

**Le thème même de l'échange** est un élément d'analyse primordial pour l'interprétation des données : en effet, ce dernier, selon l'intérêt qu'il suscite ou pas chez les participants peut modifier considérablement l'investissement de l'un et/ou l'autre dans l'échange.

### **2.4.3 La gestion des réparations**

Pour reprendre les termes de Shlegoff (cité par Perkins,2001), « *les réparations sont les moyens utilisés au cours d'une conversation pour faire face aux incidents qui peuvent survenir et entraver plus ou moins définitivement l'échange* ».

Toute difficulté interactionnelle crée des malaises et apparaît comme socialement délicate pour celui qui en est l'auteur. Sa réparation est donc essentielle, du point de vue de la pérennité de l'interaction comme de celle de l'estime de soi.

Les stratégies de réparation sont utilisées par tous les sujets, qu'ils présentent ou non une pathologie du langage.

On distingue le signalement de l'incident (également appelé initiation de la réparation) de la réparation elle-même (appelée trajectoire de réparation) :

- **Le signalement** peut être effectué par l’auteur de l’incident (auto-initiation) ou l’interlocuteur (hétéro-initiation)
- **La réparation** sera, de la même façon, prise en charge soit par l’auteur de l’incident (auto-réparation) soit par son partenaire (hétéro-réparation).

Dans une conversation normale, le travail de réparation prend peu de temps (un ou deux tours de parole) et permet la poursuite de l’échange. Il s’agit pour la plupart d’auto-initiations et d’auto-réparations.

Face à des défaillances linguistiques de l’un ou l’autre des partenaires, le travail de réparation est plus fréquent, excède souvent deux tours de parole et doit, la plupart du temps, être réalisé collaborativement, voire pris en charge totalement par l’interlocuteur.

Parfois, face aux incidents qui se produisent, ces mécanismes réparateurs s’avèrent contre-productifs et sont eux-mêmes, à l’origine d’une nouvelle rupture conversationnelle : De Partz (2001) nous en donne quelques exemples :

- les interruptions intempestives ;
- les questions convergentes ;
- les corrections négatives.

L’étude des stratégies adoptées par les interactants lors de problèmes conversationnels apparaît comme fondamentale dans la compréhension des mécanismes interactionnels en jeu. Cette analyse nécessite en amont de mettre en lumière les difficultés intervenant dans l’échange pour chacun des participants.

L’analyse d’une conversation concerne la prise en compte de nombreux paramètres, s’influencent mutuellement et indispensables pour restituer une image fidèle de la situation interactionnelle à un instant donné. Si elle est initialement utilisée pour décrire l’évolution de la dynamique interactive de conversations ordinaires, certains auteurs tels que Lesser&Milroy (1993) ou Lesser&Perkins (1999) se sont intéressés à l’apport d’une telle méthode dans la rééducation de l’aphasie (Perkins, traduite par De Partz, 2001).

C’est au cœur de ces nouveaux types d’approches thérapeutiques que nous proposons de nous arrêter dans la seconde partie de cette assise théorique : nous évoquerons alors l’ensemble des

troubles communicationnels que peut rencontrer un patient cérébro-lésé et l'efficacité des thérapies actuelles, notamment celle de l'analyse conversationnelle dans la prise en charge de ces personnes.

## **Chapitre II : TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES CÉRÉBRO-LÉSÉES**

## **3. Troubles de la communication des personnes cérébro-lésées**

---

### **3.1 Évolutions théoriques du langage et de la communication**

#### **3.1.1 Introduction**

Ces dernières décennies, l'imagerie fonctionnelle a permis de comprendre combien le fonctionnement du cerveau est influencé en retour par ses échanges avec l'environnement.

Nous entrons en relation avec notre environnement via un langage très spécifique, dépendant de notre accès aux ressources cognitives elles mêmes pilotées par le cerveau. Les connexions neuronales complexes s'établissant d'un hémisphère à l'autre coordonnent ces ressources entre elles. (Gil, 2006). « *Toute activité cognitive est le résultat de l'activation de réseaux de neurones hiérarchisés* » (Chomel, Leloup, Bernard, 2010).

Ce langage constitue un des plus complexes systèmes de communication, donnant accès, non seulement à un échange d'informations, mais aussi à des connaissances, des intentions, à la possibilité d'agir sur autrui. « *Il transforme le mode d'appréhension du réel par l'homme* » (Lambert., 1995, cité par Dardier, 2004).

#### **3.1.2 Inter-connectivité des structures langagières et avènement des processus communicationnels**

Les travaux de Broca (1861) révélant l'existence d'une région impliquée dans le langage, située sur le cortex frontal inférieur gauche accordent un rôle leader à l'hémisphère gauche dans le fonctionnement langagier. Wernicke viendra confirmer ce postulat, en reliant les troubles de la compréhension aux régions de la partie postérieure du lobe temporal gauche. La mise en lumière par Gerwing d'une troisième aire langagière, le lobe pariétal inférieur, traitant informations multimodales, concepts et pensée abstraite, renforceront cette théorie.

Puis, la découverte d'une inter-connectivité des réseaux neuronaux, via les progrès de l'imagerie et de la neurochirurgie, viendront révolutionner cette conception bipolaire du langage: une

grande partie des aires cérébrales serait impliquée dans le processus langagier, ou susceptible de le devenir par le phénomène de plasticité cérébrale.

De plus, les avancées concernant l'aspect pragmatique du langage donnent à l'hémisphère droit et aux lobes frontaux une position essentielle dans l'activité de communication : quand l'hémisphère gauche, chez le droitier, va gérer l'organisation et le traitement du langage, la dextérité et l'activité gestuelle, l'hémisphère droit sera plus spécialisé dans les fonctions visuospatiales, attentionnelles et dans la reconnaissance des physionomies et le contrôle émotionnel (Gil, 2006). Si les lobes frontaux peuvent également intervenir dans le fonctionnement du langage formel (description proposée par Dewilde 1999 et cité par Dardier, 2004), ils semblent jouer un rôle moteur dans l'usage pragmatique du langage (Peter-Favre, 1995-1999, Dardier, 2001, cité par Dardier, 2004)

## **3.2 Étiologie des lésions cérébrales**

La lésion cérébrale, qu'elle qu'en soit sa cause, porte atteinte à l'intégrité des personnes qui en sont victimes.

Les troubles sensoriels, moteurs ou cognitifs qui en résultent varient le plus souvent en fonction de la zone cérébrale lésée et créent de réelles perturbations de la communication. L'étiologie de ces troubles est vaste, nous en donnerons un bref aperçu avant de nous arrêter plus précisément sur leur sémiologie.

### **3.2.1 Les Accidents Vasculaires Cérébraux**

A l'origine de 70% des lésions cérébrales acquises, un accident vasculaire cérébral est dû à une modification soudaine de l'irrigation cérébrale, par obstruction (accident ischémique), rupture d'une artère cérébrale (accident hémorragique) ou bien plus rarement thrombose veineuse cérébrale. 50% des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral conservent des séquelles, qu'ils soient traités ou non. L'installation des déficits est soudaine et brutale (Auclair, 2008).

### **3.2.2 Les traumatismes crâniens**

Ils touchent principalement les jeunes (moins de 30 ans) et les hommes (70%).

Les accidents de la voie publique en représentent les deux tiers, suivis des chocs, activités sportives et agressions.

Ils sont à l'origine d'hématomes intracérébraux (ou contusions), qui selon leur localisation cérébrale (cortex frontal, occipital, pariétal) entraînent des conséquences variables, passant d'un risque vital (hématome extradural) à un tableau aphasique très hétérogène (hématome sous-dural gauche).

### **3.2.3 Les pathologies dégénératives**

Certaines maladies provoquent une dégénérescence sélective, progressive et irréversible des neurones du système nerveux central, et donc des fonctions cognitives. Elles sont classées selon la répartition anatomique des lésions au sein du système nerveux. On rencontre :

- les démences vasculaires ;
- les pathologies corticales : maladie d'Alzheimer et dégénérescence lobaire fronto-temporale (avec démence fronto-temporale, aphasie primaire progressive, démence sémantique) ;
- les pathologies sous-corticales : maladie d'Huntington, maladie de Parkinson, paralysie supranucléaire progressive, atrophie multisystématisée ;
- les démences cortico-sous-corticales ; maladie à corps de Lewy, dégénérescence cortico-basale.

### **3.2.4 Les maladies infectieuses et inflammatoires**

#### ➤ La sclérose en plaques

C'est une maladie inflammatoire dégénérative provoquant une atteinte démyélinisante de la substance blanche du système nerveux central. Cette atteinte entraîne une atrophie cérébrale avec perte neuronale. Des troubles cognitifs en découlent avec une perturbation langagière plus rare (1%) (Chomel, leloup, Bernard, 2010).

#### ➤ Les infections

Une méningo-encéphalite infectieuse peut provoquer des lésions cérébrales, à l'origine de nombreuses complications neurologiques. L'infection au virus HIV est une cause importante de lésions du système cérébral.

### **3.2.5 Les tumeurs**

Une tumeur est une tuméfaction proliférant au sein du système nerveux ; sa localisation détermine les lésions cérébrales acquises.

Sa croissance crée des augmentations de pression entre les structures cérébrales. Inévitablement, le tableau évolue vers des troubles neurologiques hétérogènes, selon les zones ou les faisceaux touchés : les troubles du langage et/ou de la communication peuvent révéler le processus tumoral, si l'atteinte concerne une zone langagière ou en cas de lésion d'un faisceau de connexion. (Chomel, Leloup, Bernard, 2010)

### **3.2.6 L'épilepsie**

L'épilepsie est une maladie se manifestant sous forme de crises « épileptiques » provoquées par des décharges paroxystiques de certains neurones corticaux. Elle peut également survenir dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien ou une tumeur. Dans tous les cas, ces décharges peuvent provoquer des lésions irréversibles dans le cerveau, à l'origine de troubles neurologiques fluctuants, selon la localisation de la lésion. Le diagnostic repose sur la description clinique des crises (Auclair, 2008).

Toutes ces maladies entraînent des troubles sensoriels, cognitifs ou moteurs, consécutifs à des lésions de certaines zones, et responsables d'une perturbation langagière et/ou communicationnelle.

## **3.3 Troubles communicationnels consécutifs à une lésion cérébrale**

Les lésions touchent potentiellement n'importe quelle partie du système nerveux central contrôlant les différentes fonctions cérébrales. Nous nous efforcerons de balayer l'ensemble des fonctions touchées selon leur impact spécifique ou indirect sur les capacités communicationnelles. Nous informons le lecteur du manque probable d'exhaustivité en la matière, la sémiologie étant complexe.

### 3.3.1 Les troubles linguistiques

Les troubles communicationnels regroupent plusieurs types de troubles selon le niveau atteint, qui peuvent s'exprimer au sein de divers tableaux, aphasiques, dysarthriques ou autres. Nous développerons les troubles selon la typologie suivante :

- Les troubles des fonctions langagières regroupés sous le terme de **troubles aphasiques**.
- Les troubles liés à la parole : on parlera de **troubles dysarthriques**.
- Les troubles liés à la voix ou **troubles dysphoniques**.
- Les troubles liées à la communication au sens large lorsque le discours est atteint : certains auteurs énonceront des **troubles de la pragmatique ou de la communication**.

#### 3.3.1.1 Les troubles aphasiques

Il est communément admis de parler d'aphasie lorsqu'on aborde la notion de « troubles langagiers » : l'aphasie désigne les désorganisations du langage pouvant intéresser aussi bien son pôle réceptif qu'expressif, ses aspects parlés qu'écrits et en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques.

Ces désorganisations, non liées à une maladie mentale ni à atteinte intellectuelle, n'existaient pas antérieurement à la lésion ; elles se distinguent des défauts d'acquisition ou des troubles de développement du langage chez l'enfant et des perturbations du discours chez le psychotique.

Les troubles aphasiques découlant de ces désorganisations sont classiquement répertoriés par types d'aphasie, dont la classification la plus répandue est celle proposée par Lichtheim (1885).

Nous nous pencherons dans le cadre de notre exposé, plutôt sur l'analyse des perturbations des systèmes de représentations, que, selon les termes de Mazaux (2007), sur le regroupement des symptômes en syndromes.

#### ▪ **Les troubles de l'expression verbale :**

- Le manque du mot : difficulté à trouver les mots s'exprimant par des circonlocutions (tentative de définition du mot par des chemins détournés et inefficaces « tourner autour du pot »), une anomie ou des délais excessifs de réponse, des paraphasies sémantiques ou phonémiques (définies ci-dessous)..

- Les troubles phonémiques qui conduisent à une difficulté du choix et de l'agencement des phonèmes (bicuis à la place de biscuit) dans lesquels on retrouve **les paraphasies phonémiques** et le **néologisme** (mot très éloigné du mot cible, non compréhensible par l'auditeur).
- Les troubles sémantiques, ou paraphasies verbales liées au sens des mots et des phrases, dans lesquels on répertorie les **paraphasies sémantiques** (chat pour chien), **formelles** (bouton pour mouton), **ou verbales** (sans rapport sémantique : vélo pour chaise) et conduisant parfois à un **jargon** (le sens général de l'énoncé n'est plus perçu par l'auditeur).
- La dyssyntaxie et l'aggrammatisme : le patient ne maîtrise plus dans le premier cas la construction des phrases. Dans le second c'est l'utilisation des éléments constitutifs (article, verbe, adjectif) qui fait défaut, et réduit la fluence et l'informativité du discours.
- Les troubles phonétiques qui se produisent au niveau articulo-phonatoire par l'atteinte de la programmation des organes phonateurs. L'apraxie de la parole ou anarthrie pure en est le tableau extrême avec troubles prédominants de l'articulation et une désintégration phonétique.

L'anarthrie est considérée comme un trouble de la programmation motrice de la parole (Ziegler, 2002) ; souvent associée à une aphasie ou une dysarthrie, et caractérisée par un trouble phonémique et phonétique, **variable et aléatoire** (contrairement à la dysarthrie).

- Les troubles de la répétition marqués par une perturbation des capacités à répéter un segment linguistique entendu.
- Les persévérations : « répétition du même mot ou phrase, produits une première fois dans une situation appropriée puis de manière inadéquate par la suite. » (Brin, 2004). La persévération peut être écrite.
- Les phénomènes de répétition : **stéréotypie verbale** (production répétée voire continue des mêmes phonèmes, mots ou segments de phrases), **palilalie** (phénomènes de répétitions spontanées involontaires et itératives d'un même élément syntaxique),

**écholalie** (tendance incontrôlable du patient à répéter en écho les dernières paroles prononcées par l'interlocuteur) (Chomel, 2010).

- Une dissociation automatico-volontaire : certaines conduites gestuelles ou formules langagières automatiques sont préservées (formules de politesse, énumérations de chiffres, alphabet...) mais ne peuvent pas être exécutées volontairement ou sur demande.
- Une anomalie du débit verbal (ou fluence verbale) : la vitesse d'élocution est perturbée, entraînant dans les cas extrêmes une logorrhée ou un mutisme. On y retrouve des phénomènes d'écholalie ou de palilalie.

▪ **Les troubles de la compréhension orale :**

Le niveau de compréhension du patient est toujours difficile à appréhender et doit être déterminé par des évaluations précises. On gardera à l'esprit que les variations contextuelles et l'hétérogénéité des troubles peuvent venir biaiser l'évaluation et son interprétation. Il peut y avoir une altération de la compréhension au niveau :

- phonétique (au niveau du décodage du son) et phonémique (discriminer les sons, cas de la surdité verbale) ;
- sémantique (notamment dans le cas de phrases longues et/ou complexes) ;
- syntactique, concernant la nature des mots (verbes, sujets, articles) et des énoncés (interrogatif, affirmatif..), l'accès à la construction de phrases ambiguës (comportant des inférences) ou complexes.

▪ **Les troubles de l'écriture** (agraphie et hypergraphie)

La symptomatologie est identique à celle touchant le langage oral. On y rencontre selon le site lésionnel :

- une jargonographie ;
- des paragraphies sémantiques et phonologiques ;
- un manque du mot, des néologismes ;
- une dyssyntaxie et/ou un agrammatisme écrit ;
- une réduction de la fluence écrite.

▪ **Les troubles de la lecture et de la compréhension du langage écrit** (alexie)

Les perturbations de lecture peuvent concerner la lettre (alexie littérale), le mot (alexie verbale) ou les deux (alexie globale). Les perturbations en sont :

- une lecture à haute voix difficile voire impossible (cas de l'alexie centrale) ;
- des paralexies phonémiques et verbales ;
- jargon, dyssyntaxie et agrammatisme ;
- omissions, ajouts et néologismes ;
- un accès au sens difficile même sans la présence d'erreurs linguistiques à la lecture.

### **3.3.1.2 Les troubles dysarthriques**

« La dysarthrie est un trouble de l'exécution motrice de la parole dû à une atteinte du système nerveux et/ou périphérique » (Darley&Al., 1975, cité par Auzou, 2009).

La dysarthrie ne se limite pas à un trouble de l'articulation, elle intègre également les perturbations liées à la respiration, la phonation, l'articulation, la résonance et la prosodie. Grewel (1957) parlait de dysarthro-pneumo-phonie rendant compte des atteintes des différents niveaux de production de la parole, terme qui n'a pas été retenu dans la pratique courante.

Cette définition ne prend pas en compte les troubles mécaniques (fractures mandibulaires, fentes palatines...) retentissant sur la parole.

Il n'existe pas de classification qui repose sur une approche purement sémiologique. Les travaux réalisés par Darley&Al. (Auzou, 2009) ont permis de dégager les différentes perturbations présentes dans la dysarthrie en se basant sur une analyse perceptive des anomalies (respiration, phonation, résonance, articulation, prosodie). Les critères dysarthriques sont classés par famille, sous le terme de « Cluster ». L'identification de ces derniers est à l'origine de la classification par type de dysarthrie, actuellement la plus répandue (Auzou, 2009). Nous nous référerons aux clusters pour une présentation des différents troubles dysarthriques rencontrés.

#### **▪ L'excès ou l'insuffisance prosodique :**

Les éléments prosodiques ne sont plus contrôlés. On va retrouver selon les cas :

- une intensité trop forte ou trop faible, et des variations d'intensité excessives ;
- une pauvreté des modulations de la voix (monotonie) ;
- une diminution ou au contraire une augmentation de l'accentuation ;
- une absence des ponctuations verbales ;
- un allongement des pauses et/ou des silences inappropriés ;

- une variation du débit verbal, entraînant un discours logorrhéique ou très ralenti ;
- un allongement des phonèmes inapproprié.

▪ **La sténose ou l'incompétence phonatoire :**

Elle diffère des troubles dysphoniques du fait de son origine motrice et non physiologique et ont pour conséquence:

- une hypernasalité (qui influe également sur l'intelligibilité) ;
- une respiration audible ;
- des phrases courtes par incoordination du souffle en fin de phrase ;
- une voix soufflée, rauque ou forcée ;
- un affaiblissement ou une rupture de la hauteur vocale ;
- des arrêts vocaux.

▪ **Une imprécision articulaire constante :**

La constance des troubles les différencie des troubles phonétiques « aphasiques ». Ce phénomène renvoie au degré d'intelligibilité et est caractérisé par :

- une distorsion des voyelles ;
- une imprécision des consonnes ;
- une hypernasalité.

La diversité des troubles dysarthriques génère une réelle difficulté de communication pour les patients qui en sont atteints, et une altération de la compréhension du message émis par l'interlocuteur.

### **3.3.1.3 Les troubles dysphoniques**

La dysphonie fait référence aux troubles de la voix parlée : il s'agit d'un trouble spécifique et isolé de la voix qui correspond à une altération du geste vocal en l'absence de perturbation organique permanente des organes phonatoires.

Chez les cérébro-lésés, ce trouble se rencontre secondairement à une lésion de la glotte, générée par l'accident ou la prise en charge médicale (intubation), ou suite à une paralysie des organes phonateurs. Le contexte psychopathologique ne doit pas être négligé, pouvant déclencher ou aggraver la pathologie vocale.

Plus précisément la dysphonie touche la voix parlée, projetée et chantée, altérant la hauteur, le timbre et l'intensité.

- **Dans les troubles dysphoniques d'origine traumatique**, on observera les mêmes signes que dans la sténose phonatoire :
  - une voix soufflée, chuchotée, voilée ou au contraire rauque, éraillée ;
  - une intensité faible ou trop forte ;
  - une altération du timbre : rauque ; éraillé, serré, avec désonorisations ;
  - une respiration inversée et une hypernasalité ;
  - une mélodie faible et pauvre ;
  - des attaques en début de phrase (coups de glotte) ;
  - une accélération du débit.
  
- **Dans le trouble dysphonique d'origine fonctionnelle**, les perturbations sont d'ordre « psychologique » ou « spasmodique » : liées à la pathologie lésionnelle et/ou à l'état physique de la personne (les troubles spasmodiques sont fréquemment rencontrés chez les personnes âgées). La voix est heurtée et produite avec effort, tremblotante. Elle peut présenter un pseudo-bégaiement.

#### **3.3.1.4 Les troubles pragmatiques ou « de la communication »**

« *Les lésions cérébrales sont à l'origine de déficits pragmatiques nombreux, variables et hétérogènes* » (Joanette, Goulet & Daoust, 1991).

La personne est touchée dans sa capacité à entrer et se maintenir en contact avec les autres, sur le plan verbal et non verbal. Dans le domaine thérapeutique, ces troubles sont encore mal appréhendés, par manque d'informations et d'outils rééducatifs.

On parle souvent de *troubles du langage dits « non aphasiques »* (Mazaux, 2007), c'est-à-dire une atteinte des capacités de communication sans trouble fonctionnel du langage.

Les traumatisés crâniens en sont fréquemment victimes avec « *une communication verbale, au stade séquellaire, gravement perturbée, altérant le discours, et menaçant les interactions sociales* » (Aubert et coll, 2004). Aubert et coll. (2004) ont mis, par ailleurs, en exergue l'importance des déficits non verbaux chez des patients victimes de lésions multifocales.

D'autres auteurs préciseront: « *Il n'y a pas lieu de considérer comme aphasiques ou handicapés linguistiques les seuls porteurs de lésions hémisphériques gauches* » (Goulet, Hannequin, Joanette, 1991).

▪ **Troubles du traitement sémantique des mots :**

Certains patients auront des difficultés à comprendre ou à utiliser des mots de faible occurrence, moins concrets ou dont la représentation par l'image est difficile.

Dans un contexte d'utilisation métaphorique, les ressources sont également affaiblies. Le patient ne perçoit pas le sens de seconde nature du mot employé. (*ex : chaleur, pour le côté affectueux des personnes entre elles*) (Brownell& al. 1990, Gagnon&al, 2003).

Les capacités métaphoriques sont d'autant plus touchées que la situation de communication est complexe (Monetta , Champagne, 2004).

Dans l'analyse de la nature du déficit, il faut intégrer le fait que l'atteinte peut être d'ordre lexico-sémantique ou due à des ressources cognitives plus faibles.

▪ **Troubles des habiletés discursives :**

En dehors de toute atteinte purement linguistique et praxique, on observe une altération de certaines compétences verbales et non verbales venant perturber le discours de la personne cérébro-lésée.

➤ Au niveau verbal, les altérations concernent:

- ↳ un appauvrissement du discours, des phrases inachevées, des silences prolongés, une a-spontanéité (notamment en cas de lésion frontale) ;
- ↳ une logorrhée incontrôlable (lésions temporales) du fait d'une incapacité d'inhibition ;
- ↳ une altération de l'informativité avec un discours confus, imprécis, voire inexact ;
- ↳ des réponses confabulatoires violant les règles de sincérité du discours.

➤ Au niveau non verbal ou para-verbal, les études récentes (Aubert&coll. 2004) révèlent :

- ↳ une inadéquation ou une absence de tout ou partie des gestes communicationnels (emblématiques, illustateurs, régulateurs, adaptateurs), du regard et des expressions faciales « entraînant un appauvrissement du sens des

messages verbaux, une absence d'émissions de feedback, une perte du statut d'interlocuteur » (Rousseaux et Al. 2000) ;

- ↳ une inadéquation de la posture ;
- ↳ des perturbations au niveau de la prosodie émotionnelle, touchant les modalités d'expression et de compréhension (Théroux, 1987) : l'intonation apparaît inadaptée à l'intention communicationnelle, l'intensité trop forte ou trop faible, le débit perturbé.

➤ Dans la gestion conversationnelle, on rencontre fréquemment :

- ↳ un non respect du principe des tours de parole avec absence de prises de parole ou interruptions intempestives ;
- ↳ une difficulté voire une incapacité à initier, maintenir ou clôturer un thème.

De Partz (2001, cité par Lissandre 2007) nous rappelle à ce titre la difficulté des patients « frontaux » et/ou des traumatisés crâniens à respecter l'alternance des rôles, à maintenir un thème, à prendre en compte tous les aspects de la pragmatique et qui semblent « parler mieux qu'ils ne communiquent ».

Ces caractéristiques sont, bien entendu à mettre en lien avec la personnalité d'origine de l'individu concerné, la sévérité des troubles dysexécutifs associés et le contexte au sein duquel elles sont observées.

#### ▪ **Troubles des habiletés pragmatiques :**

Ces troubles sont très invalidants dans le rapport aux « autres ». Ils concernent :

- Des capacités d'inférences réduites : les processus inférentiels sont présents et requis dans les conversations les plus ordinaires. Les cérébro-lésés (droits notamment) capteraient le sens littéral de l'énoncé sans pouvoir confronter ce qui est dit à ce qui est réellement signifié, et ce, sur les bases « d'informations logiques, contextuelles ou situationnelles. (Champagne-lavau, 2001 citée par Nespoulous, 2008). Ces difficultés seraient à l'origine de :
- ↳ difficultés de compréhension de l'humour ;
- ↳ troubles du traitement des actes indirects de langage c'est-à-dire lorsque l'intention de communication n'est pas exprimée explicitement par le message verbal ;

↳ difficultés à comprendre les métaphores.

- Des difficultés d'attribution d'un état mental à l'interlocuteur (croyances et connaissances d'arrière plan). Ces caractéristiques remettent « la théorie de l'esprit » au premier plan dans la compréhension des actes de parole : « *À travers les expressions faciales, le regard, la modulation prosodique, les gestes d'accompagnement, la posture, s'organise une fonction clé de la communication sociale qui soutient l'interaction et contribue à l'attribution d'un « état mental » du locuteur vers l'interlocuteur et vice versa* » (Aubert&coll.2004). on retrouve ces déficits aussi bien chez les cérébro-lésés droits que frontaux (Champagne –Lavau, 2007, cité par Nespoulous, 2008).

Si le patient ne rencontre pas l'intégralité des tableaux précités, on ne doit pas perdre de vue que certains dysfonctionnements peuvent en entraîner d'autres et les profils s'avérer très hétérogènes, indépendamment de tout diagnostic posé.

D'autre part, le patient peut être victime de désordres cognitifs, notamment exécutifs et moteurs, venant fragiliser d'autant ses difficultés de communication.

### **3.3.2 Les troubles cognitifs non langagiers**

Dans la plupart des cas de lésion cérébrale, le patient connaîtra des désordres cognitifs fluctuants et variés, créant des difficultés d'adéquation dans les échanges quotidiens. On relève le plus souvent :

- **Des troubles de la mémoire :**

On distingue plusieurs niveaux de traitement mnésique, situés dans différentes régions du cortex et susceptibles d'être atteints :

- la mémoire épisodique, verbale et visuelle, qui a trait aux souvenirs teintés d'une valeur affective ; elle s'accompagne d'un état de conscience particulier ;
- la mémoire sémantique, qui stocke des connaissances générales sur le monde ;
- la mémoire de travail : indispensable dans l'encodage, son atteinte affaiblit considérablement les capacités de rétention et de traitement des informations entendues ainsi que l'élaboration des messages transmis ;

- la mémoire procédurale : elle fait appel à des procédures automatisées et conditionnées, non volontaires et apparaît moins fréquemment atteinte.

Ces dysfonctionnements mnésiques peuvent être à l'origine de comportements de confabulation, de fausses reconnaissances, d'oublis à mesure ; les discours témoignent alors d'une réalité inventée et viennent, involontairement, violer les règles conversationnelles de sincérité et de fidélité chères à Grice.

- **Des troubles de l'attention :**

Ils relèvent des troubles exécutifs et sont intrinsèquement liés à des facteurs neurologiques (atteinte des centres nerveux), psychiques (motivation, disponibilité), sensoriels (vue, ouïe) et intellectuels. Leur présence entraîne l'incapacité à se centrer sur quelque chose ou quelqu'un (attention soutenue), à se situer dans un contexte donné et dans une relation précise à l'objet ou l'interlocuteur (attention sélective ou partagée), dans le but de recueillir des informations ou effectuer une tâche précise (Brin, 2004).

- **D'autres troubles dysexécutifs** mettant en scène une réduction de la flexibilité mentale, des troubles de la planification, de l'exécution de tâches et d'actions (dont inhibition motrice dans la parole). Rappelons que les fonctions exécutives sont nécessaires au contrôle et à la réalisation des comportements dirigés vers un but (Brin, 2004).

- **Des troubles praxiques :**

Ils se définissent par une incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne et en dehors de toute atteinte motrice, sensitive ou intellectuelle. On y distingue principalement:

- l'apraxie gestuelle : c'est une perturbation de l'activité gestuelle, intégrant les apraxies idéatoires (trouble de la réalisation d'une conduite, enchaînement de gestes incohérent, incapacité à manipuler des objets), idéomotrices (gestes moteurs simples perturbés, notamment gestes d'imitation, gestes symboliques), motrices (impossibilité de programmation - ex : tourner ses paumes de main en alternance), de l'habillage, de la marche ;
- l'apraxie constructive : son déficit est lié à un désordre de la perception de l'espace, à l'altération du traitement visuo-spatial ;

- l'apraxie bucco faciale : « *trouble portant sur l'exécution volontaire des mouvements de la langue et de la bouche* » (Brin, 2004); la réalisation peut être effective de manière automatique (dissociation automatico-volontaire).

