

# **Université de Nantes**

Unité de formation et de recherche de médecine et techniques médicales

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

**Conséquences d'une thérapie dynamique interactive sur  
les stratégies communicationnelles entre une personne  
récemment devenue aphasique et son conjoint.  
-Etude de cas-**

Présenté par **LE SAUX Marine**

*Président du jury :* **COLUN Hélène**, Orthophoniste, chargée  
de cours à l'école d'orthophonie de Nantes.

*Directeur de mémoire :* **CASTEL François**, Orthophoniste.

*Membre du jury :* **ZIMMERLIN Nathalie**, Orthophoniste.

**Année Universitaire 2010/2011**

---

*« Des livres savants sur l'aphasie, il y en a beaucoup. [...] Quand on s'y aventure, dans le choc émotionnel de la maladie, avec l'espoir de comprendre ce qui s'est passé, se passe, se passera, on erre de lésion frontale en lésion temporale, de capsule interne en noyau caudé, de paraphasie en persévération On est bien en peine de choisir entre les muses déplaisantes qui font cortège à l'aphasie, ornées de nom qui, comme les héroïnes de Pierre Benoît, commencent toujours par un a : alexie, agnosie, agraphie, aphémie, anarthrie, anosognosie, toutes évoquent la perte, le manque, l'absence à soi et aux autres » Mona Ozouf (Van Eeckhout P., 2001)*

---

# SOMMAIRE

---

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	7
<b><u>PARTIE THEORIQUE</u></b> .....	8
<b><u>CHAPITRE I. De la communication à l'analyse conversationnelle</u></b> .....	8
I.    La communication .....	9
1. Définitions .....	9
2. Evolution des schémas de communication .....	10
2.1 Le modèle de Shannon et Weaver .....	10
2.2 Schéma communicationnel de Jakobson .....	11
2.2.1 Les différents facteurs intervenants dans la communication.....	11
2.2.2 Les différentes fonctions du langage .....	12
2.3 Les travaux de Kerbrat-Orecchioni .....	13
II.   L'interaction.....	14
1. Définition.....	14
2. La construction de l'interaction.....	15
2.1 Une organisation locale.....	15
2.2 Une organisation globale.....	16
3. La structuration des actions dans l'interaction.....	16
3.1 L'approche séquentielle.....	17
3.2 L'analyse en rang.....	17
III.  L'analyse conversationnelle.....	18
1. Définition.....	18
2. Méthodologie.....	18
 <b><u>CHAPITRE II : L'aphasie</u></b> .....	21
1. Définition.....	21
2. Les principales étiologies.....	21
2.1 Les aphasies d'origine vasculaire.....	21
2.2 Les aphasies post-traumatiques.....	22

2.3 Les maladies dégénératives.....	22
2.4 Les causes inflammatoires.....	22
2.5 Les causes infectieuses.....	23
2.6 Les causes tumorales.....	23
3. Sémiologie des aphasies.....	24
3.1 Les troubles de l'expression orale.....	24
3.1.1 Au niveau des mots.....	24
3.1.1.1 Perturbations phonémiques.....	24
3.1.1.2 Perturbations sémantiques.....	25
3.1.2 Au niveau du discours.....	26
3.1.2.1 Le discours réduit.....	26
3.1.2.2 Le discours fluent.....	27
3.1.3 Anomalie du débit verbal.....	28
3.2 Les troubles de la compréhension orale .....	28
3.3 Les troubles de l'expression écrite.....	29
3.4 Les troubles de la compréhension écrite.....	30
4. Classification des aphasies.....	30
4.1 Les aphasies corticales.....	30
4.2 Les aphasies sous-corticales.....	32
4.3 Les aphasies dites particulières.....	32
5. Les troubles associés.....	33
6. Différentes approches thérapeutiques.....	34
6.1 L'approche cognitive.....	34
6.1.1 Définition.....	34
6.1.2 Les limites de l'approche cognitive.....	34
6.2 Les approches à visée réadaptative.....	35
6.2.1 L'approche fonctionnelle empirique globale.....	35
6.2.2 L'approche pragmatique.....	37
6.2.3 Les approches dynamiques interactives.....	37
6.2.3.1 La communication référentielle : P.A.C.E.....	38
6.2.3.2 La dynamique interactionnelle.....	39
<b><u>PROBLEMATIQUE</u></b> .....	41

**PARTIE PRATIQUE.....43**

**CHAPITRE I : Méthodologie..... 44**

1. Choix des patients.....44
2. Ligne de base..... 44
  - 2.1 Le Montréal-Toulouse 86 (version M1-Bêta).....44
  - 2.2 La situation P.A.C.E..... 44
  - 2.3 Le CAPPA ..... 46
3. Le travail réadaptatif ..... 48
  - 3.1 La situation P.A.C.E..... 48
  - 3.2 Conseils suite à l'analyse conversationnelle.....49

**CHAPITRE II : Etude de cas..... 50**

1. Présentation de Monsieur et Madame G.....50
2. Présentation des résultats pré-thérapeutiques..... 51
  - 2.1 Profil linguistique de M. G..... 51
    - 2.1.1 La compréhension orale et écrite..... 51
    - 2.1.2 L'expression orale.....51
    - 2.1.3 L'expression écrite ..... 52
    - 2.1.4 Les transpositions..... 52
  - 2.2 L'épreuve de la P.A.C.E.....52
  - 2.3 Le CAPPA.....57
    - 2.3.1 Interview partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles de M. G..... 57
    - 2.3.2 Interview partie B : Les changements aux vues des conversations antérieures.....59
    - 2.3.3 L'analyse conversationnelle.....60
      - 2.3.3.1 Les conditions de passation..... 60
      - 2.3.3.2 Analyse quantitative..... 61
      - 2.3.3.3 Analyse qualitative..... 62

2.3.4 Comparaisons entre l'interview du CAPPa et l'analyse conversationnelle.....	68
3. Travail réadaptatif.....	69
3.1 La situation P.A.C.E.....	69
3.2 Conseils donnés suite à l'analyse conversationnelle.....	71
4. Présentation des résultats post-thérapeutiques.....	72
4.1 Profil linguistique de M. G.....	72
4.1.1 La compréhension orale et écrite.....	73
4.1.2 L'expression orale.....	73
4.1.3 L'expression écrite.....	73
4.1.4 Les transpositions.....	74
4.2 L'épreuve de la P.A.C.E.....	75
4.3 Le CAPPa.....	79
4.3.1 Interview partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles de M. G.....	79
4.3.2 Interview partie B : Changements aux vues des conversations antérieures.....	81
4.3.3 L'analyse conversationnelle.....	82
4.3.3.1 Les conditions de passation.....	82
4.3.3.2 Analyse quantitative.....	82
4.3.3.3 Analyse qualitative.....	83
4.3.3.4 Comparaisons entre l'interview du CAPPa et l'analyse conversationnelle.....	85
 <b><u>DISCUSSION</u></b> .....	 87
 <b><u>CONCLUSION</u></b> .....	 94
 <b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	 95
 <b><u>ANNEXES</u></b> .....	 99

# INTRODUCTION

L'aphasie se caractérise par des troubles acquis du langage consécutifs à des lésions cérébrales. Une grande souffrance envahit alors ces patients qui se retrouvent prisonnier de leurs idées, leurs opinions, leurs affects sans pouvoir les communiquer à leurs proches. Si cette situation est particulièrement difficile pour les patients aphasiques, elle l'est tout autant pour leur entourage et notamment pour leur conjoint qui vit aussi cette situation au jour le jour, impuissant face à cette maladie.

Différentes approches thérapeutiques existent afin de pallier les troubles liés à l'aphasie. L'approche cognitive consiste à ne se concentrer que sur les troubles linguistiques des différents tableaux aphasiques, visant ainsi une restauration des déficits linguistiques. Mais selon certains auteurs, cette approche ne tient pas compte de la principale fonction du langage : la communication. C'est pourquoi de nouvelles approches thérapeutiques ont émergées depuis une vingtaine d'années. Davantage pragmatiques et fonctionnelles, elles visent à la réadaptation de la communication de la personne aphasique, en se basant sur des situations de communication naturelles. Perkins et Coll. (1997) proposent une thérapie dynamique interactive. L'utilisation de cette nouvelle approche nécessite un travail en collaboration avec le conjoint de la personne aphasique. A travers des situations naturelles de communication, les stratégies communicationnelles du couple sont analysées. Des stratégies alternatives sont alors mises en place. Elles encouragent le patient aphasique à prendre en compte tous les canaux de communication à sa disposition. Elles permettent aussi au conjoint de s'adapter aux nouvelles stratégies de communication consécutives aux déficits linguistiques.

Des travaux ont démontré qu'une telle approche permettait d'améliorer la qualité des interactions entre la personne aphasique et son conjoint. Cependant, elle était mise en place à distance du début de l'aphasie. Par conséquent, nous nous interrogerons au cours de ce travail sur l'impact que peut avoir la mise en place d'une thérapie dynamique interactive quelques mois seulement après le début de l'aphasie. L'analyse conversationnelle et la situation de communication référentielle de la P.A.C.E serviront de support afin de répondre à cette question.

**PARTIE**  
**THEORIQUE**

# CHAPITRE I : De la communication à

## l'analyse conversationnelle

### I. La communication

#### 1. Définitions

Le petit Robert (2009) propose les définitions suivantes:

- Fait d'être en relation
  1. Le fait de communiquer, d'être en relation avec quelqu'un, quelque chose.
  2. Ensemble des activités et connaissances concernant la communication au moyen de signes, notamment entre les êtres humains.
- Action de transmettre une information
  1. Action de communiquer quelque chose à quelqu'un. Résultat de cette action.
  2. La chose que l'on communique.
  3. Moyens techniques par lesquels des personnes communiquent, messages qu'elles se transmettent.

Le dictionnaire d'orthophonie (2004) définit quant à lui la communication de la manière suivante :

*« Tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu.*

*En linguistique, le langage propre à l'homme se distingue de la communication animale par cinq critères :*

- *La sémantique : les signes du langage verbal ou non verbal ont une signification.*
- *L'interchangeabilité : un signe peut être remplacé par un autre de même signification.*
- *Le déplacement : un signe linguistique peut représenter des objets non présents.*
- *L'ouverture : un signe linguistique peut fournir une signification autre que sa signification habituelle dans certaines situations.*

- *La prévarication : la non-utilisation du signe devient elle-même signifiante, comme par exemple ne pas dire bonjour. »*

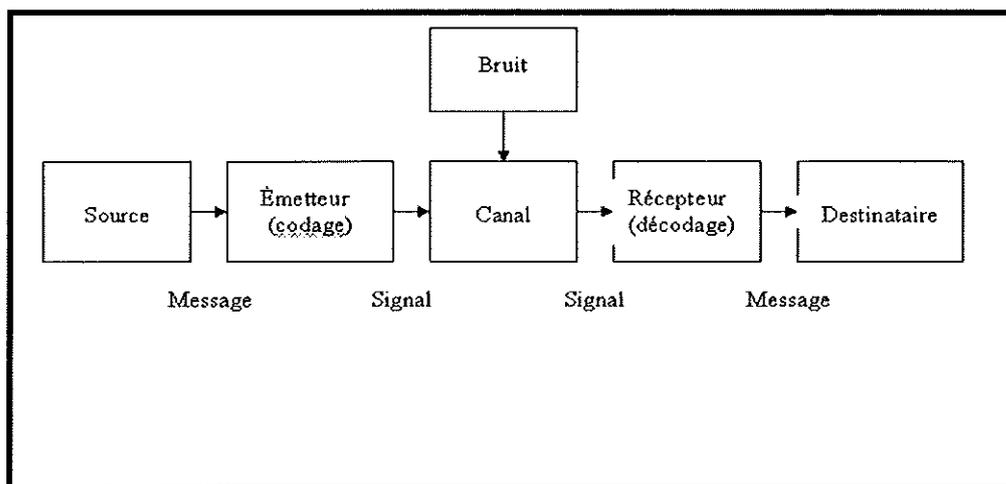
## **2. Evolution des schémas de communication**

Après la propagande de la seconde guerre mondiale, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la communication. Grâce à leurs travaux, ils ont conceptualisé des modèles qui n'ont cessés d'évoluer.

### **2.1 Le modèle de Shannon et Weaver**

Claude Shannon et Warren Weaver, mathématiciens américains sont à l'origine d'un des premiers schémas de communication. Ils ont décrit un modèle général de la communication comme étant un système linéaire unidirectionnel.

Le système fonctionne de la manière suivante : l'**émetteur** code son **message** et l'envoie tandis que le **destinataire** reçoit et décode le message. Successivement, chacun des membres de la conversation va donc coder et envoyer, recevoir et décoder. Le bruit correspond à toutes les interférences qui interviennent lors d'une conversation, pouvant détériorer le signal, et affecter la communication. (Traverso, 2009)



**Système communicationnel selon Shannon & Weaver (1949)**

## 2.2 Schéma communicationnel de Jakobson

En 1963, Roman Jakobson modélise un nouveau schéma de communication. Il permet de compléter celui de Shannon et Weaver en mettant davantage l'accent sur le fait que la communication n'est pas simplement un codage/décodage entre un émetteur et un récepteur. Il introduit dans sa conceptualisation de la communication, 3 nouveaux facteurs.

### 2.2.1 Les différents facteurs intervenants dans la communication

Au destinataire, au message et au destinataire, Jakobson introduit les paramètres du contexte, du contact et du code.

Pour être fonctionnel, le message doit s'inscrire dans un **contexte** saisissable par le destinataire. Il doit aussi correspondre à un **code** commun entre les deux participants, par exemple une même langue. Pour compléter son analyse, Jakobson ajoute que le message requiert un **contact** entre le destinataire et le destinataire. Il correspond à la voie matérielle qu'emprunte le message pour circuler de l'émetteur au récepteur (contact visuel, auditif, tactile). Le contact est très important pour le destinataire et le destinataire afin de leur permettre d'établir et de maintenir la communication

Selon Jakobson, la communication repose donc sur six facteurs (le destinataire, le message, le destinataire, le code, le contact et le contexte) auxquels il attribue respectivement, une fonction particulière.

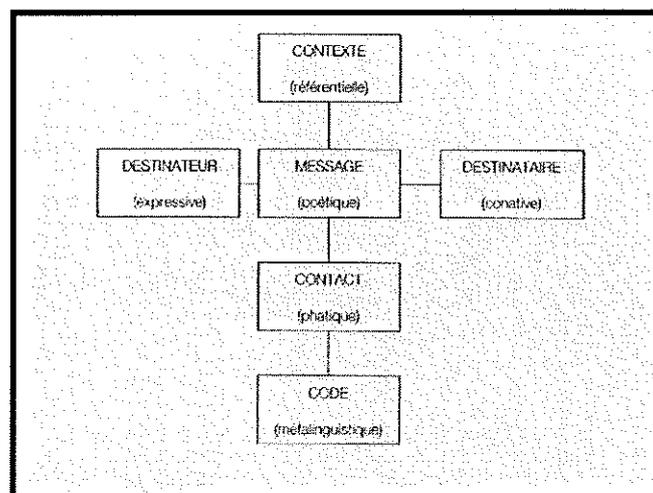


Schéma de la communication selon Jakobson (1963)

## 2.2.2 Les différentes fonctions du langage

La fonction expressive : Elle est relative à l'**émetteur**, elle lui permet de renseigner le destinataire sur sa propre personnalité ou ses propres pensées.

La fonction conative : Elle est liée au **destinataire**. Cette fonction montre la volonté du destinataire d'agir sur son destinataire. C'est une fonction privilégiée par la publicité.

La fonction phatique : Elle est utilisée pour établir, maintenir ou interrompre le **contact** avec le récepteur. Par exemple, lorsqu'une personne dit « Allo » en décrochant son téléphone.

La fonction référentielle : Elle concerne le **contexte** auquel renvoie le message. Elle sert à donner des indications sur le monde environnant.

La fonction métalinguistique : Les partenaires doivent vérifier qu'ils utilisent le même **code** afin de se comprendre. Dès que, le locuteur ou l'interlocuteur ressentent le besoin de préciser le sens d'un mot ou d'une expression, ils ont recours à la fonction métalinguistique.

La fonction poétique : La fonction poétique est selon Jakobson, l'accent mis sur le **message** pour son propre compte. Elle fait référence à l'art du langage et permet de faire du message un objet esthétique par le niveau de langue, le ton, la hauteur de la voix.

Exemple :

- Puis-je me permettre d'emprunter votre crayon ?
- File-moi ton crayon
- Peux-tu me passer ton crayon ?

Si le message est le même à travers ces trois phrases, la manière de le formuler est cependant très différente.

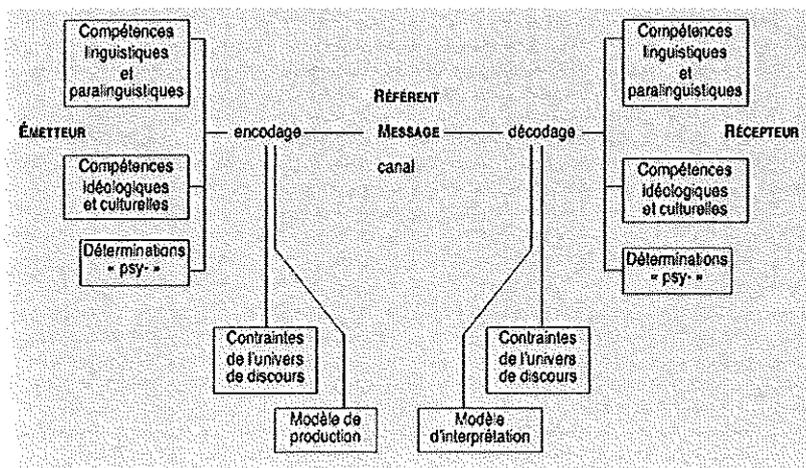
Ces fonctions peuvent se répartir en deux groupes. Les fonctions expressive, conative et phatique sont du domaine de la relation. Tandis que les fonctions métalinguistique, référentielle et poétique font davantage référence au contenu du message.

Ces six fonctions du langage ne s'excluent pas les unes des autres selon Jakobson, le plus souvent elles se superposent.

## 2.3 Les travaux de Kerbrat-Orecchioni

Catherine Kerbrat-Orecchioni, linguiste, a approfondi le schéma communicationnel de Jakobson en précisant les informations suivantes :

- La conversation met en jeu des **compétences linguistiques, des compétences culturelles, des déterminations psychologiques** et ceci pour le locuteur mais aussi pour l'interlocuteur.
- Ensuite, elle précise que le travail d'encodage du message pour l'émetteur dépend **des contraintes du discours** ainsi que d'un **modèle de production**.
- Puis, elle ajoute que le travail de décodage du récepteur dépend également des contraintes du discours et d'un **modèle d'interprétation**.



### Schéma de communication selon Kerbrat-Orecchioni (1980)

Par compétence, Kerbrat-Orecchioni parle des capacités disponibles, plus ou moins bien mobilisées selon les ressources personnelles. Quant au terme discours, il fait référence à tous les canaux par lesquels peuvent passer la communication : gestuelle, orale, écrite, sonore...

Les modèles selon Kerbrat-Orecchioni mettent l'accent sur la nécessité de la mise en forme des productions verbales. Le récepteur doit posséder certaines clés afin de comprendre le message.

Si Jakobson avait déjà ouvert la voie vers un schéma communicationnel plus complexe qu'un simple axe linéaire unidirectionnel, les travaux de Kerbrat-Orecchioni démontrent la complexité de la communication. Il ne s'agit pas uniquement d'un simple

codage/décodage effectué à tour de rôle par les participants d'une conversation. Les compétences linguistiques, culturelles ainsi que les déterminations psychologiques de l'émetteur et du récepteur sont mises en jeu. De plus, le contexte ainsi que l'interprétation du récepteur joue un grand rôle dans l'efficacité de la communication.

Il est important de rajouter que le schéma communicationnel de Kerbrat-Orecchioni montre que le récepteur n'est plus un membre passif de la communication. Il a un rôle à tenir par l'émission de productions régulatrices mais aussi par des regards, des mimiques qui signifieront au locuteur qu'il est présent dans la conversation.

Les schémas de communication ont donc connu une évolution que nous avons retracée, en partant de l'axe unidirectionnel de Shannon et Weaver pour arriver au modèle de Kerbrat-Orecchioni, qui donne autant d'importance au locuteur qu'à l'interlocuteur pour qu'une conversation soit fonctionnelle. Cependant le terme « conversation » peut être employé de manière générique. C'est pourquoi dans le domaine qui nous intéresse nous parlerons plus spécifiquement d'interaction. (Traverso V., 2009)

## **II. L'interaction**

### **1. Définition**

Goffman, sociologue interactionniste, donne la définition suivante du terme d'interaction (1973) : *Par interaction (c'est-à-dire l'interaction en face à face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres [...] le terme une « rencontre » pouvant aussi convenir.* (Kerbrat-Orecchioni, 2005). Selon Kerbrat-Orecchioni (2005), cette définition de l'interaction est restrictive car Goffman ne prend en compte que les échanges où les personnes sont physiquement présentes. C'est pourquoi, elle va donner la définition suivante (2005) : *« La notion d'interaction implique que le destinataire soit en mesure d'influencer et d'infléchir le comportement du locuteur de manière imprévisible alors*

*même qu'il est engagé dans la construction de son discours ; en d'autres termes, pour qu'il y ait interaction il faut que l'on observe certains phénomènes de rétroaction immédiate. »*

## **2. La construction de l'interaction**

Lorsque deux personnes ont une conversation, une organisation dans l'interaction est mise en place. Ceci se fait de manière naturelle et inconsciente. Mais si un conversant ne respecte pas ces règles, la communication est brouillée et l'autre interlocuteur ne pourra ou n'aura pas envie de s'investir dans l'échange. Cette organisation nécessite des procédures qui selon Traverso V. (2009) se partagent entre une organisation locale et une organisation globale.

### **2.1 Une organisation locale**

L'organisation locale est caractérisée par les tours de parole. En effet, un échange efficace doit présenter des règles d'alternance entre les différents participants. Elles s'organiseront de la manière suivante :

- Les règles d'allocation des tours :

Un locuteur en cours va sélectionner le locuteur suivant. S'il ne sélectionne personne en particulier, un interactant peut s'auto-sélectionner et ainsi prendre la place de locuteur sur le tour.

- La composition des tours de parole :

Sur le plan grammatical, le tour de parole peut-être constitué de différentes unités : un mot, une phrase simple ou complexe, un syntagme.

- La régulation :

Deux types de régulation peuvent s'observer : les tours pleins et les régulateurs qui sont des productions vocales ou verbales du destinataire durant le tour du locuteur. Les régulateurs se distinguent des tours pleins par différentes caractéristiques :

- ~ Ils sont brefs
- ~ Souvent produits en chevauchement
- ~ Ils ne contribuent pas réellement au développement thématique de l'échange

La régulation est effectuée de manière non verbale en continu par la posture, les regards, elle est aussi assurée sur le plan verbal par des productions telles que « hum », « oui », « ah d'accord » ...

Qu'ils soient verbaux, non verbaux, vocaux, les régulateurs indiquent le niveau d'écoute, d'attention et d'engagement. Ils sont indispensables au bon fonctionnement d'une interaction.

Pour qu'une interaction fonctionne, il faut donc qu'elle réponde à une organisation locale constituée par les tours de parole.

## 2.2 Une organisation globale

. Cependant, une conversation dépend aussi d'une organisation globale. En règle générale, toute interaction se déroule en trois étapes se succédant dans le temps : ouverture/corps/clôture. (Traverso V., 2009)

- L'ouverture : C'est la mise en contact des participants. Elle comprend les salutations qui se retrouvent obligatoires dans la majorité des situations. Elle joue un rôle très important pour l'interaction à venir. Si elle est nécessaire pour l'ouverture du canal et la prise de contact, elle est aussi indispensable pour définir la situation.

- Le corps : Il découpe en un nombre infini de séquences, de longueur variable, l'interaction.

- La clôture : Elle correspond à la fermeture de la communication et à la séparation des participants. La clôture est de durée variable et elle est composée de plusieurs actes, par lesquels les interactants essaient de se coordonner au mieux pour réussir cette étape.

## 3. La structuration des actions dans l'interaction

Pour qu'une conversation prenne forme et fonctionne, le discours de chaque interlocuteur se doit d'être cohérent. Cependant, l'analyse de la structuration des actions dans l'interaction n'est pas étudiée de la même manière selon les américains qui en font une approche séquentielle tandis que les interactionnistes français utilisent un modèle en rang. (Traverso, 2009)

### 3.1 L'approche séquentielle

Les conversationnalistes américains utilisent le terme de « paire adjacente » qui correspond à l'unité interactive minimale. Selon, Traverso V. (2009), la paire adjacente comporte deux énoncés contigus produits par des locuteurs différents, et fonctionne de telle sorte que la production du premier membre de la paire exerce une contrainte sur le tour suivant. Elle cite Sacks, Schegloff et Jefferson : « une fois le premier membre d'une paire produit, le second est attendu. »

Par conséquent, une action peut être anticipée du fait qu'une première action a été exécutée. C'est ce que Traverso V. (2009) cite dans son livre comme étant *le principe de dépendance conditionnelle*.

