

Intervenir sur l'aphasie en contexte hospitalier: analyse des pratiques de rééducation et d'évaluation

Sara MERLINO

Université de Bâle

In this paper, we analyse post-stroke aphasia speech therapy sessions taking place in the hospital setting. During the acute phase of the pathology, the objective of the session is both to give a first recovery to the patient and to evaluate the troubles issued from the stroke lesion. Using an interactional perspective, we analyse the interactive organization of different tasks performed during these sessions and show the methodical practices and resources used by the participants to accomplish them. This allows us to reflect not only on how tasks are locally and interactively realized, but also on how they affect the type of engagement exhibited by the patient and the visibility of his/her different heterogeneous competences. We finally discuss the impact this can have on the assessment of the patient's residual linguistic and cognitive abilities.

1. Introduction¹

Depuis quelques années, le champ de la rééducation logopédique² des pathologies du langage bénéficie de l'apport des approches interactionnistes qui ont souligné et montré le rôle central joué par l'interaction dans l'acquisition et la rééducation du langage. Cette perspective a donné lieu à de nombreux travaux sur l'interaction adulte-enfant (voir notamment les recherches pionnières de de Weck p. ex. 1996, 1998, 2003) qui ont nourri à la fois le domaine de la réflexion théorique et celui de la pratique des logopédistes. Dans le champ de la pathologie de l'adulte, l'intégration de la recherche à la démarche thérapeutique s'est faite surtout³ grâce aux travaux sur l'aphasie réalisés par Ray Wilkinson en Angleterre. Ses recherches d'analyse conversationnelle (AC) ont non seulement valorisé la dimension interactive de la rééducation de l'adulte et contribué ainsi à la description des pratiques et des ressources déployées à des moments interactionnels spécifiques (par exemple de réparation et

¹ Nous remercions les relecteurs et les éditeurs pour la lecture attentive de l'article et leurs commentaires à une première version du texte.

² Le lecteur reconnaîtra dans la terminologie suisse (logopédie/logopédiste) la même pratique qui en France est désignée par le terme d'orthophonie (et d'orthophoniste).

³ Mais voir aussi les recherches récentes sur le dépistage de la démence (par exemple, Jones et al. 2016), et sur la maladie d'Alzheimer (par exemple, da Cruz 2010).

recherche de mot⁴, Wilkinson 2004); elles ont aussi montré l'intérêt de lier la pratique en cabinet aux dynamiques communicatives qui caractérisent les conversations ordinaires des locuteurs aphasiques (voir, dans ce sens, les programmes d'intervention et formation destinés à l'entourage du client aphasique, Wilkinson et al. 1998; Lock, Wilkinson et Bryan 2001; Wilkinson, 2011, 2014, 2015). Cela a permis, entre autres, de souligner la spécificité des contextes d'interaction et des activités qui y sont liées, et de montrer que ces spécificités peuvent avoir un impact sur la manière dont les compétences résiduelles du locuteur aphasique sont à la fois valorisées (ou exploitées) et traitées (ou travaillées) au cours de la thérapie⁵. Notre recherche se situe dans la lignée de ces travaux et montre, par l'analyse détaillée et multimodale d'interactions thérapeute-patient ayant lieu en phase aiguë de la pathologie, que le type de tâche réalisée et la manière dont la tâche est implémentée par le thérapeute ont un effet sur le type de compétences exhibées par le patient. Dans le cadre du contexte hospitalier qui est au centre de notre étude, cela a des conséquences importantes non seulement pour la rééducation du patient mais aussi pour son évaluation dans le cadre du bilan médical - ce qui constitue un aspect central du travail du logopédiste.

2. La thérapie comme forme spécifique d'interaction sociale

Depuis l'essor du courant interactionniste en logopédie, l'analyse des méthodes thérapeutiques est au centre de la réflexion sur l'interaction entre thérapeute et patient/client. Dans cette perspective, le rôle central de *l'étayage* comme trait caractéristique de ces interactions asymétriques, ainsi que sa valeur pour l'évaluation des capacités de l'enfant ou de l'adulte, a été souligné (Buttet Sovilla et de Weck 1998). Les spécificités de l'étayage comme outil thérapeutique ont été envisagées à la fois par rapport à la pathologie en question (Gaillard 1998) et par rapport au degré de familiarité des locuteurs avec la tâche proposée (Perren 1998). La prise en compte du contexte interactif de réalisation de la thérapie et une vision du langage comme activité socialement déterminée ont permis de souligner la nature strictement interactive de la rééducation (en termes de participation de l'adulte et de l'enfant à l'activité en cours) et le fait que l'apprentissage de l'enfant concerne non pas des "formes" linguistiques mais bien des *pratiques langagières* (Bronckart 1996; de Weck 2003). Celles-ci sont, par définition, dépendantes du genre de discours produit (discours interactif, récit d'expériences personnelles, narration, explication,

⁴ Sur la lignée de ces travaux, voir Laakso 2003, 2015; Klippi 2015; en français, Chetelat-Mabillard & Buttet Sovilla 2003; Bonnans & Delieutraz 2014.

⁵ L'étude de Beeke et al. (2003), par exemple, montre que des ressources grammaticales "inexploitées" lors de tests de dénomination d'images, et donc évaluées comme absentes, apparaissent au contraire chez le même locuteur lors de séquences de conversation ordinaire.

argumentation, etc.) et le reflètent (de Weck 2003). Dans le domaine de la pathologie de l'adulte, et notamment de l'aphasie, cette réflexion sur les méthodes thérapeutiques a bénéficié de l'intérêt croissant pour l'analyse de la structure de l'activité thérapeutique et de la réalisation interactive des tâches thérapeutiques (voir, à partir des années 90, les travaux menés en analyse du discours sur la thérapie aphasique, Horton & Byng 2000) et, plus récemment, même si encore dans une moindre mesure, d'une vision de la thérapie comme *processus* (Simmons-Mackie & Damico 1999; Horton 2006, 2007), et comme activité institutionnelle (Wilkinson 2013; Merlino 2017). Cela a permis de valoriser le rôle, souvent négligé, joué par le patient et de concevoir la thérapie comme résultant de la collaboration entre thérapeute *et* patient. Dans cette perspective, Wilkinson (2013) a analysé l'activité des tests de dénomination d'images (qui sont fréquents dans l'évaluation et la rééducation de l'aphasie) et montré les spécificités de cette forme d'interaction sociale: les résultats (cliniques) qu'elle produit ne peuvent pas être dissociés du contexte interactif dans lequel ils prennent forme et des pratiques interactionnelles que les locuteurs (le thérapeute *et* le patient) adoptent en la réalisant. La nature même des ressources linguistiques produites par le patient (un nom, un verbe), par exemple comme réponse dans le cadre d'une question-test du thérapeute, est donc strictement dépendante du moment séquentiel et de l'action en cours, et peut ne pas toujours correspondre au répertoire de ressources déployé par le patient lors d'autres types d'activités ou même d'interactions sociales (voir, par exemple, l'étude de Beeke et al. 2003, citée en note 5).

