

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par
LEOPOLD Perrine

**ELABORATION D'UNE GRILLE D'OBSERVATION
DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION
MANIFESTES PAR DES COUPLES DONT UN
CONJOINT PRESENTE UNE APHASIE MODEREE A
SEVERE**

Maître de Mémoire
CROTEAU Claire
PEILLON Anne

Membres du Jury

PRICHARD Débora
BRUNET Delphine
RODE Gilles

Date de Soutenance
01 juillet 2010

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. COLLET Lionel

Vice-président CEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Secrétaire Général
M. GAY Gilles

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directeur **Pr. GILLY François
Noël**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. LOCHER François**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **Pr GIERES François**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **Pr. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **Pr. LIETO Joseph**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr. AUGROS Jean-Claude**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeurs **M. COULET Christian et
Pr. LAMARTINE Roger**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Mes premiers remerciements vont à mes maîtres de mémoire qui m'ont accompagnée au cours de ces deux années. Claire Croteau, à Montréal, pour le temps qu'elle a su me consacrer et pour m'avoir fait partager son goût de la recherche. Je vous suis reconnaissante de m'avoir présenté votre travail, de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidée tout au long de mon année outre-atlantique. Vous avez suscité en moi un intérêt toujours grandissant pour l'approche sociale en orthophonie. Mme Peillon, à Lyon, pour son énergie, son soutien, son regard clinique et ses conseils avisés. Je vous remercie sincèrement de votre patience, de votre disponibilité et d'avoir cru en ce projet.

Merci à Agnès Witko pour son accompagnement méthodologique et à Anne-Laure Charlois pour ses analyses statistiques.

Je remercie chaleureusement l'étudiante québécoise ainsi que les six orthophonistes qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à ce mémoire. Merci également aux deux orthophonistes des couples français pour leur amabilité et leur collaboration.

Un remerciement particulier aux couples A et B pour leur participation et leur enthousiasme. Merci de m'avoir accueillie chez vous et de m'avoir fait partager vos expériences respectives.

Merci à Marie et à Kloé pour leur aide.

Merci aux personnes qui se reconnaîtront pour leurs précieuses relectures.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
I. L'APHASIE : DES APPROCHES NEUROLOGIQUES AUX APPROCHES SOCIALES.....	10
1. L'Aphasie : définition, prévalence, étiologie	10
2. Evolution des approches en aphasiologie.....	10
3. Vers une approche psychosociale de l'aphasie.....	10
II. LES CONSEQUENCES DE L'APHASIE SUR LA PERSONNE APHASIQUE ET SUR SON ENTOURAGE.....	13
1. Les répercussions sur la communication	13
2. Dégradation de la qualité de vie.....	17
III. L'EVALUATION DE LA COMMUNICATION DANS UNE PERSPECTIVE SOCIALE	19
1. L'analyse conversationnelle.....	19
2. L'étude de Croteau, Le Dorze et Baril (2007)	23
3. Les outils d'évaluation de la communication.....	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	26
I. PROBLEMATIQUE	27
II. HYPOTHESE GENERALE.....	28
III. HYPOTHESES SPECIFIQUES	28
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. POPULATION	30
1. Les couples.....	30
2. Les juges.....	33
II. MATERIEL	33
1. Enregistrements vidéo.....	33
2. La grille d'observation.....	33
3. Le questionnaire.....	41
III. PROTOCOLE EXPERIMENTAL	42
1. Protocoles d'enregistrement vidéo.....	42
2. Les tests de fidélité	43
3. Recueil des données qualitatives.....	45
PRESENTATION DES RESULTATS.....	46
I. LES TESTS DE FIDELITE	47
1. Premier test.....	47
2. Deuxième test	49
II. DONNEES QUALITATIVES.....	51
1. La grille.....	51
2. Les couples A et B	54
DISCUSSION DES RESULTATS.....	64
I. INTERPRETATION DES RESULTATS ET CONFRONTATION AUX HYPOTHESES	65
1. Première hypothèse : une bonne fidélité inter-juges.....	65
2. Deuxième hypothèse : présence d'indices en faveur d'une bonne validité ou capacité de la grille à révéler les dysfonctionnements et les adaptations des conjoints	66
3. Troisième hypothèse : formulation de conseils aux couples	70

SOMMAIRE

4. Quatrième hypothèse : adaptation aux contraintes temporelles et matérielles imposées par le milieu clinique	71
II. CRITIQUE ET LIMITES DU PROTOCOLE EXPERIMENTAL.....	74
1. Le matériel	74
2. Population.....	75
3. Méthodologie des tests de fidélité	76
III. PERSPECTIVES.....	77
1. Révision de la grille	77
2. Indications pour de nouveaux tests de fidélité	77
3. Perspective d'application.....	78
IV. APPORTS PROFESSIONNELS ET PERSONNELS.....	79
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES.....	87
ANNEXE I : STRUCTURE DE L'ICIDH-2.....	88
COFEMER (2009). <i>Handicap, Incapacité, Dépendance</i> . 3 ^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.....	88
ANNEXE II : PARAMETRES DE LA PROCEDURE D'ANALYSE ISSUE DE L'ETUDE DE CROTEAU, LE DORZE ET BARIL (2007), p. 796.....	89
ANNEXE III : ANNEXES DES MESURES M-SCA ET M-APC ISSUES DE KAGAN (2004), pp.82-83.	90
ANNEXE IV : DEFINITIONS DES ITEMS DE LA GRILLE TELLES QUE PROPOSEES LORS DES TESTS DE FIDELITE	92
ANNEXE V: QUESTIONNAIRE DONNE AUX SIX ORTHOPHONISTES SUIT AU DEUXIEME TEST DE FIDELITE ...	95
ANNEXE VI : REponses AU QUESTIONNAIRE	96
ANNEXE VII : RELEVES DES COTATIONS SUITE AU PREMIER TEST DE FIDELITE.	101
ANNEXE VIII : RELEVES DES COTATIONS SUITE AU DEUXIEME TEST DE FIDELITE.	104
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	106
1. Liste des Tableaux.....	106
2. Liste des Figures	106
TABLE DES MATIERES	108

INTRODUCTION

La survenue d'une aphasie, trouble acquis du langage, entraîne des perturbations psychologiques et sociales chez le patient et son entourage. Elle est à l'origine d'une limitation des capacités de communication, d'une restriction de participation aux activités de vie quotidienne et finalement, d'une baisse générale de la qualité de vie du patient, de sa famille, voire de son entourage proche.

L'évaluation et la prise en charge de l'aphasie reposent essentiellement sur des approches neuropsychologiques et cognitives qui proposent une analyse modulaire et séquentielle des troubles et une intervention destinée à traiter les seuls déficits langagiers. Suite à l'essor des courants pragmatiques et des approches écologiques et fonctionnelles, des approches fondées sur un modèle social se sont développées ces dix dernières années. Le modèle social insiste sur la nécessité de prendre en compte les conséquences psychosociales de l'aphasie. Il s'inscrit dans la lignée de la CIH-2 (2001) qui reconnaît le rôle important que joue l'environnement physique et humain des personnes présentant une aphasie dans les situations de handicap potentiellement vécues.

Lors de mon échange interuniversitaire au Québec pour ma troisième année d'étude, j'ai rencontré Claire Croteau, enseignante et chercheuse au département d'orthophonie et audiologie de l'Université de Montréal, qui m'a proposé de travailler sur l'évaluation de la communication de couples dont un conjoint présente une aphasie. Suite à cette rencontre, j'ai découvert différents travaux anglophones qui s'inscrivent dans une approche psychosociale en appliquant la méthode de l'analyse conversationnelle à l'aphasie. L'intérêt d'étudier les situations de conversation provient du fait que « *les conversations entre les patients aphasiques et leurs proches représentent la situation de communication la plus fréquente* » (De Partz, 2007, p.242). L'analyse conversationnelle a donc pour objectif de décrire les effets de l'aphasie sur les conversations entre le patient et ses interlocuteurs privilégiés, puis d'observer les différentes stratégies mises en place pour faire face aux déficits langagiers.

Ainsi, l'analyse conversationnelle peut servir de base à l'évaluation de la communication. Force est de constater que la plupart des outils qui utilisent cette méthode sont anglophones et n'ont pas de traduction française valide. Les outils français visent généralement les difficultés de communication du patient sans réellement prendre en compte son entourage proche. Il paraissait donc intéressant de développer un outil francophone fondé sur les principes de l'analyse conversationnelle et sur le caractère collaboratif de la communication.

L'élaboration d'un tel outil soulève plusieurs questions. Quelle configuration est la plus adaptée à l'observation et à l'analyse de situations conversationnelles ? Comment s'assurer de la capacité de l'outil à révéler les dysfonctionnements et adaptations au sein de la conversation ? Comment rendre compte du rôle joué par chacun des partenaires, aphasique et non aphasique, dans ces dysfonctionnements ? L'outil pourra-t-il s'adapter à la pratique clinique en orthophonie ?

Dans la première partie de ce mémoire, suite à une présentation des différentes approches successives développées dans le domaine de l'aphasie, je détaillerai les effets de l'aphasie sur la communication et sur la qualité de vie des patients et de leur conjoint. Je considérerai l'évaluation de la communication dans une perspective sociale en exposant

INTRODUCTION

les principes et les concepts liés à l'analyse conversationnelle, et en revenant sur les différents outils existants. J'énoncerai ensuite la problématique relative au projet et je formulerai des hypothèses en réponse à cette problématique. Je présenterai alors le cadre méthodologique qui a guidé l'élaboration de l'outil, le protocole expérimental qui a permis d'évaluer sa pertinence ainsi que les résultats observés. Enfin, une dernière partie sera consacrée à la discussion des résultats et à la critique du protocole expérimental.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. L'aphasie : des approches neurologiques aux approches sociales

1. L'Aphasie : définition, prévalence, étiologie

L'aphasie est un trouble acquis de la communication, causé par une atteinte cérébrale et caractérisé par une altération des différentes modalités du langage. Ce trouble ne résulte pas d'un déficit sensoriel, moteur ou intellectuel, d'un état confus ou d'un trouble psychiatrique (Hallowell & Chapey, 2008).

La France compte 30 000 nouveaux cas d'aphasie par an, les hommes étant davantage concernés que les femmes. Dans trois-quarts des cas, les aphasies sont d'origine vasculaire, l'aphasie compliquant environ un tiers des cas d'accident vasculaire cérébral (Mazaux, 2007). Environ la moitié des patients atteints d'aphasie gardent des séquelles fonctionnelles gênantes et 30 à 40% nécessitent une rééducation orthophonique (Mazaux).

2. Evolution des approches en aphasiologie

Les neurosciences et la neuropsychologie ont inspiré les premières approches de l'aphasie. Ainsi, la théorie localisationniste proposait d'établir une correspondance anatomo-clinique entre le langage et une zone cérébrale précise. Cette théorie a abouti à la classification des aphasies. On distingue alors schématiquement les aphasies non fluentes, avec expression réduite mais compréhension préservée, les aphasies fluentes, avec ou sans trouble de compréhension, et les aphasies sous-corticales. La prise en charge varie donc d'une forme d'aphasie à l'autre.

Dans les années soixante-dix, la neuropsychologie cognitive classique et la neurolinguistique proposent une vision architecturale modulaire et séquentielle du langage. Plus récemment, les modèles néo-connexionnistes postulent que le traitement n'est pas séquentiel mais simultané. L'information se propagerait selon des réseaux parallèles et complexes. Aujourd'hui, certains chercheurs pensent que ces deux modèles coexistent et proposent ainsi des modèles en cascade, à la fois sériels et parallèles. (Mazaux, 2007). Ces modèles sous-tendent les approches cognitives qui prédominent la prise en charge de l'aphasie. Elles visent l'amélioration des déficits langagiers, la rééducation consistant à solliciter spécifiquement les composantes cognitives reconnues altérées (Expression/compréhension, oral/écrit, lexique/phonologie/morpho-syntaxe/sémantique et pragmatique, processus d'entrée/de sortie).

3. Vers une approche psychosociale de l'aphasie

Très vite, les acteurs de la prise en charge se sont interrogés sur le rapport de la personne aphasique avec son environnement et inversement.

3.1. Les approches pragmatiques

Parallèlement aux approches cognitives, le champ de la pragmatique s'est considérablement développé. Il « *étudie l'utilisation du langage dans le discours et des marques spécifiques qui, dans la langue, attestent de sa vocation discursive* » (Récanati, cité dans Brin, Courrier, Lederlé, & Masy, 2004). Il s'agit d'analyser finement les interactions pour en dégager les différentes composantes spécifiques qui pourront faire l'objet d'une rééducation. A partir des années 80, la pragmatique a ainsi ouvert la voie aux approches prenant en compte le contexte dans lequel se jouent les difficultés de communication des personnes aphasiques.

3.2. Les approches écologiques et fonctionnelles

Certaines approches cherchent à identifier les performances des patients en situation représentative du quotidien. Il s'agit d'observer les capacités communicatives résiduelles et les stratégies de communication développées par le patient lors de tâches qui se veulent les plus naturelles possibles (De Partz & Carlomagno, 2000). Le constat de l'absence de généralisation des acquis en situation de vie quotidienne est à l'origine des démarches écologiques et fonctionnelles. Par fonctionnel, on entend l'optimisation du fonctionnement dans les situations de vie réelle et la prise en compte des divers facteurs susceptibles de faciliter ou de perturber le quotidien du patient.

3.3. Les approches écosystémiques et psychosociales

Les approches écosystémiques prennent racine aux Etats-Unis dans les années 50 avec Bateson (cité dans Rousseau, 2000), lorsqu'il parle de « co-évolution » de l'individu avec son environnement. Elles placent le patient au sein de son système de vie. Ce système est influencé par des facteurs environnementaux externes (physiques, familiaux et socioculturels) et des facteurs environnementaux internes (physiques, sensoriels, psychologiques, cognitifs, communicatifs et affectifs) dont il est nécessaire de tenir compte dans la prise en charge (Lubinski, 2008).

3.3.1. Les classifications du handicap comme cadre théorique

La première **Classification Internationale des handicaps (ICIDH-1)** est née des travaux de Wood en 1980 sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle a été créée afin d'offrir un cadre conceptuel permettant de déterminer l'état de santé d'une personne à plusieurs niveaux. Dans le cadre de l'aphasie vasculaire, le niveau de la lésion correspond à l'AVC. Le niveau de la déficience renvoie aux troubles langagiers chez la personne aphasique, celui de l'incapacité limite les actes et gestes élémentaires de la vie quotidienne empêchés par les déficits. Le niveau du désavantage est lié au rôle social de l'individu, à la dimension psychologique et à la confrontation entre l'individu et son environnement sociétal, matériel et humain (Brochot & Lagarde, 2007).

Un groupe de chercheurs québécois a été mandaté par le Comité Québécois de la ICIDH pour travailler spécifiquement sur le niveau du désavantage (Fougeyrollas, Cloutier,

Bergeron, Côté, & Michel, 1998). Le concept de handicap est ainsi affiné ; il se définit par une réduction de la réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre facteurs personnels et environnementaux. **Le Processus de Production du Handicap (PPH)** émane de ce groupe de chercheurs et a inspiré la révision de l'ICIDH-1. Il postule que si le contexte est adapté, le handicap peut se modifier ou peut même disparaître.

L'ICIDH-1 a fait l'objet de plusieurs critiques, notamment le manque de différenciation entre les concepts d'incapacité et de désavantage, un langage trop négatif, une utilisation peu pratique et longue et un manque d'exhaustivité quant aux facteurs environnementaux (Heerkens, 1996). **La classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICIDH-2)**, parue en 2001, précise et complète la première version. Elle reconnaît une relation d'interaction entre déficiences, incapacités et obstacles environnementaux dont les situations de handicaps sont le résultat. La structure du modèle (Annexe I) fait apparaître de nouveaux concepts comme ceux d'activité et de participation, dont le fonctionnement est le versant positif et le handicap le versant négatif. Les facteurs contextuels environnementaux et personnels y prennent une place déterminante. Ainsi, la réduction des situations de handicap passe par une action individuelle et par une adaptation de l'environnement et de la société aux personnes aphasiques. Cette nouvelle version permet d'envisager une évaluation et une prise en charge du retentissement de l'aphasie sur la communication et sur les interactions sociales.

3.3.2. Modèle social et aphasie

Depuis une quinzaine d'années, notamment dans les pays anglo-saxons, certaines approches s'appuient sur un modèle social. Ce modèle propose d'envisager le patient comme membre d'une société, dans un contexte socioculturel donné. Dans cette perspective, la communication est considérée comme un acte social lié à l'identité, au sentiment d'appartenance et au bien-être des individus. La définition de l'aphasie s'enrichit alors ; il s'agit d'un handicap associé à une restriction de participation aux événements de la vie et à une réalisation des rôles sociaux diminuée. Simmons-Mackie (2008) distingue neuf principes inhérents au modèle social :

- Le versant interactionnel de la communication est d'importance égale, voire supérieure, au versant transactionnel ;
- La communication est un processus dynamique, flexible et multimodal ;
- La nature collaborative de la communication doit être impérativement prise en compte ;
- Les contextes de communication authentiques, pertinents et naturels doivent être privilégiés ;
- La conversation est le premier vecteur de la communication humaine ;
- L'aphasie engendre des conséquences personnelles et sociales, propres à chaque individu ;
- Les capacités d'adaptation de l'entourage aux difficultés de la personne aphasique influencent le succès de l'intervention ;
- Les perspectives et satisfactions des personnes affectées par l'aphasie sont prioritaires sur celles des intervenants ;
- Les mesures quantitatives et qualitatives sont complémentaires.

De nouvelles lignes de conduite viennent ainsi s'ajouter à la prise en charge de l'aphasie, telles que l'individualisation de l'intervention en fonction de la situation, des attentes et des objectifs des personnes affectées. La prise en charge se caractérise par l'inclusion des partenaires privilégiés de la personne aphasique dans le processus de rééducation et par l'observation de situations conversationnelles.

De nombreuses études ont cherché à tester ou à valider des programmes d'intervention fondés sur ce modèle. Il s'agit notamment de thérapies conversationnelles et d'entraînement de partenaires (Garrett & Beukelman, 1995 ; Kagan, 1998 ; Lyon et al., 1997 ; Rayner & Marshall, 2003).

II. Les conséquences de l'aphasie sur la personne aphasique et sur son entourage

Les classifications du handicap ainsi que le modèle social soulignent donc que l'aphasie peut avoir des conséquences à plusieurs niveaux. Les troubles langagiers ont des répercussions sur la communication, sur les liens sociaux et finalement sur la qualité de vie du patient et de son entourage.

1. Les répercussions sur la communication

1.1. Communication et notion d'interaction

1.1.1. La communication

La communication se définit par le fait d'être en relation avec autrui. Elle suppose un échange dynamique entre les interlocuteurs. Il s'agit également de transmettre un message, une information à un destinataire. Les premiers théoriciens de la communication reconnaissent une causalité linéaire unissant le sujet émetteur à son destinataire. L'influence est unidirectionnelle et prévisible. La communication correspond alors au message qu'un sujet émetteur envoie à un sujet récepteur par un canal. Puis, la notion s'affine, les théoriciens exposent différents modèles. Finalement, la communication induit l'insertion d'un sujet complexe dans un environnement tout aussi complexe. Des échanges incessants s'effectuent alors entre le sujet et le monde. Il s'agit là d'une causalité plutôt circulaire. (Sfez, 2004).

L'école de Palo Alto (Bateson, Watzlawick & Winkin, cités par Cosnier, 1998) propose « les cinq axiomes de la communication » :

- On ne peut pas ne pas communiquer ;
- Il y a deux niveaux de communication : le contenu et la relation ;
- La rencontre est ponctuée et rythmée ;
- Il existe deux modes de communication complémentaires : le mode digital (le code verbal) et le mode analogique (les dimensions paraverbaux et non verbaux de la communication) ;

- La relation peut être symétrique (égalité des rôles) ou complémentaire (hiérarchie).

Dans une perspective ethnosociologique, Hymes (cité par Cosnier) parle de la « compétence communicative » qu'il définit comme la combinaison des compétences linguistiques et des savoir-faire communicationnels et socioculturels de la vie quotidienne.

1.1.2. L'interaction

Selon les mots de Goffman (1973), l'interaction correspond à « *l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres* » (p.23). Jakobson (1963), intègre les notions de contexte, de canal et code aux concepts de destinataire, message et destinataire, auxquels il associe respectivement les fonctions référentielle, phatique, métalinguistique, émotive, poétique et conative. Kerbrat-Orecchioni (1996) définit l'interaction comme un engagement mutuel des interlocuteurs qui ajustent, coordonnent et harmonisent en permanence leurs comportements. Selon elle, « *le discours est entièrement coproduit, il est le fruit d'un travail collaboratif incessant* » (p.6). Grice (cité par Bracops, 2005) a développé le concept du principe de coopération dont dépendent quatre maximes conversationnelles de quantité (exhaustivité), de qualité (sincérité), d'informativité (pertinence) et de modalité (manière, clarté).

1.2. Les difficultés communicationnelles et interactionnelles dues à l'aphasie

Avant tout, il faut considérer l'importante variabilité inter-personnelle et intra-personnelle des troubles et la diversité des profils (Daviet, Muller, Stuit, Darrigrand, & Mazaux, 2007). Il est à noter également que le degré de sévérité de l'aphasie ne peut prédire le nombre de troubles de communication que la personne connaîtra (Shewan & Cameron, cités par Le Dorze & Brassard, 1995).

1.2.1. Quelques données sur la communication aphasique

Sur le plan verbal, les troubles expressifs sémantiques, syntaxiques et les jargons entraînent souvent une incohérence déstabilisante pour l'interlocuteur. Les troubles phonétiques et phonologiques, pouvant plus facilement être contournés, ils possèdent une influence moindre sur la communication. Les troubles de compréhension, notamment des formes de haut niveau d'intégration (humour, métaphores, etc.), peuvent être à l'origine de malentendus et de bris de communication. Les compétences pragmatiques quant à elles sont plutôt conservées. Cependant, on note des difficultés à communiquer dans des situations de débat, à raconter une histoire, à expliquer et à justifier ses idées, à délibérer, à négocier, à régler un différend et à respecter les maximes conversationnelles (Vanderveken, 2002).

La communication non verbale correspond aux unités transmises par le canal visuel, c'est-à-dire aux comportements kinétiques (mouvements du corps, gestes, expressions du visage, postures) et aux comportements proxémiques (distance sociale de communication). Dans les cas d'aphasies non fluentes, la communication non verbale serait utilisée activement, comme substitut à la parole. En revanche, dans le cas d'aphasies fluentes ou mixtes, la communication non verbale serait utilisée plus passivement, en accompagnement de la parole (Behrmann & Penn, 1984). Les mimiques, le regard et les attitudes prennent une grande importance pour les personnes aphasiques qui les accentuent afin d'attirer l'attention de l'interlocuteur. La présence de troubles du langage écrit rendra impossible l'utilisation de supports écrits alternatifs.

La communication paraverbale renvoie à toutes les unités qui accompagnent la parole et qui sont transmises par le canal auditif. Chez les personnes aphasiques, elle se caractérise par une prosodie soit augmentée et exagérée, soit au contraire, par une diminution des effets prosodiques et une voix monotone. Ce sont essentiellement les aspects temporels de la prosodie, tels la durée, le rythme, la segmentation et l'intensité vocale des productions qui se trouvent perturbés. Les troubles du débit (allongement des pauses, silences, hésitations) ralentissent l'échange et peuvent provoquer un sentiment de malaise chez les interlocuteurs des personnes aphasiques.

1.2.2. Perceptions des personnes concernées

Une étude menée par Le Dorze et Brassard (1995) a cherché à savoir quelles perceptions ont les personnes aphasiques et leurs principaux interlocuteurs des effets de l'aphasie sur la communication.

Changements en situation de communication selon les personnes aphasiques	Changements en situation de communication selon les membres de la famille et les amis
- <u>Effort pour communiquer</u> ⇒ suivre une conversation est fatigant, d'autant plus s'il s'agit d'un groupe - <u>Irritation et frustration</u> ⇒ due au manque du mot ⇒ suite aux tentatives infructueuses de prise de parole en groupe ⇒ quand les autres parlent pour soi ⇒ quand les autres arrêtent de faire des efforts d'ajustement - <u>Difficulté à ne pas jurer</u>	- <u>Stress</u> engendré par le fait de réaliser que ce que dit la personne aphasique (PA) ne correspond pas toujours à ce qu'elle pense - Ne pas réussir à deviner ce que veut dire la PA provoque de l'<u>agacement</u> - <u>Gêne</u> due à l'utilisation de jurons par la PA - Perception d'une <u>perte d'intérêt à communiquer</u> de la part de la PA.

Tableau1 : Classification des handicaps relatifs à la communication rapportés par les personnes aphasiques et par les membres de leur famille et leurs amis. (Le Dorze & Brassard, 1995).

Les conjoints et enfants des personnes aphasiques considèrent que les effets sur la fonction interactionnelle de la communication sont plus importants et contraignants que ceux sur la fonction transactionnelle, car ils touchent à l'indépendance, à l'intimité, à la qualité et à la quantité des échanges ainsi qu'à la dynamique familiale (Bouchard-Lamothe et al., 1999). La fonction transactionnelle de la communication correspond à un

objectif de transmission du message et peut être mis en lien avec ce que Bloom et Lahey (1978) nomment la forme et le contenu. La fonction interactionnelle correspond quant à elle à un objectif de relation sociale avec autrui et peut être mise en lien avec l'utilisation du langage.

1.3. Les stratégies d'adaptation

L'étude de Le Dorze et Brassard (1995) a permis d'identifier des comportements manifestés par les personnes aphasiques et leur partenaire de conversation afin de s'adapter aux difficultés de communication. Certains comportements s'avèrent plutôt négatifs tels que l'évitement (refuser de parler, ne pas chercher à comprendre ce que la personne aphasique veut dire), des comportements de surprotection (parler pour l'autre). D'autres sont plutôt positifs, tels que des comportements visant à informer les interlocuteurs des difficultés de communication ou des comportements de compensation (utilisation de la communication non verbale, écoute, vérification).

Simmons-Mackie et Kagan (1999) ont identifié des stratégies de compensation utilisées par des proches considérés comme de « bons » partenaires de conversation ('good' speaking partners) ou comme de « mauvais » partenaires ('poor' speaking partners) :

- Les « bons » partenaires :
 - Produisent des témoignages de reconnaissance qui montrent à la personne aphasique qu'on l'écoute et qu'on lui porte de l'intérêt.
 - Produisent des « chevauchements approuvatifs » (congruent overlaps) : énoncés chevauchant ceux de la personne aphasique mais qui sont destinés à montrer là encore de l'intérêt et à signifier une réelle confiance dans la sincérité des énoncés de la personne aphasique.
 - S'adaptent volontiers aux modes de communication inhabituels (non verbaux).
 - Résolvent les séquences de réparation.
 - Utilisent un vocabulaire positif envers la personne aphasique.
- Les « mauvais » partenaires :
 - Produisent peu de témoignages de reconnaissance.
 - Produisent des chevauchements nuisibles qui ne laissent pas à la personne aphasique la possibilité de terminer son tour de parole.
 - Produisent des marques de discordance (« Bien », « Bon, ok... ») qui traduisent une impatience ou jettent un discrédit sur les énoncés de la personne aphasique.
 - S'adaptent difficilement, voire refusent les modes de communication inhabituels.
 - Echouent, abandonnent lors des séquences de réparation.
 - Utilisent un vocabulaire ramenant la personne aphasique à ses difficultés.

Les meilleures dyades reconnaissent la personne aphasique comme un interlocuteur à part entière, digne de confiance, compétente, intéressante et sincère. Elles usent de stratégies valorisantes et développent la relation et la solidarité dans l'interaction. Les moins bons partenaires semblent douter de la compétence de la personne aphasique et installent une

certaine tension dans l'interaction. Ils ne s'adaptent pas aux modes de communication proposés et ramènent leur interlocuteur à ses faiblesses et ses handicaps.

2. Dégradation de la qualité de vie

2.1. Le concept de qualité de vie

La qualité de vie correspond à la perception qu'a l'individu de son propre fonctionnement physique, psychologique, affectif, familial et social. Elle se définit par l'impact de l'état de santé sur les capacités d'une personne à mener une vie satisfaisante (*a fulfilling life*) (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003). Elle est liée à la morbidité réelle, objectivée par les techniques médicales, et à la morbidité ressentie par le patient. « *Le bien être est aussi le résultat de l'environnement (familial et professionnel), de l'éducation, des capacités financières ; il est le résultat d'une personnalité dans cet environnement.* » (Pélissier, Bénéaim, Enjalbert, & Brun, 2000, p. 211).

2.2. Perceptions des personnes aphasiques

La perception de leur qualité de vie par les personnes aphasiques reste très peu documentée en raison des difficultés méthodologiques, les troubles de communication et les troubles cognitifs ne permettant pas toujours de recueillir suffisamment de données. L'étude de Le Dorze et Brassard (1995) a toutefois permis d'identifier des handicaps perçus par les personnes aphasiques qui pourraient définir leur représentation de leur qualité de vie.

Relations interpersonnelles modifiées	Stigmatisation
- bouleversement dans les relations familiales (conflits conjugaux, perte d'autorité sur les enfants, réduction des contacts avec la fratrie) - perte d'amis et efforts requis pour nouer de nouvelles relations amicales (anxiogène)	- sentiment d'être perçu comme malade mental, dément ou alcoolique - changement de l'image de soi - embarras ressenti pour parler et marcher
Perte d'autonomie	Restriction d'activités
- perte d'emploi - possibilités d'embauche réduites - dépendance physique - sentiment d'impuissance	- abandon des plans de carrière - abandon de certaines activités sportives - réduction des activités de loisir

Tableau2 : Classification des handicaps de vie rapportés par les participants aphasiques d'après Le Dorze et Brassard, 1995.