Cette approche permet de rendre compte d'un grand nombre d'enchaînements d'actions comme par exemple, question/réponse, salutation/salutation, reproche/excuse, requête/réalisation ou refus...

### 3.2 L'analyse en rang

L'analyse en rang, quant à elle, consiste à concevoir l'interaction comme une structure constituée d'unités hiérarchisées. Cette approche prend en compte la théorie des actes de langage et elle défend l'idée que le locuteur a des intentions qu'il va exprimer, tandis que l'approche séquentielle parle de co-action et donc d'une influence mutuelle des participants sur l'interaction.

Un modèle à cinq rangs a été mis en place. Deux rangs d'unités monologiques, construites par un seul locuteur :

- L'acte de langage
- L'intervention

Et trois rangs d'unités dialogales, construites par deux locuteurs :

- L'échange
- La séquence
- L'interaction

### III. L'analyse conversationnelle

#### 1. Définition

L'analyse conversationnelle s'est développée à partir de l'approche sociologique de l'ethnométhodologie. Selon Garfinkel (1972), son initiateur, *cette 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.* (Perkins L., traduite par De Partz M.-P., 2001). Elle examine de manière séquentielle, la façon dont les participants font progresser l'interaction afin de comprendre son organisation. Dans cette perspective, Cosnier (1991) appuie le fait que l'intérêt des chercheurs n'est pas d'étudier les interactions du point de vue de la linguistique mais bien d'observer les processus mis en place lors d'une conversation.

#### 2. Méthodologie

- L'enregistrement

Afin d'être réalisée, l'analyse conversationnelle repose sur un enregistrement. Un extrait de conversation enregistré à l'aide d'une caméra (situation idéale) ou d'un magnétophone. L'enregistrement vidéo améliore la qualité de l'analyse car il permet d'observer la gestuelle des interactants, pouvant apporter de nombreuses informations supplémentaires.

- La transcription

Dans un second temps, l'enregistrement va faire l'objet d'une transcription. Selon, un certains nombres de conventions établies, les propos des interactants vont être retranscrits. Ce qui constituera un corpus prêt à l'analyse.

- L'analyse du corpus

Perkins L. (traduite par De Partz M.-P., 2001) distingue différents critères à observer dans l'analyse conversationnelle :

→ Les tours de parole et leurs constructions (I, 2, 2.1)

## → Les réparations

Les réparations sont utilisées au cours des conversations pour faire face à certains incidents comme les faux départs, les dysfluences, les changements de messages, les inattentions et les incompréhensions. Perkins (traduite par De Partz., 2001) rapporte les travaux de Schegloff et Al (1977) qui décrivent l'organisation des réparations dans la conversation normale. Ils y distinguent :

- L'auto-initiation
- L'hétéro-initiation
- L'auto-réparation
- L'hétéro-réparation

L'auto-réparation et l'auto-initiation sont les plus utilisées dans la conversation normale. Au contraire, les hétéro-réparations se font rares. Si elles étaient nombreuses, l'alternance des tours de parole serait déstructurée.

## → Les thèmes

Lors d'une interaction la progression thématique doit être élaborée par tous les participants, ce qui demande une collaboration mutuelle de leur part. Il existe différentes procédures, répertoriées par Traverso V. (2009) : la discontinuité thématique et la continuité thématique. Au cours de cette partie, les deux procédures seront abordées, mais que ce soit l'une ou l'autre elle nécessite un caractère collaboratif indispensable. Un thème ne peut être clôturé, introduit, poursuivi, développé ou dévié sans que tous les participants y consentent.

### Mécanismes de discontinuité thématique

- ~ La clôture de thème : Elle consiste, pour les interlocuteurs, à se mettre d'accord sur la fin d'un thème en cours. Le plus souvent, elle s'accompagne de la proposition d'un nouveau thème.
- ~ La rupture de thème : Elle correspond à des changements soudains du thème en cours. Les ruptures de thème peuvent être provoquées par le contexte ou par le départ anticipé d'un des participants.

- ~ La proposition de thème : De manière implicite ou explicite une question, une requête, une assertion, peuvent être à l'origine d'une proposition de thème.

#### Le mécanisme de continuité thématique

La ratification : Elle correspond à l'acceptation implicite ou explicite d'un thème par les partenaires

Si l'analyse conversationnelle est utilisée initialement pour décrire l'évolution de la dynamique interactive de conversations ordinaires, certains auteurs tels que Lesser & Milroy (1993) ; Lesser & Perkins (1999) se sont intéressés à l'apport d'une telle méthode dans la rééducation de l'aphasie. (Perkins L., traduite par De Partz M.-P., 2001)

# **CHAPITRE II : L'aphasie**

## **1. Définition**

Le dictionnaire d'orthophonie (2004), reprend la définition de Trousseau (1864) : *L'aphasie rend compte d'une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, pas plus qu'à un dysfonctionnement périphérique de la musculature pharyngolaryngée, mais à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale.*

## **2. Les principales étiologies**

Différentes causes peuvent être à l'origine de troubles aphasiques. Si généralement ils apparaissent de manière brutale, il est des cas où l'aphasie s'installe progressivement.

### **2.1 Les aphasies d'origine vasculaire**

La grande majorité des aphasies est due à des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Deux types d'AVC sont répertoriés :

- Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques correspondent à une mauvaise circulation du sang, due à une ou des artères obturées par des plaques d'athérome. L'évolution de ces plaques conduit à l'obturation de l'artère empêchant le sang de circuler et d'arriver au cerveau.
- Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques sont caractérisés quant à eux par la rupture d'une artère provoquant une hémorragie cérébrale.

Les accidents vasculaires cérébraux sont sensibles à certains facteurs de risque. Le plus dangereux étant l'hypertension artérielle. On retrouve aussi l'alcool, le tabac, l'obésité,

l'hypercholestérolémie, la prise de la pilule, le diabète, le fait d'être de sexe masculin et les antécédents familiaux

## 2.2 Les aphasies post-traumatiques

Les traumatismes crânio-encéphaliques peuvent être à l'origine d'une aphasie. Suite à la formation d'hématomes sous-duraux, des compressions au niveau cérébral vont être observées. Des contusions parenchymateuses ainsi que des hématomes intracérébraux et extracérébraux peuvent aussi être à l'origine d'une aphasie.

La sémiologie de l'aphasie sera très différente en fonction de la localisation des lésions. Le pronostic dépendra aussi de la durée de l'amnésie post-traumatique.

## 2.3 Les maladies dégénératives

Lors des maladies dégénératives peuvent se présenter des troubles importants du langage. Leur mode de classification repose sur la localisation des lésions au sein du système nerveux central. (Chomel-Guillaume et Coll, 2010). On y distingue :

- Les pathologies dégénératives corticales :

Ces pathologies comprennent la maladie d'Alzheimer et les dégénérescences lobaires frontotemporales composées des démences frontotemporales, des aphasies progressives primaires et des démences sémantiques.

- Les pathologies sous-corticales :

La maladie de Parkinson, la maladie de Huntington et les paralysies supra-nucléaires progressives sont des maladies présentant des atteintes des structures sous-corticales.

- Les pathologies cortico-sous-corticales :

On trouve dans ces pathologies, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences corticobasales et les pathologies du motoneurone.

## 2.4 Les causes inflammatoires

La sclérose en plaque est vraisemblablement la pathologie inflammatoire la plus emblématique en neurologie. Les troubles cognitifs font partie du tableau sémiologique de

cette maladie, cependant les cas d'aphasie restent rares. (Environ 1% des cas). (Chomel-Guillaume et Coll, 2010)

D'autres pathologies inflammatoires peuvent s'attaquer au système nerveux central mais pas de manière isolée, il faudra donc rechercher l'atteinte d'autres organes pour confirmer le diagnostic.

## 2.5 Les causes infectieuses

Une aphasie qui intervient dans un contexte de fièvre, d'altération de l'état général et de céphalées évoque une atteinte infectieuse cérébrale. En effet, dans un tel contexte, toute aphasie peut correspondre à une atteinte parenchymateuse, conséquence d'un diagnostic de méningo-encéphalite ou d'un abcès cérébral.

Des bactéries, des virus, des parasites, des mycoses peuvent être la cause des maladies infectieuses. En premier lieu, on se doit de penser à une méningo-encéphalite herpétique qui provoque une aphasie dans 75% des cas car les lésions sont le plus souvent temporales. (Chomel-Guillaume et Coll, 2010)

## 2.6 Les causes tumorales

Toutes tumeurs cérébrales, qu'elles soient bénignes ou malignes peuvent provoquer des troubles de la communication et du langage. Soit par une atteinte directe des aires du langage soit par lésion d'un faisceau de connexion.

Les tumeurs cérébrales se répartissent en deux groupes (Chomel-Guillaume et Coll, 2010)

- Les tumeurs cérébrales primitives

Ces tumeurs se développent aux dépens des structures de soutien du parenchyme cérébral. C'est-à-dire qu'elles s'attaquent directement aux cellules gliales ou aux cellules méningées. Ces tumeurs naissent donc directement dans les aires cérébrales.

- Les tumeurs cérébrales secondaires

Ces tumeurs se forment suite aux métastases solides ou hématologiques d'autres cancers qui migrent et multiplient des cellules cancéreuses dans le parenchyme cérébral (métastases cérébrales) ou dans les méninges (métastases méningées). Ces tumeurs cérébrales sont dans ce cas des conséquences d'autres cancers.

Les tumeurs cérébrales peuvent avoir différents modes d'action conduisant à une aphasie :

- La tumeur envahie et détruit directement les structures cérébrales impliquées dans le langage.
- Par œdème péri-lésionnel réactionnel à la présence de la tumeur.
- Par effet de masse que va générer la tumeur sur le parenchyme cérébral sain, la compression empêchant le fonctionnement normal du métabolisme cellulaire.
- Par modification de la vascularisation. La tumeur peut être hypervascularisée provoquant ainsi un déficit sanguin pour les structures saines. On peut aussi observer l'occlusion des artères du parenchyme sain.

Notre étude de cas portera sur un patient souffrant d'une aphasie consécutive à une exérèse de tumeur.

### **3. Sémiologie des aphasies**

#### **3.1 Les troubles de l'expression orale**

##### **3.1.1 Au niveau des mots**

###### **3.1.1.1 Perturbations phonémiques**

Les troubles phonémiques correspondent à une difficulté à enchaîner les phonèmes qui constituent un mot alors qu'il n'y a pas de troubles articulatoires. Il ne s'agit cependant pas d'un trouble de la réalisation motrice des phonèmes où dans ce cas l'atteinte se trouverait au niveau phonétique, mais d'une perturbation siégeant soit au niveau du choix, soit au niveau de l'agencement des phonèmes. Les transformations qui affectent la forme phonologique du mot vont être dues à des omissions, des ajouts, des inversions, des substitutions. Si la forme du mot reste reconnaissable, il s'agira de **paraphasies phonémiques** tandis que si le mot-cible n'est pas reconnaissable, le terme de **néologisme** sera alors utilisé.

- Les paraphasies phonémiques

Les paraphasies phonémiques ne sont pas spécifiques à un type d'aphasie. Elles sont reconnaissables car il y a entre le mot produit avec des transformations phonémiques et le mot attendu, des ressemblances au niveau sonore.

Exemple : Garotte pour Carotte

- Les néologismes

Les néologismes, caractéristiques des aphasies postérieures, représentent une anarchie dans le choix et/ou l'agencement des phonèmes. Le mot énoncé ne ressemble en rien à la forme sonore du mot-cible et il ne lui est pas lié sémantiquement non plus. Les néologismes sont des productions aphasiques dénuées de sens, aléatoires et variables d'un instant à l'autre.

### 3.1.1.2 Perturbations sémantiques

- Les paraphasies sémantiques et verbales

Les paraphasies sémantiques correspondent à des transformations aphasiques ayant un rapport de sens avec le mot-cible. Exemple : Soleil pour Ciel

Tandis que les paraphasies verbales n'ont aucun rapport de sens ni de forme avec le mot-cible. Exemple : Téléphone peut alors devenir Avion

- Le manque du mot

Le manque du mot correspond à une difficulté ou à une impossibilité pour un patient de produire le mot adéquat étant donné l'activité linguistique dans laquelle il est engagé.

Le manque du mot peut provoquer d'importante réduction au niveau de la qualité informative du discours lorsque celui-ci est spontané. Il va se caractériser par des phrases avortées, des pauses fréquentes et pouvant être longues.

Les manifestations cliniques du manque du mot peuvent se caractériser de différentes manières (Guillaume-Chomel et Coll, 2010). C'est ainsi qu'il peut prendre :

- La forme d'une anomie : L'anomie est décrite par une absence de réponse, des pauses et des interruptions ou encore des phrases inachevées au cours des interventions.
- La forme de circonlocutions : Le patient n'arrive pas à dire le mot attendu et par conséquent il va en faire une description ou bien dire à quoi sert son utilisation.

- La caractéristique d'une paraphrasie sémantique ou phonémique.

### 3.1.2 Au niveau du discours

#### 3.1.2.1 Le discours réduit

Dans le cas des aphasies antérieures le plus généralement, les troubles aphasiques vont se caractériser par un discours réduit, non fluent dont les caractéristiques peuvent être les suivantes :

- Le mutisme

Le mutisme correspond à une suspension totale du langage. Ce cas s'observe particulièrement suite à un accident vasculaire cérébral. Le patient se retrouve dans l'incapacité la plus totale de prononcer un mot. Cette phase rencontrée uniquement dans les aphasies de Broca ou globales est normalement transitoire.

- Les stéréotypies verbales

Les stéréotypies verbales se caractérisent par une réduction du langage parlé à une expression verbale stéréotypée, avec ou sans signification linguistique, émise de manière involontaire mais consciente.

Les stéréotypies verbales peuvent être une syllabe, un mot ou bien encore un syntagme que le patient ne peut inhiber et qui va apparaître lors de toutes tentatives d'expression orale.

- Les persévérations

La persévération est un phénomène qui s'observe lors des productions verbales de certains patients aphasiques. Comme pour les stéréotypies verbales, ces productions échappent à leur contrôle mais dans ce cas elles peuvent aussi échapper à leur conscience. La persévération se manifeste par la répétition d'un même mot ou d'une même phrase, dit une première fois dans un contexte approprié et répété par la suite de manière inadéquate.

- L'agrammatisme

L'agrammatisme est un phénomène qui touche essentiellement les aphasies de Broca. Les patients atteints d'agrammatisme vont énoncer des phrases en un nombre de mots réduit. Cependant le discours reste généralement informatif. Il va être caractérisé par un

ralentissement du débit, un temps de latence important, une absence de verbes dans la phrase, une suppression des petits mots, une abondance des substantifs et peu de conjonctions ou de beaucoup de vocabulaire mais ils n'ont aucune organisation grammaticale. Ils disent l'essentiel en très peu de mots.

### 3.1.2.2 Le discours fluent

Un discours fluent est davantage observé dans les aphasies postérieures.

- La jargonaphasie

La jargonaphasie se retrouve essentiellement dans les aphasies postérieures. Elle est caractéristique d'un langage non informatif, constitué de productions linguistiques pathologiques. Le patient a une intonation parfaitement conservée et n'a aucun trouble articulaire mais son discours est rempli de répétitions, de néologismes, de paraphrasies phonémiques et sémantiques, de locutions passe-partout. L'interlocuteur ne sait comment placer la ponctuation sur ce flot de mots qui articulés les uns aux autres n'ont aucun sens. De plus, dans de nombreux cas, le patient souffre d'anosognosie, il n'a aucune conscience de son trouble.

Alajouanine différencie en 1956, trois catégories de jargon. En 1981, Perecman et Brown essaient d'adapter cette classification au niveau du processus présumé atteint, responsable du jargon. (Sainson C., 2006).

- Le jargon sémantique : Il est caractérisé par une production fluente et une grammaire intacte contrastant avec la prolifération de paraphrasies verbales sémantiques.
- Le jargon néologique : Il se traduit par un langage incompréhensible pour l'auditeur, dont la syntaxe est préservée mais saturée de néologismes.
- Le jargon phonémique : Il correspond à un énoncé inintelligible envahi de séquences phonémiques dénuées de sens.

- La dyssyntaxie

La dyssyntaxie met en évidence des productions linguistiques pathologiques. Les phrases n'obéissent plus aux règles de la syntaxe. Les rapports grammaticaux entre les mots disparaissent et certains patients ont recours à l'emploi de liaisons morphosyntaxiques exagérées et/ou non appropriées.

La dyssyntaxie se dissocie de l'agrammatisme par le fait que le discours des patients reste très fluent.

En conclusion, l'expression orale peut être particulièrement touchée lorsqu'un patient souffre d'une aphasie. Les troubles dont il sera atteint dépendront essentiellement du lieu de la lésion cérébrale. Les aphasies antérieures et postérieures se dissocient par l'expression des troubles. Certains troubles peuvent cependant se retrouver présents dans toutes les aphasies, comme le manque du mot, les persévérations, les stéréotypies, les paraphasies...

### 3.1.3 Anomalie du débit verbal

La fluence verbale va aussi être mise à mal dans les aphasies. On va retrouver des anomalies au niveau du débit. Les aphasies non fluentes sont caractérisées par une réduction de la fluence verbale et le mutisme par une absence totale de productions linguistiques voire de productions sonorisées. Ces aphasies sont caractéristiques d'une réduction aussi bien quantitative que qualitative. La réduction quantitative correspondant à une réduction du nombre moyen de mots émis consécutivement au cours d'une même émission et la réduction qualitative faisant référence à l'absence ou réduction de structures syntaxiques.

Quant aux aphasies fluentes, le débit est préservé mais on observe une atteinte qualitative.

D'autres anomalies du débit peuvent être observées. Les persévérations et les stéréotypies en font partie mais on peut aussi retrouver les palilalies et l'écholalie. Les palilalies sont caractérisées par des répétitions involontaires et irrépessibles d'un ou plusieurs mots dans les productions des personnes aphasiques. Tandis que l'écholalie consiste pour un sujet à répéter comme un écho des paroles prononcées par une autre personne. (Chomel-Guillaume et Coll, 2010)

## 3.2 Les troubles de la compréhension orale

Si les troubles de l'expression orale des patients aphasiques peuvent être mis facilement en évidence, il en est autrement pour les troubles de la compréhension orale dans la mesure où l'appréciation qui va pouvoir en être faite est indirecte.

Afin de tester la compréhension orale, les patients vont devoir faire des choix entre différentes réponses possibles. Les tests servant à objectiver ces troubles, sont les suivant :

- Appariement mot/image
- Confirmation d'adéquation entre un mot et une image
- Similarité entre deux stimuli
- Réalisation d'un ordre simple
- Répondre verbalement à une consigne

Tous ces exercices permettent de montrer si le patient aphasique est atteint de troubles de la compréhension. Cependant, les cliniciens ne sont pas à l'abri d'erreurs d'interprétation. En effet, l'évaluation peut se trouver biaisée par les variables contextuelles (mimiques, prosodie, contexte situationnel). De plus, le patient peut avoir une bonne compréhension mais se retrouver avec des atteintes gnosiques ne lui permettant pas de désigner correctement les images, des atteintes praxiques l'empêchant de réaliser correctement les instructions données, des atteintes mnésiques et attentionnelles.

Les aphasies ne comportent pas obligatoirement de troubles de la compréhension orale. Cependant, il y en a une qui est caractérisée par ce trouble. Il s'agit de la surdité verbale. Lorsqu'un patient est atteint par ce type d'aphasie, il n'identifie plus les sons linguistiques alors que l'identification des sons non verbaux est intacte. Ces patients ont alors l'impression que les personnes leur parlent dans une langue étrangère et ils développent des comportements qu'ont les personnes sourdes en s'attachant aux détails visuels et notamment aux mouvements labio-faciaux.

### 3.3 Les troubles de l'expression écrite

Que ce soit en expression ou en réception, les troubles concernant l'expression écrite sont les mêmes que ceux observés pour l'expression orale. Ainsi, on va pouvoir observer à travers la production écrite des patients aphasiques :

- Une réduction quantitative de la fluence écrite voire sa suppression
- Une jargonographie
- De l'agrammatisme
- Une dyssyntaxie
- Des paraphrasies sémantiques
- Des paraphrasies phonologiques
- Des néologismes

### 3.4 Les troubles de la lecture à haute voix et de la compréhension écrite

Des productions pathologiques peuvent être observées au niveau de la lecture à haute voix. On peut alors y retrouver des paralexies sémantiques et morphémiques, de la jargonalexie, de l'agrammatisme, de la dyssyntaxie. On peut aussi observer des ajouts, des omissions, des néologismes. La lecture peut être parsemée d'erreurs linguistiques qui ne pourront permettre une bonne compréhension écrite.

Pour certains patients, la lecture à haute voix ne fera pas l'objet de productions linguistiques pathologiques, l'accès au sens leur étant cependant impossible.

Précisons qu'il est possible que les patients ne présentent aucun trouble au niveau de leur expression orale mais qu'ils se retrouvent dans l'incapacité de reconnaître les lettres de l'alphabet et par conséquent de lire. Cette pathologie est nommée alexie.

## **4. Classification des aphasies**

### 4.1 Les aphasies corticales

Les aphasies corticales sont à l'origine de nombreuses classifications reposant sur différentes dichotomies : Aphasies motrices/sensorielles ; aphasies antérieures/postérieures ; aphasies expressives/réceptives ; aphasies fluentes/non fluentes. Dans le cadre de notre travail, nous avons choisi de sélectionner le critère de la fluence.

Types d'aphasies	Signes cliniques	Localisations lésionnelles
<b>LES APHASIES NON FLUENTES</b>		
<b>Aphasie Globale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Expression orale et écrite très réduite voire nulle</li><li>· Anomie</li><li>· Altération massive de la compréhension orale et écrite</li></ul>	Lésions étendues impliquant toute la région périsylvienne gauche : de la région fronto-temporo pariétale gauche à l'aire de Wernicke en passant par le gyrus angulaire et la substance blanche
<b>Aphasie de BROCA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Expression orale réduite</li><li>· Agrammatisme</li><li>· Troubles arthriques</li><li>· Compréhension relativement préservée</li><li>· Dissociation automatico-volontaire</li></ul>	Lésions fronto-latérale, pré-rolandique, et de la substance blanche sous-jacente, peut s'étendre en arrière vers le lobe pariétal

<b>Aphasie transcorticale motrice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Défaut d'incitation et d'initiation verbale spontanée</li> <li>·Anomie</li> <li>·Réduction quantitative du discours spontané</li> <li>·Réduction de l'élaboration syntaxique</li> <li>·Répétition en écholalie possible</li> </ul>	Lésions autour de la zone périsylvienne.
<b>Aphasie transcorticale mixte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Absence de langage propositionnel spontané</li> <li>·Stéréotypies</li> <li>·Productions automatiques</li> <li>·Echolalie</li> <li>·Compréhension orale et écrite très altérées</li> <li>·Expression écrite altérée</li> </ul>	Lésions cérébrales multifocales avec lésions diffuses des cortex associatifs antérieurs et postérieurs (territoire jonctionnel)

Types d'aphasies	Signes cliniques	Localisations lésionnelles
<b>LES APHASIES FLUENTES</b>		
<b>Aphasie de WERNICKE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Expression orale abondante voire logorrhéique</li> <li>·Jargon</li> <li>·Anomie</li> <li>·Paraphasies</li> <li>·Néologismes</li> <li>·Compréhension orale altérée</li> <li>·Répétition altérée</li> <li>·Anosognosie</li> </ul>	Lésions du tiers postérieur du gyrus temporal supérieur
<b>Aphasie de conduction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Expression orale spontanée fluente mais logopénique</li> <li>·Paraphasies</li> <li>·Compréhension orale préservée</li> <li>·Répétition déficitaire voire impossible</li> <li>·Dénomination altérée</li> <li>·Lecture à haute voix et expression écrite déficitaires</li> <li>·Compréhension écrite préservée</li> </ul>	Lésions impliquant le gyrus supramarginalis et la substance blanche sous corticale interrompant les connexions entre l'aire de Wernicke et l'aire de Broca. OU Combinaison de lésions affectant le cortex auditif primaire gauche, l'insula et la substance blanche sous-jacente
<b>Surdité verbale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Trouble de la compréhension orale spécifiquement perturbée.</li> <li>·Répétition impossible</li> <li>·Ecriture sous dictée impossible</li> </ul>	Selon Geschwind, il s'agit d'une lésion temporale unilatérale affectant le gyrus de Heschl entrainant une déconnexion entre l'aire de Wernicke et les aires auditives primaires.
<b>Aphasie anomique</b>	Manque du mot isolé	Lésions temporales inférieures
<b>Aphasie transcorticale sensorielle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomie sévère</li> <li>Compréhension déficitaire</li> <li>Alexie-agraphie majeure</li> <li>Répétition préservée avec une tendance écholalique</li> <li>Discours spontané creux</li> <li>Paraphasies</li> <li>Persévérations</li> </ul>	Lésions postérieures de la jonction temporo-pariéto-occipitale

**Tableau synth sant les signes cliniques et les localisations lésionnelles des aphasies corticales selon Chomel-Guillaume et Coll. (2010)**

En ce qui concerne les localisations lésionnelles, Chomel-Guillaume et Coll (2010) indiquent que la classification « classique » élaborée en 1960 par l'école de Boston et adaptée par la suite en fonction des nouvelles données aphasiologiques, regroupe ces neuf types d'aphasies sous le terme d'aphasie corticale. Alors même que nous savons désormais que les lésions ne s'étendent rarement qu'au cortex.

