

Communication orthophoniste / adulte avec aphasie: contribution de l'analyse de corpus à la conscientisation des postures langagières professionnelles dans le soin

Sibylle LUCAS¹, Marie-Laure SIMON¹ & Thi Mai TRAN^{1,2}

¹Département d'orthophonie, Faculté de Médecine, Université de Lille

²UMR 8163 STL, Université de Lille

This study focuses on the analysis of verbal interactions in clinical contexts between aphasic adults and speech therapists. Seven speech therapists were invited to record a conversational exchange with one of their patients and to analyze their interacting communication behaviors using an observation grid, based on the watching of a video clip and the reading of its transcription. In this interaction analysis protocol, the speech therapist's attention was not focused on the patient's productions but on his or her own contribution to the exchange. The results show that the recording and the transcription of corpora of natural exchanges contribute to the speech therapist's awareness of his or her language posture and opens up prospects for the improvement of professional practices in healthcare.

1. Introduction

La communication interindividuelle constitue le socle de la vie en société. Elle permet aux individus d'entrer en relation les uns avec les autres, de partager des informations, des opinions, des émotions. Parmi les interactions sociales, la conversation constitue une interaction verbale familière et fréquente. Impliquant un nombre restreint de participants, elle obéit à des règles relativement souples (lieu, durée, thème, interlocuteurs) tout en constituant un processus collaboratif élaboré, bien décrit par les linguistes (Kerbrat-Orecchioni 1996a; Traverso 2004).

Les personnes souffrant d'aphasie (désormais PA pour Personne avec Aphasie) se trouvent limitées dans leurs interactions sociales en raison de déficits linguistiques, conséquences de dysfonctionnements cognitifs liés à une atteinte cérébrale (Mazaux et al. 2007). Leurs troubles acquis du langage pénalisent leurs échanges verbaux (Rousseaux et al. 2010). Ils viennent masquer les compétences communicationnelles des PA et rendent plus complexes les ajustements de chacun des partenaires de la conversation. Ces troubles sont pris en charge par les professionnels de santé que sont les orthophonistes. Dans cet article, nous nous intéresserons aux échanges conversationnels entre une PA et son thérapeute en contexte de suivi orthophonique.

Après avoir décrit les conséquences fonctionnelles de l'aphasie de l'adulte sur les échanges conversationnels, nous nous placerons du point de vue de l'orthophoniste afin d'appréhender, dans cette situation naturelle de

communication, sa contribution à la réussite de l'échange et sa posture langagière professionnelle.

Dans le but d'étudier cette posture, nous avons proposé à 7 orthophonistes un dispositif leur permettant d'analyser leurs comportements de communication en situation conversationnelle avec leur patient. Nous présentons ici une analyse qualitative des données recueillies auprès de 7 dyades PA/orthophoniste ainsi que le retour des professionnels sur ce protocole. Nous discuterons enfin l'intérêt de l'auto-analyse des postures langagières dans le cadre clinique.

2. Contexte théorique et clinique

Les travaux linguistiques sur les interactions verbales (Kerbrat-Orecchioni 1995), et plus particulièrement ceux sur l'interaction verbale prototypique qu'est la conversation, ont été repris, dès les années 80, en contexte clinique dans l'évaluation et le traitement de l'aphasie (Davis & Wilcox 1981; de Partz 2001; Chetelat-Mabillard & Buttet Sovilla 2003). Après avoir défini la conversation comme un processus collaboratif, nous rappellerons les conséquences de l'aphasie sur ce processus et présenterons les démarches orthophoniques centrées sur le patient et sur ses proches recourant à l'analyse conversationnelle.

2.1 La conversation: un processus collaboratif

La conversation repose sur plusieurs principes comme l'engagement dans l'interaction, l'échange d'informations, le développement d'un thème, l'alternance des rôles et l'ajustement mutuel des participants. La conversation implique deux interlocuteurs qui échangent autour d'un sujet qui fait sens pour eux, dans la situation d'interaction. Chacun occupe, tour à tour, le rôle de locuteur (celui qui parle) et le rôle de l'auditeur (celui qui écoute) en veillant à un équilibre des temps de parole respectifs. S'ils ont une maîtrise commune de la langue, des savoirs partagés et une envie d'échanger, alors la communication peut s'installer, dans le respect d'un certain nombre de règles conversationnelles (Kerbrat-Orecchioni 1996a).