- **Des troubles gnosiques :**

Ils correspondent à des défaillances dans le système de reconnaissance. Nous citerons les plus invalidants dans la communication :

- l'agnosie visuelle : trouble de la reconnaissance des objets ;
- l'agnosie auditive : trouble de l'intégration auditive (des perceptions sensorielles élémentaires) ;
- l'anosognosie : méconnaissance ou déni par le patient de son affection ;
- la prosopagnosie : incapacité à reconnaître les visages, même familiers.

### **3.3.3 Autres troubles associés**

- **Les troubles visuels et auditifs** (hémianopsie latérale homonyme, surdité, hypoacousie).
- **Les troubles moteurs ou sensitifs** (hémiplégie ou hémi-parésie, paralysie faciale).
- **Les troubles de l'humeur et de la personnalité** : des comportements de d shinibition ou d'inhibition, d'apathie, de dépression post-lésionnelle (composante réactionnelle biologique), d'impulsivité peuvent être rencontrés, témoins d'une inadaptation sociale des personnes : on parle aussi de troubles de la cognition sociale.
- **Les troubles psychopathologiques**, survenant plus tardivement, en lien avec les affections neurologiques chroniques ; le handicap et le changement radical de vie et d'intégration sociale (dépression, peur de dégradation, perte de l'estime de soi, retrait de la vie sociale).

Au vu de la diversité et la complexité de ces troubles, une prise en charge globale, transversale et précoce se doit d'être mise en place, visant à la fois la restauration et/ou la compensation, quand cela est possible, des fonctions langagières, et la réinsertion du patient dans son environnement.

## 4. La prise en charge orthophonique des patients cérébro-lésés

---

Les troubles que nous venons de décrire entraînent irrémédiablement des conséquences douloureuses dans la vie du patient et de ses proches : les séquelles multiples, d'ordre sensoriel, physique, psychique et cognitif bouleversent la vie des personnes atteintes, provoquant changements et ruptures dans leur vie sociale, familiale et professionnelle.

La prise en charge orthophonique, historiquement axée sur la restauration des troubles cognitifs du patient, a peu à peu évolué vers une approche plus fonctionnelle, intégrant le contexte de vie quotidienne du patient et ses proches.

Les thérapies cognitives s'avèrent nécessaires et efficaces dans la rééducation des troubles linguistiques, proposant une stimulation intensive via des outils thérapeutiques facilitateurs, telle que la TMR Thérapie Mélodique et Rythmée (Van Eckhout 1995), et des stratégies de réorganisation des fonctions. Certains auteurs (Mazaux, Pradt-Diehl, Brun, 2007) soulignent néanmoins leurs limites dans les cas les plus graves où de nombreuses perturbations co-existent et où la communication est bloquée.

Elles vont être alors complétées par des thérapies axées sur la dimension du sujet aphasique, ses capacités résiduelles et ses compétences pragmatiques.

### 4.1 L'approche fonctionnelle et pragmatique

Née du postulat que le « langage n'est pas le seul moyen de communiquer » cette approche vise « l'efficacité communicative globale dans différentes situations réelles ou stimulées de la vie quotidienne » (De Partz, 2006). La thérapie qui en découle s'intéresse à la dimension pragmatique du langage.

Elle prend acte de la nouvelle définition du handicap proposée par la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé en 2000, qui stipule que l'évaluation doit porter sur :

- **les déficiences du langage, de la communication et des troubles cognitifs associés**, c'est-à-dire une évaluation cognitive
- **les limitations d'activité de la communication**, le statut psychologique, le désavantage et la qualité de vie, c'est-à-dire le bilan de la personne.

Par ailleurs, le **PQVS** (profil de qualité de vie subjective des patients aphasiques) de Gerin et Al (1991, cité par Mailhan et Azouvi, 2005) met en corrélation le bien être d'un patient avec quatre grands domaines : affectif, relationnel, spirituel et matériel. L'identité de la personne est toute aussi importante que l'intégrité de ses capacités physiques.

La thérapie fonctionnelle s'attache « aux limitations d'activités et aux restrictions de participation autant qu'aux déficiences » (Mazaux, Pradt-Diehl & Brun, 2007).

#### **4.1.1 Des outils augmentatifs et alternatifs**

On assiste, dans les années 1970, à la mise en place de stratégies dites « augmentatives et alternatives », se tournant vers des comportements communicatifs multifactoriels.

Différents outils d'aides à la communication (Lissandre, 2007) sont alors proposés : langages gestuels (langue des signes), mimogestualité (Cubelli 1991), aides visuelles (Visual Action Thérapy, élaboré par Helm & Baresi en 1982), aides techniques (téléthèses, ordinateurs, synthèse vocale). Leur but est de contourner le handicap aphasique par le biais des canaux paralinguistiques ou non verbaux, afin de retrouver une possibilité de transmettre une information, traduire une pensée, de comprendre les intentions de l'autre, malgré les altérations de la compréhension et de l'expression de la partie verbale des échanges.

Ces stratégies sont notamment utilisées dans les situations référentielles thérapeutiques comme la PACE (décrite ci-après). Elles s'avèrent toutefois parfois peu accessibles au patient en raison d'un apprentissage laborieux, d'un coût financier élevé (téléthèses, ordinateurs) ou du fait de l'impossibilité « physique » de leur utilisation par le patient (troubles visuels, praxiques).

**Le carnet de communication** (Seron 1996) est un des moyens alternatifs les plus reconnus. Répertoire d'informations représenté sous forme d'images, de photos, de pictogrammes, de dessins ou symboles (Seron, 1996), il prend tout son sens dans les cas d'aphasie sévère où les échanges sont bloqués. Son but n'est pas de « soigner » le langage, mais de rompre l'isolement et de relancer une communication avec les proches.

### **4.1.2 Des techniques fonctionnelles**

- **La situation de communication PACE** (Davis et Wilcox, 1985) est une situation d'interaction référentielle en conversation duelle. La prise en charge se veut pragmatique et privilégie l'efficacité, l'échange d'informations, l'alternance des rôles ; elle incite le patient comme l'interlocuteur à adopter des stratégies alternatives (comme celles développées ci dessus) quand la communication échoue (Chomel 2010). La forme est sacrifiée au profit du message ; on cible la performance communicationnelle. Les techniques PACE sont également utilisées pour la prise de conscience du trouble et la rééducation du discours dans le cas de troubles légers (Mazaux, 2008).
- **Les jeux de rôle**, proposés en rééducation individuelle ou en thérapie de groupe.

C'est la question de la fragilité du transfert des acquis dans la vie quotidienne qui a amené les professionnels à s'intéresser, dans l'esprit de l'approche fonctionnelle, vers des thérapies interactives, impliquant activement la famille et les proches.

## **4.2 L'approche dynamique interactive**

L'approche dynamique interactive (De Partz, 2001) s'inscrit dans une démarche fonctionnelle et écologique et vient enrichir les précédentes techniques de prise en charge. Elle se veut répondre aux difficultés rencontrées par l'entourage dans la communication avec la personne victime d'une lésion cérébrale via une analyse détaillée des interactions naturelles et une évaluation de l'impact des troubles cognitifs sur ces dernières.

*« Ces études présentent l'intérêt de pouvoir s'adresser aussi bien aux aphasiques, qu'aux cérébro-lésés droits et qu'aux patients victimes d'un déclin cognitif ».* (De Partz, 2001).

## **4.2.1 Impact des troubles cognitifs et communicationnels sur l'entourage**

La lésion cérébrale est source de rupture familiale. Toute la vie de la personne et de ses proches est désorganisée du fait d'un bouleversement de sa vie professionnelle, de sa perte d'autonomie, du changement dans ses relations sociales et dans les regards extérieurs, notamment du partenaire de vie.

### **4.2.1.1 Au niveau du patient :**

*« L'aphasique a un trouble acquis du langage qui masque une compétence communicationnelle révélée normalement dans la conversation, créant des barrières à la vie sociale et à la participation dans la communauté »* (Kagan, 1995, cité par Parent, 2001).

Devant une incapacité à communiquer, le patient s'exclut et/ou est exclu du monde des relations interpersonnelles. L'incompréhension des autres vis-à-vis de son handicap ne facilitera pas sa réinsertion.

Citons ainsi quelques témoignages révélateurs de cette situation :

*« J'avais l'impression d'être enterrée vivante »* (Gil, 2006).

*« On se sent comme dans une cave, on entend sa voix comme dans un précipice. On a peur des gens, on ne veut plus sortir seul »* (L.M – brochure d'information aphasie – Québec 2007).

La population touchée concerne de plus en plus les personnes âgées (du fait de l'accroissement de la durée de vie). Les objectifs thérapeutiques doivent s'adapter à une motivation moindre, des ressources affaiblies et à un isolement social menaçant. L'accent doit être porté sur une relation chaleureuse, affective (Parent, 2001). Dans ce contexte plus que tout autre, la mobilisation des proches est primordiale pour valoriser les capacités du patient et l'aider à conserver une place sociale.

### **4.2.1.2 Au niveau des proches et de la sphère familiale**

Une étude (CRAM Rhône Alpes, 2003) révèle la grande souffrance exprimée par les familles : 68% des familles pensent que leur situation personnelle a changé de façon négative depuis l'accident, et pour 73% des conjoints, leur mode de vie s'est radicalement détérioré. La survenue de l'accident génère un contexte d'anxiété majeure (Parent, 2001).

La modification des rôles au sein de la famille et la transformation progressive du mode réactionnel de la personnalité du conjoint conduit à une inadaptation familiale dans 60% des cas (Ducarne, 1988, cité par l'étude de SOFMER, 2011) : l'apparition de comportements de surprotection ou d'attentes démesurées menace l'équilibre de l'échange et l'identité du patient.

« Parmi les facteurs favorables à l'évolution des personnes cérébro-lésées, l'environnement familial apparaît au premier plan » (CRAM Rhones Alpes, 2003) : l'implication récente de la famille dans les projets de soin vise la création de lien, l'information, le conseil, l'entraînement, l'évaluation mais aussi l'accompagnement. On pourra citer dans ce contexte les plans d'action « d'aide aux aidants » bien développés pour la maladie d'Alzheimer mais aussi pour l'aphasie (Plan Aphasie/ Plan Alzheimer). La démarche apporte des conseils précieux aux proches mais n'a pas vocation à impliquer ceux-ci dans la thérapie de manière active et concrète.

La SOFMER (2011) témoigne de l'insuffisance voire du caractère anxiogène de la simple remise de livrets d'informations aux familles.

#### **4.2.1.3 Au niveau des professionnels :**

Les aidants professionnels au contact des personnes cérébro-lésées sont souvent surmenés et mis en difficulté. Cependant, les études et travaux sont rares concernant leur besoins et, sur le terrain, l'information sur les déficits et sur les prises en charge font cruellement défaut.

Les recherches concernant notamment les lésions droites et frontales sont encore peu abouties et le traumatisme crânien est une entité encore méconnue du monde médical non spécialisé.

Il reste extrêmement délicat pour le clinicien de distinguer des problèmes purement langagiers ou en lien direct avec la « compétence communicationnelle » d'autres atteintes plus frontales et/ou psychotiques.

Une étude de 2005 (Gordon, 2009) a montré que les interactions des soignants au sein des institutions n'étaient pas adaptées aux difficultés du patient aphasique, s'appuyant davantage sur un mode fonctionnel et négligeant les termes psycho-affectifs.

« La détresse des aidants semble en partie liée à leurs capacités stratégiques pour faire face à une situation éprouvante » (North, 2007).

A ce jour, certaines études (CRAM Rhone Alpes 2003, SOFMER, 2011, North, 2007) montrent donc qu'il reste un besoin prégnant concernant une prise en charge personnalisée intégrant l'entourage, concernant l'amélioration de la qualité de vie et du regard d'autrui.

## **4.2.2 La collaboration interactionnelle entre un patient et son partenaire de conversation**

Le trouble de communication est un phénomène « *qui se situe au cœur même de l'interaction et qui a à se construire avec les ressources collaboratives de tous les participants* » (Goodwin 1995, cité par Perkins, 2001). Kagan (1995, cité par Parent, 2001), parle de « révéler les compétences communicationnelles de l'aphasique via le savoir-faire de l'interlocuteur ».

Les défaillances linguistiques et communicationnelles, non compensées par le patient, doivent être supportées par la contribution du partenaire, qui ne trouve pas toujours de stratégies adaptées. Cette situation conduit à une rupture de l'échange et au découragement de l'interlocuteur.

Depuis la fin du 20ème siècle, les expériences et les travaux s'intéressent à la nature collaborative des échanges entre le patient et son conjoint :

- **Le travail sur les scénarios**, proposé par Milman et Holland (, consistant en une anticipation des difficultés par le patient et une mise en situation avec son proche.
- **Les stratégies de contournement** qui prennent en compte les besoins psycho-affectifs, les demandes du patient et des proches, la qualité de vie ; elles accompagnent les familles vers « une nouvelle forme de communication, un nouveau mode de vie, un devenir autre, à l'instar du temps d'avant, de la récupération ou de la réparation » (Parent, 2002).  
L'Aphasia Toronto Center propose ainsi une formation à la communication des personnes en contact avec des personnes aphasiques (MP Parent, 2002).
- **Le travail sur les stratégies** incitant le patient et les proches à utiliser des outils de facilitation (concept de Conversational coaching de Holland, 1991). Après avoir identifié avec eux leurs stratégies de communication en conversation (C.A.D.L de Holland, 1980) et en avoir évalué leur efficacité ou leur inefficacité, on propose au patient une phase de travail puis une phase d'entraînement.
- **L'analyse des conduites verbales** (Diller&Al., 1974) entre conjoints dont l'objectif (comme chez Holland) était de proposer par la suite un apprentissage des principes de modifications des comportements. Les conjoints impliqués dans ce processus semblaient mieux comprendre les problèmes posés par l'aphasie et développaient des attentes plus réalistes car ils se sentaient utiles auprès de leurs conjoints « malades ».

### **4.2.3 L'analyse conversationnelle : une technique thérapeutique**

Face aux déséquilibres constatés dans les échanges avec ses proches, l'analyse conversationnelle permet de comprendre les contributions et stratégies développées respectivement par la personne cérébro-lésée et ses partenaires conversationnels (Mirloy& Perkins, 1992, cités par Perkins, 2001).

C'est un outil d'évaluation et/ou d'observation clinique de type qualitatif (Perkins, 2001) dont l'objectif est d'« *outiller les partenaires de conversation à travers une approche sociale* » (Gonzalez, Brun, 2007).

La technique de l'analyse conversationnelle se démarque du clivage existant dans la prise en charge des pathologies, se focalisant davantage sur l'ensemble de phénomènes fonctionnels et dysfonctionnels interagissant les uns avec les autres que sur un profil symptomatologique.

Elle consiste, pour reprendre les termes de De Partz (2001) à « *obtenir une description précise de la manière dont les interlocuteurs, patients et proches, collaborent à la réussite de la conversation, et ce, en tenant compte des interruptions et des recouvrements d'informations, du partage des temps de parole et surtout de la gestion qui est faite des réparations suite aux problèmes qui peuvent survenir en cours de conversation et entraver plus ou moins définitivement sa progression* ».

Les stratégies d'autoréparations du patient sont mises à mal par ses déficits linguistiques et doivent être compensées, voire totalement prises en charge par le partenaire.

Dès lors, De Partz attire notre attention sur le fait que l'intervention rééducative portera davantage sur le partenaire que sur le patient, par la prise de conscience des comportements inefficaces et la proposition de stratégies adaptées aux situations rencontrées.

L'analyse conversationnelle permet également de révéler l'importance des comportements sémiotiques non verbaux quant à l'élaboration et à la transmission du sens. Rappelons à ce titre l'étude de Mehrabian (1972, cité par Lissandre & al. 2007) qui a constaté que 90% du contenu émotionnel du message est véhiculée par les canaux non verbaux et paraverbaux.

Par ailleurs, la technique, appliquée à différents intervalles de la prise en charge, présente l'intérêt de mesurer l'impact de l'intervention sur les interactions futures.

#### **4.2.4 Quelques applications cliniques de l'analyse conversationnelle**

- **Les travaux de Lesser et Algar (1995)** portant sur des patients aphasiques, ont permis de relever les incidents les plus fréquents et les stratégies de réparation efficaces et non efficaces de chaque partenaire. Sur cette base renforcée par une schématisation des troubles rencontrés et d'extraits de conversation illustreurs, des conseils spécifiques ont été prodigués aux partenaires quant aux stratégies compensatoires efficaces :
  - face à un trouble sémantique, vérifier la compréhension du message en reformulant ;
  - face à un déficit phonologique, formuler des hypothèses / laisser du temps au partenaire.

Deux mois plus tard, les échanges se trouvent améliorés, malgré une stagnation des performances langagières des patients.

- **Perkins et ses collaborateurs (1999)** ont dégagé, dans l'analyse des interactions de couples de patients aphasiques des mécanismes interactionnels récurrents et inefficaces chez les conjoints :
  - face au manque du mot du patient, le conjoint fournit des indices incitant le patient à produire le mot cible, pourtant identifié de part et d'autre, et crée ainsi des séquences de réparations inutiles.
  - face à un jargon du patient, le partenaire use d'une demande de répétition neutre ou question ouverte (quoi ?) inefficace, sans pouvoir accéder à des indices chez le patient susceptibles d'optimiser la stratégie de réparation.

Le trait constant ici est l'absence de principe de collaboration dans la résolution des réparations et l'utilisation du seul canal oral.

- **L'analyse des interactions** entre équipes soignantes et patients en 2005 (Gordon, 2009) a mis en exergue une asymétrie dans l'interaction : les équipes soignantes contrôlaient les thèmes et entraînaient un faible taux de participation aux tours de parole des patients.

- **Un protocole d'intervention clinique** dans ce même domaine (Dit Dinard 2008 ; Colun 2008) a été proposé à un patient aphasique et son conjoint à travers des situations d'abord référentielles, puis naturelles. Il a été investi par le couple et s'est révélé bénéfique sur plusieurs points :
  - les troubles du patient ont été abordés concrètement avec le conjoint, en situation d'échange et en a permis une meilleure compréhension et assimilation par ce dernier ;
  - le conjoint a été reconnu dans son rôle d'acteur crucial vis-à-vis de son partenaire et sa souffrance a pu être verbalisée et entendue par les thérapeutes ;
  - l'analyse a fourni des pistes de travail pour la rééducation cognitive classique, mettant en avant les déficits les plus invalidants dans l'interaction ;
  - les commentaires des conjoints attestent d'une meilleure gestion conversationnelle.
  
- **Wilkinson et coll.** (2011) ont collecté des échanges naturels d'un couple, dont un partenaire était aphasique, à son domicile, avant et après intervention thérapeutique. Après avoir analysé que le patient avait du mal à initier les thèmes, le thérapeute a entraîné le couple à produire ces thèmes ensemble, dans une démarche collaborative et pas à pas. Après l'intervention, il est apparu que le couple utilisait maintenant cette méthode, selon une voie quelque peu différente par rapport à ce qui avait été travaillé en séance. Cette expérience montre la capacité d'appropriation des techniques et l'adaptation que les personnes en font selon leurs fonctionnements personnels.
  
- **Trincherro** (2009) et **Metay-Segui** (2009) ont réalisé des analyses de corpus d'interactions de couples dans le cadre de leurs mémoires en orthophonie :
  - La première étude, portant sur une patiente dysarthrique et son conjoint, a permis une analyse fine des attitudes, des postures, des actes de langage, de la gestion des thèmes et réparations et a montré globalement que :
    - ↳ l'installation proxémique ne favorisait pas une optimisation de l'échange ;
    - ↳ le matériel non verbal était peu investi par la patiente et très présent chez son époux ;
    - ↳ la patiente participait peu à la dynamique de l'échange mais s'impliquait dans l'interaction par la production de régulateurs, de gestes non-communicatifs, « d'adoucisseurs », destinés à compenser ses « ratés conversationnels » ;
    - ↳ les incidents produits (pauses trop longues, interruptions) étaient correctement réparés (en 2 ou 3 tours maximum) et ne mettaient finalement pas à mal l'interaction.

- La seconde étude concernant un patient aphasique et son épouse met en exergue :
  - ↳ la dissymétrie de l'échange et le rôle essentiel de l'épouse dans la conversation ;
  - ↳ l'activité régulatrice présente du patient, malgré un comportement passif dans l'échange ;
  - ↳ les stratégies mises en place de part et d'autre : importance de la posturo-mimo-gestualité chez le patient, (par ailleurs ignorée et quasi-inexistante chez l'épouse), soutien du regard et fréquence des pauses chez l'épouse, utilisation de questions et de reformulations destinées à collaborer aux réparations.

Cette dernière analyse a permis, par ailleurs, **de dégager des critères pertinents pour l'observation clinique des interactions** entre patient aphasique et son partenaire.

### **4.3 Les outils existants au sein de l'approche fonctionnelle**

S'il existe de nombreux outils fiables et reconnus au sein de l'approche pragmatique, la dimension interactive est peu encore abordée en clinique, et ses instruments de mesure restent rares.

#### **4.3.1 Les outils évaluant les compétences pragmatiques du patient**

Le « **Pragmatic Protocol** » de Prutting et Kirchner (1983) se présente comme une grille d'analyse des comportements non verbaux et mesure la capacité à réaliser des actes de langage variés. Elle est construite sur des bases théoriques solides mais apparaît cependant incomplète par l'absence d'évocation des règles conversationnelles de GRICE, du contexte de recueil de données et d'autres modalités langagières plus précises.

Le **P.C.F** (Profil de Communication Fonctionnelle de Sarno, 1969) propose d'évaluer 45 comportements reflétant des conduites langagières de la vie quotidienne, le temps d'un échange informel avec le patient. L'outil, novateur dans le domaine, approche les conditions naturelles

d'échange, le thérapeute se positionnant en tant qu'interlocuteur vrai, sans prendre de notes. En revanche, il se focalise principalement sur les modalités langagières, passant sous silence les compétences pragmatiques (ou communicatives).

**Le CADL** (Habilités Communicatives de la Vie Quotidienne - Holland, 1980, 1999) est le premier instrument de mise en situation, destiné à mesurer objectivement l'efficacité de la communication dans la vie quotidienne. Sensible et fiable, son cadre d'utilisation s'avère néanmoins rigide et coûteux en temps d'analyse.

**L'ANELT** (Test de langage de la vie quotidienne d'Amsterdam Nijmeegen), proposé par Blomert en 1987, revu en 1994, et adapté en France par Delachaux montre une bonne validité écologique : basé sur des jeux de rôle, il incite le patient à s'aider de toutes les canaux, à utiliser les objets en situation, le thérapeute conservant une place d'interlocuteur passif. Une corrélation entre résultats à la standardisation du test confirme sa fiabilité et sa validité.

**Le TLC** (Test Lillois de Communication, Rousseaux & Al. 2000) vise à déterminer en quoi les troubles existants perturbent les échanges entre les personnes. Il s'articule autour de trois situations duelles patient-thérapeute : une interview (situation informelle), une discussion (échange autour d'un thème) et une tâche de communication référentielle (de type PACE). Les données, recueillies sur des grilles d'évaluation, rendent compte de trois domaines :

- ↳ l'attention et la motivation à la communication
- ↳ la communication non verbale
- ↳ la communication verbale.

L'outil s'avère fiable, valide, facile et rapide à mettre en œuvre.

**Le P.F.I.C** (Profile in Functional Impairment in Communication de Linscott et Coll., 1993) s'inscrit dans une démarche clinique et s'inspire du principe de coopération et des règles conversationnelles de GRICE pour proposer une échelle évaluative des comportements « pragmatiques » en conversation. A partir d'une étude spécifique des comportements de communication des traumatisés crâniens, dix rubriques ont été dégagées et nous renseignent sur la capacité du patient à :

- ↳ s'adapter socialement à l'autre ;
- ↳ adapter la quantité et le contenu du discours aux intérêts de l'autre ;
- ↳ donner des informations fiables et à maîtriser ses propos ;

- ↳ utiliser un langage cohérent, à structurer ses idées ;
- ↳ enrichir ses propos par des aspects esthétiques (para-verbal, verbal et gestuel).

La cotation propose une échelle qualitative évaluant le degré d'apparition des items à partir de 5 graduations : non appréciable/ pas du tout/ parfois/souvent/presque toujours.

Le recueil des données se fait à partir d'un enregistrement vidéo d'une quinzaine de minutes.

Une échelle de synthèse par rubrique, graduée de 0 à 5 (pas de déficit à déficit sévère) nous renseigne sur la sévérité des troubles.

**L'ECVB** (Echelle de Communication Verbale de Bordeaux) de Mazaux&Darrigrand (2001) mesure l'efficacité globale de la communication en milieu écologique. Un questionnaire est proposé au patient lors d'un entretien dirigé ou, par défaut, à ses proches. Sous forme de 34 questions, il permet le repérage des situations où le patient et ses proches se trouvent en difficulté du fait des déficits. Il mesure également l'intention de communication du patient, et permet à celui-ci une auto-évaluation en fin de passation. Cette échelle, validée par comparaison avec l'évaluation clinique cognitive (BDAE), vient par ailleurs enrichir celle-ci. Elle présente l'avantage de mesurer la qualité de vie et les stratégies de compensation des patients, de cibler les attentes et les objectifs de rééducation.

**Le GOPCC**, (Grille d'Observation Pragmatique des Comportements de Communication), de L. Morin, Y. Joannette et J.-L. Nespoulous (1986) constitue un outil d'observation du patient : les informations recueillies n'ont de validité que ponctuelle et en contexte. Il consiste à relever tous les éléments perceptibles en conversation, allant de la motivation générale aux aspects plus précis (actes de langage, aspect non verbaux, gestion des thèmes et tours de parole).

Le recueil des données passe par un enregistrement vidéo d'un échange articulé autour de trois épreuves, similaires à celles que l'on rencontre dans le TLC et le PTECCA. « *L'assimilation de la passation et l'analyse des données sont longues* » (Parent, 2001).

Difficile à trouver en pratique, nous n'y avons pas eu accès pendant notre étude et n'avons pu nous en inspirer.

### 4.3.2 Les outils mesurant les interactions duelles

La grille de Clerebault et Al. (1984) retrace les capacités communicatives en situation de communication interactive référentielle P.A.C.E. Elle répertorie les modalités usuelles ou compensatoires du patient face aux feed back du thérapeute.

Le C.A.P.P.A (Conversation Analysis Profile for People with Aphasia, de Whitworth, Perkins et Lesser, 1997) analyse l'impact direct des déficits sur la conversation naturelle entre un patient aphasique et son partenaire privilégié et se présente en trois parties :

1/ une interview dirigée sous forme de deux questionnaires à l'usage du partenaire et/ou du patient :

- Le premier questionnaire traite des habiletés conversationnelles actuelles du patient, organisées par rubrique :
  - ↪ **Habiletés linguistiques** : manque du mot, informativité, troubles phonémiques, articulatoires, circonlocutions, jargon, aggrammatisme, problèmes de compréhension, production de oui/non.
  - ↪ **Réparations** : demande de répétition, conscience des erreurs, auto-corrections efficaces ou non efficaces.
  - ↪ **Initiation et tour de parole** : initiation de la parole, prise de tour de parole, existence de pauses inter et intra-tours, logorrhée, réduction.
  - ↪ **Gestion des thèmes** : introduction d'un nouveau thème, cohésion et cohérence du discours, maintien du thème, présence d'affabulation, thèmes de prédilection.
  - ↪ **Mémoire et attention** : phénomènes d'oubli à mesure, distractibilité, abandon de l'échange, répétition des mêmes questions ou assertions.
  - ↪ **Habiletés métalinguistiques** : compréhension du second degré, de l'humour, de l'abstraction et des inférences.
  
- Le second questionnaire est destiné à recueillir des informations sur les habiletés communicationnelles pré-morbides du patient.

2/ une analyse d'un échantillon de conversation entre patient et conjoint :

Le thérapeute enregistre et retranscrit une conversation spontanée entre les partenaires à partir de laquelle il procède à l'analyse des tours de parole, de la gestion des thèmes, des incidents et réparations.

**3/ un profil communicationnel établi à partir des données recueillies** lors de l'analyse conversationnelle. Ainsi, le thérapeute pourra apprécier le degré de convergence entre les résultats issus de l'interview et ceux obtenus par l'analyse conversationnelle. Ce profil constituera une base de travail pour la mise en place d'un projet thérapeutique dont on évaluera l'efficacité dans le temps.

Le CAPPa vise donc à évaluer les compétences conversationnelles du sujet aphasique et les stratégies de compensation ou de réparations adoptées de part et d'autre pour proposer une approche thérapeutique individualisée. L'analyse, essentiellement qualitative, permet de repérer les comportements invalidants dans l'interaction.

Son intérêt réside notamment dans la confrontation entre deux points de vue, celui du partenaire et celui du thérapeute, minimisant ainsi les biais liés aux interprétations et aux investissements affectifs.