#### 4.2 Les aphasies sous-corticales

Les aphasies sous-corticales correspondent à des lésions exclusivement sous-corticales. C'est-à-dire que peuvent être lésés la substance blanche périventriculaire et sous-corticale, et/ou les noyaux gris centraux (thalamus, putamen, pallidum, noyaux codés.)

Chomel-Guillaume et Coll (2010), reprennent les propos de Bakchine (2000) qui consistent à dire que l'expression d'aphasie sous-corticale se réfère à une entité anatomique et non fonctionnelle puisqu'elle englobe des syndromes aphasiques variables liés à une lésion des structures sous-corticales.

Bien que les aphasies sous-corticales puissent montrer une grande variabilité, elles partagent certaines caractéristiques communes répertoriées par Puel en 1984 :

Un langage spontané fluent ou logopénique

- Un volume vocal abaissé
- Une variabilité des performances
- Des capacités de répétition relativement mieux préservées que le reste des fonctions langagières.

De plus, il semblerait que la lésion des noyaux gris centraux ait des conséquences sur :

- La dynamique attentionnelle et intentionnelle de la communication
- Le choix lexical
- La cohérence sémantique
- La qualité vocale et articulatoire

#### 4.3 Les aphasies dites particulières

Certaines aphasies ont des formes particulières. (Barat et Coll., 2007)

- Les aphasies de l'enfant
- Les aphasies des polyglottes
- Les aphasies des gauchers

- Les aphasies des sourds et muets

## 5. Les troubles associés

En fonction de la localisation des lésions cérébrales, les patients peuvent souffrir de troubles associés à l'aphasie. Si certains sont facilement identifiables, d'autres le sont plus difficilement. Il est cependant nécessaire de les détecter afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur la sémiologie du tableau aphasique.

- Les troubles associés à tous types d'aphasies.

Lors de toutes aphasies, des troubles cognitifs non-langagiers peuvent être observés tels que des troubles exécutifs, de l'attention et de la mémoire.

Il est également très important de se renseigner sur des troubles éventuels présents avant les lésions cérébrales comme des problèmes de vue et/ou d'audition.

- Les troubles associés liés aux atteintes cérébrales antérieures.

- ~ L'hémiplégie droite : Elle caractérise la paralysie complète ou incomplète de l'hémi-corps droit.
- ~ L'apraxie bucco-faciale : Elle représente une difficulté à exécuter volontairement des mouvements buccaux et linguaux. Le patient se retrouve dans l'incapacité de réaliser volontairement un mouvement qui lui est demandé.

- Les troubles associés liés aux atteintes postérieures.

- ~ L'héminégligence : Un patient aphasique souffrant d'une héminégligence négligera son côté gauche aussi bien corporellement que spatialement.
- ~ L'apraxie idéatoire : C'est un trouble de l'activité gestuelle portant sur le schéma nécessaire à la réalisation d'un acte complexe et sur la succession coordonnée des différents gestes élémentaires le composant, alors que chacun de ces gestes pris isolément est correctement exécuté. (Dictionnaire d'orthophonie, 2004)

- ~ L'hémianopsie latérale homonyme : Entraîne une perte du champ visuel droit pour chacun des deux yeux. Le patient a alors des difficultés à percevoir les stimuli qui lui sont présentés.
- ~ L'anosognosie : Est caractérisée par la non-reconnaissance des troubles par le malade.

Tout trouble associé aura un impact sur la rééducation orthophonique, quelles que soient les approches thérapeutiques choisies.

## **6. Différentes approches rééducatives**

Après avoir pris connaissance des informations générales sur l'aphasie que pouvons nous dire à propos des approches thérapeutiques mises en place afin de remédier à cette pathologie ?

### 6.1 L'approche cognitive

#### 6.1.1 Définition

La neuropsychologie cognitive dépend à part entière des modèles de traitement de l'information chez le sujet normal. Cette approche a donc pour objectif d'élaborer des stratégies thérapeutiques en fonction des troubles linguistiques que présente le patient.

Une analyse des troubles va donc être effectuée et comparée au traitement de l'information d'un sujet normal. En fonction de cette analyse, des objectifs thérapeutiques seront mis en place. Ils concerneront exclusivement une récupération linguistique.

#### 6.1.2 Les limites de l'approche cognitive

Cette approche didactique est incontournable dans la pratique clinique contemporaine. Cependant, elle apporterait davantage de résultats pour les formes d'aphasies modérées, voire aux atteintes pures d'une fonction langagière. ( Chomel-Guillaume et Coll, 2010)

Rajoutons aussi que cette approche thérapeutique ne prend en charge que le patient et ne permet une rééducation que des troubles linguistiques.

## 6.2 Les approches à visée réadaptative

L'approche cognitive a pour unique objectif de restaurer les capacités linguistiques des patients. Seulement, d'autres approches sont apparues depuis quelques décennies et elles mettent davantage en avant la réadaptation d'une des fonctions principales du langage: la communication. En effet, Davis et Wilcox (1985) rapportent *que les compétences pragmatiques des patients aphasiques sont généralement bien préservées en dépit parfois d'altérations très sévères de l'expression et de la réception verbales.* (De Partz ; 2000). Cependant, si la structure du discours est préservée, on retrouve des troubles au niveau des habiletés conversationnelles consécutives aux troubles linguistiques. Les approches suivantes ont pour objectifs de palier à ces troubles afin que les patients puissent améliorer leurs stratégies communicationnelles.

### 6.2.1 L'approche fonctionnelle empirique globale

Cette approche vise à stimuler globalement les habiletés communicatives des patients aphasiques dans des situations naturelles ou simulées de la vie quotidienne. Elle peut correspondre à un élargissement des situations de communication mais aussi à la mise en place d'un mode de communication alternatif. (De partz, 2000)

- Elargissement des situations de communication

Cette approche rééducative peut être mise en place individuellement ou en groupe. Elle vise à introduire des situations de communication proches de celles de la vie quotidienne au sein des rééducations des patients aphasiques.

- ~ Les jeux de rôles

Selon De Partz (2000), ce sont Schlanger et Schlanger (1970) qui sont à l'initiative des jeux de rôle au sein des rééducations aphasiques. Ils ont alors pour objectif d'entraîner le patient à interagir lors de ces situations thérapeutiques fonctionnelles et ainsi développer des stratégies de communication efficaces qu'il pourra mettre en pratique dans sa vie quotidienne.

Aten et Coll. (1982), ont recours aux jeux de rôles afin de modifier le comportement communicationnel du patient aphasique. A partir, de situations de communication simulées,

le thérapeute et la personne aphasique essaient de voir quelle stratégie de communication serait la plus efficace pour le patient. Cette approche a pour objectif de détourner la personne aphasique de l'expression orale, peu efficace, pour l'amener vers une modalité gestuelle.

Holland (1991) a recours quant à lui à de petits monologues. Le thérapeute et le patient travaillent sur un script afin de mettre en place des stratégies communicationnelles efficaces. Par la suite, le patient doit communiquer le contenu du monologue à une personne qui lui est proche et une autre personne non-familière. (De Partz , 2000)

#### ~ Les thérapies de groupe

Les thérapies de groupe ont pour objectif d'améliorer les stratégies communicationnelles des patients aphasiques à travers des situations interactives comme par exemple, des échanges autour d'un sujet de discussion ou des jeux de rôles intégrant différentes situations de communication de la vie quotidienne.

Cependant, De Partz (2000) précise que *la recherche sur l'évaluation de l'efficacité spécifique des rééducations de groupe axées sur le développement des habiletés communicatives est quasi inexistante, tant il est vrai de préciser ce qui, de l'entraînement fonctionnel spécifique ou de l'ajustement psychosocial issu de la confrontation au groupe, est à l'origine du changement.*

#### • Modes de communication alternatifs ou supplétifs

Les modes de communication alternatifs ou supplétifs s'appuient sur les capacités résiduelles des patients aphasiques tant au niveau verbal que non verbal. Les systèmes alternatifs sont variés. Ils comprennent :

~ L'apprentissage de langages gestuels : Lissandre et coll. (2007), indique que l'apprentissage de la langue des signes américaine (ASL ou Ameslan), anglaise (Seeing Essential English) ou française (LSF) n'a apporté que peu de résultats positifs.

~ L'apprentissage des pantomimes : Cubelli et al. (1991), rapportent des résultats positifs suite à un programme d'apprentissage de pantomimes pour une patiente aphasique. (De Partz, 2000)

~ L'apprentissage de langages visuels : Selon Lissandre et coll. (2007), ce système supplétif, aux vues des différentes études menées est peu efficace.

-L'utilisation de carnets de communication : Seron et coll. (1996) décrit les carnets de communication comme des répertoires d'informations présentées sous forme de dessins, de photographies, de symboles voire de mots écrits. Ils ont pour objectif de permettre à la personne aphasique de transmettre ou de recevoir des informations lors de différentes situations de communication. (De Partz, 2000)

~ L'utilisation du dessin : Lissandre et Coll. (2007) signalent que ce mode de communication supplétif est rarement mis en place. Il serait surtout utilisé comme moyen augmentatif.

~ Les aides techniques : Elles comprennent les téléthèses et les micro-ordinateurs. Ces systèmes fonctionnent grâce à une entrée alphabétique, une entrée phonétique ou plus généralement une entrée pictographique dans le cas d'aphasies sévères. (Lissandre et coll. 2007).

### 6.2.2 L'approche pragmatique

L'approche pragmatique axe son projet thérapeutique en s'intéressant aux composantes pragmatiques spécifiques de l'interaction en situation de conversation naturelle. (De Partz ; 2000). Individuellement ou en groupe, les cliniciens jugent les comportements de communication à apprendre aux patients suite à des situations de jeux de rôles structurées où les différents comportements pragmatiques sont jugés adéquats ou inadéquats. S'en suit un entraînement concernant spécifiquement les comportements inadéquats.

### 6.2.3 Les approches dynamiques interactives

Ainsi, contrairement aux approches précédentes, les approches dynamiques interactives intègrent à part entière l'interlocuteur de la personne aphasique. Elles prennent aussi en compte l'analyse de la dynamique interactionnelle entre le patient et son interlocuteur. (De Partz, 2000)

### 6.2.3.1 La communication référentielle : la P.A.C.E

- Les objectifs :

La P.A.C.E (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) se définit comme une thérapie globale et fonctionnelle. Elle a pour objectif, selon ses auteurs, Davis et Wilcox (1981), d'améliorer les stratégies de communication des patients aphasiques en utilisant les principaux paramètres de la situation naturelle de communication.

- Le principe

La situation P.A.C.E intègre les paramètres d'une conversation naturelle car elle nécessite pour son bon fonctionnement un échange d'informations nouvelles. En effet, il s'agit d'une situation référentielle où patient et clinicien ont le même jeu d'images présent sous les yeux. Un pupitre est placé entre les deux participants afin d'assurer un réel apport d'informations. Patient et clinicien, à tour de rôle doivent faire deviner une carte à leur interlocuteur. Tous les canaux de communication (expression orale, expression écrite, mimes, gestes, dessins) peuvent être utilisés. Afin de favoriser le passage par de nouveaux canaux de communication, les cartes sont choisies afin de favoriser des gestes déictiques, des gestes symboliques, des mimes représentant une forme ou représentant l'état physique ou émotionnel d'une personne. .

Cette situation permet au thérapeute d'être acteur dans l'échange. Ces feed-back portent sur le fond et non pas sur la forme des interventions du patient aphasique. Cela, renforce la notion de coopération dans l'échange. (Lissandre et Coll., 2007).

Trois étapes sont décrites dans l'évolution de la situation P.A.C.E :

- L'observation : Période pendant laquelle le thérapeute analyse les stratégies les plus efficaces du patient.
- Le modelage : En fonction des observations, l'objectif est d'amener le patient à utiliser une stratégie plutôt qu'une autre.
- L'après-P.A.C.E : Le patient utilise les stratégies développées lors de la situation P.A.C.E dans des situations plus écologiques.

L'utilisation de la situation P.A.C.E laisse encore de nombreuses questions en suspend. Malgré les progrès observés grâce à cette méthode, des auteurs se sont interrogés sur

l'efficacité possible d'une telle approche pour des pathologies décrivant des troubles pragmatiques comme l'aphasie de Wernicke par exemple. (Lissandre et Coll., 2007).

### 6.2.3.2 La dynamique interactionnelle

- L'analyse conversationnelle

La dynamique interactionnelle peut être étudiée grâce à l'analyse conversationnelle. Il a été vu précédemment que l'analyse conversationnelle permet d'examiner la manière dont les participants font progresser l'interaction. Dans le cadre de la rééducation aphasique, elle a permis de considérer cette pathologie sous un angle complémentaire à celui offert par la neurologie, la psychologie et la linguistique. Elle situe l'aphasie comme étant un phénomène dont les conséquences se répercutent au cœur des interactions. (Perkins, traduite par De Partz, 2001). On ne peut pas nier qu'il y a des troubles linguistiques mais ce langage pathologique a de lourdes conséquences sur la capacité des patients aphasiques à interagir avec autrui. Analyser ses interactions avec son partenaire conversationnel privilégié permet alors de reconstituer une situation de communication naturelle de la vie courante. Ainsi, on peut considérer l'impact des troubles linguistiques et plus généralement des troubles cognitifs sur la qualité des interactions du patient et son partenaire conversationnel. Un véritable travail en collaboration se met alors en place avec le proche de la personne aphasique. (De partz M.-P., 2007)

- La rééducation conversationnelle

Suivant les indications données dans le chapitre sur l'analyse conversationnelle, un enregistrement d'une conversation entre la personne aphasique et son conjoint va être effectué. Une analyse quantitative et qualitative de cet échantillon va permettre une description précise de la manière dont les deux interlocuteurs collaborent à la réussite de la conversation. Seront alors observés les interruptions et les recouvrements d'informations, le partage des temps de parole (tours de parole) et surtout la gestion des réparations effectuées suite aux troubles linguistiques qui entravent la progression des interactions. (De Partz M.-P., 2007)

Grâce à cette analyse, une intervention thérapeutique peut être mise en place, l'objectif étant de modifier la dynamique conversationnelle qui s'est installée suite aux troubles

langagiers. Le partenaire conversationnel du patient aphasique est un membre actif de cette rééducation, et l'intervention porte essentiellement sur lui. A ce titre De Partz (2007), parle davantage d'une stratégie palliative liée à l'adaptation de l'environnement plutôt qu'à la modification directe du comportement du patient. En fonction de l'analyse conversationnelle, des conseils seront donnés au patient mais aussi et surtout à son partenaire conversationnel. L'objectif étant selon le travail de Simmons-Mackie et Coll. (2005), cités par De Partz (2007), que le partenaire conversationnel soit capable d'identifier les inadéquations de ses comportements de communication puis de les modifier en utilisant des stratégies alternatives plus efficaces.

---

## PROBLEMATIQUE

---

L'aphasie est un trouble acquis du langage consécutif à des lésions cérébrales. Le patient présente un langage pathologique, les troubles linguistiques pouvant intervenir à différents niveaux (phonétique, phonémique, morphosyntaxique). Il se retrouve dans l'incapacité de partager, avec l'équipe hospitalière et leur entourage, leurs ressentis, leurs angoisses, leurs douleurs face à la maladie. Pendant les premières semaines suivant le début de l'aphasie, puis pendant les premiers mois dans une moindre mesure, une récupération spontanée est observée. Elle peut cependant être très limitée. C'est pourquoi, une prise en charge orthophonique mise en place précocement ne peut qu'augmenter les chances de récupération.

Les patients aphasiques sont donc pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, mais qu'en est-il pour les familles de ces patients ? S'il est certain que l'aphasie handicape le patient qui en souffre, il en est de même pour son entourage. Les patients aphasiques présentent des difficultés à entrer en interaction, particulièrement avec leur conjoint et leurs proches. Toutes difficultés interactionnelles sont vécues comme délicates et embarrassantes, c'est pourquoi, généralement la vie sociale du couple se réduit. Les patients aphasiques évitent toutes situations de communication pouvant être gênantes. Les visites se font de plus en plus rares et un isolement se met en place autour du patient mais aussi autour de leur conjoint.

Pendant longtemps, les solutions thérapeutiques apportées aux patients aphasiques se sont centrées exclusivement sur une rééducation des troubles linguistiques. L'objectif étant de dresser un tableau clinique en fonction des éléments sémiologiques observés puis d'orienter la rééducation en fonction de ces résultats afin de restaurer le langage. Mais depuis quelques années, on observe l'apparition de nouvelles approches à visée réadaptive. Elles ne prennent plus en compte la rééducation sur un versant exclusivement linguistique mais elles visent à la réadaptation de la communication de la personne aphasique. On y retrouve entre autres l'approche dynamique interactive. Cette approche écologique, nécessite la collaboration du conjoint de la personne aphasique, qui a un rôle actif au sein de la rééducation. De nombreux travaux mettent en évidence l'apport qu'une telle approche peut avoir sur la communication entre la personne aphasique et son partenaire privilégié. Cependant, elle est appliquée en un second temps et à distance de l'accident.

En prenant comme cadre d'étude, le cas d'un patient souffrant d'une aphasie de Wernicke, nous nous interrogerons tout au long de ce travail sur la pertinence d'utiliser une thérapie dynamique interactive dans les premiers mois qui suivent le début de ce type d'aphasie. En effet, il est de plus en plus avéré que cette approche aide à mettre en place des stratégies efficaces de communication, n'y aurait-il pas un intérêt plus grand à l'introduire précocement dans le travail thérapeutique, afin d'empêcher une trop grande détérioration des interactions entre la personne aphasique et son conjoint ?

Afin de pouvoir répondre à notre problématique, nous aurons recours à deux situations interactionnelles.

- La situation de communication référentielle de la P.A.C.E permet d'observer les stratégies communicationnelles utilisées pour donner et comprendre une information. Elle peut aussi être à l'origine de la mise en place de stratégies de communication alternatives afin de pallier les troubles linguistiques.
- L'analyse conversationnelle permet quant à elle d'analyser la dynamique interactionnelle entre la personne aphasique et son conjoint. Des stratégies de communication efficaces peuvent alors être mises en place.

Nous émettons alors l'hypothèse que la prise de connaissance précoce de ces informations ainsi qu'un travail en collaboration avec le conjoint du patient aphasique, peuvent permettre de développer et/ou de consolider des stratégies de communication et de réparation efficaces et d'enrayer les mauvaises éventuellement déjà mises en place.

# **PARTIE PRATIQUE**

# **CHAPITRE I : Méthodologie**

## **1. Choix des patients**

Ce travail a été proposé à une personne récemment aphasique et à son épouse. Ils ont accepté de participer à ce travail thérapeutique dans le but de se donner une chance supplémentaire de pallier les difficultés liées à l'aphasie et retrouver une vie sociale.

Les séances se sont toutes déroulées au domicile du couple. Ce qui leur permettait de communiquer dans leur environnement personnel et familial, rendant les situations communicationnelles plus naturelles que dans un cabinet en libéral ou un centre de soins.

## **2. Ligne de base**

Afin de pouvoir observer les évolutions suite au travail thérapeutique proposé à ce couple, une ligne de base a été mise en place avant et après la série de séances. La ligne de base compte deux séances en pré-thérapeutique et deux séances en post-thérapeutique. Elle s'est organisée autour des éléments suivants :

### **2.1 Le Montréal-Toulouse 86 (version M1- Bêta)**

Le Montréal-Toulouse 86 (MT 86) est un protocole d'examen linguistique de l'aphasie. Il teste en détail le langage et la compréhension aussi bien à l'oral qu'à l'écrit. Sa cotation quantitative permet de dégager un profil linguistique de la personne aphasique.

### **2.2 La situation P.A.C.E (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness)**

La P.A.C.E mise au point par Davis et Wilcox (1978; 1981) est une situation de communication référentielle qui consiste à faire échanger deux partenaires à propos d'un référent commun et ceci le plus rapidement possible. Cette épreuve nous permet d'observer les stratégies de communication utilisées par la personne aphasique et d'apprécier leur efficacité. Elle nous permet aussi lorsqu'elle est effectuée avec le conjoint de la personne

aphasique d'observer la nature des feed-back produits suite aux déficits linguistiques du patient. L'analyse de ses résultats a été permise grâce à la grille d'évaluation proposée par CLEREBAUT et coll. (1984).

patient	mots oraux	mots tronqués	mots écrits	oui/non	onomatopées	gestes	dessins	co- occurrences	stéréotypés jargons
thérapeute									
feed-back de compréhension									
feed-back de non compréhension									
feed-back difficile à déterminer									
absence de feed-back									
total									

De plus, les éléments suivants seront observés :

- Nombre de tours de parole moyen par item
- Nombre de tours de parole minimum pour un item
- Nombre de tours de parole maximum pour un item
- Temps moyen par item (en secondes)
- Temps minimum pour un item (en secondes)
- Temps maximum pour un item (en secondes)

Les cartes ont été choisies en fonction de leur facilité à recourir à la communication non-verbale pour les faire deviner. Elles représentent donc :

- ~ Des objets facilement identifiables par des gestes déictiques ou des mimes (téléphone, fer à repasser, aspirateur, crayon)
- ~ Des animaux pour encourager le passage par les onomatopées en cas de manque du mot. (chien, chat)
- ~ Des personnes (en action ou non) pouvant être facilement identifiables par des gestes symboliques ou des mimes. (une femme faisant ses courses, un prêtre, un garçon qui dort, une dame qui fait du cheval, une joueuse de tennis)

Afin de ne pas complexifier davantage la tâche, les images choisies ne présentent pas de caractères communs (Ex : téléphone /téléphoner). Il est donc possible pour le patient de passer par la communication non-verbale sans risque de confusion entre deux images.

Lors de la situation P.A.C.E en pré et en post-thérapeutique, l'ordre des images à faire deviner n'est pas imposé. Le patient ainsi que son conjoint peuvent faire deviner la carte qu'ils souhaitent.

Cependant, pour des raisons qui seront évoquées au cours de la discussion, notre méthodologie initiale concernant la situation P.A.C.E n'a pu être produite. Ainsi, c'est le thérapeute qui a effectué cette tâche avec le patient.

### 2.3 Le CAPP (Conversation Analysis Profile for People with Aphasia)

Le CAPP a pour objectif de montrer les capacités conversationnelles des patients aphasiques. Ainsi, il est utilisé pour:

- ~ Déterminer la perception appropriée ou non qu'ont le patient et son partenaire privilégié de leurs habiletés conversationnelles actuelles.
- ~ Préciser les stratégies interactionnelles actuelles et leur efficacité.
- ~ Comparer les perceptions de la personne interviewée avec les résultats de l'analyse conversationnelle.
- ~ Evaluer les changements dans l'interaction par rapport à la période pré-morbide.

Afin de pouvoir analyser tous ces points, le CAPP est composé de la manière suivante :

- ~ Une interview structurée. Les questions sont posées au partenaire conversationnel privilégié, en présence du patient aphasique, afin qu'il puisse montrer son accord ou son désaccord avec les réponses données et apporter de plus amples informations.
- ~ Il nécessite aussi l'analyse d'un échantillon de conversation entre les partenaires.

L'analyse de l'interview ainsi que l'analyse conversationnelle permettent de voir si le profil dégagé de l'interview correspond à la réalité conversationnelle des partenaires. De cette manière, il est possible de renforcer des stratégies efficaces existantes et d'en développer de nouvelles.

- L'interview du CAPP se compose dans un premier temps de 26 questions relatives aux habiletés conversationnelles du patient aphasique. Les questions vont porter sur :

- Les habiletés linguistiques
- Les réparations
- Les initiations et les tours de parole
- La gestion des thèmes

Pour chaque question, la fréquence d'apparition du comportement est évaluée. Si celle-ci est différente de celle attendue dans une conversation ordinaire, des questions subsidiaires seront posées par la suite afin de connaître les réactions du partenaire conversationnel dans ces conditions. On prendra aussi connaissance de la gêne que ça lui occasionne.

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

S= Souvent ; P= Parfois ; J= Jamais

Si la réponse du patient ou/et de son partenaire correspond à une solution avec un astérisque, les questions a, b et c doivent être posées.

#### Exemple d'une question posée dans la section des habiletés linguistiques

Dans un second temps, le CAPPa comporte un deuxième questionnaire portant d'une part sur les conditions de communication du patient avant son aphasie et d'autre part au moment où le test est passé. L'interview s'intéresse aux :

- Type de locuteur et d'interlocuteur qu'était/est le patient aphasique.
- Personnes avec qui il communiquait/communique.
- Situations dans lesquelles il communiquait/communique.
- Sujets de discussion.