Au début de l'interaction verbale, les interlocuteurs explicitent leur engagement dans la conversation par des signaux à la fois verbaux (ex. énoncés introductifs, formules de politesse) et non verbaux (ex. orientation du corps, contact par le regard). Le thème de la conversation est introduit et développé tout au long de l'échange. Il s'agit pour chacun des participants d'installer une relation, d'apporter les informations nouvelles de façon cohérente, en se souciant de son interlocuteur, de son attention et de sa compréhension. Le locuteur veille ainsi à être clair (en prenant en compte les connaissances de son interlocuteur et en s'appuyant sur des références communes et un intérêt partagé), à éviter les imprécisions et les digressions (s'il change de thème, il l'indique) et à se soucier

de la réaction de son interlocuteur (intérêt, difficulté de compréhension, demande de prise de parole). Ce dernier réagit aux propos de son interlocuteur, demande au besoin des précisions ou prend la parole pour exposer son point de vue et alimenter l'échange. La conversation est ainsi rythmée par les tours de parole: chacun parle à son tour en évitant les chevauchements de parole ou les temps de silence trop longs. Des signaux verbaux (ex. "qu'est-ce que tu en dis?", "mmm", "je voudrais ajouter que...") et non verbaux (ex. hochements de tête, orientation du regard) permettent de réguler l'échange et de le conclure.

Au cours de l'échange, des ajustements sont régulièrement nécessaires, que ce soit en cas de chevauchements de parole et/ou de temps de silences prolongés ou encore, en cas d'incompréhension (ex. manque de précision, phrase incomplète ou sans lien avec le propos précédent, erreur dans le choix des mots ou dans leur prononciation). Les négociations (Kerbrat-Orecchini 1996b) font partie intégrante de la dynamique conversationnelle. Elles concernent la répartition du temps de parole (ex. "alors, je termine...", "excuse-moi de te couper mais..."), mais aussi les réparations nécessaires à la bonne poursuite de l'échange (ex. reformulation, répétition, explicitation, confirmation, correction). Le plus souvent les réparations sont initiées de façon spontanée par le locuteur même si elles peuvent aussi être sollicitées par l'interlocuteur (ex. "tu veux dire quoi exactement?").

Ainsi, la conversation est le fruit d'un travail collaboratif incessant, les interlocuteurs participant de manière dynamique à l'interaction communicative. Le non-respect de ces règles conversationnelles implicites peut conduire à un sentiment d'insatisfaction, voire de malaise qui caractérise les situations problématiques de communication.

2.2 *Conversation et aphasie*

Les troubles acquis du langage présents chez les PA, à la suite d'une atteinte cérébrale (liée à un AVC, une affection tumorale ou neurodégénérative), peuvent affecter à la fois la production, la compréhension des messages verbaux, mais aussi la gestion des échanges. Alors que leur niveau de langage permettait aux PA, avant leur accident ou leur maladie, de s'engager sans difficulté dans les interactions verbales et de participer aux échanges en fournissant un niveau d'effort minimal (Clark & Schaefer, 1987), ceux-ci se trouvent empêchés dans leur communication, à des degrés divers, en raison de troubles du langage oral (difficulté pour parler et/ou comprendre) et/ou écrit (difficulté pour lire et/ou pour écrire). La communication perd de son naturel et peut devenir difficile et asymétrique. Dans ces conditions, la PA ne peut plus assurer de façon autonome, comme elle le faisait auparavant, son rôle de locuteur et/ou d'auditeur et peut avoir besoin de l'aide de son interlocuteur pour maintenir une communication interindividuelle la plus satisfaisante possible et continuer de participer aux échanges conversationnels, malgré la présence de

déficits linguistiques. L'échelle d'évaluation de l'aphasie de Boston (BDAE de Goodglass & Kaplan 1972 traduite par Mazaux & Orgogozo 1982) distingue six profils communicationnels permettant d'apprécier la sévérité de l'aphasie en situation de conversation. Dans cette échelle, le niveau 0 correspond à une atteinte sévère compromettant tout échange et le niveau 5 correspond à une atteinte discrète, qui n'est pas nécessairement perçue par l'interlocuteur au cours de la conversation.

Les formes cliniques d'aphasie et leur sévérité varient en fonction de la localisation et de l'étendue de la lésion cérébrale (Mazaux et al. 2007). Les troubles du langage peuvent concerner l'expression, au niveau lexical (manque du mot, production de mots erronés (paraphasies)) et syntaxique (trouble dans l'élaboration des phrases), et/ou la compréhension (difficulté à saisir le sens des mots ou des énoncés). Les versants oral et/ou écrit peuvent être atteints. Ces troubles rendent la conversation ardue, voire impossible, et perturbent la régulation des échanges. En effet, non seulement, les PA peuvent éprouver des difficultés à parler, à trouver les mots, à prendre la parole ou à la céder, à suivre une conversation, à organiser leur discours, mais ils peuvent aussi rencontrer des difficultés pour signaler et réparer les incidents conversationnels ou pour se saisir des propositions faites par leur interlocuteur.

Le retentissement de l'aphasie concerne tout à la fois la PA et son interlocuteur car il modifie l'équilibre habituel des tours de parole (ex. l'un des participants parlant trop et l'autre pas assez) et met à mal le processus collaboratif de l'échange dès lors que les incidents conversationnels se multiplient. Face aux déficits linguistiques, les interlocuteurs doivent trouver ensemble une nouvelle dynamique pour continuer de contribuer, chacun à leur mesure, au maintien de la communication (ex. développement de stratégies de réparation ou d'aides). Dans cette situation de handicap communicationnel partagé, une communication soutenue et facilitée par l'interlocuteur est possible si celui-ci se montre attentif, exprime son intérêt (en laissant par exemple plus de temps à la PA pour s'exprimer) et propose des aides (en demandant confirmation de ce qu'il a compris ou en donnant à la PA des éléments lui permettant de confirmer son intention communicative). En réponse, le fait que la PA parvienne à signaler ses difficultés et s'investisse dans les réparations qui lui sont accessibles au cours de l'échange conversationnel peut contribuer à préserver le naturel de l'échange. Ce qui reste commun avec la conversation ordinaire est que chaque partenaire est actif et co-responsable de la réussite et de la qualité de l'échange.