3. Traitement et évaluation des compétences du patient aphasique en phase aiguë

Les séances logopédiques de traitement de l'aphasie qui ont lieu à l'hôpital en phase aiguë post AVC sont vouées à la fois à une première prise en charge du patient (voire démutisation dans certains cas) qui permet d'alléger les séquelles de l'accident et à une détection rapide des conséquences médicales de l'AVC - qui consiste en une définition technique des dimensions linguistiques affectées par la lésion cérébrale. Ces dimensions sont testées et pratiquées par différents types de tâches (par exemple production de séries automatiques, épreuves de dénomination, répétition d'items) qui permettent d'évaluer plusieurs habiletés linguistiques en production et compréhension, et de rédiger ainsi le bilan orthophonique qui définit le profil du patient. A cela s'ajoute une évaluation des praxies bucco-faciales, une estimation globale de la capacité du patient à reconnaître ses difficultés (anosognosie) et de sa motivation à interagir, ainsi qu'une détection d'éventuels troubles mnésiques et attentionnels. L'évaluation et le traitement de ces compétences cognitives constituent cependant un défi majeur pour le thérapeute et les tests utilisés pour les détecter relèvent souvent d'une perspective cognitiviste (voir Murray, 2002). Dans une approche interactionniste, Simmons-Mackie & Kovarsky (2009) suggèrent que la notion

d'"engagement" peut s'avérer cruciale pour définir la capacité du patient à prendre part à l'activité et à manifester son attention envers l'interlocuteur et la tâche en cours. En pointant vers la nécessité pour les thérapeutes d'adopter des méthodes thérapeutiques qui favorisent cet "engagement", les auteurs, tout en ne fournissant pas d'analyses détaillées, identifient dans le regard, la posture, les gestes et le volume de la voix, des ressources qui peuvent signaler l'engagement des participants, et notamment du patient. Nos analyses montrent que le type de tâche réalisée joue un rôle central pour la manifestation non seulement de différents types d'habiletés communicatives mais aussi de différents types d'"engagement" exhibés par le patient et que donc l'évaluation de l'attention du patient – qui est souvent définie dans les bilans⁶ orthophoniques de nos sessions thérapeutiques en référence au maintien d'un regard réciproque - doit tenir compte des spécificités de la tâche réalisée.

4. Données

Cette étude fait partie de notre projet de recherche sur l'aphasie qui se base sur deux importants corpus d'enregistrements vidéo (InterLogos et DiaLogos) d'interactions thérapeutiques entre logopédistes et locuteurs aphasiques. La caractéristique novatrice de ces corpus est qu'ils incluent des patients présentant différents types d'aphasie (dont l'étiologie commune est un accident vasculaire cérébral – AVC) filmés dans différents contextes de rééducation (hôpital, clinique de rééducation, cabinet privé, domicile), dans deux pays différents (France et Suisse). Certains parmi ces patients ont été suivis tout au long de leur rééducation (de leur entrée à l'hôpital jusqu'au retour à la maison), ce qui a permis un suivi longitudinal de la phase aiguë de la pathologie à la phase de stabilisation. Pour la présente étude, nous nous sommes focalisée sur des sessions de rééducation qui ont lieu dans l'unité neurovasculaire d'un hôpital français: ici, nous avons filmé 11 patients, pour un total de 14 sessions qui impliquent 4 logopédistes différentes et qui constituent un total d'environ 9 heures d'enregistrements. Les analyses présentées dans cet article concernent un seul patient qui a développé une aphasie suite à un AVC temporal gauche. Il a été filmé lors de trois sessions différentes, qui couvrent une période de 3 semaines. Les analyses qui suivent concernent des activités réalisées au cours de la même séance thérapeutique (qui a eu lieu 5 jours après l'AVC).

⁶ Dans le cadre de notre terrain à l'hôpital, nous avons eu accès aux bilans orthophoniques rédigés à la fin des sessions filmées.

5. Défis, spécificités et gestion interactionnelle d'une activité de production lexicale

Dans cette section nous analysons le déroulement d'une activité de production lexicale qui consiste à compléter une phrase produite par la logopédiste. Comme dans le cadre des tâches de dénomination d'objets ou d'images, l'activité de complétion d'une phrase implique la production d'un item linguistique spécifique et s'organise autour de séquences d'actions qui alternent la "requête"⁷ de la logopédiste (avec production de l'énoncé à compléter), la "réponse" du patient et "l'évaluation" de la logopédiste⁸. Cette structuration ternaire ne s'accomplit cependant pas toujours en trois tours: les difficultés de production du patient requièrent souvent un important travail d'étayage de la part de la logopédiste (qui doit ainsi relancer la requête en l'ajustant aux compétences exhibées localement par le patient) et rendent même parfois impossible la production elle-même du terme visé par la tâche. L'extrait que nous analysons ici, et qui se développe sur une longue série de tours, rend particulièrement visibles ces difficultés. L'activité a lieu dans la chambre du patient, à côté de son lit, où un fauteuil roulant et une table mobile ont été positionnés. Les participants sont assis l'un en face de l'autre.

Le démarrage de la tâche et de la première séquence de production lexicale est précédé de la consigne de la logopédiste qui, en expliquant en quoi consiste l'activité à réaliser, s'occupe également d'instaurer une co-orientation visuelle avec le patient et de vérifier sa disponibilité à prendre part à l'activité.

En effet, pendant qu'elle annonce le changement d'activité, la logopédiste positionne sa main sur la main du patient et la retire peu après que celui-ci, précédemment en train de regarder ailleurs, la regarde (voir image 1). Cela est suivi par une description de la tâche à effectuer ("je vais commencer à dire des phrases et vous allez essayer de les terminer") et puis par une demande de confirmation à laquelle le patient répond de manière positive, en hochant la tête et en produisant un "oui". Ainsi la logopédiste montre que le démarrage de la tâche peut se faire seulement à condition d'avoir obtenu l'attention du patient (cf. "attention conjointe", Kidwell & Zimmermann 2007) et que cela correspond à l'établissement d'un regard réciproque. L'activité proprement dite peut ainsi commencer:

⁷ Pour l'activité de dénomination d'images, la requête peut être verbalisée en tant que telle au moment où la carte à nommer est montrée ou bien simplement inférée par le geste de montrer la carte.

⁸ L'évaluation peut d'ailleurs coïncider avec le démarrage de la nouvelle séquence (quand, par exemple, une évaluation du type "bien" est accompagnée par le tournage de la carte suivante).