• L'analyse d'un échantillon de conversation en phase pré et post-thérapeutiques fait aussi partie de la ligne de base. Etant donné que la demande principale exprimée par notre patient et son épouse, lors de notre première rencontre était de retrouver une vie sociale, nous

avons enregistré une conversation à trois participants. Le patient, son épouse et le thérapeute sont les trois interactants. En effet, la participation d'une troisième personne permet d'observer les stratégies mises en place par le couple dans leur communication avec un tiers. Cependant, le rôle du thérapeute doit se limiter à des interventions régulatrices et des propositions de nouveaux thèmes pour relancer la conversation en cas de nécessité. Son rôle impose qu'il ne rentre dans aucun travail de réparation afin d'observer la manière dont le conjoint réagit face aux difficultés linguistiques et communicationnelles de son mari.

L'analyse conversationnelle se réfère à une analyse qualitative et quantitative d'un certains nombres de critères dégagés par Perkins et Coll (1999) (De Partz, 2001) :

- Nombre de thèmes abordés
- Nombre de tours de parole et leurs répartitions selon les divers locuteurs.
- Nombre d'incidents conversationnels et leur analyse.
- Nombre de tours de parole dédiés aux réparations ainsi que leurs natures.

Au cours de ces analyses, la nature et la fréquence d'apparition des incidents conversationnels seront aussi observées.

### **3. Le travail réadaptatif**

Le travail réadaptatif s'est déroulé sur cinq séances d'une heure. Les entretiens étaient aléatoires d'une semaine sur l'autre en fonction des séances de chimiotérapie du patient. Elles se sont déroulées de mi-janvier 2011 à mi-avril 2011.

#### **3.1 La situation P.A.C.E**

Initialement les séances intermédiaires devaient permettre au thérapeute suite à l'analyse de la situation P.A.C.E en phase pré-thérapeutique, de mettre en place des stratégies alternatives de communication pour aider le patient à transmettre plus rapidement une information. Nous devions aussi travailler sur l'adaptation des feed-back de son conjoint afin d'améliorer la qualité de leurs interactions.

Cependant, la situation P.A.C.E effectuée en phase pré-thérapeutique ne s'est pas déroulée comme prévu. C'est le thérapeute qui a effectué cette tâche de communication référentielle avec M. G. Afin d'apporter une cohérence entre l'analyse des résultats pré-thérapeutiques de la situation P.A.C.E et le travail réadaptatif des séances intermédiaires, le

thérapeute a continué d'effectuer cette tâche avec M. G. Les objectifs sont restés les mêmes que ceux prévus initialement, seulement nous n'avons pas pu travailler sur les stratégies de réparation du conjoint.

### 3.2 Conseils suite à l'analyse conversationnelle

En fonction de l'analyse conversationnelle faite en phase pré-thérapeutique, des conseils seront prodigués au patient aphasique mais aussi à son conjoint afin de mettre en place de nouvelles stratégies de communication efficaces et renforcer celles qui fonctionnent. L'objectif étant qu'ils puissent améliorer la qualité des interactions entre eux deux mais aussi avec une tiers personne

# **CHAPITRE II : Etude de cas**

## **1. Présentation de Monsieur et Madame G (M. G et Mme G)**

M. G est actuellement âgé de 75 ans alors que Mme G a 60 ans. Il a eu une vie professionnelle intense en tant que maître d'hôtel. Une fois à la retraite, ils ont pris la décision de revenir en Bretagne. Ils ont une fille et deux petits-enfants.

M. G a eu un accident vasculaire cérébral hémorragique au mois d'Août 2010. A son arrivée à l'hôpital, il a été opéré afin d'arrêter les saignements intracrâniens. Lors de cette opération, les médecins ont découvert une tumeur cérébrale au niveau du lobe temporal gauche, probablement à l'origine de l'accident vasculaire. La tumeur a été retirée mais à son réveil M. G présentait une aphasie fluente. Une fois rentré à domicile, Mr G a commencé la rééducation orthophonique à raison d'une séance de 45 minutes par semaine, la rééducation devant tenir compte des séances de chimio et radiothérapie. Le bilan effectué lors du début de prise en charge au mois de Septembre 2010 indique que l'aphasie que M. G est caractérisée par a un important manque du mot et que son expression orale comporte de nombreuses paraphasies phonémiques. Son orthophoniste indique aussi qu'il a des troubles importants de la compréhension auxquels s'ajoute une tendance à la précipitation et aux persévérations. Ces troubles dépendent fortement de la longueur des énoncés aussi bien à l'écrit qu'à l'oral.

Au moment où nous rencontrons M. G, la situation est très difficile. C'était un homme très actif et très cultivé qui se retrouve dans une position délicate où tous ses moyens de communication sont altérés. Il a arrêté toutes ses activités.

Mme G quant à elle est une femme très active. De nombreux loisirs rythmaient sa semaine avant la découverte de la tumeur de son mari. Depuis, elle a concentré toutes ses activités sur une demi-journée de la semaine et elle profite des séances de son mari avec l'orthophoniste pour aller faire des courses.

Mme G est considérée dans le cadre de ce mémoire comme étant le partenaire communicationnel privilégié de M. G. C'est-à-dire que c'est à sa femme en l'occurrence que Mr G a le plus souvent l'occasion de parler, de converser, de dialoguer. A plus forte raison, suite à son aphasie Mme G est devenue l'unique interlocutrice de M. G. Un rôle qui déjà, quelques mois après le début de l'aphasie de son mari, ne lui a pas paru évident.

C'est pourquoi il est important de s'intéresser de plus près aux solutions que peuvent apporter les orthophonistes aux patients aphasiques ainsi qu'à leur entourage qui pâtit aussi de la situation, mais qui est le plus souvent mis en retrait.

## **2. Présentation des résultats pré-thérapeutiques**

### 2.1 Profil linguistique de M. G

Comme il a été dit précédemment, le profil linguistique a été observé à partir du Montréal Toulouse 86. Les résultats sont les suivants :

#### 2.1.1 La compréhension orale et écrite

La compréhension orale de phrases simples a été parfaitement réussie. Des erreurs ont cependant été relevées au niveau des phrases complexes. Selon la cotation du MT-86, le nombre d'erreurs produites n'est pas représentatif d'un trouble de la compréhension orale.

Au contraire, on retrouve de nombreuses erreurs au niveau de la compréhension écrite et notamment au niveau des phrases complexes. Aux vues du nombre d'erreurs commises par M. G, la compréhension écrite est jugée pathologique par la cotation du MT-86.

#### 2.1.2 L'expression orale

L'expression orale de M.G est caractérisée essentiellement par un manque du mot. Son discours est fluent mais l'informativité qu'il veut apporter est réduite par son anomie. Si des paraphrasies verbales et phonémiques ont été relevées lors de la passation du bilan, elles ne sont pas en nombre suffisant pour être jugées pathologiques selon le MT-86. Par contre, il n'a été observé aucune déviation phonétique.

En langage spontané, on relève des productions jargonaphasiques présentant de nombreuses palilalies et des locutions passe-partout.

Le langage de M. G n'est pas considéré comme agrammatique par la cotation du MT-86.

### 2.1.3 L'expression écrite

M. G souffre d'une importante dysorthographe. Il est incapable d'écrire sous dictée. On observe moins de difficultés lorsqu'il écrit en spontané même si on retrouve de nombreuses erreurs (paragraphies phonémiques, omissions essentiellement). La copie ne pose cependant aucune difficulté à M. G.

Le graphisme de M. G est préservé.

### 2.1.4 Les transpositions

- Lecture à haute voix

M. G a régulièrement recours à des paraphrasies verbales ayant un rapport sémantique pour certaines. Sa lecture est aussi parsemée d'omissions et d'ajouts de mots.

- Répétitions

L'épreuve de répétition a été échouée. M. G s'est retrouvé en difficulté sur les non-mots se retrouvant dans l'incapacité de les répéter. De plus, des déviations phonémiques ont été observées sur les mots composés de trois syllabes et plus, les mots difficiles à prononcer ainsi que sur les phrases trop longues.

## 2.2 La situation P.A.C.E

M. G et le thérapeute avaient chacun douze images à leur disposition. Ces images étaient identiques, elles représentent les référents communs. Alternativement M. G et le thérapeute étaient le locuteur afin de faire deviner une carte. En conformité avec les règles de la P.A.C.E, ils pouvaient utiliser tous les canaux de communication (oralisation, gestes, mimes, écriture, dessins). M. G ayant participé à cette épreuve avec le thérapeute, seules ses interventions en position de faire deviner une carte seront analysées.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- **Analyse quantitative**

	Résultats (en pourcentage)
Emission de phrases orales	100%
Emploi de gestes descriptifs	0%
Proposition de dessins	0%
Onomatopées	0%
Production de Oui/Non	26.67%
Utilisation de co-occurrences (passage par deux canaux simultanément. Exemple : oralisation + geste)	0%
Tentatives d'oralisation, absences de prise de parole, hésitations	6.67%
Productions inadaptées	20%
Jargon	6.67 %

**-Tableau 1 : Analyse de la situation P.A.C.E selon les critères de la grille d'évaluation de CLEREBAUT et coll (1984)-**

Nombre de tours de parole moyen par item	4.67
Nombre de tours de parole minimum pour un item	2
Nombre de tours de parole maximum pour un item	8
Temps moyen par item (en secondes)	25,83'
Temps minimum pour un item (en secondes)	7'
Temps maximum pour un item (en secondes)	60'

**-Tableau 2 : Analyse des nombres moyens de tours de parole et du temps moyen par item qu'à nécessité cette situation P.A.C.E.-**

- Les feed-back utilisés par le thérapeute

→ Feed-back de compréhension fermé

Le thérapeute a compris le sens global du message mais plusieurs possibilités peuvent correspondre. Il pose alors des questions fermées afin que M. G puisse répondre uniquement par oui ou par non.

Exemple : M. G : C'est un sport

T : C'est un sport ?

M. G : oui, c'est un sport qui est

T : *Il se joue avec une raquette ?*

M. G : Non

→ Feed-back de confirmation :

M. G a une voix faible et son articulation n'est pas parfaite. A travers ces feed-back, le thérapeute cherche alors à confirmer qu'il a bien compris les propos de M. G car la réponse ne lui apparaît pas comme évidente. Les productions de M. G comportant aussi des paraphrasies verbales, ce retour peut permettre au patient de relever d'éventuelles erreurs ou incohérences dans sa production orale et de les corriger.

Exemple : M. G : *C'est quelqu'un qui actuellement était très demandé*

T : *Qui est très demandé ?*

M. G : *beaucoup, oui oui oui*

→ Feed-back de passage par un autre canal de communication :

Lorsque M. G se trouvait en difficulté, il est arrivé que le thérapeute lui conseille d'opter pour un autre canal de communication.

Exemple : M. G : *C'est une, heu, quelqu'un... une*

T : *Si vous pouvez passer par un geste, faites le, n'hésitez pas !*

→ Compréhension de l'item

Dans ce cas précis, la bonne réponse est trouvée immédiatement.

Exemple : M. G : *ça se passe à Roland Garros*

T : *La joueuse de Tennis*

- **Analyse qualitative des résultats obtenus**

Les résultats montrent que M. G est exclusivement passé par l'expression orale. A aucun moment, il ne s'est aidé des autres canaux de communication, même lorsque le thérapeute lui a suggéré de le faire lors de certains feed-back.

Suite au manque du mot, aux persévérations et à la jargonaphasie dont souffre le langage de M. G, des productions orales inadaptées ont été observées.

Exemples :

→ M. G doit faire deviner l'image représentant un **téléphone**. Il commence de la manière suivante : « *C'est quelqu'un qui actuellement était très demandé* »

→ Pour faire deviner **un chat**: « *c'est une, heu, quelqu'un, une* »

→ Pour faire deviner **un crayon** : « *C'est quelqu'un qui, on n'en fait plus, comment dirais-je ? C'est une situation, non plus qui est très, dans le temps qui était très demandée dans le temps* »

Ces productions ne permettent pas à l'interlocuteur de M. G de trouver immédiatement la bonne image. Il doit avoir recours à des feed-back pour obtenir plus d'informations.

### **Exemple 1 : Le téléphone**

*M. G : C'est quelqu'un qui actuellement était très demandé*

*T : Qui est très demandé ?*

*M. G : beaucoup, oui oui oui*

*T : Alors là, attendez, je ne vois pas*

*M. G : Il sert beaucoup à ma femme*

*T : Ah ! C'est le téléphone*

### **Exemple 2 : Le chat**

*M. G : C'est une, heu, quelqu'un.... Une*

*T : Si vous pouvez passer par un geste, faite le, n'hésitez pas !*

*M. G : C'est un petit animal qui donne, qui aime les souris*

*T : le chat*

Dans l'exemple 1, le feed-back confirme que le thérapeute a bien compris les mots énoncés par M. G sans pour autant réussir à faire un rapport avec une image. Ce feed-back n'apporte aucune information supplémentaire au thérapeute car M. G se contente de répondre « oui » sans reformuler ses propos ni apporter de nouvelles informations. Au contraire, lorsque le thérapeute lui avoue qu'il ne trouve pas la bonne réponse, M. G est capable d'apporter une nouvelle information pertinente.

En ce qui concerne l'exemple 2, le feed-back proposé à M. G pour lui permettre de contourner son manque du mot a échoué. Cependant, M. G réussit à trouver une définition qui caractérise parfaitement le chat. Ce qui permet de trouver la bonne réponse.

M. G n'a pas toujours réussi à apporter des précisions aidant le thérapeute à trouver plus rapidement la bonne carte. C'est ainsi qu'a été obtenu le maximum de tours de parole pour un item. C'est la première image que M. G devait faire deviner. Deux images faisait référence à une même catégorie :

### **Extrait 3 : Une femme qui fait de l'équitation**

→ *M. G : C'est un sport*

*T : un sport ?*

*M. G : oui, un sport qui est (M. G ne trouve pas son mot, sa phrase s'interrompt)*

*T : ça se joue avec une raquette ?*

*M. G : Non*

*T : alors, y'en a un autre ? (le thérapeute attend une réponse, mais M. G ne répond rien)*

*T : l'équitation ?*

*M. G : voilà*

#### **• Conclusion :**

Les situations analysées montrent qu'il est difficile pour M. G d'être informatif. Même si le nombre de tours de parole moyen par item n'est pas très élevé, il est supérieur à celui trouvé lorsque le thérapeute était dans le rôle du locuteur. De plus, le temps moyen passé par item est lui relativement élevé. Les interventions de M. G ne sont pas fluides, il lui faut du temps pour réussir à dire une phrase qui parfois n'aura pas de sens ou tout du moins pas assez pour que son interlocuteur cible l'image adéquate.

Cette analyse met aussi en évidence que les feed-back n'ont pas été d'une grande aide lors de cette situation P.A.C.E pré-thérapeutique. Excepté les feed-back de compréhension fermés. Les feed-back de confirmation ont permis au thérapeute d'être sûr d'avoir les informations exactes données par M. G. Mais ils n'ont pas été à l'origine de corrections ou d'apport d'informations supplémentaires de la part du patient.

Enfin, si certaines productions de M. G étaient inadaptées, d'autres ont permis de trouver la bonne réponse en deux tours de parole uniquement.

### 2.3 Le CAPP

Les réponses de l'interview du CAPP permettent d'analyser la vision que peut avoir le partenaire conversationnel privilégié, de la communication de la personne aphasique. Les réponses sont apportées par Mme G. mais elle demande régulièrement à son mari s'il est en accord avec ses réponses. Il l'est toujours.

Un résumé des réponses est proposé en suivant le plan du CAPP. Un tableau récapitulatif des résultats est en annexe (Annexe II).

#### 2.3.1 Interview partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles de M. G

- Les habiletés linguistiques

Mme G répond que M. G utilise régulièrement « un mot pour un autre » sans en avoir conscience. Généralement, les paraphrasies verbales utilisées par M. G dépendent du même champ sémantique. Son discours est parsemé de paraphrasies phonémiques et il manque régulièrement des mots dans ses phrases. De plus, il peut rencontrer des problèmes dans la prononciation de certains sons. Si ces derniers éléments arrivent souvent, d'autres sont moins réguliers.

En effet, lorsque M. G ne trouve pas un mot, il peut parfois avoir recours à de nombreuses tentatives avant d'abandonner. Mais quoiqu'il arrive, il ne cherche jamais un autre moyen pour transmettre son message. M. G peut être aussi à l'origine de phrases longues non porteuses de sens

Au niveau de la compréhension, Mme G relève qu'il arrive parfois que son mari ne comprenne pas ce qui lui a été dit.

Toutes ces difficultés ne gênent que moyennement Mme G. Il lui arrive de le reprendre si elle ne comprend pas le sens du message qu'il veut lui transmettre. Si au contraire, elle a compris ce qu'il voulait lui dire, elle revient rarement sur les erreurs ou sur les oublis de M. G.

- Les réparations

Mme G rapporte que son mari essaie et arrive généralement à se corriger lorsqu'il a conscience qu'il a fait une erreur et le plus souvent, il y arrive sans aide.

Au contraire, lorsqu'il n'a pas compris une information, ce qui peut arriver comme il a été dit précédemment, il ne demandera pas de précisions. Ce trait de caractère serait antérieur à l'aphasie de M. G.

Quand c'est lui qui n'est pas compris, il peut lui arriver d'apporter des précisions mais la plupart du temps, il s'énerve et passe à autre chose.

Comme pour les difficultés rencontrées dans la catégorie des habiletés linguistiques, Mme G n'est que moyennement gênée par ces problèmes. D'autant plus que dans la majorité des cas, il arrive à se corriger seul.

- Initiation et tours de parole

M. G engage parfois la conversation mais ni plus ni moins qu'auparavant. En effet, M. G n'a jamais beaucoup parlé et il était rarement à l'origine de conversations avant son aphasie. Il répond toujours quand on essaie de rentrer en interaction avec lui mais il peut y avoir régulièrement un temps de latence avant sa réponse.

Il peut lui arriver parfois de s'arrêter au milieu d'une phrase et d'attendre un certain laps de temps avant de la reprendre.

Mme G précise que les interventions de son mari ne sont jamais réduites au strict minimum. Au contraire, ses phrases sont souvent trop longues.

Mme G n'éprouve pas de gêne particulière, elle s'accommode de ces particularités communicationnelles. Au cours de cette partie de l'entretien, elle confiera que son mari n'a jamais parlé beaucoup et qu'il était très discret. Le fait qu'il ne prenne pas d'initiative actuellement pour entamer des conversations ne la gêne pas, au contraire c'est une continuité

normale dans leur relation. Les temps de latence la perturbent davantage et elle dit finir ses phrases lorsqu'il n'y parvient pas.

- La gestion des thèmes

Mme G rapportent que son mari peut converser un certain temps sur un même sujet. Cependant, il n'introduit jamais de nouveaux thèmes au cours de ces discussions.

Elle nous indique aussi que M. G a des sujets de prédilections sur lesquels il revient souvent dans ses conversations.

Mme G est davantage gênée par ces problèmes. Son mari aborde toujours les mêmes thèmes. Le plus souvent, il parle de son enfance ou de sa vie professionnelle. Il parle du passé mais jamais de l'avenir et c'est difficile pour Mme G qui a envie de passer à une nouvelle vie après la maladie.

### 2.3.2 Interview partie B : Les changements aux vues des conversations antérieures

- Les caractéristiques de M. G en tant que locuteur et interlocuteur

Mme G définit son mari comme n'ayant jamais été un grand bavard. Cependant, lors de cette interview, elle fait noter qu'il aimait et qu'il aime toujours participer à des débats. Désormais, c'est beaucoup plus difficile car il n'est plus attentif à ce que lui disent ses interlocuteurs et il ne parle plus distinctement. Elle précise qu'il n'apprécie plus discuter avec son entourage. Sa manière de parler est lente, ses interventions comportent de nombreuses erreurs qui altèrent le sens de ses propos et il jure beaucoup. Il évite les conversations et montre une véritable réticence à parler en société.

- Les interlocuteurs de M. G

Auparavant, il pouvait avoir des discussions avec les personnes de son entourage tel que sa famille, ses amis, ses voisins ou des personnes qui lui étaient inconnues. Actuellement, il ne parle plus qu'à sa femme et à un de ses cousins. Même avec sa fille et ses petits-enfants, il n'a plus aucune discussion.

- Les différentes situations de communication

Avant son aphasie, M. G communiquait dans toutes sortes de situations. Il n'aimait cependant pas beaucoup communiquer par téléphone.

Désormais, les situations de communication se font rares. En effet, M. G ne peut supporter un grand nombre de visites suite à l'intense fatigue occasionnée par sa chimiothérapie.

Il n'ouvre plus la porte d'entrée lorsqu'une personne sonne, il ne décroche plus le téléphone, il ne se rend plus dans les magasins, il ne participe plus à ses activités, il ne parle plus pendant les repas. Il réduit au maximum les occasions de communiquer.

- Les sujets de conversation

Quant aux thèmes abordés par M. G avant son aphasie, ils étaient nombreux. Mme G note qu'elle pouvait discuter de tout avec son mari. Elle précise cependant qu'ils abordaient rarement les sujets de la religion et de l'argent. M. G parlait des actualités, des projets d'avenir, de politique, des personnes qui l'entouraient, de sport, de la vie quotidienne. Désormais Mme G indique qu'il ne parle plus que de la famille, des amis, des émissions à la télévision, de la politique et particulièrement des événements du passé. Ils n'ont plus aucune discussion concernant les activités de la vie quotidienne, de projets futurs. M. G ne donne plus son opinion. Les sujets de conversation entre M. et Mme G ont diminué, tout comme les occasions de M. G de communiquer avec autrui.

### 2.3.3 L'analyse conversationnelle

#### 2.3.3.1 Les conditions de passation

La conversation a eu lieu dans la salle à manger de M. et Mme G. Ils étaient assis l'un à côté de l'autre et le thérapeute se tenait en face d'eux. M. et Mme G ont refusé d'être filmés, cette disposition permettait donc au thérapeute d'observer la communication non verbale du couple qui ne pourra cependant pas faire l'objet d'une analyse.

### 2.3.3.2 Analyse quantitative

Durée de la conversation	9 minutes et 09 secondes
Nombre de tours de parole total	163
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de tours de parole de M. G</li> <li>• Nombre de tours de parole de Mme G</li> <li>• Nombres de tours de parole du thérapeute</li> </ul>	<p style="margin-left: 40px;">62</p> <p style="margin-left: 40px;">48</p> <p style="margin-left: 40px;">53</p>
Nombre d'incidents conversationnels	66
Nombre de tours de parole dédiés aux réparations	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par Mme G</li> <li>• Par le thérapeute</li> </ul>	<p style="margin-left: 40px;">1</p> <p style="margin-left: 40px;">3</p>
Proportion des tours de parole qui ont servi à la réparation	2.45 %
Nombre de thèmes abordés	3

**-Tableau 1 : Analyse quantitative selon les critères de Perkins et Coll (1999) –**

Manque du mot	7
Absence de prise de parole, silence dans une phrase	0
Jargon (Nombre de tours de parole concernés)	21 (soit 33.87%)
Paraphasies phonémiques	1
Paraphasies verbales	3
Changement de thème sans avoir clôturé le précédent ou ne répondant pas au thème proposé	0
Chevauchements ou interruptions	34 (soit 20.86%)
Nombre total d'incidents conversationnels	66

**-Tableau 2 : Analyse quantitative des incidents conversationnels-**

### 2.3.3.3 Analyse qualitative

- Le comportement des participants

M. et Mme G ont participé activement à cette activité. La conversation a été dynamique. Aucune absence de réponse n'a été observée, et rares ont été les silences entre deux tours de parole.

Le thérapeute est intervenu pour aborder de nouveaux thèmes et ainsi éviter de rompre la chaîne communicationnelle. Son rôle ne s'est pas limité à cette seule fonction, il avait une place à part entière dans la conversation. Il a évité comme convenu de rentrer dans un travail de réparation afin d'observer les stratégies de communication mises en place entre M. et Mme G suite aux productions pathologiques de M. G.

- Analyse de la dynamique interactionnelle

Afin de mener cette analyse, deux extraits de la conversation ont été choisis afin de repérer les stratégies communicationnelles de M. et Mme G en présence d'une tierce personne. Ces extraits présenteront des coupures mais l'intégralité du corpus se trouve en Annexe III. Les conventions utilisées pour la transcription sont quand à elles présentées en Annexe II.