2.3 *Conversation et orthophonie*

Thérapeute de la communication, l'orthophoniste a pour rôle de soutenir la récupération des habiletés langagières et communicationnelles des PA, de leur permettre de compenser les déficits linguistiques persistants afin de rétablir une communication aussi efficiente et satisfaisante que possible. Pour ce faire, il

évalue préalablement le comportement verbal de son patient en envisageant de manière conjointe ses déficits, préservations et stratégies et en prenant en compte sa personnalité, son environnement, ses besoins communicationnels. Dans sa prise en charge, il s'adapte aux besoins du patient, qui évoluent dans le temps, notamment en fonction du stade de récupération et des facteurs individuels et environnementaux, en proposant des techniques, centrées tantôt sur la restauration de la fonction langagière tantôt sur sa réorganisation, et de façon générale sur l'entraînement des compétences linguistiques et communicationnelles. L'orthophoniste veille généralement à offrir un contexte facilitateur (ex. environnement calme, aides personnalisées) et bienveillant afin que la PA retrouve confiance en ses capacités communicationnelles et continue de s'investir dans l'échange, en dépit des modifications induites par l'aphasie (Cameron et al. 2015). Ainsi, ce ne sont pas seulement les compétences langagières en tant que telles qui sont l'objet du traitement orthophonique, mais leur actualisation en contexte, notamment en conversation dans les échanges sociaux du quotidien.

C'est dans ce cadre que l'analyse conversationnelle a été appliquée en contexte clinique afin de permettre notamment aux patients de mieux communiquer avec leur entourage, que ce soit dans leur environnement familial ou de soins (Lock et al. 2001; Withworth 2003; Kagan et al. 2004). La dynamique interactionnelle s'est trouvée ainsi prise en compte dans le cadre de l'éducation thérapeutique, de l'aide aux aidants ou de la formation des soignants. Des programmes à destination des proches (Blom Johansson et al. 2013; Saldert et al. 2013; Wilkinson et al. 2011 pour les membres de la famille), des personnels soignants (Jensen et al. 2014) ou des étudiants en soins (Cameron et al. 2015) ont été proposés. L'ensemble de ces études montre l'intérêt de porter son attention sur le partenaire de communication de la PA et la pertinence de l'intégrer au processus de réhabilitation, en évitant les comportements et attitudes qui entravent la communication et en encourageant ceux qui la facilitent (Simmons-Mackie et al. 2016).

Bien que l'orthophoniste soit un interlocuteur privilégié de la PA, à notre connaissance il n'existe pas d'étude s'intéressant spécifiquement à son comportement communicationnel. C'est la raison pour laquelle nous avons sollicité des dyades orthophoniste/PA et proposé un dispositif permettant aux orthophonistes de porter leur attention sur leur posture langagière en observant leurs comportements communicationnels en situation conversationnelle.

3. Objectif et hypothèse

L'objectif de cette étude pilote est d'évaluer l'intérêt d'une auto-analyse par les orthophonistes de leur posture langagière professionnelle dans une situation de conversation avec leur patient. A partir d'enregistrements vidéo de conversations entre des PA et leur thérapeute, nous avons transcrit un extrait

d'un de leurs échanges au cours d'une séance et proposé aux orthophonistes d'analyser cet extrait au moyen d'une grille conçue pour guider leur observation et recueillir leurs réflexions.

Nous faisons l'hypothèse que ce dispositif (visionnage de l'échange, lecture de la transcription et complétion de la grille par l'orthophoniste) constitue une aide à la conscientisation des pratiques professionnelles et à leur analyse qualitative, et une première étape en vue d'ajuster ces pratiques dans une perspective clinique.

4. Méthode

4.1 Matériel

Dans la pratique orthophonique, les enregistrements audio des productions des patients sont courants mais ils ne font généralement pas l'objet d'une transcription systématique et d'une analyse approfondie. Les transcriptions sont plutôt réalisées dans le cadre de recherches car elles nécessitent du temps qui manque souvent aux cliniciens (da Silva Genest & Masson 2017). C'est la raison pour laquelle nous avons élaboré un protocole accessible aux orthophonistes volontaires pour analyser leurs stratégies communicationnelles en leur permettant de s'autoévaluer lors d'un échange conversationnel filmé avec leur patient: un extrait vidéo de cette conversation et sa transcription leur étaient fournis et il leur était demandé de compléter une grille d'analyse en s'appuyant successivement sur ces deux supports.