Les personnes aphasiques sont généralement conscientes de leur situation et des impacts de leurs difficultés sur leur vie quotidienne et sur leur entourage. Sur le plan de la vie relationnelle, elles expriment un sentiment de tristesse et de dépression et ont tendance à se replier sur elles-mêmes. Cet isolement diminue les possibilités d'échange et donc

celles de s'exprimer dans des situations diversifiées. Sur le plan de la vie sociale, elles reconnaissent sortir moins, voire plus du tout et les sorties familiales sont privilégiées aux sorties entre amis, aux visites et aux voyages. La vie professionnelle est bien sûr affectée. Les patients se plaignent de se voir proposer des formations sans débouchés. Concernant les loisirs, ils avouent passer beaucoup de temps devant la télévision. Les activités traditionnelles domestiques sont souvent abandonnées ainsi que les activités requérant des performances communicatives et motrices élevées comme les jeux de société ou les loisirs artistiques. (Pélissier & al., 1993).

2.3. Perceptions des conjoints

Les conjoints des personnes aphasiques ont plus de difficulté d'adaptation que les conjoints de personnes victimes d'AVC mais non aphasiques, leur incapacité à communiquer rendant les ajustements aux nouveaux rôles de chacun plus difficiles à réaliser. (Artes & Hoops, cités dans Michallet, 2000).

Les conjoints développent de l'anxiété, de la culpabilité, de l'irritabilité, de la fatigue et des épisodes dépressifs. Certains perçoivent leur mari ou leur femme comme exigeants, capricieux, immatures, inquiets et nerveux, ce qui altère l'image qu'ils avaient de la personne avant l'aphasie. Les conjoints deviennent très vite des aidants naturels et restructurent leur vie en fonction des besoins de leur partenaire ; celui-ci devient parfois un fardeau à porter au quotidien. Le nombre et l'ampleur des responsabilités qui leur reviennent augmentent de telle manière qu'ils subissent une perte ou une diminution de leur identité personnelle. Leur vie sociale et les loisirs familiaux sont perturbés, ce qui entraîne plus ou moins progressivement un isolement pesant. Certains conjoints ressentent de la culpabilité à laisser leur partenaire seul, d'autres les surprotègent en évitant de les confronter aux amis et à la société. Les principales stratégies d'adaptation consistent à être fataliste, dans le déni et l'évitement ou à rechercher d'autres relations interpersonnelles. (Parr, cité dans Michallet).

Il est important de noter que ces changements dépendent énormément des potentiels d'adaptation de chaque conjoint, de la place de la communication dans la vie des personnes, de la nature des relations interpersonnelles, des activités et de la situation socio-économique avant l'AVC. Ainsi, certains conjoints trouvent leur situation inchangée, voire améliorée en ce qui concerne la relation conjugale. (Michallet).

Ces bouleversements font naître de nouveaux besoins chez les conjoints. Michallet, Le Dorze et Tétrault (2001) ont demandé à six conjoints de personnes aphasiques sévères de déterminer leurs besoins spécifiques. Ils ont ensuite regroupé les réponses en six catégories de besoins :

- Besoin d'information
- Besoin d'acquérir des moyens efficaces de communication
- Besoin de développer de meilleures relations avec leur famille et leur réseau social
- Besoin d'être considérés comme de réels partenaires dans le processus de soin
- Besoin de soutien technique et affectif
- Besoin de répit

Ces besoins sont similaires à ceux de conjoints d'aphasiques modérés (Denman, 1998). Ils changent avec le temps et sont parfois liés les uns aux autres. Selon les auteurs, un meilleur partenariat doit absolument se développer entre professionnels et conjoints afin d'anticiper les besoins et de ne pas faire de l'assistance au partenaire aphasique une charge trop lourde à porter.

III. L'évaluation de la communication dans une perspective sociale

L'évaluation issue du modèle social vient compléter les évaluations traditionnelles, pragmatiques et fonctionnelles. La communication, le bien-être, les conséquences personnelles et les changements dans le mode de vie des personnes touchées par l'aphasie sont autant de paramètres pris en compte dans une telle évaluation. L'orthophonie se concentre essentiellement sur la communication.

1. L'analyse conversationnelle

1.1. La notion de conversation

La conversation est un type particulier d'interactions verbales et plus précisément de la forme prototypique du fonctionnement des interactions. Elle renvoie à « *tout type d'échange verbal, qu'elles qu'en soient la nature et la forme.* » (Traverso, 1999, p. 5). L'élargissement et l'approfondissement des liens sociaux constituent sa finalité essentielle. Elle occupe donc une place centrale dans les activités sociales et elle apparaît comme l'activité « *par excellence à travers laquelle l'individu s'affirme en relation avec les autres, elle est essentielle au sentiment d'existence de chacun* » (Traverso, 1996, p. 6). Elle se caractérise par un nombre restreint de participants qui ont des rôles prédéterminés, qui ont tous les mêmes droits et devoirs et qui ont pour objectif commun le plaisir de converser (Kerbrat Orecchioni, 1996). La conversation revêt un caractère généralement familier et improvisé, toutefois elle obéit à des règles dépendantes du contexte. Ces règles sont implicites et relativement souples, elles composent la « *partition invisible* » qui guide et oriente les comportements des personnes engagées dans la conversation (Kerbrat Orecchioni, p.9). Il existe trois catégories de règles conversationnelles : 1) celles qui régissent l'alternance des tours de parole. 2) celles qui participent à l'organisation structurelle de l'interaction ; 3) celles qui définissent les relations interpersonnelles. Leur explicitation relève de l'analyse conversationnelle.

1.2. Définition et principes de l'analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle est une méthode qualitative d'analyse de conversations représentatives des interactions quotidiennes des personnes. Il s'agit d'une approche sociale née dans les années 60, des travaux de Sacks, Schegloff et Jefferson (cités par Damico, Oeschlaeger, & Simmons-Mackie, 1999), qui pensent que la conversation est le premier medium par lequel les interactions sociales ont lieu. Cette méthode tente de saisir les mécanismes mis en place par les interlocuteurs grâce à l'analyse

d'enregistrements vidéo et de transcriptions de conversations, qui permettent de restituer le caractère multimodal des interactions. L'analyse consiste en un examen répété de l'enregistrement et de la transcription conjointement.

Comme les méthodes pragmatiques, l'analyse conversationnelle étudie les habiletés des personnes étudiées en contexte naturel d'utilisation du langage. La pragmatique propose des méthodes dont les tenants émanent exclusivement de la théorie et du praticien. Elles invoquent des concepts théoriques définissant à l'avance les comportements communicationnels adéquats et inadéquats. Par ailleurs, nombreuses évaluations de la communication fonctionnelle ne prennent pas en considération le partenaire conversationnel de la personne aphasique et privilégient généralement la fonction transactionnelle du langage (Beek, Maxim, & Wilkinson, 2007).

L'analyse conversationnelle tente d'éviter ces écueils en respectant quatre principes décrits par Beeke et al. :

- **Les faits conversationnels priment sur les affirmations théoriques** : approche 'bottom-up' de recueil de données. L'analyste observe les interprétations et réactions des interlocuteurs face aux interventions de l'autre pour déterminer si un comportement est adéquat ou non.
- **La conversation est un système organisé et ordonné** dont le tour de parole est l'unité de base. Divers processus intriqués caractérisent la conversation (pauses, chevauchements, interruptions, regards, gestes, réparation de trouble interactionnels).
- **Importance du contexte séquentiel ('sequential context')** : moment où survient une intervention de l'un des interlocuteurs. Les tours de paroles alternent de façon séquentielle, un tour en provoquant un autre et ainsi de suite.
- **Méfiance face à l'analyse quantitative** : l'analyse se fait soit par investigation d'un phénomène particulier présent dans plusieurs séquences de tours de parole (pattern), soit par identification de pratiques conversationnelles présentes uniquement dans une séquence. Dans tous les cas, l'analyse quantitative ne s'exerce que sur un échantillon de conversation et non sur la réalité quotidienne des conversations. L'analyse quantitative doit systématiquement s'accompagner d'une analyse qualitative avec des exemples en contexte pour accéder à plus de justesse.

1.3. Application à l'aphasie: caractéristiques de la conversation aphasique

1.3.1. Les aspects temporels de la conversation

a. Alternance des tours de parole

La conversation se caractérise par l'alternance des prises de paroles des interlocuteurs, nommées tours de parole. Kerbrat Orecchioni (1996) a résumé les fondements du système

des tours de parole. Ainsi, la fonction locutrice doit être occupée successivement par différents acteurs. La parole est prise par une personne à la fois. Cependant, il faut qu'il y ait toujours une personne qui parle. Le changement de locuteur survient à un point de transition possible (« Transition relevance point », Sacks & Schegloff, 1974). Ce point de transition doit pouvoir être identifié grâce à des signaux verbaux (une question appelle une réponse par exemple), par des signaux prosodiques (courbe intonative, articulation moins accentuée, pause) et par des signaux non verbaux (regard, relâchement général).

La répartition du temps de parole est souvent asymétrique dans la conversation aphasique. Les déficits langagiers induisant une augmentation du temps d'élaboration des énoncés, ils peuvent compromettre les possibilités de la personne aphasique à s'approprier ou à conserver l'espace de parole. En effet, Lesser et Milroy (1993) ont noté que les personnes aphasiques hésitent à prendre leur tour suite à une intervention de leur partenaire, à cause de la pression temporelle pesant sur l'alternance des tours. En conséquence, elles ont tendance à produire des tours de parole réduits au minimum ou à répondre rapidement, ce qui peut être source de nombreuses erreurs qui nécessiteront réparation. Un délai de réponse, dû à l'élaboration de l'énoncé, peut s'observer chez certaines personnes aphasiques. Selon le degré de tolérance du partenaire face à ce silence, elles seront plus ou moins vulnérables quant à la perte de leur tour de parole (Lesser & Perkins, 1999). Parallèlement, des patients logorrhéiques peuvent accaparer tout l'espace de la conversation et ne laisser que peu de chance à leur partenaire de participer.

b. Chevauchements et interruptions

Les chevauchements correspondent à la prise de parole simultanée des interlocuteurs dans le contexte d'un point de transition. Les interruptions se caractérisent par la prise de parole d'un interlocuteur pendant le tour du locuteur en cours, en dehors d'un contexte de point de transition. Ces phénomènes peuvent être volontaires ou non et favorables à l'échange ou non selon la situation. En effet, ils peuvent servir à obtenir un tour de parole de force, ou à aider le locuteur en cours dans sa production. Ces comportements ont été peu étudiés dans la conversation aphasique. Ils peuvent signer une mauvaise gestion des aspects temporels, mais cela n'est pas systématique.

1.3.2. Troubles et réparations

Faux départs, révision du message, problèmes de fluence, inattention et incompréhension peuvent être à l'origine d'un trouble interactionnel (Perkins, 1995). Schegloff, Jefferson et Sacks (1977) ont identifié les mécanismes de réparation existant dans les conversations normales. Une réparation peut consister en une correction, en une vérification ou en une clarification. Les auteurs distinguent initiation de réparation et réparation du trouble. Elles peuvent chacune émaner de soi (auto-initiation/réparation) ou de l'autre interlocuteur (hétéro-initiation/réparation). Ainsi quatre cas de figure sont possibles :

Auto-initiation → auto-réparation A : Je suis chez Anne...je veux dire « Kate » !
Auto-initiation → hétéro-réparation A : Je suis chez Anne...non pas chez « Anne » ! B : Kate !
Hétéro-initiation → auto-réparation A : Je suis chez Anne. B : Chez qui ? A : Désolé, je veux dire chez « Kate » !
Hétéro-initiation → hétéro-réparation A : Je suis chez Anne. B : Tu veux dire « Kate ».

Figure1 : Les différentes formes possibles de réparation (Schegloff et al. cités par Perkins, traduit par De Partz, 2001, p.220).

Dans la conversation normale, les auteurs notent une préférence pour les auto-initiations et auto-réparations, c'est-à-dire pour une trajectoire de réparation rapide. Dans la conversation aphasique, les déficits linguistiques provoquent de fréquentes séquences de réparation, souvent longues et coûteuses pour les deux partenaires. Il s'agit plutôt d'hétéro-initiations et d'hétéro-réparations ce qui renforce chez la personne aphasique un sentiment d'incapacité à gérer une conversation. Les auteurs parlent également de la notion d'opportunité de réparation. Le partenaire non aphasique peut ne pas saisir l'opportunité de réparer afin de permettre à la personne aphasique de réparer par elle-même, et ainsi de se sentir plus investie dans la réussite de l'échange.

1.3.3. Thèmes de conversation

Les thèmes peuvent être étudiés sous l'angle de la gestion des thèmes (ouverture, clôture, rupture) (Traverso, 1996). La plupart du temps, la gestion des thèmes s'effectue implicitement. L'initiation d'un thème peut naître d'un silence signalant que personne ne veut ajouter quoi que ce soit au thème précédent. Mais généralement, les locuteurs utilisent des marqueurs d'ouverture de thème tels que « tiens », « alors », « t'sais » (Traverso). La clôture d'un thème ne doit pas s'accompagner de la rupture de l'interaction si celle-ci n'est pas censée se finir. Des marqueurs permettent également aux locuteurs de signifier la clôture d'un thème, comme « la production d'une intervention-résumé » et des termes tels « enfin » ou « de toute façon ». Pour éviter un thème embarrassant ou en raison d'une situation soudaine, des changements imprévus de thèmes peuvent survenir. On parle alors de rupture de thème. Par ailleurs, les thèmes peuvent être abordés en étudiant leur cohérence tout au long de la conversation.

Comme il a été détaillé plus haut, les personnes aphasiques ont tendance à produire des tours de parole réduits au minimum (« minimal turns »). Cette attitude peut conduire à ce que Jefferson (cité par Perkins, 1995) a appelé la « passivité perverse ». Les personnes prennent ainsi part à la conversation, mais évitent de montrer leurs difficultés linguistiques en réduisant la longueur de leurs interventions. Ceci, associé à la perte récurrente de tours liée aux pauses ponctuant les énoncés des locuteurs aphasiques,

entraîne une baisse importante de l'influence des thèmes au sein de la conversation. Ainsi, les personnes aphasiques ont tendance à peu initier les thèmes, mais ils les maintiennent plus fréquemment, sans réellement les développer.

1.4. L'analyse conversationnelle comme support à l'évaluation

Comme Holland (1991) l'a fait remarquer, les personnes aphasiques communiquent mieux qu'elles ne parlent. Il faut ajouter qu'elles communiquent mieux ou tout au moins différemment dans un contexte naturel que lors d'une passation de test traditionnelle, qui finalement ne fournit pas une représentation satisfaisante des habiletés réelles des personnes aphasiques (Beeke & al., 2007). L'évaluation de la conversation quotidienne est un défi, car l'interaction est un phénomène complexe, contextuel et multifactoriel. L'avantage essentiel de l'analyse conversationnelle est la complémentarité qu'elle suppose entre approches linguistiques et approches interactionnelles ou sociales. Elle met en évidence les mécanismes de la conversation aphasique ainsi que les stratégies d'adaptation des deux partenaires dans des situations conversationnelles réelles et quotidiennes. Elle prend en compte la fonction transactionnelle de la communication, mais aussi sa fonction interactionnelle et relationnelle. Enfin, elle est la seule à étudier les mécanismes collaboratifs de réparation. Cette méthode possède un haut degré de validité ; elle peut être utile à l'évaluation comme à la rééducation et fournit ainsi un support continu (De Partz, 2006).

En revanche, elle connaît aussi certaines limites. Sa fiabilité est souvent contestée en raison de l'importante variation des interactions. Toute velléité de standardisation semble donc vaine. Toutefois, l'analyse conversationnelle montre une fiabilité quant à l'identification de patterns interactionnels (Beeke & al., 2007). C'est un outil qui suppose une charge de travail importante puisqu'elle requiert des bases théoriques solides, une bonne maîtrise des techniques de transcription et des méthodes quantitatives et qualitatives d'analyse de la conversation.

2. L'étude de Croteau, Le Dorze et Baril (2007)

Croteau, Le Dorze et Baril ont d'abord cherché à identifier les contributions des conjoints de personnes aphasiques dans la conversation en situation d'interview à partir d'enregistrements vidéo de trois couples québécois et en utilisant la méthode de l'analyse conversationnelle. Dans un second temps, les auteurs ont développé une procédure d'évaluation de ces contributions et l'ont testée sur huit couples. Quatre paramètres d'analyse ont ainsi été utilisés (Annexe II) :

- Le contexte dans lequel les contributions apparaissent : ont-elles été sollicitées ?
- Les types de contributions : réparation, soutien et « parler pour ».
- Les réactions des personnes aphasiques : acceptation ou rejet de la contribution.
- La participation de la personne aphasique suite aux contributions : augmentée, diminuée ou égale.

L'étude montre que la moitié des contributions des conjoints sont des réparations et l'autre moitié des comportements visant à « parler pour ». La plupart du temps, les contributions des conjoints n'ont pas été demandées par la personne aphasique, mais

celle-ci approuve et continue en prenant une part active dans la conversation. Pour les auteurs, les résultats prouvent que l'assistance du conjoint est bénéfique pour le maintien et la poursuite de la conversation. Ainsi, les conjoints doivent être pris en compte dans l'évaluation et dans la prise en charge étant donné leur influence importante sur la personne aphasique.

3. Les outils d'évaluation de la communication

3.1. Notions relatives à l'évaluation

- Fidélité

La fidélité d'un outil mesure l'accord entre deux juges différents. Cette notion renvoie à la reproductibilité des résultats obtenus à partir de l'outil. Un test de fidélité inter-juges suppose que deux juges différents ayant fait passer un test doivent obtenir des résultats similaires sans s'être concertés. Une fidélité test-retest suppose qu'un même juge doit obtenir sensiblement les mêmes résultats lors des deux passations espacées dans le temps. Si deux juges ayant la même formation mais ne se connaissant pas obtiennent les mêmes résultats en faisant passer un test, cela permet de rejeter l'hypothèse selon laquelle les résultats seraient dus à la chance.

Le calcul de corrélation est un moyen de vérifier si deux juges ont obtenus les mêmes résultats lors de la passation d'un test. Ce calcul établit des liens entre les résultats de deux juges différents afin de vérifier si un outil est fidèle d'un juge à l'autre.

- Validité

Selon la définition la plus connue en psychométrie, la validité correspond au degré avec lequel un test mesure ce qu'il prétend mesurer. Mais elle réfère davantage à la pertinence des inférences, des interprétations que l'on tire des résultats fournis par le test. (Standards for Educational and Psychological Testing, APA & AERA, 1999). Un outil ne peut pas être considéré comme totalement valide, puisque la validation dépend de facteurs plutôt qualitatifs. On parle donc de degrés de validité déclinés de la façon suivante : validité non démontrée, faible validité, bonne validité, très bonne validité, excellente validité. Enfin la validité repose sur le cumul d'évidences de validité. Une seule étude de validité ne pourra fournir que des indices de validité

3.2. Les principaux outils existants

3.2.1. Outils français

Le **Test Lillois de la Communication (TLC)** (Lefeuvre, Delacourt, Wyrzykowski, & Rousseau, 2000) apparaît comme le test français de référence pour évaluer la communication. Il permet d'explorer la motivation de la personne à communiquer, ses conduites verbales et non verbales. Il se base sur une analyse directe en situation d'entretien avec la personne aphasique. Le testeur évalue, tout en participant à l'échange.

L'échelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) élaborée par Darrigrand et Mazaux en 2000, s'intéresse davantage aux limitations d'activité et aux restrictions de vie sociale induites par les difficultés de communication. Plus précisément, elle vise à repérer les situations de la vie quotidienne qui posent le plus de problèmes. Les questions abordent notamment l'expression des besoins et des projets, les différentes situations de conversation, l'usage du téléphone, la communication sociale (commerces, loisirs, etc.).

3.2.2. Outils britanniques

Le **Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)** a été développé en 1997 par les anglais Whitworth, Perkins et Lesser. Cet outil se donne pour objectif de déterminer les répercussions des difficultés linguistiques sur les conversations quotidiennes entre une personne aphasique et son partenaire privilégié, ainsi que les stratégies éventuellement mise en place pour y faire face. Il permet d'établir, à l'aide de questionnaires, un profil des habiletés conversationnelles actuelles, ainsi qu'un profil sur les styles et les habitudes interactionnelles passés et actuels. Il comporte également une partie consacrée à l'analyse conversationnelle d'un échantillon de conversation d'environ dix minutes. Il n'existe pas encore de version française validée.

Le **SPPARC Conversation assessment** (Lock et al., 2001) est né d'une étude menée sur trois années par un groupe de chercheurs britanniques de l'University College London. Cet outil mesure les comportements conversationnels des personnes aphasiques et de leurs partenaires. Il forme la base d'un programme de soutien psycho-relationnel et d'un programme d'entraînement à la conversation (Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation, Lock et al.). L'outil d'évaluation, basé sur l'analyse conversationnelle, est destiné à observer comment les partenaires agissent et interagissent dans la conversation.

3.3. Outils canadiens

Les grilles "**Measure of 'Supported Conversation for Adults with Aphasia' "** (M-SCA) et "**Measure of Aphasic Adults' Participation in Conversation**" (M-APC) ont été élaborées par Aura Kagan (2004). Cette orthophoniste canadienne a conçu, depuis 1999, une méthode destinée à améliorer la communication entre les personnes aphasiques et leur entourage. L'accent est mis sur le partenaire de conversation, qui peut être un clinicien ou un proche, et sur les effets psycho-sociaux de l'aphasie. M-SCA évalue l'habileté du partenaire de conversation à reconnaître et à révéler les compétences communicatives de la personne aphasique. L'examineur observe, entre autres, l'aptitude du partenaire à bien recevoir les messages de la personne aphasique et à s'assurer qu'elle comprenne et qu'elle ait les moyens de s'exprimer. M-APC évalue le niveau de participation de la personne aphasique dans la conversation en distinguant versants transactionnel et interactionnel. Ces mesures peuvent mettre en évidence les possibilités de la personne aphasique avec et sans support ; les différentes sections observées peuvent aider à fournir des feedbacks aux deux personnes et peuvent permettre de fixer des objectifs pour un entraînement éventuel. Les programmes et les outils issus de la méthode « SCA » (Supported Conversation for adults with Aphasia) n'ont pas d'équivalent en France et il n'existe pas de traduction valide.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

L'évaluation constitue une étape importante de la prise en charge en orthophonie puisqu'elle participe à orienter l'intervention et à en mesurer l'efficacité. Comme il a été vu précédemment, l'évaluation fonctionnelle des troubles de communication dus à l'aphasie devient plus prégnante depuis une dizaine d'années. Elle apparaît comme un complément incontournable aux évaluations dites traditionnelles.

Force est de constater que la plupart des outils d'évaluation développés dans une perspective fonctionnelle et sociale émanent de pays anglo-saxons. Ainsi, peu de protocoles prenant en compte les compétences communicatives ont été validés en langue française. Actuellement, ce genre d'évaluation se résume le plus souvent au recueil d'informations pendant l'anamnèse et à la conception clinique et subjective que l'orthophoniste a des possibilités et difficultés de communication de ses patients.

De plus, l'entourage des personnes aphasiques entre rarement en compte dans l'évaluation. Or, la communication, et plus particulièrement la conversation, supposent un réel investissement de tous les interlocuteurs. Les difficultés de communication entre une personne aphasique et son partenaire de conversation proviennent certes de l'aphasie elle-même, mais également du degré de coopération entre les partenaires. Selon les mots de Kagan (2004), il semble donc primordial de considérer les habiletés du partenaire de conversation à « reconnaître » et à « révéler » les compétences conversationnelles de la personne aphasique.

Le défi de l'évaluation sociale des troubles de communication réside dans la diversité et la complexité des situations de conversation. Ainsi, toute velléité de standardisation induit nécessairement une certaine artificialité. Parallèlement, la personnalisation de l'évaluation ne permet pas une application clinique réaliste. Des outils comme le CAPPA ou le SPPARC proposent une évaluation moins artificielle des situations vécues par les patients et leur entourage. Toutefois, il faut reconnaître que leur maîtrise requiert du temps et de bonnes connaissances en analyse conversationnelle. Ces outils sont donc souvent l'apanage de la recherche.

Ce mémoire tente de participer à cette réflexion en étudiant les dynamiques conversationnelles au sein de couples dont un conjoint présente une aphasie de degré modéré à sévère. Son objectif réside en l'élaboration d'un outil d'évaluation qui prenne en compte les interrogations suivantes :

- Comment élaborer une évaluation suffisamment précise et reproductible des comportements conversationnels des conjoints, tout en évitant de la rendre artificielle ?
- Comment identifier et évaluer de façon représentative le rôle de chacun des conjoints, aphasique et non aphasique, dans les difficultés de communication rencontrées ?
- Comment adapter cet outil aux contraintes temporelles et matérielles inhérentes au milieu clinique en orthophonie ?

II. Hypothèse générale

Je pose l'hypothèse qu'une grille d'observation sera un outil capable de révéler et d'évaluer les dysfonctionnements et les adaptations de chacun des conjoints, à partir d'enregistrements de conversation en situation naturelle.

III. Hypothèses spécifiques

Afin de vérifier l'hypothèse générale, je formule ici quatre hypothèses spécifiques au projet :

1^{ère} Hypothèse :

La grille d'observation démontrerait une fidélité inter-juges qui confirmerait son caractère reproductible.

2^{ème} hypothèse :

La grille révélerait des indices en faveur d'une bonne validité : son analyse permettrait de révéler les dysfonctionnements et les possibilités d'adaptation de chacun des conjoints.

3^{ème} hypothèse :

Son analyse aboutirait à la formulation de conseils au couple.

4^{ème} hypothèse :

Le recueil des données et leur analyse s'adapteraient aux contraintes temporelles et matérielles imposées par le milieu clinique.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Population

1. Les couples

Au cours des prochaines pages, les abréviations « PA » et « C » sont utilisées respectivement pour « personne aphasique » et « conjoint non aphasique ».

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les mêmes critères ont régi le recrutement des couples au Québec et en France.

- Critères d'inclusion :
 - L'aphasie devait être d'origine vasculaire et de degré modéré à sévère ; la communication des couples étant moins affectée par des aphasies de degré léger.
 - L'AVC devait dater de plus d'un an pour que la personne ait suffisamment récupéré pour retourner à son domicile et que le couple se soit de nouveau retrouvé en situation de vie quotidienne.
 - Le couple devait donc vivre à son domicile.
 - Les personnes devaient être de langue maternelle française (français québécois et français de France).
- Critères d'exclusion :
 - Troubles sensoriels (auditifs ou visuels) majeurs
 - Troubles majeurs de compréhension
 - Autres troubles de la communication que ceux provoqués par l'aphasie
 - Confusion, démence, troubles cognitifs (autres que l'aphasie)

1.2. Les couples recrutés au Québec

Le projet « FRSQ - Aphasies sévères », mené par Claire Croteau depuis 2002, a rassemblé, sur l'année 2005, treize couples québécois dont un membre présente une aphasie de degré léger à sévère. Ces couples ont été recrutés dans la région de Montréal afin de procéder à des enregistrements vidéo de leurs conversations dans trois situations prédéfinies. Dans le cadre de mon projet de recherche, j'ai sélectionné six couples selon le degré de sévérité de l'aphasie (modéré à sévère) et l'importance des troubles de communication apparents.

Les échantillons de conversation de ces couples ont servi à l'élaboration de la grille d'observation, puis à tester une première fois la fidélité de la grille auprès d'étudiantes en orthophonie.

Couple	Sexe PA	Age PA (années)	Profession PA	Age C (années)	Durée Mariage (années)	Type et sévérité* aphasie	Durée aphasie	Troubles associés
1	M	77	Retraité Responsable dans une société commerciale	75	55	Broca Sévère (1)	5 ans 8 mois	Légère apraxie BF et membres
2	M	55	Retraité Chimiste	55	16	Mixte Sévère (1)	7 ans 9 mois	Légère apraxie des membres
3	F	81	Retraîtée Travailleuse sociale	75	30	Mixte Sévère (1)	6 ans 1 mois	Hypoacousie neurosensorielle légère (OD) et apraxie BF et membres
4	M	48	Retraité Gestionnaire de risques	49	26	Mixte Sévère (1)	3 ans	Légère perte auditive bilatérale
5	M	64	Retraité Représentant commercial	62	42	Broca Modérée (2)	3 ans 4 mois	Apraxie BF et légère perte auditive bilatérale
6	M	53	Retraité Courtier en douanes	53	29	Mixte Sévère (1)	3 ans 10 mois	Apraxie BF et membres

*Le type et le degré de sévérité de l'aphasie ont été déterminés selon un consensus entre trois orthophonistes à l'aide de l'échelle de sévérité Aphasia Severity Rating Scale de Goodglass & Kaplan (1983). Cote de sévérité de 0 à 5 ; 0 et 1 = sévère ; 2 et 3 = modéré ; 4 et 5 = léger.

Tableau3 : Caractéristiques des couples québécois sélectionnés pour le mémoire

1.3. Les couples recrutés en France

Deux couples français ont été recrutés en novembre 2009 auprès d'orthophonistes de la région lyonnaise. La contrainte de temps ne m'a pas permis d'en recruter davantage.

Les échantillons de conversation de ces couples ont servi à tester une deuxième fois la fidélité et la validité de la grille, mais auprès d'orthophonistes. Le type et le degré de sévérité de l'aphasie ainsi que les troubles associés ont été déterminés d'après les éléments de bilans que j'ai pu recueillir auprès des orthophonistes actuelles des patients, et à partir des rencontres avec les couples eux-mêmes.