#### → **Extrait 1 : Leur arrivée en Bretagne**

*Mme : t'as du mal à parler fort? Non? oui? t'es fatigué? [tu sens que t'es fatigué ?*

*Mr : [Non, non non non=*

*Mme : =non ↓*

*T : si vous êtes fatigué, vous me dites, [ je reviendrai la semaine prochaine ou après*

*Mr : [non, non, non, non ça va (?) tout va bien !*

*T : ça va ?*

*Mr : j'ai des difficultés quand même, j'ai pas totalement (3'') pas pas non plus quand même ↓*

*=*

*T : =oui (.) vous êtes [arrivés quand ici ?*

*Mr : [Je vais vous parler, moi je viens↑ (silence 2'')*

*Mme : oui, c'est pas moi qui suis malade mais enfin bon, est ce que tu crois que si tu étais resté dans la région parisienne, tu aurais subi les mêmes maladies, que tu aurais eu les mêmes problèmes ? T'aurais mieux vécu, moins bien vécu ? (silence 2'')*

*Mr : Ben disons que j' j'ai quitté déjà cette cette que je suis rendu ici à (.) Bégard (? 1'') On a, on est parti de la région parisienne, puis on a, on a vécu [*

*Mme : [C'était en quelle année ?=*

Mr : = 1980 (.) 13

T : ouais

Mr : donc on a arrivé ici donc moi je suis 'hhh je suis à peu près (? 3'') beaucoup plus déjà, arrivé 8 ans, 8, 9 ans↓ [

Mme : [t'es arrivé ici avant moi, [moi je suis arrivée après puisque je continuais de travailler

Mr : [ouais (.) ouais (.) ouais

T : d'accord

Mr : et entre temps de tte manière, j'étais pas prêt ici non plus, j'avais pleins de choses à voir, à travailler sur la maison ici =

T : = d'accord =

Mme : = des travaux =

Mr : = nous sommes restés (ASP) du mois de, du mois de Avril jusqu'à :: jusqu'à↑ [

Mme : [Novembre  
oui pratiquement où on a déménagé au mois de novembre par la, ouais =

T : = D'accord =

Mme : = ouais, ouais par les travaux (silence 2'')

Mr : (? 3'')

T : vous avez bien rénové tout ça en tt cas, elle est vraiment belle la maison =

Mme : = on a passé des jours et je vais pas dire des jours et des nuits mais presque hein, c'était surtout les plafonds qui étaient, on a tt redécouvert =

T : = ouais =

Mme : = et c'était un faux plafond donc il a fallu refaire évidemment toutes les poutres [ heuuu

Mr : [(? 2'')

T : vous êtes un manuel ? =

Mr : = Ouais =

T : = ouais =

Mme : = Oui mais bon, c'est vrai que beaucoup moins mais quand même il fait, il fait quand même des choses, je le fais bricoler heu, il ramasse des bois flottés, on fait des choses heu... OAUIS

Mr : Mais :: (.) je, je ne savais rien (silence 2'')

T : ouais =

Mr : = je ne savais rien↓ (silence 3')

T : d'accord

Mr : je suis arrivé à paris donc en 1950 (3'') 7 =

T : = Ouais (silence 2'')

Mr : et j'étais heu :: (.) j'étais heu :: venu de la Tunisie↓ puisque j'étais deux, dix huit (mille) dix huit, enfin on parlait de : de la Tunisie et ben on est en plein d'dans la↓

Mme : la je ne comprends plus ce que tu dis alors je sais pas si marine elle entend mais moi je :: =

T : = Vous êtes allé en Tunisie ? Vous étiez allé en Tunisie avant d'aller à paris ?

Mr : fait non de la tête

T : non pas avant ? avant ?

Mr : ouais, ouais ouais ouais =

Mme : = ah bah oui mais ça, ça remonte loin encore, c'est quand t'as fait ton armée Roger, la t'es reparti heu =

Mr : = ben oui mais ça en fait parti (.), puisqu'on parlait non mais heu :, on parlait de : oui mais heu : on parlait de non parce que↓ =

Mme : = quand on a quitté [Paris heu y'a longtemps que t'avais fait ton armée quand même

Mr : *[Je vais vous dire pourquoi parce qu'à l'époque de de, je disais qu'à c't' époque là je n'avais pas disons quand t'on parle de travaux que je faisais à ce moment là, je ne savais rien faire] =*  
T : *= d'accord, vous avez appris en fait au fur et à mesure ? =*  
Mr : *= voila, exactement =*

Le sujet initial est proposé par le thérapeute peu de temps avant cet extrait, dans le but d'aider M. et Mme G à rentrer dans l'interaction et ainsi recréer une situation naturelle de communication.

Cet extrait de conversation est interactif. M. et Mme G y ont participé activement dès le début. Cependant, il compte un certain nombre d'incidents conversationnels.

Les interventions de M. G sont caractéristiques, pour la plupart, d'un jargon phonémique. En effet, ses interventions sont caractérisées par des palilalies et des locutions passe-partout. On peut aussi retrouver dans ses productions des séquences phonémiques dénuées de sens qui viennent caractériser le jargon phonémique. La durée de ses séquences phonémiques peut être variable (de 1 à 3 secondes dans cet extrait). Elles sont produites aussi bien au cours d'une phrase qu'en début d'intervention. Les interventions de M. G sont aussi caractérisées par un manque du mot qui ne lui permet pas de finir certaines de ses phrases. Remarquons qu'aucune paraphrasie phonémique et verbale ne sont relevées dans cet extrait.

Les interventions de M. G sont le reflet de nombreux troubles linguistiques. Ces productions sont longues mais le message est généralement vide de sens. Cependant, on peut relever dans ses productions des mots clés qui permettent aux interlocuteurs qui le connaissent comme sa femme de comprendre ce qu'il veut dire et pour ceux qui ne le connaissent pas d'orienter leurs questions.

Le jargon phonémique et le manque du mot ne sont pas les seuls incidents conversationnels observés. On peut relever aussi des chevauchements et des interruptions. Lors de cet extrait, M. G est à l'origine de quelques chevauchements. Si on observe de plus près, on s'aperçoit qu'au début de cet extrait il répond à des questions sans avoir attendu la fin du tour de parole du locuteur en titre. Mais, il peut aussi arriver à M. G d'être à l'origine d'un chevauchement sans que nous ne puissions dégager une raison particulière. Certaines interventions de Mme G sont aussi à l'origine d'interruptions et de chevauchements. Ils interviennent à des moments où Mme G vient en aide à son mari. Soit en énonçant le mot qu'il cherche soit en complétant avec un nouvel apport d'informations ses propos. De cette manière, elle permet au troisième participant de la conversation, le thérapeute en l'occurrence, de mieux comprendre les interventions de M. G.

Cependant, la plupart des aides que Mme G apporte au discours de son mari sont maladroites. A chaque fois, qu'elle lui apporte une aide en énonçant le mot à sa place, ou en complétant ses interventions, elle l'interrompt ou chevauche ses productions. Cette stratégie est jugée comme non-facilitatrice et ne peut être considérée comme réparatrice. Si elle permet au troisième interactant d'avoir l'information plus rapidement, Mme G perturbe davantage les interventions de son mari qui en plus des difficultés linguistiques, n'a pas le temps de s'exprimer.

Nous pouvons remarquer aussi, dès le début de cet extrait que Mme G a recours à l'utilisation de questions fermées lorsqu'elle s'adresse à son mari, seulement, elle lui pose plusieurs questions simultanément. Cette attitude est aussi jugée comme étant non-facilitatrice, car dans ces conditions, il est moins évident pour M. G de répondre correctement.

Cet extrait nous donne aussi l'occasion d'observer que Mme G répond à une question initialement adressée à M. G. Cette attitude est une nouvelles fois non-facilitatrice. Elle répond au nom de son mari sans savoir ce qu'il souhaite exprimer à ce sujet. En effet, elle ne lui demande jamais confirmation que la réponse apportée correspond à ce qu'il veut exprimer.

En ce qui concerne le maintien du thème au cours de cet extrait, on peut voir que les premières interventions de M. G correspondent au thème proposé et qu'elles sont cohérentes. C'est d'ailleurs lui, qui aborde le thème des travaux. Mais, ses dernières productions égarent ses interlocuteurs. Alors qu'ils interagissent sur le thème des travaux effectués dans leur maison, M. G évoque son arrivée à Paris et parle de la Tunisie. Difficile de savoir lors de ces interventions si M. G a quitté le thème précédent sans le clore, s'il a des difficultés à exprimer sa pensée et qu'il n'utilise pas de liens logiques ou s'il emploie des paraphrasies verbales, auquel cas, une personne qui ne connaît pas son histoire ne peut le savoir. Ne comprenant pas les propos de M. G et voyant que sa femme n'y parvenant pas non plus, ne rentre dans aucun travail de réparation, le thérapeute est alors intervenu à l'aide de questions fermées afin d'aider M. G à se faire comprendre. Finalement dans la situation qui nous occupe, M. G n'arrive pas à mettre de lien entre le thème abordé et ce qu'il veut exprimer. Suite à l'incompréhension de ses interlocuteurs, et aux questions du thérapeute, il a réussi à expliquer la raison de ses interventions précédentes mais 7 tours de parole ont été nécessaires avant qu'il y parvienne.

→ Extrait 2 : La vie à Paris

T : = ben dis donc, vous vous êtes bien rattrapé hein, moi je trouve... vraiment belle ! Et donc vous aimez bien la vie à Paris, vous ne trouvez pas qu'il y a trop de monde ? Que ça va trop vite ? =

Mr : = même actuellement (3'') je dis pas que je serais (SP) je ne serais plus capable de faire à Paris (silence 2'')

Mme : plus [capable de travailler ? Mais de vivre Si !

Mr : [Si (? 3'') heu :: comment dirais je ? (silence 2'')

Mme : l'argent (rire) [c'est cher, c'est cher, à paris tt est cher

Mr : [(? 4'') comment dirais-je ? J'ai (.) vu toute toute une vie dans dans paris, dans tous dans tous dans tous les presque, dans tous les coins de Paris (.) c'est pas [c'est mémorable

Mme : [Oui de par ton métier, ton métier, il a travaillé dans les ambassades, dans les ministères, à l'Elysée à, en tant que maître d'hôtel quoi donc, ça lui a permis de voir beaucoup de :: [différentes choses, différentes personnalités

Mr : [dans les parcs, dans les dans les chère pas dans les (? 1'') comment, c'est les musées, sur les tsssttssss, c'est, c'est c'est c'est immense ! =

T : = c'est immense, c'est vrai que Paris c'est immense =

Mr : = non hhh mais c'est fou =

Mme : = non mais même quand on y va maintenant, on aime bien y aller hein =

Mr : = ah oui, j'adore, [j'adore

Mme : [ah oui

[...]

Mr : = moi j'ai connu mes parents à l'époque, on :: partait de (.) presque d'un d'un de : de (.) comment dirais-je (.) c'était loin encore comment dirai je à à à paris, à l'époque c'était [saint, saint, saint denis, saint Denis, tu vois ?

Mme : [c'était le bout du monde

T: Saint Denis? =

Mr: = saint Denis ↓ =

T: = ouais

Mr: le le le le le le (.) le fite le le le 15 de sport ↓ =

T: = le stade de France ? =

Mr : = ouais ouais voilà c'est ça, ouais =

Mme : = on n'était pas très [loin du stade de France

Mr : [moi je l'ai connu, y'a y'avait rien, [tu comprends

Mme : [ah bah oui, c'était des champs là :

T : = ben oui =

Mr : = Et) après [on (inaudible)

Mme : [les périphériques n'existaient pas heu ah ben oui =

T : = ah oui, vous avez vraiment vu Paris se construire et voir comme il est actuellement?

Mme : ah bah oui =

Mr : = On a pris au moment où je suis parti de Paris à ::17 (? 3'') 8 [j'avais pas 20 ans, j'avais 20 ans

Mme : *[non t'es parti de la*  
*Bretagne, t'avais*  
T : *ouais ! =*  
Mme : *= même pas, [t'avais pas 20 ans quand t'es parti*  
Mr : *[j'étais jeune en plus de ça, parce que j'ai passé mon service militaire*  
*'hhh (.) disons que j'étais beaucoup plus jeune à ce moment parce que j'étais 'hhh j'ai*  
*fait avant avant (? l') parce que j'ai fait 'hhh c'est pour ça que je vous dis je je*  
*partais de la Tunisie, partit de la Tunisie [jj] j'ai quitté la Tunisie, j'avais 18 ans !! =*  
T : *[la Tunisie, d'accord !*  
T : *= Ouais ! =*  
Mme : *pour arriver à Paris, pour trouver du travail à Paris =*  
Mr : *= voila =*  
Mme : *= et moi je suis née là bas donc c'était différent =*  
T : *= ah c'est là bas que vous vous êtes rencontrés en fait, c'est à Paris ! =*  
Mme : *= à paris ah oui oui oui, [je dans ce coin là moi ah oui oui oui*  
Mr : *[(inaudible)*

Lors de cet extrait, le thérapeute essaie d'initier une situation de communication où M. G et Mme G doivent donner leur opinion. De cette manière, les stratégies de communication mises en place dans une telle situation pourront être analysées.

On repère de nouveau un certain nombre d'incidents conversationnels. Les productions de M. G comportent comme dans le premier extrait de nombreuses productions jargonaphasiques de type phonémique. On observe d'ailleurs un tour de parole composé exclusivement d'une séquence phonémique dénuée de sens. Il dure douze secondes. On relève aussi dans cet extrait, toutes les paraphasies verbales produites par M. G lors de cette conversation.

De nombreux chevauchements sont aussi répertoriés. Contrairement à l'extrait 1, M. G est à l'origine de beaucoup d'entre eux et notamment lorsque sa femme est la locutrice du tour de parole. Ces chevauchements ou interruptions selon les cas, perturbent l'interaction. M. G produisant des interventions jargonaphasiques de type phonémique et ne parlant pas fort, il devient alors difficile d'entendre et de comprendre ses interventions lorsqu'il interagit en simultanée avec un autre interactant. Quant à la majorité des interventions de Mme G à l'origine d'un chevauchement, elles avaient pour objectif d'étoffer, d'expliquer ou de corriger les propos de M. G. Comme pour l'extrait 1, l'aide que Mme G apporte pour améliorer l'interaction est jugée comme non facilitatrice car elle crée elle-même de nouveaux incidents conversationnels.

Mme G n'a utilisé aucune stratégie de réparation lors de cet extrait. Elle se sert des mots clés que M. G utilise. A partir de ces données, elle apporte des informations supplémentaires ou reformule les propos de son mari. Cependant, cette stratégie peut avoir

des failles. Par exemple, lorsque M. G évoque le stade de France, elle intervient et donne une information qui pourrait expliquer pourquoi M. G y fait référence. Cependant Mme G ne se préoccupe jamais de savoir si c'est bien ce que son mari voulait exprimer. A sa décharge, nous observons qu'au cours de cet extrait, il lui était difficile de demander confirmation à son mari qui souvent n'attendait pas la fin du tour de parole de sa femme pour commencer le sien.

Le thème abordé dans cet extrait est celui qui comptabilise le plus de tours de parole. M. et Mme G ont commencé par donner leur opinion sur la ville de Paris. Rapidement, M. G a commencé à raconter comment était Paris, à son arrivée dans la capitale. L'évolution de ses interventions était cohérente.

En conclusion, M. et Mme G ont l'air de s'accommoder des stratégies de communication mises en place cinq mois après l'aphasie de M. G. Mais, elles sont loin d'être accommodantes pour une tierce personne communiquant avec eux. Les troubles linguistiques de M. G ne permettent pas une bonne compréhension de ses interventions au sein d'une interaction. De plus, il lui arrive régulièrement d'évoquer des faits anciens. Lorsqu'on ne connaît pas la vie de M. G, comme c'est le cas pour thérapeute, il peut être difficile de comprendre le fil directeur de ses interventions. Remarquons que sa femme a aussi eu du mal à le comprendre. Les chevauchements provoqués par M. G ne facilitent pas la compréhension de ses interventions. Sa voix ne prédomine pas sur celles de ses interlocuteurs et ses productions étant pathologiques, il devient alors très difficile d'accéder au message qu'il veut transmettre.

Au cours de cette conversation, Mme G intervient régulièrement pour étoffer ou remanier les propos de M. G. Ainsi, elle retranscrit la pensée de son mari qui n'arrive pas à s'exprimer correctement et elle aide le troisième interactant à mieux comprendre les propos de M. G. Mais l'attitude de Mme G est jugée non facilitatrice car l'aide apportée se fait au détriment de la communication de M. G.

#### 2.3.4 Comparaisons entre l'interview du CAPPA et l'analyse conversationnelle

Des distinctions ont été observées aux vues des réponses de Mme G dans l'interview du CAPPA et les remarques faites au cours de l'analyse conversationnelle. Les premières observations que nous pouvons faire sont au niveau des auto-réparations. Mme G rapporte

que la plupart du temps, son mari arrive à se corriger seul, or nous pouvons voir au cours de l'analyse conversationnelle, que c'est très difficile pour lui. Le plus souvent, Mme G corrige ou reformule ses propos avant qu'il puisse apporter une correction.

Mme G décrit aussi son mari comme une personne discrète dans les interactions depuis son aphasie, fuyant les situations de communication. Or, l'analyse conversationnelle nous permet de mettre en avant la supériorité du nombre de tours de parole de M. G. Au cours de cette conversation, il n'a pas évité d'entrer en interaction. Au contraire, il est à l'origine de nombreux chevauchements alors que sa femme avait signalé dans l'interview CAPPA qu'il ne coupait jamais la parole. Nous n'observons pas non plus lors de l'analyse conversationnelle de longs délais s'écouler avant que M. G interagisse et s'il lui arrive de s'interrompre au milieu d'une phrase, aucun délai avant de la reprendre n'a pu être observé étant donné que sa femme finissait régulièrement ses productions lors de ces situations.

L'analyse conversationnelle confirme les dires de Mme G lors de l'interview du CAPPA, M. G se réfère au passé.

### **3. Travail réadaptif**

Le travail intermédiaire s'est déroulé sur cinq séances

#### **3.1 La situation P.A.C.E**

Le travail autour de la P.A.C.E a été effectué sur quatre séances.

Aux vues des résultats obtenus lors de la situation P.A.C.E en phase pré-thérapeutique, il semblait important que M. G puisse passer par d'autres canaux de communication que celui de l'expression orale. Or, nous avons pu constater que M. G ne suivait pas les conseils du thérapeute, lorsque celui-ci lui suggérait par un feed-back, de passer par un autre canal de communication, comme les gestes par exemple.

Le canal de communication le plus évident à mettre en place pour M. G afin de suppléer son expression orale est l'utilisation des gestes. En effet, le bilan linguistique de M. G a montré que son expression écrite était pathologique. Il paraissait alors difficile d'utiliser et de développer ce canal de communication afin de pallier aux difficultés liées à l'expression orale.

Lors des séances, M. G est très actif. Comme dans la situation P.A.C.E de la phase pré-thérapeutique, M. G et le thérapeute ont douze cartes en leur possession. Afin d'éviter tout biais, les images sont différentes de celles utilisées en phase pré et post-thérapeutiques. A tour de rôle, ils doivent en faire deviner une, à leur interlocuteur.

Ces séances ont pour objectif de montrer à M. G que le passage par les gestes peut lui permettre de transmettre une information plus rapidement. Afin de lui apporter la preuve de cet argument les séances se sont déroulées de la manière suivante :

Lors de deux séances, M. G peut passer par tous les canaux de communication qu'il souhaite. Certaines images sont identiques, d'autres diffèrent. Elles ont toutes été choisies pour que des gestes simples puissent être utilisés. Quant au thérapeute, il emploie quant à lui, lorsqu'il est locuteur, essentiellement des gestes, malgré ce fait, M. G est passé uniquement par le canal de l'expression orale.

Pour les deux autres séances, il a été imposé à M. G de passer exclusivement par des gestes. Afin de permettre une comparaison, les deux séries d'images utilisées lors de ces situations P.A.C.E sont les mêmes que celles proposées au cours des deux premières séances.

Comme pour la phase pré-thérapeutique une analyse de la durée et du nombre des tours de parole quand M. G est en position de faire deviner les cartes a été faite. Les résultats pour une des séries sont les suivants :

	Résultats lorsque M. G peut passer par tous les canaux de communication	Résultats lorsque la règle est de passer exclusivement par les gestes
Nombre de tours de parole moyen par item	5.17	2
Nombre de tours de parole minimum pour un item	2	2
Nombre de tours maximum pour un item	8	2
Temps moyen par item (en secondes)	28.3''	8''
Temps minimum pour un item (en secondes)	8''	40''
Temps maximum pour un item (en secondes)	4''	15''

**Analyse des nombres moyens de tours de parole et du temps moyen par item**

Ces résultats ont été commentés avec M. G. Il a ainsi pu prendre conscience que le fait d'utiliser des gestes pouvait lui permettre de se faire comprendre plus rapidement.

M. G ne peut réfuter les résultats trouvés. Cependant, il fait part au thérapeute qu'il ne pense pas lors d'une interaction à passer par un autre canal de communication. Il est concentré sur ce qu'il veut dire. Lorsqu'il ne trouve pas ses mots, il veut absolument les retrouver. De plus, il confiera au thérapeute qu'il n'est pas à l'aise avec l'utilisation des gestes. S'en sont suivies des discussions entre M. G et le thérapeute afin d'expliquer l'objectif recherché à travers cette situation. Lui expliquer que l'objectif n'est pas de faire du théâtre mais lui permettre de s'exprimer plus rapidement lorsque le mot qu'il recherche peut être facilement reconnaissable par un geste, ce geste peut ne pas être utilisé en première intention mais seulement lorsqu'il se retrouve en difficulté.

### 3.2 Conseils donnés suite à l'analyse conversationnelle

Pour des raisons que nous évoquerons lors de la discussion, nous ne pouvions appuyer l'argumentation de nos conseils sur l'écoute de l'enregistrement de la conversation avec M. et Mme G. C'est pourquoi suite à l'analyse de la dynamique interactionnelle entre M. et Mme G effectuée en phase pré-thérapeutique, nous avons analysé et répertorié, l'origine des incidents conversationnels. En fonction de nos observations, des conseils ont été donnés par écrit à M. G mais aussi à Mme G.

#### Conseils destinés à M. G :

- Pensez à utiliser un autre canal de communication lorsque vous ne trouvez pas un mot (gestes, mimes, livres, cartes, dictionnaires, internet, dessins, mimiques, regards...)
- Essayez de garder votre calme lorsqu'un mot vous manque ou que vous n'arrivez pas à exprimer votre pensée.
- Attendez que votre interlocuteur ait terminé sa phrase avant de lui répondre.
- Essayez de faire des phrases courtes.
- Préservez au maximum votre rôle d'interlocuteur.

### **Conseils destinés à Mme G :**

- Essayez d'aider M. G à retrouver ses mots à travers des questions fermées, c'est-à-dire des questions auxquelles il peut répondre uniquement par OUI ou NON.
- Attendez que M. G vous sollicite pour lui apporter de l'aide.
- Evitez de répondre à sa place lorsque M. G est sollicité.
- Reformulez votre message lorsque vous voyez que M. G ne vous a pas compris.
- Donnez le plus possible d'indices à M. G pour lui montrer que vous avez compris son message. (Ex : oui, hum, hochement de tête s'il vous regarde...)
- Lui laisser le temps de répondre aux questions, ne pas multiplier les interrogations.

Afin de pouvoir mettre en pratique ces conseils dans des situations communicationnelles de la vie quotidienne, nous avons instauré lors de chaque séance un moment consacré à échanger autour d'une situation de communication vécue par M. et Mme G lors de la semaine précédente. Les situations communicationnelles retracées par le couple pouvaient être une discussion qu'ils avaient eu tous les deux mais le plus souvent ils reprenaient une conversation intégrant une tierce personne. Ces moments ont été l'occasion qu'ils puissent exprimer leurs ressentis face à ces situations interactionnelles. Quant au thérapeute, c'était l'occasion pour lui d'interroger le couple sur les divers incidents conversationnels qu'ils ont pu rencontrer au cours de ces interactions. En fonction des réponses de M. et Mme G, il a pu introduire certains conseils dans la discussion.

## **4. Présentation des résultats post-thérapeutiques**

### **4.1 Profil linguistique de M. G**

Le profil linguistique post-thérapeutique de M. G a été réalisé à l'aide du MT-86 afin de pouvoir comparer les résultats au bilan fait initialement en Janvier 2011. Cependant, l'état de santé de M. G est toujours à prendre en compte. Lors de la passation de ce bilan, M. G est fatigué, il est en attente d'une chimio-thérapie qu'il ne peut avoir à cause de mauvais résultats sanguins.

#### 4.1.1 La compréhension orale et écrite

La compréhension orale de M. G est altérée. On retrouve des erreurs au niveau des phrases complexes mais aussi de la compréhension de mots uniquement.

En ce qui concerne la compréhension écrite, on relève des erreurs au niveau des phrases complexes, marquant une altération de la compréhension écrite selon la cotation du MT-86. La compréhension textuelle a aussi été difficile pour M. G.

Contrairement au bilan passé en phase pré-thérapeutique, les résultats observés montrent qu'aux troubles de la compréhension écrite se sont ajoutés des troubles au niveau de la compréhension orale.