Extrait 1.1

```

1      LOG      †↓*#par †exemple: je: METS (0.1) un cha- (.) -PEAU:
           †penche en avant†
           ↓>>reg pat-->
           pat   *>>reg log-->
           fig   #im1
2      sur      +#LA:/
           †pointe tête avec main droite->
           fig   #im2
3      (1.2)+(1.3)
           log   ->...+retire main,pose sous menton->
4      PAT      °euh •(1)a° *#(0.4) {f:} euh::
           •lève bras/main-->1.14
           *détourne regard-->
           fig   #im3

```



im1

im2

im3

En se penchant en avant vers le patient, la logopédiste initie la première séquence en la formulant comme un test de la tâche elle-même ("par exemple") et en produisant la première phrase à compléter ("je mets un chapeau sur la"). Les éléments qui composent la phrase sont segmentés en syllabes et produits avec un débit lent (voir à la ligne 1 les pauses qui séparent les différentes syllabes); certains sont emphatisés par un volume plus fort de la voix ("mets", "peau", "la"). La production du déterminant "la" est accompagnée par une intonation montante – ce qui induit une suite et contribue à configurer la production d'une phrase déclarative en une requête de complétion de la même (une technique d'élicitation très exploitée en contexte scolaire, cf. Lerner 1995; Koshik 2002). La projection syntaxique introduite par le syntagme prépositionnel "sur la" est complétée par un geste de pointage que la logopédiste réalise avec sa main droite en direction de sa tête et qu'elle maintient pendant une partie de la longue pause qui suit (im2). Cela constitue une forme d'étayage visuel qui indique au patient le référent du terme à produire.

Après la longue pause de la ligne 3, le patient montre qu'il est toujours en train de chercher le terme en question et d'essayer de réaliser la tâche: il hésite et émet des productions vocaliques qui semblent récupérer certains éléments de la phrase (le déterminant "la" et un phonème présent dans "chapeau"). La production du déterminant est accompagnée par un geste de la main (qui est soulevée) et suivie, pendant la pause, d'un détournement du regard (im3), qui jusqu'ici était orienté vers la logopédiste. Ce détournement du regard accompagne la production phonétique suivante et l'hésitation. Cela indique ainsi non seulement que le patient est en train de chercher le mot cible mais

aussi qu'il entame une phase de recherche privée (voir, pour ce phénomène "ordinaire", Goodwin 1983).

La logopédiste reprend cependant le tour et redémarre la séquence en produisant le début de la phrase à compléter, montrant ainsi qu'elle interprète la réponse du patient de la ligne 4 comme insuffisante et s'éloignant de la solution:

Extrait 1.2

```

5      LOG   +t@#JE:::
        log   +pointe tête avec main dr-->
        log   tpenche en avant-->
        pat   @tourne léger. tête vers log-->
        fig   #im4

6      (0.2)
7      PAT   °°euh[r°°
8      LOG   [m[e::ts
9      PAT   [ {(me:)} ++°°euhr°°$#(.)++ $euh {(v)e[::}
        log   trecule-----†
        log   -->+retire main de tête+soulève poigné+
        log   $.....$ouvre bouche-->
        fig   #im5

10     LOG                                     [u-
11     $*(0.2)$
        log   $garde bouche ouverte$
        pat   *reg en bas-->
12     LOG   UN: [ {f::[:a} ]
13     PAT   [°euhr°*{pa} H:
        -->*reg log-->
14     LOG   {pfo:#:}f
        pat   fpositionne lèvres sur « P »f
        pat   -->*reg en bas-->
        pat   -->bras/main soulevé(e)-->
        fig   #im6

15     PAT   {(po)} h:
16     (0.2)
17     PAT   (euh)

```



im4



im5



im6

La production du pronom sujet "je" est très emphatisée (volume fort, allongement vocalique, pointage vers la tête) et suivie d'une courte pause; l'hésitation du patient à la ligne 7 montre qu'il les interprète comme une sollicitation à reprendre le tour (non pas forcément pour produire, cette fois-ci, le terme "cible" mais pour initier un autre type d'activité, qui à ce stade n'est pas encore clairement établi). En chevauchement, la logopédiste produit le deuxième élément de la phrase ("mets"), que le patient essaie de reproduire à

la ligne suivante en prenant à son tour la parole en chevauchement. Ainsi on assiste à une *reconfiguration momentanée et interactive de la tâche* de départ qui, de la production d'un terme qui complète une phrase, devient une répétition collaborative et pas à pas des éléments de la phrase en question. Cela est visible, entre autres, par le retrait du pointage en direction de la tête de la part de la logopédiste, laquelle se focalise sur la production des autres termes et fournit de l'étayage visuel par le positionnement des lèvres (voir lignes 9 et 11, im5). Cette reconfiguration de la tâche – à laquelle le patient s'aligne – lui permet de participer à l'activité avec des productions vocaliques (hésitations mais aussi phonèmes/syllabes, voir lignes 9, 13, 15) qui ne restent pas isolées (et donc identifiables comme seules marques d'une difficulté à produire des mots) mais qui sont contextualisées par les tours de la logopédiste et donc identifiables comme production collaborative d'une phrase – ce qui témoigne de la participation du patient à l'activité en cours. Nous remarquons que pendant toute cette activité de production collaborative, le patient continue à détourner son regard et ne regarde la logopédiste qu'une seule fois (13), juste après que celle-ci a prononcé de manière très emphatisée le premier phonème de "chapeau" (allongement syllabique et positionnement de la bouche). Peu après (14) il baisse son regard et maintient suspendu le geste de la main et du bras droit (im6). Cette conduite corporelle (regard, Goodwin & Goodwin 1986, et suspension du geste, Schegloff 1984) rend particulièrement visibles l'engagement et l'effort du patient dans la résolution autonome de la tâche, qu'il considère comme n'étant pas complète et terminée⁹. En effet, le terme cible n'a pas encore été produit à ce moment et c'est ce que recherche la logopédiste à la ligne 18, quand elle énonce d'emblée "sur la", avec un volume très fort, aucune pause entre les deux mots, une intonation fortement montante et un pointage de la main en direction de la tête: de la répétition collaborative de chaque item on revient ici à la tâche de complétion de la phrase.

Extrait 1.3

18	LOG	*S::U:R LA::/
	pat	*lève regard à mi-hauteur-->
19		(0.2)*(0.9) * (0.1) *(0.5)
	pat	-->*lève tête,reg log*en bas*mi-hauteur gau.,dr.-->
20	PAT	*°euh°
		*reg en bas-->
21		Δ(0.4)
	pat	Δbouge tête de dr. à gau.-->
22	PAT	°euh.h:°
23		Δ(0.2)
	pat	Δbaisse tête-->
24	LOG	sur LA

⁹ L'hésitation de la ligne 17 qui suit à la fois la pause et la répétition de la part du patient de "peau" montre bien que le patient s'apprête à poursuivre l'activité.