**Le PTECCA** (Protocole Toulousain d'Evaluation de la Communication du Couple Aphasique) a été élaboré par S.Deka, A.Hiché, H. Druelle dans le cadre de leur mémoire d'orthophonie à Toulouse en 2007. Son orientation, portée par l'analyse conversationnelle, se veut résolument clinique, destinée à dégager un profil communicationnel chez les deux partenaires et déterminer un projet de guidance thérapeutique (Huché, Deka, Druelle, 2007). Il s'appuie en arrière plan sur des bases linguistiques et interactionnelles solides, tirées des fonctions de Jakobson et des règles conversationnelles de Grice. Il comporte trois types d'épreuve, à l'image du TLC et se présente sous forme d'une grille synthétique et d'une grille détaillée de l'interaction. Le recueil des données se réalise via un enregistrement vidéo d'une trentaine de minutes. Il n'a pas encore de validité thérapeutique mais fait actuellement l'objet d'un groupe de recherche à l'UNADREO.

Tous ces outils puisent leur intérêt dans leur dimension pragmatique, la pertinence des informations à recueillir et la finesse de leur analyse.

Certains se complètent, d'autres se focalisent sur un type de population, enfin, beaucoup se centrent exclusivement sur les comportements du seul patient en interaction.

Néanmoins, la plupart de ces instruments élaborés à l'étranger ne bénéficient pas d'une adaptation française et restent peu exploités en dehors de leur pays d'origine. Ces constats nous amènent maintenant à évoquer notre problématique.

# PROBLÉMATIQUE et HYPOTHÈSES

---

L'approche dynamique interactive appliquée aux rééducations orthophoniques met l'accent sur la nature collaborative de l'échange entre deux personnes, dont l'une d'elles présenterait des troubles communicationnels. Comme cela a été constaté précédemment, de nombreuses études soulignent l'apport de cette technique dans l'amélioration des interactions, plus particulièrement entre un patient cérébro-lésé et son conjoint.

Les outils que nous avons présentés dans notre partie théorique constituent aujourd'hui une première réponse à la technique de l'analyse conversationnelle.

Le C.A.P.P.A en est l'instrument le plus fiable, par son approche interactive. Sa passation requiert toutefois un temps important et interroge directement le conjoint, ce qui affaiblit l'objectivité de l'analyse. De plus, cet instrument ne tient pas compte des modalités non verbales des interactants. Enfin, il n'en existe pas de version française, ce qui ne facilite pas son utilisation.

Le P.F.I.C et le G.O.P.C.C apportent des informations très intéressantes et variées concernant le patient cérébro-lésé. En outre, les comportements du partenaire de conversation n'interviennent pas dans l'évaluation.

La grille de Clerebault se rapproche succinctement des objectifs de l'analyse conversationnelle appliquée à la clinique, proposant la mise en lien des comportements entre le thérapeute et le patient. Notons toutefois que l'évaluation se situe dans le cadre d'une communication référentielle et l'accent n'est porté que sur la seule transmission des informations. L'identification précise des stratégies de réparations, de la gestion des tours de parole et des thèmes propres à l'analyse conversationnelle décrite par Perkins (2001) n'entre pas en ligne de compte dans ce protocole.

Quelques mémoires en orthophonie témoignent de l'absence constatée, en France, d'un outil spécifique à analyser ces interactions en clinique: Cyrielle Keller (2008) conclut son intervention auprès d'un patient atteint d'une aphasie sévère en mentionnant les difficultés qu'elle a rencontrées dans la sélection des comportements en jeu dans une conversation. Elle déplore **l'absence de grille standardisée** en français rassemblant l'ensemble des conduites impliquées dans tout échange à des fins de communication.

De même, Frédérique Trincheri (2009), suite à l'analyse d'une conversation entre un patient dysarthrique et son conjoint, met l'accent sur le temps considérable consacré à recueillir les données

de l'analyse. Elle évoque l'hypothèse d'un **compromis entre observation intuitive et analyse détaillée** de corpus, à travers l'observation clinique d'une conversation, étayée par des critères conversationnels directement accessibles pour l'orthophoniste.

Des orthophonistes pratiquant ce type de technique mesurent également la longueur de mise en œuvre de l'analyse et constaté son inadaptation à la pratique clinique.

Devant ces constats, Christine Metay-Segui (2008) s'est alors appliquée à dégager, dans le cadre de son mémoire portée sur l'analyse conversationnelle, les critères pertinents pour l'élaboration future d'une grille d'interactions entre un patient aphasique et son partenaire privilégié.

L'élaboration du P.T.E.C.C.A, en 2007, visait à pallier l'absence d'instrument clinique dans le domaine de l'analyse conversationnelle. Il repose sur la description détaillée d'éléments linguistiques intéressant au plus près la pratique de l'analyse conversationnelle. Toutefois, ses grilles renferment un nombre considérable d'items, rassemblés sur vingt deux pages, qui rendent son utilisation encore laborieuse. Le protocole de recueil de données nécessite par ailleurs la mise en place de plusieurs situations de communication et la présence d'une caméra filmant la scène.

Pour répondre aux attentes des professionnels, nous imaginions plutôt un outil adapté à une observation clinique spontanée, sans support vidéo et dans le cadre d'une conversation familière et informelle.

Ces divers constats nous ont conforté dans l'idée de créer un nouvel outil spécifique, dans le prolongement des travaux de Metay-Segui et de Trincherro, résolument clinique, destiné à mesurer les interactions entre un patient cérébro-lésé et son conjoint.

## Hypothèses

---

I Nous envisageons de créer un support fiable, clair et exhaustif qui permettra d'objectiver et de conserver les données observées et ressenties lors de l'écoute d'une conversation entre un patient et son conjoint, et ce, sans recours à un enregistrement vidéo.

**II** Ce support servira de base de réflexion quant aux stratégies privilégiées par les partenaires de conversation, et quant à la mise en place d'un projet thérapeutique visant à améliorer et pérenniser la communication entre ces deux personnes.

# **PARTIE PRATIQUE**

# 1. Principes méthodologiques de l'élaboration

---

## 1.1 Le choix de la population

### 1.1.1 Critères d'inclusion

Nous avons souhaité que ce support soit utilisable dans la prise en charge de toute personne cérébro-lésée touchée dans sa capacité à communiquer.

Au cours de notre développement théorique, nous avons tenté de répertorier l'ensemble des difficultés communicationnelles que peut rencontrer un patient victime d'une lésion cérébrale quelle qu'elle soit. Il apparaît clairement que les déficits dus aux lésions droites et aux lésions frontales entraînent des dysfonctionnements dans les mécanismes conversationnels, comme chez les lésés gauches.

Notre élaboration visera donc l'analyse des modalités communicationnelles de toute personne victime d'une lésion cérébrale, quelle qu'en soit la localisation cérébrale, l'étiologie engagée et la pathologie à l'origine des déficits.

### 1.1.2 Critères d'exclusion

Notre étude n'a pas pris en compte :

➤ **les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** qui bénéficient d'une grille spécifique écosystémique, la GECCO, répondant globalement aux mêmes objectifs que les nôtres.

Aussi, bien que notre support puisse être utilisable en partie avec ces patients, nous n'avons pas considéré les désordres linguistiques spécifiques de cette population dans notre réflexion : l'utilisation de cet outil impliquerait donc une prudence à cet égard.

➤ **les patients dont les dysfonctionnements ne relèvent pas d'une lésion cérébrale**, mais plutôt de désordres psychopathologiques ou de troubles développementaux.

Nous émettons une réserve quant à l'utilisation de cet outil auprès des patients dans la phase aigüe des troubles : dans cette période, ceux ci sont fréquemment pris en charge dans un contexte

institutionnel, ne répondant pas au cadre écologique dans lequel nous nous inscrivons. D'autre part, la proximité temporelle du traumatisme rend le patient affaibli, la famille psychologiquement fragile et les échanges perturbés devant la nouveauté des troubles communicationnels. Enfin, il est reconnu que cette phase est propice à la récupération spontanée des fonctions et à leur amélioration par un entraînement cognitif intensif. (Lambert, 2004).

Nous gardons pourtant à l'esprit que l'alliance des thérapies cognitives et fonctionnelles dès le début de la prise en charge reste le meilleur accompagnement thérapeutique et humain pour les patients et les familles confrontés à une grande détresse.

## **1.2 Les principes généraux du cadre d'élaboration**

Avant de nous lancer dans la construction proprement dite du support, nous nous sommes questionnés sur les objectifs et le cadre dans lesquels s'inscrira son utilisation.

En d'autres termes, nous souhaitons répondre aux questions :

- à qui s'adressera-t-il et quel sera son cadre d'utilisation ?
- selon quel protocole sera-t-il rempli ?
- quelle sera sa finalité thérapeutique ?

### **1.2.1 Cadre d'utilisation du support**

Nous espérons qu'il puisse être accessible à un large éventail d'orthophonistes, peu ou prou initiés à ce type d'observation, et souvent limités par le facteur temps, contrainte inhérente à notre profession. Cette attente implique :

- que le support soit clair et concis, et rapidement accessible : un temps trop important passé à comprendre le remplissage du support ne serait pas compatible avec les modalités d'usage ;
- que les critères soient compréhensibles, suffisamment explicites et connus pour être observés par le plus grand nombre sans nécessiter d'approfondir ses connaissances en psycholinguistique et en analyse conversationnelle. « *sous peine d'être abandonné, un outil d'investigation clinique ne doit pas engager, de la part du clinicien, un trop fort degré d'expertise* » (Carlomagno, 1999, cité par Jagot & Coll.). Nos outils et critères devront être sélectionnés dans ce sens.

Nous souhaitons que cet outil puisse être utilisé dans le cadre de l'exercice libéral, avec des patients présentant une pathologie chronique ou pris en charge à distance de la lésion d'origine, et dans le cadre de séances à domicile.

Enfin, nous envisageons notre support comme un outil d'analyse complémentaire aux évaluations cognitives et pragmatiques classiques.

## **1.2.2 Protocole d'observation**

Notre démarche se situe dans le courant des méthodes descriptives, caractérisées par leur capacité à fournir une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'observation systématique et directe en est l'instrument le plus usuel, consistant à étudier le comportement tel qu'il se produit spontanément dans son milieu naturel, sans tenter de l'influencer (Sabourin, 1998).

Jacques Beaugrand (1998) définit **l'observation directe** comme « une technique non instrumentale entraînant la production d'observations du comportement dont l'enregistrement et l'interprétation des résultats sont sujets aux fluctuations introduites par des différences perceptives, conceptuelles et théoriques pouvant exister entre observateurs humains ».

**L'observation indirecte**, par opposition, est provoquée par un stimuli (entretien, questionnaire) de la part de l'observateur, destiné à créer des comportements non observés en dehors de la situation d'observation (cas de la situation PACE par exemple en aphasie) (Lambert, 2004).

**L'observation peut être participante ou non participante** (Negre, Khon, 1991) :

- ↳ **Participante** : l'observateur participe activement à la vie collective et aux interactions quotidiennes. Son intervention est soumise à une forte subjectivité.
- ↳ **Non participante** : l'observateur est présent mais ne participe pas à l'échange, il revêt un rôle de témoin. Cette position favorise la neutralité de l'observateur.

Enfin, **l'observation peut être armée**, c'est-à-dire réalisée via un support d'enregistrement (vidéo, enregistreur vocal), ou à l'inverse **non armée** (l'observation se fait en direct).

Dans le cadre thérapeutique qui nous concerne, nous utiliserons l'observation :

- directe, le chercheur procédant par lui-même au recueil des informations sans s'adresser aux sujets concernés, via un guide d'observation désignant les comportements à observer (Quivy, Van Campenhoud, 1988 cité par Canter Khon et Negre, 2003). Ce protocole renvoie à la situation de l'analyse conversationnelle dans laquelle nous nous inscrivons.
- non participante : le thérapeute est présent mais n'intervient en aucun cas dans l'échange en cours entre les deux personnes observées.
- non armée : nous faisons le choix d'envisager une écoute unique, sans enregistrement de la conversation par le biais d'une caméra ou enregistreur; cela permettra d'une part de répondre au plus près à une **approche écologique** et d'autre part d'éviter aux orthophonistes :
  - ↪ des contraintes d'ordre matériel (pas de caméra ou d'enregistreur) et éthique (refus par les participants d'être filmés),
  - ↪ un biais dans l'observation des comportements, inhérent à la présence d'une caméra,
  - ↪ un temps supplémentaire passé à visionner les films réalisés.

Le support doit dès lors proposer un large panel de critères « potentiellement existants et/ou perturbés chez les partenaires de conversation », afin d'aider à l'identification et au rappel des données observées. Nous nous sommes ainsi efforcés de balayer de façon la plus complète possible les situations qu'on peut être amené à observer dans ce type d'interactions entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié.

### **1.2.3 Choix du lieu d'observation**

L'objectif est de répondre au plus près aux exigences de l'approche écologique, systémique et fonctionnelle : les données seront préférentiellement collectées au domicile du patient, lors d'une conversation naturelle entre celui-ci et son partenaire habituel de communication et de vie (proche, parent, enfant, conjoint etc.).

Nous sommes néanmoins conscients que l'observation d'une conversation spontanée en situation naturelle stricto sensu est délicate à obtenir. Cela impliquerait d'écouter les interactants lors d'une scène de la vie quotidienne (pendant un repas par exemple), de manière informelle ou à leur

insu, situation incompatible avec notre cadre conceptuel et peu pratiquée dans l'exercice de notre profession.

La présence même discrète du thérapeute introduit inévitablement un biais au caractère exclusivement authentique d'une interaction de couple.

A ce titre, Beaugrand (1998) cite Christensen (1977) : « *la situation de recherche peut être perçue par les sujets humains comme une invitation à bien paraître, (...) par rapport aux attentes de l'observateur, telles que les sujets la perçoivent* ».

Qui pourra affirmer avec certitude que les comportements observés se reproduisent stricto sensu en l'absence du thérapeute ?

#### **1.2.4 Visée thérapeutique du support**

Nous souhaitons réaliser un outil d'observation clinique des comportements communicationnels de deux personnes en conversation.

L'approche se veut novatrice dans le sens où elle ne considère pas d'un côté une personne « malade » et de l'autre une personne « saine », mais deux partenaires familiers, dans une relative égalité, habitués à discuter ensemble mais dont l'un d'eux aurait vu soudainement ou progressivement son mode de communication se modifier.

Les données de l'analyse conversationnelle devront permettre d'introduire, dans le cadre écologique, un vrai travail de resynchronisation et de facilitation de la gestion conversationnelle entre les interlocuteurs, dans le but de rétablir une communication satisfaisante pour et entre les deux partenaires.

Nous retiendrons de cet objectif thérapeutique la nécessité de réaliser une analyse en miroir des conduites observées, afin de pouvoir extraire l'existence d'un équilibre ou déséquilibre entre les partenaires dans leur modes ou choix communicationnels.

Enfin, pour reprendre les termes posés par Metay-Segui (2008) dans son mémoire de fin d'études, notre travail tendra vers la réalisation « (...) *d'une grille d'observation clinique fiable, peu 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 ;*

- *mettre en place une intervention visant au bon ajustement des deux interlocuteurs et une collaboration optimale dans la réparation des incidents ».*

Nous avons tout naturellement tenté de répondre aux attentes formulées dans ses travaux et nous sommes efforcés de réaliser notre construction conformément à ses objectifs thérapeutiques.

## 1.3 Réflexions préalables à l'élaboration

### 1.3.1 Sous quel angle observer ?

La recherche scientifique nous alerte sur le fait que la façon dont est construit l'instrument peut modifier l'angle de vue de l'observateur (Robert, 1998).

Notre démarche s'inscrivant dans le cadre de l'analyse conversationnelle, nous nous sommes placés du point de vue de la coopération réciproque des participants dans la conversation, leur permettant de faire progresser l'interaction (Perkins, 2001).

L'objectif de notre instrument sera donc de faire ressortir le rôle collaboratif ou non que prennent les comportements dans une situation donnée, à l'instar d'une analyse descriptive et figée de la conversation, extraite de son contexte. Les données recueillies devront être observées en fonction de l'influence qu'elles exercent sur le bon ou mauvais déroulement de l'échange.

### 1.3.2 Analyse quantitative ou qualitative ?

Les deux approches apportaient des informations pertinentes sur le déroulement de l'échange. Nous nous y sommes intéressés en tenant compte de nos objectifs et de notre cadre d'utilisation de notre support d'observation.

- **Analyse privilégiant la qualité :**

Perkins (2001) spécifie dans ses travaux que l'analyse conversationnelle s'appuie sur des données principalement qualitatives. Pour reprendre ses propos : *« en quantifiant les comportements conversationnels, on risque d'extraire les items de leur contexte à des fins de comptage et*

*compromettre ainsi la notion centrale de l'analyse qui est celle du contexte séquentiel* ». Nous retenons également que :

- tous les items ne sont pas quantifiables, notamment au niveau du comportement psychique des participants (motivation, disponibilité psychique par exemple), du respect de certaines règles conversationnelles (respect de l'alternance des tours de parole par exemple) ;
- la comptabilisation précise des informations n'est pas réalisable dans le cadre décrit par le protocole d'utilisation de la grille : rappelons que le recueil des données est prévu in situ, à l'issue de la seule observation de terrain et que l'observateur ne bénéficie pas de caméra ou d'enregistreur pour réécouter et voir la séance plusieurs fois.

▪ **Analyse en faveur d'une quantification :**

Le comptage proprement dit s'est donc immédiatement avéré proscrit du fait de l'absence de « retour » sur le visionnage de l'échange: il semble de toute évidence impossible de comptabiliser tous les comportements verbaux ou non verbaux des partenaires en temps réel et ce, de manière exhaustive et objective.

Néanmoins, nous nous sommes questionnés sur l'introduction d'une quantification à minima :

- l'analyse quantitative de Metay-Segui révèle en effet l'intérêt de certaines pauses inter-tours et intra-tours dans le rééquilibrage des temps de conversation entre les partenaires lorsque l'un d'entre eux bénéficie d'un temps de parole plus important (du fait des difficultés de son partenaire).  
Rappelons, à ce titre, que le « partage du temps de parole » reste un critère intéressant la dynamique de l'échange (Perkins, 2001).
- la quantification limite la subjectivité de l'observation : le risque de remplacer une quantité par des notions de grandeur plus vagues comme « quelquefois, souvent » est d'exprimer la sensibilité de l'observateur au détriment d'une réalité des conduites observées.

Au vu de ces données, nous avons donc envisagé, dans un premier temps de proposer une échelle à double mesure :

- **quantitative**, via une graduation du type : **0** = non observé / **1** = 1 fois / **2** = 2 à 3 fois / **3** = 3 à 5 fois / **4** = + 5 fois.

- **qualitative**, via une « cotation » mesurant la fréquence d'apparition des items tels que : 0 = jamais / 1 = rarement / 2 = parfois / 3 = souvent / 4 = très souvent.

Les mises en situation de la grille nous amèneront ultérieurement à revoir ces cotations ; nous expliciterons cela dans la partie consacrée au réajustement des grilles.

### **1.3.3 Comment interpréter les données obtenues ?**

Notre outil doit être considéré comme un guide d'observation désignant les différentes conduites communicationnelles pouvant être recueillies par l'observateur et non pas un outil d'évaluation normatif.

Les résultats ne valent donc que dans une situation donnée, pour un couple donné et ne peuvent être rapportés à une norme.

A ce titre, l'absence d'observation de certains items lors d'un échange ponctuel ne peut être interprétée hors contexte.

Le profil communicationnel établi lors de l'analyse ne sera donc fiabilisé que par la confrontation à d'autres situations de communication similaires entre les mêmes participants.

## **1.4 Les différentes étapes de la démarche**

Notre travail d'élaboration s'est construit autour d'un axe défini au préalable, et répondant à une démarche scientifique inductive :

1/ Construction d'une grille répondant au mieux aux critères définis par l'assise théorique et aux exigences du cadre précité et soumission régulière de l'outil à plusieurs professionnelles formées au domaine traité.

2/ Première mise en situation pratique destinée à mesurer la validité de notre support, à travers :

- Observation d'une conversation entre un patient et son conjoint par un collègue d'orthophonistes.
- Résultats et analyse des données recueillies.
- Réajustement de la grille.

3/ Seconde mise en situation pratique destinée à valider la grille réajustée

- Nouvelle évaluation par un collègue d'orthophonistes enrichi.
- Résultats et analyse des données recueillies.

## 2. L'élaboration du support

---

Comme on l'a évoqué précédemment, ce sujet de mémoire vise à la création d'un support d'observation clinique des interactions en conversation entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié. Il répond au désir de poursuivre les travaux précédemment réalisés dans le cadre de plusieurs mémoires de l'école de Nantes, dont ceux de :

- Caroline Marie Dit Dinard en 2007/2008 : impact d'une dynamique interactive sur la communication en situation naturelle d'échange entre un patient aphasique et son conjoint.
- Frédérique Trincherio en 2008/2009 : pertinence de l'analyse conversationnelle dans la prise en charge orthophonique d'une patiente dysarthrique en vue d'améliorer la communication avec son conjoint / étude de cas.
- Christine Metay-Segui en 2008/2009 : contribution, par la recherche de critères pertinents, à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions en conversation, entre un patient aphasique et son partenaire privilégié.

Plusieurs points ont fait l'objet de réflexions et de remaniements successifs lors de cette création, qui concernent :

- le choix de la structure et de l'agencement des items ;
- le choix des critères proprement dits ;
- le système de cotation et de notation des données recueillies.

## 2.1 Choix de la structure

Après quelques essais-erreurs et l'appropriation personnelle des nombreux critères existants en conversation, nous sommes passés rapidement d'une ébauche intuitive à une présentation plus « scientifique », respectant les données linguistiques tirées de nos lectures.

Notre cheminement nous a conduits à réaliser plusieurs versions successives. Afin d'alléger la lecture, nous ne présenterons dans ce paragraphe que la structure de la dernière version.

### 2.1.1 Axes de construction

Dans un premier temps, notre orientation s'est tout naturellement nourrie des axes objectivés par Christine Métay-Ségui :

- établir un état des lieux de la dynamique de l'échange ;
- identifier les stratégies compensatoires facilitant ou faisant obstacle à l'échange.

Nous avons également retenu les critères qu'elle dégage dans son analyse de conversation, à savoir :

- répartition des tours de parole
- gestualité compensatoire
- réparation des incidents
- régulation de l'interaction.

Puis, dans un second temps, nous avons essayé de nous affranchir de ces critères pour envisager notre réflexion au regard de la population concernée par notre étude, à savoir l'ensemble des personnes cérébro-lésées. Rappelons à ce titre que l'étude de Metay-Segui, si poussée soit-elle, ne porte que sur la seule analyse de conversation entre un patient aphasique et son conjoint. Son auteure conclut en précisant que l'analyse doit être élargie à d'autres pathologies entraînant des désordres linguistiques et communicationnels, distincts de ceux rencontrés dans son étude de cas.

La transcription d'une conversation avec un autre patient n'ayant pas pu être réalisée en amont, nous nous sommes appuyés sur les bases théoriques liées aux interactions et aux troubles communicationnels rencontrés dans le domaine de la neurologie et les données du PFIC et du CAPPA pour compléter le choix des conduites potentiellement observables chez ces patients et leurs conjoints.

Après quelques tâtonnements, nous nous sommes rapidement orientés vers une architecture construite autour de trois sections:

- **la mise en relief de l'impression générale** qui se dégage de l'échange, à l'instant où il se produit, à l'image d'une photographie révélant les caractéristiques physiques et émotionnelles des personnes en présence et indicatrice de l'investissement des partenaires dans l'interaction ;
- **la description précise des comportements communicationnels des partenaires**, qui est nécessaire à comprendre leur mode de fonctionnement privilégié, leurs ressources en gestion conversationnelle et au niveau langagier ;
- **l'identification des stratégies compensatoires et réparatrices** face aux difficultés et aux incidents de conversation.

Intuitivement poussés par le désir de rendre compte d'une observation de plus en plus précise dans les modalités de l'échange, nous avons tenté d'organiser le recueil des données en entonnoir, c'est-à-dire envisageant un déroulement du général au particulier, du global au plus précis.

Tout au long de notre cheminement, nous sommes restés fidèles à cette présentation, que nous avons enrichie et précisée au fur et à mesure de notre réalisation.

### **2.1.2 Version définitive avant mise en situation**

Les premières versions ont fait l'objet d'expertises successives :

- **celle d'une professionnelle orthophoniste** aguerrie en matière d'analyses de conversation qui a conduit à quelques modifications dans le choix et l'organisation des items (que nous justifierons dans la partie consacrée au choix des items) et à une restructuration de la partie « incidents et réparations ».
- **celle de notre professeur en sciences du langage** avec qui nous avons redéfini certaines notions linguistiques ayant trait aux actes de langage et réorganisé les grands types d'incidents pouvant être rencontrés dans les conversations.
- **celle d'orthophonistes auteurs des mémoires** traitant de l'analyse conversationnelle. Cette dernière analyse nous a amenés à restructurer ou compléter quelques points qui constitueront la quatrième et dernière version avant mise en situation.

La volonté de déterminer les mécanismes réciproques et leurs conséquences sur le déroulement de l'échange nous conduira à proposer une présentation en miroir des comportements de chaque partenaire et à intégrer la notion de frein ou de facilitateur à l'échange dans nos tableaux.

Comportements observés	Patient 0 à 3	Part. 0 à 3	Incidences sur l'échange (facilite l'échange, le freine, autres)
------------------------	------------------	----------------	---

La structure de la grille se présentera comme suit :

**Page 1 :** Elaboration d'une fiche du patient, rappelant sa pathologie, le cadre d'observation, les troubles spécifiques dont le patient est atteint et ses capacités communicationnelles antérieures.

Elaboration d'une grille de cotation qualitative et quantitative.

**Page 2 :** Création d'un glossaire. « *La définition et la précision de chaque unité est nécessaire et tend à assurer la fidélité intra et inter-juges ainsi que la constance de l'instrument de mesure* » (Beaugrand, 1998). Ce dernier précise que les définitions doivent être suffisamment claires pour ne pas entraîner d'interprétations ni d'application trop variables entre les observateurs.

**Page 3 :** Etat des lieux de la dynamique de l'échange, incluant la proxémie, les outils externes, l'état de détente corporelle, l'investissement dans l'échange et la dimension émotionnelle et affective.

**Pages 4 /5 :** Gestion de la conversation incluant la gestion des thèmes, des tours de parole, des actes de langage thématiques.

Utilisation des modalités conversationnelles, verbales, para-verbales et non verbales et synthèse de ces modalités.

Gestion de la compréhension.

**Pages 6 et 7 :** Etude des incidents et réparations : liste de « comportements potentiels ».

Tableau de mise en lien des incidents et réparations observés.

**Page 8 :** Synthèse des observations et axes thérapeutiques dégagés.

L'ensemble des critères constitutifs des modules décrits ci-dessus est développé dans le paragraphe suivant, consacré au choix des items.

## **2.2 Choix et ajustement des items**

Nous nous baserons sur les items de la dernière version, en précisant le cheminement qui nous a conduits, dans certains cas, à conserver ou à éliminer certains d'entre eux.

Dans le cadre d'une observation directe, le choix des unités d'observation répond à des règles bien précises, garantes de la validité interne et externe de l'outil de recueil de données.

Elle consiste, en plus de la systématisation des informations et de la simplification du codage, à rendre le codage le plus exhaustif possible.

Nous retiendrons dans notre élaboration les critères définis par Beaugrand (1998) :

- les unités doivent être discrètes et exclusives ;
- les catégories élaborées doivent être homogènes ;
- il vaut mieux multiplier les unités que les fusionner ;
- il est nécessaire d'éviter les classifications abstraites et les connotations causales ou fonctionnelles.

### **2.2.1 Fiche du patient**

La création d'une rubrique « fiche du patient » s'est rapidement révélée comme une évidence compte tenu de l'importance des aspects médicaux, temporels et environnementaux sur les compétences interactionnelles en conversation.

Elle a été conçue pour recevoir, en amont de la situation d'observation, les données connues de l'observateur sur le patient et sur le contexte de la séance. Nous y évoquerons, via un système de cases à cocher, une liste de troubles reconnus comme des sources potentielles de dysfonctionnements dans la communication du patient : atteintes langagières et motrices, troubles dysexécutifs, troubles visuels ou praxiques, anosognosie, mais aussi existence d'une hémiplégié, de troubles de la compréhension etc.

Les notions de mémoire et d'attention, au départ intégrées dans le module « *investissement dans l'interaction* » de la première version seront, dès lors, recueillies en cet endroit.

La connaissance et/ou le rappel préalable des troubles permettra une anticipation des modes de fonctionnement et des compétences du patient dans la conversation.

### 2.2.2 Cotation

Si l'approche en analyse conversationnelle est par nature qualitative, il nous paraissait important néanmoins d'envisager une échelle quantitative : celle-ci répondait plus précisément à la possibilité de mesurer le degré d'équilibre existant entre les deux partenaires dans l'utilisation des outils conversationnels.

De plus, nous espérons que notre support puisse être utilisé, selon leur exigence, par les cliniciens :

- ↪ soit de façon approfondie afin d'établir une analyse conversationnelle détaillée ;
- ↪ soit plus globalement dans le but de dégager les éléments les plus saillants de l'interaction.

Nous proposerons dans un premier temps une cotation évoluant de 0 à 4, qui sera réduite finalement à une échelle de 0 à 3, compte tenu du mode de la difficulté pour les observateurs à restituer des quantités précises dans notre protocole de remplissage.

COTATION	0	1	2	3
Qualité	Jamais Absence	Rarement Faible	Parfois Modéré	Souvent Correct
Quantité	0 fois	1 à 2 fois	3 à 5 fois	+ 5 fois

Cas particulier : noter NC = non coté si le critère n'a pas pu être observé ou retenu.

### 2.2.3 Dynamique de l'échange

Notre objectif dans cette partie était de traduire l'impression générale laissée par l'interaction à l'observateur, et ce, afin de dégager immédiatement certains phénomènes saillants, susceptibles de perturber ou de faciliter l'échange.