Couple	Sexe PA	Age PA (années)	Profession PA	Age C (années)	Durée Mariage (années)	Type et sévérité l'aphasie	Durée aphasie	Troubles associés
A	M	77	Retraité Architecte	77	27	Broca Sévère	17 ans	Légère hémiparésie droite
B	M	70	Retraité Enseignant	68	44	Proche Wernicke Sévère	1 ans 2 mois	Hémiparésie droite et Apraxie buccofaciale + difficultés modérées en compréhension

Tableau4 : Caractéristiques des couples français

1.3.1. Le couple A

Afin de mieux saisir la dynamique du couple, il me paraît important de le présenter ici de façon plus détaillée. PA est un homme âgé de 77 ans. Avant son AVC, il exerçait la profession d'architecte. Son épouse, âgée de 77 ans également, l'assistait dans son travail. Ils sont ainsi d'un niveau socioculturel assez élevé. Le couple est marié depuis 27 ans. Ils possèdent de nombreuses connaissances communes, une grande complicité, un respect mutuel et une volonté d'échange. Il s'agit de personnes dynamiques ayant une vie sociale et culturelle active.

L'aphasie de PA est une aphasie expressive de type Broca, survenue à la suite d'un AVC le 5 décembre 1992. Les différents bilans orthophoniques réalisés ces dernières années auprès du patient montrent un langage oral très altéré. PA présente des difficultés arthriques sévères, associées à un manque du mot. Il procède parfois à des conduites d'approches phonémiques qui lui permettent souvent de trouver le mot. L'ébauche orale l'aide efficacement. PA présente également un agrammatisme ; ses énoncés sont donc courts et se définissent par une juxtaposition de mots. Le langage automatique et la compréhension orale sont quant à eux préservés. L'expression écrite reste difficile pour PA. L'agrammatisme se retrouve à l'écrit et la lecture à voix haute est laborieuse ce qui peut gêner la compréhension. En revanche, la compréhension en lecture silencieuse ne pose aucun problème. PA aurait un léger déficit de mémoire à court terme. Sur le plan moteur, PA ne présente pas de difficulté particulière.

Le couple a développé au cours des années de nombreuses stratégies et adaptations qui rendent leur communication efficace dans le contexte quotidien. Les conversations plus élaborées, nécessitant explications et argumentations, leur pose davantage de problèmes, PA ne parvenant pas toujours à véhiculer finement ses idées et ses opinions.

1.3.2. Le couple B

Le couple B unit PA, un homme de 70 ans, enseignant retraité dans le domaine du textile, et C, sa femme âgée de 68 ans secrétaire et assistante retraitée dans un cabinet dentaire. Le couple est marié depuis 45 ans. Ils sont tous les deux retraités depuis 1999. Eux aussi partagent de nombreuses connaissances communes.

Suite à un AVC ischémique sylvien gauche survenu le 1^{er} octobre 2008, PA présente une aphasie de type mixte. L'expression de PA se caractérise par un jargon très présent rendant ses productions très peu compréhensibles. Le dernier bilan de renouvellement datant d'octobre 2009 montre de plus en plus d'énoncés automatiques insérés dans le jargon. L'orthophoniste a d'ailleurs noté une dissociation automatico-volontaire très importante. PA peut répéter des mots courts. Les praxies bucco-faciales posent encore problème, notamment pour les mouvements postérieurs. La compréhension orale est satisfaisante, avec tout de même un effet de concrétude et de complexité. Jusque là relativement anosognosique, PA commence à prendre réellement conscience de ses difficultés. Un cahier de communication a commencé à être mis en place, mais il ne s'en sert pas. Le support écrit, que ce soit la lecture ou l'écriture, aide efficacement PA à oraliser.

L'AVC ayant eu lieu un peu plus d'un an avant l'enregistrement, le couple ne s'est pas encore totalement adapté à la nouvelle dynamique de communication due à l'aphasie.

2. Les juges

2.1. Deux étudiantes en orthophonie (Québec)

Le premier test de fidélité a été réalisé avec deux juges qui ont complété et coté la grille d'observation. Il s'agissait d'une étudiante québécoise en 2^e année d'orthophonie à l'Université de Montréal, membre de l'équipe de recherche de Claire Croteau depuis un an et expérimentée dans l'analyse conversationnelle de couples, et de moi-même, alors en 3^e année, également initiée à l'analyse conversationnelle depuis cinq mois.

2.2. Six orthophonistes professionnelles (France)

En octobre et novembre 2009, six orthophonistes ont répondu positivement à l'appel de recrutement pour compléter et coter la grille d'observation. Toutes exercent auprès de patients cérébro-lésés (hôpital neurologique ou centre de réadaptation) dans la région lyonnaise. Elles ont toutes plusieurs années d'expérience dans le domaine de l'aphasie et connaissent ainsi les problématiques liées à cette pathologie. Aucune n'était familière avec l'analyse conversationnelle.

II. Matériel

1. Enregistrements vidéo

Au Québec, les couples ont été filmés avec deux caméras numériques chacune posée sur un trépied. Des DVD des enregistrements ont été réalisés. Le logiciel Windows Media a été utilisé pour le visionnement.

En France, une seule caméra numérique a été utilisée, des contraintes matérielles ne m'ayant pas permis de disposer de deux caméras. La caméra était posée sur un trépied. Le logiciel Windows Media a également été utilisé pour le visionnement.

2. La grille d'observation

2.1. Présentation des outils d'inspiration

Lors de la construction de la grille, je me suis appuyée successivement sur deux outils anglo-saxons destinés à l'évaluation des habiletés conversationnelles des personnes présentant une aphasie et de leur partenaire de conversation. Ces outils ne visent pas particulièrement les couples, mais tout partenaire potentiel de la personne aphasique.

2.1.1. M-SCA / M-PCA (Kagan, 2004)

Kagan (2004) a conçu deux outils de mesures des habiletés conversationnelles au sein du Pat Arato Centre de Toronto. Ils s'insèrent dans le programme « Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) ». Les deux mesures sont les suivantes :

- “Measure of ‘Supported Conversation for Adults with Aphasia’ ” (M-SCA) qui évalue l'habileté du partenaire de conversation à reconnaître (un score) et à révéler (trois sous scores et un score moyen) les compétences communicatives de la personne aphasique. L'examineur observe, entre autres, si le partenaire reçoit bien les messages de la personne aphasique et s'il s'assure qu'elle comprend et qu'elle a les moyens de s'exprimer.
- “Measure of Aphasic Adult's Participation in Conversation” (M-APC) qui évalue le niveau de participation de la personne aphasique dans la conversation en distinguant versants transactionnel (un score) et interactionnel (un score). Les compétences verbales et non verbales (gestes, écriture, dessin, autres ressources) sont prises en considération.

La cotation se fait en temps réel ou à partir d'un enregistrement vidéo de 10 à 15 minutes. Quatre échelles numériques ont été créées. Deux d'entre-elles servent à coter les habiletés du partenaire de conversation (reconnaître et révéler) et les deux autres servent à coter la participation de la personne aphasique (transaction et interaction). Un score haut révèle une bonne capacité à atteindre un but conversationnel. Les scores M-SCA et M-APC doivent toujours être mis en relation afin d'observer les liens entre la participation de la personne aphasique et le soutien fourni par son partenaire de conversation. Ces mesures peuvent montrer les possibilités de la personne aphasique avec et sans soutien du partenaire. Les différentes sections observées peuvent aider à fournir du feedback aux deux personnes et peuvent permettre de fixer des objectifs pour un entraînement éventuel.

La fiabilité a été démontrée par une étude rassemblant cinq dyades évaluées indépendamment par trois orthophonistes. (Kagan, 2004) Une corrélation significative a été obtenue entre les cotations. Les deux mesures ont un haut degré de validité puisqu'une autre étude a montré qu'il existait une corrélation significative entre le jugement clinique des compétences de dix personnes aphasiques et de dix partenaires et leurs scores M-APC et M-SCA. (Kagan) Elles semblent peu utilisées dans un autre contexte que celui du programme « SCA » et ne sont donc pas accessibles à tous les cliniciens. Il n'existe pas de version française valide.

Pour mon travail, je me suis inspirée d'une annexe de cet outil (annexe III) qui répertorie de nombreux comportements intéressants à observer chez les deux partenaires, notamment en ce qui concerne l'utilisation de moyens non verbaux.

2.1.2. The SPPARC Conversation assessment (Lock et al., 2001)

Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit d'un outil britannique. La dyade est filmée en situation de conversation. A partir de l'enregistrement et de la transcription, le clinicien peut alors compléter une grille d'analyse composée de trois rubriques ; 1)

Trouble et réparation, 2) Tours de parole et séquences, 3) Thèmes et conversation générale. Ces domaines d'investigation permettent d'observer comment la dyade s'est adaptée à l'aphasie et quels aspects posent problème. Dix-neuf items, répartis dans les trois domaines, correspondent à des comportements conversationnels. L'analyste doit identifier si les différents comportements sont présents dans l'enregistrement et il peut ajouter des commentaires axés sur leur fréquence, leur localisation et leurs caractéristiques. Voici le détail du contenu de la grille, qui a largement inspiré mon travail :

- Trouble et réparation : patterns possibles d'auto ou hétéro-initiations et réparations ; sources récurrentes de troubles ; longueur des séquences de réparation ; séquences de correction formelles ; stratégies utiles à la réparation.
- Tours de paroles et séquences : schémas d'alternance des tours de parole ; chevauchements ; utilisation des pauses pour s'octroyer le tour ; le partenaire enchaîne sur un autre tour ou reformule son énoncé lorsqu'une pause suit le tour de son interlocuteur.
- Thème et conversation générale : initiation du thème ; équilibre des contributions en terme de longueur et de contenu ; émotions des membres de la dyade (frustration, rires nerveux, etc.).

Le clinicien doit ensuite transcrire des extraits de la conversation qui illustrent le mieux ses observations. Une grille de conclusion reprend les trois rubriques et permet de passer de l'évaluation à l'intervention. Le clinicien identifie :

- ce qui apparaît comme cause évidente d'inconfort ou de stress, comme problématique pour la dyade ;
- des patterns de conversation propres à la dyade ;
- des exemples de séquences montrant que les membres de la dyade ont adopté des rôles différents de ceux qu'ils avaient avant l'aphasie (la relation conjugale peut évoquer une relation thérapeute/patient ou professeur/élève).

Suite à l'évaluation, un programme de soutien psycho-relationnel et/ou d'entraînement à la conversation est proposé.

Cet outil tend à adapter l'analyse conversationnelle au contexte clinique. Il reprend tous les comportements évoqués dans la littérature susceptibles de perturber la conversation, se constituant ainsi une base théorique solide. La présentation et la structure sont claires et la grille est simple d'utilisation. Cependant, il semble que les professionnels qui souhaitent s'en servir doivent connaître et maîtriser finement les techniques d'analyse conversationnelle ainsi que tous les concepts s'y référant. Il n'existe pas à ce jour de version française validée.

2.2. Présentation de la grille

2.2.1. Etapes d'élaboration

La construction de la grille s'est étalée sur cinq mois, de janvier à juin 2009, selon une approche empirique. J'ai commencé par m'informer sur les outils existants, notamment sur les travaux de Aura Kagan (1998, 2004) et je me suis familiarisée avec les enregistrements vidéos réalisés pour le projet « FRSQ - Aphasie sévère ». Je me suis basée sur une grille en français, élaborée à partir des outils M-SCA et M-PCA. Il s'agit d'un essai non validé, mis en forme par une étudiante impliquée dans le projet. J'ai également pris connaissance de la version originale de Kagan (2004) et j'ai alors créé une banque d'items à partir de ces deux documents. Les items devaient correspondre à des comportements communicatifs facilement identifiables et pouvant faire l'objet d'une intervention réaliste en orthophonie. Par exemple, dans la grille adaptée en français, l'item « climat de la conversation » formulé de cette manière ne renvoie pas à un comportement isolé et identifiable. Plusieurs comportements définissent le climat de la conversation, ces comportements peuvent alors devenir des items de la grille.

Suite à la constitution de la banque d'items, j'ai commencé à construire la première version de la grille d'observation. Elle n'évaluait alors que les comportements du partenaire de conversation et était divisée en deux parties nommées « Reconnaître les compétences du conjoint aphasique » et « Révéler les compétences du conjoint aphasique ». Ces deux notions, « reconnaître » et « révéler » correspondent aux attitudes essentielles définies par Kagan (2004) que le partenaire de conversation doit adopter pour améliorer la communication avec son conjoint. Cette version comportait 5 rubriques et 23 items. J'ai choisi deux échelles linéaires sous forme de flèche à deux sens pour la cotation. L'une considérait un continuum en termes de fréquence d'apparition des comportements et l'autre permettait de déterminer le caractère plus ou moins favorable à l'échange des comportements. Enfin un espace réservé aux commentaires accompagnait chaque item. Chaque version de la grille a été révisée selon une même procédure. Claire Croteau et moi-même complétions chacune de notre côté la grille en visionnant un enregistrement d'un couple du projet « FRSQ - Aphasie sévère ». Nous notions nos remarques et nous discussions des améliorations à apporter à la prochaine version. Rapidement, Claire Croteau m'a proposé de m'inspirer de l'outil SPPARC (Lock & al., 2001) pour constituer une nouvelle banque d'items. Cinq versions ont ainsi été réalisées avant le premier test de fidélité effectué en juin 2009.

Version	rubriques	items	Eléments conservés	Changements	Propositions pour la version suivante
1	5	23	/	/	Réorganiser les parties, ajouter PA, ajouter des items sur les thèmes, s'inspirer du SPPARC pour une nouvelle banque d'items
2	12 PC 8 PA	27 PC 14 PA	Echelles Certains items (débit, pauses, regard, gestes, écriture, dessin...)	Partie « Impressions générales », ajout de PA dans la grille, items sur les thèmes et sur les réparations	Réduire le nombre d'items, synthétiser en remaniant la disposition des items dans les rubriques, mettre PC et PA dans des colonnes conjointes pour une observation simultanée facilitée, équilibrer les items PC et PA.
3	10	20 PC 21 PA	Partie « Impressions générales », échelles, la plupart des items mais synthétisés	Création d'une partie « Utilisation des moyens de communication non verbaux », PC et PA dans colonnes conjointes, Réorganisation de la position des items pour une plus grande logique : cadre général → pragmatique (Tours de parole, thèmes) → compréhension dans l'échange (transmission, vérification, bris, réparations) → moyens non verbaux.	Réflexion sur le sens de chaque item, les préciser, observer la pertinence de chacun et leur formulation (vérification, réparation). Réfléchir sur la correspondance entre certains items et la personne observée (PC ou PA) → pauses, transmission du message.
4	9	20 C 18 PA	Les trois parties «A. Impressions générales », « B. Observations détaillées » et « C. Utilisation des moyens de communication non verbaux ».	Echelle ordinale en 5 points (pour faciliter le test de fidélité), PC devient C (pour conjoint), ajout de scores globaux (moyenne des items d'une rubrique), remaniement d'items.	Revoir la rubrique « Réparation » qui pose des problèmes de cotation à cause d'une formulation peu claire des items
5	5	17 C 13 PA	Les trois parties, la plupart des items	Suppression des cotations dans la partie A, suppression des scores globaux (non pertinents), grand remaniement des rubriques, remaniement de la partie « Réparation », « suppression de la rubrique « transaction du message », modification des échelles.	/

Tableau5 : Evolution de la grille d'observation entre la première et la cinquième version

2.2.2. Présentation de la cinquième version

a. Structure

La cinquième version de la grille se présente sur cinq pages A4 en format paysage (logiciel Microsoft Word). La première page comporte un encadré où peuvent être renseignés la date de complétion, le nom de l'évaluateur et les noms des conjoints (PA et C). La grille se divise en trois grandes parties.

A. Impressions générales
Adaptation pour se faire comprendre, écoute, tour de parole
Initiation/maintien des thèmes
Réparation des troubles
Utilisation des moyens non verbaux
B. Observation détaillée
S'adapte pour se faire comprendre
Débit
Intensité
Longueur et complexité des énoncés
Attitudes d'écoute
Prend en compte les interventions du conjoint
Regarde son conjoint
Aspects temporels
Fait des pauses
Chevauchements
Interruptions
Gestion des thèmes
Initie l'interaction
Maintient un thème
Réparation de troubles
Initie la réparation
Participe à la réparation
Résout la réparation
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même
C. Utilisation des moyens de communication non verbaux
Gestes
Ecriture
Autres ressources

Figure2 : Structure de la cinquième version de la grille d'observation

La partie A, intitulée « Impressions générales », comprend quatre sous-parties qui reprennent l'ensemble des rubriques et items de la grille. Dans cette partie, l'évaluateur peut inscrire des commentaires permettant de résumer les observations détaillées dans la deuxième partie. Cette première page permet à l'examineur de visualiser rapidement les domaines dans lesquels il peut intervenir.

La partie B, intitulée « Observation détaillée », comporte cinq rubriques dans lesquelles plusieurs items correspondent à des comportements cibles à observer. Une case de cotation et de commentaires se situe en face de chaque item. Les items « débit », « Longueur et complexité des énoncés », « Fait des pauses » et « Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même » ne s'appliquent pas à PA. En effet, à ce stade je considérerais que l'aphasie perturbait généralement ces comportements sans qu'on puisse intervenir efficacement dessus. Quant au dernier item, son intitulé induit sa non application à PA.

La partie C, intitulée « Utilisation des moyens de communication non verbaux », se divise en trois items correspondant à des comportements spécifiques au conjoint d'une part, et à la personne aphasique, d'autre part.

Dans chacune des parties, la colonne d'observation du conjoint est accolée à celle de la personne aphasique pour permettre une observation et une cotation parallèle des deux personnes pour un même item.

b. Définitions des items pour la cotation

S'adapte pour se faire comprendre :

- **Débit** : le débit peut faire référence à la manière d'énoncer, de réciter mais aussi à la vitesse, au rythme d'élocution. Ici, il s'agit de la vitesse à laquelle les personnes s'expriment. Il se peut que le débit soit trop rapide ou trop lent, ce qui peut venir perturber l'échange.
- **Intensité** : c'est le degré de force, de puissance de la voix. Il s'agit du volume plus ou moins élevé de la voix. Une intensité trop faible ou trop élevée pourrait venir perturber l'échange ou rendre l'atmosphère de conversation désagréable.
- **Longueur et complexité des énoncés** : ici, il ne s'agit pas d'un calcul précis mais plutôt de remarquer si, globalement, le ou la conjoint(e) de la personne aphasique produit de longues phrases qui peuvent être difficiles à retenir et à comprendre pour PA ou si inversement, elle produit de courtes phrases plus adaptées aux capacités de la personne aphasique. De la même façon pour la complexité, il s'agit ici de déterminer si le degré de complexité des énoncés convient ou non aux possibilités de compréhension de la personne aphasique.

Attitudes d'écoute : c'est la capacité à écouter et à porter de l'attention à autrui et à ses propos. Chaque action ou comportement visant à reconnaître l'interlocuteur participe à une bonne écoute.

- **Prend en compte les interventions du conjoint** : les régulateurs phatiques, tels « hum hum », « oui », « ouais », et les expressions du visage permettent de montrer de l'attention à son interlocuteur.
- **Regarde son conjoint** : les contacts visuels permettent aux deux partenaires d'être en interaction et de se sentir acteurs de la conversation.

Aspects temporels et tours de parole : un locuteur peut parler un certain temps avant de laisser la parole à son interlocuteur. L'interlocuteur doit laisser le locuteur parler et l'écouter et il peut prendre la parole lorsque l'occasion se présente à lui. Ainsi, la gestion de temps est liée aux tours de parole.

- **Fait des Pauses** : les pauses rythment la conversation. Elles se définissent par une absence de parole plus ou moins longue et sont essentielles au bon déroulement de la conversation, notamment à l'alternance des tours de parole. Ne pas laisser suffisamment de pauses peut empêcher la personne aphasique de prendre son tour. Des pauses trop longues ou trop nombreuses peuvent installer un climat tendu entre les personnes. Elles peuvent entraîner la perte du tour de parole.
- **Chevauchements** : ils se produisent lorsque une personne prend son tour, à un point de transition, sans forcément mettre fin à l'énoncé en cours. Certains chevauchements peuvent venir soutenir les propos du partenaire, comme les énoncés régulateurs («oui, hum hum »). Ici, seuls les chevauchements nuisibles

à la conversation doivent être pris en compte, c'est-à-dire ceux qui suggèrent que la personne ne respecte pas le tour de l'autre personne.

- **Interruptions** : il s'agit d'énoncés qui mettent fin de façon prématurée à l'énoncé en cours, sans rapport avec un point de transition. Elles suggèrent qu'une personne veut s'approprier le tour avant la fin de celui du locuteur en cours, qui ne peut donc pas s'exprimer pleinement.

Gestion des thèmes : les thèmes sont les sujets, les idées développées dans la conversation. Chaque locuteur a la possibilité d'initier un thème, ce qui démontre une volonté d'être acteur de la conversation. Afin d'assurer la continuité et la progression de la conversation, chacun a la responsabilité de maintenir les différents thèmes abordés.

Réparation de troubles : le manque du mot chez la personne aphasique est très souvent à l'origine d'un trouble de communication. D'autres phénomènes peuvent occasionner un trouble comme les chevauchements, les interruptions, les malentendus, les troubles phonologiques, les troubles du discours, etc. Lorsqu'un trouble survient, les interlocuteurs vont généralement collaborer afin d'y remédier en corrigeant l'énoncé, en le complétant, en trouvant le mot manquant : c'est l'acte de réparation.

- **Initie la réparation**: la vérification d'un énoncé correspond à une initiation de réparation. Chaque personne, lorsqu'elle a un doute sur le propos de son interlocuteur, peut répéter l'énoncé ambigu, le reformuler ou l'interpréter verbalement afin de vérifier qu'il a bien compris le message. Il est possible que les personnes initient la réparation sous forme verbale (demande de clarification, d'interprétation, demande de confirmation, énumération de mots, etc.) et sous forme non verbale (expression d'incompréhension sur le visage, froncement des sourcils,...).
- **Participe à la réparation** : le conjoint essaye de deviner ce que la personne aphasique veut dire, elle peut essayer de corriger un énoncé. La personne aphasique peut donner des indices pour aider son conjoint ; confirmer ou réfuter les propositions du conjoint verbalement (oui/non) ou non verbalement (signe de tête) ou répéter son énoncé par exemple.
- **Résout le trouble**: la personne qui résout le trouble est celle qui a trouvé une solution permettant de mettre fin à la recherche de forme et revenir sur le thème en cours.
- **Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même** : en laissant un temps à PA et en ne réparant pas systématiquement tout de suite après le trouble, le conjoint peut ainsi lui laisser l'occasion de réparer et de se sentir compétente sur le plan conversationnel.

Moyens de communications non-verbaux : la communication verbale étant altérée par l'aphasie, la personne aphasique est susceptible d'utiliser des moyens non-verbaux pour interagir. Kagan (2004) a répertorié dans son outil les moyens non-verbaux les plus communs.

- **Les gestes** : il s'agit ici des gestes à visée communicative. Ils permettent d'accompagner la parole ou de remplacer les mots en faisant appel au canal visuel. Le mime, le pointage, la langue des signes entrent dans cette catégorie.

- **L'écriture** : il s'agit d'écrire des lettres, des mots-clés, des petites phrases sur un support papier ou dans l'espace.
- **Autres ressources** : toute ressource de l'environnement utilisée par les conjoints pour communiquer (onomatopées, photos, objets, calendrier, agenda, cahier de communication...).

c. Echelles de cotation

Deux échelles ordinales en cinq points ont été créées afin de coter chaque item. Ces échelles sont subjectives dans le sens où elles reposent sur les perceptions de celui qui mesure. Le nombre impair permet une gamme de nuances de perceptions entre l'absence, le caractère adéquat et le caractère exceptionnel d'un comportement. La première échelle envisage les comportements en termes de fréquence d'apparition. La seconde propose de déterminer si un comportement est plus ou moins favorable à l'échange.

Fréquence des comportements	Comportement favorable à l'échange ?
1 = jamais	1 = peu favorable
2 = rarement	2 = assez favorable
3 = moyennement	3 = favorable
4 = souvent	4 = davantage favorable
5 = très souvent	5 = très favorable

Figure3 : Echelles de cotation de la grille d'observation (cinquième version)

d. Les commentaires

Pour chaque item, l'évaluateur peut noter des commentaires sur les comportements observés chez le conjoint et chez la personne aphasique. Un espace est prévu à cet effet sous chaque échelle de cotation. Les commentaires fournissent des renseignements précieux et complémentaires à la cotation numérique. Ils éclairent sur le fonctionnement du couple et sur les particularités communicatives de chaque conjoint.

3. Le questionnaire

Un questionnaire a été conçu afin de recueillir les réactions des évaluateurs face à la grille (Annexe V). Il est composé de onze questions concernant les impressions générales, la construction et l'utilisation, les items, les échelles, la durée de cotation et l'utilité clinique d'un tel outil.

III. Protocole expérimental

1. Protocoles d'enregistrement vidéo

1.1. Au Québec

Les enregistrements vidéo des six couples québécois ont été réalisés par l'équipe de recherche de Claire Croteau en 2005, dans le cadre du projet « FRSQ - Aphasies sévères ». Un formulaire de consentement avec pictogrammes avait d'abord été distribué aux couples afin qu'ils prennent connaissance de la démarche et de ses objectifs. Suite à la signature de ce formulaire, trois enregistrements vidéo ont été réalisés au domicile des participants. Deux caméras étaient installées, l'une ciblant la personne aphasique (PA) de face et l'autre filmant son conjoint (C) de face également. Les membres de l'équipe de recherche disposaient le matériel et quittaient ensuite les lieux, laissant le couple seul afin d'obtenir un contexte conversationnel le plus naturel possible.

Le premier enregistrement ne concerne pas mon projet. Les deux autres enregistrements consistaient à recueillir des échantillons de conversation lors de repas, sans thèmes suggérés. Ils durent environ une heure chacun. Une fois les enregistrements effectués, un montage était réalisé afin d'accoler les deux prises de vues ce qui permettait de voir simultanément les deux personnes de face.

Ces enregistrements ont servi de base à mes observations focalisées sur les différents comportements de communication des deux membres du couple. Ils m'ont permis également d'élaborer la grille et d'apporter des modifications quand je constatais que tel ou tel item n'était pas adapté ou pertinent. Ils ont également servi au premier test de fidélité.

Ces vidéos ne peuvent sortir du territoire québécois, car elles ont été réalisées dans le cadre d'un projet de recherche subventionné par le gouvernement québécois et elles doivent rester confidentielles. Toutefois, Claire Croteau m'a donné son accord pour que j'adapte ce protocole en France avec d'autres couples sélectionnés sur les mêmes critères.

1.2. En France

J'ai réalisé les enregistrements des deux couples français en novembre et décembre 2009, après leur avoir expliqué mon projet et après leur avoir fait signer un formulaire de consentement édité par l'Université Claude Bernard Lyon 1.

J'ai conservé le même principe qu'au Québec, en filmant les couples à leur domicile pendant une heure. En raison de contraintes matérielles, je n'ai pu bénéficier que d'une caméra numérique. La prise de vue de face de chaque personne n'a donc pas été possible. Les participants ont été filmés ensemble, de trois-quarts.

J'ai procédé à deux enregistrements du couple A lors de deux rencontres d'une heure pendant les repas. Je n'ai pu rencontrer le couple B qu'une seule fois en raison de

contraintes de temps. Ce couple n'a pas voulu être filmé pendant le repas, l'enregistrement a donc eu lieu juste après le déjeuner pendant une heure. Ces deux enregistrements ont servi au deuxième test de fidélité.

2. Les tests de fidélité

2.1. Test avec les étudiantes en orthophonie (Montréal)

2.1.1. Contexte du test

Le premier test a cherché à évaluer la fidélité de la version cinq de la grille d'observation entre deux juges non professionnelles mais initiées aux techniques d'analyse conversationnelle. Ainsi, deux étudiantes en orthophonie, dont moi-même, ont participé à ce test. L'objectif consistait à déterminer si la grille était assez fiable à ce niveau pour ensuite être présentée à des professionnelles.

La complétion des grilles s'est déroulée à Montréal, en juin 2009, dans le local de recherche du Centre de réadaptation Lucie Bruneau. L'étudiante québécoise et moi-même avons coté la grille pour les couples 4, 5 et 6 en visionnant les enregistrements sur deux ordinateurs différents, dans la même pièce, au même moment. Les couples 1, 2 et 3 ont servi à élaborer la grille et ils ont constitués les supports de l'entraînement à la complétion et à l'analyse de la grille. Ils n'ont pas été utilisés pour le test de fidélité.

2.1.2. Protocole de complétion de la grille

Une première phase a consisté à vérifier que nous avions bien les mêmes conceptions des différents items, en procédant à une lecture conjointe d'un document présentant les définitions de chaque notion (Annexe IV). Puis nous avons regardé ensemble un document qui résumait le protocole de complétion et qui présentait les échelles de cotation.

Dans un second temps, nous avons procédé à la complétion de la grille. Notre observation ne devait porter que sur les 30 premières minutes des enregistrements, temps que j'ai fixé pour la complétion de façon à ce que cela puisse être applicable en clinique. Nous devons visionner chaque enregistrement deux fois. Le premier visionnement était réservé à la complétion de la partie B (Observation détaillée), le deuxième aux parties B et C (Utilisation des moyens non verbaux). Après les visionnements, nous pouvions compléter la partie A (Impressions générales).

Pour la cotation, il était donné comme consigne d'entourer le chiffre qui semblait le plus approprié selon l'item et les observations. Tous les items devaient être impérativement cotés. Il était recommandé d'inscrire des commentaires dans l'espace prévu à cet effet.

Un calcul de corrélation a été réalisé à partir des cotations obtenues afin de déterminer statistiquement s'il existe une corrélation significative entre les cotations des deux juges. Ainsi, un calcul a été effectué pour les cotations de chaque conjoint (C et PA) de chaque

couple séparément, puis pour les cotations de tous les conjoints non aphasiques ensemble et pour tous les conjoints aphasiques ensemble. Si tous les coefficients de corrélation sont significatifs, cela signifie que la grille présente une bonne fidélité inter-juges dans ce contexte.