Après la longue pause de la ligne 19, le patient ne se lance pas dans la répétition du syntagme prépositionnel, mais montre au contraire qu'il est toujours en train de chercher le terme en question, et qu'il est par conséquent à nouveau impliqué dans la complétion de la phrase (voir les hésitations aux lignes 20 et 22). Cela est confirmé par sa conduite corporelle: bras toujours soulevé avec le coude posé sur la table (ce qui montre un engagement dans l'activité et une posture de locuteur "imminent", Mondada 2007), regard orienté d'abord vers la gauche pour signaler une activité de recherche privée (Goodwin 1983), puis bref coup d'œil à la logopédiste au milieu de la pause et ensuite à nouveau détournement du regard vers le bas – ce qui indique encore un travail de recherche et un traitement de la tâche comme étant à réaliser tout seul/de manière autonome. Cette posture du patient sera également maintenue dans la suite de l'extrait, quand la logopédiste relance sa requête en reproduisant le syntagme prépositionnel (24) et puis en donnant le premier phonème du mot cible (partie omise ici). C'est ainsi que, en l'appelant par un *summons*, la logopédiste invite explicitement le patient à la regarder et à abandonner cette conduite corporelle:

Extrait 1.4

```

33    LOG    @>monsieur ruban< regardez-moi au même temps regardez
      pat    @recule-->
          (.)
34    LOG    +#essayez †de regarder ce que je dis††avec le:s
      log    +pointe v lèvres-----+
      log    †penche en avant-----†
      fig    #im7
35    PAT    °°oui°°
36    LOG    (0.3)
37    LOG    >regardez<=
38    PAT    =°(xx) oui°
39    LOG    (0.4)+*#(0.4)
      log    +main paume ouverte-->
      pat    *lève bras-->
      fig    #im8

```



```

40    LOG    @monsieur ruban/@
      pat    @se redresse@
41    PAT    *(0.3)
      PAT    *reg log-->
      PAT    @....
42    LOG    +@>'gardez [moi<
      pat    +pointe bouche-->
      pat    @se penche en avant-->
43    PAT    [°oui° [H::°

```

L'instruction (formulée avec le directif "regardez-moi", cf. Antaki & Kent 2012) dénote ainsi implicitement l'absence d'un regard réciproque et sa nécessité pour

la réalisation de la tâche. Elle est justifiée à la ligne suivante par une explication verbale ("essayez de regarder ce que je dis avec les") et non verbale (pointage vers les lèvres, im7) de la méthode d'étayage employée: regarder le positionnement des lèvres de la thérapeute peut en effet être une forme d'aide très efficace pour les patients qui souvent, dans nos données, parviennent à produire le terme en question grâce à la lecture labiale. Cependant nous remarquons que cette méthode thérapeutique s'éloigne des pratiques ordinaires de résolution d'une recherche de mot qui ont été décrites dans la littérature sur la conversation non-pathologique et dans le cadre desquelles non seulement on observe une préférence pour l'auto-résolution (autonome) de la recherche, mais aussi une tendance à manifester cette préférence par un détournement du regard du locuteur¹⁰.

En dépit de l'acquiescement du patient ("oui") qui ne regarde toujours pas devant lui, la logopédiste répète l'instruction ("regardez", sans pointer les lèvres) en obtenant un nouvelle approbation ("oui") et puis sollicite à nouveau le patient avec un *summons* verbal (par l'emploi du terme d'adresse¹¹ – "monsieur ruban") et gestuel (en lui adressant un geste de la main orienté pour capturer son attention, im8). Par ces tours, elle ne traite plus le regard du patient en termes de gestion et réalisation de la tâche, mais bien en termes *d'alignement* à ce qu'elle est en train de demander et *d'attention réciproque*. En effet alors que les *summons* sont en général utilisés "to establish a focused interaction, i.e. to assure mutual availability for interaction" (Auer 2005: 29), leur production dans une situation en face à face indique un problème chez l'interlocuteur dans l'établissement de cette disponibilité (voir Antaki et al. 2016).

Le patient se redresse lentement et puis regarde la logopédiste, qui répète encore une fois l'instruction, en pointant vers ses lèvres, et puis, ligne 44, produit à nouveau le syntagme prépositionnel (en chevauchement sur le tour du patient): cette fois-ci la projection introduite par "la" est complétée par un positionnement des lèvres sur "t" et puis suivie par la production du phonème (46).

¹⁰ L'analyse de notre corpus suggère que ce contraste entre pratiques ordinaires et pratiques thérapeutiques de résolution des recherches de mot peut justifier des séquences de désalignement du patient vis-à-vis de ce que fait la thérapeute. Cela semble particulièrement pertinent en phase aiguë de la pathologie, quand le patient doit *apprendre* à interagir non seulement avec des ressources linguistiques limitées, mais aussi dans le cadre d'une activité thérapeutique.

¹¹ "Address terms may constitute actions (summons) and then represent first pair parts in a sequence, which, qua activity type, project and usually receive a matching response from the addressed party" (Auer, 2005: 28).

Extrait 1.5

```

44     LOG           [sur LA:
45     LOG           $(0.3)•(1.4)
         log         $positionne lèvres sur « T »-->
         pat         •lève main-->
46     LOG           T=
47     PAT           =•euh euh:: euh:
         pat         •pointe v log,secoue doigt-->
48     LOG           sur LA[:
49     PAT           [°euh°
50     LOG           $†•(0.5)$
         log         $positionne lèvres sur « t »$
         log         †penche en avant-->
         pat         •pointe et secoue doigt-->
51     LOG           TET†E†
         pat         †recule tête†
52     PAT           +°euh°•ah +oui.h:°•+=
         pat         -->•,,,,,,,,,,,,,• ((retire pointage))
         log         +retire doigt+main s. menton+
53     LOG           =hein/ je †+mets un >+chapeau sur LA/<
         pat         †penche en avant-->
         pat         +.....+pointe lèvres-->
54     LOG           $*(0.3)
         log         $positionne lèvres-->
         pat         *reg en bas-->
55     PAT           •OUI: h::•
         pat         •pointe v tête log•
56     LOG           †+°tê*te\°†+•
         pat         †recule--†
         pat         +retire main+
         pat         •baisse bras•
         pat         *reg log-->>
57     LOG           (1.1)

```

En dépit de ces formes d'aide, le patient ne parvient toujours pas à produire le mot en question: il pointe par contre son doigt en direction de la tête de la logopédiste (47), en montrant bien que le problème est de nature lexicale et non pas de reconnaissance et compréhension du référent. La solution est donnée à la ligne 51 et acceptée par le patient, qui de manière intéressante montre par le *change-of-state token* ("ah") qu'il reconnaît le terme en question (malgré son incapacité à le trouver). Par la cessation du geste de pointage, il suggère que la recherche de mot est terminée.