Nous y avons listé divers critères non linguistiques issus de notre assise théorique et qui nous apparaissaient influencer significativement le déroulement de l'échange :

- ↳ La distance et la position physique des participants à l'interaction.
- ↳ L'état corporel affiché par les personnes indiquant le degré de bien être dans l'échange.
- ↳ L'utilisation d'outils externes supplétifs.
- ↳ Les critères conversationnels relatifs à l'investissement et à la coopération, tirés des principes de GRICE et des rubriques du PFIC.

➤ **La distance et la position physique des participants :**

Ces notions renvoient à la proxémie développée par Hall (1963), liée aux conventions culturelles, aux intentions stratégiques des locuteurs, mais aussi aux contraintes physiques du lieu et de la situation.

En tout état de cause, le positionnement adopté par les personnes est un vecteur de bon fonctionnement de l'échange ou de frein à celui-ci et peut nécessiter, selon la situation, un réajustement (deux personnes côte à côte, par exemple se privent d'une vision d'ensemble de leur interlocuteur propice aux compensations visuelles ou gestuelles ; de même, une distance trop importante entre les deux personnes affaiblit la compréhension auditive et/ou visuelle et donne un caractère moins familier à l'échange).

A la distance physique séparant les personnes et la position spatiale réciproque, nous avons cru bon de préciser la posture corporelle adoptée par le sujet (assis, debout), celle-ci pouvant involontairement provoquer une instabilité ou un déséquilibre entre les personnes. (Ex. : cas d'une personne debout, en mouvement en conversation avec son conjoint dans l'incapacité de se lever ou se déplacer : cette situation déséquilibre la relation entre les personnes et peut fragiliser l'échange).

➤ **L'état de bien être dans l'échange :**

Nos observations cliniques et nos lectures nous ont permis de retenir que le sujet exprimait son rapport à l'échange en cours au travers de plusieurs manifestations corporelles :

- ↳ Les gestes extra communicatifs.
- ↳ Le niveau de détente corporelle.

Les gestes extra-communicatifs, dont on a vu que la présence pouvait donner des informations affectives et interactives sur la personne qui les produit, sont délicats à relever par l'observateur en situation réelle. Leur présence peut tout aussi bien être liée à des habitudes gestuelles qu'à un état émotionnel particulier et leur interprétation s'en trouve aléatoire hors contexte. Ces éléments nous ont incités à ne pas les intégrer à la grille.

Le niveau de détente corporelle, reposant sur des critères plus abstraits, peut être directement perçu à l'observation physique de la personne : on appréhendera une certaine raideur, crispation, ou au contraire une détente, voire une déshinhibition, constituant une première impression des personnalités de chacun et de leur état émotionnel et psychique relatifs à la situation d'interaction. L'attention portée à cet état corporel sensibilisera l'observateur à des phénomènes interactifs plus concrets, analysés ultérieurement au travers des gestes adaptateurs (changements de position, expressions faciales non figées, sourires, regard). Nous distinguerons ainsi plusieurs niveaux d'état corporel :

<b><u>Posture émotionnelle apparente:</u></b>	<i>Désinhibée</i>	<i>Détendue</i>	<i>Tendue</i>	<i>Crispée</i>	<i>Figée</i>
<i>Patient</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Partenaire</i>	<input type="checkbox"/>				

➤ **Les moyens supplétifs externes :**

Ces outils sont dans certains cas un support à l'échange d'informations. Leur présence, alliée à leur utilisation, nous indique dans quelle mesure les participants utilisent toutes les ressources à leur disposition, et ce, de manière adaptée ou pas. Notre observation se veut transversale et inclure les apports de toutes les approches thérapeutiques fonctionnelles. Elle se place du point de vue de l'optimisation des ressources communicationnelles en interaction.

Les outils de l'approche augmentative et alternative constituent la base de notre sélection :

- ↳ Papier / stylo : permettant le dessin et l'écriture.
- ↳ Carnet de communication mis en place par les soignants et par la famille, support parfois précieux à l'échange entre les personnes.
- ↳ Magazine, journal, permettant la lecture et apportant un support imagé.
- ↳ Synthèse vocale, ordinateur.

➤ **Les caractéristiques principales de l'échange :**

Nous avons rassemblé ici des informations générales relatives aux règles conversationnelles abordées dans le PFIC, que nous avons, après de nombreux remaniements, organisées en deux dimensions:

↳ **La dimension relative à l'investissement des partenaires** dans l'échange synthétisant les rubriques 2, 3 du PFIC :

- La spontanéité de la parole (exprimant la motivation et la capacité à prendre la parole).
- La participation au dynamisme de l'échange (but conversationnel) avec l'adéquation aux contributions du partenaire, l'adaptation de la posture, du regard (exprimant la notion de coopération et l'intérêt que porte le sujet au discours de son interlocuteur).

↳ **La dimension émotionnelle et affective des partenaires** intégrant :

- La disponibilité psychique (nécessaire à la réussite de toute interaction, à la mobilisation de l'attention et de la mémoire).
- Le respect de son partenaire (comportement social évoqué dans la rubrique n° 8 du PFIC, notamment l'empathie, la volonté d'une relation égalitaire, l'intérêt à l'autre).
- L'expression des émotions (par tout canal) apportant non seulement des informations complémentaires, mais également une dimension esthétique au discours.
- La sensibilité à l'humour et aux inférences.
- Les comportements négatifs, dans lesquels on peut retrouver l'agressivité, l'infantilisation, l'agacement.

**Les capacités d'inférences et à la sensibilité à l'humour** sont définies par le CAPPA comme des compétences métalinguistiques. Tentés à l'origine de les associer à la partie « gestion de la conversation », nous les avons finalement réaffectées à la dimension émotionnelle et affective : ces informations nous renseignent en effet sur la capacité globale à traiter certains actes langagiers spécifiques et sur l'utilisation d'un langage adapté par chacun aux besoins de l'autre (rubrique n° 3 du PFIC).

## 2.2.4 Gestion de la conversation

Après une appréciation globale et perceptive de la dynamique de l'échange, l'observateur va pouvoir recueillir plus précisément les données relatives à l'utilisation par les participants des outils de la conversation.

Perkins et Milroy envisagent la gestion conversationnelle autour de trois modules :

- La gestion de la conversation s'intéressant à la gestion des thèmes, des tours de parole.
- L'utilisation des outils de la conversation, dans ses modalités verbales, para-verbales et non verbales.
- La gestion des incidents et réparations.

Nous avons volontairement traité la gestion des incidents et réparations à part, compte tenu de l'analyse particulière qu'elle revêt.

### ➤ Gestion des thèmes :

*« La conversation se construit toujours en collaboration autour d'un ou plusieurs thèmes, ratifiés et poursuivis, alimentés de sous thèmes venant enrichir les informations transmises »* (Traverso, 2007, cité par Metay-Segui, 2008).

Nous nous sommes penchés sur l'ensemble des notions relatives aux thèmes : initiation, ratification, maintien, clôture et changements de thèmes et avons organisé notre agencement en nous questionnant sur l'importance de chacune d'entre elles pour le bon déroulement et la continuité de l'échange. Nous avons retenu celles qui nous semblaient le mieux exprimer l'équilibre et la dynamique de l'échange :

#### ↳ L'initiation du thème :

Elle apparaît comme un vecteur fondamental de l'équilibre entre les acteurs et la dynamique s'installant dans l'échange : si l'un ou l'autre des interactants n'initie jamais la conversation ou au contraire monopolise la prise de parole et le choix des thèmes, l'équilibre n'est pas respecté : l'interlocuteur peut se sentir exclu, ou le locuteur peut se laisser de la passivité de son partenaire. Metay-Segui met bien en évidence le rôle moteur de l'un des interactants, initiant tous les thèmes face à celui, passif, de son partenaire. Elle rend compte du découragement du locuteur face au manque d'initiative de son conjoint.

#### ↳ La ratification du thème :

Elle témoigne de l'intérêt de l'interlocuteur pour le sujet et quant à sa volonté de poursuivre l'échange.

Quelles sont les conséquences d'une absence de ratification ? Le participant à l'origine du thème peut se demander si le sujet intéresse son interlocuteur, ou si ce dernier a bien compris de quoi il en découlait. Cette non-ratification entraîne le locuteur dans une situation d'interaction « unilatérale », déstabilisante aussi bien pour l'un que pour l'autre, et contraire à la dynamique conversationnelle.

Cet aspect sera retenu à l'issue de la mise en situation n°1, celle-ci ayant mis en lumière la nécessité d'en rendre compte.

#### ↳ Le maintien du thème :

Cette rubrique nous renvoyait aux notions de cohérence, de cohésion, de digressions, que nous avons dû redéfinir pour justifier sa présence dans la grille : selon Cervoni (1993), la cohérence implique que la phrase soit adaptée à la situation et la cohésion renvoie à l'adéquation du discours avec ce qui a été dit précédemment.

Les digressions concernent les phénomènes de dérapages thématiques dans le discours, évoquant les passages « du coq à l'âne ». Elles rejoignent la cohésion du discours défini précédemment.

Nous avons donc retenu dans notre grille la cohérence du discours et le maintien du thème en cours, permettant de mesurer la capacité du sujet à rester dans le thème et à construire un discours interprétable par l'autre.

#### ↳ La fermeture ou clôture du thème :

Au même titre que l'initiation, la clôture du thème est un indicateur de l'investissement réciproque des participants à l'échange. Elle rend compte de la capacité de chacun à s'appropriier le sujet, à s'investir activement et personnellement dans la conversation. Notre quatrième version avant mise en situation inclut cette notion.

#### ↳ Les changements de thème :

Leur analyse permet d'évaluer la capacité des participants à développer et exploiter un thème, et de déterminer comment les interactants passent d'un thème à un autre (Metay-Segui, 2008).

Dans l'esprit d'une présentation synthétique de la grille, ce critère n'a pas été retenu, la richesse de l'interaction en termes de contenu ne nous apparaissant pas prioritaire.

➤ **Gestion des tours de parole :**

Perkins (2001, cité par Lambert, 2004) nous rappelle que l'analyse des tours de parole en conversation est essentielle pour appréhender la dynamique conversationnelle.

Cette analyse comporte plusieurs éléments :

- la répartition des tours de parole : nombre et alternance des tours de parole ;
- les temps de parole ;
- la durée des pauses et des silences intra et inter-tours ;
- la présence des interruptions de tours ;
- les tours de parole dédiés aux réparations.

Compte tenu de notre contrainte à recueillir les données le temps d'une observation unique et en temps réel, nous avons dû accepter le fait que ni le nombre de tours de parole, ni les temps de parole ne pourraient être décomptés.

Nous avons donc remodelé notre approche de l'analyse des tours de parole à l'instar de ce qui se pratique habituellement dans ce domaine (retranscription d'une conversation à partir d'un extrait filmé : comptage du nombre de tours par personne, compte du nombre de mots par personne, comptabilisation de la durée de chaque tour).

Ainsi, nous avons fait abstraction de la longueur des tours de parole définie par Metay-Segui, comprenant les tours majeurs (tours de parole longs qui participent activement au thème de l'échange), les tours mineurs (prises de parole très brèves, contenant souvent un seul mot mais participant également au thème en cours), les pseudos-tours (participant à la régulation de l'échange via les régulateurs verbaux ou non verbaux).

Nous avons privilégié dans cette rubrique la mise en exergue du principe de respect et d'alternance des tours de parole ainsi que le partage du temps de parole.

↳ Le respect des tours de parole :

Cet item garantit l'existence ou non de l'équilibre dans la répartition des tours de parole : le locuteur signale-t'il que c'est le tour de son interlocuteur par une pause inter-tour suffisamment longue? Introduit-il des silences pour permettre à l'autre de s'exprimer ? Laisse-t-il le temps à son partenaire pour s'exprimer ? L'interlocuteur prend-il son tour quand il se présente ? L'interlocuteur « coupe-t'il la parole » ?

#### ↳ L'interruption du tour :

Différents phénomènes viennent perturber la répartition des tours : interruptions, silences excessifs, chevauchements :

L'interruption est le phénomène le plus caractéristique d'un non respect du tour de parole. De plus, à « l'œil nu » et à « l'écoute directe », c'est le plus facile à identifier et à mémoriser ; par ailleurs, lorsque la parole est perturbée chez un des partenaires, il est principalement à craindre de nombreuses interruptions par celui qui s'exprime « verbalement » le plus. Ce phénomène peut intervenir aussi bien du côté du conjoint aux capacités linguistiques préservées que du côté d'un patient atteint d'une logorrhée ou d'un dysfonctionnement pragmatique (perte du respect des règles conversationnelles, troubles comportementaux ou dysexécutifs entraînant l'incapacité à prendre en compte les intentions de l'autre).

L'absence de prise de parole s'exprimant par des silences excessifs dénote également des ruptures dans l'alternance des tours : les phénomènes de « longueur des pauses » émergent dans la partie « utilisation des outils de la conversation », au niveau des modalités para-verbales dont dépendent les pauses inter et intra-tours.

Les chevauchements n'ont pas été pris en compte dans notre analyse : consistant à parler pendant le tour de son partenaire, ils ne conduisent pas systématiquement à l'interruption de la parole du locuteur et sont en ce sens moins menaçants pour le bon déroulement de l'échange.

#### ↳ Partage du temps de parole :

Le temps de parole est le temps pendant lequel la personne produit des actes langagiers. La durée de chaque tour de parole nous ramène au partage du temps conversationnel entre les deux personnes et aux prises de parole. Metay-Segui les mesure concrètement dans son étude en tenant compte de tout ce qui contribue à augmenter ou diminuer le temps de parole :

- la production verbale et non verbale,
- les pauses inter-tours,
- les pauses intra-tours.

Cette analyse nécessite d'extraire le contenu des actes de parole, ce qui ne peut être envisagé au terme d'une seule écoute de la conversation sans recours à la réalisation d'un corpus.

Le partage du temps conversationnel est toutefois un bon indicateur de l'équilibre interactionnel. Son identification, à ce niveau de l'analyse initierait une réflexion de la part de l'observateur, quant aux moyens utilisés pour « remplir » les temps de parole de part et d'autre.

Cet item sera intégré à la version n° 5, découlant de la première mise en situation.

➤ **Actes de langage :**

Les travaux de recherche effectués par Metay-Segui, ainsi que les théories linguistiques existantes (Austin, Cervoni, De Partz) situent les actes de langage au cœur des interactions. En effet, les actes de langage employés par chacun montrent concrètement dans quelle posture se trouve chacun des partenaires.

Selon la typologie proposée par Croll (cité par Metay-Segui, 2008), on rencontre trois types d'actes interlocutifs :

- ↳ **Les actes thématiques** regroupant les questions, les réponses, les assertions et les validations dans la gestion des thèmes.
- ↳ **Les actes relationnels** s'exprimant par des comportements de plaintes, d'empathie, de compliments, d'excuses, de reproches..
- ↳ **Les actes de gestion** intégrant les comportements adoptés par les participants pour gérer certaines situations dans la conversation (changements de tour de parole, incidents, temps de réflexion, silences, interruptions, chevauchements..)

Dans la version avant mise en situation, nous avons retenu les **actes thématiques**, illustrant la manière dont les locuteurs introduisent ou maintiennent un thème.

En revanche, nous avons volontairement écarté dans un premier temps les actes relationnels et de gestion: les premiers faisaient écho aux items du module « *état émotionnel et affectif* », au « *respect du partenaire* » et à certains comportements liés aux difficultés du locuteur, tandis que les seconds rendaient compte des réparations en cas d'incidents conversationnels.

### **2.2.5 Utilisation des outils de la conversation**

Nous avons suivi l'organisation proposée dans les multi-modalités interactionnelles et répondu ainsi à la nécessité d'une classification concrète :

➤ **La modalité verbale :**

Elle englobe tous les éléments linguistiques pouvant être émis oralement par le locuteur :

- ↪ Mots isolés.
- ↪ Phrases courtes ou longues : cette distinction nous permet, en fonction des difficultés du patient de voir si le partenaire adapte son discours.
- ↪ Formules automatiques : très présentes chez les aphasiques, elles peuvent parasiter l'échange par l'introduction d'énoncés inadaptés ou non informatifs.
- ↪ Production de « oui/non » : leur présence peut rendre compte d'un mode d'échange privilégié et fructueux entre les partenaires. Leur fréquence élevée pose toutefois la question de leur fiabilité.
- ↪ Onomatopées : ces « productions vocales » imitant les bruits d'un objet, ou de son utilisation, sont parfois très informatifs et contribuent à la transmission d'informations pertinentes. Il est intéressant de noter leur utilisation par les partenaires en cas, par exemple, de manque du mot ou d'incompréhension verbale par le patient.
- ↪ Marques d'hésitation : elles sont porteuses d'un signe d'investissement de celui qui les prononce, mais peuvent également provoquer un ralentissement de la dynamique et interférer dans le bon déroulement de l'échange.
- ↪ Phatiques, régulateurs, ponctuants : au-delà de l'existence d'énoncés informatifs par le locuteur, la présence de ces outils atteste de l'investissement et de sa motivation du locuteur dans l'interaction. Ils indiquent par ailleurs une continuité dans l'échange et la compréhension des énoncés émis. Ils sont d'autant plus importants à relever qu'ils consistent parfois en la seule intervention de celui qui les prononce. Nous ne les avons pas différenciés par souci de simplifier la restitution des données par les observateurs.

➤ **la modalité para verbale :**

Comme cela a été décrit dans notre partie théorique, les modalités para verbales regroupent la prosodie et les caractéristiques de la voix et de la parole. Nous avons sélectionné nos items en prenant soin de rendre compte de tous les éléments influençant perceptiblement la conversation.

- ↪ L'intonation : selon les caractéristiques du locuteur et/ou sa pathologie, l'intonation peut faire défaut, ou être utilisée à mauvais escient. Son absence induit parfois des

difficultés de compréhension, un ton monotone, monocorde, affaiblissant la vivacité de l'échange. Attirer son attention sur cet aspect du langage nous paraît fondamental pour comprendre le fonctionnement des participants et les aider à utiliser plus habilement leurs ressources.

- ↪ L'intensité : le niveau sonore peut varier selon la situation et les caractéristiques personnelles des personnes engagées en conversation. Un volume trop faible perturbe la compréhension de l'interlocuteur et lui impose une attention plus soutenue. Un volume trop élevé n'améliore pas l'échange entre les participants, sauf en cas de troubles auditifs chez l'interlocuteur. Il est donc pertinent de se questionner sur le niveau d'intensité de part et d'autre et les variations émises tout au long de la conversation.
- ↪ Le débit : il s'agit là de la rapidité avec laquelle le message est émis. Entre les participants, cette vitesse devrait se synchroniser afin d'atteindre un équilibre relatif permettant à chacun de s'exprimer et de se comprendre aisément. Il est très intéressant d'analyser l'adaptation du partenaire aux difficultés de son conjoint par un ralentissement ou au contraire une accélération de son débit, selon les difficultés de ce dernier.
- ↪ Les pauses : elles influencent le temps de parole dévolu à chaque partenaire. Leur analyse permet d'identifier les mécanismes d'adaptation aux difficultés de prises de parole de l'interlocuteur, le temps de latence plus ou moins long selon les personnes, les interruptions de part et d'autre. Cet item vient en partie expliquer un éventuel déséquilibre du temps de parole mesuré précédemment, dans le module « respect des tours de parole ».

Le rythme et l'accentuation sont des éléments dont le recueil nécessite une écoute bien attentive. Le protocole d'observation envisagé n'est pas adapté à un recueil de données si fines. L'observateur pourra cependant, s'il le souhaite, compléter ces informations relatives à la prosodie dans la colonne « remarques ».

➤ **La modalité non verbale :**

Sharp et al (2007, cité par Ferré, 2011) précisent que « *les chercheurs et le personnel médical travaillant sur l'aphasie considèrent que la gestualité permet à la fois de faciliter la communication et de compenser une communication défailante* ».

Nous avons proposé une synthèse entre les gestes communicatifs de Cosnier et ceux issus de la PACE (Clerebault&al. 1984), la terminologie de ces derniers s'adaptant à notre objectif pratique.

Rappelons que la PACE regroupe des gestes :

- codifiés : gestes conventionnels à signification précise (hochement de tête) ;
- déictiques : gestes permettant de pointer/désigner un objet ou une direction ;
- symboliques : symbolise des personnes ou des concepts (salut militaire) ;
- les mimes de la forme : permettent de décrire les caractéristiques d'un objet ;
- les mimes d'action : faire semblant d'utiliser un objet pour le décrire.

Nous distinguerons donc :

- ↳ **Les gestes déictiques** (illustratifs et de pointage), dans l'espace (direction) ou sur support (un objet).
- ↳ **Les gestes descriptifs** (iconiques- mimes de forme).
- ↳ **Les mimes d'utilisation** (iconiques – mimes d'action).
- ↳ **Les expressions faciales significantes** (gestes connotatifs ou expressifs) : elles peuvent traduire des sentiments d'étonnement, de surprise, de colère, et ont dans tous les cas une valeur informative pour celui à qui elles sont adressées.

Enfin, nous avons repris précisément les gestes synchronisateurs de Cosnier, témoins d'une bonne régulation de l'échange et déjà brièvement évoqués dans la « dynamique de l'échange » :

- ↳ **Mimiques faciales/regard** : traduisant l'engagement dans la conversation, le maintien des rôles respectifs de locuteur et d'interlocuteur.
- ↳ **Posture** : changement de position, adaptation à la posture de l'autre, ajustement dans l'échange.
- ↳ **Gestes synchronisateurs** : tous les gestes (notamment manuels) témoignant de l'investissement dans l'échange.

Une synthèse des modalités utilisées permet d'objectiver l'existence ou non d'une cohérence entre les modalités utilisées de part et d'autre et de pointer, selon le cas, d'éventuels facilitations ou freins dans l'échange.

## **2.2.6 La gestion de la compréhension**

Les problèmes de compréhension se révèlent seulement après quelques tours de parole et créent une rupture de l'échange. La notion de « *compréhension* » est explicitée dans la grille de Clerebault, référente en matière d'interactions chez des personnes cérébro-lésées.

Cette dernière traite des problèmes de compréhension à travers l'identification de la présence de feed back verbaux et non verbaux, phatiques et régulateurs.

La difficulté d'appréhender les phénomènes de compréhension réside dans leur dimension interprétative : comment différencier des troubles liés à la compréhension d'autres difficultés plus langagières ou comportementales dans le cadre d'une situation naturelle ?

Après quelques tâtonnements, le choix a été pris d'aborder cette notion sommairement, notre seule volonté étant de faire émerger un questionnement chez l'observateur sur la prise en charge par les participants, des phénomènes de compréhension réciproques.

Concrètement, on effleurera deux points essentiels au bon déroulement de l'échange :

- ↳ celui de l'assurance par le conjoint de la compréhension de son partenaire et les moyens correspondants mis en œuvre. (feed back verbaux et non verbaux)
- ↳ celui de l'existence d'une signalisation par chaque interlocuteur de son incompréhension éventuelle, et les moyens employés dans ce cas (feed back verbaux et non verbaux).

## **2.2.7 Etude des incidents et réparations**

En analyse conversationnelle, les réparations apparaissent comme un des éléments fondamentaux à repérer par l'observateur. Elles sont le moyen naturellement utilisé pour lever des problèmes de transmission ou de compréhension de l'information (Lambert, 2004).

Ces mécanismes, s'ils sont appréhendés de manière intuitive par la plupart des professionnels, ne sont pas toujours explicités. La retranscription de liens entre incidents et conduites compensatoires et réparatrices posait donc la question de « comment identifier, formaliser et traduire les conduites observées afin de rendre leur analyse exploitable? ».

Compte tenu de leur grande diversité, et malgré la volonté de rendre compte de tous les comportements et les situations possibles dans une conversation entre deux personnes, nous avons

conscience du manque d'exhaustivité dans ce module. Le parti a été pris de reprendre les données les plus courantes en aphasiologie et dans le domaine des troubles de la communication.

➤ **Auto et hétéro-réparations :**

Dans nos premières versions, nous y avons introduit les notions d'auto et hétéro-signalisation et réparations. Finalement cette analyse sera abandonnée, complexifiant le remplissage et n'apportant pas les informations essentielles visées, c'est-à-dire l'efficacité des comportements et des réparations quel qu'en soit l'auteur.

➤ **Comportements réactifs face aux difficultés :**

L'objectif de ce module est d'identifier rapidement les comportements réciproques des partenaires face à leurs difficultés ou à celles de leur interlocuteur. En amont d'une analyse plus fine, ces premières données comportementales transmettent des informations pertinentes sur les ressources et les stratégies d'adaptation de chacun, en fonction des personnalités et de la situation d'interaction.

↳ **Comportements communs :**

- *Changer de modalité* : ce comportement témoigne des capacités d'adaptation des partenaires et de l'utilisation de leurs ressources communicationnelles.
- *Plaisanter* : ce mode de fonctionnement exprime une certaine légèreté, une capacité à accepter les situations difficiles et une complicité entre les personnes.
- *Abandonner, s'impatienter, se plaindre* : ces réactions témoignent d'états de lassitude, d'agacement non propices à une amélioration des conditions d'échange.

↳ **Comportements spécifiques pour le patient (confronté aux difficultés) :**

- *Persévérer sur la même modalité* : devant une inefficacité de la modalité utilisée, la personne ne modifie pas son mode de communication.
- *Se mettre en retrait, être agressif* : les difficultés mettent le patient dans une situation douloureuse qui peut l'inciter soit à se retirer peu à peu de l'échange, soit à devenir irascible.

↳ **Comportements spécifiques pour le partenaire (dans un rôle compensatoire et d'aidant) :**

- *Encourager, tolérer les erreurs, différer l'échange* : comportements permettant d'éviter des blocages supplémentaires, de maintenir l'investissement dans l'échange, de valoriser le partenaire.
- *Infantiliser, être directif, faire des corrections négatives, parler à la place de* : comportements auxquels on doit être attentif car ils transforment la relation sociale entre les partenaires, modifient les objectifs de l'échange, et affaiblissent l'identité du patient. On peut les avoir déjà mentionnés dans la page 3 du support, rubrique « comportements négatifs ».

➤ **Les incidents conversationnels et les réparations associées:**

Un premier tableau croisé nous confrontait d'une part aux limites d'une présélection d'items, ne rendant pas compte de toutes les situations possibles et d'autre part à l'impossibilité de préciser l'efficacité des conduites observées.

Une seconde présentation sous forme de plusieurs tableaux, intéressante par la richesse de son analyse, véhiculait toutefois une trop grande quantité d'informations rendant la lecture confuse et le recueil des données fastidieux.

Nous avons abouti, finalement, à l'élaboration d'un tableau unique et vierge, dans lequel l'observateur pourra remplir :

- les incidents observés;
- les modalités de réparations adoptées et l'auteur de ces réparations;
- leur efficacité.

Pour aider au remplissage du tableau et canaliser les réponses interindividuelles, deux listes ont été proposées :

↳ **une liste des incidents conversationnels** organisée par domaine et tirée des tableaux de la version précédente.

L'observateur pourra retrouver des incidents au niveau :

- langagier : manque du mot, paraphrasies phonémiques, lexicales, sémantiques, jargon, blocage...
- paralinguistique : articulation, dysprosodie, dysphonie, intonation, intensité trop forte, trop faible...

- des capacités d'adéquation ou difficultés de compréhension: silences excessifs, interruptions, réponses inadaptées, pas de réponse, logorrhée (le manque du mot peut entraîner ce type d'incidents)...
- de la participation à l'interaction : inhibition, passivité, abandon, décrochage, agressivité, émotions inadaptées...

↪ **une liste des compensations et réparations** les plus courantes :

- outils verbaux : circonlocutions - demande d'oralisation - ébauche orale – répétition - suggestions – reproches - questions ouvertes / fermées / convergentes – onomatopées - corrections négatives – injonctions – reformulation – interruptions – demande de confirmation.
- outils para-verbaux : changement d'intensité – modification du débit verbal – modification de l'intonation- adaptation des pauses – accentuation de l'articulation.
- outils non verbaux : gestes – aide visuelle / externe / tactile – changement de posture – mimes, mobilisation du regard.

Sous cette forme libre, les professionnels ne seront pas contraints dans leur choix, et pourront personnaliser leurs observations, mettre en évidence les réparations qui ont attiré plus particulièrement leur attention. Par ailleurs, les propositions faites dans le support les soutiendront dans leur réflexion et permettront un rappel de certaines informations observées et non retenues.

## **2.2.8 Synthèse des données et proposition d'axes thérapeutiques**

La dernière page permet au clinicien de distinguer les modalités fonctionnelles et les réparations efficaces des autres modalités à éviter. Cette présentation sera éclaircie dans la version définitive après mise en situation.

## 3. Mises en situation de la grille

---

### 3.1 Protocole de passation de la grille

Afin de valider et fiabiliser notre outil, nous souhaitons le tester auprès d'un collègue d'orthophonistes de la région. L'objectif était d'en extraire les manques, les atouts et de récolter les remarques des professionnels quant à la pertinence et la possibilité d'exploiter un tel support en thérapie dynamique interactive.

Nous avons proposé pour cela deux séances successives à 1 mois ½ d'intervalle articulées autour:

- ↳ d'un temps de présentation de l'outil, de son objectif et de son utilisation ;
- ↳ de la projection d'une vidéo mettant en scène un patient cérébro-lésé et son conjoint, en situation de conversation familière, à leur domicile ;
- ↳ du remplissage par les orthophonistes du support d'observation et d'un questionnaire destiné à recueillir les impressions, les critiques ou remarques constructives sur l'intérêt de ce support et sur les améliorations à y apporter.