#### 4.1.2 L'expression orale

Comme pour le bilan passé en phase pré-thérapeutique, nous ne retrouvons pas dans le discours de M. G de déviations phonémiques et verbales en nombre suffisant pour qu'elles soient jugées pathologiques selon la cotation du MT-86. Le manque du mot et les productions jargonaphasiques en langage spontané sont toujours ce qui caractérisent l'expression orale de M. G.

#### 4.1.3 L'expression écrite

Aucun trouble du graphisme n'est observé mais M. G présente toujours une dysorthographe sévère. Il a de grandes difficultés en ce qui concerne l'expression écrite. Il omet des lettres dans les mots, des mots dans les phrases. Régulièrement, il ne sait plus comment orthographier un son.

Il a été impossible de faire passer la dictée à M. G qui n'a pas réussi à écrire les trois premiers mots proposés par l'épreuve du MT-86. Il a refusé de continuer.

La copie est totalement préservée.

#### 4.1.4 Les transpositions

- La lecture à haute voix

La lecture à haute voix comporte toujours de nombreuses paraphasies verbales ayant pour certaines un lien avec le mot cible, pour d'autres aucun. M. G n'a pas conscience de ses erreurs, elles ne perturbent en rien l'avancée de sa lecture.

- Les répétitions

M. G a obtenu un meilleur score à cette épreuve. Ses résultats ne sont plus jugés pathologiques. On observe cependant certaines erreurs dans la répétition de mots. Elles sont essentiellement dues à des paraphasies phonémiques. On peut aussi observer des difficultés à enchaîner les sons lorsque les mots sont composés de trois syllabes ou plus. La répétition de phrases est difficile pour M. G qui n'a pas réussi à répéter plus de quatre mots.

En conclusion, le bilan linguistique post-thérapeutique du mois d'Avril 2011, soit trois mois après le bilan pré-thérapeutique, ne montre pas de progrès au niveau de la récupération des troubles linguistiques. Au contraire, se sont ajoutés aux troubles de la compréhension écrite, des troubles de la compréhension orale.

Au niveau de l'expression orale, aucun changement n'a été observé. Le discours de M. G est toujours composé de productions jargonaphasiques, présentant un manque du mot important, des paraphasies phonémiques et verbales.

En ce qui concerne l'expression écrite, aucune amélioration n'a été observée. La dictée a même été impossible à passer ce qui n'avait pas été le cas lors du bilan pré-thérapeutique.

Les épreuves de transposition montrent une amélioration au niveau de la répétition mais la lecture textuelle présente encore de nombreuses erreurs liées à des paraphasies verbales notamment.

## 4.2 L'épreuve de la P.A.C.E

La situation P.A.C.E a été reproduite de manière identique à celle de la phase pré-thérapeutique. Le jeu d'images est le même et le patient ainsi que le thérapeute à tour de rôle peuvent choisir la carte qu'ils désirent faire deviner. Pour les mêmes raisons que celles évoquées dans le paragraphe traitant de la situation P.A.C.E en phase pré-thérapeutique, seules les interventions de M. G en position de faire deviner une carte seront analysées.

- **Analyse quantitative**

	Pré-thérapeutique	Post-thérapeutique
Emission de phrases orales	100 %	81.82 %
Emploi de gestes descriptifs	0%	9.09 %
Proposition de dessins	0%	0%
Onomatopées	0%	0%
Production Oui/Non	26.67%	27.27%
Utilisation de co-occurrences (passage par deux canaux simultanément. Exemple : oralisation + geste)	0%	9.09 %
Tentatives d'oralisation, absences de prise de parole, hésitations	6.67%	0%
Productions inadaptées	20 %	9.09 %
Jargon	6.67%	0%

- Tableau 1 : Analyse de la situation P.A.C.E selon les critères de la grille d'évaluation de CLEREBAUT et coll (1984) -

	Pré-thérapeutique	Post-thérapeutique
Nombre de tours de parole moyen par item	4.67	3.66
Nombre de tours de parole minimum pour un item	2	2
Nombre de tours de parole maximum pour un item	8	8
Temps moyen par item (en secondes)	25,83'	15.2'
Temps minimum pour un item (en secondes)	7'	6'
Temps maximum pour un item (en secondes)	60'	26'

- Tableau 2 : Analyse des nombres moyens de tours de parole et du temps moyen par item qu'à nécessité cette situation P.A.C.E -

- **Feed-back utilisés par le thérapeute**

Les feed-back utilisés lors de la situation P.A.C.E en phase post-thérapeutique sont les mêmes que ceux de la phase pré-thérapeutique :

- Feed-back de compréhension fermé
- Feed-back de confirmation
- Feed-back de changement de canal de communication
- Compréhension de l'item

- **Analyse qualitative des résultats obtenus**

- Les différents canaux de communication utilisés

Les résultats obtenus montrent que M. G a utilisé différents canaux de communication lors de cette situation. Si l'oralisation est son mode de communication privilégié, M. G a utilisé l'emploi de gestes.

**Exemple 1 : M. G veut faire deviner à son partenaire la carte représentant un aspirateur.**

*M. G : Fait semblant de passer l'aspirateur dans la pièce*

*T : L'aspirateur*

**Exemple 2 : M. G a choisi la carte représentant une femme qui fait ses courses dans un magasin.**

*M. G : Met ses mains en avant les poings fermés*

*T : Vous pouvez me parler quand même si vous voulez !*

*M. G : (Continue son geste et rajoute) : dans le magasin*

L'exemple 2 montre l'utilisation d'une co-occurrence du fait que M. G ait continué son geste tout en passant par un autre canal de communication. Nous pouvons aussi observer que M. G a répondu favorablement au feed-back du thérapeute qui lui suggère d'utiliser en parallèle un autre canal de communication.

→ Les productions inadaptées

Des productions inadaptées ont cependant été relevées.

**Exemple 3 : M. G a choisi de faire deviner l'image représentant un chat**

*M. G : Il fait dodo*

*T : il fait dodo ?*

*M. G : ben, oui*

*T : Je n'ai pas d'images où quelqu'un dort !*

*M. G : ben si, fait dodo*

*T : C'est un animal ?*

*M. G : oui*

*T : d'accord, c'est le chat.*

Cette production est inadaptée en ce sens où le chat ne dort pas sur l'image, il a les yeux grands ouverts. Difficile pour son partenaire de trouver la bonne réponse. Il a recours à un feed-back de confirmation dans le but de sonder si M. G ne persévère pas. En effet, M.G venait de faire deviner une carte où un enfant dormait. Il maintient ses propos. A ce moment précis de la partie, il ne reste plus que quatre images à trouver donc le thérapeute a pu agir par élimination. En réduisant les tours de parole au nombre de huit.

→ Les feed-back

Lors de cette situation P.A.C.E, le thérapeute a peu utilisé de feed-back. Nous avons pu voir qu'au cours de l'exemple 2, il a utilisé un feed-back qui avait pour but de favoriser le passage par un autre canal de communication. Dans l'extrait 3, c'est à l'aide de feed-back de confirmation ainsi que de compréhension fermée que le thérapeute trouve la bonne carte en collaboration avec les réponses de M. G.

Dans l'exemple suivant, c'est encore avec un feed-back de confirmation que le thérapeute va intervenir :

**Exemple 4 : M. G veut faire deviner la carte représentant une dame sur un cheval**

*M. G : Pour faire les courses... le chien de course*

*T : le chien de course ?*

*M.G : Le champ de course*

*T : le champ de course, ah oui la dame qui fait de l'équitation*

• **Conclusion**

En conclusion, les résultats observés entre les phases pré et post-thérapeutiques montrent que M. G a la capacité de passer par de nouveaux canaux de communication. Si l'émission de phrases orales reste son moyen de communication privilégié, il a commencé à accepter l'idée d'utiliser les gestes pour suppléer à ses troubles linguistiques. C'est encore loin d'être un automatisme pour M. G, mais cela lui a permis d'obtenir de meilleurs résultats en phase post-thérapeutique. Il a gagné en l'espace de trois mois une réduction importante sur la moyenne de temps et la moyenne des tours de parole, par item. Cela est aussi dû au fait qu'aucune production de M. G ne représente un jargon et que ses productions inadaptées ont considérablement diminué.

L'utilisation de feed-back de la part du thérapeute a aussi été réduite lors de la situation post-thérapeutique. Et contrairement à la situation P.A.C.E pré-thérapeutique, M. G y a répondu favorablement. Nous avons pu observer, à l'aide de l'exemple 2, que suite au conseil du thérapeute M. G est passé par un autre canal de communication, ce qui n'avait pas été le cas en phase pré-thérapeutique. Quant à l'extrait 4, il nous permet de montrer que suite au feed-back de confirmation apporté par le thérapeute, M. G se reprend et corrige sa production, ce que nous n'avions pas observé non plus en phase pré-thérapeutique.

### 4.3 Le CAPP

#### 4.3.1 Interview partie A : Les habiletés conversationnelles actuelles de M. G

- Les habiletés linguistiques

Au niveau des habiletés linguistiques, Mme G observe certaines améliorations. Elle rapporte que son mari a toujours des difficultés à trouver ses mots, mais qu'il arrive désormais dans certaines situations à trouver une autre voie afin de se faire comprendre. L'utilisation de paraphrasies verbales et phonémiques, la disparition d'un ou plusieurs mots dans une même phrase, ainsi que la difficulté pour M. G à énoncer des sons dans certains mots étaient auparavant régulières, désormais Mme G dit les observer parfois. Elle ajoute que son mari a conscience de ses erreurs et qu'il arrive la plupart du temps à les corriger seul.

Elle dit ne plus jamais observer de phrases longues dénuées de sens lors des productions de son mari. Au contraire, comportement nouveau, il arriverait à M. G de répondre oui à la place de non et vice versa. Mme G, tout comme pour les troubles de compréhension qu'elle observe, explique ce problème davantage par un manque de concentration de la part de son mari.

Mme G est moyennement gênée par ces comportements linguistiques. Elle s'y est habituée et la plupart du temps, elle comprend son mari. S'il lui arrive de ne pas accéder au sens des propos de son époux, elle le fait répéter ou essaie de trouver le mot à sa place à l'aide de questions pour lesquelles il ne peut répondre que par oui ou non, rapporte-t-elle.

Les problèmes de compréhension la perturbent davantage. Elle doit toujours s'assurer que son mari a bien pris en compte les informations qu'elle lui donne. Cette situation n'est pas toujours évidente pour elle.

- Les réparations

Mme G observe peu de changements au niveau des réparations depuis la passation du CAPP au mois de Janvier 2011. M. G a souvent conscience de ses erreurs et il essaie d'y apporter des corrections. Le plus souvent il y arrive seul. Lorsqu'on ne le comprend pas, il arrive à apporter des précisions mais ce n'est pas régulier ajoute son épouse.

Le seul point ayant changé positivement est que désormais M. G indique parfois qu'il n'a pas compris ce que lui a dit son interlocuteur.

Mme G est particulièrement gênée par les troubles de compréhension de son mari. Qu'il s'agisse de troubles de la compréhension ou d'une incapacité à exécuter deux tâches simultanément, cela perturbe Mme G. Pour palier à ces difficultés, elle répète ses phrases ou/et les remanie systématiquement.

- Initiation et tours de parole

Mme G ne voit pas de progrès concernant cette catégorie des habiletés conversationnelles. Au contraire, elle rapporte qu'il est régulier pour son mari d'omettre de répondre ou de s'interrompre au milieu d'une phrase, laissant un long délai avant de la reprendre. Comportements qui n'étaient pas observés couramment auparavant. Il arrive toujours à M.G de laisser s'écouler un long moment avant de s'exprimer.

Au contraire, Mme G observe que son mari a moins recours à de longues phrases même si elles ne se limitent jamais au strict minimum. Elle rapporte aussi que son mari ne coupe jamais la parole et qu'il peut parfois être à l'origine d'un nouveau sujet de discussion.

Mme G s'adapte aux troubles communicationnels de son mari. Elle a trouvé des solutions pour certains problèmes. Par exemple, elle va répéter une deuxième fois sa phrase afin qu'il comprenne qu'elle nécessite une réponse. Elle s'est habituée aux difficultés de son mari, cependant, elle avoue que c'est beaucoup plus difficile de le voir communiquer ainsi avec d'autres personnes. Elle a peur de ce que peuvent penser les interlocuteurs de M. G.

- Gestion des thèmes

M. G n'a plus de thème de prédilection. Cependant, il n'arrive plus jamais à discuter autour d'un même thème pendant un certain temps. De la même manière, il n'est jamais à l'origine d'un nouveau thème.

Ce problème est plus difficile à gérer pour Mme G. Elle vit seule avec son mari et depuis quelques mois, il leur est difficile de converser « normalement » à propos des sujets concernant leur vie quotidienne.

#### 4.3.2 Interview partie B : Changements aux vues des conversations antérieures

- Les caractéristiques de M. G en tant que locuteur et interlocuteur

M. G est hésitant lorsqu'il communique. Cependant, il n'évite plus les conversations, il peut même en être à l'initiative avec certains de ses proches. Ces échanges restent difficiles pour lui et il ne les apprécie pas. De plus, il ne parle pas toujours distinctement et sa voix est faible, ce qui entraîne des difficultés supplémentaires pour ses interlocuteurs. Les interventions de M. G sont toujours parsemées de jurons. Malgré tous ces problèmes, il arrive désormais à M. G de rire et de faire rire.

Les propos de Mme G rapportent que son mari est interlocuteur inattentif.

- Les interlocuteurs de M. G

L'interlocutrice privilégiée de M. G est toujours sa femme. Mais, désormais M. G converse aussi avec sa fille lorsqu'elle est en visite. Il communique toujours avec son cousin mais aussi, fait nouveau, avec sa nièce et d'autres membres de sa famille. Il a moins l'occasion de voir ses amis car il reste fatigable suite aux séances de chimiothérapie mais quand il les voit, il n'évite plus les conversations. Il est aussi à l'aise avec ses voisins et même avec les personnes qu'il ne connaît pas.

- Les différentes situations de communication

Les situations de communication sont nombreuses pour M. G. Il communique donc avec sa famille, ses amis lorsque ceux-ci viennent lui rendre visite. Avec Mme G, ils répondent aussi favorablement aux invitations qui leurs sont faites et si M. G est discret lorsqu'ils sont en visite, il lui arrive de rentrer en interaction.

Désormais, M. G décroche le téléphone lorsque sa femme n'est pas présente. Il peut aussi lui arriver de prendre l'initiative d'appeler une personne mais cette situation reste rare. Il n'hésite plus à aller ouvrir le porte lorsqu'on sonne.

- Les sujets de conversation

M. G est rarement à l'initiative d'un sujet de conversation. Lorsque c'est le cas, il va avoir tendance à parler de sa famille, de la vie quotidienne comme ce qu'il vient de regarder à la télévision. Il va beaucoup aimer converser autour de l'histoire, du sport.

Mais il parle rarement de projets futurs et ne donne plus jamais son opinion.

#### 4.3.3 L'analyse conversationnelle

##### 4.3.3.1 Les conditions de passation

Les mêmes conditions que celles observées dans la première conversation ont été reproduites. M. et Mme G sont assis l'un à côté de l'autre et le thérapeute se trouve en face d'eux. Ce positionnement permet de nouveau au thérapeute d'observer la communication non-verbale de M. et Mme G. Cependant, elle ne pourra être analysée pour les mêmes raisons que dans la première conversation. M. et Mme G ayant refusé d'être filmés tout au long des interventions.

##### 4.3.3.2 Analyse quantitative

Durée de la conversation	8 minutes 52 secondes
Nombre de tours de parole total	112
• Nombre de tours de parole de M. G	44
• Nombre de tours de parole de Mme G	41
• Nombre de tour de parole du thérapeute	27
Nombre d'incidents conversationnels	41
Nombre de tours de parole dédiés aux réparations	4
• Par Mme G	4
• Par le thérapeute	0
Proportion des tours de parole qui ont servi à la réparation	3.57 %
Nombre de thèmes abordés	1

**-Tableau 1 : Analyse quantitative selon les critères de Perrkins et Coll (1999)-**

Manque du mot	10
Absence de prise de parole, silence dans une phrase	0
Jargon (Nombre de tours de parole concernés)	11 (soit 25%)
Paraphasies phonémiques	1
Paraphasies verbales	1
Changements de thème sans avoir clôturé le précédent ou ne répondant pas au thème proposé	2
Chevauchements ou interruptions	14 (soit 12.5%)
Nombre total d'incidents conversationnels	39

**-Tableau 2 : Analyse quantitative des incidents conversationnels-**

#### 4.3.3.3 Analyse qualitative

- Le comportement des participants

La conversation a été interactive. Les interventions des participants se sont bien enchaînées ne laissant pas de longues pauses entre les tours de parole. On peut aussi remarquer une meilleure homogénéisation de la répartition des tours de parole des différents participants.

- Analyse concernant les interactions

Nous ne baserons pas notre analyse sur différents extraits du corpus étant donné que nous n'avons pas distingué l'utilisation de différentes stratégies communicationnelles de la part de M. et Mme G comme c'était le cas en phase pré-thérapeutique. L'intégralité de la conversation est cependant présente en Annexe (Annexe V).

Au cours de cette conversation, nous observons une baisse des incidents conversationnels alors que les productions de M. G sont toujours pathologiques. En effet, il a encore recours à des productions jargonaphasiques de type phonémique. Elles sont sensiblement moins nombreuses que lors de la première analyse conversationnelle. Ses

interventions comprennent toujours des palilalies mais nous observons une diminution de l'utilisation de locution passe-partout. Nous pouvons aussi relever un manque du mot au cours de cette conversation ainsi que quelques paraphasies verbales et phonémiques. Mais si nous observons une baisse des incidents conversationnels c'est parce qu'il y a une très nette diminution des chevauchements. Seulement nous pouvons observer, que ceux qui ont été produits, ont majoritairement été provoqués par M. G. Après analyse, nous n'avons pu dégager d'arguments expliquant la raison de ces chevauchements. Parfois, M. G peut répondre à une interrogation sans attendre que le locuteur en titre ait fini sa phrase. Mais, le plus souvent, il intervient intempestivement dans la conversation. Comme pour la première analyse conversationnelle, il devient plus difficile de le comprendre lorsqu'il parle en même temps qu'une autre personne car s'ajoutent toujours à ses productions jargonaphasiques, une voix faible et des difficultés à articuler certains sons.

Cependant, au cours de cette conversation, M. G a voulu passer par l'écrit ou par le dessin pour réussir à s'exprimer. Il avait choisi un autre canal de communication, mais sa femme l'a contraint d'arrêter en lui rappelant que « *ça ne sert à rien, car on ne voit pas là* » (pointant le microphone du doigt). Le thérapeute n'est pas intervenu sous l'effet de surprise mais il aurait été favorable qu'il encourage M. G dans cette voie. Premièrement, pour appuyer le travail fait depuis plusieurs mois à l'aide de la situation P.A.C.E. mais aussi pour solliciter Mme G à laisser son mari s'exprimer par les canaux de communication qu'il souhaite. Le principal étant que M. G arrive à s'exprimer.

Excepté cette intervention, Mme G a davantage eu recours à un travail de réparation que dans la première analyse conversationnelle. Lorsque les propos de son mari sont difficiles à comprendre ou lorsqu'il ne trouve pas ses mots, elle intervient à l'aide de questions fermées ou ouvertes sans chevaucher ou interrompre le discours de son mari. Ce qui est probablement à l'origine de la diminution du nombre de chevauchements ou d'interruptions. Il est difficile pour Mme G d'apporter des informations supplémentaires aux propos de son époux lors de cette conversation car M. G veut absolument parler d'un sujet qu'elle ne maîtrise pas. Les attitudes réparatrices de Mme G sont jugées davantage facilitatrices lors de cet échange. Mme G a cependant recours à certains chevauchements lors de cette conversation. Mais ils avaient une volonté canalisatrice.

En effet, un seul thème est abordé au cours de cette interaction : « leur promenade du week-end passé ». Cependant, M. G digresse régulièrement sur l'histoire du patrimoine du lieu de la balade. Le fait, de ne pas réussir à exprimer ses connaissances le perturbe tout au

long de la conversation. A plusieurs reprises, Mme G et le thérapeute tentent de le faire réintégrer le thème initial mais cela n'a été possible qu'à la fin de la conversation.

En conclusion, nous pouvons observer certains progrès lors de l'analyse conversationnelle post-thérapeutique. Les incidents conversationnels sont moins nombreux, mais si on regarde de plus près, on se rend compte que la diminution est due à la baisse importante des chevauchements et des interruptions. Comme nous l'avons dit précédemment, Mme G a moins recours à des productions interrompant ou chevauchant les propos de son mari, ce qui est probablement à l'origine de cette diminution. Au contraire, nombreuses sont les productions de M. G à l'origine de chevauchements. De plus, son discours est toujours caractérisé par des productions jargonaphasiques, composées de palilalies et de séquences phonémiques dénuées de sens.

Nous avons pu observer aussi une légère augmentation des tours de parole dédiés aux réparations. S'il reste encore faible, l'attitude de Mme G est jugée davantage facilitatrice lorsqu'elle intervient pour aider son mari.

Mais cette analyse conversationnelle a donné lieu à de nouvelles observations. En effet, il a été impossible de canaliser M. G, ce que nous n'avions observé lors de la première analyse conversationnelle.

#### 4.3.4 Comparaisons entre l'interview du CAPPa et l'analyse conversationnelles

Les distinctions que nous avons observées entre les réponses apportées par Mme G à l'interview du CAPPa et l'analyse de la conversation se trouvent en premier lieu au niveau des habiletés linguistiques. En effet, Mme G dit observer globalement des améliorations au niveau du déficit linguistique de M. G. Seulement, aux vues de l'analyse conversationnelle, nous pouvons voir que les troubles linguistiques de M. G restent aussi importants. Le bilan linguistique effectué en phase post-thérapeutique appuie cette analyse.

Dans un second temps, Mme G rapporte que son mari arrive régulièrement à corriger ses erreurs seul, mais au cours de l'analyse conversationnelle, nous avons observé qu'il était particulièrement difficile pour M. G de se corriger ou de réussir à apporter de nouvelles informations afin de se faire comprendre. Si ses partenaires conversationnels lui apportent de l'aide, le travail de réparation va plus vite.

Enfin Mme G, nous dit lors de la passation du CAPPa en phase pré-thérapeutique que son mari peut régulièrement parler d'un même thème un certain temps et en effet, lors de la première analyse conversationnelle, nous n'avons vu aucune digression ni aucun changement de thème de la part de M. G sans avoir clôturé le précédent. Elle nous rapporte à cette même question en phase post-thérapeutique que désormais il ne peut jamais tenir un thème un certain temps. Cette nouvelle analyse conversationnelle tend à approuver Mme G, car il a été très difficile de le canaliser au cours de cette interaction.

---

# DISCUSSION

---

- Contraintes liées au temps

Notre étude a été mise en place sur quinze semaines. Bien que M. et Mme G étaient au courant que notre démarche thérapeutique nécessitait la collaboration du conjoint de la personne aphasique, nous avons rencontré des difficultés à la mettre en place précocement et ceci dans un laps de temps si court.

Notre problématique était d'observer les conséquences d'une approche dynamique interactive dans un cas où l'aphasie est récente. Or Mme G était absente lors de la deuxième séance. Par conséquent, c'est le thérapeute qui a effectué la situation P.A.C.E en phase pré-thérapeutique avec M. G. L'absence de Mme G lors de cette séance ainsi que ses retards répétés par la suite, nous amène à penser que ce travail thérapeutique était peut-être trop précoce pour elle. Le thérapeute a donc pris l'initiative de consacrer une séance pour échanger avec M. et Mme G sur leurs ressentis face à cette approche thérapeutique. Les objectifs de ses interventions ont été repris point par point. Cette séance était nécessaire car Mme G avait besoin d'être rassurée, sa vie ayant basculé avec la maladie de son mari. Par la suite Mme G n'a plus été absente ni en retard mais le travail effectué à l'aide de la situation P.A.C.E en phase intermédiaire avait déjà commencé et il nous était difficile voire impossible de tout recommencer.

Il avait aussi été convenu avec l'orthophoniste prenant en charge M. G en libéral de ne pas le confronter à ses difficultés. En effet, au début de notre intervention, une relation de confiance commençait tout juste à s'instaurer entre l'orthophoniste et M. G qui avait de grosses difficultés à accepter son aphasie mais aussi son état général de santé. C'est pour cette raison que nous n'avons pas eu recours à une ré-écoute de la conversation enregistrée avec M. et Mme G. Etant donné que nous ne pouvions nous servir de ce support, il a été décidé d'introduire les conseils répertoriés suite à l'analyse conversationnelle au cours de conversations ayant pour thèmes des situations communicationnelles vécues par M et Mme G. Nous pensons cependant, qu'il aurait été plus efficace que M. et Mme G soient confrontés directement aux incidents conversationnels relevés lors de l'analyse de la dynamique interactionnelle. Cela aurait été d'autant plus intéressant que l'analyse conversationnelle

mettait en évidence des distinctions avec les réponses de Mme G lors de l'interview du CAPP. Une ré-écoute de la conversation aurait probablement permis au thérapeute de mettre davantage en relief ces différences.