Cependant, la logopédiste, à la ligne 53, relance la tâche en produisant la phrase de départ dans le format déjà utilisé au début de la séquence (voir ligne 1): structure syntaxique incomplète, emphase sur le dernier mot et intonation fortement montante. Cette nouvelle requête est refusée par le patient qui, en baissant le regard et en faisant un geste de pointage avec sa main droite, produit à nouveau le "oui" avec un volume fort et un ton irrité de la voix (l. 55, voir pour la répétition de *response tokens* Golato & Fagyal 2008). La logopédiste répète le terme cible (56) puis lance une nouvelle séquence en proposant une nouvelle phrase à compléter.

La séquence de dénomination lexicale échoue donc d'un point de vue de la production du terme cible: le fait de relancer à plusieurs reprises la séquence,

tout en adoptant de nouvelles méthodes d'étayage, rend particulièrement visible cet échec. Cependant, les différentes formes d'étayage adoptées permettent un dépistage des troubles du patient puisqu'elles montrent que ses difficultés ne sont pas d'ordre sémantique mais d'ordre lexical et phonologique. Par ailleurs, l'analyse multimodale et détaillée de l'extrait nous montre que le patient non seulement n'abandonne pas la tâche et s'engage à la réaliser (sauf à la fin, quand il manifeste son incapacité à répéter le terme¹²), mais indique aussi sa compréhension de la tâche, en s'adaptant aux requêtes de la logopédiste et à des modifications locales de l'activité (par exemple quand la tâche se transforme en une répétition collaborative de la phrase et puis devient à nouveau une complétion de phrase). Il manifeste en plus son traitement de l'activité comme étant à réaliser de manière autonome. Ce traitement ressort en particulier de la conduite corporelle du patient et relève de la spécificité de la tâche en question - produire *un* item – et des méthodes employées (détournement du regard, gestes de pointage, suspension de gestes) pour gérer et résoudre la *recherche de mot* qui la caractérise (et qui de manière plus générale définit la pathologie aphasique elle-même). Le détournement du regard au cours de la recherche semble en effet un trait caractéristique de ces séquences, comme par exemple la suite de l'exercice nous le montre:

Extrait 1.6

```

58   LOG   j'en:fonce le clou avec LE/ +M:-
      pat  >>reg log-->
59   (0.7)
60   LOG   avec le M:-
61   *(0.3)*(1)*(0.6)
      pat  *reg log*reg en bas-->
      pat  .....*tourne main ((geste mouv. marteau))
62   LOG   .tsk >avec le:/< +regardez le l[èvres
      log   -->+pointe lèvres-->
63   PAT                                     [°euh°
64   *(0.3)
      pat  *reg log-->>
65   SPT   regardez les lèvres

```

Suite à la nouvelle requête de la thérapeute, et à sa répétition à la ligne 60, le patient, qui était en train de la regarder, détourne le regard et réalise un geste iconique (pour représenter le "marteau" dont il est question) d'aide à la recherche (McNeill 1992; Kita 2000) (l. 61). Comme nous l'avons observé dans l'extrait précédent, la thérapeute intervient d'abord en reproduisant le syntagme à compléter puis invite deux fois le patient à regarder ses lèvres (62, 65). Ainsi le recours à la méthode thérapeutique de lecture labiale et à sa formulation ("regardez les lèvres") ne peut pas être dissocié des contingences interactionnelles et de la conduite verbale et multimodale du patient. Par ces

¹² Terme qui a cependant été "reconnu" et donc qui semble être toujours présent dans le répertoire du locuteur.

ressources, en effet, la thérapeute non seulement aide le patient dans la production verbale du terme cible, mais tente aussi de structurer sa participation à l'activité en cours et son orientation visuelle. De même, *l'absence de regard réciproque* du patient – qui dans le bilan orthophonique de cette session sera thématifiée et identifiée comme le signe d'un problème d'attention et de trouble cognitif – doit être contextualisée par rapport à la tâche en question et aux dynamiques qui lui sont propres. La suite de l'activité et la séquence conversationnelle que nous allons analyser dans la section suivante, tirée de la même séance thérapeutique, nous montrera en effet des *pratiques d'engagement* différentes de la part du patient.

6. Transition entre activités et développement d'une séquence conversationnelle

Après avoir demandé au patient de compléter plusieurs phrases, et à la suite d'un nouvel échec de celui-ci, la logopédiste exploite le champ sémantique introduit par la dernière phrase à compléter ("j'aime les choux à la crème") et pose au patient une question personnelle concernant ses habitudes culinaires à la maison. Cette question, qui permet de sortir de l'impasse avant de passer à une nouvelle tâche (le patient ayant toujours manifesté son incapacité à compléter les phrases proposées), donnera lieu à une longue séquence de conversation entre les deux. Faute d'espace, nous ne pourrons pas l'examiner dans son intégralité, mais nous en analyserons quelques passages qui nous permettront de montrer que le patient adopte une gestion différente de cette activité et manifeste des compétences qui ne sont pas visibles lors de la tâche de dénomination. De manière plus générale, la conduite multimodale du patient lors de ces extraits n'indique pas qu'il éprouve des difficultés attentionnelles mais bien qu'il se trouve fortement engagé dans l'activité.

Le changement d'activité rend en premier lieu assez remarquable un engagement postural différent de la part du patient, lequel, en dépit des difficultés de production rencontrées, n'adopte pas une posture retirée sur lui-même mais reste toujours orienté vers la logopédiste. Cela est visible à partir de la ligne 4 de l'extrait et dans sa continuation:

Extrait 2.1

1 LOG #.tsk c'est qui qui prépare à manger à la maison/
 log >>reg pat-->
 pat >>reg en bas-->
 fig #im9

2 *(0.3) *(1.1)
 pat *coup d'œil v log*reg de côté-->

3 PAT oh chez moi c'es- (.) c'est moi c'e:st (.) ça fai::t
 4 (0.6) *#oui\ h:
 -->*reg log-->
 fig #im10



5 (0.6)
 6 LOG c'est +VOUS/+
 log +touche main pat+

7 (0.4)
 8 PAT @°oui h[:°
 pat @recule-->

9 LOG [c'est vous/ qui prépAREZ//
 10 (0.5)
 11 PAT oui:\(.) par*ce que:(0.5)*(0.2)*#a::vec •euh:::
 patpt index gau•tourne•
 pat >>reg log---*reg en bas---*reg log--->
 fig #im11

12 (0.9) •elle a::: •euh:: mh* .tsk* .h(0.2)•
 pat ->susp.pt tab index gau•,,,,,•
 pat -->*reg bas----*reg log---->

13 (0.2) #•eurh:•:•:•
 pattape tab dr•,,,•
 pat ----->*reg bas-->
 fig #im12



14 Δ(1)*(0.4)Δ °eurh° (0.5) °eurh.h[::°
 pat -->*reg log-->
 pat Δouvre boucheΔ

15 LOG [votre épouse elle
 16 est:/ non\
 17 (.)

18 LOG vous l'ai- vous préparez en[semble peut-être/
 19 PAT [(euh)
 20 PAT °euh° (no:::n)
 21 (0.6)
 22 COMM. ((infirmière frappe à la porte et rentre))