Le protocole détaillé ainsi que les courriers relatifs aux mises en situation sont présentés en ANNEXE

### 3.2 Mise en situation n°1

#### 3.2.1 Éléments de passation

- **Six orthophonistes** ont testé le support :
  - ↳ Trois orthophonistes connaissaient déjà la vidéo et les sujets en conversation.
  - ↳ Trois autres orthophonistes n'avaient jamais pratiqué d'analyse conversationnelle et ne connaissaient ni la vidéo ni les personnes filmées.

Afin d'éliminer les biais liés à la fréquentation des sujets par certains cliniciens, on distinguera deux groupes pour l'analyse des résultats :

GROUPE A : orthophonistes initiées = G1, G2, G3

GROUPE B : orthophonistes « novices » = G4, G5, G6

- **La vidéo projetée** était celle utilisée par Metay-Segui dans son analyse d'une conversation entre un patient aphasique et sa conjointe. En proposant cette vidéo, nous espérons pouvoir tisser des liens et des comparatifs entre les données recueillies sur notre support, la synthèse qui en était faite et celle proposée par Metay-Segui.
  
- **Consignes de remplissage** : pour cette première passation, nous avons demandé aux observateurs de renseigner, dans la mesure du possible, tous les critères proposés dans le support, pour le patient comme pour le partenaire.
  
- **Mode d'analyse et de comparaison des données** :
  - ↳ du point de vue des cotations : compte tenu de la difficulté d'appréciation **quantitative** a posteriori des éléments observés, la corrélation sera retenue lorsque les résultats seront identiques ou ne différant que d'un point entre l'ensemble des cotations comparées (ex : G1=1 / G2=2 / G3 = 1 > cotations homogènes). Nous admettons néanmoins que sur une échelle de 4 points (0 à 3), une différence d'un point reste normalement significative ; dès lors, nous justifions ce choix par le fait que les observateurs ne sont pas familiarisés avec les critères à observer, qu'ils ne maîtrisent pas l'outil et qu'ils ne peuvent revenir sur la conversation.

Une cotation entre 0 et 1 exprime une faible fréquence de l'item.

Une cotation entre 1 et 2 exprime une présence de modérée de l'item.

Une cotation entre 2 et 3 exprime une présence marquée et significative de l'item.

- ↳ d'un point de vue comparatif, nous tenterons d'apprécier :
  - ⇒ d'une part les cotations intragroupes et intergroupes ;
  - ⇒ d'autre part, les liens entre les données obtenues et celles de l'analyse conversationnelle de Metay-Segui.

En raison d'un nombre élevé d'items, ceux-ci ne pourront être analysés un à un. Nous retiendrons pour chaque module les critères les plus convergents et ceux qui présentent, en terme de cotation une grande variabilité inter-juges.

Nous ne tiendrons compte dans nos comparaisons que des critères renseignés, l'absence de cotation par les observateurs ne pouvant faire l'objet d'une interprétation objective de notre part.

### **3.2.2 Restitution des résultats**

Les résultats sont intégralement restitués sous forme de tableaux par rubrique reprenant les cotations de chaque observateur, pour le patient puis pour le partenaire. L'appréciation de l'incidence de l'item sur l'échange est appréciée selon les annotations +/--. Les commentaires renseignés par les évaluateurs sont précisés par des renvois en bas de tableau. Pour la lecture exhaustive des tableaux, nous renvoyons le lecteur à l'annexe 2, afin de ne pas surcharger la lecture des résultats.

Certaines données chiffrées seront néanmoins insérées dans nos commentaires pour faciliter la compréhension de l'analyse.

## **Dynamique de l'échange**

---

### A. Comparaison intra-groupes :

**Groupe A** : on note une homogénéité dans l'appréciation de l'investissement interactionnel du patient sauf pour les items : « *disponible psychiquement* » et « *sensibilité à l'humour* ».

On retrouve, pour le partenaire, une corrélation des cotations sauf pour les items « *disponible psychiquement* » et « *soutient le regard du partenaire* ».

**Groupe B** : pour le patient, des variations importantes dans les cotations sont relevées.

Pour le partenaire, la plupart des cotations sont équivalentes, sauf pour « *l'humour et les inférences* » dont on peut soulever, par ailleurs, la rareté dans cet échange.

### B. Comparaison intergroupes :

**Au niveau du patient**, la non corrélation des cotations dans le groupe B par rapport au groupe A peut s'expliquer par une méconnaissance du patient de la part des observateurs, rendant

l'interprétation de ses comportements plus incertaine. Le groupe A, en revanche a déjà appréhendé les difficultés du patient et peut s'appuyer sur son expérience antérieure pour mesurer les comportements observés.

**Concernant la conjointe**, on relève des différences de perception entre les groupes :

- l'état émotionnel : la conjointe est jugée « détendue » par le groupe B tandis que le groupe A la perçoit « tendue ». Cela peut être attribué à la connaissance par le groupe A des personnes filmées dans différentes situations et d'informations complémentaires concernant leur personnalité.

- les comportements dits « négatifs » sont davantage perçus par le groupe A, dont « *l'agacement et l'infantilisation* ». La rencontre avec les patients et les conjoints nous amène à mieux appréhender leurs mécanismes, à être plus sensibles à leur fonctionnement mais peut générer également une subjectivité plus importante dans l'interprétation des comportements.

## **Gestion des thèmes**

---

A. Comparaison intra-groupes :

**Groupe A** : les cotations pour le patient comme pour le conjoint sont concordantes et font ressortir que face à une passivité du patient, c'est le conjoint qui dirige et soutient les thèmes de l'échange.

Les commentaires concernent :

- ↳ l'incidence positive de ce fonctionnement.
- ↳ La sollicitation nécessaire par le conjoint pour maintenir l'échange.

**Groupe B** : deux éléments montrent **un désaccord** entre les observateurs :

- ↳ le maintien du thème par le patient ;
- ↳ la clôture du thème par le conjoint.

Les autres appréciations se rejoignent, marquant un manque de participation du patient et une implication active et compensatoire du conjoint.

B. Comparaison inter-groupes :

Les données fournies par le groupe A montrent **une petite participation du patient** à la gestion des thèmes là où le groupe B s'accorde sur **une participation quasi inexistante**. Là encore, la

reconnaissance de certains comportements discrets du patient par les orthophonistes familiarisés est probablement sous-tendue par leurs savoirs préalables sur la personne.

Globalement, les deux groupes valorisent **le rôle moteur et favorisant de la conjointe** dans la poursuite de la conversation.

### **Tours de parole :**

---

Nous ne présenterons pas de résultats inter et intra-groupes puisque toutes les cotations vont dans le même sens, valorisant un bon fonctionnement des tours de parole de part et d'autre et **un effet facilitateur sur l'échange**.

Notons néanmoins la cotation « 3 », exprimant les interruptions de la conjointe chez un seul de nos observateurs. Nous ne la retenons pas dans notre analyse du fait de son caractère isolé.

### **Actes de langage :**

---

#### A. Comparaison intra-groupes :

**Groupe A** : l'ensemble des cotations est homogène à l'exception du critère « *validation* ».

- Pour le patient, on observe une corrélation des cotations, soulignant une forte utilisation de réponses pour peu de questions et d'assertions.
- Concernant la conjointe, les actes principaux résident dans les questions et les assertions, les réponses s'avérant plus rares (peu de questions du patient).

**Groupe B** : les cotations convergent également pour le patient et pour le partenaire.

- Le patient ne pose pas de questions, peu de réponses. Ses actes résident principalement dans les validations (cotées 1 à 2).
- Le conjoint utilise fréquemment tous les types d'actes de langage, particulièrement les questions (cotées 3 unanimement) pour lesquelles les cotateurs distinguent les questions ouvertes des questions fermées et en apprécient l'efficacité ou pas.

#### B. Comparaison intergroupes :

On relève des différences d'appréciation significatives au niveau de l'item « *réponses* » :

- Chez le patient : le groupe A apprécie à hauteur de 2/3 la présence de réponses (dont oui/non pour 1 observateur) tandis que le groupe B ne la cote qu'à 1.

- Chez le partenaire : le groupe B juge une présence plus importante de réponses chez le partenaire (2 à 3 contre 1 à 2 dans le groupe A), qui s'explique en partie par la remarque (d) d'un observateur « le conjoint pose les questions et donne les réponses ».

Les données concernant la « validation » ne sont pas concluantes et nous laissent supposer des difficultés dans la compréhension de l'item. L'annotation (e) vient renforcer cette hypothèse, marquant une définition imprécise de la fonction des « validations ».

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
questions	1	1	0	0	0	0
réponses	2	3	3(a)	1	1	1
assertions	0		0	1	0	0
validations	3	3	1	1	2	2

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
questions	3	3	2(b)	3	3	3
réponses	2©	1		3	3+(d)	2
assertions	3	2	2	3	2 –	2+
validations	3		1	3	3(e)	2

(a) réponses par oui/non = efficaces / (b) questions fermées efficaces mais trop rares / (c) du fait de peu de questions du patient / (d) le conjoint commence par poser des questions et finit par donner les réponses / (e) difficile pour le conjoint de valider car il n'est pas sûr que le patient ait compris.

## La modalité verbale :

---

### A. Comparaison intra-groupes :

#### Groupe A :

- Pour le patient, les observateurs s'accordent sur l'absence de mots et phrases, la production importante de « oui/non » et de « marques d'hésitations ».
- Pour le partenaire, seules les cotations exprimant l'importance des « phrases longues » et l'absence de formules automatique et d'onomatopées corroborent.

Notons que les divergences tiennent principalement à G3, G1 et G2 recoupant dans la plupart de cas leurs résultats.

**Groupe B :** de nombreuses données divergent. On peut mettre ce fait en lien avec la faible connaissance par les observateurs des habitudes des sujets observés.

Les cotateurs s'accordent néanmoins sur certains points :

- l'importance et l'incidence positive des régulateurs chez le partenaire ;
- la production d'OUI/NON élevée chez le patient ;
- *la rareté de certains items* : onomatopées du conjoint, phrases du patient, mots du conjoint.

#### B. Comparaison intergroupes :

5 observateurs sur 6 s'accordent sur la présence importante et néfaste des phrases longues chez le conjoint et sur l'utilisation positive des régulateurs par ce dernier.

L'absence de phrases, de mots, de formules automatiques chez le patient est appréciée unanimement par les cotateurs.

L'expérience du groupe A et sa connaissance en amont des sujets semblent améliorer la finesse des observations, principalement pour le patient.

L'observation transversale des résultats attire notre attention sur la grande diversité des propositions aussi bien intra que inter-groupes. On peut en conclure qu'il est difficile pour l'observateur de mémoriser les différents types de formulations utilisées par les participants, en dehors d'un fonctionnement très caractéristique et redondant.

#### **La modalité para-verbale**

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
intonation	3	3+	3+	<i>2efficace</i>	1-	2+
intensité	3	3+	3+	2	1-	2+
pauses intra	NO	3	3-		3 (a)	2+
pauses inter	0	3	3-		2 (a)	2+
débit	0	1	-		0-	1+

(a) involontaires

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
intonation	3	3	0	3	1-	2+

intensité	3	3	0	3	1-	2+
pauses intra	0	2	3-	3	3+	2+
pauses inter	3	2+/-	2	3	2+	1+
débit	2++	2		1	2	2-

#### A. Comparaison intra-groupes :

##### **Groupe A :**

- Pour le patient, les évaluations de l'intonation et l'intensité coïncident, jugeant leur présence conséquente et facilitatrice. Les pauses importantes, liées à l'absence de verbalisation, sont considérées en revanche comme un frein à l'échange.
- Pour le partenaire, la prosodie (intonation et intensité) apparaît importante pour 2 observateurs sur 3 ; les cotations des pauses intra-tours s'avèrent plus aléatoires, celles des pauses inter tours s'harmonisent et mettent en exergue sa fonction facilitatrice pour l'échange.

##### **Groupe B :**

- les cotations **du patient** se recoupent sur l'intonation et l'intensité évoquant une présence modérée et par ailleurs positive de ces items dans deux cas sur trois. L'évaluation quantitative des pauses est variable mais va, étonnamment, dans le sens d'une facilitation de l'échange.
- Les cotations **du partenaire** sont très hétérogènes, indiquant possiblement un manque d'attention des observateurs à l'égard des modalités para-verbales du conjoint, ou une difficulté d'appréciation.

#### B. Comparaison inter-groupes :

- **Concernant le patient**, les groupes se rejoignent sur la cotation du débit (par ailleurs quasi-inexistant du fait d'absence de verbalisation par le patient). Nous notons par ailleurs la différence d'appréciation des items « intonation/intensité » sur le déroulement de l'échange : parfois leur utilisation s'avère bénéfique parfois non.
- **Concernant le partenaire**, les appréciations sont soumises à une grande imprécision et certainement une subjectivité importante. L'expérience du groupe A semble peu influencer la restitution des observations. Une hypothèse peut être émise : le patient verbalise peu et ses interventions attirent l'attention de l'observateur. Les variations d'intensité et d'intonation du conjoint, noyées dans les productions verbales demanderaient un intérêt particulier et plus

soutenu. L'appréciation a posteriori en est donc plus délicate, surtout pour les orthophonistes découvrant la vidéo.

## La modalité non verbale

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Déictiques espace	3	2+	3+/-	2	2+	3
Déictiques support	0	-	2-	0		0
Descriptifs	1	1	3	2	2+	3
Mimes	0	0	0	0	0-	0
Expressions faciales	1 moue	3	3+	3	3+	2
Régulateurs regard	2		2+	3	3+	2
Régulateurs posture	1	2-	2+	1	3+	2
Régulateurs synchro	0			0	3+	0
Ecriture	No	No	No	No	No	No
Outils externes	No	No	No	No	No	No

(a) la conjointe ne réagit pas toujours aux gestes du patient / ignore les gestes du patient.

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Déictiques espace	0		0	1	1-	1-
Déictiques support	0		0			0-
Descriptifs	0		0			0-
Mimes	0		0			0-
Expressions faciales	0		0	2	2	1-
Régulateurs regard	3		1	2	2+	2+
Régulateurs posture	3	2	2	2	3+	2+
Régulateurs synchro	3		2		3+	2+
Ecriture	No	No	No	No	No	No
Outils externes	No	No	No	No	No	no

### A. Comparaison intra-groupes :

#### Groupe A :

- **Chez le patient**, les données, variables selon les catégories, vont néanmoins dans le sens d'une utilisation régulière des gestes et régulateurs non verbaux. Nous remarquons cependant la difficulté à réaffecter chaque geste à sa catégorie et les divergences concernant l'efficacité de ces moyens non verbaux.

- **Pour le partenaire**, les données se rejoignent également sur l'absence d'utilisation de gestes et la bonne régulation posturale. En revanche, les données concernant le regard ne corroborent pas. Admettons toutefois que ces comportements nécessitent une observation soutenue et particulière : à moins d'être notée au fur et à mesure qu'on les observe, la restitution du « regard » s'appuie davantage sur des perceptions résiduelles mnésiques que sur des comptabilisations concrètes.

**Groupe B** : les données renseignées convergent pour le patient et le partenaire. Nous notons tout de même une divergence dans l'appréciation de la posture (1 à 3) et des gestes synchronisateurs (0 ou 3) chez le patient, appréhendés de manière plus homogènes chez le partenaire (2/3).

Tous les cotateurs retiennent la présence positive des expressions faciales et du regard chez le patient comme chez le conjoint.

#### B. Comparaison inter-groupes :

Sur ces modalités non verbales, il s'avère que l'expérience du groupe A ne facilite pas de manière significative les restitutions des comportements. Au contraire, le groupe B rapporte davantage d'informations convergentes entre ses membres.

G3 (groupe A) et G6 (groupe B) précisent que l'absence de prise en compte des gestes du patient par le conjoint entrave l'efficacité de ces derniers.

### **Synthèse des modalités de la conversation**

---

Pour les deux groupes, les résultats rendent compte de :

- l'utilisation du para-verbal et/ou non verbal pour le patient,
- l'utilisation de la seule modalité verbale chez le conjoint.

Au-delà des perceptions subjectives de chaque observateur, l'analyse de ces résultats renforce l'existence d'une inadéquation des modalités entre les partenaires.

### **Gestion de la compréhension**

---

Question n°1 « le conjoint s'assure-t'il de la compréhension de son partenaire ? » :

Les deux groupes répondent NON unanimement.

Question n°2 : « l'interlocuteur signale-t'il au locuteur qu'il n'a pas compris ? »

**Groupe A** : G1 et G2 cochent la case « oui » du patient, les moyens de palliation étant pour l'une « hein ? », pour l'autre les onomatopées. La troisième ne répond pas.

Sur ce groupe qui connaît bien les personnes filmées, un seul observateur fait référence aux « hein ? » du patient (revenant 15 fois dans la conversation).

**Groupe B** : G4 et G5 répondent NON pour le patient et pour le conjoint, tandis que G6 cote OUI au niveau du conjoint. Ce faisant, il n'explique pas les moyens de signalisation.

Les groupes s'accordent peu sur la question n°2 ; l'expérience du groupe A semble toutefois favoriser une réponse plus fine et plus informative.

Cette rubrique, permettant de remettre la notion de « compréhension » au cœur des interactions, est difficile à approfondir pour les observateurs. Au vu de l'approximation des réponses, la restitution des éléments semble complexe. Nous pouvons envisager l'hypothèse qu'une meilleure connaissance en amont de la grille rendra les observateurs plus attentifs à cette dimension incontournable dans l'analyse de toute interaction.

## **Comportements des partenaires**

---

A. Comparaisons intra-groupes :

**Groupe A** :

- Patient : le comportement « *s'impatienter* » est commun à tous les observateurs.
- Conjoint : *L'infantilisation* revient dans les trois grilles.

**Groupe B** :

- Patient : on relève principalement « s'impatienter, persévérer sur la même modalité ».
- Conjoint : les comportements « **d'encouragement** » et « **parler à la place de** » sont privilégiés.

D'autres propositions variables et isolées sont retenues (*plainte, agressivité, mise en retrait, abandon*).

### B. Comparaisons inter-groupes :

Malgré le caractère abstrait des items proposés, nous retenons qu'un élément a été objectivé par l'ensemble des cotateurs : « *l'impatience du patient* ».

*L'infantilisation* de la part du conjoint reste, là encore, l'apanage de la perception du groupe A, le groupe B ne percevant vraisemblablement pas le fonctionnement de la conjointe de la même façon que les orthophonistes familiarisées avec cette dernière.

Les items de cette rubrique sont inévitablement soumis, de par leur caractère subjectif, à la propre sensibilité des observateurs et une interprétation personnelle, rendant les résultats diversifiés.

### Incidents et réparations

REPARATIONS REALISEES PAR LE :		
cotateur	PATIENT	PARTENAIRE
Incident: MANQUE DU MOT du patient		
<b>G1</b>		Attente production / reproches = NE Suggestions / Questions fermées = E
<b>G2</b>	Mimes de forme = E Déictiques = E	Questions ouvertes / injonctions/ reproches = NE Questions fermées / hypothèses = E Ebauche orale = +/- E
<b>G3</b>	Expressions faciales =E Gestes = +/- E ?	Questions fermées = E Questions ouvertes / Répétition = NE
<b>G4</b>		Ebauche orale = E à la longue
<b>G5</b>		Attente production = NE Ebauche orale / Répétition = E Questions ouvertes = NE Suggérer / mobilisation regard = E
<b>G6</b>		Faire verbaliser = NE

NE = réparation non efficace / E= réparation efficace.

Les observateurs signalent trois types d'incidents : le manque du mot, les silences excessifs, et l'abandon du patient (évoqué par deux observateurs seulement et que nous ne commenterons pas ici par souci de concision).

- **Le manque du mot (voir tableau ci-dessus)** est identifié par l'ensemble des participants qui s'accordent sur un certain nombre de réparations adaptées du conjoint : questions fermées, suggestions ou hypothèses.

Seul le groupe A évoque l'utilisation des gestes par le patient comme stratégie efficace.

D'autres réparations non performantes sont pointées : les reproches, les injonctions, les questions ouvertes et l'attente de verbalisation par le conjoint.

- **Les silences excessifs** du patient sont traités isolément par le groupe B qui note des stratégies inadaptées par le conjoint comme : les répétitions, l'augmentation de volume, les injonctions. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le groupe A a considéré cet incident comme une conséquence immédiate du manque du mot et a intégré son analyse à ce dernier.

L'étude des incidents et réparations est abordée de façon homogène par les participants. Nous nous interrogeons néanmoins sur l'impact des données restituées en amont pour objectiver ces stratégies de réparations.

### Axes thérapeutiques retenus

---

#### Groupe A :

	G1	G2
Modalités à favoriser	Verbales / non verbales	Para-verbales / non verbales
Stratégies efficaces	Propositions. Questions fermées	Patient : gestes Partenaire : hypothèses
Modalités non fonctionnelles	Patient : parole/ langage	Partenaire : vouloir obtenir le mot juste
Stratégies inefficaces	Attente du mot Demande de verbalisation	Questions Injonctions

#### Groupe B :

G4 propose d'utiliser les questions fermées et les reformulations et d'éviter les reproches. Ces propositions s'adressent probablement au conjoint mais cela n'est pas spécifié.

G6 propose d'utiliser la modalité para-verbale et les questions fermées, sans préciser à qui s'adresse ces stratégies (conjoint ou patient), ni sur quels critères elles sont établies.

Ces propositions variables inter et intra-groupes nous interrogent sur la clarté de la présentation de cette fiche de synthèse d'une part et d'autre part, sur la façon dont les orthophonistes ont construit leurs conclusions : se sont-elles appuyées sur les données relevées ou proposent-elles spontanément des axes découlant de leur observation, sans se référer préalablement au support ?

### **3.2.3 Confrontation des données avec l'analyse de Metay-Segui**

Nous nous sommes penchés sur les principales constatations issues de l'étude de Metay-Segui concernant la même conversation. La comparaison avec notre propre analyse montre une corrélation tout à fait satisfaisante sur certains éléments saillants et essentiels. Toutefois, nous relevons également que nombre d'éléments pertinents dans l'analyse de Metay-Segui ne ressortent pas de manière évidente à la lecture de nos résultats.

#### **3.2.3.1 Éléments convergents**

Le support permet aux observateurs d'objectiver certains phénomènes mis en lumière dans l'analyse de Metay-Segui:

- **La dissymétrie de l'échange**, exprimée par la passivité du patient et le rôle moteur de la conjointe dans la gestion des thèmes. Les résultats des deux études rendent compte de la fonction essentielle de la conjointe dans la poursuite de l'échange.
- **L'investissement réciproque des partenaires** dans l'échange, via la présence accrue de régulateurs chez les partenaires, un respect des tours de parole, un équilibre dans l'alternance des tours de parole, des pauses longues et adaptées de la conjointe, témoins de sa volonté à laisser du temps à son époux.
- **La dissymétrie dans l'utilisation des modalités communicationnelles** avec :
  - ↳ Une utilisation de la mimo-gestualité chez le patient, et l'absence de gestes chez le partenaire, indicatrice d'une inadaptation communicationnelle.

- ↪ La rareté des phrases et productions verbales du patient, limitées au « oui/non » et la fréquence de phrases longues chez la conjointe.
  - ↪ L'émission privilégiée de questions par la conjointe et de réponses par le patient (assimilées à des validations pour le groupe B), ainsi que l'absence d'assertion chez le patient.
- **L'existence de stratégies de compensation de la part du patient** : les gestes, les modifications d'intonation, les expressions faciales du patient indiquent non seulement son investissement dans l'interaction mais également sa volonté de compenser ses difficultés linguistiques.
  - **La présence des incidents** relatifs au manque du mot avec silences prolongés ou excessifs.
  - **Des stratégies de réparations efficaces de la part du conjoint** (hypothèses ou suggestions, questions en entonnoir ou fermées) et celles qui s'avèrent néfastes comme les questions ouvertes, les injonctions, les reproches, la demande de verbalisation, les répétitions de la conjointe suite aux absences de réponses du patient ou de son incompréhension.
  - **L'absence de vérification de la compréhension du patient par son épouse** : la conjointe ne tient pas compte des troubles de la compréhension de son mari (dus en partie à une mauvaise audition) et répète sans ajouter d'indices.

### 3.2.3.2 Éléments divergents ou absents de notre analyse

D'une part, notre grille ne permet pas de rendre compte :

- **des symboles gestuels oui/non** de nature quasi-linguistique, pouvant être apparentés à des régulateurs.
- **d'informations relatives à la fonction de certaines productions verbales** du patient (« oui/non » « bon voilà ») dont on ne sait pas si elles sont régulatrices ou informatives.
- **de la notion de partage du temps conversationnel**, tenant compte des productions verbales, para-verbales (pauses comprises) et non verbales.
- **de l'intérêt pour le thème en cours** et la ratification (même implicite) du patient.
- **de l'acte empathique** du patient (via une synchronisation gestuelle).

D'autre part, quelques informations ne ressortent pas de la plupart des analyses recueillies :

- **la question convergente « hein ? »** du patient, destinée à pallier ses difficultés de compréhension. (Mentionnée par un seul cotateur) ;
- **les difficultés de la conjointe à maintenir l'échange**, exprimées en partie par la longueur de ses pauses et son **découragement** face à la passivité de son époux ;
- **certaines précisions concernant la nature des gestes** du patient, dont le caractère parfois stéréotypé (illustratifs « pointage bras » et symboles Oui/Non) pouvait être source de malentendu, motivant sa conjointe à ne pas s'y attarder ;
- **l'évocation des incidents liés aux problèmes de compréhension** et de l'efficacité des « demandes de confirmation » ;
- la nature des réponses du patient, souvent limitées à « oui/non » ;
- **les plaintes** de la conjointe et **l'infantilisation** du patient par cette dernière (2 observateurs sur 6 en font cas).

### **3.2.4 Données du questionnaire n°1**

La restitution des données du questionnaire délivré aux orthophonistes en fin de passation nous amène quelques points complémentaires à nos résultats:

Nous accueillons **les points « positifs »** qui concernent :

- ↪ La clarté de la présentation du support.
- ↪ L'utilité probable de l'instrument à la pratique orthophonique.
- ↪ La diversité des propositions et la précision de ces items.
- ↪ Les questionnements que le remplissage permet de soulever, du point de vue des éléments à observer et des comportements réciproques de chacun des partenaires.

Nous retiendrons **les points « négatifs »** soulevés par nos observateurs :

- ↪ Le support est exploitable mais complexe et long.
- ↪ L'aspect quantitatif est difficile à coter.

- ↪ La partie des incidents et réparations est complexe.
- ↪ Il manque la distinction questions ouvertes/questions fermées.
- ↪ Le visionnage unique rend la tâche plus difficile.

### 3.2.5 Synthèse des résultats

#### 3.2.5.1 Points forts :

- L'analyse des données permet de retrouver les principales caractéristiques de l'interaction objectivées dans l'étude de Metay–Segui, intra et inter-groupes, parmi lesquelles le bon investissement des partenaires, la dissymétrie dans l'échange, les divergences dans l'utilisation des modalités communicationnelles, l'appel à des stratégies de réparation dont certaines favorisent la poursuite de l'interaction et d'autres l'entravent.
- Malgré une faible connaissance des items, un manque d'entraînement à l'analyse et la découverte du support, les observateurs du groupe B ont su exploiter l'instrument et objectiver de nombreuses données.

#### 3.2.5.2 Points faibles :

- Notre choix de départ d'harmoniser les cotations différant d'un seul point nous a permis d'obtenir une concordance dans les résultats. Mais sans cet arbitrage, les cotations seraient apparues souvent hétérogènes, surtout pour les évaluations quantitatives.
- Il a été difficile pour les observateurs de tenter de « remplir » toutes les cases et de quantifier tous les comportements, comme cela avait été évoqué dans la consigne de passation de départ. Cette contrainte a provoqué des restitutions d'items « non spontanées », forçant une recherche « mnésique » subordonnée probablement à un codage parfois « aléatoire ».
- Le module « *modalités de la conversation* » affiche une grande variation dans les données, surtout chez le groupe B. Les items de la modalité verbale et para-verbale font l'objet d'une

restitution fragile voire aléatoire, tandis que les gestes, mieux mémorisés, diffèrent toutefois en terme de catégorisation.

- Dans le module « actes de langage », nous retiendrons que le critère « *validation* » semble être abordé de manière confuse, nous indiquant la nécessité de redéfinir cet item.
- Certains points objectivés dans l'analyse de Metay-Segui ne ressortent pas clairement de l'analyse des données. Nous renvoyons le lecteur au paragraphe précédent précisant ces points.
- Les critères présentant un fort degré d'abstraction entraînent une nette variabilité dans les interprétations. (*ex. : infantilisation, comportements agressifs*).

### **3.2.6 Réajustement du support après mise en situation**

#### **3.2.6.1 Simplification de la cotation :**

Au regard de la difficulté à quantifier les données lors de l'observation unique d'une conversation, nous ne proposerons dorénavant qu'une cotation qualitative.

Nous conserverons 4 graduations possibles : 0 = jamais ; 1 = rarement ; 2 = régulièrement ; 3 = très souvent.

#### **3.2.6.2 Révisions et intégrations d'items :**

La passation a mis en lumière la faiblesse concernant la formulation de quelques items :

- *Dimension émotionnelle et affective* : les items « semble disponible psychiquement » et « est respectueux de son partenaire » sont vagues et entraînent des interprétations aléatoires. Nous ne les retiendrons pas dans la prochaine version.

En revanche, certains éléments préalablement manquants et plus objectivables seront réintégrés au niveau de la dynamique de l'échange:

- ↳ L'intérêt porté au sujet et à l'échange : « *porte un intérêt au/aux sujet abordé* ».