2.2. Test avec les orthophonistes (Lyon)

2.2.1. Contexte du test

Pour le second test, la version cinq de la grille a été révisée. En fonction des observations faites à l'issue de la première passation, j'ai décidé d'appliquer les items « Débit », « Longueur et complexité des énoncés » et « Fait des pauses » à la personne aphasique. En effet, j'ai pris conscience que ces items pouvaient effectivement être pertinents pour des personnes atteintes d'une aphasie de type Wernicke, c'est-à-dire des personnes qui ont tendance à être logorrhéiques, ce qui peut perturber l'échange. La personne aphasique laisserait alors peu d'occasions à son partenaire de prendre son tour de parole. Le deuxième test a donc cherché à évaluer la fidélité de la sixième version de la grille avec six orthophonistes professionnelles, non initiées aux techniques d'analyse conversationnelle, mais ayant une expérience clinique auprès des personnes aphasiques. L'objectif consistait à déterminer si la grille était assez fiable à ce niveau pour une éventuelle utilisation en clinique.

Pour ce test, j'ai sélectionné une séquence d'une demi-heure consécutive pour chaque couple. J'ai fait en sorte de ne prendre ni le début ni la fin de l'enregistrement, afin de ne conserver que les moments les plus authentiques. En effet, j'ai pu remarquer que les participants semblaient moins à l'aise au début de l'enregistrement et que les sujets de conversation s'épuisaient à la fin, rendant l'échange plus superficiel.

La complétion des grilles s'est déroulée à Lyon, en janvier 2010, dans une salle de réunion de l'hôpital Desgenettes. Les orthophonistes ont coté la grille pour les couples A et B en visionnant les enregistrements sur un grand écran au moyen d'un vidéoprojecteur.

2.2.2. Protocole de complétion de la grille

Après une présentation du mémoire et de la structure de la grille, je me suis assurée que chacune des juges ait les mêmes définitions des items. Je leur ai distribué le même document résumant ces définitions, que celui du premier test en ajoutant les échelles de cotation. Elles pouvaient donc s'y référer autant de fois souhaitées lors des visionnements.

J'ai ensuite diffusé l'enregistrement du couple A puis celui du couple B. Sans concertation, chaque orthophoniste a complété une grille pendant chaque visionnement. L'ordre de la complétion évoqué au premier test leur a été donné à titre indicatif. Deux visionnements étaient prévus, mais à l'issue du premier, les juges n'ont pas souhaité procéder au second visionnement.

Comme pour le premier test, il était donné comme consigne d'entourer le chiffre qui semblait le plus approprié, tous les items devant être impérativement cotés et il était recommandé d'inscrire des commentaires dans l'espace prévu à cet effet.

Un calcul de corrélation a également été réalisé à partir des cotations obtenues, pour les cotations de chaque couple séparément, puis pour les cotations de tous les conjoints non aphasiques ensemble et pour tous les conjoints aphasiques ensemble. Là encore, si tous les coefficients de corrélation sont significatifs, cela signifie que la grille présente une bonne fidélité inter-juges dans ce contexte.

3. Recueil des données qualitatives

3.1. Données sur la grille

Un questionnaire (Annexe V) a été distribué aux orthophonistes. Il a été créé afin de recueillir des données qualitatives sur la grille. Les réponses des orthophonistes peuvent fournir plusieurs points de vue cliniques sur cet outil en voie d'élaboration. Une analyse fine de ces réponses peut permettre de mettre en évidence les points forts et les points faibles de la grille. Le questionnaire est composé de dix questions pouvant être regroupées sous cinq rubriques :

- Considérations générales sur la grille
- Les items
- La cotation
- Utilité de la grille
- Remarques et suggestions

3.2. Analyse des grilles et retour aux couples

Une analyse des cotations item par item ainsi que des commentaires a été effectuée afin de déterminer les points forts et les points à améliorer pour chacun des couples français. Un retour a alors été formulé lors d'une rencontre avec chaque couple et leur orthophoniste. Afin d'illustrer les observations issues de la grille, des exemples descriptifs de comportements ont été extraits du corpus transcrit des enregistrements d'un des deux couples français. Ces exemples sont en relation avec les cotations et les commentaires trouvés dans la grille.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Les tests de fidélité

Des calculs de corrélation inter-juges ont été réalisés afin de savoir si les différents juges ont coté les couples de la même manière ou de manière significativement différente.

Deux calculs ont été ainsi utilisés. Pour le premier test, il s'agit d'un calcul de corrélation de Spearman et pour le second test, il s'agit d'un calcul de corrélation de Pearson. Il n'y a pas de différence entre ces deux calculs, si ce n'est que le test de Spearman est le calcul du coefficient non paramétrique basé sur les rangs et non sur la valeur moyenne, plus souvent utilisé pour les petits échantillons pour lesquels on ne peut vérifier la normalité de distribution, ce qui était le cas pour les comparaisons des 2 étudiantes.

Dans les deux cas, une corrélation est considérée comme bonne si le coefficient est compris entre 50% et 80%. Une corrélation sera significative si $p < 0.05$.

L'ensemble des cotations a été compilé dans des tableaux (Annexes VII et VIII) afin de permettre la réalisation des calculs de corrélation.

1. Premier test

1.1. Corrélation inter-juges

1.1.1. Selon les couples

Couples		Rh� de Spearman	Coefficient (%)	p
Couple 4	C	0.887	88.7	<0.001
	PA	0.918	91.8	<0.001
Couple 5	C	0.754	75.4	<0.001
	PA	0.813	81.3	<0.001
Couple 6	C	0.964	96.4	<0.001
	PA	0.887	88.7	<0.001

Tableau6 : Premier test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges selon les couples

Les corrélations sont toutes hautement significatives ($p < 0.001$). La corrélation entre les cotations des deux juges pour chaque couple est excellente.

1.1.2. Selon les conjoints (C et PA)

Conjoints	Rh� de Spearman	Coefficient (%)	p
C des trois couples	0.84	84	<0.001
PA des trois couples	0.86	86	<0.001

Tableau7 : Premier test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges selon les conjoints

Les corrélations sont hautement significatives ($p < 0.001$). La corrélation entre les cotations des deux juges pour les trois conjoinsts ainsi que pour les personnes aphasiques est excellente.

1.1.3. Pour l'ensemble des cotations

Le coefficient de corrélation calculé pour l'ensemble des cotations, c'est-à-dire les cotations données par chacune des juges à tous les conjoinsts pour tous les items, est de **84.9%** (Rhô de Spearman = 0.849 ; avec $p < 0.001$). Les cotations des deux juges pour l'ensemble des participants sont hautement corrélées.

1.2. Détail des cotations d'un juge à l'autre

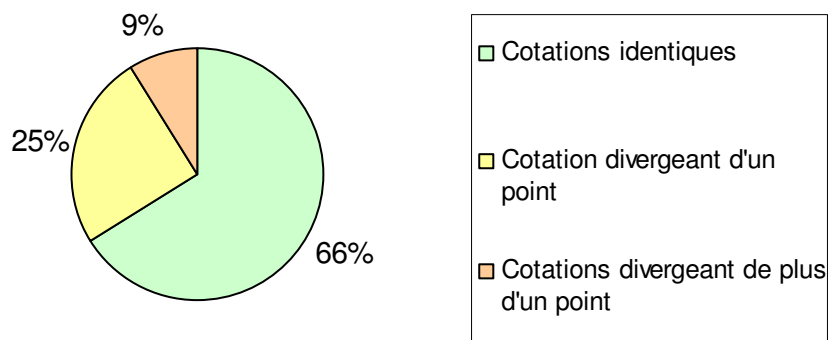


Figure4 : Pourcentage des cotations identiques et divergentes suite au premier test de fidélité

Selon les tableaux détaillant les cotations du premier test (Annexe VII), dans 66% des cas, soit 59 fois sur 90, les orthophonistes ont coté des items de façon totalement identique. Dans 25% des cas, soit 23 fois sur 90, leurs cotations étaient similaires. Enfin, dans seulement 9% des cas, soit 8 fois sur 90, les juges ont coté les items de façon plutôt divergente. Ainsi, le premier test de fidélité montre que les deux étudiantes ont coté majoritairement de façon identique.

Les tableaux indiquent que les items « Maintient un thème », « Initie la réparation » et « Résout le trouble » suscitent le plus de cotations divergentes. Les items « Chevauchement », « Initie l'interaction », « Participe à la réparation » et « Gestes » provoquent des divergences dans une moindre mesure. Les items « Intensité », « Interruption » et « Ecriture » n'ont jamais provoqué de divergences.

2. Deuxième test

2.1. Corrélations inter-juges

2.1.1. Selon les couples

	Ortho2	Ortho3	Ortho4	Ortho5	Ortho6
Ortho1	0.62**	0.62**	0.75**	0.54**	0.72**
Ortho2	-	0.78**	0.67**	0.77**	0.68**
Ortho3	-	-	0.61**	0.81**	0.76**
Ortho4	-	-	-	0.58**	0.74**
Ortho5	-	-	-	-	0.75**

** p<0.001

Tableau8 : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant les cotations du couple A

Pour le couple A, une bonne corrélation est observée pour toutes les cotations des orthophonistes prises deux à deux, avec un haut degré de significativité (p <0.001).

	Ortho2	Ortho3	Ortho4	Ortho5	Ortho6
Ortho1	0.63**	0.51**	0.52**	0.47**	0.69**
Ortho2	-	0.36*	0.59**	0.35*	0.49**
Ortho3	-	-	0.35*	0.57**	0.62**
Ortho4	-	-	-	0.32	0.44*
Ortho5	-	-	-	-	0.57**

* p<0.05 ; ** p<0.001; pas d'*=non significatif.

Tableau9 : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant les cotations du couple B

Pour le couple B, les cotations des orthophonistes 2 et 3, 2 et 5, 3 et 4, 4 et 6 sont corrélées à un degré de significativité moindre que les autres paires (p<0.05). Les cotations des orthophonistes 4 et 5 ne sont pas corrélées significativement. Une bonne corrélation est observée pour les cotations des autres paires d'orthophonistes, avec un haut degré de significativité (<0.001). Les corrélations pour ce couple sont donc moins homogènes et moins bonnes que pour le couple A.

2.1.2. Pour l'ensemble des cotations

Les résultats du test de corrélation calculé pour l'ensemble des cotations des six orthophonistes, c'est-à-dire les cotations données par chacune des juges à tous les conjoints pour tous les items sont présentés dans le tableau suivant :

	Ortho2	Ortho3	Ortho4	Ortho5	Ortho6
Ortho1	0.62**	0.58**	0.66**	0.52**	0.71**
Ortho2	-	0.57**	0.61**	0.55**	0.57**
Ortho3	-	-	0.53**	0.72**	0.71**
Ortho4	-	-	-	0.49**	0.66**
Ortho5	-	-	-	-	0.68**

** significatif à 1% ($p < 0.001$)

Tableau10 : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant l'ensemble des cotations (couples A et B)

Un haut degré de significativité apparaît pour toutes les paires analysées et une bonne corrélation est observée pour toutes les cotations des orthophonistes prises deux à deux, sauf pour les orthophonistes 4 et 5.

2.2. Détail des cotations d'un juge à l'autre

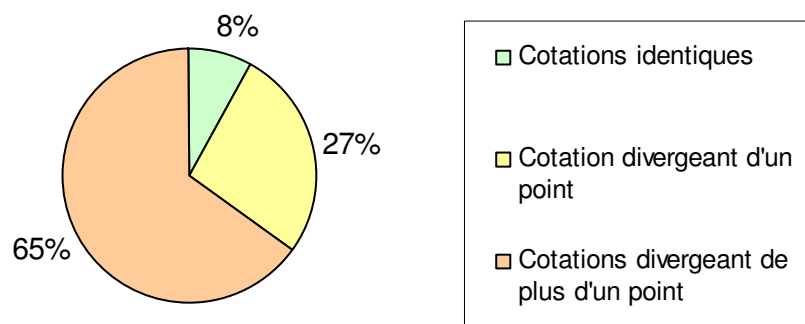


Figure5 : Pourcentage des cotations identiques et divergentes suite au deuxième test de fidélité

Selon les tableaux détaillant les cotations (Annexe VIII), dans seulement 8% des cas, soit 5 fois sur 66, les orthophonistes ont coté des items de façon totalement identique. Dans 27% des cas, soit 18 fois sur 66, leurs cotations étaient similaires. Enfin, dans 65% des cas, soit 43 fois sur 66, les juges ont coté les items de façon plutôt divergente. Le deuxième test de fidélité montre donc plus d'hétérogénéité dans les cotations attribuées par les juges que le premier test.

En analysant les tableaux de cotation, il semble que le conjoint du couple A est la personne que les juges ont cotée le plus similairement, suivi par la personne aphasique du couple A. Vient ensuite la personne aphasique du couple B. Le conjoint du couple B est la personne que les juges ont cotée le plus différemment.

II. Données qualitatives

1. La grille

Les données qualitatives concernant la grille émanent des réponses des orthophonistes au questionnaire (Annexe VI).

1.1. Considérations générales sur la grille

- Question 1 : impression générale

Deux orthophonistes ont été plutôt convaincues par la grille. Elles mettent en avant sa pertinence et sa clarté. Pour l'une d'entre elles, la grille s'adapte « relativement » bien aux différentes interactions possibles selon les couples et elle donne une « bonne base de réflexion autour de la communication intra couple ». Le fait de pouvoir observer les comportements des deux conjoints parallèlement a été également apprécié.

Une orthophoniste s'est d'abord sentie « dépassée », puis elle s'est adaptée assez rapidement à l'outil en « trouvant ses repères ».

Trois orthophonistes ont moins apprécié la grille. Deux d'entre elles ont trouvé la grille « complexe », notamment pour des personnes non initiées à l'analyse conversationnelle. L'une d'entre elle a souligné qu'elle a eu des difficultés à « faire le lien entre certains items proposés et ce à quoi ils correspondent dans la conversation ». Une autre a trouvé la partie « Impression générale » redondante par rapport au reste de la grille.

- Question 2 : Construction et fonctionnement

Quatre orthophonistes ont trouvé la grille bien construite. Le choix des items leur semble pertinent. Une orthophoniste considère que la longueur de la grille est trop importante et que certains items ne sont pas facilement identifiables dans les enregistrements. Une orthophoniste n'a pas répondu.

1.2. Les items

- Question 3 : compréhension des items

Quatre orthophonistes sur six n'ont pas compris tous les items. Les items liés à la réparation des troubles dans la conversation et à la gestion des thèmes s'avèrent les plus délicats à comprendre et donc à coter. Deux orthophonistes ont bien compris les items.

- Question 4 : pertinence des items par rapport aux enregistrements et à l'expérience clinique.

Quatre orthophonistes ne trouvent pas tous les items pertinents. Encore une fois, l'item « résout le trouble » est cité. Une orthophoniste pense que les items « longueur et

complexité des énoncés » et « fait des pauses » ne peuvent pas s'appliquer à la personne aphasique du fait de son expression altérée. Une orthophoniste rappelle que l'item « regarde son conjoint » a suscité un débat pour la conjointe du couple B après le visionnement de l'enregistrement. Elle ajoute qu'il aurait fallu plus de temps pour se mettre d'accord sur les items avant la complétion. Une autre considère que la grille « est plus tournée vers des patients qui ont un langage verbal » et que pour le conjoint aphasique du couple A, « la grille était forcément péjorative pour lui ». Il lui semble qu'il faudrait pouvoir mieux « cibler, développer, commenter toutes les stratégies qu'il avait mises en place pour se faire comprendre ». Enfin, une orthophoniste trouve qu'il aurait été intéressant qu'un item s'intéresse aux feedbacks donnés par l'un et l'autre partenaire.

1.3. La cotation

- Question 5 : échelles de cotation

Trois orthophonistes les ont trouvées adaptées. Selon l'une d'elles « une cotation large de 0 à 5 donne une certaine souplesse à ce genre d'outil ».

Parmi les trois autres, l'une pense que les échelles ne posent problème que pour certains items ; une autre pense qu'une cotation en 3 points aurait suffi avec les commentaires à côté, la dernière fait remarquer que ces échelles nécessiteraient un entraînement pour une cotation plus juste.

- Question 6 : durée de cotation (une demi-heure)

Toutes trouvent ce temps adapté à la complétion de la grille, pour des cliniciennes habituées à la prise en charge de personnes avec aphasie.

Une orthophoniste fait remarquer que la réflexion autour de la complétion de la grille requiert le plus de temps.

Une autre trouve que ce temps est suffisant mais pour un « survol » des problématiques. Selon elle, cela ne permet pas « une cotation fine puisqu'il est impossible de se focaliser sur un aspect précis ». Elle se demande si une cotation qui aurait lieu juste après le visionnement ne serait pas plus pertinente, même si la mémoire de chacun interviendrait alors, la qualité d'une communication est notamment « liée au ressenti, à l'impression qui nous en restent [...] à un instant T qui varie pour chacun d'entre nous ».

- Question 7 : Nombre de visionnements

Pour trois d'entre elles, un visionnement a suffi. Pour les autres, deux auraient permis une analyse plus fine et plus juste. Une orthophoniste propose deux visionnement plus courts et chaque visionnement serait destiné à l'observation d'un conjoint (C puis PA). Pour une autre, un visionnement par rubrique serait idéal mais il est évident que cela prendrait trop de temps.

1.4. Utilité de la grille

- Question 8 : Ont-elles eu une idée des habiletés et des difficultés propres au couple suite à la complétion ?

Trois affirment que oui. Pour elles, il s'agit d'une « bonne base de réflexion », « cela permet de ne rien oublier [...] de quantifier ». L'une d'elles constate que la confrontation des observations entre plusieurs cliniciens « peut s'avérer très intéressante ».

Les trois autres sont mitigées. Le caractère artificiel de la situation est mis en cause ; il est difficile de « savoir si les stratégies utilisées pendant ce film sont vraiment le reflet de leur communication habituelle ». Le « manque de consensus » entre les différents juges après la complétion rend l'exercice laborieux.

- Question 9 : Est-il possible de dégager des pistes d'intervention ?

Cinq répondent oui à cette question. La base théorique de la grille permettrait de travailler différents aspects de la communication. Une orthophoniste reconnaît « une utilité clinique » à l'outil et lui confère « un grand intérêt pédagogique pour les couples candidats à cette démarche ». Elle permettrait de mettre les difficultés de communication en relief.

Une orthophoniste a répondu non, le premier couple fonctionnant déjà bien et le deuxième étant difficilement évaluable au regard du jargon important du conjoint aphasique et de « l'impression que la communication était parfois basée sur un malentendu ».

- Question 10 : Utilité clinique

Une orthophoniste n'a pas répondu.

Pour quatre d'entre elles, la grille peut avoir une utilité clinique sous certaines conditions:

- Etre proposée à distance de l'accident vasculaire, quand la personne aphasique est rentrée à domicile
- Trouver une alternative à l'enregistrement vidéo qui « n'est pas encore une pratique courante et aisée » et qui semble trop coûteux en terme de temps de mise en œuvre. Préférer peut-être une observation « in vivo » au domicile du couple.

Parmi elles, une orthophoniste reconnaît l'intérêt d'un point de vue théorique, mais conçoit mal l'utilisation de la grille en libéral ou en centre, où « les familles ne font que passer » et se retrouvent dans « un cadre inconnu ».

Une autre trouve plusieurs avantages à l'outil :

- La situation d'enregistrement proche de la réalité
- L'encadrement des observations par une base théorique
- La participation active du couple

Pour elle, l'inconvénient majeur est le temps de mise en œuvre et la contrainte matériel.

Enfin, une des orthophonistes trouve « qu'à ce stade de conception », elle ne saurait utiliser ce matériel puisqu'elle « ne voit pas ce qui se dégage de manière suffisamment immédiate ».

1.5. Remarques et suggestions

- Question 11 :

Une orthophoniste propose de faire apparaître « à la fin de chaque grille, un profil (type BDAE) avec une courbe verticale qualifiant le comportement de communication du couple ». Ce repère plus visuel pourrait alors être « comparé en avant et après thérapie » et « montré au patient et à sa famille ».

Une autre aurait souhaité une réunion préparatoire pour mieux s'imprégner des items et de la finalité de l'outil.

2. Les couples A et B

2.1. Retours aux participants

Cette partie est destinée à présenter les observations issues de l'analyse des cotations et des commentaires des orthophonistes.

2.1.1. Couple A

Je me suis rendue en mars 2010 à l'une des séances du patient du couple A afin de procéder à un retour sur l'observation de l'enregistrement du couple, et ceci en présence de l'orthophoniste de PA. Les conjoints sont venus ensemble et je leur ai présenté leurs points forts et les points à améliorer sous forme d'une discussion où chacun pouvait apporter sa contribution, son avis. Enfin, j'ai tenté de leur formuler quelques conseils. Les tableaux suivants récapitulent les éléments qui leur ont été transmis.

Adaptation / Ecoute		
Points forts	C	• Bonne adaptation de débit de parole. • Utilise des phrases de longueur et de complexité favorable à l'échange avec son mari. • Lui laisse le temps de prendre la parole et évite de parler en même temps que lui.
	PA	• Montre régulièrement qu'il est attentif à la conversation (hochement de tête, acquiescements). • Soutient généralement son épouse du regard. • Parle peu en même temps que sa femme et ne l'interrompt pas. • Sait attendre son tour pour s'exprimer.

Points à améliorer	C	Anticipe parfois les propos de son conjoint, ce qui ne lui permet pas toujours de s'exprimer pleinement, mais le plus souvent, quand elle l'interrompt, c'est pour l'aider à trouver ses mots.
	PA	
Conseils	C	Ne pas trop anticiper les réponses de son conjoint, mais bien lui laisser l'opportunité de s'exprimer jusqu'à la fin.
	PA	
Gestion des thèmes		
Points forts	C	- Propose de nombreux sujets de conversation. - Ouvre le dialogue en posant des questions, en demandant l'avis de son conjoint, etc. → Vous proposez à votre mari d'être acteur de la conversation.
	PA	Poursuit généralement sur un sujet de conversation, en rebondissant sur ce que dit sa conjointe par exemple ou tout simplement en lui répondant.
Points à améliorer	C	
	PA	Initie peu de sujets de conversation
Conseils	C	
	PA	Essayer de s'investir davantage dans la proposition de thème. Ne pas hésiter à initier un sujet de conversation, sa femme pouvant le soutenir et lui permettre d'échanger sur des thèmes plus poussés.
Troubles et réparations		
Points forts	C	- Garde son calme. - Tente toujours de trouver ce que veut dire son mari. - Exprime explicitement son incompréhension au besoin. - Laisse le temps à son mari d'essayer de résoudre le trouble (en trouvant le mot voulu par exemple). - Quand il n'y parvient pas, propose, reformule, interprète, pose des questions → stratégies en place. Permet le plus souvent que le trouble soit résolu, grâce aussi à la complicité qu'elle entretient avec son époux et aux connaissances qu'ils ont en commun.
	PA	- Arrive parfois à trouver un moyen de résoudre un problème par lui-même (essaye de formuler le mot, utilise l'épellation sur sa main, fait des gestes). - Dans la majorité des cas, participe à résoudre les troubles en aidant sa femme (confirme ou réfute ses propositions).
Points à améliorer	C	Quand son mari cherche (un mot par exemple), il arrive qu'elle ne le regarde pas.
	PA	
Conseils	C	Regarder son conjoint quand il cherche à résoudre un moment de trouble pourrait éventuellement lui permettre de deviner plus rapidement ses propos.
	PA	
Moyens non verbaux		
Points forts	C	Utilise peu de moyens non verbaux lors de l'enregistrement, mais cela ne semble pas nécessaire au bon déroulement de l'échange puisque son conjoint la comprend bien.
	PA	Utilise l'écrit (dans sa paume de main), les expressions du visage, les onomatopées afin d'exprimer ses propos, ses idées, ses sentiments.
Points à	C	

améliorer	PA	Utilise peu les gestes, les mimes, les ressources de l'environnement proche (pointer des objets dans la pièce) et l'écrit (sur feuille) pour converser sur des thèmes plus poussés.
Conseils	PA	Utiliser davantage les ressources de son environnement, les gestes et l'écrit (à l'aide d'un petit bloc-notes qui tiendrait dans une poche par exemple).

Tableau11 : Retour aux conjoints du couple A

Le couple a été plutôt d'accord avec les observations transmises. Nous avons essayé de réfléchir ensemble sur les moyens possibles qui aideraient PA à transmettre des messages plus élaborés que ceux de la vie quotidienne, sans réellement trouver de réponse satisfaisante.

2.1.2. Couple B

De la même façon que pour le couple A, j'ai rencontré le couple B au cabinet de l'orthophoniste, en mars 2010 également, afin de procéder au retour sur les observations de leur enregistrement. Les éléments fournis au couple sont répertoriés dans les tableaux suivants :

Adaptation / Ecoute		
Points forts	C	- Adapte la plupart du temps le débit de parole pour se faire comprendre par son époux. - Soutient souvent son mari du regard, ce qui lui permet de se sentir investi dans la conversation. - Respecte généralement les tours de parole. - Laisse parfois des pauses dans la conversation pendant lesquelles son mari peut saisir l'opportunité de prendre la parole.
	PA	- Fait preuve d'une grande écoute envers son épouse. - Regarde fréquemment son épouse lorsqu'elle s'exprime, ce qui montre qu'il y est attentif. Il la regarde aussi quand il s'exprime, il recherche son soutien. - Acquiesce beaucoup pour signifier qu'il suit la conversation.
Points à améliorer	C	- Produit souvent des phrases trop longues ou trop complexes pour son mari. - Semble vouloir deviner rapidement ce que veut exprimer son époux, ou veut continuer sur un thème dont elle parlait. Il lui arrive alors de parler en même temps que son époux, ce qui peut le contraindre à s'arrêter.
	PA	- Il semble que certains énoncés ne soient pas toujours faciles à comprendre pour lui, ce qui peut provoquer un lâcher prise de la conversation. - Il lui arrive souvent de prononcer de longs énoncés sans pauses et dans lesquels on ne reconnaît que très peu de mots. → En conséquence, son épouse a des difficultés à saisir ce qu'il voulait dire, et il ne conçoit pas toujours pourquoi elle ne le comprend pas. - Il lui arrive de parler en même temps que sa femme ou de l'interrompre surtout lors de moments de troubles, peut-être pour affirmer ce qu'il veut dire.

Conseils	C	- Essayer de réduire la longueur et la complexité de ses phrases dans la conversation : utiliser des phrases plus courtes, plus ciblées sur l'information à transmettre et choisir des formulations plus simples. - Prendre garde à bien laisser le temps à son époux de comprendre ses propos et d'y réagir. Marquer plus de pauses, qui peuvent permettre à son mari d'élaborer sa réponse. - Veiller à bien le laisser finir ses énoncés et éviter un maximum de parler en même temps que lui.
	PA	- Penser à ne pas parler trop vite, prendre son temps. Préférer les petites phrases avec peu de mots. Par exemple, essayer de trouver des mots-clés (personnes, lieux, moments...). Cela permettra à sa femme de le comprendre mieux et plus rapidement. - Prendre garde à ne pas parler en même temps que son épouse. - Essayer de repérer davantage quand son épouse ne semble pas comprendre ce qu'il dit (bien regarder les expressions sur son visage par exemple).
Gestion des thèmes		
Points forts	C	- Initie la grande majorité des sujets de conversation, ce qui peut permettre à son mari de rebondir sur le sujet. - Essaye de développer les sujets en apportant de nouvelles informations, en exprimant ses goûts.
	PA	- Tente à plusieurs reprises de proposer un sujet de conversation - Rebondit surtout sur ceux initiés par sa conjointe. - Semble vouloir généralement maintenir un thème.
Points à améliorer	C	La situation de conversation étant artificielle (bien plus longue que les moments de conversation habituels qu'ils peuvent avoir semble-t-il), la recherche de nouveaux thèmes et leur maintien n'est pas toujours évidente.
	PA	- Il arrive que les sujets dont il veut parler ne soient pas repris par son épouse et qu'il ne parvienne pas à les transmettre efficacement. - Acquiesce souvent aux interprétations de son épouse quant aux sujets de conversations, mais est-ce toujours ce qu'il avait en tête ?
Conseils	C	Préférer les moments de conversation plus courts.
	PA	Quand il pense à un sujet de conversation, essayer de le transmettre en utilisant tous les moyens à sa portée. Eviter d'abandonner son idée trop vite.
Troubles et réparations		
Points forts	C	- Demande généralement une clarification, elle reformule et interprète les propos de son époux. - Utilise plusieurs stratégies adéquates → vérifier le sujet dont il parle, poser des questions fermées.
	PA	- Peut exprimer son incompréhension, notamment par des expressions du visage. - Participe à résoudre le trouble par confirmation ou réfutation des propositions de son épouse. - Utilise parfois des gestes et tente de répéter ses énoncés
Points à améliorer	C	Utilise déjà plusieurs stratégies dans ce genre de situations, mais elle peut encore les améliorer et en développer de nouvelles afin d'éviter que les propos de son conjoint restent incompris ou soient abandonnés.