Suite à la question (ouverte) formulée par la logopédiste, le patient, qui était en train de regarder en bas (im9), lance un regard rapide à l'interlocutrice (pendant

la pause de la ligne 2) et puis regarde de côté: ce regard accompagne le tour des lignes 3 et 4, au cours duquel le patient non seulement indique être celui qui prépare à manger à la maison ("chez moi c'est moi", avec production des deux phonèmes qui au cours de l'exercice précédent semblaient poser problème) mais initie aussi une expansion ("c'est (.) ça fait") qui est par la suite abandonnée. Cet abandon correspond à la production de "oui" et à une orientation du regard en direction de la logopédiste – ce qui manifeste une cession du tour et complétion de la réponse (l. 4, im10)¹³. A la ligne suivante en effet, le locuteur ne reprend pas la parole et c'est bien la logopédiste qui demande une confirmation de sa réponse: bien que cette demande reçoive une réponse positive du patient, elle est à nouveau répétée et explicitée par la logopédiste à la ligne 9. La répétition de la question et la prosodie qui l'accompagne sont comprises par le locuteur comme exprimant, plus qu'une demande de confirmation, une demande de justification (un *account*): en effet, à la ligne 11, le patient non seulement confirme à nouveau sa réponse mais commence aussi à *développer le topic* en produisant une conjonction de subordination ("parce que"). Suit un long tour de parole qui, d'un côté, confirme certes des difficultés de production importantes de la part du patient (avec par contre la production d'une préposition, "avec", et même du syntagme "elle a"), mais qui, de l'autre, révèle une gestion de ces difficultés assez différente de ce que nous avons observé dans l'extrait 1 (tâche de dénomination). Bien que par moments les recherches de mots soient accompagnées d'un abaissement du regard et de gestes de recherche (par exemple le fait de taper sur la table avec le doigt droit, fin de la ligne 13), le locuteur s'adresse très souvent à la logopédiste en maintenant un focus d'attention conjointe. Cela survient même quand il produit de longs allongements syllabiques et des hésitations (voir ligne 14) qui montrent qu'il tente de garder son tour de parole en dépit des difficultés rencontrées, et qu'il essaie de se faire comprendre en ayant recours à des gestes de pointage (im11,12). A la ligne 15, la logopédiste, en faisant référence à la femme du patient ("votre épouse"), décèle l'identité du pronom "elle" utilisé auparavant par le patient et initie une proposition de formulation qu'elle abandonne cependant par la suite ("elle est: non"). Ainsi, elle revient sur la question de départ en la modifiant et en en offrant une nouvelle version (18), qui est refusée par le patient. La conversation est ensuite interrompue par l'entrée dans la chambre de l'infirmière¹⁴.

¹³ En vue du type de question formulée (ouverte), le "oui" semble se référer à et confirmer la production de "c'est moi".

¹⁴ Cela est d'ailleurs un phénomène assez récurrent dans les séances de rééducation qui ont lieu dans la chambre du patient.

Après quelques minutes d'interruption, c'est le patient lui-même qui reprend le fil du discours, en montrant non seulement sa volonté mais aussi sa capacité (mémoire et attentionnelle) à poursuivre la conversation:

Extrait 2.2

```

43   PAT   elle euh
44       (0.4) <(0.2) <((bruit ouverture porte))>
45   PAT   elle euh °euh°
46       <(0.5) ((bruit fermeture porte))> (1.2)
47   PAT   elle fait un peu:: le:: (0.9) mai::s elle(0.2)
48       .tsk (0.5) °euh:r:° (elle a eu)(elle a eu: euh)
49       (un) (1.1) u:::n (1.1).tsk (0.4) .tsk
50       (0.2)
51   LOG   vous l'aidez un p'tit peu\
52       *(0.3)
53   PAT   °°(ben) oui h:°°
54       (0.4)
55   LOG   °°d'accord\°°
56       (0.4)
57   PAT   °mais° oui parce que:: (0.3) .h:: [xxx avec&

```

En reprenant, par le pronom "elle", le référent "épouse" introduit par la logopédiste à la ligne 15, le patient redémarre ainsi plusieurs fois le tour, puis le développe une fois que l'infirmière est sortie de la chambre. La première partie du tour (47) montre 1) la capacité du patient à structurer des phrases SVO ("elle fait un peu:: le:: (0.9) ", dont la projection syntaxique, bien que lexicalement non résolue, montre l'emplacement que le locuteur consacre au complément à travers la longue pause qui est "remplie" par un geste de pointage - taper sur la table - cf. Klippi 2015); 2) l'habileté à construire des liens logiques par l'emploi de la conjonction à valeur adversative "mais". Cette projection est suivie par des marques de recherche (pauses, claquement de langue, hésitation), le démarrage d'une structure au passé ("elle a eu"), et puis une nouvelle recherche de mot qui se caractérise par la répétition d'un déterminant et plusieurs signes de difficultés (notamment les claquements de langue). Bien que la transcription valorise ces ressources et leur caractère intelligible, il est à noter que leur réalisation en temps réel se caractérise par un fort ralentissement de la progressivité du tour - ce qui en rend l'interprétation difficile. La logopédiste ignore cette dernière partie du tour et, en récupérant l'adverbe "un peu" et la relation adversative introduite par "mais", reformule le tour du patient (51). La reformulation, produite avec une intonation descendante, est suivie par une confirmation du patient ("ben oui") et puis par une marque de clôture de la logopédiste ("d'accord"). Ainsi la thérapeute indique une clôture de cette séquence conversationnelle - clôture qu'elle avait déjà initiée par sa conduite multimodale pendant le long tour du patient quand, en manipulant un cahier posé à côté de la table, elle projetait un changement d'activité. A la ligne 57 cependant, le patient ouvre à nouveau la séquence en relançant le topic.