- ↪ Les actes relationnels faisant référence aux compliments, reproches, injonctions, empathie, plainte, énoncés valorisants, restituables selon deux critères : « *est empathique, valorisant* » et « *exprime des plaintes et/ou reproches* ».
- L'item « *montre des comportements négatifs* » a été reformulé sous la forme « *s'exprime de manière inadaptée* ». « *L'infantilisation* » pourra être mentionnée dans cette rubrique, selon que l'observateur juge ce critère présent et/ou néfaste.
- La notion de « *validation par ratification* » a été intégrée au module « gestion des thèmes » afin de permettre à l'observateur de se questionner sur l'existence ou non de cette ratification, essentielle à la continuation de l'échange.
- La notion « *d'équilibre des temps de parole* » a été ajoutée au module tours de parole. L'item « *a-t-il tendance à interrompre ?* » ne sera pas conservé mais l'observateur pourra préciser cette notion dans les remarques relatives au « respect des tours de parole ».

Gestion des tours de parole :		
Equilibre du temps de parole		
Respect des tours de parole / prise de parole adaptée temporellement		<i>Noter si silences excessifs ou interruptions fréquentes</i>

- Une différenciation sera faite entre questions ouvertes et questions fermées, selon la demande formulée par les orthophonistes présentes à la passation.
- Concernant les modalités de l'échange :
  - ↪ une précision concernant la fiabilité du *oui/non* a été intégrée dans les remarques.
  - ↪ l'item « *mot* » a bénéficié d'une précision via « *ou ébauche de mot* ».
  - ↪ l'item « *degré d'intelligibilité* » a été ajouté aux modalités para-verbales. C'est un paramètre plus général, évaluant globalement le degré d'importance d'un trouble dysarthrique. Il permettra éventuellement aux observateurs de se demander en quoi la personne est plus ou moins intelligible.
  - ↪ Afin d'éviter des confusions et les hésitations constatées au moment du remplissage, nous avons regroupé les notions :

- d'intonation et d'intensité ;
- de pauses inter et intra tours ;
- de gestes descriptifs et d'utilisation.

Rappelons que l'observateur pourra toujours préciser la nature des items s'il le souhaite dans les cases « remarques » prévues à cet effet.

↳ une dernière case a été créée « *attention portée à la modalité non verbale* » questionnant sur l'intérêt de la compensation par les gestes de part et d'autre s'ils ne sont investis qu'unilatéralement.

➤ Le module « *incidents et réparations* » a bénéficié d'une restructuration formelle au sein du support, facilitant son exploitation. Les données n'ont pas été modifiées.

### **3.2.6.3 Présentation plus cadrée de la fiche de synthèse :**

La restitution des résultats précédents nous a permis de constater que la page consacrée à la synthèse de toutes les données manquait d'organisation et n'accompagnait pas précisément les professionnels dans leur réflexion.

Nous la présenterons dorénavant sous forme de deux tableaux permettant de reporter ce qui fonctionne et qui ne fonctionne pas chez le patient PUIS chez le partenaire en termes de modalités communicationnelles (verbale, para-verbales, non verbales) et de réparations adoptées.

### **3.2.6.4 Réflexions autour du problème de la longueur et de la complexité du support :**

➤ Concernant la longueur :

Il nous a été impossible de limiter les items ou les propositions pour répondre au désir d'un support plus succinct. En effet, nous nous situons d'une part dans le cadre d'une analyse conversationnelle nécessitant une prise en compte de nombreux critères, d'autre part dans la prise en charge de l'ensemble des personnes cérébro-lésées. Le choix de cette population nécessite une exhaustivité des comportements possibles dans n'importe quelle situation. Pour autant, tous les items ne seront pas observés systématiquement ; l'observateur portera son attention et son analyse sur ceux qu'il considère les plus pertinents en fonction des caractéristiques des personnes en conversation.

➤ Concernant la complexité :

Le questionnaire retourné nous indique que tous les items avaient été compris.

La complexité, au vu des informations restituées, semble résider dans la cotation, la longueur et l'appréhension du module « incidents et réparations ».

Rappelons que les personnes présentes à cette passation n'avaient pour la plupart, pas connaissance des personnes filmées, de leurs modes de fonctionnement, et de leurs éventuelles difficultés.

D'autre part, elles ne maîtrisent pas l'outil, présenté très brièvement avant la passation, par contrainte temporelle. Cela implique une double, voire une triple tâche, complexifiant d'autant l'utilisation du support: comprendre l'outil, observer/mémoriser et restituer les informations.

Nous essaierons, dans la seconde mise en situation de pallier ces contraintes de longueur et de complexité par une attente plus réaliste de notre part en termes de recueil de données et des consignes adaptées.

### **3.3 Mise en situation n°2**

#### **3.3.1 Éléments de passation**

- **Constitution du groupe d'observateurs :** les orthophonistes étaient au nombre de 7 :
  - ↳ 5 avaient déjà participé à la session précédente dont 2 orthophonistes qui connaissaient la vidéo et/ou les personnes filmées.
  - ↳ 2 intégraient le groupe pour la première fois, n'ayant connaissance ni des personnes filmées, ni du support d'observation.

Compte tenu de l'hétérogénéité des profils d'observateurs, le choix a été fait de ne pas constituer de groupe par souci de simplifier la présentation des résultats. Les analyses de données seront étudiées inter-individuellement entre les 7 participants.

#### ➤ **Consignes de passation :**

La proposition a été faite de ne remplir que les items jugés pertinents par les orthophonistes pour leur analyse et seulement ceux dont ils se souvenaient « suffisamment » bien. Nous espérons ainsi évincer les biais liés à une restitution hésitante et déformée de certains comportements rares ou

non mémorisés. De même, cela nous paraissait répondre partiellement à l'attente d'un remplissage moins long et complexe.

En revanche, nous avons demandé à ce que toutes les fiches de synthèse soient élaborées, afin de pouvoir exploiter leurs résultats.

➤ **Vidéo projetée :**

Le film mettait en scène une conversation entre une personne aphasique et son conjoint, attablés dans leur salle à manger.

Notons que l'intensité sonore de la vidéo était relativement faible et a nécessité de la part des observateurs une écoute plus attentive et une compréhension parfois difficile, dont ils nous ont fait part en fin de passation.

Cette conversation a fait l'objet en amont d'une analyse conversationnelle par Dit Dinard (2008) dans son mémoire de fin d'études, nous essaierons d'y confronter nos résultats.

➤ **Mode d'analyse et de comparaison des données :**

↳ Du point de vue des cotations :

nous assimilerons les cotations différant d'une seule graduation. (Exemple : 2 ou 3 et 0 ou 1 et 1 et 2) afin de pallier la sensibilité des variations dues à la mesure subjective de la fréquence des items.

↳ Du point de vue de la restitution, nous présenterons une analyse des résultats :

- pour le patient ;
- pour le partenaire ;
- pour les incidents et réparations ;
- pour les axes thérapeutiques dégagés.

↳ Du point de vue de la comparaison, nous proposons :

- une comparaison inter-individuelle ;
- une comparaison avec l'analyse de Marie Dit Dinard (2008).

Les données seront considérées concordantes quand les cotations seront similaires (à une graduation près) pour au moins **5 orthophonistes sur 7**. Les cases vides ou indiquées NO ne seront pas prises en compte dans la comparaison

### 3.3.2 Restitution des résultats

#### A/ Données convergentes concernant le patient :

\* nombre de cotation identiques / nombre de cotations totales renseignées

<b>CRITERES CONVERGENTS</b>	<b>Cotation</b>	<b>cotations identiques*</b>	<b>Commentaires</b>
Comportement corporel	Tendu	5 sur 7	Variable selon moment (parfois détendu)
Outils externes	magazine/journal	5/7	Utilisation limitée en désignation
<b>INVESTISSEMENT</b>			
Intervient spontanément	2/3 +	5/7	Facilite
Porte un intérêt	3/2 ++	7/7	Facilite
Dynamisme échange	3/2	7/7	Facilite
Montre émotions	2/3 +	7/7	
S'exprime de manière inadaptée	0/1	4 /4	
<b>GESTION DES THEMES</b>			
Initiation	0/1	6/6	Facilite mais n'a pas toujours le temps
Validation	2/3	5/6	
Maintien	2+/3	5/7	
Clôture	2/3	5/7	
<b>TOURS DE PAROLE</b>			
Equilibre temps de parole	1/2	6/6	
Respect TDP	2/3	6/6	Interrompu parfois
<b>ACTES DE LANGAGE</b>			
Questions fermées	0/1	5/5	Un peu de questions
Questions ouvertes	0/1	5/5	
Humour et inférences	1/2+	5/6	
<b>MODALITES VERBALES</b>			
Phrases courtes	2/3	5/7	
Phrases longues	1/2	5/6	Manque du mot / frein échange
Formules auto	2/3	6/6	facilite
Production oui non	2/3 fiables	6/7	Assez automatiques (régulateurs ?)
Marques hésitation	2/3+	5/5	
Régulateurs	2	7/7	Bonne régulation
<b>MODALITES PARAVERBALES</b>			
Pauses	2/3	6/6	Manque du mot
Débit	2/3	4/4	

Intelligibilité	1/2	7/7	
<b>MODALITES NON VERBALES</b>			
Gestes déictiques espace	2/3	7	Facilite l'échange
Gestes déictiques support	1/2	5/6	papier/journal
Gestes descriptifs	2/3	7/7	Facilite / peu précis
Expressions faciales	2/3+	6/7	1 moue
Gestes régulateur mimique	2/3	7/7	Facilite
Gestes régulateurs posture	2 /3	6/6	se tourne vers lui
<b>COMPREHENSION</b>			
Signalisation incompréhension	OUI	6/7	Questions/ regard/ reformulation
<b>COMPORTEMENTS REACTIONNELS</b>			
Persévérer sur même modalité	OUI	5/7	+ d'autres comportements minoritaires

Ces résultats nous conduisent à quelques commentaires intéressants :

➤ Sur la majorité des items, il y a une bonne corrélation entre les données recueillies par les observateurs. Ceux-ci s'accordent sur plusieurs points importants :

- ↳ Un bon investissement du patient dans l'échange et un intérêt pour les thèmes, ce qui facilite l'interaction.
- ↳ Une faible initiation des thèmes mais une capacité à maintenir et clôturer ces derniers.
- ↳ Le recours faible à modéré aux questions.
- ↳ L'utilisation de moyens verbaux compensateurs et facilitateurs de type : oui/non, formules automatiques.
- ↳ La tentative inappropriée d'utilisation de phrases longues.
- ↳ Le recours efficace aux modalités para verbales et non verbales.
- ↳ La fréquence et l'efficacité des régulateurs verbaux et non verbaux.
- ↳ La persévération de la patiente sur la même modalité en cas de difficultés.

## **B. Données divergentes concernant le patient :**

CRITERES DIVERGENTS	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7
Attentif aux contributions du partenaire	2						
Est empathique	no	3		2			2+
Exprime des plaintes	1	1	2	2	3		2+
Réponses	3	1		1	2		2
Assertions	2	1				3	
Validations	3	1			3		
Mots isolés ou ébauche de mot		1+	2		3		2
Onomatopées	no	1+	3		no		
Prosodie	1	3	1	2++	1		3
Gestes synchronisateurs	1	3	3	3			3
Outils externes	2					(a)	(b)
Attention portée au NV	3	3			1		oui
Synthèse	V/PV/NV	PV	PV	V/NV	V/NV	NV	PV/NV

➤ Quelques critères s'avèrent très hétérogènes : réponses, prosodie, attention portée à la modalité non verbale, mots isolés.

➤ D'autres ont été peu renseignés : assertions, validations, onomatopées, outils externes.

Rappelons que notre consigne de remplissage spécifiait la possibilité de ne remplir que les items susceptibles d'intéresser l'observateur pour son analyse, dont on pense pouvoir faire une restitution fidèle et/ou que l'on a réellement observés. Cela peut justifier en partie les divergences constatées. Cette modalité de passation limite également nos possibilités d'interprétation des items non renseignés. Nous remarquons néanmoins que certains de ces items (onomatopées, validations, mots isolés) affichaient également des divergences dans la première mise en situation.

➤ Nous notons une inadéquation dans la synthèse des modalités utilisées par les participants :

Si 5 observateurs s'accordent sur la modalité non verbale, chacun propose par ailleurs une synthèse différente, associant 2 modalités privilégiées.

Il s'avère que le patient, dans cette conversation, utilise les trois modalités tout au long de l'échange, avec une prédilection pour le non verbal, les capacités verbales se trouvant limitées.

Nous pouvons supposer, au vu de ces informations, que les observateurs mentionnent prioritairement la modalité la plus saillante puis celles auxquelles ils ont été les plus sensibles, sans passer par les données recueillies en amont. Cette explication justifierait dans ce cas le

choix privilégié du non verbal, associé, selon la perception du juge, à une autre modalité venant en second plan.

- Les réponses concernant les comportements réactionnels montrent une grande diversité dans les propositions : au-delà du seul critère commun « *persévérer sur le même canal* » par ailleurs facilement objectivable, on relève des appréciations diverses : rire (4 réponses sur 7) - se plaindre (3/7) – abandonner (3/7) – changer de canal (2/7) – se mettre en retrait et demander de l'aide (1/7).

Nous constatons que l'ensemble des comportements cités apparaît effectivement pendant la conversation selon une fréquence plus ou moins accrue. Nous avançons l'idée d'une corrélation entre la fréquence élevée du comportement et sa restitution par les observateurs, les phénomènes plus rares étant relevés en fonction de la sensibilité de chacun.

### **C. Données concernant le partenaire**

- La plupart des données corroborent. On relève notamment :
  - ↳ Un bon investissement dans l'échange et une détente corporelle.
  - ↳ Des actes relationnels présents et plutôt positifs (empathie, émotions, peu de plaintes). Trois commentaires font cas toutefois de la présence inadaptée des « demandes de verbalisation » et « des questions à réponses connues ».
  - ↳ Une bonne gestion de la conversation (thèmes et tours de parole), cotée unanimement « 2 à 3 », avec des réserves émises sur le manque de temps laissé à la conjointe et sur les interruptions en cours de tour.
  - ↳ La présence fréquente et positive des questions ouvertes et fermées.
  - ↳ De bonnes capacités d'inférences.
  - ↳ L'utilisation trop importante de phrases longues et la constatation que le partenaire n'a pas changé sa façon de parler.
  - ↳ L'existence facilitatrice de régulateurs verbaux (notons que 4 observateurs ont apprécié cet item, les autres ne l'ont pas coté).

- ↪ Un débit assez rapide (côté 2 à 3 – une remarque va dans le sens d’une facilitation de l’échange)
- ↪ Une bonne intelligibilité.
- ↪ Une bonne gestion de la compréhension par l’utilisation de feed back verbaux et non verbaux, questions reformulations, regard.
- ↪ L’appréciation unanime du comportement « d’encouragement ».

- **Quelques cotations ne se recoupent pas** sur des items peu cotés par ailleurs. Elles concernent les moyens non verbaux (gestes), la prosodie et les pauses inter et intra tours. Les quelques cotations existantes vont dans le sens d’une utilisation faible ou inadaptée de ces modalités (notamment pour la prosodie, les gestes déictiques et les mimiques faciales).
- La synthèse tend vers l’utilisation d’une modalité plutôt **verbale**.

#### **D. Données concernant les réparations**

Cotateur	PATIENT	PARTENAIRE
<b>MANQUE DU MOT</b>		
G1	Gestes espace = E parfois  Circonlocutions = NE souvent	Demande de verbalisation = NE  Questions fermées = E
G2		Laisse du temps / Reformule / Demande de confirmation / Ébauche orale / soutien de la réponse / suggestions = E
G3		Aide visuelle / Mobilise le regard = E
G4		Ébauche orale / Reformule / suggestion = E
G5	Gestes descriptifs = E parfois	Ébauche phrase / questions fermées =E  Élévation intonation et diminution débit = E  Ébauche de mot = NE
G6	Gestes = E	Ébauche orale = E

		Ébauche articulatoire / questions/ hypothèses= E+/- Demande d'oralisation et de lecture = NE
G7	Gestes = NE	Ébauche orale / suggestions = E
<b>DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION</b>		
G1		Reformulation = E
G3		Suggestions / questions / gestes = E
G4	Gestes = pas toujours E	Questions = NE
G7		Demande confirmation = E
<b>MANQUE D'ARTICULATION</b>		
G3		Demande répétition = E
<b>DIFFICULTÉS A S'EXPRIMER</b>		
G3	Se rapproche = E	
<b>ABANDON</b>		
G7		Questions fermées = E

(E= efficace / NE = non efficace)

➤ Concernant les incidents :

- ↳ Un seul type d'incident est commun à tous les observateurs : le manque du mot.
- ↳ Les difficultés de compréhension sont également appréhendées par une majorité de participants.

➤ Concernant les réparations :

- ↳ Du côté du patient, il ressort que ses gestes ne sont pas toujours efficaces. Un seul observateur évoque les circonlocutions, pourtant fréquentes, accompagnant souvent les gestes et leur relative efficacité à pallier le manque du mot.
- ↳ Du côté du partenaire, il ressort que :
  - la demande de verbalisation ou d'oralisation est inefficace (et propice à créer de nouveaux incidents) ;

- la reformulation, le soutien par le regard, l'adaptation des pauses, les suggestions, les questions et les demandes de répétition encouragent le patient et permettent de faire avancer l'échange.
- pour un observateur, les questions apparaissent inefficaces (O4) : la nature exacte de ces dernières serait utile pour interpréter cette différence d'appréciation (questions ouvertes ou fermées, convergentes, injonctives ?).
- l'élévation de l'intonation et diminution du débit est efficace. Cette stratégie n'est toutefois signalée que par un seul observateur.
- l'ébauche orale du partenaire est appréciée différemment par les observateurs : parfois efficace, parfois pas.

### **E. Données concernant les propositions d'axes thérapeutiques**

<b>FONCTIONNEMENTS A PRIVILÉGIER</b>		
	<b>PATIENT</b>	<b>PARTENAIRE</b>
G1	Gestes déictiques Support visuel changement de canal	Le verbal / la vérification de la compréhension/ le support visuel / les questions fermées  prêter attention aux gestes de son conjoint
G2	Motivation et sourire	Patience/ initiation de thème / soutien
G4	Gestes pointage initier un échange changer de posture intonation et rires	Régulateurs/ reformulations/ suggestions/ questions fermées  Gestes sur journal  S'appuyer davantage sur la prosodie
G5	Le non verbal / les supports visuels/ le regard/ les gestes déictiques.	Questions fermées / gestes / paraverbal/ encouragement
G6	Le non verbal / les supports.	Le verbal/ ébauche orale/ les hypothèses/ les supports  Valoriser le non verbal de son partenaire
G7	Le non verbal / les expressions faciales/ les gestes	Verbal / questions ouvertes / quelques questions fermées

FONCTIONNEMENTS A ÉVITER		
	PATIENT	PARTENAIRE
G1	Le verbal pur  La recherche du mot  Les circonlocutions	Faire verbaliser alors qu'il a compris  Interrompre alors que sa femme tente des explications
G2	Gestes non informatifs	
G4		Phrases longues  Questions ouvertes trop longues
G5		Phrases longues  Temps de latence trop courts  Poser des questions dont il connaît la réponse  Proposer ébauche orale au-delà de 2 tours
G6		Demande de lecture et d'oralisation à tout prix
G7	Utiliser les gestes avec réserve : ceux-ci ne sont pas toujours informatifs et aidants	Enoncés trop longs

Les propositions sont diversifiées. Néanmoins, on retrouve des axes communs concernant :

- La valorisation des supports, des gestes du patient, de la prosodie, des régulateurs et des questions ouvertes et fermées par le partenaire. Les encouragements du partenaire sont également un atout indiscutable dans la pérennité de cet échange.

- L'abandon de comportements inefficaces comme:
  - ↪ La demande de verbalisation, phrases trop longues, interruptions ou pauses trop courtes.
  - ↪ L'utilisation par le patient de certains gestes apparaissant parfois non informatifs.

### **3.3.3 Confrontation avec l'analyse de Marie-Dit-Dinard**

Nous avons établi les principaux éléments communs entre les deux analyses et relaté les informations non transmises par nos observateurs.

#### **3.3.3.1 Éléments convergents :**

- Le bon investissement des partenaires dans l'échange.
- L'état de tension variable de la patiente, apparaissant toutefois plus souvent tendue que détendue.
- La faible participation de la conjointe à l'initiation des thèmes mais sa capacité à poursuivre et entretenir un thème.
- La difficulté de la patiente à prendre son tour de parole et le rôle dominant du conjoint dans la prise de parole.
- Les signalisations de non compréhension de part et d'autre par de nombreux feed back (gestes, regard de la patiente, questions du conjoint).
- Les incidents fréquents liés au manque du mot et aux problèmes de compréhension et l'utilisation par le conjoint de comportements et réparations appropriées pour pallier ces incidents : questions fermées (44%), valorisations, encouragements, suggestions, regards.
- L'intérêt de valorisation le mode de communication non verbal chez la patiente.
- L'attente inappropriée du conjoint de production verbale du mot cible par son épouse.
- La production d'oui/non par la patiente dans un but compensatoire.
- Le manque de flexibilité et d'adaptation du conjoint dans son mode communicationnel. Nos observateurs l'explicitent par l'utilisation de phrases longues par le conjoint, non appropriée à une bonne compréhension de la patiente.

- Les feed backs émis par le conjoint : feed back de compréhension et de non compréhension ouverts et fermés (questions ouvertes et fermées, les demandes de verbalisation), et feed back inadaptés tels que « chercher à faire dire le mot cible » (dis-moi le mot !).

### **3.3.3.2 Éléments non mentionnés par notre analyse :**

Marie-Dit-Dinard faisait état de certains phénomènes saillants que notre analyse ne fait pas ressortir :

- Le manque de fiabilité des oui/non de la patiente.
- Les conséquences des troubles attentionnels sur la compréhension (qui par ailleurs n'apparaissent pas de manière saillante à l'observation de la vidéo mais ont été relatés par Marie-Dit-Dinard en spontané).
- L'utilisation compensatoire par la conjointe d'onomatopées et de co-occurrence, c'est-à-dire de gestes destinés à accompagner la production verbale.

### **3.3.3.3 Éléments divergents entre les analyses**

- La modalité para-verbale est peu évoquée dans l'analyse de Marie-Dit-Dinard alors qu'elle apparaît être un vecteur facilitateur de l'échange chez la patiente comme chez le partenaire dans les synthèses élaborées par nos observateurs.
- Marie Dit Dinard parle de gestes informatifs tandis que nos observateurs évoquent ce critère sous l'angle de son efficacité dans l'échange d'informations. Ce point soulève une ambiguïté dans les termes employés qui devra faire l'objet d'une réflexion ultérieure sur les précisions à apporter dans les grilles.

## **3.3.4 Données du questionnaire n° 2**

Nous retenons de l'évaluation des orthophonistes que :

- les données recueillies ont tenu un rôle conséquent sur l'élaboration de la synthèse thérapeutique,

- la présentation de ce support apparaît adaptée au recueil des données et permet la restitution de tous les éléments observés,
- la grande quantité des critères, la difficulté de mémorisation des éléments observés et la *complexité de la cotation sont un frein à une utilisation rapide et conviviale.*

### **3.3.5 Synthèse de ces résultats**

Globalement le support a été exploité de manière plus approfondie lors de cette seconde passation.

Il apparaît que les données apportées par nos cotateurs s'harmonisent pour la plupart des items et permettent de rendre compte d'un fonctionnement interactionnel tel qu'il l'a été décrit par Marie-Dit-Dinard lors de son intervention thérapeutique (2007).

De même, les axes thérapeutiques dégagés font majoritairement écho à ceux développés par Marie-Dit-Dinard. Les observateurs ont bénéficié d'un temps plus conséquent pour l'élaboration de la synthèse des données, ce qui nous a permis une meilleure exploitation de cette dernière partie.

Quelques divergences inter individuelles et inter études subsistent toutefois notamment sur les items teintés d'une subjectivité importante (comportements réactionnels, actes relationnels, état émotionnel), ceux relatifs à des modalités bien précises (onomatopées, intensité, intonation, pauses et certains gestes isolés) ou à des actes particuliers (validations).

Enfin, pour cette dernière mise en situation, nous nous questionnons sur l'exploitation du module « synthèses des modalités conversationnelles », qui présente des divergences importantes dans les résultats.

Au vu de ces éléments, nous nous proposons de faire quelques suggestions pour un réajustement ultérieur du support.

### **3.3.6 Propositions de réajustements ultérieurs**

### **3.3.6.1 La cotation :**

Que ce soit pour la mise en situation n°1 ou n°2, nous constatons que le choix entre 4 graduations (de 0 à 3) reste compliqué à mettre en œuvre dans le cadre d'observation directe sans retour sur vidéo. Cela pourrait faire l'objet d'un aménagement de l'outil, pour lequel serait abandonnée l'idée d'une évaluation précise au profit d'une simplification de la cotation en trois graduations : 0 = jamais / 1 = ponctuellement / 2 = fréquemment. Notre idée étant de faire ressortir les comportements qui ont un rôle dans la réussite ou l'échec de l'échange, cet aménagement ne modifierait pas fondamentalement les résultats issus de l'observation.

### **3.3.6.2 L'item validation :**

Les mises en situation ont mis en lumière l'ambiguïté de ce critère. La constatation de résultats fluctuants, et/ou absents nous a amené à réaliser que la définition de cet acte de langage apparaissait floue et qu'il était difficile de distinguer ce comportement d'autres critères comme les régulateurs, les réponses, les ratifications thématiques. La validation est un acte qui remplit plusieurs fonctions et couvre finalement un domaine de comportements assez large. Nous suggérons qu'il soit retiré de la grille, afin de ne pas créer d'hésitations ou de confusions de la part de l'utilisateur.

### **3.3.6.3 Module « synthèse des modalités communicationnelles » :**

La dernière analyse a mis l'accent sur l'inadéquation dans les résultats entre les modalités privilégiées par le patient et le partenaire. Afin de mieux comprendre comment les observateurs ont déterminé leur choix, nous proposons l'idée d'un commentaire qui viendrait justifier les sélections.

# DISCUSSION

---

Nous ne reviendrons pas ici sur les intérêts et limites d'un travail interactif auprès des personnes aphasiques et leur conjoint, par ailleurs déjà exposés dans les différents mémoires précités.

L'objectif de notre travail était de réaliser une grille destinée à recueillir tous les comportements observés lors d'une interaction entre une personne cérébro-lésée et son partenaire et ce, dans le but d'apporter un outil à l'approche dynamique interactive appliquée à la prise en charge orthophonique.

La construction de l'outil aboutie, nous avons souhaité tester sa fiabilité et sa validité par le biais de deux mises en situations cliniques « fictives ».

Nos attentes résidaient initialement dans la création d'un outil fiable, clair et exhaustif, pouvant recueillir tous les comportements observables en conversation. Cet instrument devait pouvoir être utilisé auprès de l'ensemble des personnes cérébro-lésées et leur conjoint. Nous avons émis l'hypothèse qu'il constituerait une ligne de base pour la mise en place d'un projet thérapeutique, et qu'il permettrait la familiarisation de l'orthophoniste novice à ce type de techniques interactives.

Au vu des différents résultats issus des mises en situations précédentes ainsi que des données du questionnaire, notre outil apparaît comme un instrument pertinent et adapté à la pratique clinique orthophonique. Il répond à certaines de nos hypothèses initiales :

Tout d'abord, il permet d'objectiver de nombreux comportements présents dans la conversation, de rendre compte d'une dynamique générale de l'échange et des stratégies mises en place par les partenaires. Les différentes notions liées à la gestion de la conversation ont été globalement bien appréhendées par les observateurs qui affichent des notations similaires sur de nombreux points et rejoignent les résultats des analyses de Metay Segui et Marie Dit Dinard.

Ensuite, les comparaisons effectuées avec ces dernières valident la possibilité de dégager des axes thérapeutiques pertinents à partir des données recueillies. Les réponses des orthophonistes questionnées viennent renforcer ces résultats et confirmer la réalisation de cet objectif.

Par ailleurs, la clarté du support a été accueillie unanimement par les observateurs. Les réponses aux questionnaires attestent d'une bonne adaptation du support au recueil des données. Elles indiquent que tous les éléments observés dans cette situation précise ont pu être retrouvés sur la grille. Nous insistons sur le fait que ces réponses ne confirment en aucun cas l'exhaustivité du support concernant les critères conversationnels en général. Il serait nécessaire de multiplier les passations à l'aide d'autres conversations et d'autres sujets en interaction afin de vérifier la présence de tous les items susceptibles d'apparaître dans ce type de situation.

Enfin, les orthophonistes qui ne maîtrisaient pas la technique de l'analyse conversationnelle ont su exploiter le document et restituer le plus souvent des résultats identiques à ceux des orthophonistes déjà familiarisés, notamment concernant les incidents et les réparations ainsi que les propositions d'axes thérapeutiques.

Quelques attentes en termes de fiabilité et de population n'ont pu en revanche être honorées et mettent l'accent sur les limites de notre travail, liées d'une part au contenu de l'outil mais également aux résultats et aux situations de test proposées.

#### **A / Limites liées au contenu de la grille :**

**- Le mode descriptif qui a été choisi pour l'élaboration de cette grille présente quelques écueils que nous devons souligner.**

Il y a une perte d'informations concernant ce qui est consécutif au comportement concret observé et/ou qui peut être la conséquence d'un phénomène ou d'un autre comportement : force a été de constater, lors de la passation n° 1, que la fonction de certains comportements n'était effectivement pas précisée : ex. : les petits mots émis par le patient avaient-ils une valeur informative ou régulatrice ? Les pauses plus longues de la conjointe signifiaient-elles du temps laissé au partenaire ou plutôt une difficulté à poursuivre l'échange ? Quels étaient les moyens utilisés par les partenaires pour réguler leur conversation (type de feed back etc.) ? Dans quelles circonstances étaient utilisés les feed backs émis ?