		Dans la situation de l'enregistrement, il peut lui arriver d'interpréter les propos de son époux sans vérifier précisément si cette interprétation correspond bien à ce qu'il voulait exprimer.
	PA	- Parfois, quand il ne s'aperçoit pas de l'incompréhension de son épouse, en toute logique, il ne cherche pas toujours à s'adapter pour faciliter la compréhension de ses propos. - Dans l'enregistrement, la plupart du temps, il s'évertue à faire comprendre ses propos, mais parfois, il semble préférer passer à autre chose.
Conseils	C	Veillez à éviter d'interpréter les propos de son mari sans vérifier que son interprétation est la bonne. Bien prendre le temps de saisir ses intentions. Elle peut s'aider des moyens non verbaux.
	PA	Cf. moyens non verbaux
Moyens non verbaux		
Points forts	C	Accompagne parfois sa parole de gestes.
	PA	- Utilise spontanément des gestes pour aider son épouse à le comprendre. - Pointe des directions ce qui permet le plus souvent à sa femme de situer les lieux dont il parle.
Points à améliorer	C	Globalement, elle n'a pas encore assez pris le réflexe d'utiliser d'autres moyens de communication que la parole pour s'exprimer.
	PA	N'utilise pas l'écrit et assez peu les ressources autour de lui pour transmettre son message, ce qui peut restreindre ses possibilités de communication.
Conseils	C	Quelques stratégies possibles afin de clarifier des propos ou pour vérifier leur interprétation : - Continuer à exprimer explicitement quand elle ne comprend pas. Le faire systématiquement. - Poser des questions les plus précises possibles pour que son mari n'ait pas à élaborer tout un énoncé. - Poser davantage de questions fermées. - Proposer deux choix de réponses. Possibilité de montrer une main par proposition et son mari peut désigner la main qui correspond à ce qu'il voulait dire, ou il lui signifiera qu'aucune des propositions ne convient. Elle pourra alors en formuler d'autres sur le même modèle. - Utiliser tous les moyens à sa portée pour comprendre et se faire comprendre : accompagner ses propos de gestes le plus souvent possible, avoir un petit bloc-notes avec un crayon toujours à portée de main pour écrire des mots-clés et pour le proposer à son mari, utiliser des photos, des supports pertinents selon la conversation. Cela peut être un calendrier s'ils parlent de dates. Un petit schéma avec sa maison et les différents lieux principaux dont ils parlent. Son mari pourra pointer directement le lieu dont il veut parler. Possibilité de faire de même avec les personnes. Sous forme de petits formats aisément transportables dans une poche par exemple.
	PA	- Ne pas hésiter à utiliser des gestes pour accompagner sa parole. Comme pour les mots, essayer d'être précis. Il peut trouver des gestes qu'il fera toujours de la même façon pour certains mots par exemple. - Utiliser l'écrit (lettres, mots courts, schémas).

		Se servir des objets présents dans la pièce quand cela peut l'aider à transmettre une idée. Il peut élaborer des outils simples et pratiques avec sa femme.
--	--	---

Tableau12 : Retour aux conjoints du couple B

Lors de cette rencontre, les conjoints ont précisé qu'en temps normal, ils utilisaient beaucoup les supports non verbaux, les gestes notamment mais aussi l'écriture et les ressources de la pièce. Ils n'utilisent pas le cahier de communication, car trop encombrant. Par ailleurs, Mme B trouve qu'elle ne laisse jamais une incompréhension s'installer ; selon elle, les troubles de communication sont majoritairement bien réparés. Son mari confirme. Quand j'ai demandé à M. B si les interprétations de son épouse correspondaient toujours à ce qu'il voulait dire, il m'a répondu positivement. Sa femme est convaincue qu'il comprend tout, l'orthophoniste également. Ainsi, lorsqu'il confirme une interprétation, il le fait sincèrement. Finalement, j'ai formulé quelques conseils en tenant compte des nouvelles données recueillies sur la communication du couple pendant cette rencontre. J'ai proposé à chacun des conjoints de raccourcir la longueur de leurs énoncés, de les rendre plus simples et de marquer davantage de pauses. Cela permettrait une meilleure coordination des tours de parole et pour faciliter la compréhension des propos de M. B. Concernant les stratégies de réparation, j'ai suggéré à Mme B de proposer des choix de réponses, de cibler davantage ses questions, de poser des questions fermées. Mme B a également évoqué sa difficulté à percevoir les changements de sujet de son époux. Ainsi, j'ai conseillé à M. B de signifier quand il change de sujet, en produisant un geste bien défini par exemple. Il ne semblait pas convaincu, mais il a dit qu'il pouvait essayer. Selon sa femme, ce genre de comportement pourrait l'aider à réparer plus facilement et surtout plus rapidement.

2.2. Exemples descriptifs d'après le corpus transcrit du couple B

Le couple A n'ayant pas révélé de difficultés majeures quant aux habiletés conversationnelles, il m'a paru plus intéressant de m'attarder sur le couple B, qui en présente davantage.

J'ai ainsi transcrit les trente minutes d'enregistrement du couple B, puis j'ai sélectionné des extraits qui permettent d'illustrer certains comportements ou patterns observés et rapportés dans les grilles complétées par les orthophonistes.

Ces extraits sont présentés dans l'ordre chronologique de la conversation. Les flèches indiquent les tours de parole analysés.

Je tiens à préciser que les analyses sont empreintes de subjectivité et ne sont qu'une interprétation possible des interventions des deux participants. Je me suis appuyée sur les cotations et commentaires des six orthophonistes pour les élaborer, mais aussi sur ma propre sensibilité.

2.2.1. Les conventions de transcription du corpus

Il existe plusieurs conventions de transcription, j'ai choisi de reprendre la traduction des conventions de Atkinson et Heritage (1984) réalisée par Driot et Cosnier pour leur mémoire d'orthophonie en 2008, ainsi que les autres conventions qu'elles avaient sélectionnées. Je n'ai pas conservé la transcription fine des chevauchements car leur analyse avec la grille n'est pas suffisamment poussée.

Les conventions sont les suivantes :

[	Interruption et chevauchement.
(x syll.)	Nombre de syllabes inaudibles
()	Passages incertains de transcription
[]	Transcription phonétique
hhh	Expiration audible
= =	Enoncés saisis sans intervalle
{ }	Activité non verbale
?	Hausse dans l'intonation qui n'est pas forcément une question
(.)	Micro pause
(n s)	Pause en seconde
:	Allongement d'un son

Elles avaient également conservé quelques éléments de ponctuation standards (points d'interrogation, d'exclamation) afin de rendre compte de la prosodie dans le discours. J'ai décidé de faire de même.

Les noms, prénoms et noms de lieux ne sont pas divulgués par souci d'anonymat. J'ai choisi de les faire apparaître de la manière suivante : (nom de famille), (prénom féminin ou masculin) et (lieu). Les élisions sont transcrites avec des apostrophes (ex : p'tit pour petit).

Pour le couple B, j'ai inscrit *Jargon* lorsque trop de productions déformées ou incompréhensibles sont énoncées verbalement, de telle sorte qu'il est difficile de dénombrer les syllabes.

2.2.2. Les extraits

- La première séquence se situe au début de l'enregistrement. Les conjoints discutent des oiseaux qu'ils aperçoivent par la fenêtre. C parle d'installer une mangeoire pour ces oiseaux. A ce moment survient un trouble dans la conversation.

- 1 **PA** Mais *jargon* y'a plus le y'a plus le *jargon* hein ?
- 2 **C** → Non {non de la tête} je n'ai pas compris là
- 3 **PA** → (.) {tape la table avec se main} *jargon* {montre vers l'extérieur}
- 4 **C** → Doucement va doucement {en chuchotant}
- 5 **PA** → *Jargon* non ? non ?
- 6 **C** → (.) Non mais j'ai toujours pas compris là
- 7 **PA** (2) {tape la table avec sa main}
- 8 **C** → Tu m'parles toujours tu m'parles toujours des oiseaux là ?
- 9 **PA** → Oui
- 10 **C** → Oui alors qu'est-ce que tu veux m'dire sur les oiseaux ?
- 11 **PA** → [dv] dans les [far] pour [fo fo] {geste de la main de l'extérieur vers l'intérieur}
- 12 **C** → [Pour qu'ils viennent ? pour qu'ils viennent ?
{geste de la main vers elle}]
- 13 **PA** Oui
- 14 **C** Bah oui pour qu'ils viennent il faut leur donner à manger c'est pour les attirer
- 15 **PA** [Oui oui]

Ligne 2, C exprime explicitement son incompréhension et initie ainsi la réparation. Elle permet à PA de prendre conscience qu'il n'a pas été compris et elle lui laisse le tour pour qu'il répare le trouble, ou au moins pour qu'il participe à la réparation. Il le fait à la ligne 3 en tentant de verbaliser son idée et en accompagnant ses propos par un geste. Toutefois, ses énoncés relèvent du jargon, difficilement compréhensible là encore. Ainsi, à la ligne 4, C lui demande de prendre son temps pour qu'elle puisse saisir certains mots. PA continue verbalement, toujours sous forme de jargon. La participation de PA ne s'avère pas efficace ici. En effet, il ne s'appuie pas vraiment sur les moyens non verbaux et se limite à répéter ses énoncés qui restent trop déformés pour être compris. C exprime de nouveau son incompréhension de façon explicite (ligne 6). A son tour suivant (ligne 8), elle vérifie le sujet de conversation afin de mieux cibler les propos de PA. Après confirmation de son conjoint, elle lui pose une question ouverte (ligne 10) qui ne fournit pas une aide efficace à PA pour préciser ses propos, la question étant trop large. Il tente tout de même d'élaborer un énoncé verbal qu'il accompagne du même geste que précédemment. A la ligne 12, C propose une interprétation de ce geste tout en demandant confirmation par une question fermée. Elle reprend également le geste de PA. Son conjoint confirme, elle a donc résolu le moment de trouble.

Dans cet extrait, il y a hétéro-initiation de la réparation et hétéro-réparation du trouble, ce qui est la situation la moins favorable lors d'un moment de trouble. C utilise certaines stratégies (expression de l'incompréhension, demande de clarification, interprétation, gestes), mais ces stratégies ne s'avèrent pas efficaces, notamment en terme de rapidité de la réparation. Des questions à choix, plus de questions fermées, et le recours à davantage de moyens non verbaux pourraient permettre une meilleure efficacité. Parallèlement, PA

ne cherche pas forcément à varier ses moyens de communication et s'appuie beaucoup sur la communication verbale pourtant très altérée.

- Le second extrait se situe au milieu de l'enregistrement. Les conjoints parlent d'une photographie qu'ils connaissent.

- 1 **C** → Oui d'elle oui mais elle elle habitait en (Lieu) elle habitait à (Lieu) elle était pas du côté (Lieu)
- 2 **PA** → {Expression d'incompréhension} Et c'est ?
- 3 **C** → Bah oui elle habitait en (Lieu) ! madame (Nom de famille) (.) ouais ! elle habitait à (Lieu) tandis que (Prénom féminin) elle a son son nouvel appartement il est à (Lieu) (Lieu) et c'est un immeuble neuf qui s'est construit récemment c'est pas un ancien immeuble
- 4 **PA** Et et [ma]
- 5 **C** Hum hum
- 6 **PA** *Jargon*
- 7 **C** → [Non non c'est un nouvel immeuble {en buvant une gorgée de thé}]
- 8 **PA** Ah bah c'est *jargon*
- 9 **C** → Hum
- 10 **PA** *Jargon* {en regardant par la fenêtre}
- 11 **C** → [Ouais on on y va plus dans dans l'centre hein maintenant hein=]

Aux lignes 1 et 3, C formule des énoncés longs et complexes, contenant plusieurs noms successifs, et elle ne fait pas de réelles pauses. Ces énoncés peuvent être difficiles à comprendre pour PA. Ainsi, il exprime son incompréhension (ligne 2) par des mimiques et une demande de clarification. A la ligne 7, C affirme de nouveau les propos qu'elle tenait à la ligne 3 et ne semble pas prendre sincèrement en compte les tours de PA. Elle ne cherche pas à vérifier ce que PA veut dire. Le même fonctionnement s'observe ligne 9 et elle finit par dévier le sujet de conversation à la ligne 11.

Il se peut que, par fatigue, C ignore parfois les interventions de son conjoint et continue à développer ses propres propos. Ce comportement, s'il est répété, peut induire un manque de reconnaissance de PA comme acteur de la conversation.

- Le troisième extrait se situe à la fin de l'enregistrement. Les conjoints parlent depuis une dizaine de minutes de la ferme où leur petit-fils a effectué un stage récemment.

- 1 **PA** → *Jargon* et {rassemble ses mains devant lui pour faire une forme circulaire}
une un *jargon* {dessine des cercles sur la table}
- 2 **C** → Hhh {mimique d'incompréhension et hausse les épaules}
- 3 **PA** → *Jargon* {dessine à nouveau des cercles}
- 4 **C** → Ca c'est un bâtiment {elle pose sa main sur celle de son mari}
- 5 **PA** → *Jargon* {continue ses cercles}
- 6 **C** → Hum

Ici, PA utilise les gestes pour accompagner ses énoncés verbaux (lignes 1, 2 et 5), ce qui est un bon moyen pour améliorer la transmission de son message. Toutefois, il s'agit toujours des mêmes productions gestuelles. Le geste de PA ne change pas lorsque C ne parvient pas à comprendre (Ligne 2). Ligne 6, C acquiesce mais ne semble pas convaincue d'avoir saisi correctement ce que son conjoint voulait lui signifier. Il faudra encore plusieurs tours avant que C commence à deviner l'idée de PA.

Cet extrait s'inscrit dans un moment de réparation qui s'étale sur 82 tours de parole. Lors de cette collaboration, PA et C ne parviennent pas forcément à varier leurs moyens de communication et ils produisent généralement les mêmes énoncés ou gestes. Cela représente une cause de la durée excessive de la réparation. Le trouble est finalement réparé, mais ce n'est pas toujours le cas dans l'enregistrement.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Interprétation des résultats et confrontation aux hypothèses

Afin de savoir si les hypothèses posées en amont du projet sont ou non vérifiées, j'ai procédé à une interprétation systématique des résultats présentés auparavant.

1. Première hypothèse : une bonne fidélité inter-juges

1.1. Le premier test de fidélité

Les résultats du premier test démontrent une excellente corrélation (coefficient de corrélation entre 75 et 96%) avec un haut degré de significativité ($p < 0.001$) entre les cotations des deux étudiantes en orthophonie pour les trois couples observés. Si l'on prend les résultats pour les cotations des conjoints d'une part, et des personnes aphasiques d'autre part, la corrélation est toujours très importante (coefficients autour de 84% ; $p < 0.001$). Quant aux résultats pour l'ensemble des cotations, la corrélation est toujours aussi excellente (84,9% ; $p < 0.001$). L'analyse des cotations vient confirmer ces résultats puisque dans 66% des cas, les cotations sont identiques et dans 25% des cas, elles ne divergent que d'un point.

Ainsi, les deux étudiantes ont coté les trois couples significativement de la même manière, ce qui confirme ici la fiabilité de la grille. Il est toutefois important de noter que seules deux juges ont participé à ce premier test. Baser la fidélité d'un outil sur les cotations de deux juges peut paraître insuffisant pour conclure à une fidélité absolue. Les juges de ce premier test n'étaient pas des orthophonistes professionnelles, ce qui pourrait accorder moins de crédit à leurs observations par manque d'expérience clinique. Cependant, à la différence des orthophonistes du deuxième test, les étudiantes avaient acquis des connaissances sur l'analyse conversationnelle et avaient bénéficié d'un entraînement.

1.2. Le deuxième test de fidélité

Pour le couple A, il existe une bonne corrélation (coefficients compris entre 58 et 78%) avec un haut degré de significativité ($p < 0.001$) entre les cotations des orthophonistes, comparées deux à deux.

Pour le couple B, on observe une corrélation dans la grande majorité des cas, seules les cotations d'une paire d'orthophoniste ne sont pas corrélées. Il existe une bonne corrélation pour huit paires d'orthophonistes comparées (coefficients compris entre 51 et 69% ; $p < 0.001$). En revanche, la corrélation est moins bonne pour les six paires d'orthophonistes restantes (coefficients entre de 35 et 49%) avec un degré de significativité moindre pour quatre d'entre elles ($p < 0.05$).

Le couple B a manifestement suscité davantage de divergences que le couple A. Cela peut s'expliquer par le fait que M. A vit avec son aphasie depuis 17 ans au moment de l'enregistrement. Le couple A a donc développé des stratégies d'adaptation efficaces et leur communication quotidienne ne leur pose actuellement pas de problèmes majeurs. Ce couple présentant peu de problèmes de communication, les interprétations des orthophonistes ont été relativement similaires. M. B vit avec son aphasie depuis un peu plus d'un an. Ainsi, le couple B ne s'est pas montré aussi habile, puisqu'il commence à s'adapter à cette nouvelle situation. Les difficultés observées dans la conversation du couple B ont donné lieu à diverses interprétations de la part des orthophonistes, qui n'ont pas eu suffisamment de formation et de connaissances sur l'analyse conversationnelle pour objectiver de façon similaire ces difficultés.

Concernant l'ensemble des cotations des deux couples, la grille démontre ici aussi une bonne fidélité inter-juges avec un haut degré de significativité ($p < 0.001$). Les résultats de ce deuxième test restent cependant moins satisfaisants que ceux du premier. En effet, les coefficients de corrélation sont bien moins élevés dans ce second test (autour de 50%). De plus, les cotations ne sont identiques que dans 6% des cas et divergent de plus d'un point d'écart dans 67% des cas.

1.3. Différences de résultats entre les deux tests

Les moins bons résultats obtenus lors du second test soulèvent la question de l'appropriation de l'outil. La connaissance de l'aphasie et l'expérience clinique des orthophonistes n'ont pas suffi à obtenir des résultats aussi satisfaisants que ceux des étudiantes. En effet, la différence entre les juges du premier et du deuxième test correspond à la maîtrise ou non de l'analyse conversationnelle. Contrairement aux orthophonistes, les étudiantes avaient bénéficié d'une initiation et d'un entraînement approfondi à cette méthode. Il semble donc que la maîtrise des concepts et des techniques liés à l'analyse conversationnelle ainsi que l'appropriation de l'outil sont plus déterminants pour obtenir une meilleure fidélité inter-juges, moins de divergences entre les juges et donc plus d'objectivité dans l'évaluation.

1.4. Validation de l'hypothèse

Les analyses statistiques confirment l'hypothèse de fidélité puisque les deux tests de fidélité réalisés montrent que différents juges cotent significativement la grille de la même façon pour un même couple. La fidélité est d'autant plus importante quand les juges sont initiés aux notions et techniques liées à l'analyse conversationnelle.

2. Deuxième hypothèse : présence d'indices en faveur d'une bonne validité ou capacité de la grille à révéler les dysfonctionnements et les adaptations des conjoints

Suite à l'analyse des tableaux de cotation (Annexes VII et VIII), des réponses au questionnaire (Annexe VI) et aux échanges avec les différents juges, il apparaît que les

items de la grille sont sujets à débat quant à leur capacité de révéler le fonctionnement conversationnel des couples.

2.1. Discussion autour des items

- La question du regard (item « Regarde son conjoint »)

De façon générale, la règle régissant le contact visuel dans la conversation suggère que le locuteur peut regarder son interlocuteur de façon intermittente. En revanche, l'interlocuteur qui écoute se doit de regarder le plus souvent possible le locuteur. (Goodwin, 1980). Toutefois, cette règle n'est pas toujours respectée sans que cela ne présage une attitude favorable ou non à l'échange. Ainsi, le regard des conjoints a suscité des interrogations lors du deuxième test de fidélité. En effet, certaines orthophonistes trouvaient que C regardait fréquemment PA et d'autres pas. Cela dépend de la valeur que l'on accorde au regard selon la situation. Parfois, ne pas regarder son interlocuteur pendant qu'il est en difficulté peut diminuer la pression sur lui. D'autres considéreront que cela empêche l'interlocuteur de trouver un appui.

Concernant la personne aphasique, une étude de Feyereisen et Lignian (1981) a montré que l'évitement du regard signe l'expérience laborieuse de l'encodage verbal. Dans ce cas, l'absence de regard est un moyen de protection. Mais, comme le font remarquer Oelschlaeger et Damico (2003), le détournement ou l'absence de regard peut aussi permettre à la personne de réfléchir et de rechercher les mots ciblés.

Ainsi, la fréquence des regards ne permet pas toujours de rendre compte de l'attention qu'une personne accorde à son partenaire de conversation. Il est en effet possible d'accorder différentes valeurs à cette fréquence de regard. Toutefois, si l'on envisage cet item de façon plus globale, il permet d'observer si les deux personnes se regardent suffisamment pour s'assurer de la réalité du contact qui les unit au sein de la conversation.

- La notion de « pause » (item « Fait des pauses »)

La notion de « pause » regroupe plusieurs concepts qui, après réflexion, ne semblent pas pouvoir être fusionnés. Sacks, Schegloff & Jefferson (1974) distinguent les concepts suivants :

- Une « pause » est un silence au sein d'un tour de parole. La pause ne peut pas être utilisée par l'interlocuteur pour prendre son tour.
- Un « silence attribuable » est un silence lors d'un point de transition, causé par l'absence de prise de parole d'un locuteur préalablement désigné. Par exemple une question appelle une réponse ; le locuteur désigne ici implicitement son partenaire comme prochain locuteur. Il s'agit d'un terme qui induit une faute de conduite conversationnelle.
- Un « gap » est un silence après un point de complétion possible, qui peut devenir une pause si le locuteur poursuit son tour.
- Un « lapse » est un silence prolongé (une absence de prise de tour) lors d'un point de transition sans désignation du prochain locuteur. Si la

conversation est ponctuée régulièrement par des lapses, elle peut être qualifiée de discontinue.

- Le terme « silence » englobe les quatre concepts précédents.

Dans la grille, l’item « Fait des pauses » réfère donc plutôt au concept de « gap », puisqu’il permet à l’interlocuteur de prendre éventuellement la parole. C’est un comportement qui peut être favorable à l’échange. Il aurait été intéressant d’ajouter des items sur les « silences attribuables » et sur les « lapses » dans la rubrique « Aspects temporels », afin de savoir dans quelle mesure l’équilibre du système d’alternance des tours de parole est respecté et d’observer la continuité de la conversation.

Par ailleurs, lors de l’élaboration de la grille, la question s’est posée à de multiples reprises de savoir si cet item était applicable à PA. En effet, les troubles expressifs, obligeant PA à « faire des pauses » constamment, peuvent rendre l’item absurde. Mais, comme l’a démontrée l’analyse du couple B, certaines PA peuvent occuper beaucoup de place dans la conversation sans toujours laisser la possibilité au conjoint d’intervenir. Son application à PA semble donc pertinente dans certains cas. Peut-être serait-il utile d’ajouter une mention « non pertinent pour cette personne » aux différents items ?

- Les items « Chevauchements » et « Interruptions »

Les chevauchements et interruptions pris dans leur définition stricte sont difficiles à repérer sans une transcription écrite de la conversation. La seule vision de l’enregistrement ne permet pas une identification précise et systématique des points de transitions. Ainsi, ces items présentés tels qu’ils le sont dans la grille dépendent beaucoup de la subjectivité de l’évaluateur. Suite à l’analyse des grilles du couple B par exemple, leur gestion des tours de parole est restée floue et n’a pas permis d’identifier clairement des dysfonctionnements ou adaptations dans ce domaine.

- La gestion des thèmes

Dans la rubrique « gestion des thèmes », maintien et développement d’un thème auraient pu être distingués. (Lund & Light, 2007). En effet, la grille permet de renseigner sur l’habileté des partenaires à maintenir un thème, c’est-à-dire à ne pas l’abandonner. Un locuteur peut maintenir un thème simplement en acquiesçant ou en réfutant les propos de l’interlocuteur, ou en émettant des énoncés phatiques (« hum hum », « oui », etc.). Cela ne reflète pas les habiletés à développer un thème, c’est-à-dire à apporter de nouvelles informations sur ce thème. Ce genre de distinction permettrait d’observer plus justement l’équilibre - ou le déséquilibre - des contributions de chaque partenaire.

Une remarque a également émergé suite à l’observation des couples. La gestion des thèmes apparaîtrait comme un indicateur des compétences conversationnelles des locuteurs. La distribution des thèmes aux différents locuteurs qui les ont initiés refléterait l’équilibre des rôles de chacun dans la conversation. Si une personne possède de bonnes compétences conversationnelles, elle parviendrait donc à initier et à développer des thèmes sans difficulté et elle respecterait la cohérence thématique dans la conversation. Dans le cas contraire, la personne s’installerait dans une relative passivité quant au contenu et à l’orientation de la conversation. La gestion des thèmes pourrait donc être considérée comme une rubrique à part. Les résultats de son analyse devraient être mis en relation et expliqués par les autres rubriques.

- Les notions de troubles et de réparation

Les items de la rubrique « Réparations de troubles » ont été laborieusement assimilés par les étudiantes et ont mis les orthophonistes particulièrement en difficulté. Les notions relatives aux réparations sont encore peu connues. Elles demandent préparation et entraînement, comme il le sera évoqué plus tard dans ce chapitre.

Lors de l'élaboration de la grille, une confusion est souvent apparue entre initiation et participation à la réparation d'une part, et entre participation et résolution du trouble. En effet, dès lors qu'une personne initie la réparation ou résout le trouble, elle participe à la réparation. La notion de participation a finalement été conservée pour révéler les interventions éventuelles de la personne aphasique dans le processus de réparation, même si il y a hétéro-initiation de la réparation et hétéro-réparation du trouble. Cela permet de mieux rendre compte du fonctionnement du couple dans ces situations.

Ainsi, les items de cette rubrique permettent une fine analyse des adaptations positives et/ou négatives, ainsi que des éventuels dysfonctionnements du couple face aux moments de trouble dans la conversation. Mais cette analyse nécessite préalablement une bonne connaissance et une bonne maîtrise des notions en jeu.

- Utilisation des moyens non verbaux

Le problème qui se pose pour les items de cette rubrique concerne la représentativité des observations par rapport à la réalité des couples. Si, lors de l'enregistrement, peu de moyens non verbaux sont utilisés et donc cotés ainsi dans la grille, cela ne veut pas forcément dire que l'échange ne fonctionne pas ou que les conjoints n'en utilisent pas au quotidien. C'est d'ailleurs le cas pour le couple B qui n'a pas utilisé d'autres moyens que les gestes pendant l'enregistrement. Lors du retour, les conjoints affirment pourtant utiliser l'écriture, le dessin et les ressources à leur disposition dans les échanges quotidiens.

Un autre questionnement se pose. Il s'avère parfois difficile de déterminer la raison pour laquelle la personne aphasique n'utilise pas ou peu les moyens non verbaux. Est-ce parce qu'elle n'a pas encore adopté cette stratégie ou parce qu'elle n'a pas la possibilité de l'employer au vu de potentiels troubles associés, moteurs ou cognitifs. Ainsi, dans le troisième extrait de conversation du couple B, présenté dans les résultats, M. B. fait plusieurs fois le même geste pour collaborer à la réparation d'un trouble. Changer de geste ou utiliser un autre moyen aurait pu permettre à son épouse de trouver plus rapidement ce qu'il voulait exprimer. Or, il est difficile de savoir d'emblée si M. B. persiste sur ce geste volontairement ou s'il ne peut pas varier ses productions aisément dans le cadre d'un déficit praxique par exemple. D'où l'importance capitale de se renseigner au préalable sur les troubles associés des personnes aphasiques observées.

2.2. Validation de l'hypothèse

La grille permet d'analyser et de révéler les adaptations et les dysfonctionnements majeurs dans des conversations filmées, à condition que l'évaluateur maîtrise suffisamment la méthode d'analyse conversationnelle pour compenser l'absence de transcription des conversations. En revanche, l'outil ne permet pas une généralisation à

toutes les situations vécues quotidiennement par les couples. L'observation et l'analyse restent souvent délicates, voire parfois peu représentatives du fonctionnement du couple en question. Le retour au couple est donc une étape essentielle du protocole puisqu'il permet de cibler plus précisément d'éventuelles difficultés. Ce moment donne également la possibilité au couple de confirmer ou d'infirmer les analyses selon leur point de vue et selon leur vécu quotidien.

Des améliorations doivent être apportées à la grille et au protocole de complétion afin d'obtenir un meilleur degré de validité. **L'hypothèse est donc partiellement validée.**

3. Troisième hypothèse : formulation de conseils aux couples

Il semble exister des schémas organisant les contributions de chaque partenaire (Croteau, Le Dorze, & Baril, 2007 et annexe II). Ainsi, les extraits de conversation du couple B présentés plus haut illustrent certains patterns propres à ce couple. Par exemple, le premier extrait montre que lors d'un moment de trouble né de M. B, il y a hétéro-initiation de la réparation et hétéro-réparation du trouble. Ainsi, Mme B. place son époux aphasique dans une situation plutôt passive. Ce schéma s'observe à plusieurs reprises dans l'enregistrement. La grille permet donc d'identifier certains patterns conversationnels.

J'apporterais une nuance à cette affirmation. Pour le couple A, les observations n'étaient pas en contradiction avec l'idée qu'a le couple de sa communication, la conversation quotidienne de ce couple fonctionnant bien. Le retour a permis de leur faire prendre conscience de toutes les stratégies dont ils usent et de formuler quelques conseils répertoriés dans le tableau 13. En revanche, comme cela a été évoqué dans la partie précédente, le retour au couple B a révélé un décalage entre les observations répertoriées dans le tableau 14 et celles émanant du couple. Selon les cotations et les observations des orthophonistes, M. B abandonnait parfois son idée initiale suite à une mauvaise interprétation de son épouse et ne comprenait pas toujours ses énoncés, Mme B ne semblait pas toujours prendre en compte les interventions de son époux et le couple ne paraissait pas avoir pris le réflexe d'utiliser tous les moyens non verbaux pour communiquer. Or, selon les conjoints, M. B comprend généralement tout et il confirme à juste titre les interprétations de son épouse. Mme B ne laisserait jamais un moment d'incompréhension en suspens et elle chercherait toujours à savoir ce que son mari veut dire. Les deux conjoints sont d'accord sur ces points. De plus, ils affirment utiliser au quotidien l'écrit, le dessin, et d'autres ressources disponibles dans la pièce où ils sont. Ainsi, les patterns identifiés avec la grille doivent être confrontés à la conception du couple de leur conversation et ne doivent en aucun cas être considérés comme certains.

L'étape du retour permet d'ajuster les conseils ; elle doit être envisagée comme une discussion avec le couple et non comme un rendu non négociable. L'orthophoniste doit recevoir les commentaires du couple sur ses observations et analyses tout en tenant compte d'éventuels comportements défensifs, qui pousseraient les conjoints à amoindrir leurs difficultés.