La logopédiste, tout en continuant à manipuler le cahier qui sera ensuite posé au centre la table, s'aligne sur l'initiative du patient en posant une série de

questions censées percer ce que le patient veut dire ("hint and guess" sequences, Lubinski et al. 1980; Laakso & Klippi 1999). Ces questions (omisées ici) sont réparées par le patient, qui n'hésite pas à les refuser et à poursuivre sa ligne topicale: il mentionne l'AVC dont a été victime sa femme (ce qui justifie son aide dans la réalisation des tâches domestiques), mais cela n'est pas compris par la logopédiste, qui tente alors de sortir de l'impasse en posant une question concernant la famille du patient:

Extrait 2.3

```

88 LOG .tsk.h::↓de- chez V*OUS:/ monsieur ruban/°(.)
log ↓reg bas-->
pat -->*reg log-->
pat
      .....

89 ↓[qui:
log ↓reg pat-->
90 PAT °[oui
pat °lève doigt-->
91 LOG qui habite à la mai°son/
pat ////////////////°
92 °*#(0.6)
pat °déplace cahier-->
pat *reg bas-->
fig #im13

```



im13

```

93 PAT .h: °*#[°xx°
94 LOG [vous êtes combien/=°
pat °pte 2 fois sur table---°
      *reg log-->
fig #im14,15,16

```



im14



im15



im16

```

95 PAT =°°les deux°°
      °pte 2 fois sur table-->
96 (0.4)
97 LOG vous êtes/
98 (0.8) °(0.4)° °↓(0.7)
pat °pte 2 fois sur table°pte 2 fois->
log ↓reg bas-->
99 PAT ↓l°es deux\°
      ..°pte 2 fois°
log ↓reg pat-->
100 (0.2)
101 LOG %les °deux/°d'accord\ [vous êtes vous deux\&
log %hoche tête--->
pat °retire main°
102 PAT [°°oui°°
103 LOG &(.)°°d'accord°\%=
log ----->%

```

La première question de la logopédiste, accompagnée d'un *summons* adressé au patient, n'est pas immédiatement suivie d'une réponse verbale: cependant, lors de la pause de la ligne 92, le patient est en train de préparer la configuration spatiale (Goodwin 2000) qui lui permettra de répondre à la question. Il déplace en partie le cahier qui a été posé par la logopédiste un peu avant, et, au moment où celle-ci reformule la question en la simplifiant, il la regarde *et* pointe les doigts (index et majeur) deux fois sur la table (images 15 et 16) pour ensuite murmurer à la ligne 95 "les deux". Cette production verbale est à nouveau accompagnée par le double pointage. De manière intéressante, la logopédiste relance la question: le patient alors, après une pause, réalise à nouveau le pointage et puis, de manière assez tardive, répète à nouveau "les deux", cette fois-ci avec un volume plus fort de la voix (99). Cette réponse est donc reprise par la logopédiste qui la répète et accepte (101). Cette séquence nous montre non seulement les ressources multimodales employées par le patient pour interagir mais aussi un traitement différent de l'activité en cours. Tandis que le patient, par des gestes de pointage, cherche à se faire comprendre de la thérapeute, donnant ainsi la priorité à l'activité conversationnelle, celle-ci essaie de lui faire répéter l'item "deux", montrant qu'elle privilégie quant à elle l'activité thérapeutique de stimulation verbale. Ceci doit nous faire réfléchir aux difficultés que peut poser une compréhension commune de la tâche en cours. Ces difficultés sont d'autant plus visibles lors de moments de transition entre des tâches structurées et des tâches qui sont moins structurées mais que le thérapeute exploite et oriente toujours vers la stimulation verbale du patient. C'est dans ces moments que les participants (et en particulier le patient) peuvent manifester un traitement différent du tour en cours et des actions qui lui sont rattachées.

7. Conclusions

L'analyse détaillée des deux activités communicatives réalisées dans le cadre de la même séance thérapeutique a montré que le patient peut manifester des compétences et un type d'engagement (verbal et postural) assez différents. Si la tâche de dénomination permet, à travers l'emploi des méthodes d'étayage, de détecter la nature des troubles linguistiques (sémantique ou lexicale), elle contraint aussi les interventions du patient à la production d'un seul item et, en cas de multiples échecs, peut l'amener à un abandon de la tâche. La séquence conversationnelle, tout en exposant la logopédiste à des difficultés de compréhension des productions du patient, atteste cependant chez celui-ci de la présence de compétences interactionnelles très poussées ainsi que d'une forte motivation à interagir. Les initiatives topicales du patient, ses (re)prises du tour, ses hétéro-réparations et son recours spontané à des ressources gestuelles en témoignent. Ces actions s'accompagnent de productions verbales qui déploient, en dépit de forts troubles d'expression, un répertoire bien plus large que celui exhibé par l'activité de complétion d'une phrase. Cela nous

conduit à souligner l'importance et la complémentarité des activités conversationnelles, alors qu'elles sont souvent moins privilégiées en contexte hospitalier lors de la phase aiguë de la pathologie. Enfin, les analyses ont montré que les participants, et notamment le patient, peuvent traiter la tâche en cours comme plus ou moins "solitaire" ou "collaborative", et que cela se manifeste notamment dans leur posture et leur regard. Si l'évaluation des capacités attentionnelles et d'"engagement" du patient tient compte, à juste titre, de sa conduite multimodale, et en particulier de son regard (ce que nous avons constaté dans les bilans orthophoniques des séances de notre corpus), nos analyses montrent la nécessité de contextualiser cette conduite en ayant à l'esprit la nature de la tâche en cours et son organisation interactionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Antaki, C., Crompton, R. J., Walton, C. & Finlay, W. M. L. (2016): How adults with a profound intellectual disability engage others in interaction. *Sociology of Health and Illness*. Disponible en ligne (Octobre 2016): <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12500/full>.
- Antaki, C. & Kent, A. (2012): Telling people what to do (and, sometimes, why): Contingency, entitlement and explanation in staff requests to adults with intellectual impairments. *Journal of Pragmatics*, 44, 876-889.
- Auer, P. (2005). Projection in interaction and projection in grammar. *Text*, 25(1), 7-36.
- Beeke, S., Wilkinson, R. & Maxim, J. (2003): Exploring aphasic grammar 2: do language testing and conversation tell a similar story? *Clinical Linguistics and Phonetics*, 17(2), 109-134.
- Bonnans, C. & Delieutraz, C. (2014). La parole reprise comme réparation conversationnelle dans le cadre de l'aphasie. *TRANEL*, 60, 85-96.
- Bronckart, J.-P. (1996): *Activité langagière, textes et discours. Pour un interactionisme socio-discursif*. Lausanne-Paris (Delachaux & Niestlé).
- Buttet Sovilla, J. & de Weck, G. (eds.) (1998): Introduction aux Actes du 5^{ème} Colloque d'orthophonie / logopédie, Langage, étayage et interactions thérapeutiques (Neuchâtel, 25-26 septembre 1998). *TRANEL*, 29, 7-11.
- Chetelat-Mabillard, D. & Buttet Sovilla, J. (2003): Essai d'utilisation du "Conversational Analysis Profile for People with Aphasia" (CAPPA). *TRANEL*, 38/39, 111-128.
- Da Cruz, F.M. (2010): Verbal repetitions and echolalia in Alzheimer's discourse. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 24 (11).
- de Weck, G. (1996): Troubles du développement du langage: de la structure au discours. In de Weck G. (ed.), *Troubles du développement du langage. Perspectives pragmatiques et discursives*. Lausanne-Paris (Delachaux & Niestlé), 189-246.
- de Weck, G. (1998): Stratégies d'étayage avec des enfants dysphasiques: sont-elles spécifiques? *TRANEL*, 29, 13-28.
- de Weck, G. (2003): Pratiques langagières, contextes d'interaction et genres de discours en logopédie/orthophonie. *TRANEL*, 38/39, 25-48.
- Gaillard, D. (1998): De la variation de l'étayage logopédique comme outil thérapeutique. In J. Buttet Sovilla & G. de Weck (éds.), *Langage, étayage et interactions thérapeutiques. Actes du 5^{ème} Colloque d'orthophonie / logopédie* (Neuchâtel, 25-26 septembre 1998). *TRANEL*, 29, 93-108.
- Golato, A. & Fagyal, Z. (2008): Comparing Single and Double Sayings of the German Response Token