En conséquence, cette présentation nécessite a posteriori un travail de mise en lien des phénomènes observés.

- **La cotation** : les résultats montrent des variations significatives dans le choix des graduations, qui affaiblissent la validité du support. Des propositions d'ajustement ont été faites pour pallier ce phénomène. Nous renvoyons le lecteur au dernier paragraphe 3.3.6.1 avant discussion.

- **La longueur et la complexité** : malgré les remarques émanant des questionnaires concernant la longueur et la complexité du support, nous n'avons pu résoudre ces points litigieux. L'analyse conversationnelle requiert de nombreux paramètres à prendre en compte. Notre support doit en outre s'adapter à plusieurs profils de patients et nécessite dès lors un grand nombre d'items. Une présélection implicite devra être faite par le clinicien qui connaît déjà les sujets au moment de l'observation afin de limiter le temps de remplissage de la grille.

La complexité découle en partie du manque d'entraînement de l'observateur. « *L'entraînement ou l'apprentissage de l'observateur améliore son observation et ses interprétations* » (Beaugrand, 1998). Nous imaginons aussi en amont une formation du clinicien qui facilitera l'utilisation du support. Son expérience clinique en analyse de conversation lui permettra par la suite de s'approprier les différentes notions intégrées aux grilles et d'y accéder plus aisément.

- **L'absence de certains gestes intéressant l'analyse :**

1/ les gestes extra-communicatifs : au terme de notre élaboration, nous nous interrogeons sur la pertinence d'intégrer ou pas cet item dans nos grilles : reconnu comme représentatif de l'état psychique et émotionnel de la personne, la constatation plus ou moins accrue de ces gestes aurait peut être pu aider l'observateur à objectiver sa perception de l'état corporel du sujet, appréhendée différemment selon les testeurs dans nos mises en situation.

2/ les symboles gestuels « oui/non » : ils n'ont jamais été envisagés dans notre grille. L'analyse de Metay-Segui met en exergue ce type de gestes chez son patient. Leur absence du support apparaît certainement comme un manquement dans notre élaboration, au regard de l'information qu'ils peuvent véhiculer sur le fonctionnement des interactants.

- **La sincérité et le caractère factuel de l'échange** : notre support passe sous silence cette règle conversationnelle. Or, dans de nombreux cas, en particulier chez les personnes atteintes d'une lésion frontale, il est utile de s'interroger sur cet aspect de la communication. Cet item pourrait faire l'objet d'un aménagement spécifique ultérieur, en gardant à l'esprit que son analyse nécessite un travail important d'interprétation lié au contexte et aux personnes en interaction.

- **Le critère lié à l'activité phatique et régulatrice** : nous avons fait le choix de ne pas distinguer les deux notions phatique et régulatrice. Cette présentation était motivée par notre volonté de faire ressortir prioritairement l'existence de ces feed back, indicateurs d'un bon investissement dans l'échange tout en essayant de ne pas surcharger le nombre d'items. Il advient dès lors qu'on ne sait pas précisément si les sujets utilisent l'une, l'autre ou les deux types d'activités, ce qui limite la précision des informations relevées.

- **Les critères liés à un fort degré de subjectivité** : ceux-là se retrouvent principalement dans le module « *dynamique de l'échange - actes relationnels et affectifs* » et dans la liste des comportements mis en œuvre en cas de difficultés. Ces derniers notamment ne reposent pas sur des bases théoriques, mais sur des interprétations de critères plus concrets (gestes d'agacement, voix plus forte, injonctions). Les comparaisons interindividuelles montrent que la cotation de ces items dépend en partie des sensibilités de chacun.

## **B/ Manque de fiabilité lié aux situations de test**

Plusieurs facteurs dans les mises en situations ont probablement affaibli la fiabilité des résultats :

- **Les conditions matérielles de passation** : deux heures seulement ont été allouées à chaque séance. Les orthophonistes ont donc pris connaissance du support peu de temps avant la passation et n'ont pas eu le temps d'intégrer les différentes définitions et de se représenter l'outil dans son ensemble. Dès lors, les informations à recueillir n'ont pu être assimilées ou appréhendées en amont, ce qui aurait pu faciliter leur mémorisation et leur restitution.

Beaugrand (1998) précise d'ailleurs dans son étude sur l'observation directe que « *l'observateur doit être entraîné au préalable pour limiter les biais de codage et d'interprétation* ».

De plus, les observateurs ont été gênés dans leur écoute par une retransmission sonore trop faible.

Ces éléments ont probablement collaboré à donner à la grille son caractère « complexe » évoqué par les utilisateurs.

- **Le caractère fictif de la situation** : les cliniciens testeurs découvrent, pour la plupart d'entre eux, le patient et son conjoint par l'intermédiaire d'une vidéo. Ils n'ont qu'une faible connaissance des caractéristiques des sujets observés, brièvement évoquées en début de séance. Dans

ces circonstances, l'interprétation de certains phénomènes en rapport avec la personnalité des sujets ou leur fonctionnement habituel est d'autant plus difficile.

- **L'hétérogénéité du groupe en termes d'expérience** : « *Les différences dans l'entraînement ou dans l'expérience créent une instabilité inter juges* » (Beaugrand, 1998). En effet, l'observation repose d'abord sur une perception liée elle-même à des savoirs préalables. Un manque de connaissances peut limiter l'efficacité de l'observation et inversement. Du fait d'un manque d'orthophonistes disponibles pour ces tests, nous avons dû compléter notre échantillon par la participation de personnes déjà formées à l'analyse conversationnelle et qui connaissaient les sujets observés. L'hétérogénéité du groupe a fragilisé la fiabilité des analyses inter-juges.

- **L'absence de test pour d'autres pathologies que les aphasies** : nous n'avons pas vérifié, et là réside la principale faiblesse de notre étude, que notre grille répondait bien à la population visée au départ, c'est-à-dire l'ensemble des personnes cérébro-lésées. Dès lors, quand bien même le support ait été créé dans ce sens, il ne nous est pas possible de valider son utilisation dans les cas de dysarthrie, de maladies neuro-dégénératives, de lésions frontales ou droites spécifiques.

### **C/ Variabilité des résultats interindividuels**

Les résultats ont affiché pour quelques items une grande variabilité, la plus manifeste s'exprimant dans la cotation des **modalités verbales et para-verbales** (dont « *onomatopées, formules automatiques, marques d'hésitation, pauses, débit, intonation* »).

Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses quant à l'hétérogénéité de ces cotations :

- **Déterminer précisément et objectivement quels sont les divers faits langagiers, para langagiers ou non langagiers** intervenant tout au long de la conversation requiert une attention soutenue et focalisée sur des éléments particuliers. Dans la mesure où l'observateur doit s'intéresser à de nombreux autres phénomènes conversationnels, restituer de manière précise des comportements fins apparaît dès lors bien ambitieux. Nous pourrions envisager de répondre à cette difficulté par un regroupement de certains items (onomatopées, formules automatiques etc.) sous un seul terme générique du type « faits langagiers autres », et pour lequel l'utilisateur préciserait lui-même le cas échéant la nature et la fonction des faits observés. Conscients de la perte d'informations que cela

impliquerait, nous préférons imaginer une formation plus approfondie des observateurs, liée à leur familiarisation à l'outil et une plus grande expérience à la technique interactive, leur permettant à terme de discerner plus facilement ces items entre eux.

- **La précision de l'observation varie en fonction des capacités d'observation du sujet humain**, mais aussi de ses capacités d'attention et de sa fatigabilité. Le manque de constance de l'observateur abaisse la qualité de l'observation et donc la fiabilité des résultats. Par ailleurs, chaque thérapeute a une personnalité, des caractéristiques physiques, des attitudes et une vision personnelle des choses qui peuvent entrer en interaction avec les variables à l'étude et quelquefois avec les caractéristiques du sujet.

- **Aucun observateur ne peut faire l'économie d'un travail d'interprétation.** Trincherro (2008) nous alerte sur le fait que l'analyse comporte toujours une part de subjectivité inévitable, particulièrement dans l'analyse qualitative et le codage des critères conversationnels, induisant incontestablement des différences d'interprétation des données observées.

L'analyse de nos données a révélé quelquefois le caractère subjectif dans l'identification des comportements les plus abstraits. En revanche, elle n'a pas pu rendre compte des attentes éventuelles des observateurs, les entraînant dans certains cas à ne pas noter un comportement qui s'est effectivement produit (et inversement) ou à interpréter un comportement en fonction de leur propre sensibilité ou habitude communicationnelle.

Nous terminerons sur le fait que l'observation, même en situation réelle et naturelle présentera toujours quelques biais à intégrer à nos interprétations : il s'agit des effets d'intrusion de l'observateur et des comportements réactionnels des sujets face à leurs positions « d'observés » :

- L'observateur doit s'assurer qu'il n'influence pas les faits qui se déroulent devant lui. Neutraliser ce biais impliquerait que l'observateur habitue en amont les sujets de sa présence. On peut envisager alors la pratique de ce type d'observation plus tardivement dans la prise en charge, ce qui répond à nos intentions initiales visées dans le protocole d'utilisation.

- En présence d'une tierce personne, **les sujets en interaction** se sentant « écoutés » peuvent modifier inconsciemment leur fonctionnement. On doit toujours garder à l'esprit ce type de réaction, motivé par la volonté de répondre à ce que le sujet imagine que l'observateur attend de lui.

# CONCLUSION

---

Gardant à l'esprit qu'il ne s'agit pas d'un instrument d'évaluation mais d'un simple guide d'observation, nous pensons que notre outil, bien évidemment perfectible dans l'avenir, pourrait être exploité en l'état par le praticien orthophoniste avec une population de personnes aphasiques et leur partenaire privilégié.

Sa validité a été partiellement démontrée et il apporte une réponse intéressante pour les cliniciens qui souhaiteraient se familiariser avec l'approche interactive.

Au regard des limites que nous avons exposées, nous souhaitons faire plusieurs suggestions pour une poursuite éventuelle de ces travaux :

- Proposer un protocole de validation dans le cadre d'autres pathologies liées aux lésions cérébrales, et qui permettrait de vérifier l'exhaustivité et la fiabilité de cet instrument pour tous les cérébrolésés.
- Réfléchir à l'élaboration d'une démarche de validation in situ, éminemment pertinente pour limiter les biais créés par une situation fictive et confirmer le caractère résolument clinique de ce guide d'observation.

Nous concluons sur l'intérêt de notre démarche en faisant référence à Coquet (2011) : « *Les outils utilisés pour analyser les corpus influent de façon évidente sur les informations recueillies, leur interprétation et, par la suite sur la compréhension que l'orthophoniste se forge des comportements sémiotiques dont le sujet dispose. Mais la démarche est indispensable pour mettre en relief les stratégies des sujets et moduler les attentes de l'orthophoniste lors de son intervention clinique* ».

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

## OUVRAGES:

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

BEAUGRAND, J.-P (1998), « *Observation directe du comportement* ». In ROBERT M. (Ed.), « *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* » (pp. 277 – 310). Saint Hyacinthe, Québec : Edisem et Paris : Maloine.

BRIN F, COURRIER C, LEDERLE E, MASY V. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho Edition.

CERVONI J. (1992), « *l'énonciation* »- éditions Linguistiques Nouvelles.

CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G. et BERNARD, I. (2010), « *Les aphasies : évaluation et rééducation* ». Paris. Éditions Masson.

DARDIER V. (2004), « *pragmatiques et pathologies – comment étudier les troubles de l'usage du langage* » - Collection « *amphi psychologie* » dirigée par Deleau M. et Weil-Baris A.- Rosny sous Bois - Editions Breal.

GIL R. (2006), *abrégés de Neuropsychologie*, 4ème édition- Paris – Editions Masson.

KERBRAT-ORECHIONNI C., (1996), « *la conversation* », Paris, Editions du Seuil.

KERBRAT-ORECHIONNI C., COSNIER J., (1991), « *décrire la conversation* », Lyon, éditions Presses Universitaires.

KHON R.C. & NEGRE P. (2003), « *Les voies de l'observation, repères pour la pratique de recherches en sciences humaines* ». Paris. Editions L'Harmattan.

JAMBAQUE I., AUCLAIR L., (2008), « *introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte* », p. 25- 40, Editions Belin.

SERON X. (1979) – « *le conjoint et les proches comme acteurs dans le processus thérapeutique* » p 149, In *Aphasie et neuropsychologie*, Editions Pierre Mardaga.

RONDAL J.A, SERON X. et al. (2000) – « *Troubles du langage – Bases théoriques, diagnostic et rééducation* » - p.447 – Sprimont (Belgique)- Editions Pierre Mardaga.

PARENT M.C. & FARGET-BROISIN K., (2002) « *Le traitement social de l'aphasie en orthophonie.* » p. 55. In ENJALBERT, M., « *Aide techniques et matériel d'assistance en gériatrie* ». Paris. Éditions Masson.

MAZAUX J.-M., PRADAT-DIEHL P., BRUN V., (2007), « *Aphasies et aphasiques* ». Paris. Editions Masson.

MAZAUX J.M., (2008) – « *aphasie – évolution des concepts, évaluation et rééducation* » – DES Médecine Physique et de réadaptation- Module Neuropsychologie- COFEMER.

TRAVERSO V. (1993), « *les conversations familiales* »- thèse de doctorat en sciences du langage. Lyon.

## **ARTICLES**

AUBERT S., BARAT M., CAMPAN M., DEHAIL P., JOSEPH P.A. and MAZAUX J.M. (2004), « *Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves* ». EA 487, handicap et cognition, université Victor-Segalen, Bordeaux 2, France.

AUZOU P., (2009) – *Les dysarthries* – In *Rééducation Orthophonique* n° 239.

BOURGEOIS C., DI CHIAPPARI V., (2003), « *La parole et ses maux* » in « *Faire face* » n°613 – novembre 2003.

COSNIER J. (1977), « *communication non verbale et langage* » In *Psychologie médicale*, 9,11.

DE PARTZ M.P., (2001), « *approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle* » – GLOSSA n°75.

FERRE G., (2011) « *analyse multimodale de la parole* » In « *multicanalité de la communication* » - Rééducation Orthophonique n° 246.

GROBET A., (1998), « *le rôle des ponctuants* », In DEFAYS, ROSIER, TILKIN : « *à qui appartient la ponctuation ?* » actes du colloques international et interdisciplinaire de Liège – Collection Champs Linguistiques – Editions Duculot.

JOANETTE Y. (2004) « *Impact des lésions droites sur la communication verbale* » In « *Hémisphère droit et communication verbale* » - Rééducation orthophonique n° 219.

JAGOT L ; et coll. ( ) « *Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique* ». laboratoire de Psychologie « éducation, Cognition, Développement », Université de Nantes.

LACHERET A., (2011) – « *la prosodie au cœur du verbal* » In « *multicanalité de la communication* » - Rééducation Orthophonique n°246.

MAILHAN L., AZOUVI P. (2005) - « *Qualité de vie après traumatisme crânien sévère* » In « *Qualité de vie* » - Rééducation Orthophonique n°224.

MONETTA L., CHAMPAGNE, M., (2004) « *processus cognitifs sous jacents déterminant les troubles de la communication verbale chez les cérébro-lésés droits* » In « *Hémisphère droit et communication verbale* » - Rééducation Orthophonique n°219.

NESPOULOUS, J.L, (2008) « *l'inférence : une nécessité absolue dans la communication interindividuelle ou la « part des anges » (?)* » In « *les inférences dans la communication* » - Rééducation Orthophonique n° 234.

PERKINS L., (2001), « *Analyse conversationnelle et aphasie* ». In Aubin G., Belin C., David D., de Partz M.P., « *Actualités en pathologie du langage et de la communication* » p. 215-234. Marseille. Editions Solal.

WIROTIUS J.M., PICHARD B., (1993), « *la rééducation des aphasiques - approche de la médecine de rééducation* » – cahiers de l'Unadrio - Glossa n°37.

## **MEMOIRES**

DEKA S., DRUELLE H., ICHE A., (2007) « *le PTECCA : élaboration d'un protocole d'évaluation écosystémique de la communication d'un couple aphasique* » – Mémoire d'orthophonie - Université Paul Sabatier Toulouse.

KELLER C., (2009) « *communication et aphasie sévère, réflexion autour de l'élaboration d'un projet thérapeutique au sein de la famille : étude de cas unique* ». Mémoire de logopédie, Université de Genève.

MARIE-DIT-DINARD C., (2008) « *Etude de cas : impact 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.

METAY-SEGUI C., (2009) « *contribution, par la recherche de critères pertinents à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions en conversation entre un patient aphasique et son partenaire privilégié : étude de cas* ». Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

TRINCHERO F., (2009) « *étude de cas : pertinence de l'analyse conversationnelle dans la prise en charge orthophonique d'une patiente dysarthrique en vue d'améliorer la communication avec son conjoint* ». Mémoire d'Orthophonie – Université de Nantes.

## **OUTILS D'EVALUATION**

DAVIS, G.A. & WILCOX, M.J. (1981). Promoting Aphasic's Communication Effectiveness. In LISSANDRE et coll. « *Les thérapies pragmatiques et la PACE* » in « *Aphasie et aphasiques* » de MAZAUX et coll.

ROUSSEAU M., DELACOURT A. et Al., (2001) « Test Lillois de Communication ». Isbergues : Ortho édition.

LINSCOTT R.J., KNIGHT R.G., GODFREY H.P.D., (1993) «*Profile in Functional Impairment in Communication*» (P.F.I.C). Unpublished manuscript, University of Otago, Dunedin.

WHITWORTH A., PERKINS L., LESSER R., (1997) «*Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*», (C.A.P.P.A); London, Whurr.

### **SITES INTERNET**

[BLOCH S](#), [BEEKE S.](#), (2008), «*Co-constructed talk in the conversations of people with dysarthria and aphasia* », In Clinical linguistics & phonetics A. vol. 22, n° 12, pp. 974-990 - Research Department of Language and Communication, University College London, UK.

BOULIN M, HUGON A.L., LE BORNEC G. – brochure éditée dans le cadre du Plan Aphasie – FNAF et FNO. [www.orthophonie.fr](http://www.orthophonie.fr).

CRAM RHONE ALPES 2003 - *Lésions cérébrales- Regards croisés*. [www.cramra.fr](http://www.cramra.fr)

[GORDON C.](#), [ELLIS-HILL C.](#), [ASHBURN A.](#), (2009), « *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*» – The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust, Christchurch Hospital, UK.

PARENT, M.C. (2002). *Prise en charge psychosociale de l'aphasie en orthophonie*. Article paru sur le site du CRF l'Espoir. [www.orthophonistes.fr/upload/amiens/actessite/ateliers/PARENT.htm](http://www.orthophonistes.fr/upload/amiens/actessite/ateliers/PARENT.htm).

[WILKINSON R.](#), [LOCK S.](#), [BRYAN K.](#), [SAGE K.](#), (2011), «*Interaction-focused intervention for acquired language disorders: facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia*» In Speech Language Pathologie - pp. 74-87. - Neuroscience and Aphasia Research Unit, School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK.

[www.psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/2eme\\_seance\\_1\\_1\\_1\\_.pdf](http://www.psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/2eme_seance_1_1_1_.pdf)

[www.inh.fr/enseignements/idp/outils/etude\\_marche/observation\\_psycho\\_socio.pdf](http://www.inh.fr/enseignements/idp/outils/etude_marche/observation_psycho_socio.pdf)

# ANNEXES

---

**ANNEXE I** : courrier envoyé à la direction de l'école d'orthophonie pour l'octroi d'une salle.

**ANNEXE II** : protocole de mise en situation envoyé aux orthophonistes pour les deux passations.

**ANNEXE III** : clause de confidentialité remise aux orthophonistes participant à la passation.

**ANNEXE IV** : tableaux des résultats pour la mise en situation n°1.

**ANNEXE V** : tableaux des résultats pour la mise en situation n°2.

**ANNEXE VI** : grille d'observation clinique.

**ANNEXE VII** : questionnaires 1 et 2 de mises en situation.

## **ANNEXE I**

### **Courriel de demande de salle à la direction de l'école d'orthophonie**

Mme Chopineaux,

Je viens solliciter auprès de vous une « mise à disposition » d'une salle à l'école d'orthophonie, sur 2 périodes : l'une fin janvier (vers le 20) et l'autre début mars (vers le 8 - 9).

Etudiante en 4ème année d'orthophonie à Nantes, je travaille sur un mémoire concernant l'analyse des interactions entre une personne cérébro-lésée et son partenaire de conversation, sous la direction d'Hélène Colun.

Mon objectif est la réalisation d'un support d'observation de ces interactions.

Je souhaiterais pouvoir faire tester ce support par un groupe d'orthophonistes et aurai donc besoin d'un lieu où l'on peut projeter un film de mise en situation à 15 ou 20 personnes.

Vous trouverez en pièce jointe un document explicatif du déroulement prévu des séances.

Je me suis mise en rapport avec Madame Hincourt, qui se propose, si vous donnez votre accord, de superviser l'organisation pratique du projet (horaires et jours possible, réglementation etc.)

Je reste, bien entendu, à votre disposition pour toute information complémentaire.

Vous remerciant de l'attention portée à ma demande, je vous adresse mes cordiales salutations.

Catherine Ortolan

## **ANNEXE II**

### **Protocole de mise en situation pour la validation d'une grille d'observation**

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en orthophonie, j'élabore un support d'observation des interactions en conversation entre un patient cérébro-lésé et son partenaire privilégié (notamment son conjoint).

Pour avancer sur la validation de cet outil, nous souhaiterions la tester auprès d'un collège de 10 à 20 orthophonistes de la région, l'objectif étant d'extraire les manques, les atouts et de récolter les remarques des professionnels quant à la pertinence et la possibilité d'exploiter un tel support en thérapie dynamique interactive.

#### **Cadre de passation :**

Nous proposons deux séances successives à 1 mois ½ d'intervalle, l'une le 6 Février, la seconde le 19 Mars 2012.

- ◆ Ces séances se dérouleront au sein de la faculté de médecine de Nantes, dans une des salles allouées à l'école d'orthophonie et gérées par son secrétariat.
- ◆ Chaque séance regroupera deux groupes distincts de 10 à 15 orthophonistes, présents à l'une OU l'autre des séances avec, dans l'idéal, au moins 5 professionnels communs aux deux groupes, c'est-à-dire participant aux deux séances.
- ◆ Une séance durera environ 2heures et s'articulera autour:
  - 1/ d'un temps de présentation de l'outil, de son objectif et de son utilisation
  - 2/ de la projection de deux vidéos\*, d'une dizaine de minutes chacune mettant en scène deux personnes, un patient cérébro-lésé et son conjoint, en situation de conversation familière, au domicile du patient.
  - 3/ du remplissage du support d'observation par les orthophonistes (pendant ou après la projection du film).

A l'issue de cette passation, nous distribuerons un questionnaire rapide, destiné à recueillir les critiques ou remarques constructives sur l'intérêt de ce support et sur les améliorations à y apporter. Tous les documents remplis nous seront restitués, afin que nous puissions en analyser les contenus et en tirer les informations utiles à l'élaboration de notre travail.

*\* il s'agit de deux vidéos réalisées par une orthophoniste et son étudiante, dans le cadre d'un mémoire de 2008, et qui ont fait l'objet d'un consentement écrit par les personnes filmées.*



## ANNEXE IV

### Tableaux des résultats pour la mise en situation n°1

#### DYNAMIQUE DE L'ÉCHANGE

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>comportement corporel</i>	Désinhibé	détendu	détendu		tendu	détendu
<i>Est spontané dans sa parole</i>	1	1	1	0-	0	2
<i>adapte sa posture</i>	2	3	2+	0	1	2
<i>Soutient le regard du partenaire</i>	2	2	3	0	1	2
<i>attentif contributions du partenaire</i>	1	2	2	0	1	2
<b>Disponible psychologiquement</b>	1 --	2	3	1	1	2
<i>respectueux de son partenaire</i>	2 -(a)		3	2	0	3
<i>Exprime des émotions</i>	3	3	2	3	1	3
<b>Est sensible à l'humour</b>	no-	3	1	0	0	1
<i>Est sensible aux inférences</i>	no			?	2	1
<i>Comportements négatifs</i>	2 (b)	2	3-	0	2-	2

(a) pas toujours attentif à son épouse (b) s'énerve / bougonne/ fait mine d'abandonner

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>Comportement corporel</i>	Tendu	Tendu	Tendu	?	détendu	détendu
<i>Est spontané dans sa parole</i>	2	2	2	2	3	3
<i>Adapte sa posture</i>	3	2	2	3	2	3
<i>Soutient regard du partenaire</i>	3		1	3	3	3
<i>Attentif contributions du partenaire</i>	2-	2	2(a)	3	3	3
<i>Disponible psychologiquement</i>	3	2	1	3	3	3
<i>Respectueux de son partenaire</i>	2-(b)	2	2	3	3	3
<i>Exprime des émotions</i>	3		3	3	2	2
<i>Est sensible à l'humour</i>		2	2	?	2	0
<i>Est sensible aux inférences</i>				3	3	0
<i>Comportements négatifs</i>	2 (b)	2	2-	0	1-	1

(a) ne trouve pas toujours les bons moyens - (b) infantilise

Commentaire : l'échange tient à l'épouse (1 fois)

## GESTION DES THEMES :

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>initiation</i>	0	1	0	0	0	0
<i>maintien</i>	1	1	2	0	1	2
<i>clôture</i>	2	2	1	0	0	1
<i>cohérence</i>	1 (a)	2	1	(b)	0	1

(a) difficile à observer - (b) pas de discours

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>initiation</i>	3	3	3+	3	3	3
<i>maintien</i>	3sollicite+	2	3+	3	2	3
<i>clôture</i>	2	2	3+	3	1	3
<i>cohérence</i>	3	3	2+	3	3	3

## TOURS DE PAROLE :

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>Respect</i>	3	2	2		3	3
<i>Interruption</i>	0	0	1	0	0	0

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>Respect</i>	3	3	2	3	3	3
<i>Interruption</i>	0	0	3	1	1	0/1

## ACTES DE LANGAGE :

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
questions	1	1	0	0	0	0
réponses	2	3	3 (a)	1	1	1

assertions	0		0	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
validations	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	1	2	2

(a) réponses par OUI / NON = efficaces

<b>PARTENAIRE</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>
questions	3	3	2(b)	3	3	3
réponses	2©	1		3	3 + ( d)	2
assertions	3	2	2	3	2 –	2+
validations	<b>3</b>		<b>1</b>	3	3(e)	2

(b) questions fermées efficaces mais trop rares / (c) du fait de peu de questions du patient/ (d) le conjoint commence par poser des questions et finit par donner les réponses / (e) difficile pour le conjoint de valider car il n'est pas sûr que le patient ait compris.