Certaines faiblesses ont ainsi été identifiées concernant la valeur des patterns identifiés avec la grille. L'outil permet bien de formuler des conseils aux couples, mais ces conseils ne s'avèrent pas toujours adaptés à la réalité. Lors du retour, l'orthophoniste doit les

adapter en considérant la connaissance qu'elle a du couple, les particularités du couple et la distance de l'intervention par rapport à l'apparition de l'aphasie. Dans ces conditions, **l'hypothèse est confirmée.**

4. Quatrième hypothèse : adaptation aux contraintes temporelles et matérielles imposées par le milieu clinique

4.1. Moyens et durée de mise en œuvre

4.1.1. Recueil de l'échantillon de conversation

a. Contraintes matérielles

Le recueil d'échantillons de conversation nécessite d'utiliser une caméra numérique munie d'un trépied. Ce matériel est de plus en plus utilisé dans la pratique orthophonique, il est donc déjà en possession de nombreux praticiens.

b. Contraintes temporelles

D'après le questionnaire proposé aux six orthophonistes, l'enregistrement vidéo au domicile nécessiterait un investissement trop important en temps. Une orthophoniste a proposé dans le questionnaire de procéder à une observation « in vivo » au cabinet afin de gagner du temps. Mais, il me semble que la situation perdrait de son caractère écologique puisque les conjoints devraient converser en présence d'une tierce personne qui les observe, et ce, dans un lieu peu familier. Il semble que le problème réside plutôt dans le fait que ce genre de pratique ne s'inscrit pas encore dans les habitudes cliniques des orthophonistes.

c. Nécessité de changement dans la pratique actuelle

L'enregistrement vidéo à domicile semble difficile et contraignant à mettre en place au regard de la pratique orthophonique actuelle en France. Dans le questionnaire, une orthophoniste évoque le fait qu'en centre hospitalier ou de réadaptation, « les familles ne font que passer » et qu'il est ainsi très compliqué de mettre en place une telle procédure. Il est vrai que la nomenclature française des actes orthophoniques ne reconnaît pas officiellement les actes de conseils et de formation à l'entourage des patients. Cependant, La France commence à s'engager dans cette voie en s'inspirant notamment de ce qui est réalisé au Québec. En effet, l'intégration des familles dans le parcours de prise en charge des patients y est davantage reconnue. Sur son site Internet, l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (OOAQ) définit la profession d'orthophoniste en précisant son rôle auprès de l'entourage des patients :

« L'orthophoniste rencontre la personne pour lui offrir des interventions individuelles ou de groupes. Il lui enseigne de même qu'à son entourage

des stratégies et des moyens pour améliorer la communication. Il supporte la personne dans certaines démarches.

L'orthophoniste agit pour favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de même que la participation sociale des individus. Il s'intéresse également à la promotion de saines habitudes de communication et à la prévention des problèmes de communication. »

Selon le rapport *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada de 1995 à 2004*, publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2006, l'orthophoniste doit notamment « *fournir des conseils et de la formation notamment aux clients, aux familles et aux aidants sur les différents aspects des troubles liés à la communication.* » Ainsi, le fait d'enregistrer les patients et leurs partenaires de conversation peut entrer dans leurs champs de compétences puisqu'il est un moyen de formation de l'entourage.

En France, la reconnaissance de la nécessité du travail de guidance et de formation de l'entourage des patients, notamment pour les affections de longue durée s'accroît progressivement. Un rapport de la Haute Autorité de Santé paru en 2007 suggère que les objectifs d'intervention varient selon les patients et leur situation. L'un de ces objectifs peut consister en la « *mise en place de conduites d'adaptation ou de substitution telles que l'entraînement chez l'entourage et le patient à des comportements conversationnels optimisant les échanges.* » (p.37). L'article 4 du décret de compétence des orthophonistes (2002) décide que « *la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient* ». Des outils comme celui proposé dans cette étude s'inscrivent dans cette volonté de considérer l'entourage proche des patients comme véritables acteurs de la prise en charge.

4.1.2. Durée de complétion de la grille

La complétion de la grille demande une heure selon le protocole utilisé dans ce projet, ce qui correspond à deux visionnements d'un enregistrement d'une demi-heure. Pour le deuxième test, les orthophonistes n'ont bénéficié que d'un visionnement par couple. En effet, à l'issue du premier visionnement, elles ont estimé avoir assez d'éléments pour compléter la grille de manière satisfaisante. Or, dans les réponses au questionnaire auquel elles ont répondu après coup, trois orthophonistes répondent que deux visionnements auraient permis d'affiner les observations et d'accéder à plus de justesse. Le fait de ne pas avoir pu s'approprier la grille et le manque d'entraînement les auraient amenées à surestimer leurs compétences d'analyse avec ce nouvel outil. Peu d'études ont tenté de déterminer la durée idéale des enregistrements pour une observation optimale. Kagan (2004) considère que dix à quinze minutes suffisent pour l'évaluation avec « M-SCA » et « M-APC », mais aucune preuve ne vient conforter cette affirmation. Récemment, une étude a cherché à évaluer l'impact de la durée des séquences d'enregistrement de deux dyades, composées d'une personne aphasique et de son partenaire de conversation, sur les cotations perceptuelles de 64 étudiants en orthophonie (Correl, Van Steenbrugge, & Scholten, 2009). Les deux grilles d'évaluation de Kagan ont été utilisées pour l'observation des séquences. Les séquences correspondaient à des montages assemblant des passages du début, du milieu et de la fin de la conversation enregistrée. Des séquences de trois, cinq, dix ou vingt minutes étaient présentées à plusieurs groupes d'étudiants. Le jugement entre les évaluateurs sur des séquences de trois ou cinq minutes

ne diffère pas de celui des évaluateurs sur dix ou vingt minutes. Ainsi, selon cette étude, seules «trois ou cinq minutes suffisent. » Toutefois, les auteurs reconnaissent que ce résultat est difficilement généralisable à d'autres outils d'évaluation et que le nombre restreint de couples observés ne permet pas non plus une généralisation. Concernant la grille que j'ai développée, le nombre important de rubriques et d'items nécessite un temps d'observation assez long. De plus, une durée trop courte peut faire passer l'observateur à côté de comportements présents dans la suite de l'enregistrement. Trente minutes me paraissaient donc être un bon compromis entre recherche d'exhaustivité et adaptation au milieu clinique. La durée d'un bilan d'évaluation de la conversation, s'il existait en ces termes, serait d'une heure avec la grille, ce qui représente une durée moindre que celle de la plupart des autres bilans orthophoniques.

4.1.3. Analyse et retour

L'analyse est sans doute la partie de l'évaluation la plus délicate. En effet, elle demande une nuance et une prudence dans le jugement. Il s'agit d'un exercice qui peut prendre un certain temps puisqu'il faut analyser les cotations et les commentaires pour chaque item. Il convient ensuite de déterminer quels domaines posent problème et les causes des difficultés. A l'issue de ce travail seulement, l'orthophoniste peut formuler des conseils ou se faire une idée des pistes d'intervention possibles. Le retour peut se dérouler lors d'une séance avec le patient.

4.2. Efficacité

L'efficacité de l'outil dans sa version actuelle n'a pas été démontrée dans le sens où seuls des conseils ont été formulés sans garantie d'application par les patients. L'identification de pistes d'intervention et la mise en place d'une prise en charge conversationnelle ne constituaient pas les objectifs de ce travail. Ces objectifs peuvent être poursuivis dans le cadre d'un projet futur se basant sur la grille.

4.3. Validation de l'hypothèse

Le protocole et l'outil d'évaluation proposé dans le cadre de ce mémoire ne correspondent pas aux habitudes de pratiques françaises, mais ils s'inscrivent dans un courant social en plein essor et dans une réflexion globale de la prise en charge des patients aphasiques. Ils nécessitent un apprentissage et ne peuvent être proposés sans formation. **L'hypothèse n'est donc pas confirmée en l'état actuel des pratiques cliniques françaises.**

II. Critique et limites du protocole expérimental

1. Le matériel

1.1. La grille

1.1.1. Le système de cotation

Dans les premières versions de la grille, une flèche était prévue pour la cotation. Elle représentait un continuum entre un comportement absent ou peu fréquent et un comportement très fréquent, ou entre un comportement peu favorable à l'échange et très favorable à l'échange. Pour faciliter les tests de corrélation, j'ai remplacé ce système de cotation par des échelles numériques en cinq points. Il me semble que le système par continuum est plus pertinent, puisqu'il évite de « noter » les habiletés des personnes et qu'il reflète davantage l'idée que l'observation est une tendance. Ce système permettrait de créer des profils conversationnels facilement identifiables et plus visuels, ainsi qu'une identification rapide des domaines d'intervention possibles pour un couple donné.

Il faut remarquer également la spécificité du fonctionnement du système de cotation. En effet une cotation élevée ne correspond pas forcément à une situation positive. Chaque cotation est à analyser qualitativement en fonction de l'item. Ainsi, un comportement non verbal étant coté comme peu fréquent ne veut pas dire que la conversation fonctionne mal. L'évaluateur se heurte ici à la diversité et complexité des situations conversationnelles. Ici, la volonté de quantifier les comportements se trouve toujours confrontée à la pertinence d'une telle démarche.

Si l'on considère les échelles numériques, la question est de savoir si cinq points étaient justifiés ou si trois points auraient suffi. Les nuances apportées par l'échelle en cinq points ont parfois paru trop subtiles pour deux orthophonistes lors du deuxième test de fidélité. Une autre a trouvé que ces échelles nécessitaient un entraînement pour être correctement utilisées. Les intitulés des cinq points sont de nature qualitative ; ils impliquent forcément la subjectivité de l'orthophoniste et rendent le travail de cotation délicat. La distinction entre « assez favorable » et « favorable », ou entre « davantage favorable » et « très favorable » peut varier selon l'évaluateur. Pour compenser cette subjectivité, il était suggéré aux orthophonistes de considérer ces échelles plus comme des continuums.

1.1.2. Subjectivité et analyse conversationnelle

La grille se voulait plus simple, plus pratique et plus rapide d'utilisation que les autres outils utilisant l'analyse conversationnelle dans ses règles strictes comme le CAPPA ou le SPPARC Conversation Assessment. Ainsi, la grille reprend les concepts de la méthode, mais ne cherche pas son application stricte. Force est de constater que l'analyse conversationnelle (comprenant théoriquement la transcription des enregistrements) permet cependant une évaluation plus fine et plus juste des comportements qu'une observation directe sans transcription. Là où la grille impose une part importante de

subjectivité, l'analyse conversationnelle a pour principe de ne pas juger les comportements, mais seulement de les décrire pour ensuite les exposer et en discuter. L'analyse détaillée à partir de corpus transcrits permet cette relative objectivité, puisque les observations peuvent être illustrées. Les observations directes sans transcription sont davantage influencées par la perception de l'évaluateur. Lorsque l'on étudie les cotations des six orthophonistes suite au deuxième test de fidélité (Annexe VIII), on s'aperçoit qu'elles divergent souvent, même si statistiquement elles sont corrélées significativement. Cela montre bien la part importante de la subjectivité dans cet outil. Les conclusions sur les habiletés conversationnelles des couples varient d'un évaluateur à l'autre, ce qui n'est pas le résultat recherché.

1.2. Les enregistrements vidéo

Les enregistrements vidéo représentent une bonne base de travail et de réflexion dans la mesure où ils permettent d'observer la conversation en situation écologique et en préservant le caractère multimodal de l'interaction. La situation de repas proposée dans le protocole expérimental de ce travail était censée détourner l'attention du couple de la caméra, situer les conjoints dans une activité quotidienne et détendre le climat de l'interaction. Pourtant, le couple B a refusé d'être filmé pendant le repas. Il semble donc que cette situation puisse gêner les personnes. En effet, les personnes aphasiques ont souvent une hémiplégie associée qui, au niveau du visage et des lèvres, peut provoquer un bavage pendant la prise du repas.

Par ailleurs, les enregistrements représentent les habiletés conversationnelles du couple à un moment T de leur vie post-AVC. Bien que les enregistrements se veuillent les plus représentatifs possibles de la conversation du couple, il est impératif de garder à l'esprit que toutes les observations qui pourront être faites seront à mettre en perspective avec la perception des conjoints. Ainsi, le retour au couple B a permis de rétablir une certaine réalité qui ne correspondait pas entièrement aux observations issues de l'analyse des grilles.

La durée d'enregistrement fixée à une heure peut altérer la représentativité des conversations. Certains couples ne discutent jamais une heure entière, mais privilégient des moments d'interaction plus courts. Les conjoints se retrouvent alors dans une situation non familière et peuvent développer des comportements différents de ceux qu'ils auraient eus habituellement. A cela s'ajoute la présence de la caméra, qui peut également provoquer un changement de comportement. Certaines personnes peuvent alors s'inscrire dans une recherche de performance et peuvent tenter de masquer leurs difficultés. De plus, la situation oblige à une relative immobilité, afin de rester dans le champ de la caméra. Cela peut empêcher des mouvements et des déplacements que le couple aurait effectués en temps normal.

2. Population

Au Québec et en France, cinq couples auront été testés dans ce projet. Ce petit effectif est l'un des facteurs qui ne permettent pas de conclure à la validité de la grille. Il serait nécessaire de mener d'autres études impliquant davantage de couples, tout en sachant que dans le cadre de la recherche, le recrutement peut s'avérer difficile. Se faire filmer dans

l'intimité n'est pas chose aisée, notamment quand il s'agit d'exposer ses difficultés. La démarche est différente si cela vient du thérapeute habituel ou d'un étudiant dans le cadre d'un mémoire. Si l'on se place dans la perspective d'un outil thérapeutique, cela sera plus facile à proposer par le thérapeute habituel au patient.

Je me suis également interrogée sur le fait que la grille soit spécifiquement destinée à l'observation de couples. Or, je me suis aperçue que chaque item pourrait tout à fait être adapté à un partenaire de conversation privilégié de la personne aphasique, sans que celui-ci ne soit forcément le ou la conjoint(e). La grille ne comporte donc pas d'items spécifiques aux couples, ce qui ne correspond pas forcément à mon objectif de départ. Si la grille était réellement destinée aux couples, elle devrait permettre d'observer des comportements spécifiques aux couples comme le « parler pour » ou la « surprotection » (Croteau & Le Dorze, 1999 ; Croteau, Vychytil, Larfeuil, & Le Dorze, 2004). Néanmoins, l'adaptation de l'outil à des partenaires plus larges est un atout.

La grille concerne la communication en cas d'aphasie modérée à sévère. A l'issu de ce projet, je pense que la grille peut s'adapter à tout type d'aphasie, qu'elle soit à dominance expressive ou réceptive. En revanche, elle ne semble pas être d'une grande utilité lorsque le couple s'est habitué à l'aphasie et a pris des habitudes de communication dont ils se satisfont, comme c'est le cas pour le couple A. Il s'agit là d'une limite dans le sens où la grille ne semble pas apporter un grand intérêt pour les couples dont les difficultés de communication concernent les conversations élaborées, l'échange d'opinions et d'idées plus poussées que celle évoquées dans les activités quotidiennes.

3. Méthodologie des tests de fidélité

Deux biais essentiels caractérisent la méthodologie des tests de fidélité. Le premier concerne le premier test. Les deux étudiantes ont été initiées aux techniques d'analyse conversationnelle au sein d'une même équipe, elles se connaissaient et ont pu s'accorder sur les items et sur le protocole de complétion avant de procéder au test. Or, les juges doivent posséder la même formation mais ne sont pas censés se connaître. De plus, elles connaissaient la grille depuis plusieurs mois et l'avaient déjà manipulée auparavant. Elles ont pu visionner deux fois chaque enregistrement. Elles avaient donc plus de chances de coter la grille de façon identique.

Le second biais concerne le deuxième test. Les orthophonistes ne connaissaient pas les notions liées à l'analyse conversationnelle et ne s'étaient jamais exercées à cette méthode. Une réunion destinée à les initier à l'analyse des enregistrements est restée superficielle et trop rapide. Le consensus sur la définition de chaque item et sur le système de cotation était bien moins partagé que pour le premier test. De plus, la grille ne leur avait été divulguée que deux jours avant la complétion, elles n'ont donc pas eu le temps de se l'approprier ; elles ont découvert l'outil lors de la complétion. Par ailleurs, elles n'ont visionné les enregistrements qu'une fois, elles ont donc eu moins de temps pour observer les couples. Ce manque de rigueur dans l'application du protocole de visionnement a eu sans aucun doute constitué un autre biais, dans les observations des orthophonistes cette fois.

III. Perspectives

1. Révision de la grille

La grille peut toujours être améliorée à l'issue de nouvelles recherches, suite à d'autres observations empiriques de couples, ou encore grâce au regard clinique de professionnels et à celui des patients et de leur famille. Comme il a été suggéré plus haut, certains items peuvent être précisés (réparations de troubles) et d'autres peuvent être ajoutés (continuité de l'échange, « silences attribuables », développement d'un thème).

Un système de cotation sous forme de continuum éviterait la notation des participants et permettrait une évaluation plus juste, puisque non parasitée par des intitulés trop subjectifs, comme c'était le cas dans les échelles numériques. L'échelle pourrait prendre la forme d'une flèche de cinq centimètres sur laquelle les juges placeraient une croix. L'analyste mesurerait les flèches après cotation, et convertirait en chiffre la notation en fonction de sa place sur la flèche. De cette manière les calculs de corrélation resteraient possibles, mais ce processus peut s'avérer long et contraignant. Une dernière solution serait de conserver les échelles numériques en ne qualifiant que les extrémités des échelles, par exemple 0 = « Jamais » et 5 = « Très souvent ». Les autres numéros constitueraient le continuum.

2. Indications pour de nouveaux tests de fidélité

Suite à ce projet de recherche et après correction de la grille en fonction des remarques ci-dessus, d'autres tests de fidélité pourraient être réalisés avec des orthophonistes, afin de réduire les écarts de cotations entre les juges et d'obtenir des coefficients de corrélation plus élevés. Pour cela, je suggère de suivre quelques indications formulées à partir des constats effectués dans ce chapitre :

Recruter un plus grand effectif de participants afin de savoir si la grille démontrera toujours une fidélité inter-juges malgré un nombre important de couples observés.

Recruter des couples qui se plaignent de difficultés de communication dans leurs activités quotidiennes.

Déterminer la longueur des séquences et le nombre de visionnements idéals. Il est envisageable de soumettre des longueurs et un nombre de visionnements de séquences différents selon les juges et de comparer les observations des différents juges. Ce point pourrait constituer un projet de recherche à lui seul.

Former les juges aux techniques de l'analyse conversationnelle. Les autres outils d'analyse des conversations contiennent généralement des supports destinés à fournir des informations complètes sur les techniques d'évaluation de la conversation. Le CAPPA propose un manuel intitulé 'Record Form for Conversation Analysis' qui liste divers comportements à observer. Le SPPARC Conversation Assessment est accompagné d'un manuel qui résume les différentes recherches effectuées sur l'analyse conversationnelle à propos des trois domaines sélectionnés dans l'outil. Il contient également un DVD dans

lequel sont illustrés les différents comportements correspondant aux items de la grille d'évaluation. Les mesures « M-SCA » et « M-APC » de Kagan ne peuvent être utilisées qu'à la suite d'une formation dans le cadre du programme d'intervention « SCA ».

La grille de ce projet n'utilise pas l'analyse conversationnelle avec transcription. Pour autant, il semble impératif que les juges reçoivent davantage d'informations sur les concepts de cette méthode et ses fondements théoriques. Il conviendrait de créer un manuel ou une formation reprenant les concepts issus de l'analyse conversationnelle utilisés dans la grille. Ensuite, un entraînement sur d'autres vidéos que celles du test pourrait être proposé. Les juges pourraient alors s'approprier la grille, et ils apprendraient à identifier et coter les différents comportements conversationnels avant le test.

3. Perspective d'application

3.1. Moment d'application

A partir du questionnaire et des avis que j'ai pu recueillir auprès des participants et de leur orthophoniste, le moment le plus pertinent pour proposer cette évaluation se situerait à distance de l'AVC, après le retour de la personne aphasique à son domicile. Le couple devrait avoir fait le deuil de sa communication d'avant l'aphasie afin de bénéficier d'un recul émotionnel. Pour travailler efficacement, il me semble essentiel que les personnes soient conscientes de leurs difficultés, sans qu'elles ne soient submergées par les émotions et la douleur. Elles doivent être capables d'entendre le retour quant aux observations de leurs comportements conversationnels. En revanche, il ne faut pas que cela se déroule trop longtemps après l'AVC pour éviter que de mauvaises habitudes ne se figent et pour que le couple bénéficie de conseils rapidement, dans l'optique de faciliter la communication du couple au quotidien.

Les situations des couples A et B étaient diamétralement opposées. Le couple A vit avec l'aphasie depuis 17 ans et a largement eu le temps de s'adapter à ses conséquences sur la communication. M. B n'est aphasique que depuis un an au moment de l'enregistrement. Le couple a développé quelques stratégies d'adaptations, mais plusieurs dysfonctionnements persistent. Lors du retour à ce couple, Mme B. a ressenti de vives émotions, notamment lorsque la différence des situations pré et post-AVC a été évoquée. Le couple A avaient donc des attentes auxquelles ce projet ne pouvait répondre (situations de débat, partage de réflexion et d'opinion), et le couple B n'avait peut-être pas encore pris assez de recul face à leur nouvelle situation.

3.2. Vers un bilan des troubles conversationnels.

Il serait intéressant d'associer d'autres outils à la grille afin de rendre l'évaluation plus exhaustive et pertinente. La combinaison de plusieurs outils s'inscrirait dans une perspective de bilan d'évaluation de la communication et de la conversation.

Un entretien sur les habiletés conversationnelles pré et post-AVC du couple pourrait précéder la complétion de la grille. Dans leur mémoire d'orthophonie, Cosnier et Driot (2008) ont effectué une traduction de l'interview du CAPPA. La partie B est un

questionnaire déterminant un profil des styles et des habitudes interactionnelles passés et actuels du couple. Elle pourrait permettre de saisir les changements d'habitudes de communication depuis l'apparition de l'aphasie.

L'ECVB (Darrigrand & Mazaux, 2000), administrée avant la complétion de la grille, permettrait de connaître plus précisément les situations dans lesquelles les difficultés de communication s'avèrent gênantes pour le couple.

A la fin de la grille, un profil ou une courbe type BDAE pourrait figurer afin de mettre en lien le profil langagier du patient et le profil conversationnel du couple. Cela permettrait d'observer l'impact des difficultés langagières du patient sur les différentes habiletés conversationnelles de chaque conjoint.

3.2.1. Après l'évaluation, l'intervention

Je me suis interrogée sur la suite possible d'une telle évaluation. Si la grille est perfectionnée, testée de nouvelles fois et que sa validité est confirmée, sa complétion pourrait être suivie d'un retour au couple sous forme de discussion, puis de l'élaboration d'un plan d'intervention et enfin d'une prise en charge conversationnelle. Les travaux réalisés par Cosnier & Driot (2008) et par Elgoyen-Haritchet (2003) ont cherché à élaborer un protocole de prise en charge ; ils peuvent inspirer une nouvelle étude utilisant la grille pour l'étape d'évaluation.

IV. Apports professionnels et personnels

La réalisation de ce mémoire de recherche a été une expérience très enrichissante. Cela m'a donné l'occasion de faire les liens entre les différentes approches en aphasiologie. J'ai mesuré à quel point elles peuvent être utiles et complémentaires. Mon intérêt pour la prise en charge des personnes présentant une aphasie n'a fait que croître pendant ces deux dernières années. Lors de mon année passée au Québec, j'ai eu la chance de rencontrer des cliniciens et des chercheurs impliqués directement dans les approches psychosociales. Cela m'a permis de comprendre les enjeux de la prise en charge du patient et de son entourage. En effet, grâce à ce travail, j'ai découvert quelles conséquences l'aphasie pouvait avoir au-delà des troubles linguistiques du patient. J'ai également perçu l'effet important que peut avoir l'entourage sur les possibilités de communication et le bien-être des personnes aphasiques.

Sur le plan professionnel, je me suis initiée aux techniques d'analyse conversationnelle. Je me suis également confrontée aux différentes étapes d'élaboration d'un outil d'évaluation qualitative. J'ai saisi les problématiques qui y sont associées, ainsi que les notions de fidélité et de validité. J'ai ainsi aiguisé mon sens critique quant aux multiples outils dont nous disposons actuellement dans notre pratique. En travaillant dans un laboratoire de recherche de l'Université de Montréal, j'ai mesuré l'importance de la recherche dans de jeunes professions comme la nôtre. En effet, la recherche clinique fournit nombre de pistes de réflexion et fait avancer nos pratiques et nos perceptions des pathologies et des patients.

Sur le plan clinique et personnel, j'ai appris à entendre les difficultés des couples que j'ai rencontrés, à écouter et à ne pas juger. Le travail de retour que j'ai effectué suite à l'analyse des grilles, auprès des deux couples A et B, m'a exercée à adapter mon discours à la fois aux difficultés du patient et aux sensibilités personnelles de chacun. Il a fallu faire preuve de tact afin de conserver un climat de confiance et de bienveillance, tout en présentant les points à améliorer. Je me suis également entraînée à la flexibilité et à la capacité d'adaptation requise par notre métier en ne restant pas fixée sur mes impressions quant aux habiletés conversationnelles des couples. Lors de la réunion avec les six orthophonistes, je me suis en quelque sorte positionnée en tant que formatrice pour un court moment. J'ai donc appris à présenter des informations, des données, et des concepts à des professionnelles.

Dans une perspective plus globale, ce travail a développé mes capacités de réflexion, d'analyse et de synthèse. Le fait de l'avoir réalisé seule n'a pas toujours été aisé, mais cela m'a permis de constater qu'en faisant preuve de patience et de persévérance, j'ai pu satisfaire à mes objectifs. Enfin et surtout, ce mémoire a suscité chez moi le désir d'approfondir mes connaissances et mes compétences dans un domaine que je trouve passionnant : celui de l'analyse conversationnelle et de la prise en charge psychosociale des patients.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail consiste à trouver un moyen d'évaluer la communication entre conjoints aphasique et non aphasique lors de situations de conversation. Pour cela, une grille d'observation des comportements de communication a été élaborée en empruntant les concepts de l'analyse conversationnelle et en s'appuyant sur des outils existant en langue anglaise. Cette grille s'accompagne d'un protocole d'enregistrement vidéo d'échantillons de conversations.

L'étude a montré que la grille possède une bonne fidélité inter-juges. L'outil permet de révéler les adaptations et les dysfonctionnements majeurs présents dans la conversation. Cependant, certains items s'avèrent difficiles à appréhender et à mettre en lien avec les enregistrements. Les conclusions issues de son analyse peuvent manquer de précision, ce qui ne permet pas toujours de dégager des pistes d'intervention ou des conseils pertinents.

Ce projet reflète surtout toute la complexité induite par la volonté d'évaluer une activité de communication telle que la conversation. Le recueil d'échantillons de conversations représentatifs du quotidien du couple est à lui seul un défi. La qualité de la cotation et de l'analyse de la grille dépend nécessairement de la qualité de l'enregistrement. Aussi, les situations et les dynamiques de conversation pouvant être très diverses, il est nécessaire de sélectionner des items adaptés à la multiplicité des cas observables.

L'application du protocole d'enregistrement et l'utilisation de la grille dans la pratique orthophonique française demandent un changement des habitudes professionnelles. Les praticiens ne sont pas encore familiarisés avec les méthodes d'enregistrement à domicile qui leur paraissent trop chronophages. Pourtant, dans d'autres pays comme le Québec, l'enregistrement vidéo et la prise en charge de l'entourage des patients dans le processus de soin sont des pratiques communément acceptées. Actuellement, les instances françaises et les professionnels de santé commencent à reconnaître la pertinence de ces modalités d'exercice qui prennent en compte les aspects sociaux du handicap que constitue l'aphasie.

Suite à ce mémoire de recherche, il serait intéressant de remodeler les rubriques et items de la grille afin de gagner en précision lors de l'analyse. Des tests de fidélité pourraient être effectués avec un nombre de couple plus important. Enfin, le protocole pourrait inclure une formation à l'analyse conversationnelle afin d'accompagner les évaluateurs dans l'appropriation de ces nouvelles méthodes et pratiques.

Finalement, ce travail peut être considéré comme une base de réflexion à la fois sur les possibilités d'évaluation sociale des troubles de la communication nés de l'aphasie et sur un autre visage possible de notre profession.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychology Association (APA), American Educational Research Association (AERA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (1985). *Standard for Educational and Psychological Testing*. Washington : AERA Publications Sales.

Atkinson, J.M., & Heritage, J. (1984). *Structures of social action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge : Cambridge University Press.

Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007) Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in speech and language*, 28 (2), 136-147.

Behrmann, M., & Penn, C. (1984). Non-verbal communication of aphasic patients. *British Journal of Disorders of Communication*, 19, 155-168.

Bloom, L & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.

Bouchard-Lamothe, D., Bourassa, S., Laflamme, B., Garcia, L., Gailey, G., & Stiell, K. (1999). Perceptions of three groups of interlocutors of the effects of aphasia on communication : an exploratory study. *Aphasiology*, 13 (9-11), 839-855.

Bracops, M. (2005) *Introduction à la pragmatique: les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy, V. (2004) *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

Brochot, F. & Lagarde, C. (2007). *Evaluation des relations entre déficience, incapacité et handicap dans le cadre de l'aphasie : influence des facteurs environnementaux*. Lyon: Mémoire d'orthophonie n°.

Correll, A., Van Steenbrugge, W., & Scholten, I. (2009) Judging conversation: How much is enough? *Aphasiology*, *iFirst*, 1-11

Cosnier, J. & Driot, A. (2008). *Prise en charge de la communication à partir d'analyses conversationnelles : étude préliminaire concernant deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié*. Lyon : mémoire d'orthophonie n°1477.

Cosnier, J. (1998) Un autre candidat à l'accueil de Psyché : L'interactionnisme. In J. Cosnier (ed.), *Le retour de Psyché* (pp.77-157). Paris : Desclée de Brouwer.

Croteau, C., Le Dorze, G., & Baril, G. (2007). Development of a procedure to evaluate the contributions of persons with aphasia and their spouses in an interview situation. *Aphasiology*, 21 (6), 791-801.