La grille que nous avons construite (Annexe 1) s'inspire à la fois des données de la littérature aphasiologique (en particulier Simmons-Mackie et al. 2014 et Simmons-Mackie et al. 2016) et de ressources destinées aux aidants de PA élaborées notamment par des associations (Association Québécoise des Personnes Aphasiques, Fédération Nationale des Aphasiques de France). Cette grille d'analyse des comportements de communication de l'orthophoniste en conversation avec son patient répertorie 17 comportements de communication verbale, para-verbale et non verbale. Il peut s'agir d'adaptations et d'ajustements au patient (ex. débit lent, phrases courtes, utilisation de questions fermées) ou d'aides proposées par l'orthophoniste pour faciliter la communication (ex. laisser le temps au patient, reformuler ses propos, utiliser l'écrit ou le dessin).

4.2 Population

Sept dyades orthophoniste/PA ont participé à l'étude. Les patients, âgés en moyenne de 49 ans, présentaient tous une aphasie chronique (1 an 9 mois à 4 mois du début de l'aphasie au moment de l'enregistrement) se manifestant notamment dans les échanges conversationnels (score de sévérité compris entre 2 et 4 sur l'échelle du BDAE; cf. tableau 1). La majorité des patients (6/7)

présentaient une aphasie non fluente avec réduction linguistique, troubles lexicaux (paraphasies) et syntaxiques (agrammatisme) et la présence de troubles de la production de la parole modérés (léger pour le patient 3) avec une bonne compréhension simple. Seul un des patients présentait une aphasie fluente, sans trouble de production de la parole, avec des troubles lexicaux et syntaxiques (dyssyntaxie). Tous avaient des difficultés de compréhension des énoncés complexes et présentaient des troubles du langage écrit associés.

Patient	Age	Distance du début de l'aphasie	Type d'aphasie	Score BDAE
1	41 ans	1 an et 5 mois	Non fluente ¹	3
2	52 ans	8 mois	Non fluente	2
3	56 ans	1 an	Non fluente	3
4	38 ans	1 an et mois	Non fluente	3
5	58 ans	1 an et 9 mois	Non fluente	4
6	44 ans	1 an	Non fluente	2
7	53 ans	4 mois	Fluente	3

Tableau 1. Caractéristiques de la population aphasique

Chacune des dyades était volontaire pour participer à l'étude après avoir été informée de ses objectifs, de son déroulement et du respect de l'anonymat dans l'analyse et la diffusion des résultats de l'étude². Tous les participants ont signé un formulaire de consentement de participation et donné leur accord pour que les vidéos puissent être visualisées par les participants et les auteurs de l'étude.

4.3 *Protocole*

En amont de l'étude, chaque orthophoniste a reçu le protocole écrit détaillant les attendus de l'étude et ses étapes. Tous les orthophonistes participants ont ainsi bénéficié des mêmes consignes.

4.3.1 Profils communicationnels des patients

Dans un premier temps, les orthophonistes ont été invités à renseigner les profils communicationnels de leur patient (cf. tableau 2) indiquant les compétences présentes chez les PA participantes comme l'engagement dans l'échange et sa gestion, le respect des tours de parole et les réparations possibles de la part de la PA.

¹ La fluence correspond à la quantité de langage produite par la PA. Les aphasies non fluentes se caractérisent par une réduction linguistique plus ou moins importante, les aphasies fluentes par une quantité de langage normale voire augmentée.

² Déclaration de conformité à la protection des données personnelles n°2019-51 de la CNIL.

4.3.2 Recueil et transcription du corpus conversationnel

Dans un second temps, les orthophonistes ont enregistré une conversation de 5 à 10 minutes dans leur lieu habituel de prise en charge, au cours d'une séance d'orthophonie. Les sujets abordés étaient libres, afin d'obtenir une conversation la plus naturelle possible. L'orthophoniste était également invité à s'investir dans l'échange en l'alimentant personnellement, l'enjeu étant de "parler avec" le patient et non de le "faire parler".

Nous avons retenu pour chaque conversation, un extrait de trois à quatre minutes, correspondant à la séquence de l'échange la plus riche en ajustements conversationnels. Cet extrait a ensuite été transcrit avec le logiciel CLAN (*Computerized Language ANalysis*, MacWhinney 2000) en veillant à rendre cette transcription lisible par les cliniciens, avec la précision des principaux symboles utilisés.

4.3.3 Autoanalyse des orthophonistes au moyen de la grille

Dans un troisième temps, l'extrait vidéo, sa transcription et la grille d'analyse ont été fournis à l'orthophoniste. Il lui a été demandé de compléter la grille, d'abord en visionnant la vidéo, puis en prenant connaissance de sa transcription. La consigne était de relever la présence ou non des comportements de communication proposés dans la grille et d'ajouter les informations qualitatives qu'il jugeait utile de préciser (ex. comportement facilitateur habituel, comportement non observé dans l'extrait mais présent dans d'autres situations). Les orthophonistes étaient invités à centrer leur attention sur leur posture dans l'échange (ex. écoute, ajustement en cas d'incidents conversationnels) et non sur l'évaluation de l'efficacité de leurs stratégies ou de celles du patient.