## MODALITES COMMUNICATIONNELLES

### Modalité verbale

<b>PATIENT</b>	<b>GROUPE A</b>			<b>GROUPE B</b>		
	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>
<i>mots</i>	<b>3 ébauche</b>	<b>3</b>	<b>0-</b>	<b>3</b>	<b>1-</b>	<b>3-</b>
<i>phrases courtes</i>	0	0	0-	0	0-	1-
<i>phrases longues</i>	0	0	0-	0	0-	0-
<i>formules auto</i>	0	1	0-	<b>0</b>	<b>2+</b>	<b>1-</b>
<i>production oui non</i>	3 rep Q?	3	3+	3	3+	3+
<i>onomatopées</i>	<b>0</b>		<b>2+</b>	<b>0</b>	<b>3+</b>	<b>2+</b>
<i>marques d'hésitation</i>	3	3	3+	<b>0</b>	<b>3-</b>	<b>2+</b>
<i>régulateurs phatiques</i>	<b>3++</b>	<b>2</b>	<b>0+</b>	<b>0</b>	<b>0-</b>	<b>2+</b>

<b>PARTENAIRE</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>
<i>mots</i>	0	0	0+	0	0	1-
<i>phrases courtes</i>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2+</b>	3	2-	3+
<i>phrases longues</i>	3	2	2-	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2-</b>
<i>formules auto</i>	0	0	0+	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2+</b>
<i>production oui non</i>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1+</b>	<b>3</b>		<b>2+</b>
<i>onomatopées</i>	0		0+	0	0	0-
<i>Marques d'hésitation</i>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0+</b>	1	1+	0+
<i>régulateurs phatiques</i>	<b>3++</b>	<b>3</b>	<b>0+</b>	3	3+	2+

## Modalité para verbale

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>intonation</i>	3	3+	3+	2efficace	1-	2+
<i>intensité</i>	3	3+	3+	2	1-	2+
<i>pauses intra</i>	NO	3	3-		3 (a)	2+
<i>pauses inter</i>	0	3	3-		2 (a)	2+
<i>Débit</i>	0	1	-		0-	1+

(a) involontaires

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>intonation</i>	3	3	0	3	1-	2+
<i>intensité</i>	3	3	0	3	1-	2+
<i>pauses intra</i>	0	2	3-	3	3+	2+
<i>pauses inter</i>	3	2+/-	2	3	2+	1+
<i>débit</i>	2++	2		1	2	2-

## Modalité non verbale

PATIENT	GROUPE A			GROUPE B		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>Déictiques espace</i>	3	2+	3+/-	2	2+	3
<i>Déictiques support</i>	0	-	2-	0		0
<i>Descriptifs</i>	1	1	3	2	2+	3
<i>Mimes</i>	0	0	0	0	0-	0
<i>Expressions faciales</i>	1 moue	3	3+	3	3+	2
<i>Régulateurs regard</i>	2		2+	3	3+	2
<i>Régulateurs posture</i>	1	2-	2+	1	3+	2
<i>Régulateurs synchro</i>	0			0	3+	0
<i>Ecriture</i>	No	No	No	No	No	No
<i>Outils externes</i>	No	No	No	No	No	No

PARTENAIRE	G1	G2	G3	G4	G5	G6
<i>Déictiques espace</i>	0		0	1	1-	1-
<i>Déictiques support</i>	0		0			0-
<i>Descriptifs</i>	0		0			0-
<i>Mimes</i>	0		0			0-

<i>Expressions faciales</i>	0		0	2	2	1-
<i>Régulateurs regard</i>	3		1	2	2+	2+
<i>Régulateurs posture</i>	3	2	2	2	3+	2+
<i>Régulateurs synchro</i>	3		2		3+	2+
<i>Ecriture</i>	No	No	No	No	No	No
<i>Outils externes</i>	No	No	No	No	No	no

## INCIDENTS ET REPARATIONS

REPARATIONS REALISEES PAR LE :		
Cotateur	PATIENT	PARTENAIRE
<b>Incident n°1 : MANQUE DU MOT</b>		
<b>G1</b>		Attente production / reproches = NE Suggestions / Questions fermées = E
<b>G2</b>	Mimes de forme = E Déictiques = E	Questions ouvertes / injonctions/ reproches = NE Questions fermées / hypothèses = E Ebauche orale = +/- E
<b>G3</b>	Expressions faciales =E Gestes = +/- E ?	Questions fermées = E Questions ouvertes / Répétition = NE
<b>G4</b>		Ebauche orale = E à la longue
<b>G5</b>		Attente production = NE Ebauche orale / Répétition = E Questions ouvertes = NE Suggérer / mobilisation regard = E
<b>G6</b>		Faire verbaliser = NE
<b>Incident n° 2 : ABANDON DU PATIENT</b>		
<b>G1</b>		Recherche du regard  Sollicitation par la parole
<b>G6</b>		Formulation d'hypothèses = NE

<b>Incident n°3 : SILENCES EXCESSIFS DU PATIENT</b>		
<b>G4</b>		Répétition = NE Propositions/ suggestions /Augmentation du volume = +/- E
<b>G5</b>		Répétition / injonctions/ reproches = NE
<b>G6</b>		Injonctions = NE

### **AXES THERAPEUTIQUES PROPOSES**

	<b>G1</b>	<b>G2</b>
<i>Modalités d'échange à favoriser</i>	<b>Verbales</b> Non verbales	<b>Para verbales</b> Non verbales
<i>Réparations efficaces</i>	<b>Propositions</b> Questions fermées	<b>hypothèses (conjoint)</b> Gestes (patient)
<i>Modalités non fonctionnelles</i>	<b>Parole langage chez patient</b>	<b>Partenaire : vouloir obtenir le mot juste</b>
<i>Réparations inefficaces</i>	<b>Attente du mot</b> <b>Demande de verbalisation</b>	Questions <b>injonctions</b>

### **QUESTIONNAIRE n°1**

	<b>positif</b>	<b>négatif</b>
<b>G1</b>	Clair - Demande beaucoup de réflexion – permet d'élaborer des observations et de se poser des questions	difficile de savoir ce qui apporte réellement des informations – formuler les incidents, leur nature et se rappeler chaque étape de la procédure de réparation
<b>G2</b>	Clair – simple – exploitable facilement Tableaux – cases à cocher	Le côté quantitatif
<b>G3</b>	Clair – simple – trop long La précision des items – la diversité	Exploitable mais complexe Incidents et réparations moins immédiats

	des propositions – la finition	Ne pas pouvoir revenir sur la vidéo
G4	Clair	Exploitable mais long Diviser questions ouvertes et fermées
G5	Clair –simple – exploitable La clarté des questionnaires Les QCM	Trop long Incidents et réparations compliqués
G6	Clair – la précision du support La pertinence des items	Fastidieux – trop long – exploitable mais complexe. Pas assez de temps pour remplir le questionnaire

## ANNEXE V

### Tableaux des résultats pour la mise en situation n°2

<b>PATIENT</b>							
<i>CRITERES</i>	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7
<i>distance physique position</i>	proche de biais	proches de biais					
<i>posture émotionnelle</i>	détendue	détendu/tendu	détendu	tendu	tendu	tendue	détendu / tendu
<i>outils externes</i>	mag/journal	MANIP lunettes++	non	journal	journal	journal	journal
<i>remarques</i>					util limitée /design.		
<b>INVESTISSEMENT DANS L'ECHANGE</b>							
<i>intervient spontanément</i>	2	0/1	1	2+	2 (n'a pas tjs le tps)	2	2+
<i>porte un intérêt</i>	3	3	2	3+	2	++	3+
<i>dynamisme échange</i>	3	3	2+	3+	2	3	3+
<i>contributions</i>	2 pas tjs attentive						
<b>ACTES RELATIONNELS</b>							
<i>montre émotions est empathique</i>	2 no	2 3	2	3 2	2	3++	3+ 2+
<i>exprime plaintes s'exprime inadaptée</i>	1 no	1 0	2 ne sait pas dire	2 1	3 plainte 0		2+ 1+
<b>GESTION DES THEMES</b>							
<i>initiation validation maintien discours cohérent clôture</i>	no 3 3 3 3	0 1 1 0 2	0	2 2 2+ 1 1	1 (1 fois) pas le tps 3 3 2 3	1 2 3 3 3	1+ 2+ 3+ 1+ 1+
<b>GESTION DES TOURS DE PAROLE</b>							
<i>équilibre temps de parole respect TDP questions fermées questions ouvertes réponses assertions validation inférences</i>	ok 3 no 1 3 2 3 2	1 3+ 0 0 1 1 1 1	1 0 0 0 1 1 1 2	2 2 1 1 1 2+ 1 2	1 2 (interrompu/part.) 0 0 2 pas tjs effc 3 1	3 3 3 3	1 2 1 peu de Q? 2 1
<b>OUTILS VERBAUX</b>							
<i>mots isolés phrases courtes phrases longues</i>		1+ 1+ 1+	2 2 0		3 2 1	3	2 2 2

<i>formules auto</i>	<b>2</b>	<b>2+</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<i>production oui non</i>	2 fiables	1+	3	2 fiables	3 (assez autom)	2	2
<i>onomatopées</i>	no	1+	3		no		
<i>marques hésitation</i>	2	3+	3	3	2		
<i>régulateurs</i>	<b>2</b>	<b>2+</b>	<b>2</b>	<b>2+</b>	<b>3 (notant les oui)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### OUTILS PARA-VERBAUX

<i>prosodie</i>	1 intensité faible	3	1 articule peu, vol--	2++	1 (pas gênant)		3
<i>pauses</i>	<b>2 manque mot</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>3</b>
<i>débit</i>	normal	3		3			plutôt rapide
<i>intelligibilité</i>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### OUTILS NON VERBAUX

<i>gestes déictiques</i>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>
<i>espace</i>							
<i>gestes déictiques</i>							
<i>support</i>	2 papier/journal	3	2		1	2	1
<i>gestes descriptifs</i>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2 (peu précis)</b>	<b>3</b>	<b>3+</b>
<i>expressions faciales</i>	1 moue	3	3	2	3	3 +	3+
<i>gestes regul mimique</i>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3+</b>	<b>3+</b>
<i>gestes regul posture</i>	<b>2 se tourne</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>3+</b>
<i>gestes regul synchro</i>	<b>vers lui</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>			<b>3+</b>
	1	3 main	3	3		journal papier lec	3+
<i>outils externes</i>	2 spontané						journal /objet
<b>attention portée à modalité NV</b>	3 s'appuie/support	3			1		oui
<b>Synthèse modalités</b>	V/PV/NV	PV	PV	V/NV	V / NV	NV	PV / NV

### GESTION DE LA COMPREHENSION

<i>signalisation</i>			<b>OUI/Q?,</b>	<b>OUI/Q?</b>	NON/ 1 fois "c qui?"	<b>OUI/ Q?</b>	<b>OUI</b>
<i>incompréhension</i>	<b>OUI / Q?</b>	<b>OUI/Q?</b>	<b>regard</b>	<b>reform</b>			

G1	persévérer / rire / changer canal
G2	persévérer / rire / retrait / abandonner
G3	persévérer/ rire / se plaindre /abandonner
G4	changer canal/ rire
G5	persévérer/ se plaindre/ demande d'aide
G6	?
G7	abandonner/ se plaindre

## PARTENAIRE

CRITERES	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7
<b>DYNAMIQUE DE L'ECHANGE</b>							
<i>distance physique</i>	proche	proches					
<i>position</i>	de biais	de biais					
<i>posture émotionnelle</i>	détendu	détendu	tendu	détendu	détendu	tendu	détendu
<i>outils externes</i>	mag/journal+	journal		journal	j /	journal	journal

remarques	+				limité en design	ne regarde pas sa f.	
<b>INVESTISSEMENT</b>							
<i>intervient spontanément</i>	3	3+	3+	3+	3- (monopolise un peu)	3	3+
<i>porte un intérêt</i>	3	3	3	3+	2		3+
<i>dynamisme échange contributions</i>	3	3	2+	3+	2	2	3+
<i>partenaire</i>	2 interrompt parfois	3	2+		2	3	
<b>ACTES RELATIONNELS</b>							
<i>montre émotions</i>	2 2 dde verba/mise en diff.	3	2	1	2	2	3+
<i>est empathique</i>	1	2		3	2	2	3+
<i>exprime plaintes</i>	1 1-2 dde verbal. alors q compris	1		1	0	0 pose q? à reponse connue	1+
<i>s'exprime inadaptée</i>		0		0			0+
<b>GESTION DE LA CONVERSATION</b>							
<i>initiation</i>	3	3	3	3	3 ne laisse pas tps	3	3+
<i>validation</i>	2	3	3	3			3+
<i>maintien</i>	3	3	3	3			3+
<i>discours cohérent</i>	3	3	3	3			3+
<i>clôture</i>	3	3	3	3			3+
<i>équilibre temps de parole</i>	ok 2	3	3	2 debut parle tp	3	parle tp au début	3
<i>respect TDP</i>	(interrompt)	3		3	2 - qqs interruptions	3	3
<b>ACTES DE LANGAGE</b>							
<i>questions fermées</i>	3	3	3	1	2	2	1
<i>questions ouvertes</i>	2	3	3	3	3	2	3
<i>réponses</i>	1	3		2	0		
<i>assertions</i>	2	3			2		
<i>validation</i>	3	3		3	2		
<i>inférences</i>	2	3		2+		3	2
<b>OUTILS VERBAUX</b>							
<i>mots isolés</i>		3	3	3 ébauche ++ 3 tp lg au début			3+ ébauche
<i>phrases courtes</i>		3 (pas changé sa façon de parler)	3		1		3
<i>phrases longues</i>	3		3	3	3---	3	3 tp long
<i>formules auto</i>	1	1	2	2			2
<i>production oui non</i>	1	3	3	3			
<i>onomatopées</i>	no	2	2				
<i>marques hésitation</i>	2	0	1	2	0		
<i>régulateurs</i>	2	3	3	3+	no		
<b>OUTILS PARA-VERBAUX</b>							

<i>prosodie</i>	2 parfois faible	3	un peu autoritaire- 1 relance tt	1-	1--	2	3
<i>pauses</i>	2	3	le tps	3+	1--		2
<i>débit</i>	ok	3	3	2	1?		++
<i>intelligibilité</i>	2 ds sa barbe	3	3	3	2		3
<b>OUTILS NON VERBAUX</b>							
<i>gestes déictiques</i>							
<i>espace</i>	1	2	1	2	0--		0 ou 1 --
<i>gestes déictiques</i>							
<i>support</i>	2	3	1	3	1--	2	2+
<i>gestes descriptifs</i>	0	2	1	2			1-
<i>expressions faciales</i>		3	2	2		1	1
<i>gestes regul mimique</i>	1	3	3	2	2	1	2
<i>gestes regul posture</i>	1	3		2	2		1
<i>gestes regul synchro</i>	1	3		2	2		
<i>outils externes</i>	2						journal
<i>attention portée à modalité non verbale</i>	2 pas tjs	3			2 peu utilisée/ peu attentif		oui
<i>Synthèse des modalités utilisées</i>	V	V	V / NV	V		V	V / PV

<b>GESTION COMPREHENSION</b>							
<b>contrôle compréhension</b>	OUI/ q?F reformul	OUI / FB verbaux	OUI/ q? regard/repet	OUI/ repet/q?/reform	plutôt NON		OUI / q? reformul
<b>signalisation incompreh.</b>	OUI / q? + onomat	OUI/ q? onom- reform	OUI/ repet reformul	OUI/ onomat - reformulat	OUI/ dde design/ onom	OUI onomat-reformul	OUI

<b>COMPORTEMENTS RELEVES</b>	
G1	encourager/ poser des Q?
G2	encourager/ changer de canal/ collaborer + repropose/ reste patient/ reformule
G3	encourager / persévère sur même modalité / s'impatiente
G4	encourager/ rire/ collaborer
G5	encourager / collaborer / persévérer même modalité
g6	s'impatienter
G7	encourager / changer de canal / collaborer

## QUESTIONNAIRE N°2

QUESTIONS	réponses	Nb réponses	COMMENTAIRES
-----------	----------	-------------	--------------

Avez-vous pu retrouver tous les items que vous aviez observés ?	OUI	6	
Leur présentation vous a-t-elle paru adaptée au recueil des données ?	OUI	6	Très détaillée, précis, on se sent bien soutenue et guidée.  La cotation est complexe : beaucoup d'hésitations
Avez-vous le sentiment d'avoir décrit fidèlement l'interaction	OUI  NON	3  2	Difficultés de mémorisation une prise de notes pendant l'observation serait utile  Beaucoup d'éléments pour une novice
Quel rôle a tenu l'analyse des données recueillies dans l'élaboration de votre synthèse ?	Conséquent	6	

## ANNEXE VI

### **SUPPORT D'OBSERVATION D'UNE CONVERSATION ENTRE UN PATIENT CEREBRO-LESE ET SON PARTENAIRE PRIVILEGIE**

Lieu et nature de l'échange :

Partenaire de conversation (lien de parenté) :

Type de lésion du patient et pathologie (préciser la sévérité) :

Distance temporelle de la lésion :

#### INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

**Existe-t-il une :**

Aphasie                       Apraxie                       Agnosie                       Anosognosie

Hémiplégie                       Héli négligence                       Hémiparésie                       Hémianopsie LH

Dysarthrie                       Dysphonie                       Dysprosodie                       Apraxie bucco faciale

**Le patient présente t'il des troubles de :**

la mémoire                       l'attention                       l'humeur                       la compréhension

**Informations concernant son mode communicationnel avant la lésion :**

\*\*\*\*\*

#### COTATIONS UTILISABLES DANS LES GRILLES D'OBSERVATION

COTATION	0	1	2	3
Valeur	<i>Jamais Absence</i>	<i>parfois Faible</i>	<i>Régulièrement Modéré</i>	<i>Très souvent Tres présent</i>

Noter **NO** (= non observé) si le critère n'a pas pu être observé ou retenu.

Autre mode de cotation : cocher les cases pour lesquelles l'item est observé : + / ++/+++

## GLOSSAIRE

**Assertion** : information pertinente avec demande implicite de prise de position de l'interlocuteur

**Carnet de communication** : outil élaboré par les équipes soignantes ou la famille dont l'objectif est de permettre au patient cérébro-lésé de s'appuyer sur des images, photos pour améliorer sa communication avec ses proches.

**Cohérence du discours** : se dit d'un discours rationnel, logique, bien construit, interprétable.

**Débit** : vitesse à laquelle la parole est prononcée. Peut s'évaluer en « nombre de mots par minute » mais aussi intuitivement à l'écoute.

**Expressions faciales signifiantes** : traduisent des états tels que la surprise, la désapprobation, le contentement, l'hésitation etc...

**Gestes déictiques** : gestes permettant de pointer et désigner un objet ou une direction (dans l'espace ou sur un support)

**Gestes descriptifs** :  
Mimes de forme = permettent de décrire les caractéristiques d'un objet  
Mimes d'utilisation = faire semblant d'utiliser un objet pour le décrire

**Intonation** : permet d'affirmer ou de nuancer ses propos, appuyer son opinion, a un rôle compensatoire.

**Onomatopées** : création de mot par émission vocale suggérant ou censé suggérer par imitation phonétique la chose dénommée. (ex : tchou tchou pour le train)

**Pauses intra-tours** : ce sont les pauses réalisées par le locuteur pendant sa propre prise de parole.

**Pauses inter –tours** : pauses existantes entre 2 tours de parole. Elles sont rattachées à la culture des locuteurs, en France la longueur « normale » d'une pause inter tours est de 0.6 secondes

**Phatiques** : productions verbales ou non verbales émises par l'émetteur et destinées à maintenir l'attention de l'interlocuteur.

**Ponctuants** : groupe de petits mots qui ont une valeur phatique ou démarcative (limite un tour de parole) ; ex : n'est ce pas ? Tu vois ? Hein ? Là.., tu sais... faible intensité, non informatifs et non intégrés à une structure syntaxique.

**Posture** : reflète un certain ajustement à l'interlocuteur, en termes d'engagement dans l'échange

**Prosodie** : étude des phénomènes de l'accentuation et de l'intonation (variation hauteur, durée intensité) permettant de véhiculer de l'information liée au sens telle que la mise en relief, l'assertion, l'interrogation, l'injonction, l'exclamation...

**Proxémie** : distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction.

**Regard** : traduit l'engagement dans la conversation ainsi que le maintien à la fois du rôle de locuteur et d'interlocuteur.

**Régulateurs** : productions verbales et non verbales du destinataire, destinées à montrer à l'interlocuteur son investissement dans l'échange. (« Ouais ouais », « d'accord », « c'est vrai » ou mimiques, gestes, regards, posture ).

**Respect des tours de parole** : règle selon laquelle chacun attend son tour en marquant des pauses « adaptées » après sa locution, ne monopolise pas la parole et prend son tour de parole lorsqu'il se présente (pas de silence excessifs ou d'absence de prise de parole au changement de tour) ; Quand la sélection par l'interlocuteur n'est pas explicite le silence qui suit représente une rupture conversationnelle.

**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.

## DYNAMIQUE DE L'ÉCHANGE

### Proxémie (installation physique dans l'échange) :

Distance physique:                      *intime*                       *proche*                       *éloignée*

Position des interlocuteurs :                      *en face*                       *côte à côte*                       *de biais*

Sont ils assis/debout - se déplacent ils ?                      Patient :                      partenaire :

### Posture émotionnelle apparente:                      *Désinhibée*                      *Détendue*                      *Tendue*                      *Crispée*                      *Figée*

*Patient*                                                                                                             

*Partenaire*                                                                                                             

### Les partenaires ont-ils à leur disposition des outils externes supplétifs ?

*Patient*                      *papier/stylo*                       *magazine /journal*                       *synthèse vocale*                       *ordinateur*                       *carnet communication*

*Partenaire*                                                                                                             

*Si oui, les utilisent-ils (préciser lesquels) ? :*

### Informations générales sur le comportement des interactants :

Comportements réciproques	Patient 0 à 3	Part. 0 à 3	Incidences sur l'échange (facilite + / freine -- / remarques)
<b>Investissement dans l'interaction</b>			
Intervient spontanément			
Porte un intérêt au /aux sujet abordés			
Participe au dynamisme de l'échange : - <i>adapte sa posture / gestes/ mimiques</i> - <i>soutient le regard du partenaire</i> - <i>attentif aux contributions du partenaire</i>			
<b>Actes relationnels et affectifs</b>			
Montre ses émotions (par tout canal)			
Est empathique / valorisant			
Exprime des plaintes et/ ou reproches			
S'exprime de manière inadaptée (infantilisation, agressivité, autres)			

## ANALYSE CONVERSATIONNELLE

Gestion de la conversation	Patient 0 à 3	Partenaire 0 à 3	Incidences sur l'échange : facilite (+) / freine (-) / remarques
<b>Gestion des thèmes :</b>			
Initie parfois la conversation			
Valide le thème proposé (ratification)			
Maintient le thème en cours			
Apporte un discours cohérent			
Peut clore un thème			
<b>Gestion des tours de parole :</b>			
Equilibre du temps de parole			
Respect des tours de parole / temps de prise de parole adapté			<i>Noter si silences excessifs ou interruptions fréquentes</i>
<b>Actes de langage</b>			
Questions	Fermées		
	Ouvertes		
Réponses			
Assertions (énoncé informatif)			
Validations (accusé réception)			
Inférences, humour, 2 <sup>nd</sup> degré			

Matériau de la conversation	Patient		Partenaire	
	Cote 0 à 3	Incidences sur l'échange ? facilite (+) freine (-)/ rem.	Cote 0 à 3	Incidences sur l'échange ?
<b>Outils verbaux :</b>				
Mots isolés ou ébauche de mots				
Phrases	Courtes			
	Longues			
Formules automatiques <i>(tout à fait, c'est bien etc...)</i>				
Production oui / non <i>(précisez si fiables ou non)</i>				
Onomatopées <i>(bruits informatifs)</i>				
Marques d'hésitation (heu...ben..)				
Régulateurs, phatiques, ponctuant <i>(d'accord, n'est ce pas, tu sais etc..)</i>				

Matériau de la conversation	Patient		Partenaire	
	Cote 0 à 3	Incidences sur l'échange ? facilite (+) freine (-)/ rem.	Cote 0 à 3	Incidences sur l'échange ?
<b>Outils para-verbaux</b>				
Adaptation de la prosodie : <i>Intonation / Intensité</i>				
Pauses intra-tours/ inter tours <i>(temps de latence)</i>				
Débit de parole (+ ou – rapide)				
Degré d'intelligibilité				
<b>Outils non verbaux</b>				
Gestes déictiques (de pointage)	Dans l'espace			
	Sur support			
Gestes descriptifs ou d'utilisation				
Expressions faciales significantes				
Gestes régulateurs	<i>Mimique/regard</i>			
	<i>Changement posture</i>			
	<i>Gestes synchro</i>			
Outils externes ( <i>préciser si dessin / écriture / ordinateur/ journal</i> )				
<b>attention portée à la modalité non verbale</b>				

### SYNTHESE

<b>Les locuteurs utilisent plutôt la/les modalités :</b>	Verbale	Para-verbale	Non verbale
<i>Patient :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Partenaire :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### GESTION DE LA COMPREHENSION

**Le conjoint s'assure-t-il de la compréhension de son partenaire ?** Oui  Non

*Si oui, comment ?* Feed back verbaux / non verbaux (questions, reformulations, répétition, gestes, mimiques, regards, autres) :

**L'interlocuteur signale –il au locuteur quand il ne comprend pas ?**

**Patient :** Oui  Non  **Partenaire :** Oui  Non

*Si oui, comment ?* Questions (hein ? quoi ?)  Onomatopées  Reformulations  autres :



## GUIDE POUR L'ANALYSE DES INCIDENTS ET DES REPARATIONS

### ⇒ **LES COMPENSATIONS :**

Il s'agit d'extraire les comportements les plus fréquents adoptés par les deux partenaires face aux difficultés.

### ⇒ **LES INCIDENTS CONVERSATIONNELS :**

Un incident conversationnel est lié à des difficultés de communication du locuteur et/ou à des comportements inadaptés de l'interlocuteur.

Il peut se situer au niveau :

- **langagier** : manque du mot, paraphrasies phonémiques, lexicales, sémantiques, jargon, blocage...
- **paralinguistique** : articulation, dysprosodie, dysphonie, intonation, intensité trop forte, trop faible...
- **des capacités d'adéquation** ou **difficultés de compréhension**: silences excessifs, interruptions, réponses inadaptées, pas de réponse, logorrhée. (le manque du mot peut entraîner ce type d'incidents).
- **de la participation à l'interaction** : inhibition, passivité, abandon, décrochage, agressivité, émotions inadaptées...

### ⇒ **LES REPARATIONS :**

La réparation est le moyen utilisé **par les deux locuteurs** pour faire face aux incidents conversationnels ci-dessus. Dans une conversation normale, le travail de réparation prend en général 1 à 2 tours de parole et permet la poursuite de la conversation.

Exemples de stratégies de réparations :

- **Moyens verbaux** : circonlocutions – demande d'oralisation – ébauche orale – répétition – suggestions – reproches – questions ouvertes / fermées / convergentes – onomatopées – corrections négatives – injonctions – reformulation – interruptions – demande de confirmation.....
- **Moyens para verbaux** : augmenter l'intensité – modifier le débit verbal – modifier l'intonation - adapter les pauses – accentuer l'articulation....
- **Moyens non verbaux** : aide gestuelle – aide visuelle / externe / tactile – adaptation de la posture – mimes-mobilisation du regard...

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS ET AXES THERAPEUTIQUES

		MODALITES DE LA CONVERSATION	
		<i>Fonctionnelles / à privilégier</i>	<i>Non fonctionnelles / à éviter</i>
PATIENT			
PARTENAIRE			

		MODES DE REPARATIONS ET COMPENSATIONS	
		<i>Efficaces / à privilégier</i>	<i>Non efficaces / à éviter</i>
PATIENT			
PARTENAIRE			

### Conseils généraux concernant l'interaction et la dynamique de l'échange

## ANNEXE VII

### QUESTIONNAIRE N°1 D'APPRECIATION DU SUPPORT D'OBSERVATION

#### CONCERNANT LE SUPPORT :

Sa présentation vous apparaît-elle : Claire  Confuse  illisible

Son remplissage vous semble t'il : Simple  Fastidieux  impossible

Trop long  Trop court

Dans le cadre d'une situation d'observation thérapeutique, le support proposé vous paraît-il :

Exploitable facilement  exploitable mais complexe  inexploitable  sans avis

#### CONCERNANT LES ITEMS :

Les rubriques et les éléments à observer proposés vous ont-ils paru :

	<u>Compréhensibles ?</u>	<u>Pertinents ?</u>
<b>Informations concernant le patient p.1 :</b>	OUI / NON	OUI / NON
<b>Dynamique de l'échange p.3 :</b>	OUI / NON	OUI / NON
<b>Gestion de la conversation p.4 :</b>	OUI / NON	OUI / NON
<b>Utilisation des outils de conversation p. 3 :</b>		
- dont outils verbaux	OUI / NON	OUI / NON
- dont outils paraverbaux	OUI / NON	OUI / NON
- dont outils non verbaux	OUI / NON	OUI / NON
<b>Gestion de la compréhension p.5:</b>	OUI / NON	OUI / NON
<b>Etude des incidents et réparations p.6 :</b>	OUI / NON	OUI / NON
<b>Tableau des incidents et réparations p.7 :</b>	OUI / NON	OUI / NON

Commentaires :

## **PERTINENCE DE L'OUTIL**

Pensez vous qu'un tel type de support pourrait vous aider dans des situations d'observation de conversation entre un patient et son conjoint / son aidant principal afin d'améliorer la communication entre ces personnes ?

OUI

NON

sans avis

Remarques :

## **COMMENTAIRES & SUGGESTIONS**

Pour nous aider à améliorer cet outil, pourriez-vous nous préciser :

Ce que vous avez apprécié	Ce qui vous a posé problème

AUTRES REMARQUES :

**QUESTIONNAIRE N°2 - PASSATION DU 19 MARS 2012**

Avez-vous pu retrouver sur ce support tous les items/ comportements que vous aviez observés ?

Oui  Non  si non, lesquels vous apparaissent manquants ? :

-  
-  
-  
-

Si oui, leur présentation vous a-t-elle semblé adaptée au recueil de données ? Oui  non

Commentaires :

Avez-vous le sentiment d'avoir pu objectiver tous les éléments de la conversation ?

Oui  Non

Dans l'élaboration de votre synthèse/axes thérapeutiques, l'analyse des données recueillies a-t-elle tenu un rôle :

Négligeable ?  Léger?  Conséquent ?  Indispensable

**RESUME :**

Notre mémoire consistait à élaborer un outil de recueil de données en vue de soutenir l'observation et l'analyse d'une conversation entre un patient cérébro-lésé et son partenaire privilégié. Ce projet s'inscrit au cœur des thérapies dynamiques interactives en orthophonie dont l'objectif est d'impliquer activement les proches dans la prise en charge d'un patient. La méthode de l'analyse conversationnelle permet, dans ce cadre précis, d'identifier les stratégies interactionnelles utilisées par les patients et leurs partenaires de conversation et met l'accent sur la nature collaborative de l'interaction. Nous avons donc décrit les différentes étapes de notre démarche, depuis le cadre méthodologique d'utilisation jusqu'à la sélection des différents critères intéressant l'analyse. Puis nous avons tenté de mesurer la validité de notre outil, par deux mises en situation artificielles auprès d'un collègue d'orthophonistes.

**MOTS-CLES :**

Analyse conversationnelle – Support d'observation – Collaboration – Patient cérébro-lésé – Partenaire de conversation – Interactions de vie quotidienne.

**SUMMARY:**

This thesis aims at designing a data collection tool that can support the observation and the analysis of a conversation between a brain-damaged patient and his closest partner.

This project takes place within the scope of interactive dynamic speech therapies whose objective is to involve family and close friends in the treatment. Within this precise framework, using methodological conversation analysis can help identifying the interactional strategies used by the patients and their partners and stresses the collaborative nature of the interaction.

We have first described the different steps of our work, from the methodological aspects of use to the selection of the various criteria. Finally we endeavoured to assess the validity of our tool through two artificial tests involving a group of speech therapists.

**KEY WORDS:**

Conversational analysis – Data collection tool – Collaboration – Brain-damaged patient – Conversation partner – Everyday life conversations.