Croteau, C., Vychytil, A-M., Larfeuil, C., & Le Dorze, G. (2004). "Speaking for" behaviours in spouses of people with aphasia: A descriptive study of six couples in an interview situation. *Aphasiology*, 18 (4), 291-312.

Croteau, C. & Le Dorze, G. (1999). Overprotection in couples with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 21 (9), 432-437.

Darrigrand, B., & Mazaux, J-M. (2000). *Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB)*. Isbergues : Ortho éditions.

Damico, J.S., Oelschlaeger, M. & Simmons-Mackie, N., (1999). Qualitative methods in aphasia research : conversation analysis. *Aphasiology*, 13 (9-11), 667-679.

Daviet, J.C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., & Mazaux, J.M. (2007). Communication et aphasie. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun. *Aphasies et aphasiques*. (pp. 76-86). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Décret no 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, J.O. Numéro 104 du 4 Mai 2002 page 8339. Retrieved 04, 19, 2010, from http://www.orthophonistes.fr/article_orthophonie_7_les-competences-de-l-orthophoniste.htm.

Denman, A., (1998). Determining the need of spouses caring for aphasic partners. *Disability & rehabilitation*, 20, 411-423.

De Partz, M.P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, & V. Brun. *Aphasies et aphasiques*. (pp. 242-249). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

De Partz, M.P. (2006). Evaluation fonctionnelle du langage et de la communication des patients aphasiques. In F. Estienne, B. Piérart (Eds.), *Les bilans de langage et de voix. Fondements théoriques et pratiques* (pp. 210-220). Paris : Masson.

De Partz, M.P., & Carlomagno, S. (2000). La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication. In X. Seron & M. Van Der Linden (Eds.). *Traité de neuropsychologie clinique* (pp. 191-213). Marseille : Solal.

Elgoyen-Haritchet, C. (2003). *Utilisation de l'analyse conversationnelle comme support au développement de stratégies de communication efficaces chez le conjoint de la personne aphasique : Etude de deux cas*. Bordeaux : mémoire d'orthophonie n°172094.

Feyereisen, P., & Lignian, A. (1981) Gaze direction in aphasics during speaking : a pilot study. *Current Psychology of Cognition*, 1 (3), 287-298.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH.

Garrett, K.L., & Beukelman, D.R. (1995). Changes in the Interaction Patterns of an Individual with severe aphasia given three types of partner support. *Clinical Aphasiology*, 23, 237-251.

Goffman, E. (1973) *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Les éditions de minuit.

Goodwin, C. (1980) Restart, Pauses, and the achievement of a state of mutual gaze at turn-beginning. *Sociological Inquiry*, 50 (3-4), 272-302.

Hallowell, B. & Chapey, R. (2008) Introduction to language intervention strategies in adult aphasia. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (pp. 3-19). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, Fifth edition.

Haute Autorité de Santé (HAS), Service d'évaluation des actes professionnels, (2007). *Orthophonie : Rééducation de la voix, du langage et de la parole*. Retrieved 04, 19, 2010, from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_626379/reeducation-de-la-voix-du-langage-et-de-la-parole.

Heerkens, Y.F. (1996). *Utilisation et utilité de la CIH dans les professions paramédicales (soins infirmiers, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, podologie et orthoptie)*. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L., Smith, S.C. (2003). *Stroke and aphasia quality of Life Scale -39 (SAQOL-39). Evaluation of acceptability, Reliability, and validity*. American heart association.

Holland, A., (1991). Pragmatic aspects of intervention in aphasia. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197-211.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2006). *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada de 1995 à 2004*. Retrieved 04, 19, 2010, from http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_399_F&cw_topic=399&cw_rel=AR_21_F.

Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris : Edition de Minuit.

Kagan, A. (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.

Kagan, A., (1998). « *Supported conversation for adults with aphasia* » : *methods and evaluation*. University of Toronto : thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Doctorat du Philosophy Institute of Medical Science.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Paris : Seuil.

Lefevre, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Rousseau, M. (2000). *Test Lillois de la Communication*. Isbergues : Ortho éditions.

Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9 (3), 239-255.

Lesser, R., & Perkins, L. (1999). *Cognitive neuropsychology and conversation analysis in aphasia: an introductory casebook*. London: Whurr Publishers.

- Lesser, R., & Milroy. (1993). *Linguistics and aphasia: psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*. London: Longman.
- 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 and communication disorders*, 36, 25-30.
- Lubinski, R. (2008) Environmental approach to adult aphasia. In R. Chapey, (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (pp. 319-348). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, Fifth edition.
- Lund, S. K., & Light, J. (2007). Long-term outcomes for individuals who use augmentative and alternative communication: Part II-communicative interaction. *Augmentative and Alternative Communication*, 23 (1), 1-15.
- Lyon, J-G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S. & Blanc, M. (1997). Communicative partners : enhancing participation in life and communicative for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11 (7), 693-708
- Mazaux, J.M. (2007). L'aphasie de l'adulte : Evolution des concepts et des approches thérapeutiques. *Glossa*, 100, 36-44.
- Michallet, B., Le Dorze, G. & Tétreault, S. (2001). The needs of spouses caring for severely aphasic persons. *Aphasiology*, 15 (8), 731-747.
- Michallet, B. (2000). *Les conséquences de l'aphasie sévère telles que perçues par le conjoint de la personne aphasique*. Université de Montréal : Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) option orthophonie.
- Pélissier, J., Enjalbert, M., Papin-Saintot, C., Thébault-Forcellini, C., Péray, P., & Blard, J-M. (1993). Qualité de vie et handicap de communication de l'adulte aphasique. In C. Hérisson & L. Simon (Eds.), *Evaluation de la qualité de vie* (pp 148-186). Paris : Masson.
- Pélissier, J., Bénaim, C., Enjalbert, M., & Brun, V. (2000). Qualité de vie et aphasie : enjeu d'une mesure. In J.M. Mazaux, V. Brun, & J. Pélissier (Eds.), *Aphasie : Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires*. (pp 211-218). Paris : Masson.
- Oelschlaeger, M.L., & Damico, J.S. (2003) Word searches in aphasia : a study of the collaborative responses of communicative partners. In C. Goodwin, *Conversation and Brain Damage*. (pp. 211-226). New-York : Cambridge University Press.
- OMS (1980). *Classification Internationale du Handicap*.
- OMS (2001). *Classification Internationale du fonctionnement et du Handicap et de la santé : Projet final, version complète*. Retrieved 04, 19, 2010, from <http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/autresformats/CIH2versioncomplete.pdf>.

Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (OOAQ). (1998). *Audiologistes et orthophonistes : deux professionnels de la communication*. Retrieved 04, 19, 2010, from <http://www.ooaq.qc.ca/Info/pgRoleOA.html>.

Perkins, L. (1995). Applying conversation analysis to aphasia: clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 372-383.

Putting, C. & Kirshner, D. (1987) A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of speech and hearing disorders*, 52, 105-119.

Rayner, H., & Marshall, J. (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International journal of language and communication disorders*, 38 (2), 149-164.

Rousseau, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.

Sacks, H., Schegloff, E.A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50 (4), 696-735.

Schegloff, E.A., Jefferson, G, & Sacks H. (1977). The preference for self-correction in the organisation of repair in conversation. *Language*, 53 (2), 361-382.

Sfez, L. (2004). *La communication*. Paris: Que sais-je? PUF.

Simmons-Mackie, N. (2008). Social approach to aphasia intervention. In R. Chapey, (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (pp. 290-318). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, Fifth edition.

Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by “good” versus “poor” speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13 (9-11), 807-820.

Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. Paris : Nathan.

Traverso, V. (1996). *La conversation familiale : analyse pragmatique des interactions*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

Vanderverken, D. (2002). Logique illocutoire, grammaire universelle et pragmatique du discours. In J. Bernicot, & A. Trognon (Eds.), *Pragmatique et psychologie*. (pp 33-56). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Whitworth, A., Perkins, L., & Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*. London : Whurr.

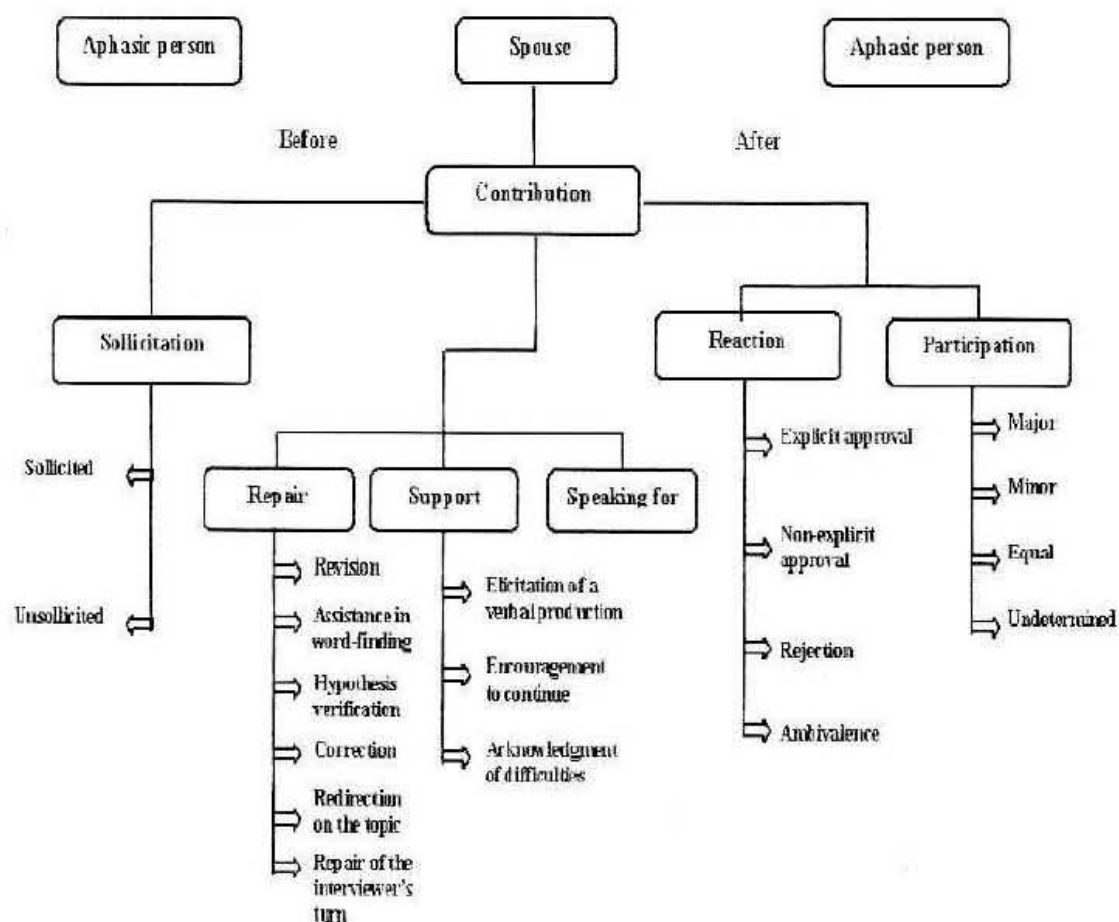
ANNEXES

Annexe I : Structure de l'ICIDH-2

COFEMER (2009). Handicap, Incapacité, Dépendance. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

	Partie 1 Fonctionnement et handicap		Partie 2 Facteurs contextuels	
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes	Facteurs internes
Exemple lésion = Fracture du col fémoral	Exemple : Fonctions de l'appareil locomoteur liées au mouvement Structures liées au mouvement	Exemples : d410 changer la position corporelle de base : prendre et quitter une position et passer d'un endroit à un autre, comme se lever d'un fauteuil et se coucher dans un lit, et prendre et quitter les positions à genoux et accroupi.	Exemple : obstacles 0 aucun obstacle 1 obstacle léger 2 obstacle modéré 3 obstacle grave 4 obstacle absolu 8 obstacle non précisé 9 sans objet	
Aspect positif	Intégrité	Fonctionnement	Facilitateurs	
Aspect négatif	Déficiences	Handicap	Barrières et obstacles	

Annexe II : Paramètres de la procédure d'analyse issue de l'étude de Croteau, Le Dorze et Baril (2007), p. 796.



Annexe III : Annexes des mesures M-SCA et M-APC issues de Kagan (2004), pp.82-83.

APPENDIX C

MSC Behavioral Guidelines: Summary

A. Acknowledging competence	
Natural adult talk appropriate to context*	• Feel and flow of natural adult conversation appropriate to context, e.g., social chat vs. interview; respectful approach to verification (verifying that the conversation partner has understood rather than verifying that adult with aphasia knows what they want to say; not oververifying) • Not patronizing (loudness, tone of voice, rate, enunciation) • Appropriate emotional tone/use of humor
Sensitivity to partner*	• Incorrect/unclear responses handled respectfully • Sensitive to adult with aphasia's attempts to engage in conversation • Encourage when appropriate • Acknowledge competence when adult with aphasia is frustrated/upset, e.g., "I know you know what you want to say" • "Listening attitude" • Taking on communicative burden as appropriate/making adult with aphasia feel comfortable
B. Revealing competence	
(How much support is provided relative to what's needed?)	
1. Ensures that adult with aphasia understands** (e.g., topic, questions)	• Verbal (e.g., short, simple sentences; redundancy; is there some verbal adaptation?) • Nonverbal - Gesture Meaningful; slightly exaggerated; used to emphasize or clarify - Writing Clear and visible; appropriate key words - Resources Used only when necessary (would something simpler suffice?) - Drawing Simple and clearly presented • Response to communicative cues (e.g., reacting to facial expressions that indicate lack of comprehension)
2. Ensures that adult with aphasia has a means of responding**	• Verbal (e.g., use of fixed choice and yes/no questions) • Nonverbal - Gesture Models response mode (e.g., pointing, thumbs up/down) - Writing Provides written choices for pointing; clear and visible; appropriate key words Encourages writing (e.g., makes sure that adult with aphasia has paper and pen) - Resources Provides something so that adult with aphasia can point to it, encourages use of resources - Drawing Encourages drawing • Response to communicative cues (e.g., giving enough time to respond)
3. Verification** (Accuracy of adult with aphasia's response not automatically assumed)	• Verbal (e.g., "So let's see if I've got this right..." - reflecting and expanding) • Nonverbal - Gesture Model desired response for clarification - Writing Reflecting, summarization - Resources As appropriate - Drawing • Response to communicative cues (e.g., appropriate handling of inconsistent yes/no response)
NOTE: Verification often involves checking in another modality	

APPENDIX D

MPC Behavioral Guidelines: Summary

A. Interaction	
Verbal/vocal	Does PA share responsibility for maintaining the feel and flow of conversation (including appropriate affect)?
Nonverbal	- Does PA initiate/maintain interaction with CP or make use of supports offered by CP to initiate/maintain interaction? - Does PA indicate communicative intent? - Is PA pragmatically appropriate? - Does PA ever acknowledge the frustration of the CP or acknowledge their competence/skill? - Behaviors might include: appropriate eye contact, use of gesture, body posture and facial expression, use of writing or drawing in any form, use of resource material, use of verbalization/vocalization in any form.
B. Transaction	
Verbal/vocal	Does PA maintain exchange of information, opinions, and feelings with CP?
Nonverbal	- Does PA ever initiate transaction? - introducing or referring back to a previous topic? - spontaneously using a compensatory technique? - Does content of transaction appear to be accurate? (depending on context and purpose of rating, rater would have more/less access to means of verification of information) - Does PA use support offered by CP for the purpose of transaction? This might include: using a gesture modeled by CP; pointing to key-words or pictured resources, collaborating with CP around a drawing.

Note: PA = partner with aphasia; CP = conversation partner

MHA © Aphasia Institute 2002

APPENDIX E

MSC Example of Rating Anchors for Conversation Partner

(in the context of the Pat Arato Centre)

Acknowledge competence		Reveal competence
0	Competence of AP not acknowledged. Patronizing. Could cause harm. Should not be working with our members.	No use of techniques to reveal competence.
1	Needs a lot of supervision or needs to volunteer with experienced co-leader.	Needs a lot of supervision or needs to volunteer with experienced co-leader.
2	Competence of AP acknowledged implicitly and explicitly as appropriate. Volunteer is ok. You do not have big concerns. Moderate level of supervision e.g., 1 x per month.	Volunteer is able to get some information. You do not have big concerns re leaving them with this member.
3	Doesn't need much supervision, e.g., 1 x per term (4 months).	Doesn't need much supervision, e.g., 1 x per term (4 months).
4	Peer-trainer level. Interactionally outstanding. Just needs motivation and ongoing opportunity to learn as opposed to supervision.	Technically outstanding. May not always succeed but as good as any well-trained professional.

Annexe IV : Définitions des items de la grille telles que proposées lors des tests de fidélité

S'adapte pour se faire comprendre :

- Débit : Le débit peut faire référence à la manière d'énoncer, de réciter mais aussi à la vitesse, au rythme d'élocution. Ici, il s'agit de la vitesse à laquelle les personnes s'expriment. Il se peut que le débit soit trop rapide ou trop lent, ce qui peut venir perturber l'échange.
- Intensité : Degré de force, de puissance de la voix. Il s'agit du volume plus ou moins élevé de la voix. Une intensité trop faible ou trop élevée pourrait venir perturber l'échange ou rendre l'atmosphère de conversation désagréable.
- Longueur et complexité des énoncés : Ici, il ne s'agit pas d'un calcul précis mais plutôt de remarquer si, globalement, le ou la conjoint(e) de la personne aphasique produit de longues phrases qui peuvent être difficiles à retenir et à comprendre pour PA ou inversement de courtes phrases peut-être plus accessibles selon les possibilités de la personne aphasique. De la même façon pour la complexité, il s'agit ici de déterminer si le degré de complexité des énoncés convient ou non aux possibilités de compréhension de la personne aphasique.

Remarque : Si les énoncés sont longs et/ou complexes mais que la personne aphasique comprend et ne semble pas gênée alors la longueur et la complexité restent favorables à l'échange.

- Attitudes d'écoute : Capacité à s'appliquer à entendre et à porter de l'attention à autrui et à ses propos. Chaque action ou comportement visant à reconnaître l'interlocuteur participe à une bonne écoute.
- Prend en compte les interventions du conjoint : observer la présence d'énoncés régulateurs (hum hum, oui, ouais, etc....) et les expressions du visage
- Regarde son conjoint : les contacts visuels permettent aux deux partenaires d'être en interaction et de se sentir acteurs de la conversation.

Aspects temporels et tours de parole :

Les tours de parole réfèrent au mécanisme d'alternance des prises de parole dans la conversation. Un locuteur peut parler un certain temps puis il doit laisser la parole à son interlocuteur. L'interlocuteur doit laisser le locuteur parler et l'écouter et il peut prendre la parole lorsque l'occasion se présente à lui. Ainsi, la gestion de temps est liée aux tours de parole :

- Fait des Pauses : des pauses rythment la conversation. Elles se définissent par une absence de parole plus ou moins longue et sont essentielles au bon déroulement de la conversation, notamment à l'alternance des tours de parole. Ne pas laisser suffisamment de pause peut empêcher la personne aphasique de

prendre son tour. Des pauses trop longues ou trop nombreuses peuvent installer un climat tendu entre les personnes.

- Chevauchements : ils se produisent lorsque une personne parle en même temps que l'autre, sans forcément mettre fin à l'énoncé en cours. Certains chevauchements peuvent apporter du soutien aux propos du partenaire, comme les régulateurs. Ici, seuls les chevauchements nuisibles à la conversation doivent être pris en compte, c'est-à-dire ceux qui suggèrent que la personne ne respecte pas le tour de l'autre personne.
- Interruptions : énoncés qui mettent fin de façon prématurée à l'énoncé en cours. Elles suggèrent qu'une personne veut s'approprier le tour avant la fin du tour de l'autre personne qui ne peut donc pas s'exprimer pleinement.

Gestion des thèmes :

Les thèmes sont les sujets, les idées développées dans la conversation. Chaque locuteur a la possibilité d'initier un thème, ce qui démontre une volonté d'être acteur de la conversation. Les tentatives d'initiation doivent être prises en compte. Afin d'assurer la continuité et la progression de la conversation, chacun a la responsabilité de maintenir les différents thèmes abordés.

Réparation de troubles :

Trouble de communication : Le manque du mot chez la personne aphasique est le facteur principal à l'origine d'un trouble de communication. Les interlocuteurs cherchent alors à retrouver le mot afin de poursuivre la conversation. Ils sont alors focalisés sur la forme du discours et la transaction est rompue. D'autres phénomènes peuvent occasionner un trouble comme les chevauchements, les interruptions, les malentendus, les troubles phonologiques, les troubles du discours,...

Réparation : Lorsqu'un trouble survient, les interlocuteurs vont généralement collaborer afin d'y remédier en corrigeant l'énoncé, en le complétant, en trouvant le mot manquant,...

- Initie la réparation: la vérification d'un énoncé correspond à une initiation de réparation. Chaque personne, lorsqu'elle a un doute sur le propos de son interlocuteur, peut répéter l'énoncé ambigu, le reformuler ou l'interpréter verbalement afin de vérifier qu'il a bien compris le message. Il est possible que les personnes initient la réparation sous forme verbale (demande de clarification, d'interprétation, demande de confirmation, énumération de mots,...) et sous forme non verbale (expression d'incompréhension sur la visage, froncer les sourcils,...).
- Participe à la réparation : le conjoint peut essayer de deviner ce que la personne aphasique veut dire, elle peut essayer de corriger un énoncé. La personne aphasique peut donner des indices pour aider son conjoint ; acquiescer ou réfuter les propositions du conjoint verbalement (oui/non) ou non verbalement (signe de tête) ou répéter son énoncé par exemple.
- Résout le trouble: observer qui résout le trouble finalement, mettent fin à la réparation.

- Permet à PA de résoudre le trouble par lui-même : en laissant un moment à PA pour le faire, en ne réparant pas systématiquement tout de suite après le trouble, etc...

Remarque : Le trouble peut être provoqué par la personne aphasique et c'est elle qui va le réparer (« self-repair »), ou bien c'est le conjoint qui va le réparer (« other-repair »). Il sera possible de d'observer cela en analysant les résultats de la section « réparation » de la grille. Si C a un bon score dans l'initiation mais que PA a un faible score et que c'est l'inverse pour la résolution, alors on peut déduire qu'il y a « other-initiation » mais « self-repair ». (Schegloff, E., 1977). Le trouble peut venir du conjoint qui va le réparer lui-même ou c'est la personne aphasique qui va le réparer. Dans tous les cas, le trouble peut être réparé efficacement ou au contraire perdurer, voire ne pas être réglé.

Moyens de communications non-verbaux :

La communication verbale étant altérée par l'aphasie, la personne aphasique est susceptible d'utiliser des moyens non-verbaux pour interagir et transmettre son message. Kagan (2004) a répertorié dans son outil les moyens non-verbaux les plus communs, c'est-à-dire les gestes et l'écriture, et dans une moindre mesure, les autres ressources comme le dessin, les cahiers de communication par exemple. Ne coter qu'en fonction de ce qui est observable pendant les 30 minutes d'enregistrement. Un support externe peut être pris en compte dans plusieurs items à la fois.

- Les gestes : moyen le plus utilisé spontanément, les gestes permettent de représenter les mots, de les mimer, de pointer un objet. La personne aphasique peut faire des gestes de sa propre initiative ou suivre l'initiative du conjoint. Le conjoint peut quant à lui proposer ce moyen ou reproduire les gestes utilisés par la personne aphasique. La LSQ fait partie des gestes.
- L'écriture : elle nécessite un support externe (papier, crayon) ce qui la rend moins accessible dans certaines circonstances. Toutefois, écrire des mots-clés peut permettre de réparer un trouble.
- Autres ressources : toute ressource de l'environnement utilisée par les conjoints pour communiquer (onomatopées, photo, objets, calendrier, agenda,...). Comme pour tout le monde les dessins et schémas peuvent aider à la compréhension. Le conjoint peut encourager la personne aphasique à dessiner si celle-ci ne le fait pas spontanément. Les cahiers de communication permettent de transmettre des informations efficacement, notamment lorsque son utilisation est bien maîtrisée. Cependant, il s'agit d'un moyen assez contraignant et peu naturel et il se peut que les personnes n'en n'utilisent pas.

Annexe V: Questionnaire donné aux six orthophonistes suit au deuxième test de fidélité

1. Quelle est votre première impression générale sur la grille ?	
2. Pouvez-vous donner votre avis concernant la construction de la grille et son fonctionnement ? (organisation des items, cotation et commentaires, nombres de pages, etc.)	
3. Avez-vous compris tous les items ? Si non, lesquels vous ont posé problème ?	
☐ Oui ☐ Non	
4. Les items vous paraissaient-ils tous pertinents par rapport à la vidéo ? à votre expérience clinique ? Si non, lesquels ne le sont pas selon vous et pourquoi ? (avez-vous pensé à d'autres items qui semblent manquer ?)	
☐ Oui ☐ Non	
5. Que pensez-vous des échelles de cotation ? Les avez-vous trouvées adaptées ? Etait-ce relativement aisé pour vous de coter grâce à ces échelles ?	
6. Concernant la durée de cotation, trouvez-vous qu'une demi-heure suffit pour coter la grille ? Si non, est-ce trop court / trop long ?	
☐ Oui ☐ Non	
7. Deux visionnements étaient-ils nécessaires pour vous ? (Un seul aurait-il suffi ou auriez-vous aimé visionner l'enregistrement une fois de plus ?)	
☐ Oui ☐ Non	
8. Pensez-vous avoir une idée des habiletés et des difficultés en conversation propres aux couples observés après avoir coté et complété la grille ?	
☐ Oui ☐ Non	
9. Pensez-vous pouvoir dégager des pistes de travail dans l'optique d'une intervention conversationnelle ? Si non, Pourquoi ?	
☐ Oui ☐ Non	
10. Trouvez-vous une utilité clinique à cet outil ? Pourquoi ? (avantages, inconvénients, etc.)	
☐ Oui ☐ Non	
11. Autres remarques et suggestions	

Annexe VI : Réponses au questionnaire

1. Quelle est votre première impression générale sur la grille ?

- Ortho 1 : Je l'ai trouvé pertinente et relativement bien adaptée aux vues des 2 présentations si différentes. Cela donne une bonne base de réflexion autour de la communication infra couple. L'idée d'un temps choisi est intéressant, je pense que la situation bien que rendue artificielle par la présence de la caméra est relativement proche d'une réalité. Nous pouvons observer les comportements de part et d'autre, ce que le patient et le conjoint savent mettre en œuvre, donc leurs réelles capacités de communication et les difficultés rencontrées.
- Ortho 2 : Je trouve un peu redondante la partie A- impressions générales, j'ai plutôt eu envie de noter mes commentaires à côté de chaque item concerné.
- Ortho 3 : J'ai trouvé la grille et son analyse très complexes pour quelqu'un n'ayant aucune notion de l'analyse conversationnelle. J'ai eu du mal à faire un lien immédiat entre certains items proposés et ce à quoi ils correspondent dans la conversation...ce qui m'a beaucoup gênée pour remplir la grille rapidement. J'aurais préféré visionner les vidéos en 2 temps et analyser un comportement à la fois. Il aurait fallu je pense une réunion préparatoire pour bien présenter le projet et intégrer les notions utilisées.
- Ortho 4 : Première impression : un peu complexe à assimiler, certains thèmes en particulier : la réparation.
- Ortho 5 : A 1ère vue, je me suis sentie dépassée et pensais ne pouvoir jamais arriver à coter ; ms au fil des images et des situations , j'ai fini par trouver mes repères et établir quelques stratégies pour m'en sortir plus aisément !
- Ortho 6 : Ce n'est pas la première puisqu'on l'avait travaillée ensemble, mais finalement je l'ai trouvée claire en tant qu'utilisateur

2. Pouvez-vous donner votre avis concernant la construction de la grille et son fonctionnement ? (Organisation des items, cotation et commentaires, nombres de pages, etc.)

- Ortho 1 : Sur le choix des items, je crois qu'on ne peut pas être exhaustif dans ce type de grille, à priori, le choix est pertinent.
- Ortho 2 : n'a pas répondu
- Ortho 3 : Elle me semble trop longue et certains items sont difficilement reconnus donc mal analysés (rubriques gestion des thèmes et réparation des troubles en particulier). Je n'ai pas compris comment la lecture de la grille permet rapidement de conseiller les patients et leur conjoint.
- Ortho 4 : La grille est bien construite, il faudrait juste un peu plus d'espace pour les commentaires.
- Ortho 5 : La cotation en 5 points m'a paru un peu lourde , 3 points me sembleraient suffisants , des nuances pouvant être apportées dans les commentaires écrits .
- Ortho 6 : Bonne

3. Avez-vous compris tous les items ? Si non, lesquels vous ont-ils posé problème ?

- Ortho 1 : Non. Les réparations : une fois encore c'est probablement une question de pratique. D'emblée, j'ai eu du mal à mesurer en terme de fréquences adaptées ou de qualité. L'échelle de cotation évalue la qualité mais cela m'a paru l'item le plus difficile à coter et pourtant un des plus important.
- Ortho 2 : Oui.
- Ortho 3 : Non. Dans la gestion des thèmes, l'analyse du maintien du thème est difficile à évaluer (cf. 2e couple/jargon et troubles de compréhension)
- Dans la réparation des troubles, les rubriques initie la réparation et résout le trouble m'ont posé problème.
- Ortho 4 : Non. J'en reviens toujours au thème de la réparation : manque de maîtrise de ma part = difficulté à interpréter : à travailler pour moi.
- Ortho 5 : L'item « réparation des troubles » m'a paru complexe à évaluer surtout les 2 derniers « résout le trouble » et « permet au PA de résoudre le trouble par lui-même » ; ce n'était pas très clair dans ma tête et je pense que cela l'est encore aujourd'hui !!
- Ortho 6 : Oui.

4. Les items vous paraissaient-ils tous pertinents par rapports à la vidéo ? à votre expérience clinique ? Si non, lesquels ne le sont pas selon vous et pourquoi ? (Avez-vous pensé à d'autres items qui semblent manquer ?)