4.3.4 Retour des orthophonistes sur le protocole

A la fin de l'étude, les orthophonistes ont répondu à un questionnaire sur le protocole (apport de la vidéo, de la transcription et de la grille, intérêt de l'étude pour la pratique professionnelle). Les réponses étaient attendues sur une échelle de Likert composée de cinq items allant de "pas du tout d'accord" à "totalement d'accord" associant des commentaires si besoin.

5. Résultats

Le tableau 2 présente les profils communicationnels des patients de l'étude renseignés par leur orthophoniste. Si chaque patient a un profil particulier, en rapport avec la spécificité de son tableau clinique, tous les patients de l'étude: (1) rencontrent des difficultés au cours de la conversation (2), ont en commun un investissement dans l'échange et la préservation de compétences pragmatiques (ex. gestion des tours de parole) et (3) sont sensibles aux aides

proposées par l'orthophoniste. Ces résultats confirment qu'en dépit de leurs troubles du langage, les PA continuent de contribuer, à leur mesure, à l'échange conversationnel (Holland 1991).

		Numéro de la dyade						
		1	2	3	4	5	6	7
Engagement dans l'échange	Le patient est investi dans la communication verbale	+	+	+/-	+	+	+	+
	Le patient peut être à l'initiative d'une conversation avec un proche	+	-	-	-	-	-	+
	Le patient peut être à l'initiative d'une conversation avec une personne ne faisant pas partie de l'entourage	-	-	-	-	-	-	+
Gestion de l'échange	Le patient initie de nouveaux thèmes au cours de la conversation	-	+	-		+	+	+
	Le patient parvient à maintenir le thème de la conversation	-	+	-	+	+	+	+
	Le patient parvient à s'adapter à son interlocuteur dans le développement du thème de la conversation	-	-	+	+	+	+	-
Tours de parole	Le patient prend la parole quand c'est son tour	+	+	+	+	+	+	+
	Le patient laisse la parole à son interlocuteur quand c'est son tour	+	+	+	+	+	+	-
Ajustements, réparations, stratégies	Le patient reformule ses propos quand l'interlocuteur n'a pas compris	-	-	-	-	+	-	-
	Le patient signale quand il est en difficulté (de production ou de compréhension)	+	+	-	-	+	+	-
	Le patient s'autocorrige spontanément en cas d'erreur	-	-	-	-	-	-	-
	En cas d'erreur signalée par l'interlocuteur, le patient parvient à se corriger	+	-	-	-	+	-	-
	Le patient est aidé par les gestes, mimiques ou expressions faciales de son interlocuteur	+	+	+	+	+	+	+
	Le patient recourt aux gestes, mimiques pour mieux se faire comprendre	+	-	-	-	-	+	+
	Le patient recourt à l'écrit pour mieux se faire comprendre	+	+	-	-	-	+	-

Tableau 2. Profil communicationnel des patients en conversation (+ = comportement présent; - = comportement absent).

Le tableau 3 reprend, pour chaque dyade, les comportements relevés par les orthophonistes après le visionnage de l'extrait vidéo puis la lecture de sa transcription.

	Numéro de la dyade						
	1	2	3	4	5	6	7
Je produis des phrases courtes et claires	+	-	+	+	-	+	+
Mon débit est lent ou ralenti	+	+	+	+	-	-	+
Je pose des questions fermées	+	+	+	+	+	+	+
Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	+	+	+	-	+	-	+
Je produis des énoncés minimaux (ex: hum hum, ok...) pour marquer ma compréhension	-	+	+	+	+	+	+
Je suis attentif à l'équilibre des temps et tours de parole	+	+	+	+	+	-	-
Je reformule le message du patient pour m'assurer que j'ai bien compris son message	+	+	+	-	+	+	+
Je reformule mon message quand le patient n'a pas compris	+	-	-	-	-	-	-
Je manifeste verbalement ma compréhension ou mon incompréhension	+	-	+	+	+	+	+
Je manifeste ma compréhension ou mon incompréhension par mes expressions faciales	-	+	-	-	+	+	+
Je formule des hypothèses pour aider le patient en cas de manque du mot	+	+	+	+	+	+	+
J'utilise des gestes (pointage, gestes symboliques, mimes) pour aider le patient à comprendre mon message.	-	-	+	-	+	+	+
J'utilise d'autres supports pour soutenir la communication (photos, calendrier...)	-	-	-	-	-	+	-
J'utilise le dessin pour soutenir la compréhension du patient	-	-	-	-	-	-	-
J'utilise l'écrit pour soutenir la compréhension du patient	-	-	-	-	-	+	-
J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre	-	-	+	-	-	+	-

Tableau 3. Adaptations, ajustements ou aides de l'orthophoniste observés au cours de l'échange conversationnel (+ = comportement présent; - = comportement absent).