Cependant, après trois mois d'intervention auprès de M. et Mme G, une relation de confiance s'est instaurée avec le thérapeute. Si notre approche avait pu être mise en place plus longtemps, il nous aurait été possible d'avoir recours à une ré-écoute de l'enregistrement de la conversation et de travailler directement à partir de ce support.

- Méthodologie

- Le bilan linguistique (MT 86)

La récupération spontanée est maximale au cours des trois premiers mois et subit par la suite un effet décroissant au cours de la première année. (Pradat-Diehl et Coll, 2007). Les recherches sur la récupération spontanée mettant en avant ces résultats se basent uniquement sur des aphasies consécutives à des accidents vasculaires cérébraux. Nous savons qu'elle est moindre lorsque l'aphasie est la conséquence d'une tumeur cérébrale, ce qui est le cas de M.G. Cependant, notre intervention étant mise en place précocement, soit cinq mois après le début de l'aphasie de M. G., nous nous devons de pouvoir évaluer l'évolution ses capacités linguistiques afin de pallier les commentaires au sujet de la récupération spontanée.

- La situation de la P.A.C.E

La situation P.A.C.E devait donc initialement se dérouler avec la participation de Mme G.

L'objectif était alors dans un premier temps d'observer les points suivants :

- ~ Les stratégies de communication mises en place pour transmettre une information par M. et Mme G quelques mois seulement après l'apparition des troubles linguistiques.
- ~ La nature des feed-back utilisés par Mme G.

Une alternance des tours de parole, où M. et Mme G devaient jouer alternativement le rôle de locuteur et d'auditeur, permettait aussi d'analyser les stratégies communicationnelles mises en place par Mme G pour faire deviner les cartes à son mari.

En effet, si le MT 86 ne révélait pas de troubles de la compréhension orale lors du bilan pré-thérapeutique, Mme G avait rapporté lors de l'interview du CAPP qu'elle en observait.

Il semblait alors cohérent d'analyser les stratégies mises en place par Mme G en tant que locutrice dans la situation P.A.C.E. En fonction des résultats obtenus, un travail réadaptatif pouvait être mis en place.

Cependant, cela n'a pas été possible. Lors de la visite du thérapeute destinée à faire passer cette épreuve pour la phase pré-thérapeutique, Mme G n'était pas présente au domicile du couple. Le nombre de séances destiné à cette approche étant déjà réduit par les besoins médicaux de M. G, le thérapeute a pris la décision d'effectuer cette séance avec lui, sachant pertinemment que l'objectif visé à travers la situation P.A.C.E ne pouvait plus être aussi complet.

Il a alors été décidé d'observer les stratégies communicationnelles de M. G lorsqu'il était en position de faire deviner une carte.

Les feed-back du thérapeute et leurs impacts sur les stratégies de communication de M. G ont aussi été analysés. L'analyse pré-thérapeutique de la situation P.A.C.E a conduit le thérapeute à engager un travail autour de cette épreuve afin de montrer à M. G que l'utilisation de nouveaux canaux de communication pouvait lui apporter de l'aide.

Il semblait aussi important au thérapeute que cette situation de communication autour d'un référent commun passe par une alternance des rôles entre M. G et le thérapeute. De cette manière, M. G se trouvait dans une réelle situation d'échange d'informations, visant à instaurer une alternance des tours de parole. Cette décision a été confortée par le fait que l'analyse conversationnelle réalisée en phase pré-thérapeutique mette en avant un non respect de l'organisation locale de l'interaction de la part de M. G.

#### → L'analyse conversationnelle

Notre travail avait pour premier objectif d'améliorer les situations de communication entre M et Mme G suite à la mise en place précoce d'une approche dynamique interactive. Cependant, il est apparu que leur demande principale au cours de leur première rencontre avec le thérapeute était de retrouver une vie sociale. Nous avons essayé de prendre en compte ce souhait et c'est la raison pour laquelle, la dynamique interactive a été analysée lors d'une conversation à trois participants (M. G, Mme G et le thérapeute). De cette manière, nous avons pu observer les stratégies de communication mises en place par M. et Mme G avec une tierce personne suite aux troubles linguistiques de M. G. Le troisième interactant étant le thérapeute, il était important que son rôle se limite à des productions régulatrices et à amorcer

de nouveaux thèmes. Il devait éviter de rentrer dans un travail de réparation afin de pouvoir observer les stratégies mises en place par Mme G.

Nous avons choisi de faire l'analyse conversationnelle dès la phase pré-thérapeutique. En effet, toujours selon le calendrier médical de M. G, nous ne connaissions pas le nombre exact de séances pendant lesquelles nous pourrions intervenir. Pour cette raison, il nous a semblé judicieux d'effectuer l'analyse conversationnelle, le plus rapidement possible afin d'observer les évolutions communicationnelles sur plusieurs mois. M. et Mme G étaient parfaitement au courant de ce que nous allions rechercher à travers cette analyse. De plus, suite à la décision d'effectuer une conversation à trois interactants, les conditions de passation de cet exercice étaient moins intrusives.

#### → Travail réadaptatif

Le travail réadaptatif mis en place s'est déroulé autour de la situation P.A.C.E mais aussi par l'introduction des conseils donnés à M. et Mme G visant à améliorer leurs stratégies communicationnelles, suite à l'analyse conversationnelle effectuée en phase pré-thérapeutique. Pour des raisons évoquées précédemment, nous avons mis en pratique l'utilisation de ces conseils en échangeant avec M. et Mme G autour de diverses situations de communication de leur vie quotidienne. Cependant ces moments de discussion ont été aussi l'occasion pour M. et Mme G de poser de nombreuses questions au sujet de l'aphasie au thérapeute. « Comment peut-on perdre le langage de cette manière ?, Pourquoi, n'y a-t-il pas d'amélioration ?, Quand est ce que le langage va revenir ? », autant d'interrogations que le couple se posait. Ces moments ont donc aussi été l'occasion d'expliquer à M. et Mme G, les raisons de l'aphasie. Les données anatomiques ont été vues avec eux. Ils s'interrogeaient aussi sur le niveau de récupération que M. G pourrait atteindre. Nos propos se devaient d'être nuancés en précisant que l'aphasie de M. G était consécutive à l'exérèse d'une tumeur et que généralement la récupération est limitée dans ces conditions mais qu'il fallait continuer de travailler car personne ne pouvait connaître le niveau de récupération maximale auquel M. G pouvait prétendre. Nous pouvons parfaitement comprendre que ces informations soient difficiles à accepter, c'est la raison pour laquelle le thérapeute a toujours répondu à ces interrogations récurrentes.

- Les intérêts

La situation P.A.C.E, comme nous l'avons utilisée au cours cet écrit s'éloigne de l'approche dynamique interactive qui nous intéressait initialement puisque Mme G n'y a pas apporté sa collaboration. Cependant elle reste, dans le cadre de ce mémoire, une approche globale et fonctionnelle utilisant des situations de communication naturelles. Cette tâche référentielle, effectuée avec le thérapeute, a été l'occasion de commencer à mettre en place des stratégies alternatives de communication pour M. G. S'il passait exclusivement par l'expression orale lors de la phase pré-thérapeutique, les résultats obtenus en phase post-thérapeutique nous indiquent que M. G a eu recours à d'autres canaux de communication. De plus, nous avons aussi pu constater une meilleure réception des feed-back du thérapeute de la part de M. G. Une baisse importante du temps moyen par item a été observée ainsi qu'une diminution du nombre moyen de tours de parole par item alors qu'aucune amélioration au niveau des déficits linguistiques de M. G n'a été observée. Ces résultats sont encourageants.

De nouvelles stratégies communicationnelles plus efficaces entre M. et Mme G n'ont donc pu être mises en avant qu'à partir de l'analyse conversationnelle. Les critères d'analyse de Perkins et Coll (1999), nous ont permis d'observer la dynamique interactionnelle entre M. et Mme G ainsi que l'utilisation ou la non utilisation de stratégies de réparation de la part de Mme G suite au langage pathologique de son mari. Le travail effectué suite à cette analyse conversationnelle a réellement nécessité la collaboration de Mme G. Nous pouvons d'ailleurs observer que la diminution des incidents conversationnels lors de l'analyse conversationnelle post-thérapeutique est essentiellement de son fait.

De plus, le fait que la conversation se déroule aussi avec le thérapeute n'a que renforcé la validité écologique de l'épreuve et n'a rien enlevé au naturel de la situation de communication. En intervenant, le thérapeute a permis d'amener de nouveaux thèmes au cours de la conversation. De cette manière, il rythmait la dynamique de l'interaction en ne laissant pas de longues pauses s'installer par la difficulté des participants à converser en étant enregistrés. Les conseils ont certes été donnés suite à une analyse conversationnelle à trois participants mais il ne fait aucun doute qu'ils peuvent aussi convenir lorsque M. et Mme G conversent uniquement tous les deux.

Les temps consacrés aux discussions consistant à retracer une situation communicationnelle de M. et Mme G ont été très intéressants et notamment pour le

thérapeute. M. et Mme G n'ayant pas la même vision de ces situations, il a pu orienter les entretiens afin que Mme G comprenne davantage l'état d'esprit de M. G lorsqu'il était en interaction avec une autre personne qu'elle-même. Elle a aussi pu exprimer ses craintes quant aux regards des personnes sur le langage de M. G.

- Les limites

Notre travail a connu certaines limites. La première a été que M. et Mme G ont refusé d'être filmés lors des conversations servant de support à l'analyse conversationnelle mais aussi lors des situations P.A.C.E. Nous avons eu recours à l'utilisation d'un magnétophone. Pour l'analyse conversationnelle, cela n'a pas posé de problème étant donné que selon les critères de Perkins et Coll (1999), l'analyse ne prenait pas en compte la communication non-verbale.

Cependant, pour les situations P.A.C.E, le thérapeute s'est vu dans l'obligation de devoir noter immédiatement les gestes effectués par M. G lorsque celui-ci en utilisait. Le naturel des situations était alors altéré. En ce qui concerne les temps moyens observés lorsque M. G ne pouvait passer que par les gestes lors de la phase intermédiaire, nous avons la chance de savoir lorsque M. G commençait son tour car il disait toujours une petite phrase avant comme par exemple « ça y'est je l'ai », pour nous dire qu'il avait choisi sa carte.

Ce travail a aussi rencontré une limite concernant la demande principale de M. et Mme G qui était de retrouver une vie sociale. C'est la raison pour laquelle nous avons pris la décision d'analyser une conversation à trois participants. L'interview du CAPPa en phase post-thérapeutique, nous indique que les interlocuteurs de M. G sont beaucoup plus variés et nombreux qu'en phase pré-thérapeutique. Cependant, nous n'avons aucun moyen de lier les conseils donnés suite à l'analyse conversationnelle à trois interactants à l'augmentation des interlocuteurs potentiels de M. G.

Il aurait alors été intéressant de créer un questionnaire à faire passer en phase post-thérapeutique à M. et Mme G afin de pouvoir juger l'apport de notre travail sur leur vie sociale.

L'interview du CAPPa a aussi présenté certaines limites. En effet, Mme G a eu des difficultés à répondre aux questions de l'interview, notamment celles de la première partie. Il était compliqué pour elle d'opter entre les réponses « Souvent, parfois ou jamais » qui lui

semblaient abstraites. De plus certaines questions se confondent sensiblement. Mme G répondait mais sans être convaincue de ses réponses pour certaines questions. Pour les gênes occasionnées par les déficits linguistiques de M. G et leurs conséquences au niveau communicationnel, Mme G ne pouvait répondre au cas par cas. C'est la raison pour laquelle nous ne les avons pas retranscrites. Nous avons donc pris la décision de lui demander à la fin de chaque section, la gêne ressentie en fonction des questions qui venaient de lui être posées.

Enfin, la transcription des conversations destinées à être analysées a aussi connu des limites. M. G est à l'origine de nombreux incidents conversationnels qui ont été difficiles à retranscrire. Son jargon est caractérisé par des séquences phonémiques dénuées de sens qui nous ont été impossible de retranscrire. C'est pourquoi, nous les avons signalées de la manière suivante / ? X'/. Le « X » rapportant le temps que la séquence a duré.

Il nous a été difficile aussi de retranscrire les chevauchements. Il n'est pas évident de savoir où le chevauchement commence réellement mais le plus difficile lors des analyses a été de retranscrire les propos de M. G lorsqu'il parlait simultanément avec une autre personne, ce qui est arrivé régulièrement. Ces propos étaient alors généralement inaudibles.

Il aurait été intéressant pour la retranscription de ces conversations de mettre en place un jury d'écoute.

## **CONCLUSION**

Notre problématique était de s'interroger sur la pertinence de la mise en place d'une approche dynamique interactive dans les premiers mois suivant le début d'une aphasie. Dans le cas qui nous intéresse, notre méthodologie initiale a rapidement dû être modifiée suite aux difficultés pour Mme G de rentrer dans un travail collaboratif. Nous avons dû adapter notre travail en fonction des disponibilités du patient mais aussi et surtout en fonction de celles de sa femme. Le fait que la récupération des troubles linguistiques de M. G soit limitée et que des améliorations au niveau des stratégies communicationnelles entre M. et Mme G aient été observées, nous amène à penser qu'il était pertinent de mettre en place précocement une approche dynamique interactive. Seulement, le temps imparti à notre intervention thérapeutique s'est révélé insuffisant. Il aurait été intéressant de mettre en place notre travail sur une période d'une année minimum. De cette façon, nous aurions pu prendre le temps d'accompagner le patient ainsi que son conjoint dans cette approche thérapeutique qui demande un investissement important.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

- Bange P., 1992, *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, Paris : Hatier/Didier
- Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V., 2004, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho édition
- Chomel-Guillaume S., Leloup G., Bernard I., 2010, *Les aphasies : Evaluation et rééducation*, (Chapitre 3,4,5, 14,15). Issy-les-moulineaux : Masson
- Colun H., 2008, *De l'intention... à l'intervention, Actes du colloque de Biarritz*, Chapitre 16, (pp 205-2117)
- Cosnier J., 1991, *Ethologie du dialogue*, In Cosnier J., Kerbrat-Orecchioni C., *Décrire la conversation*, (pp 291-310). Lyon : Presses universitaires de lyon
- Cosnier J., Driot A., 2009, *Prise en charge de la communication à partir d'analyses conversationnelles (étude préliminaire concernant deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié)*, Lyon : mémoire d'orthophonie
- Daviet J.-C., Muller F., Stuit A., Darrigrand B., Mazaux J.-M., 2007, *Communication et aphasie*, In Mazaux J.-M., Pradat-Diehl P., Brun V., *Aphasies et aphasiques*, (pp 76-84). Issy-les-Moulineaux : Masson
- Dardier V., 2004, *Pragmatique et pathologies*, (pp 22-33). Rosny-sous-Bois : Bréal
- De Partz M.-P., Carlomagno S., 2000, *la revalidation fonctionnelle du langage et de la communication*, In Seron X., Van Der Linden M., *Traité de neuropsychologie clinique*, (pp 191-213). Marseille : Solal
- De Partz M.-P., 2001, *Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle*, Glossa n° 75

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

De Partz M.-P. , 2008, L'aphasie au quotidien : Du déficit au handicap, In Juillerat Van der Linden A.-C. , Aubin G. , Le Gall D. , Van der Linden M. , *Neuropsychologie de la vie quotidienne*, (pp 131-153). Marseille : Solal

Eustache F. ; Lechevalier B., 1989, *Langage et Aphasie*, Bruxelles : DeBoeck Université

Jackobson R. , 2003, *Essais de la linguistique générale*, (Chapitre 2, pp 42-67). Paris : Les éditions de minuit

Kerbrat-Orecchioni C., 2005, *Le discours en interaction*, Armand Colun

Kerbrat-Orecchioni C., 2006, *Les interactions verbales*, Armand Colun

Kerbrat Orecchioni C. , 2008, *Les actes du langage dans le discours*, (pp 59-79). Paris : Armand Colun

Lambert J. , 2004, Rééducation du langage dans les aphasies, In Rousseau T. , *Les approches thérapeutiques en Orthophonie*, (pp 35-99). Isbergues : Ortho édition

Lanteri A., 1995, *Restauration du langage chez l'aphasique*, Bruxelles : DeBoeck Université

*Le nouveau petit Robert de la langue française*, 2009, Paris : Dictionnaires le robert

Lissandre J.-P., Stuit A., Daviet J.-C., Preux P.-M., Munoz M., Vallat J.-M., Dugognon P., Salle J.-Y., 2007, Les thérapies pragmatiques et la PACE, In Mazaux J.-M., Pradat-Diehl P., Brun V., *Aphasie et aphasiques*, (pp 233-242). Issy-les-moulineaux : Masson

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*, Nantes : mémoire d'orthophonie

Mazaux J.-M. , Daviet J.-C. , Darrigrand B. , Stuit A. , Muller F. , Dutheil S. , Joseph P.-A. , Barat M. , 2006, Difficultés de communication des personnes aphasiques, In Pradat-Diehl P. , Peskine A. , *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, (pp 72-80). Paris : Springer

Mazaux J.-M., 2007, L'aphasie de l'adulte : évolutions des concepts et des approches thérapeutiques, *Glossa* n°100

Métay-Ségui C., Etude de cas : Contribution, par la recherche de critères pertinents, à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions en conversation, entre la personne aphasique et son partenaire privilégié, Nantes : 2009

Parent M.-C., 1999, Les aides à la communication pour la personne aphasique : construction et limites de leur utilisation, *Glossa* n° 66

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*, (pp 215-231) Marseille : Solal

Peskine A., Pradat-Diehl P., 2007, Etiologies de l'aphasie, In Mazaux J.-M., Pradat-Diehl P., Brun V., *Aphasies et aphasiques*, (pp 44-52). Issy-les-moulineaux : Masson

Pradat-Diehl P. , Tessier C. , Peskine A. , Mazevet D. , 2007, Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, In Mazaux J.-M. , Pradat-Diehl P. , Brun V. , *Aphasies et Aphasiques*, (pp 126-131). Issy-les-moulineaux : Masson

Rondal J.-A., Seron X., 2000, Troubles du langage, bases théoriques, diagnostic et rééducation, Wavre : Mardaga

Sainson C., 2006, Le jargon phonémique de l'aphasie de Wernicke : Revue de littérature, *Glossa* n°96

Traverso V., 2009, l'analyse des conversations, (pp 5-41). Paris : Armand Colun

Van Eeckhout P., 2001, *Le langage blessé*, Paris : Albin Michel

Vion R., 2000, *La communication verbale*, Hachette Supérieur

# ANNEXES

## ANNEXE I : Réponses du CAPPA

Notions analysées	En période pré-thérapie	En période post-thérapie
Habilités linguistiques		
Fait-il de nombreuses tentatives pour trouver le mot approprié avant de renoncer ?	PARFOIS	PARFOIS
Lorsqu'il ne trouve pas à mot, essaie-t-il de le décrire, de transmettre son message malgré tout ?	PARFOIS	PARFOIS
Utilisation de mots incorrects sans se corriger ?	SOUVENT	PARFOIS
Mélange des sons dans un mot ?	SOUVENT	PARFOIS
Epreuve-t-il des difficultés à énoncer un son dans un mot ?	SOUVENT	PARFOIS
Utilisation de mots comme lui/elle sans réussir à savoir de qui il parle ?	PARFOIS	JAMAIS
Inversement du oui/non ?	JAMAIS	PARFOIS
Disparition de mots dans une phrase ?	SOUVENT	PARFOIS
Utilisation de néologismes ?	JAMAIS	JAMAIS
Production de longues phrases n'ayant pas de sens ?	PARFOIS	JAMAIS
Difficultés de compréhension ?	PARFOIS	PARFOIS
Réparations		
Indication des difficultés de compréhension ?	JAMAIS	PARFOIS
Conscience des erreurs produites et essai de correction ?	SOUVENT	SOUVENT
Lorsqu'il y a un essai de correction, y parvient-il sans aide ?	SOUVENT	SOUVENT
Arrive à apporter des précisions quand on ne le comprend pas ?	PARFOIS	PARFOIS
Initiation et tours de parole		
Introduction de sujets de conversations ?	PARFOIS	PARFOIS
Omission de réponses ?	JAMAIS	SOUVENT

Laisse-t-il s'écouler un long délai avant de répondre ?	SOUVENT	SOUVENT
Interruption au milieu d'une phrase et long délai avant de la finir ?	PARFOIS	SOUVENT
Coupe la parole ?	JAMAIS	JAMAIS
Utilisation de phrases trop longues ?	SOUVENT	PARFOIS
Utilisation de réponses réduites au strict minimum ?	JAMAIS	JAMAIS
Gestion des thèmes		
Introduction de nouveaux thèmes	JAMAIS	JAMAIS
Capacité de parler d'un même thème pendant un certain temps ?	SOUVENT	JAMAIS
Sujets de prédilection ?	SOUVENT	JAMAIS

Tableau 1 : Habiletés conversationnelles de M. G en phases pré et post-thérapeutiques

	Pré-morbide	Pré-thérapeutique	Post-thérapeutique
Bavard	NON	NON	NON
Auditeur attentif	OUI	NON	NON
Passif	NON	OUI	OUI
Hésitant	NON	OUI	OUI
Aime débattre, discuter	OUI	OUI	NON
Sérieux	OUI	OUI	OUI
Calme	OUI	OUI	OUI
Auditeur inattentif	NON	OUI	OUI
Mène la conversation	NON	NON	NON
Parle distinctement	OUI	NON	NON
Spontané	OUI	NON	NON
Drôle	OUI	NON	OUI

Parle calmement	OUI	OUI	OUI
Marmonne	OUI	OUI	OUI
Parle rapidement	NON	NON	NON
Aime bavarder	NON	NON	NON
Engage rarement la conversation	OUI	OUI	OUI
Apprécie parler avec les gens	OUI	NON	NON

Interrompt souvent	NON	NON	NON
Jure beaucoup	NON	OUI	OUI
Parle fort	NON	NON	NON
Parle clairement	OUI	NON	NON
Parle lentement	NON	OUI	OUI
Evite les conversations	NON	OUI	NON
Entame facilement une conversation	OUI	NON	OUI ET NON (ça dépend avec quelle personne)
Montre une réticence à parler	NON	OUI	OUI
Interrompt rarement	OUI	OUI	
N'utilise presque jamais de jurons	OUI	NON	

Tableau 2 : Les caractéristiques de M. G en tant que locuteur et interlocuteur en phase pré-morbide, pré et post-thérapeutiques.

	Pré-morbide	Pré-thérapeutique	Post-thérapeutique
Sa femme	OUI	OUI	OUI
Sa fille	OUI	NON	OUI
Ses petits-enfants	OUI	NON	NON
Autres membres de la famille	OUI	NON (excepté un de ses cousins)	OUI
Amis	OUI	NON	OUI
Voisins	OUI	NON	OUI
Inconnus	OUI	NON	OUI

Tableau 3 : Les potentiels interlocuteurs de M. G en phase pré-morbide, pré et post-thérapeutiques.

	Pré-morbide	Pré-thérapeutique	Post-thérapeutique
Répondre au téléphone	NON	NON	OUI
Téléphoner	NON	NON	OUI
A la maison avec la famille	OUI	NON	OUI
A la maison avec les visiteurs	OUI	NON	OUI
Répondre à la porte	OUI	NON	OUI
Participation à des réunions	OUI	NON	NON
Aux clubs de loisirs	OUI	NON	NON
En voiture	NON	NON	NON
Durant les repas	OUI	NON	OUI
Visites aux amis	OUI	NON	OUI
Visites à la famille	OUI	NON	OUI
Jeux de société	OUI	NON	NON

Tableau 4 : Les différentes situations de communication où M.G pouvaient participer en phase pré-morbide, pré et post-thérapeutiques.

	Avant l'aphasie	Pré-thérapie	Post-thérapie
Nouvelles	OUI	OUI	OUI
Télévision	OUI	OUI	OUI
Opinions	OUI	NON	NON
Projets d'avenir	OUI	NON	OUI
Travail	OUI	OUI	NON
Politique	OUI	OUI	NON
Famille	OUI	OUI	OUI
Amis	OUI	OUI	OUI
Evènements passés	OUI	OUI	OUI
Sport	OUI	NON	NON
Projets actuels	OUI	NON	OUI
Vie quotidienne	OUI	NON	OUI

Tableau 5 : Les principaux sujets de conversation de M. G en phase pré-morbide, pré et post-thérapeutiques.

## **ANNEXE II : Les conventions**

Les conventions utilisées pour la transcription des analyses conversationnelles est la même que celle utilisées par Traverso V. (2004). Elle est la suivante :

### **Les tours de parole :**

- [ Interruption et chevauchement. Le crochet apparaît sur chacune des deux lignes.
- = Enchaînement immédiat entre deux tours. On le place à la fin du tour qui se termine et au début du tour suivant.

### **Les silences et les pauses :**

- (.) Pause (dans le tour du locuteur) inférieure à 1 seconde.
- (3'') Pauses chronométrées supérieure à 1 seconde.
- (silence) Les pauses entre les prises de paroles de deux locuteurs successifs sont, par commodité, notées « silence ». Elles sont toujours indiquées et suivies ou non de leur durée.

### **Les rythmes :**

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

### **Voix et intonation :**

- ↑ Intonation fortement montante
- ↓ Intonation fortement descendante

### **Actions et gestes :**

Les gestes et les actions sont notés entre parenthèse, en italique.

### **Graphies des unités non lexicales**

- (ASP) note une aspiration
- (SP) note un soupir
- (RIRE) note un rire

### **Indications « META »**

- (inaudible) signal un passage inaudible.

Afin de pouvoir correctement retranscrire le corpus, une convention a été rajoutée :

- ( ? X'') : Séquences phonémiques dénuées de sens. Le X signifiant le temps de la séquence en secondes.

## **ANNEXE III : Transcription de la conversation en phase pré-thérapeutique.**

Mme : t'as du mal à parler fort? Non? Oui? T'es fatigué? [Tu sens que t'es fatigué ?

Mr : [Non, non non non=

Mme : =non ↓

T : si vous êtes fatigué, vous me dites, [je reviendrai la semaine prochaine ou après

Mr : [non, non, non,non ça va ( ? 1'') tout va bien !

T : ça va ?

Mr:j'ai des difficultés quand même, j'ai pas totalement (3'') pas pas non plus quand même↓ =

T : =oui (.) vous êtes [arrivés quand ici ?

Mr : [Je vais vous parler, moi je viens↑ (silence 2'')

Mme : oui, c'est pas moi qui suis malade mais enfin bon, est ce que tu crois que si tu étais resté dans la région parisienne, tu aurais subi les mêmes maladies, que tu aurais eu les mêmes problèmes ? T'aurais mieux vécu, moins bien vécu ? (silence 2'')

Mr : Ben disons que j' j'ai quitté déjà cette cette que je suis rendu ici à (.) Bégard ( ? 1'') On a, on est parti de la région parisienne, puis on a, on a vécu [

Mme : [C'était en quelle année ?=

Mr : = 1980 (.) 13

T : ouais

Mr : donc on a arrivé ici donc moi je suis (ASP) je suis à peu près ( ? 3'') beaucoup plus déjà, arrivé 8 ans, 8, 9 ans↓ [

Mme : [t'es arrivé ici avant moi, [moi je suis arrivée après puisque je continuais de travailler

Mr : [ouais (.) ouais (.) ouais

T: d'accord

Mr : et entre temps de toute manière, j'étais pas prêt ici non plus, j'avais pleins de choses à voir, à travailler sur la maison ici =

T : = d'accord =

Mme : = des travaux =

Mr : = nous sommes restés (ASP) du mois de, du mois de Avril jusqu'à :: jusqu'à↑ [

Mme : [Novembre  
oui pratiquement où on a déménagé au mois de novembre par la, ouais =

T : = D'accord =

Mme : = ouais, ouais par les travaux (silence 2'')

Mr : (? 3'')

T : vous avez bien rénové tout ça en tt cas, elle est vraiment belle la maison =

Mme : = on a passé des jours et je vais pas dire des jours et des nuits mais presque hein,  
c'était surtout les plafonds qui étaient, on a tt redécouvert =

T : = ouais =

Mme : = et c'était un faux plafond donc il a fallu refaire évidemment

toutes les poutres [ heuuu

Mr : [( ? 2'')

T : vous êtes un manuel ? =

Mr : = Ouais =

T : = ouais =

Mme : = Oui mais bon, c'est vrai que beaucoup moins mais quand même il fait, il fait quand  
même des choses, je le fais bricoler heu, il ramasse des bois flottés, on fait des choses  
heu... OAUIS

Mr : Mais :: (.) je, je ne savais rien (silence 2'')

T : oui =

Mr : = je ne savais rien↓ (silence 3')

T : d'accord

Mr : je suis arrivé à paris donc en 1950 (3'') 7 =

T : = Ouais (silence 2'')

Mr : et j'étais heu :: (.) j'étais heu :: venu de la Tunisie↓ puisque j'étais deux, dix huit mille  
dix huit, enfin on parlait de : de la Tunisie et ben on est en plein d' dans la↓

Mme : la je ne comprends plus ce que tu dis alors je sais pas si marine elle entend mais moi  
je :: =

T : = Vous êtes allé en Tunisie ? Vous étiez allé en Tunisie avant d'aller à paris ?

Mr : (fait non de la tête)

T : non pas avant ? avant ?

Mr : ouais, ouais ouais ouais =

Mme : = ah bah oui mais ça, ça remonte loin encore, c'est quand t'as fait ton armée Roger, la  
t'es reparti heu =

Mr : = ben oui mais ça en fait parti (.), puisqu'on parlait non mais heu: on parlait de : oui mais  
heu : on parlait de non parce que↓=

Mme : = quand on a quitté [Paris heu y'a longtemps que t'avais fait ton armée quand même

Mr : [Je vais vous dire pourquoi parce qu'à l'époque de de, je disais qu'à c't' époque là je n'avais pas disons quand t'on parle de travaux que je faisais à ce moment là, je ne savais rien faire.] =

T : = d'accord, vous avez appris en fait au fur et à mesure ? =

Mr : = voila, exactement =

T : = d'accord. Et la vie à paris vous a plu ? =

Mr : = à paris oui (.) mais disons qu'on a fait énormément de choses la bas ( ? 2'') (ASP) et puis je suis sans sans parler, sans parler de mon travail à part =

T : = OUI =

Mr : = mais de de, [de par exemple

T : [Oui mais la vie, la vie à paris =

Mr : = oui la vie à Paris et bien les comment dirais je, les (.) les travaux, les travaux que j'ai fait (2'') dans dans la région parisienne ↓ =

T : = Oui =

Mr : = j'ai fait quand même trois ::s trois maisons ↓ =

T : = Trois maisons ? =

Mme : = ah oui, il a restauré, ben oui ↓ =

T : = ah oui vous avez rénové heu, d'accord =

Mr et Mme : (font Oui de la tête)

Mme : = on achetait petit et puis quand c'était restauré on vendait et on achetait plus grand =

Mr : = c'est pour ça que je dis que je suis (inaudible) = (mais rire ensuite de sa femme)

T : = j'aimerais bien pouvoir faire ça

Mr : c'est surtout la première fois [

Mme : [ah bah la première qu'on a acheté, je peux vous dire qu'il n'y avait ni chauffage ni rien =

T : = ah Ouais =

Mme : = ah oui, c'était vraiment heu :: ↓ =

T : = et vous avez appris sur le tard en fait =

Mme : oh oui oui, il a bricolé petit à petit [il a fait l'électricité et tout, ah oui,oui, toutes les toutes les (inaudible)

Mr : [(inaudible) c'est pour ça que je vous dis que je ne savais rien faire =

T : = d'accord =

Mr : = c'est pour ça que je vous dis qu'il n'y avait rien =

. . . . .

T : = ben dis donc, vous vous êtes bien rattrapé hein, moi je trouve... vraiment belle ! Et donc vous aimez bien la vie à Paris, vous ne trouvez pas qu'il y a trop de monde ? Que ça va trop vite ? =

Mr : = même actuellement (3'') je dis pas que je serais (SP) je ne serais plus capable de faire à Paris (silence 2'')

Mme : plus [capable de travailler ? Mais de vivre Si !

Mr : [Si (? 3'') heu :: comment dirais je ? (silence 2'')

Mme : l'argent (rire) [c'est cher, c'est cher, à paris tt est cher

Mr : [(? 4'') comment dirais-je ? J'ai (.) vu toute toute une vie dans dans paris, dans tous dans tous dans tous les presque, dans tous les coins de Paris (.) c'est pas [c'est mémorable

Mme : [Oui de par ton métier, ton métier, il a travaillé dans les ambassades, dans les ministères, à l'Élysée à, en tant que maître d'hôtel quoi donc, ça lui a permis de voir beaucoup de :: [différentes choses, différentes personnalités

Mr : [dans les parcs, dans les dans les châteaux pas dans les (? 1'') comment, c'est les musées, sur les tsssstssss, c'est, c'est c'est c'est immense ! =

T : = c'est immense, c'est vrai que Paris c'est immense =

Mr : = non (SP) mais c'est fou =

Mme : = non mais même quand on y va maintenant, on aime bien y aller hein =

Mr : = ah oui, j'adore, [ j'adore

Mme : [ah oui

T : vous adorez Paris !

Mr : ah oui, oui oui oui =

T : = parce que moi vous voyez moi quand j'y vais et que j'arrive déjà à Montparnasse, ben je ne me sens pas bien (rire), je trouve qu'il y a trop de gens =

Mme : = Bon [maintenant quand on y retourne, ça nous fait un petit peu ça aussi hein

Mr : [(inaudible) d'abord premièrement plus du tout ce que c'était avant déjà d'une part =

Mme : = OUI ! =

Mr : = ça c'est une chose =

T: = ouais =

Mr : = Paris (? 2'') est une ville infernale =

Mme : = nous on a connu la [le changement progressif

Mr : [(inaudible) nous, non ↑

Mme : [On a changé

Mr : [j'ai eu l'occasion par le passé de traverser Paris, à pied↑ =

T : = Oui =

Mme : = en pleine nuit, oh oui =

T : = ah ouais ! =

Mme : = oh oui =

Mr : = à trois heures du matin↓ =

Mme : = oh oui, moi je rentrais [j'avais une bonne demi heure du métro à chez moi puisqu'on habitait, la porte [Clignancourt

Mr : [vous aviez pas de problème

Mr : [Aucun (.) quand on quand on quand on prenait quand on quand on prenait le métro, à paris (2'') quand vous preniez le métro ↑ =

T : = hum =

Mme : = quelque soit l'heure, on n'avait pas de problème =

Mr : = on passe à n'importe quel moment =

T : = ah oui =

Mr : = Et quand on n'avait plus de train, quand on n'avait plus de train, on partait (? 3'') à l'époque, on travaillait, on travaillait dans Paris et on habitait en banlieue =

Mme : = en banlieue déjà, ben comme beaucoup =

T : = oui c'est vrai, [rien que déjà pour avoir un espace

Mr : [(? 5'') [(? 6'')

Mme : [on début on habitait Paris puis après on n'a, on s'est reculé

Mme : A côté de Roissy on était, [rue st mile, voila (inaudible) =

T: ben, je ne connais [pas

Mr : [le ::: comment (2'') je perds, je perds un peu les pédales (SP) (ASP)

T : = Prenez votre temps, y'a pas de train à prendre =

Mr : = non non pas du tout

(rire)

Mr : non, on a connu, j'ai connu paris, j'ai connu disons paris bien sur et en et en banlieue,  
tout se quitte =

T : = d'accord =

Mr : = moi j'ai connu mes parents à l'époque, on :: partait de (.) presque d'un d'un de : de (.)  
comment dirais-je (.) c'était loin encore comment dirai je à à à paris,  
à l'époque c'était [saint, saint, saint denis, saint Denis, tu vois ?

Mme : [c'était le bout du monde

T: Saint Denis? =

Mr: = saint Denis↓ =

T: = ouais

Mr: le le le le le le (.) le fite le le le 15 de sport ↓ =

T: = le stade de France ? =

Mr : = ouais ouais voila c'est ça, ouais =

Mme : = on n'était pas très [loin du stade de France

Mr : [moi je l'ai connu, y'a y'avait rien, [tu comprends

Mme : [ah bah oui, c'était des  
champs là =

T : = ben oui =

Mr : = Et après [on (inaudible)

Mme : [les périphériques n'existaient pas heu ah ben oui =

T : = ah oui, vous avez vraiment vu Paris se construire et voir comme il est actuellement?

Mme : ah bah oui =

Mr : = On a pris au moment où je suis parti de Paris à ::17 (? 3'') 8 [j'avais pas 20 ans,  
j'avais 20 ans

Mme : [non t'es parti de la  
Bretagne, t'avais

T : ouais ! =

Mme : = même pas, [t'avais pas 20 ans quand t'es parti

Mr : [j'étais jeune en plus de ça, parce que j'ai passé mon service militaire  
(ASP) (.) disons que j'étais beaucoup plus jeune à ce moment parce que j'étais (ASP)  
j'ai fait avant avant (? 1'') parce que j'ai fait (ASP) c'est pour ça que je vous dis je je  
partais de la Tunisie, partit de la Tunisie [j j] j'ai quitté la Tunisie, j'avais 18 ans !!

T: [la Tunisie, d'accord !

T : = Ouais ! =

Mme : pour arriver à Paris, pour trouver du travail à Paris =

Mr : = voila =

Mme : = et moi je suis née là bas donc c'était différent =

T : = ah c'est là bas que vous vous êtes rencontrés en fait, c'est à Paris ! =

Mme : = à paris ah oui oui oui, [je dans ce coin là moi ah oui oui oui

Mr : [(inaudible)

. . . . .

T : et vous faisiez quoi vous Mme G comme métier ?

Mme : quand on s'est rencontré, moi je travaillais pareil

dans la restauration [enfin plus pâtisseries/salon de thé, pâtisseries/salon de thé

Mr: [(inaudible) ouais

T: oui

Mme : [après bon je me suis mise aussi dans la restauration et après quand j'ai eu ma fille ben j'ai arrêté parce que c'était des vies heu

Mr : [(inaudible) moi je travaillais dans :: dans une brasserie et puis (? l'')

Mme : oui il travaillait, on travaillait l'établissement pratiquement, y'avait que les pompes funèbres je crois entre les deux hein

## **ANNEXE IV : Transcription de la conversation en phase post-thérapeutique**

Mr : c'est une femme qui était partie de rien et qui a qui a fait un, qui a fait une un pra un parcours qui a été assez, un peu, comment dirais-je, heu (SP) un peu spécial

Mme : ben oui, elle a une vie, un peu oui tapageuse au début, on va dire peut être, elle est partie à Paris, elle menait quelle vie, on sait pas trop. Elle a épousé un riche anglais et après, elle a fait faire son château !

T : d'accord

Mme : à belle isles, à belle Isles en Terre

T: d'accord

Mr : (?) et le château là, il habitait donc (?) de Couatamonce, il a vécu un peu avant cette femme là encore (?) dans un dans un château qui qui faisait parti de la famille, de la famille ::, des des parents de Madame :: d'Estaing

T : d'accord, donc vous êtes passés à côté de ce château, c'est ça ?

Mr : ouais ouais ouais ouais

T: d'accord

Mr : [c'est à côté

Mme : [la famille de Madame Giscard d'Estaing

Mr : ouais (?)

T: ah ouais

Mme : d'ailleurs Madame Giscard d'Estaing, [sa famille est enterrée

Mr : [( ?), y'a, y'a sept dans dans dans dans cette chapteau, y'a une château qui n'est pas, heu non, une une chapelle aussi qui habite qui habite qui habite à côté de ce château qui (?), ce sont des gens qui

Mme : entres parenthèses, à la chapelle de L, y'avait Dan Ar Braz, de la très belle musique irlandaise, beaucoup de groupe de musique qui ont joué de la musique toute l'après-midi à la petite chapelle

T : ah oui ? Dimanche ?

Mme : Ah ouais, génial

T : Il y avait Dan Ar Braz ?

Mme : ah ouais, première fois que je le voyais aussi moi et c'est vrai que

T: ça devait être trop bien !

Mme : ah bah c'est sûr , ¼ d'heures, ¼ d'heures, différents groupes. Ils étaient tous à peu près  
¼ d'heures, ¼ d'heures/ une heure

T : d'accord

Mme : j'ai pas passé tout l'après-midi mais juste on est arrivé en fin d'après-midi [pour voir  
Dan Ar Braz

Mr : [j'ai j'ai  
pas j'ai pas j'ai pas réussi, on n'est sorti dans la bringue là parce que j'ai perdu tout la

T : non, mais Mr G, vous avez bien aimé du coup Dan Ar Braz et ?

Mme : et la musique irlandaise ?

Mr : Moi moi un peu moins personnellement moins

T : Vous n'aimez pas trop ?

Mr : pas tellement

T : Non (silence 3'')

Mme : mais c'était joli quand même ?

Mr : oui, non non non mais (3'') (SP) j'suis pas tellement, je suis sur sur l'histoire, sur la  
géographie

T : oui

Mr : et je suis pas chant sur par exemple, sur des sur des : genres

Mme : sur la variété, on va dire. T'es pas très variété

Mr : ouais, ouais, beaucoup moins

Mme : on est plus musique classique, c'est vrai mais néanmoins, de la bonne musique est  
quand même sympa à écouter. Là, en l'occurrence... en plus, c'est quand même de la  
musique de ta région ça, presque, on va dire

T : oui

Mme : je préfère ça que le biniou et la bombarde

T : ben on va dire que dans une chapelle, avec un soleil magnifique ! ça avait vu sur la mer ou  
quoi ?

Mme : à L, non. Ah non c'est dans les terres

Moi : Ah, ça aurait été parfait

Mme : non non mais c'est vrai que c'est, ah non mais c'est lieu qui est magnifique. Elle est  
très jolie cette petite chapelle

Mr : ( ?) franchement

T : donc elle était sur votre parcours ?

Mme : ouais

Mr : oui oui oui oui oui, tout ça tout ça [

Mme : [en bordure de rivière, on suit la rivière en même temps  
puisqu'il y a la papèterie. Donc la papèterie, fallait que ça soit fait, je pense à l'époque  
au bord d'une rivière, il fallait de l'eau, j'imagine à l'époque pour faire du papier, je  
sais pas comment on fait

Mr : oui oui oui oui

Mme : et en forêt, c'était en milieu de forêt

Mr : y'a eu aussi, dans cette, dans cette y'avait des, entendu parler ( ?), la famille des hhh

Mme : mais tu l'as dit tout à l'heure

Mr : heu oui oui autre chose

Mme : non, c'est autre chose

Mr : c'est autre chose

T : là, je ne peux pas vous aider

Mr : non

Mme : mais y'a des fois, je ne peux pas non plus, c'est pour ça, [il veut absolument y arriver

Mr : [ mais je sais

Mme : ben oui

Mr : quelqu'un qui était de la famille des (3'') oh putain de loc de loc (.)

T : non ? racontez moi la suite de la balade alors ! Combien de kilomètres y'avaient vous  
m'avez dit ?

Mr : 4 kilomètres

Mme : Enfin c'était dit 4 kilomètres mais y'avait bien 5/6 pas loin de 5/6 quand même,

Mr : ouais

Mme : mais ils disent jamais vraiment. Le jour où pareil on avait fait les 14, certains avaient  
dit qu'il y avait [plus que 16 même, là c'est trop mais on l'avait bien fait quand  
même

Mr : [j'sais pas disons

T : Ouais

Mme : parce que [c'est toujours sur un circuit où y'a des choses intéressantes [à voir

Mr : [ben disons que [Très intéressantes,  
[( ?) beaucoup de choses intéressantes

Mme : [ t'as des chapelles, t'as des lavoirs, t'as toujours des fontaines, t'as toujours  
un circuit. Du petit comme au plus grand, y'a toujours un site intéressant

Mr : faudrait que je fasse, faudrait que je fasse, faudrait que je fasse un, faudrait que tu fasses quelque chose pour ça. Comment je peux expliquer ça ( ?), c'est trop trop trop trop compliqué

Mme : Expliquer quoi ?

Mr : disons que, je peux pas leur expliquer exactement, comment dirais-je (4''), je peux pas expliquer ça, parce qu'il y a eu tellement, y'a beaucoup de choses ici [

Mme : [ sur belle Isles en Terre, entre Belle Isles en Terre et le château de C, ben oui c'est toute une histoire, y'en a pour des siècles, peut être pas des siècles mais quand même donc c'est pas évident

Mr : non (ASP) puis j'ai du mal à me : comment dirais-je ?

Mme : Puis Marine, elle ne connaît même pas le lieu puis mais, ça ne sert à rien car on ne voit pas là

Mr : Faudrait faudrait faudrait que je refasse un ::

T : d'accord, vous me raconterez, enfin

Mme : les chemins, les histoires

Mr : oui parce qu'il y'a tellement eu de choses

T : d'accord

Mr : ah oui

T : mais on parlait de la balade à la base

Mr : oui, mais c'est un, c'est un (.) c'est encore une ( ?), une friche, une ancienne friche industrielle où l'a vendu, où maintenant, et qui reste, qui sont restés comme par exemple sur des, sur des :: une ancienne ( ?) papèterie ( ?) et qui reste d'autres pièces qui sont restées en état quoi

T: d'accord (3 secondes)

Mme : oui puis y'avait, y'a des expositions, des photos qui datent de l'époque, à l'époque [où ils travaillaient à la papèterie

Mr : [( ?), je suis très limité la dessus parce que (2 secondes)

T : ah oui, tout ça pendant la balade en fait ! Pendant la balade, y'a des expositions

Mr et Mme ensemble : oui oui oui oui

Mme : y'a des sites très intéressants, donc on est passé déjà devant cette papèterie là déjà pour que, [on était déjà allé en plus

Mr : [( ?)

Mme : ah oui oui, [c'est vraiment un endroit super, oui, y'a beaucoup de petites chapelles un peu partout

Mr : [( ?) sur un récif comme ça, c'est-à-dire que c'est limité à peu près sur 40, sur 40 kilomètres

Mme : voilà, voilà

T : d'accord

Mme : quelle que soit la grandeur du circuit, t'as toujours quelque chose à voir

Mr : voilà

Mme : regarde où on était quand on était sur le haut de la colline là haut où y'avait les supers vaches, on voyait la chapelle de lady monde, où est enterré lady monde

Mr : faudrait presque venir le voir pour pour pour voir

Mme : [mais pour faire plusieurs sites, chaque circuit a son intérêt

Mr : [Comment dirais-je, si un jour, ça t'intéresse un truc comme ça parce que là c'est un peu difficile, faudrait y faire un tour sur sur sur le site du coin pour

T : hum

Mme : Couatendost

Mr : ah ouais

Mme : oh ben c'est un super château avec 4 tours mais malheureusement il n'a pas été racheté. C'est pas l'achat du château le pire, c'est de faire les transformations. Maintenant, il tombe en ... la toiture est cassée et tout, il avait été racheté hein ? par des anglais, je crois ? c'est ça ?

Mr : ouais

## **Conséquences d'une thérapie dynamique interactive sur les stratégies communicationnelles entre une personne récemment devenue aphasique et son conjoint.**

Dans le cadre de la rééducation aphasique, différentes approches thérapeutiques peuvent être mises en place. L'approche cognitive, incontournable dans la pratique clinique contemporaine, a pour principal objectif une récupération des déficits linguistiques. Seulement, cette approche tient compte difficilement du rôle social du langage. C'est pourquoi de nouvelles approches dites fonctionnelles ont axé leur rééducation sur une réadaptation de la communication de la personne aphasique. Parmi elles, l'approche dynamique interactive consiste à analyser les stratégies communicationnelles, en situation naturelle, entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel privilégié. L'interaction est au cœur de cette approche thérapeutique qui vise à améliorer les capacités communicationnelles du patient, notamment en lui faisant prendre conscience de tous les canaux de communication à sa disposition et en permettant au conjoint de s'adapter aux nouvelles stratégies communicationnelles de la personne aphasique.

L'efficacité de cette approche a été démontrée mais à distance de l'apparition des troubles linguistiques. En ayant recours à l'analyse conversationnelle et à la situation de communication référentielle de la P.A.C.E, auprès d'un patient souffrant d'une aphasie fluente dans le cadre d'une exérèse de tumeur cérébrale, nous avons essayé de montrer s'il est pertinent d'utiliser une telle approche quelques mois seulement après le début d'une aphasie pour éviter une trop grande et trop rapide détérioration des interactions entre le patient aphasique et son conjoint.

Mots clés : Aphasie récente -- Analyse conversationnelle -- Approche fonctionnelle  
Communication -- Interaction -- Situation P.A.C.E

## **Consequences of an interactive dynamic therapy on the communicational strategies between a patient recently become aphasic and his partner.**

To re-educate aphasia, various therapeutic approaches can be adopted. The cognitive approach, unavoidable in the contemporary clinical practice, has for main objective to recover the linguistic deficits. But, this approach does not completely integrate the social role of the language. That's why new therapeutic approaches, called "functional", have brought their reeducation round to rehabilitation of the communication of an aphasic person. Among them, the interactive dynamic approach consists in analyzing the communicational strategies, in natural situation, between the aphasic person and his interactive privileged partner. The interaction is the central part of this therapeutic approach which aims at improving communicational capacities of the patient: in particular, by making aware the aphasic person of all the channels of communication at his disposal, and by allowing his partner to adapt himself to the new communicative strategies of his sick relative.

The efficiency of this approach was demonstrated but far from the linguistic disorders appearance. That's why, by using the conversation analysis and the communication referential situation of the P.A.C.E with a patient suffering from fluent aphasia (because of a brain tumour excision), we tried to show if it is relevant to use such an approach only few months after the beginning of the aphasia in order to avoid a too fast and too important deterioration of interactions between the aphasic patient and his partner.

Key words: Recent aphasia - Communication - Functional approach - Interaction -  
Interactive analysis - P.A.C.E situation