- Ortho 1 : Nous avons discuté autour de l'item regard et effectivement, il me semble qu'il peut prêter à confusion. De ce que je sais, le regard peut servir à soutenir un propos, l'attention de l'auditeur mais aussi la fuite du regard est nécessaire à l'élaboration du propos. Je trouve cela difficile car vous en donner une explication qui se tient dans vos définitions de critères. Je crois que c'est cela le plus important et que c'est en cela qu'il faut du tps pour s'approprier une grille.
- Ortho 2 : La partie résolution des troubles est la plus difficile à appréhender ... on ne s'entend pas tous sur l'item « résout » ...
- Ortho 3 : Non. « Longueur et complexité des énoncés », « fait des pauses » /patient aphasique
- Ortho 4 : Oui.
- Ortho 5 : Je pense que ce questionnaire est plus tourné vers des patients qui ont un langage verbal, même déformé ; par contre pour le 1er patient que nous avons vu, la grille était forcément « péjorative » pour lui , il aurait été intéressant de pouvoir mieux cibler / développer / commenter ... toutes les stratégies qu'il avait mises en place pour de faire comprendre
- Ortho 6 : Oui, mais finalement les feed-backs n'apparaissent pas en tant que tels.

5. Que pensez-vous des échelles de cotation ? Les avez-vous trouvées adaptées ? Etait-ce relativement aisé pour vous de coter grâce à ces échelles ?

- Ortho 1 : Oui, je les trouve pertinentes et suis plutôt favorable à une cotation large de 0 à 5. Cela donne une certaine souplesse à ce type d'outil.

- Ortho 2 : Oui. J'avais déjà fait cette remarque au moment de la cotation, je pense que la différence entre 3 et 4 est assez difficile à affiner ...
- Ortho 3 : Certains items sont faciles à coter d'autres posent problème.
- Ortho 4 : Jamais simple d'élaborer des échelles de cotation, mais j'ai trouvé en l'occurrence celles-ci pertinentes.
- Ortho 5 : Comme je l'ai noté par ailleurs, une cotation en 3 points m'aurait semblé plus simple et aurait pu être aisément affinée par les commentaires ajoutés.
- Ortho 6 : Nécessite un entraînement pour être certain que le sens soit compris

6. Concernant la durée de cotation, trouvez-vous qu'une demi-heure suffit pour coter la grille ? Si non, est-ce trop court / trop long ?

- Ortho 1 : Oui, c'est suffisant, ni trop long ni trop court. Au-delà on interprète peut être trop
- Ortho 2 : Oui. Parce que nous sommes des personnes habituées à rencontrer ce type de patient, de famille et de problématique, mais je ne suis pas sûre qu'une orthophoniste libérale qui ne rencontre que ponctuellement ce type de pathologie puisse faire ce travail aussi rapidement ...
- Ortho 3 : Oui. Ce serait parfait avec une sélection d'items plus pertinente.
- Ortho 4 : Oui. On peut imaginer aller un peu plus vite avec un peu de pratique, mais au delà du strict remplissage de la grille, c'est la réflexion qu'il requiert qui peut être plus longue mais constructive.
- Ortho 5 : Cela me semble un temps correct ; mais il est évident que cela ne permet qu'un survol et ne permet pas une cotation fine puisqu'il est impossible de se focaliser sur un aspect précis ; je me demande par ailleurs si une cotation à postériori / à chaud (tout de suite après visionnage) ne serait pas plus pertinente ??? En effet , pendant que l'on cote un aspect , on focalise notre attention dessus et on est forcément moins « réceptif » au reste et on zappe bon nombre d'infos . Une cotation « à chaud » aurait aussi l'inconvénient d'être liée à notre propre mémoire de travail et à notre ressenti . Mais la qualité d'une communication n'est-elle pas -entre autre- beaucoup plus liée au ressenti / à l'impression ...qui nous en restent qu'à l'analyse d'un instant T qui varie pour chacun(e) d'entre nous ?
- Ortho 6 : Oui. C'est presque un peu long, 20 mn auraient suffi, mais je pense qu'il faut garder 30mn car dans d'autres cas sans doute nécessaire

7. Deux visionnements étaient-ils nécessaires pour vous ? (Un seul aurait-il suffi ou auriez-vous aimé visionner l'enregistrement une fois de plus ?)

- Ortho 1 : Non. Un visionnage suffit mais il faut comme souvent s'approprier l'outil pour être plus pertinent, enfin en ce qui me concerne.
- Ortho 2 : Non.
- Ortho 3 : Oui. Un visionnement, peut-être plus court pour analyser chaque personne aurait été utile comme entraînement.
- Ortho 4 : Le deuxième enregistrement aurait peut être « mérité » un autre visionnage, par manque d'expérience ou parce que plus complexe ?

- Ortho 5 : De toutes façons nous n'avons eu qu'un seul visionnement par manque de temps ; il est évident qu'un second visionnement aurait pu enrichir notre cotation en nous obligeant à être attentives à d'autres aspects . On pourrait même envisager un visionnement pour chaque aspect mais
- Ortho 6 : Non.

8. Pensez-vous avoir une idée des habiletés et des difficultés en conversation propres au couple observé après avoir coté et complété la grille ?

- Ortho 1 : Oui, c'est une bonne base de réflexion et de discussion avec le couple.
- Ortho 2 : Oui. Cela permet surtout de ne rien oublier, j'ai envie de dire que m'on fait ça tous les jours avec nos patients et leurs familles, mais votre grille permet et de quantifier (ce que l'on ne fait pas subjectivement quand on rencontre un couple), et ne tout pointer pour pouvoir les aider
- Ortho 3 : Oui et Non. J'aurais aimé conserver un exemplaire de la grille remplie pour pouvoir répondre. Cela ne me semble plus très évident à distance. Oui pour le premier couple, moins évident pour le second.
- Ortho 4 : Oui. La confrontation avec d'autres conclusions, d'autres collègues comme l'autre soir par exemple peut s'avérer très intéressantes
- Ortho 5 : Pas forcément car la situation était très artificielle et vraiment gérée de façon très différente par les deux couples . Comment savoir si les stratégies utilisées pendant ce film sont vraiment le reflet de leur communication habituelle ? J'aurais tendance à penser que cela n'a guère changé le mode de communication du 1er couple (celui où le patient ne pouvait presque rien verbaliser) ; par contre , pour le 2ème , on les sentait tellement peu naturels que l'on peut douter que leur communication habituelle se déroule réellement selon les mêmes modalités .
- Ortho 6 : Plus ou moins, car manque de consensus sur certaines observations (cf couple 2, le regard...)

9. Pensez-vous pouvoir dégager des pistes de travail dans l'optique d'une intervention conversationnelle ? Si non, Pourquoi ?

- Ortho 1 : Oui. Bien sur, il y a une base théorique intéressante, on peut à partir de la grille travailler la communication (pour ceux qui semblent en avoir besoin)
- Ortho 2 : Oui.
- Ortho 3 : Non. Pas vraiment dans la mesure où le premier couple fonctionnait déjà assez bien dans l'échange. Pour le second, j'ai été vraiment gênée par l'importance du jargon du patient et l'impression que la communication était parfois basée sur un malentendu...
- Ortho 4 : Oui. Utilité clinique tout à fait positive, instructive et porteuse de pistes, grand intérêt « pédagogique » pour les couples candidats à cette démarche.
- Ortho 5 : Oui, surtout pour le 2ème couple où j'ai ressenti d'énormes difficultés de communication alors que les apparences pourraient laisser supposer à un « non initié » que tout se passe bien !
- Ortho 6 : Oui. En particulier pour le second

10. Trouvez-vous une utilité clinique à cet outil ? Pourquoi ? (Avantages, inconvénients, etc.)

- Ortho 1 : Je ne peux que me projeter dans mon ancienne pratique libérale. Cet outil me semble plus adapté à distance (ni trop tôt, ni trop tard) de l'accident, lorsque le patient est de retour à domicile. Dans ce cas, je trouve la démarche pertinente. Avantage : situation proche de la réalité, observations dans un cadre théorique, participation active du couple. Inconvénient : « peut être » le temps de mise en œuvre, l'aspect matériel.
- Ortho 2 : OuI.
- Ortho 3 : Non. A ce stade de conception, je ne saurais utiliser ce matériel convenablement et de manière utile. Je ne vois pas ce qui se dégage de manière suffisamment immédiate.
- Ortho 5 : Cet outil m'a semblé très intéressant d'un point de vue « théorique » mais il me semble difficile de l'utiliser tant en libéral (surtout en cabinet) que dans un centre de rééducation (où les familles ne font que passer et sont dans un cadre inconnu avec un défilement permanent de soignants qui ne facilite pas les interactions et une communication « naturelle »). D'autre part, l'utilisation de l'enregistrement vidéo n'est pas encore une pratique courante et aisée.
- Par contre , l'observation « in vivo » pourrait être envisageable et peut-être un peu plus facilement réalisable à domicile où on voit le patient sur son lieu de vie et où on peut noter plus facilement les interactions entre les conjoints ou les différents membres de la famille ;
- Ortho 6 : Oui. Mais penser à adaptation d'évaluation qui ne nécessite pas forcément vidéo ???

11. Autres remarques et suggestions

- Ortho 1 : Par rapport à la communication non verbale, la gestuelle chez le conjoint peut être utilisée aussi pour favoriser la compréhension de la personne aphasique.
- Ortho 2 : Je pense qu'il faudrait à la fin de chaque grille un profil (type BDAE), avec une courbe verticale pour qualifier le comportement de communication du couple. Une grille visuelle que l'on pourrait comparer en avant et après thérapie, et montrer au patient et à sa famille.
- Ortho 3 : J'aurais aimé une réunion préparatoire avec davantage d'explications sur les items et la finalité de cette grille et pouvoir garder les grilles remplies pour les critiquer plus convenablement.
- Ortho 5 : n'a pas répondu.
- Ortho 6 : n'a pas répondu.

Annexe VII : Relevés des cotations suite au premier test de fidélité.

Couple 1

Conjoint (C)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	5	5
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	5	5
Prend en compte les interventions du conjoint	4	5
Regarde son conjoint	5	5
Fait des pauses	5	5
chevauchements	2	2
Interruptions	1	1
Initie l'interaction	5	5
Maintient un thème	5	4
Initie la réparation	3	3
Participe à la réparation	4	5
Résout le trouble	3	4
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	5	5
Gestes	1	1
Ecriture	1	1
Autres ressources	1	1

Personne aphasique (PA)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	NSP	NSP
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	NSP	NSP
Prend en compte les interventions du conjoint	5	5
Regarde son conjoint	5	5
Fait des pauses	NSP	NSP
chevauchements	1	2
Interruptions	1	1
Initie l'interaction	3	4
Maintient un thème	3	3
Initie la réparation	5	4
Participe à la réparation	4	5
Résout le trouble	5	5
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	NSP	NSP
Gestes	2	2
Ecriture	1	1
Autres ressources	1	1

Couple 2

Conjoint (C)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	5	2
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	5	5
Prend en compte les interventions du conjoint	4	4
Regarde son conjoint	5	5
Fait des pauses	2	3
chevauchements	3	4
Interruptions	2	2
Initie l'interaction	5	5
Maintient un thème	4	5
Initie la réparation	3	4
Participe à la réparation	4	4
Résout le trouble	4	4
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	3	4
Gestes	1	3
Ecriture	1	1
Autres ressources	1	1

Personne aphasique (PA)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	NSP	NSP
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	NSP	NSP
Prend en compte les interventions du conjoint	5	5
Regarde son conjoint	5	5
Fait des pauses	NSP	NSP
chevauchements	2	4
Interruptions	1	1
Initie l'interaction	3	2
Maintient un thème	4	4
Initie la réparation	3	5
Participe à la réparation	4	5
Résout le trouble	3	5
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	NSP	NSP
Gestes	3	4
Ecriture	1	1
Autres ressources	1	1

Couple 3

Conjoint (C)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	5	5
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	4	5
Prend en compte les interventions du conjoint	3	3
Regarde son conjoint	3	5
Fait des pauses	4	4
chevauchements	2	2
Interruptions	2	2
Initie l'interaction	3	4
Maintient un thème	3	5
Initie la réparation	4	5
Participe à la réparation	5	5
Résout le trouble	2	3
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	5	5
Gestes	1	2
Ecriture	2	2
Autres ressources	2	2

Personne aphasique (PA)		
Items	Etudiante 1	Etudiante 2
Débit	NSP	NSP
Intensité	5	5
Longueur et complexité des énoncés	NSP	NSP
Prend en compte les interventions du conjoint	4	4
Regarde son conjoint	5	5
Fait des pauses	NSP	NSP
chevauchements	2	2
Interruptions	1	1
Initie l'interaction	4	4
Maintient un thème	2	4
Initie la réparation	3	2
Participe à la réparation	5	5
Résout le trouble	5	4
Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même	NSP	NSP
Gestes	5	5
Ecriture	5	5
Autres ressources	2	3

Annexe VIII : Relevés des cotations suite au deuxième test de fidélité.

Couple A

Conjoint (C)						
Items	Ortho 1	Ortho 2	Ortho 3	Ortho 4	Ortho 5	Ortho 6
Débit	4	5	4	5	4	5
Intensité	5	4	5	5	4	5
Longueur et complexité des énoncés	4	4	3	4	5	5
Prend en compte les interventions du conjoint	4	4	4	5	3	4
Regarde son conjoint	4	5	3	5	3	3
Fait des pauses	3	4	3	5	3	4
Chevauchements	2	2	1	1	2	1
Interruptions	2	2	1	1	1	2
Initie l'interaction	5	5	5	5	5	5
Maintien un thème	5	5	4	5	4	5
Initie la réparation	5	4	4	5	4	4
Participe à la réparation	3	4	4	5	5	5
résout le trouble	1	4	4	2	4	5
Permet à PA de résoudre le trouble	5	3	3	4	2	4
Gestes	1	1	1	1	3	2
Écriture	1	1	1	1	1	1
Autres ressources	1	1	1	1	2	1

Personne aphasique (PA)						
Items	Ortho 1	Ortho 2	Ortho 3	Ortho 4	Ortho 5	Ortho 6
Débit	1	1	1	2	1	2
Intensité	4	5	5	5	4	3
Longueur et complexité des énoncés	3	2	1	1	1	1
Prend en compte les interventions du conjoint	4	5	2	5	4	4
Regarde son conjoint	4	5	2	4	4	3
Fait des pauses	5	5	5	1	5	5
Chevauchements	1	1	1	1	1	1
Interruptions	1	1	1	1	1	2
Initie l'interaction	3	2	2	2	2	3
Maintien un thème	5	2	2	5	3	5
Initie la réparation	3	5	2	4	2	4
Participe à la réparation	4	5	4	5	4	4
résout le trouble	4	3	2	2	2	3
Permet à PA de résoudre le trouble	NSP					
Gestes	4	3	3	4	2	4
Écriture	4	3	4	4	4	4
Autres ressources	1	5	4	1	4	2

Couple B

Conjoint (C)						
Items	Ortho 1	Ortho 2	Ortho 3	Ortho 4	Ortho 5	Ortho 6
Débit	4	5	2	2	3	3
Intensité	4	5	5	2	3	3
Longueur et complexité des énoncés	1	5	1	2	1	2
Prend en compte les interventions du conjoint	3	5	3	5	3	3
Regarde son conjoint	3	5	2	4	3	2
Fait des pauses	1	5	3	4	3	3
Chevauchements	3	1	2	2	4	4
Interruptions	2	1	4	2	4	2
Initie l'interaction	5	5	3	3	5	4
Maintien un thème	4	5	2	4	3	3
Initie la réparation	5	5	4	4	4	4
Participe à la réparation	5	5	3	4	3	3
résout le trouble	3	5	3	2	2	3
Permet à PA de résoudre le trouble	1	3	2	2	2	2
Gestes	1	1	1	1	1	2
Écriture	1	1	1	1	1	1
Autres ressources	1	1	1	2	1	1

Personne aphasique (PA)						
Items	Ortho 1	Ortho 2	Ortho 3	Ortho 4	Ortho 5	Ortho 6
Débit	1	1			3	2
Intensité	4	4	2	2	3	4
Longueur et complexité des énoncés	1	1	1	2	3	1
Prend en compte les interventions du conjoint	3	3	3	5	3	4
Regarde son conjoint	4	5	4	4	4	4
Fait des pauses	2	4	2	2	5	3
Chevauchements	2	1	3	2	4	3
Interruptions	2	1	4	2	3	3
Initie l'interaction	3	2	4	2	2	4
Maintien un thème	4	5	3	4	3	3
Initie la réparation	2	3	2	4	2	3
Participe à la réparation	5	5	3	4	4	3
résout le trouble	3	1	1	2	1	2
Permet à PA de résoudre le trouble	NSP					
Gestes	4	3	2	4	1	3
Écriture	1	1	1	1	1	1
Autres ressources	2	2	2	3	2	1

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des Tableaux

<u>Tableau1</u> : Classification des handicaps relatifs à la communication rapportés par les personnes aphasiques et par les membres de leur famille et leurs amis. (Le Dorze & Brassard, 1995).	15
<u>Tableau2</u> : Classification des handicaps de vie rapportés par les participants aphasiques d'après Le Dorze et Brassard, 1995.	17
<u>Tableau3</u> : Caractéristiques des couples québécois sélectionnés pour le mémoire.....	31
<u>Tableau4</u> : Caractéristiques des couples français	31
<u>Tableau5</u> : Evolution de la grille d'observation entre la première et la cinquième version.....	37
<u>Tableau6</u> : Premier test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges selon les couples	47
<u>Tableau7</u> : Premier test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges selon les conjoints	47
<u>Tableau8</u> : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant les cotations du couple A.....	49
<u>Tableau9</u> : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant les cotations du couple B.....	49
<u>Tableau10</u> : Deuxième test de fidélité - Résultats du test de corrélation inter-juges concernant l'ensemble des cotations (couples A et B)	50
<u>Tableau11</u> : Retour aux conjoints du couple A.....	56
<u>Tableau12</u> : Retour aux conjoints du couple B	59

2. Liste des Figures

<u>Figure1</u> : Les différentes formes possibles de réparation (Schegloff et al. cités par Perkins, traduit par De Partz, 2001, p.220).	22
<u>Figure2</u> : Structure de la cinquième version de la grille d'observation.....	38

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure3 : Echelles de cotation de la grille d'observation (cinquième version) 41

Figure4 : Pourcentage des cotations identiques et divergentes suite au premier test de fidélité 48

Figure5 : Pourcentage des cotations identiques et divergentes suite au deuxième test de fidélité. 50

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
I. L'APHASIE : DES APPROCHES NEUROLOGIQUES AUX APPROCHES SOCIALES.....	10
1. L'Aphasie : définition, prévalence, étiologie	10
2. Evolution des approches en aphasiologie.....	10
3. Vers une approche psychosociale de l'aphasie.....	10
3.1. Les approches pragmatiques	11
3.2. Les approches écologiques et fonctionnelles	11
3.3. Les approches écosystémiques et psychosociales	11
3.3.1. Les classifications du handicap comme cadre théorique.....	11
3.3.2. Modèle social et aphasie.....	12
II. LES CONSEQUENCES DE L'APHASIE SUR LA PERSONNE APHASIQUE ET SUR SON ENTOURAGE.....	13
1. Les répercussions sur la communication	13
1.1. Communication et notion d'interaction.....	13
1.1.1. La communication	13
1.1.2. L'interaction	14
1.2. Les difficultés communicationnelles et interactionnelles dues à l'aphasie.....	14
1.2.1. Quelques données sur la communication aphasique	14
1.2.2. Perceptions des personnes concernées.....	15
1.3. Les stratégies d'adaptation.....	16
2. Dégradation de la qualité de vie	17
2.1. Le concept de qualité de vie.....	17
2.2. Perceptions des personnes aphasiques	17
2.3. Perceptions des conjoints	18
III. L'EVALUATION DE LA COMMUNICATION DANS UNE PERSPECTIVE SOCIALE	19
1. L'analyse conversationnelle.....	19
1.1. La notion de conversation	19
1.2. Définition et principes de l'analyse conversationnelle.....	19
1.3. Application à l'aphasie: caractéristiques de la conversation aphasique	20
1.3.1. Les aspects temporels de la conversation.....	20
a. Alternance des tours de parole.....	20
b. Chevauchements et interruptions	21
1.3.2. Troubles et réparations	21
1.3.3. Thèmes de conversation	22
1.4. L'analyse conversationnelle comme support à l'évaluation.....	23
2. L'étude de Croteau, Le Dorze et Baril (2007)	23
3. Les outils d'évaluation de la communication.....	24
3.1. Notions relatives à l'évaluation.....	24
3.2. Les principaux outils existants	24
3.2.1. Outils français.....	24
3.2.2. Outils britanniques.....	25
3.3. Outils canadiens.....	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	26
I. PROBLEMATIQUE	27
II. HYPOTHESE GENERALE.....	28
III. HYPOTHESES SPECIFIQUES	28
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. POPULATION	30

TABLE DES MATIERES

1.	<i>Les couples</i>	30
1.1.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
1.2.	Les couples recrutés au Québec	30
1.3.	Les couples recrutés en France	31
1.3.1.	Le couple A	32
1.3.2.	Le couple B.....	32
2.	<i>Les juges</i>	33
2.1.	Deux étudiantes en orthophonie (Québec)	33
2.2.	Six orthophonistes professionnelles (France).....	33
II.	MATERIEL	33
1.	<i>Enregistrements vidéo</i>	33
2.	<i>La grille d'observation</i>	33
2.1.	Présentation des outils d'inspiration	33
2.1.1.	M-SCA / M-PCA (Kagan, 2004).....	34
2.1.2.	The SPPARC Conversation assessment (Lock et al., 2001)	34
2.2.	Présentation de la grille.....	36
2.2.1.	Etapes d'élaboration	36
2.2.2.	Présentation de la cinquième version.....	37
a.	Structure	37
b.	Définitions des items pour la cotation.....	39
c.	Echelles de cotation.....	41
d.	Les commentaires	41
3.	<i>Le questionnaire</i>	41
III.	PROTOCOLE EXPERIMENTAL	42
1.	<i>Protocoles d'enregistrement vidéo</i>	42
1.1.	Au Québec	42
1.2.	En France	42
2.	<i>Les tests de fidélité</i>	43
2.1.	Test avec les étudiantes en orthophonie (Montréal).....	43
2.1.1.	Contexte du test	43
2.1.2.	Protocole de complétion de la grille	43
2.2.	Test avec les orthophonistes (Lyon).....	44
2.2.1.	Contexte du test	44
2.2.2.	Protocole de complétion de la grille	44
3.	<i>Recueil des données qualitatives</i>	45
3.1.	Données sur la grille	45
3.2.	Analyse des grilles et retour aux couples	45
	PRESENTATION DES RESULTATS.....	46
I.	LES TESTS DE FIDELITE	47
1.	<i>Premier test</i>	47
1.1.	Corrélation inter-juges	47
1.1.1.	Selon les couples	47
1.1.2.	Selon les conjoints (C et PA)	47
1.1.3.	Pour l'ensemble des cotations.....	48
1.2.	Détail des cotations d'un juge à l'autre	48
2.	<i>Deuxième test</i>	49
2.1.	Corrélations inter-juges.....	49
2.1.1.	Selon les couples	49
2.1.2.	Pour l'ensemble des cotations.....	49
2.2.	Détail des cotations d'un juge à l'autre	50
II.	DONNEES QUALITATIVES	51
1.	<i>La grille</i>	51
1.1.	Considérations générales sur la grille.....	51
1.2.	Les items	51
1.3.	La cotation	52
1.4.	Utilité de la grille	53
1.5.	Remarques et suggestions	54
2.	<i>Les couples A et B</i>	54
2.1.	Retours aux participants.....	54
2.1.1.	Couple A.....	54
2.1.2.	Couple B.....	56
2.2.	Exemples descriptifs d'après le corpus transcrit du couple B	59
2.2.1.	Les conventions de transcription du corpus.....	60
2.2.2.	Les extraits.....	60

TABLE DES MATIERES

DISCUSSION DES RESULTATS.....	64
I. INTERPRETATION DES RESULTATS ET CONFRONTATION AUX HYPOTHESES	65
1. <i>Première hypothèse : une bonne fidélité inter-juges.....</i>	65
1.1. Le premier test de fidélité	65
1.2. Le deuxième test de fidélité	65
1.3. Différences de résultats entre les deux tests.....	66
1.4. Validation de l'hypothèse	66
2. <i>Deuxième hypothèse : présence d'indices en faveur d'une bonne validité ou capacité de la grille à révéler les dysfonctionnements et les adaptations des conjoints</i>	66
2.1. Discussion autour des items	67
2.2. Validation de l'hypothèse	69
3. <i>Troisième hypothèse : formulation de conseils aux couples</i>	70
4. <i>Quatrième hypothèse : adaptation aux contraintes temporelles et matérielles imposées par le milieu clinique</i>	71
4.1. Moyens et durée de mise en œuvre	71
4.1.1. Recueil de l'échantillon de conversation	71
a. Contraintes matérielles	71
b. Contraintes temporelles	71
c. Nécessité de changement dans la pratique actuelle.....	71
4.1.2. Durée de complétion de la grille	72
4.1.3. Analyse et retour.....	73
4.2. Efficacité.....	73
4.3. Validation de l'hypothèse	73
II. CRITIQUE ET LIMITES DU PROTOCOLE EXPERIMENTAL.....	74
1. <i>Le matériel</i>	74
1.1. La grille.....	74
1.1.1. Le système de cotation.....	74
1.1.2. Subjectivité et analyse conversationnelle	74
1.2. Les enregistrements vidéo.....	75
2. <i>Population.....</i>	75
3. <i>Méthodologie des tests de fidélité</i>	76
III. PERSPECTIVES.....	77
1. <i>Révision de la grille</i>	77
2. <i>Indications pour de nouveaux tests de fidélité</i>	77
3. <i>Perspective d'application.....</i>	78
3.1. Moment d'application	78
3.2. Vers un bilan des troubles conversationnels.	78
3.2.1. Après l'évaluation, l'intervention	79
IV. APPORTS PROFESSIONNELS ET PERSONNELS.....	79
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES.....	87
ANNEXE I : STRUCTURE DE L'ICIDH-2.....	88
COFEMER (2009). <i>Handicap, Incapacité, Dépendance. 3° édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.....</i>	88
ANNEXE II : PARAMETRES DE LA PROCEDURE D'ANALYSE ISSUE DE L'ETUDE DE CROTEAU, LE DORZE ET BARIL (2007), P. 796.	89
ANNEXE III : ANNEXES DES MESURES M-SCA ET M-APC ISSUES DE KAGAN (2004), PP.82-83.	90
ANNEXE IV : DEFINITIONS DES ITEMS DE LA GRILLE TELLES QUE PROPOSEES LORS DES TESTS DE FIDELITE	92
ANNEXE V: QUESTIONNAIRE DONNE AUX SIX ORTHOPHONISTES SUIT AU DEUXIEME TEST DE FIDELITE ...	95
ANNEXE VI : REponses AU QUESTIONNAIRE	96
ANNEXE VII : RELEVES DES COTATIONS SUITE AU PREMIER TEST DE FIDELITE.	101
ANNEXE VIII : RELEVES DES COTATIONS SUITE AU DEUXIEME TEST DE FIDELITE.	104
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	106
1. <i>Liste des Tableaux.....</i>	106
2. <i>Liste des Figures</i>	106
TABLE DES MATIERES	108

Perrine Léopold

ELABORATION D'UNE GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION DE COUPLE DONT UN CONJOINT PRESENTE UNE APHASIE DE DEGRE MODERE A SEVERE

110 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2010

RESUME

L'aphasie entraîne des conséquences parfois dramatiques sur la communication et sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. Depuis une quinzaine d'année, cliniciens et chercheurs tentent d'apporter des réponses efficaces à ces difficultés d'ordre psychosocial. L'analyse conversationnelle apparaît comme un moyen performant d'évaluation et d'intervention auprès des personnes présentant une aphasie et de leurs partenaires de conversation.

Ce travail de recherche consiste à élaborer une grille d'observation des comportements de communication de conjoints dont un présente une aphasie de degré modéré à sévère. Cette grille s'inspire des concepts issus de l'analyse conversationnelle et s'accompagne d'un protocole d'enregistrement d'échantillons de conversation. Suite à l'élaboration, la fidélité de la grille est testée une première fois au Québec, auprès de deux étudiantes en orthophonie qui évaluent la dynamique conversationnelle de trois couples. Un deuxième test est effectué en France, auprès de six orthophonistes qui évaluent deux couples. Enfin, une analyse des grilles est effectuée afin de permettre un retour aux couples français. Les résultats montrent une bonne fidélité inter-juges au Québec et en France, ainsi que des indices en faveur d'une bonne validité. L'analyse de la grille permet de révéler les dysfonctionnements et les adaptations majeurs dans la conversation des couples, ce qui permet la formulation de conseils personnalisés. Toutefois, les observations peuvent manquer de précision et ne sont pas toujours représentatives de la réalité. Ainsi, l'outil peut être amélioré autant dans sa forme que dans son contenu, afin de permettre une évaluation la plus pertinente possible.

La grille et le protocole d'enregistrement dans leur présentation actuelle s'avèrent incompatibles avec la pratique orthophonique quotidienne. Cependant cette étude fournit une bonne base de réflexion sur l'évaluation écosystémique de la communication et sur la pratique de l'orthophonie en France comparativement aux pays qui ont vu naître les approches psychosociales de l'aphasie.

MOTS-CLES

Aphasie vasculaire – Evaluation – Communication – Approche psychosociale – Analyse conversationnelle – Couples.

MEMBRES DU JURY

Débora Prichard – Delphine Brunet – Gilles Rode

MAITRES DE MEMOIRE

Claire Croteau (Québec) - Anne Peillon (France)

DATE DE SOUTENANCE

1^{er} juillet 2010