On constate que, dans les 7 corpus, certains comportements sont systématiquement présents (ex. feed-back de compréhension et formulation d'hypothèses pour aider le patient en cas de difficultés lexicales). D'autres dépendent des besoins de la situation (ex. stratégie non déployée car non nécessaire dans l'extrait analysé). Leur présence est donc variable de ce fait. On note toutefois que le ralentissement du débit de parole n'est pas systématiquement observé, bien qu'il fasse partie des préconisations souvent faites aux interlocuteurs des PA.

La mention de la présence ou l'absence de certains comportements dans l'extrait peut être mise en relation avec des commentaires ajoutés par les orthophonistes dans la grille d'observation. Dans ceux-ci, les orthophonistes justifient certains comportements, font part de leur réflexion sur l'intérêt ou pas de certaines stratégies pour le PA en question ou discutent l'apport de la transcription.

Enfin, le tableau 4 fournit le retour des orthophonistes sur le protocole.

		Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	% de réponses en accord
Apport de la grille	La grille est claire et facile à compléter	0	0	1	3	3	86%
	La grille reprend bien toutes les stratégies pouvant être utilisées avec mon patient aphasique	0	0	0	4	3	100%
	La grille m'a permis de prendre conscience de stratégies que j'utilise spontanément	0	1	1	1	4	71%
	La grille m'a permis de découvrir des stratégies de communication que je n'utilise pas	0	1	1	2	3	71%
Apport de la vidéo et de la transcription	Le visionnage de l'extrait vidéo m'a aidé à mieux prendre conscience de mes stratégies de communication	0	0	0	3	4	100%
	La lecture de la transcription a constitué un apport dans la prise de conscience de mes stratégies de communication	0	1	0	4	2	86%
	La lecture de la transcription a apporté des informations supplémentaires par rapport à l'analyse vidéo seule avec la grille	0	2	0	1	4	71%
	Les observations effectuées entre le visionnage de l'extrait vidéo et la lecture de la transcription sont concordantes	0	0	0	2	5	100%
Apport de l'étude	Participer à l'étude m'a permis de prendre davantage conscience de mes stratégies de communication	0	1	1	3	2	71%
	Participer à l'étude m'a permis de prendre davantage conscience de mes stratégies de communication	0	1	1	3	2	71%
	Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies efficaces	0	1	2	3	1	57%
	Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies moins efficaces	0	0	0	5	2	100%
	Participer à cette étude aura probablement un impact sur ma pratique future	0	0	0	6	1	100%

Tableau 4. Retour des orthophonistes sur le protocole

Ce retour est globalement positif. Il indique que le protocole proposé a permis aux orthophonistes de formaliser une auto-observation et de conscientiser davantage certains de leurs comportements de communication. Si la grille d'analyse semble améliorer la prise de conscience de leurs stratégies de communication, il est important de noter que ce sont surtout leurs stratégies moins efficaces que le protocole a permis de mettre au jour. Ainsi, l'apport de la grille ne concernerait pas tant les stratégies efficaces que celles qui le sont

moins ou celles qui ne sont pas utilisées mais qui pourraient éventuellement être convoquées. Par ailleurs, les observations réalisées à partir de l'extrait vidéo sont le plus souvent jugées concordantes avec celles réalisées à partir des transcriptions.

Enfin, certains orthophonistes indiquent que le choix de cette situation (échange conversationnel orthophoniste/PA plutôt qu'une tâche langagière proposée par l'orthophoniste et réalisée par la PA) les a confortés dans l'appréciation de la richesse, d'un point de vue clinique, de la situation conversationnelle et dans le souhait de davantage la prendre en compte dans le suivi orthophonique.

6. Discussion

Dans cette étude, nous avons invité des professionnels à analyser des corpus vidéo et transcrits d'interactions conversationnelles avec leur patient, en leur proposant de focaliser leur attention sur leurs propres comportements de communication. Les résultats principaux de cette étude pilote menée auprès de sept dyades orthophoniste/PA font apparaître que :

La situation d'analyse conversationnelle et le dispositif proposé ont été investis par les cliniciens. La grille d'analyse leur a permis de repérer les stratégies qu'ils utilisaient spontanément mais également celles qui n'étaient pas présentes mais qu'ils auraient pu potentiellement utiliser. Elle les a conduits à une prise de conscience des stratégies qu'ils utilisaient mais aussi des stratégies qu'ils auraient pu mobiliser ou qu'ils pourraient envisager dans leurs échanges avec leur patient.

Dans la plupart des cas, la vidéo et la transcription ont mis en évidence les mêmes adaptations, ajustements et aides de la part de l'orthophoniste. Dans certains cas, les deux supports ont été jugés complémentaires, la vidéo apportant davantage d'informations sur les éléments non verbaux (ex. regard, posture, intonation) et la lecture de la transcription faisant apparaître plus précisément les éléments verbaux (ex. régulateurs, types de reformulation, réparations spontanées des PA). Ainsi, la transcription semble être un outil utile pour qualifier et quantifier la présence des comportements de communication mais également pour analyser le lien entre les propositions de l'orthophoniste et les réponses du patient. A titre d'exemple, et selon les orthophonistes participants, les tentatives de communication non abouties, les tics de langage et les chevauchements semblaient mieux objectivés par la transcription que par le visionnage de la seule vidéo.