- Ja and the Role of Prosody: A Conversation Analytic Perspective. *Research on Language and Social Interaction*, 41(3), 1–30.
- Goodwin, M. H. (1983): Searching for a word as an interactive activity. In J. N. Deely & M. D. Lenhart (éds.), *Semiotics*. New York (Plenum), 129-138.
- Goodwin, C. (2000): Gesture, aphasia, and interaction. In D. McNeill (éd.), *Language and gesture*. Cambridge (Cambridge University Press), 84-98.
- Goodwin, M. H. & Goodwin, C. (1986): Gestures and coparticipation in the activity of searching for a word. *Semiotica*, 62, 51-75.
- Horton, S. (2006): A framework for the description and analysis of therapy for language impairment in aphasia. *Aphasiology*, 20 (6), 528-564.
- Horton, S. (2007): Topic generation in aphasia language therapy sessions: Issues of identity. *Aphasiology*, 21, 283-298.
- Horton, S. & Byng S. (2000): Examining interaction in language therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35 (3), 355–375.
- Jones, D., Drew, P., Elsey, C., Blackburn, D., Wakefield, S., Harkness, K. & Reuber, M. (2016): Conversational assessment in memory clinic encounters: interactional profiling for differentiating dementia from functional memory disorders. *Aging and Mental Health*, 20(5), 500-509.
- Kidwell, M. & Zimmermann, D.H. (2007): Joint attention in action. *Journal of Pragmatics*, 39, 592-611.
- Kita, S. (2000): How representational gestures help speaking. In D. McNeill (ed.), *Language and Gesture*. Cambridge (Cambridge University Press), 379-415.
- Klippi, A. (2015): Pointing as an embodied practice in aphasic interaction. *Aphasiology*, 29 (3), 337-354.
- Koshik, I. (2002): Designedly incomplete utterances: a pedagogical practice for eliciting knowledge displays in error correction sequences. *Research on Language and Social Interaction*, 35, 277-309.
- Laakso, M. (2003): Collaborative Construction of Repair in Aphasic Conversation. An Interactive View on the Extended Speaking Turns of Persons with Wernicke's Aphasia. In C. Goodwin (éd.), *Conversation and Brain Damage*. Cambridge (Cambridge University Press), 163-188.
- Laakso, M. (2015). Collaborative participation in aphasic word searching: comparison between significant others and speech and language therapists. *Aphasiology*, 29 (3), 269-290.
- Laakso, M. & Klippi, A. (1999): A closer look at the 'hint and guess' sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, 13 (4-5), 345-363.
- Lerner, G. H. (1995): Turn design and the organization of participation in instructional activities. *Discourse Processes*, 19(1), 111-131.
- Lock, S., Wilkinson, R. & Bryan, K. (2001): Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC): A resource pack. Bicester (Speechmark).
- Lubinski, R., Duchan, J. & Weitzner-Lin, B. (1980): Analysis of breakdowns and repairs in aphasic adult communication. In R. Brookshire (éd.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Minnesota (BRK), 111-116.
- McNeill, D. (1992): *Hand and mind: What gestures reveal about thought*. Chicago (University of Chicago Press).
- Merlino, S. (2017): Initiatives topicales du client aphasique au cours de séances de rééducation: pratiques interactionnelles et enjeux identitaires. In S. Keel & L. Mondada (éds.), *Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle*. Paris (L'Harmattan), 53-94.
- Mondada, L. (2007): L'interprétation online par les co-participants de la structuration du tour in fieri en TCUs: évidences multimodales. *TRANEL*, 47, 7-38.
- Murray, L. (2002): Attention deficits in Aphasia: Presence, Nature, Assessment, and Treatment. *Seminars in Speech and Language*, 23(2), 107-116.

- Perren, H. (1998): L'adaptation langagière de différents intervenants en interaction avec un aphasique. In J. Buttet Sovilla & G. de Weck (éds.), *Langage, étayage et interactions thérapeutiques. Actes du 5^{ème} Colloque d'orthophonie / logopédie* (Neuchâtel, 25-26 septembre 1998). TRANEL, 29,109-118.
- Schegloff, E. (1984): On some gestures' relation to talk. In J. M. Atkinson & J. C. Heritage (éds.), *Structures of Social Action*. Cambridge (Cambridge University Press), 266-296.
- Simmons-Mackie, N. & Damico, J. S. (1999): Social role negotiation in aphasia therapy: Competence, incompetence and conflict. In D. Kovarsky, J. Duchan & M. Maxwell (éds.), *Constructing (in)competence: Disabling evaluations in clinical and social interaction*. Mahwah, NJ (Lawrence Erlbaum Associates Inc.), 313-342.
- Simmons-Mackie, N. & Kovarsky, D. (2009): Engagement in Clinical Interaction: An Introduction. *Seminars in Speech and Language*, 30(1), 5-10.
- Wilkinson, R. (2004): Reflecting on talk in speech and language therapy: some contributions using conversation analysis. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 39(4), 497-503.
- Wilkinson, R. (2011): Changing interactional behaviour: Using conversation analysis in intervention programmes for aphasic conversation. In C. Antaki (éd.), *Applied Conversation Analysis: Changing Institutional Practices*. Basingstoke (Palgrave Macmillan), 32-53.
- Wilkinson, R. (2013): The interactional organization of aphasia naming testing. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 27(10-11), 805-822.
- Wilkinson, R. (2014): Interacting With Conversation Analysis in Speech and Language Therapy: Improving Aphasic Conversation. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 219-238.
- Wilkinson, R. (2015): Conversation and aphasia: advances in analysis and intervention. *Aphasiology*, 29(3), 257-268.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S., Bayley, K., Maxim, J., Bruce, C., Edmundson, A. & Moir, D. (1998): Therapy using conversation analysis: helping couples to adapt to aphasia in conversation. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33, 144-149.

Conventions de transcription

Les conventions de transcription adoptées sont les conventions ICOR pour le verbal:

http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf

et les conventions de Lorenza Mondada pour les ressources multimodales:

https://franz.unibas.ch/fileadmin/franz/user_upload/redaktion/Mondada_conv_multimodality.pdf