Ces premiers résultats soulignent l'importance de dispositifs permettant à l'orthophoniste de prendre conscience plus spécifiquement de sa posture à la fois langagière et communicationnelle. Son regard est en effet généralement tourné vers les performances du patient (da Silva Genest & Masson 2017) ou vers l'évaluation de l'efficacité des aides qu'il propose. Elargir le regard à l'interaction et à la collaboration qui la caractérise ouvre plusieurs perspectives.

Partant de l'idée que l'efficacité communicationnelle des stratégies d'une PA dépendent à la fois de la PA et de son interlocuteur (Wilkinson et al. 2011), il convient dès lors de s'intéresser à cette dynamique en personnalisant les conseils au profil clinique particulier de chaque PA, au type d'interactions dans laquelle elle est engagée et à ses différents partenaires de communication.

Du point de vue du partenaire professionnel, le fait que l'orthophoniste soit capable d'analyser son comportement et de le modeler à bon escient constitue une ressource qu'il pourra exploiter auprès de son patient, mais aussi dans l'accompagnement des familles ou des autres interlocuteurs de celui-ci. Dans le cadre du traitement orthophonique, cela conduit à ne pas se restreindre au changement et/ou à l'adaptation du comportement verbal du patient mais à conduire chacun des partenaires (à commencer par l'orthophoniste) à prendre conscience de ce qui se joue dans l'interaction et des leviers dont chacun dispose à l'instant t. Développer sa propre compétence à s'ajuster aux difficultés communicationnelles d'une PA pourrait ainsi permettre d'une part, de le mettre plus souvent en situation de réussite dans la conversation (Kagan 1995) et d'autre part, de mieux accompagner l'entourage dans son ajustement aux changements consécutifs à la survenue de l'aphasie.

Modifier ses habitudes communicationnelles peut se révéler difficile (Beeke et al. 2014), même pour un interlocuteur bienveillant et averti des troubles du langage comme l'orthophoniste. L'auto-analyse basée sur l'étude de corpus d'interaction, bien qu'encore peu répandue chez les orthophonistes, nous apparaît, au regard des résultats de cette étude pilote, une démarche à développer dans une perspective d'amélioration des pratiques professionnelles. Si les savoirs cliniques professionnels sur l'aphasie sont primordiaux, prendre connaissance de son propre fonctionnement de communication à travers l'auto-analyse nous semble également nécessaire, et ce dès la formation initiale et tout au long de l'exercice professionnel. En d'autres termes, l'enjeu pour l'orthophoniste serait ainsi d'ajouter à son expertise sur la pathologie aphasique et à sa connaissance des PA qu'il accompagne, la conscience de sa propre façon de communiquer, sachant que cette aptitude peut sans cesse être améliorée afin de s'adapter aux contraintes cliniques et aux besoins des patients. Enfin, intégrer davantage de situations de communications naturelles et de temps d'échanges authentiques au cours des séances d'orthophonie pourrait enrichir la prise en soins, tant sur un plan fonctionnel que relationnel, ces deux dimensions se situant au cœur du processus thérapeutique orthophonique.

7. Conclusion

Dans l'étude que nous avons présentée, nous nous sommes intéressées aux échanges conversationnels entre une PA et son orthophoniste en focalisant notre attention sur le rôle de ce dernier dans le processus collaboratif de la

conversation. Nous avons choisi de rétablir un équilibre dans l'étude de la contribution de chacun des partenaires de la communication en prenant le parti de ne pas nous limiter aux déficiences linguistiques des PA, à l'origine de problèmes de communication interindividuelle, mais de nous intéresser à la dynamique interactionnelle, aux ajustements et stratégies de chacun des partenaires avec une attention plus particulière portée sur les comportements de communication du professionnel. La conscientisation de ces comportements par l'orthophoniste grâce à l'utilisation de dispositifs spécifiques (enregistrements vidéo, transcription de corpus, analyse conversationnelle) nous semble être une piste prometteuse dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

Cette étude initiée auprès d'un petit nombre de sujets (7 dyades orthophonistes/PA) mériterait d'être poursuivie et enrichie de données quantitatives et longitudinales afin de voir dans quelle mesure, la conscientisation de la posture professionnelle langagière des orthophonistes peut leur permettre d'optimiser leur prise en charge et si cette compétence ne mériterait pas d'être développée dès la formation initiale des futurs professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- Beeke, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J. & Best, W. (2014): Conversation focused aphasia therapy: Investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology*, 29(3), 355-377.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K. (2013): A multiple-case study of a family-oriented intervention practice in the early rehabilitation phase of persons with aphasia. *Aphasiology*, 27(2), 201-226.
- Cameron, A., McPhail, S. M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J. & Finch, E. (2015): Increasing the confidence and knowledge of occupational therapy and physiotherapy students when communicating with people with aphasia: A pre-post intervention study. *Speech, Language and Hearing*, 18(3), 148-155.
- Chetelat-Mabillard, D. & Buttet Sovilla, J. (2003): Essai d'utilisation du Conversational Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA). *TRANEL*, 38, 111-128.
- Clark, H. H. & Schaefer, E. F. (1987): Collaborating on contributions to conversations. *Language and cognitive processes*, 2(1), 19-41.
- da Silva Genest, C. & Masson, C. (2017): L'apport de la linguistique de corpus à l'étude des situations cliniques: l'utilisation de ressources écologiques. *Studii de Lingvistica*, 7, 89-112.
- Davis, G. & Wilcox, M. (1981): Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In R. Chapey (éds), *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore (Williams & Wilkins), 169-193.
- De Partz, M.-P. (2001): Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques: l'analyse conversationnelle. *Glossa*, 75, 4-12.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972): *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (traduit par Mazaux, J. M. & Orgogozo, J. M. (1982)).

- Holland, A. (1981): Pragmatic aspects of intervention in aphasia. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197-211.
- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., Mathiesen L. L. & Forchhammer, H. B. (2014): Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80
- Kagan, A. (1995): Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to the health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-28.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2004): A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in stroke rehabilitation*, 11(1), 67-83.
- Kebrat-Orecchioni, C. (1994, 1995): *Les interactions verbales* (3 tomes), Paris (A. Colin).
- Kebrat-Orecchioni, C. (1996a): *La conversation*, Paris (Seuil).
- Kebrat-Orecchioni, C. (1996b): Les négociations conversationnelles, *Verbum* N°VII, 223-243.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. & Moir, D. (2001): Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(sup1), 25-30.
- MacWhinney, B. (2000): *The CHILDES Project: Tools for Analyzing Talk* (3rd Edition). Mahwah, NJ (Lawrence Erlbaum Associates).
- Mazaux, J. M. & Orgogozo, J. M. (1982): *Échelle d'évaluation de l'aphasie adaptée du Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Paris (ECPA).
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl P. & Brun V. (éds.) (2007): *Aphasies et Aphasiques*. Issy-les-Moulineaux (Masson).
- Rousseaux, M., Daveluy, W. & Kozłowski, O. (2010): Communication in conversation in stroke patients. *Journal of neurology*, 257(7), 1099-1107.
- Saldert, C., Backman, E. & Hartelius, L. (2013): Conversation partner training with spouses of persons with aphasia: A pilot study using a protocol to trace relevant characteristics. *Aphasiology*, 27(3), 271-292.
- Simmons-Mackie, N., Savage, M. C. & Worrall, L. (2014): Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 511-526.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A. & Cherney, L. R. (2016): Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221.
- Traverso, V. (2004): *L'analyse des conversations*. Paris (A. Colin).
- Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K. & Sage, K. (2011): Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International journal of speech-language pathology*, 13(1), 74-87.
- Withworth A. (2003): The application of conversation analysis (CA) to the management of aphasia. *TRANEL*, 38/39, 63-76.

Annexe 1. Grille d'analyse des comportements de communication de l'orthophoniste

Comportements		Observé dans la vidéo (oui/non)	Identifié dans la transcription (oui/non)	Remarques Précision, fréquence, réaction du patient, effet sur le patient Comparatif vidéo / transcription (différence, complémentarité)
Communication verbale	Je produis des phrases courtes et claires			Vidéo: Transcription:
	Je reformule mon message quand le patient n'a pas compris			Vidéo: Transcription:
	Je pose des questions fermées			Vidéo: Transcription:
	Je reformule le message du patient pour vérifier que j'ai compris le message			Vidéo: Transcription:
	Je formule des hypothèses pour aider le patient en cas de manque du mot			Vidéo: Transcription:
	Je manifeste verbalement ma compréhension ou mon incompréhension			Vidéo: Transcription:
Communication para-verbale	Je produis des énoncés minimaux (ex: hum hum, ok...) pour marquer ma compréhension			Vidéo: Transcription:
	Mon débit est lent ou ralenti			Vidéo:
	Je laisse du temps au patient pour s'exprimer			Vidéo:
Communication non verbale	J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message (Préciser si mimes, gestes symboliques, pointage...)			Vidéo: Transcription:
	J'utilise divers supports pour soutenir la communication. (Préciser: calendrier, montre, photos, ardoise, autres objets réels...)			Vidéo: Transcription:
	J'utilise le dessin pour me faire comprendre			Vidéo: Transcription:
	J'utilise l'écriture pour me faire comprendre			Vidéo: Transcription:
	Je vérifie que le patient comprend mon message en étant attentif à ses réactions non verbales			Vidéo:
	Je manifeste ma compréhension ou mon incompréhension par mes expressions faciales			Vidéo:
	J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre			Vidéo: Transcription:
Gestion de l'échange	L'alternance des tours de parole et l'équilibre des temps de parole sont respectés			Vidéo: Transcription:
	J'utilise d'autres stratégies non mentionnées dans cette grille (préciser)			Vidéo: Transcription: