



*Département d'Orthophonie
Gabriel DECROIX*

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Eve BENÂTRE

soutenu publiquement en juin 2018 :

**Analyse par l'orthophoniste de ses stratégies de
communication avec un patient aphasique.
Utilisation de l'enregistrement vidéo comme outil réflexif
pour la pratique orthophonique.**

MEMOIRE dirigé par :

Marie-Laure SIMON, orthophoniste, Haubourdin

Lille – 2018

Remerciements

Je souhaiterais tout d'abord remercier vivement mon promoteur, Madame Simon, pour ses conseils, sa disponibilité et sa patience tout au long de ces deux années.

Merci à l'ensemble des orthophonistes et à leurs patients qui ont accepté de participer à cette étude : leurs participation et investissement ont permis que ce mémoire voie le jour.

A Aline Boisguerin pour avoir accepté que j'utilise son échelle d'évaluation de la qualité de vie d'un point de vue communicationnel, le C-10.

Merci à mes maîtres de stage pour m'avoir formée et transmis leur passion, pour leur gentillesse et leur aide durant l'ensemble de mes stages.

Merci à mes correcteurs Christelle, Magalie et à mes parents pour leurs relectures qui m'ont permis d'avancer sereinement.

Merci à ma famille et à mes amis d'enfance pour leur soutien et leur présence durant toutes ces années.

Merci à mes amies de promotion pour ces cinq jolies années à leurs côtés.

Enfin, un merci particulier à Jonathan pour sa présence, ses encouragements et son soutien durant mes études.

Résumé :

L'aphasie provoque des troubles langagiers et communicationnels. Les répercussions concernent dans ce cas à la fois le patient, mais également son entourage : on parle alors de handicap partagé. Pour pouvoir prodiguer les recommandations et conseils les plus adaptés à l'entourage, l'orthophoniste peut être amené à auto-analyser les stratégies qu'il utilise en tant que partenaire de communication afin de contourner le handicap communicationnel. Les objectifs de ce mémoire sont d'évaluer si l'orthophoniste est capable d'identifier ses propres stratégies de communication, et si elles sont efficaces ou inopérantes. Il s'agit également de s'interroger sur un possible réajustement du professionnel quant à sa communication, et si ce protocole peut permettre d'affiner son projet thérapeutique. Enfin, se questionner sur l'outil vidéo : peut-il être utile à la pratique orthophonique ? Six dyades orthophonistes-patients ont été recrutées. Des grilles d'analyse de la communication ont été créées : utilisées pour évaluer a posteriori des échanges filmés orthophoniste-patient, elles devaient permettre de définir quelles stratégies de communication utilisait l'orthophoniste et lesquelles pouvaient potentiellement être efficaces auprès du patient. Les résultats démontrent que l'outil vidéo représente un intérêt pour la pratique et l'auto-évaluation du thérapeute, de par son format et sa discrétion. Cependant, les hypothèses supposant que l'orthophoniste était capable d'identifier ses propres stratégies de communication et de choisir des stratégies potentiellement efficaces, ainsi que de se réajuster, ne sont que partiellement validées : un protocole et des grilles réajustées et affinées pourront peut-être être améliorer les choix de stratégies de communication et leur ajustement.

Mots-clés :

Aphasie – stratégies de communication – partenaire de communication - auto-analyse – outil vidéo.

Abstract :

Aphasia causes language and communication disorders. In that case, consequences concern the patient but also people surrounding him. To be sure to provide the best recommendations and advices to the entourage, the speech therapist may be led to a self-analyst strategy that he can use as communications tools to go around the lack of communication. The goals of this essay are to evaluate if the speech therapist is able to identify his own communication strategies and if they are efficient or not. It's also about questioning a possible readjustment of the speech therapist through his communication and if that protocol can help define a therapeutic project. Then comes the question about video taping : is it useful in the speech and language therapy ? Six duos speech therapist/patients have been recruited and analyse scales of communication have been created. Used to evaluate the exchange between patient and speech therapist later on, they should also help define what strategy of communication have been used by the speech therapist and if they are really efficient with the patient. Thanks to its discretion and format, results show that video taping is helpful to auto-evaluate the speech therapist. However, theories that suppose that the speech therapist knows how to identify his own communication strategies, choose the best ones, and can adjust them, are only ideals : a readjusted and refined protocol and scales could help the speech therapist to make the most efficient choice of strategy and how to adjust it.

Keywords :

Aphasia - communication strategies - communication partner – auto-analyse – video tool.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Aphasie et communication : quelles implications pour le patient et l'entourage ?.....	2
1.1. Qu'est-ce que l'aphasie ?.....	2
1.2. La communication et ses composantes.....	2
1.3. Les troubles communicationnels du patient.....	3
2. Modifications des situations de communication : quelles conséquences pour le patient et son entourage ?.....	3
2.1. Modifications naturelles de la communication.....	4
2.2. Le handicap communicationnel.....	4
2.3. Des troubles communicationnels partagés.....	5
3. Les partenaires de communication.....	5
3.1. Qu'est-ce qu'un partenaire de communication ?.....	5
3.2. Les différents interlocuteurs de la personne aphasique.....	6
3.3. L'orthophoniste : quel partenaire de communication pour la personne aphasique ?...7	7
4. La prise en soins orthophonique du patient aphasique en matière de communication.....	7
4.1. L'orthophoniste, un professionnel pour aider le patient et son entourage à mieux communiquer.....	8
4.1.1. Classeur de communication.....	8
4.1.2. Prise en charge de groupe.....	8
4.1.3. Conseils : éducation thérapeutique et livrets d'informations.....	9
4.1.4. L'orthophoniste, un modèle de communication.....	9
4.2. Améliorer les stratégies de communication.....	10
4.2.1. Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?.....	10
4.2.2. Les stratégies de communication de la personne aphasique.....	10
4.2.3. Stratégies de communication utilisées par l'entourage.....	11
4.2.4. Stratégies de communication reconnues comme efficaces auprès d'un patient aphasique.....	11
4.2.5. Un outil pour aider l'entourage : l'analyse conversationnelle.....	12
5. Problématique : buts et hypothèses.....	12
Méthode.....	13
1. Population.....	13
1.1. Critères de sélection des orthophonistes.....	13
1.2. Critères de sélection des patients.....	14
2. Matériel.....	14
2.1. La grille C-10 (Boisguerin, 2011).....	14
2.2. Création des grilles d'évaluation de la communication.....	14
2.3. Description des grilles d'évaluation de la communication.....	15
2.3.1. Grille d'évaluation de la communication de l'orthophoniste : favorise-t-il la production du patient ?.....	15
2.3.2. Grille d'évaluation de la communication de l'orthophoniste : favorise-t-il la compréhension du patient ?.....	15
2.3.3. Grille d'évaluation de la régulation des échanges.....	15
2.4. Enregistrements vidéos.....	16
2.4.1. Matériel d'enregistrement.....	16
2.4.2. Thèmes abordés lors des entretiens semi-dirigés.....	16
2.4.3. Questions-types accompagnant les thèmes.....	16
2.5. Questionnaire de satisfaction.....	16
3. Procédure.....	17
3.1. Préalables au déroulement du mémoire.....	17

3.2.Premiers enregistrement et visionnage.....	17
3.3.Délai de deux semaines.....	17
3.4.Seconds enregistrement et visionnage.....	18
3.5.Questionnaire de satisfaction.....	18
Résultats.....	18
1.Synthèse des résultats de la grille C-10 (Boisguerin, 2011).....	18
2.Stratégies de communication sélectionnées et leur efficacité.....	19
2.1.Monsieur G.....	19
2.2.Monsieur X.....	20
2.3.Monsieur Y.....	20
2.4.Madame Q.....	20
2.5.Monsieur C.....	21
2.6.Monsieur M.....	21
3.Questionnaire de satisfaction.....	21
3.1.L'auto-analyse des stratégies de communication des orthophonistes.....	22
3.2.Pertinence de l'outil vidéo.....	22
3.3.Analyse de la méthode utilisée.....	23
Discussion.....	23
1.Population recrutée.....	23
2.Matériel utilisé.....	24
2.1.Grille C-10 (Boisguerin, 2011).....	24
2.2.Création et contenu des grilles.....	24
3.Protocole.....	25
3.1.Enregistrements vidéos.....	25
3.2.Méthode appliquée lors des entretiens et déroulement de l'étude.....	25
3.3.Analyse des profils obtenus à la grille C-10 (Boisguerin, 2011).....	26
3.4.Analyse des stratégies de communication.....	27
3.4.1.Stratégies sélectionnées et leur application.....	27
3.4.2.Analyse de ses stratégies de communication.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	34
Annexe 1 : C-10 Aidant familial (Boisguerin, 2011).....	34
Annexe 2 : Communication de l'orthophoniste : comment favorise-t-il la production du patient ?.....	34
Annexe 3 : Communication de l'orthophoniste : comment favorise-t-il la compréhension du patient ?.....	34
Annexe 4 : Grille d'évaluation de la régulation de l'échange.....	34
Annexe 5 : Protocole de l'étude.....	34
Annexe 6 : Questions-types proposées aux orthophonistes lors des échanges filmés.....	34

Introduction

« L'aphasie (...) masque les compétences normalement révélées par la conversation, créant des barrières à la vie sociale et à la participation dans la communauté. [...] La compétence des personnes atteintes d'aphasie peut être révélée par l'habileté d'une conversation partenaire qui fournit une « rampe de communication » pour augmenter l'accès communicatif. » [traduction libre] (Kagan, 1998, p. 818-819).

L'aphasie est une conséquence de l'accident vasculaire cérébral dans plus d'un tiers des cas. Elle provoque des désordres langagiers mais également communicationnels : ce handicap s'étend alors à l'entourage de la personne, puisque les schémas de conversation sont bouleversés. Il s'agit d'un handicap dit partagé, car ayant des conséquences familiales, sociales, professionnelles.

L'orthophoniste devient l'un des interlocuteurs de la personne aphasique suite à ses désordres langagiers. Son objectif est de restaurer ou compenser le langage, mais également la communication afin d'améliorer la qualité de vie du patient d'un point de vue social et psychologique. Les finalités de sa prise en soins sont de réduire les barrières conversationnelles et de créer un environnement où les obstacles aux échanges seraient diminués (Julien, Casseus et Gérin-Lajoie, 2003). L'orthophoniste serait à la fois un partenaire de communication et un formateur pour l'entourage.

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les stratégies communicationnelles qu'utilise l'orthophoniste auprès de son patient aphasique pour communiquer : est-il possible de les identifier ? Quelles sont-elles ? Sont-elles efficaces, ou au contraire inopérantes ? L'orthophoniste est-il capable de se réajuster face à son patient ? L'outil vidéo peut-il être efficace pour améliorer sa pratique auprès de patients aphasiques non fluents ?

Les hypothèses sont que l'outil vidéo représente un intérêt pour la pratique orthophonique grâce aux possibilités d'auto-analyse qu'elle offre ; ces situations peuvent permettre une analyse des stratégies de communication de l'orthophoniste et un possible réajustement quant à ses dernières, afin de mieux communiquer avec son patient aphasique.

Une scène de communication entre l'orthophoniste et son patient est filmée ; le thérapeute évalue a posteriori ses stratégies de communication à l'aide de grilles d'évaluation de la communication. Il sélectionne ainsi des stratégies qui, selon lui, peuvent être bénéfiques lors de ses échanges avec son patient. Après un laps de temps de deux semaines, une nouvelle évaluation a lieu, afin de réaliser si l'auto-analyse a été bénéfique. Ce travail s'inscrit dans un objectif dont le but serait, à plus long terme, de transmettre des informations à l'entourage du patient aphasique pour l'aider au mieux à cibler les stratégies de communication efficaces.

Ainsi, il convient dans un premier temps de définir les grandes notions théoriques introduites dans ce mémoire : l'aphasie, la communication, ainsi que les handicaps communicationnel et partagé. Ceci nous mènera à nous interroger sur les conséquences provoquées par le handicap communicationnel, notamment pour les partenaires de communication de la personne aphasique. Enfin, la prise en charge orthophonique auprès d'un patient aphasique non fluent et de son entourage sera développée. Dans un second temps, les hypothèses, la méthodologie de l'étude ainsi que le protocole seront présentés. Les résultats des analyses des stratégies de communication des orthophonistes seront exposés et commentés.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Aphasie et communication : quelles implications pour le patient et l'entourage ?

1.1. Qu'est-ce que l'aphasie ?

« L'aphasie désigne les désorganisations du langage pouvant intéresser aussi bien son pôle expressif que son pôle réceptif, ses aspects parlés que ses aspects écrits, en rapport avec une atteinte des aires cérébrales spécialisées dans les fonctions linguistiques » (Gil, 2014, p. 22-23). Sa principale cause est un accident vasculaire cérébral (75% des cas), mais peut également être due à un traumatisme cérébral, une tumeur,... D'après plusieurs études (Pedersen, Jorgensen, Nakayama, Raaschou et Olsen, 1995 ; Laska, Hellbom, Murray, Kahan & Von Arbin, 2001), seulement 25 à 30% des personnes aphasiques récupèrent un bon niveau langagier en 6 à 18 mois, et la moitié des patients auront des séquelles gênantes. De plus, 30 à 40% des patients relèveraient d'une rééducation orthophonique. Les désordres langagiers, émotionnels, physiques qu'a provoqués l'aphasie peuvent aboutir à des répercussions plus larges d'après Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland et Cherney (2010) : des modifications dans la vie quotidienne et sur l'entourage qui, à leur tour, entraînent des répercussions sur la vie sociale (réduction des loisirs, des amis, ...) mais aussi professionnelle (perte d'emploi, ...).

Mazaux (2014) décrit cette pathologie comme un terrible drame psychologique et socio-familial, qui altère gravement la communication du patient avec ses semblables. Cette altération de la communication est aussi mise en avant par Kagan (1998), qui souligne que cette pathologie dissimule les véritables capacités communicationnelles du patient. En effet, la personne aphasique est une personne compétente : l'un des rôles de ses interlocuteurs est alors de faciliter la communication afin de révéler ses aptitudes.

1.2. La communication et ses composantes

D'après Brin et al. (2004), la communication se réfère à tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu. Il s'agit d'une collaboration entre plusieurs personnes, avec un but social. La communication initie la conversation, qui permet à son tour selon Bonnans et Delieutraz (2014) d'échanger des informations, opinions ou sentiments.

Six principes peuvent être rattachés à la communication :

- La rétroaction est une composante essentielle de la communication ;
- La communication comporte une co-gestion du dialogue ;
- Il est impossible de ne pas communiquer ;
- La communication interpersonnelle est irréversible ;
- Communiquer est un processus complexe ;
- La communication est contextuelle.

Et elle est composée de plusieurs grands aspects :

- *L'engagement dans l'interaction* : il s'agit de notre motivation à communiquer, liée aux émotions, contextes, ...
- *La communication verbale* : utilisation du langage pour transmettre un message.
- *La communication non verbale* : comportements adoptés lors de la conversation afin de renforcer ou nuancer notre discours. Elle peut aussi correspondre à l'ensemble des moyens de conversation qui n'utilisent pas le langage oral. Il est question de la posture et du tonus (permet de signifier un rejet, une approche par exemple), du regard (régule l'attention, maintient ou non l'interaction), des expressions faciales (valeur informative et rôle de feedback dans l'échange) et des gestes (qui peuvent illustrer, réguler, ou encore être involontaires ou emblématiques).
- *La communication para-verbale* : il s'agit de l'intonation, du rythme, du débit, de la prosodie du message verbal, ainsi que des silences et pauses qui l'accompagnent. Elle permet essentiellement de ponctuer le discours.

L'aphasie peut perturber plusieurs composantes de la communication : les troubles peuvent être multiples en fonction de la gravité, de la localisation et des habitudes communicationnelles de la personne affectée.

1.3. Les troubles communicationnels du patient

Les troubles communicationnels du patient aphasique peuvent être multiples et variés : des difficultés expressives (paraphasies, manque du mot) peuvent être présentes, parfois accompagnées de troubles de la compréhension, et peuvent concerner plusieurs pôles langagiers (écrit et oral). Par conséquent, produire un discours fluent et intelligible, accompagné d'une syntaxe et d'un lexique correct peut s'avérer complexe pour le patient aphasique. Le discours est parfois ponctué d'hésitations, de pauses anormales, ainsi que des difficultés prosodiques. Quant aux interactions, elles peuvent être également impactées par les troubles aphasiques, notamment les tours de parole qui peuvent être inégalement répartis (réduction quantitative de la part du patient). Les troubles de la compréhension peuvent également amener à des ruptures lors des échanges. D'après Labourel (1982, cité par Rousseaux, Cortiana et Bénèche, 2014), les gestes déictiques (pointer, montrer), symboliques et les mimes sont peu utilisés par les personnes aphasiques, alors que les gestes à connotation émotive ou conative (provoquer un effet chez son interlocuteur) sont relativement maintenus. Les mimiques et le regard sont toujours présents, afin d'essentiellement attirer et maintenir l'attention de l'interlocuteur. Les postures seraient, quant à elles, soit diminuées soit exagérées.

2. Modifications des situations de communication : quelles conséquences pour le patient et son entourage ?

Les troubles communicationnels de la personne aphasique amènent à une réorganisation des situations de communication auxquelles elle participe. En effet, l'équilibre de ces dernières se retrouve perturbé, et des modifications quant à la manière de mener à bien une conversation se mettent naturellement en place, pour tenter de contourner le handicap communicationnel.

2.1. Modifications naturelles de la communication

Le Dorze et Brassard (1995) ont démontré que les conséquences possibles de l'aphasie, en ce qui concerne le patient, étaient de différer, ajourner voire stopper la conversation. De ce fait, il peut s'ensuivre à plus long terme un isolement social. A l'inverse, certaines personnes aphasiques continuent à manifester leur envie de communiquer : soit en prenant leur temps, en expliquant les raisons de leurs difficultés ou en laissant parler leur entourage à leur place. Réussir à participer à une conversation de groupe est un défi pour les personnes aphasiques. Les différences inter-locuteurs sont donc importantes, tant à cause de la gravité de la lésion que de la personnalité et de l'environnement de la personne aphasique.

Quant à l'entourage, il peut éviter certains thèmes, se retirer de la conversation par agacement, allant jusqu'à se garder de parler avec la personne aphasique. Il peut également être irrité face à son impossibilité à comprendre la personne aphasique et ressent une perte d'intérêt de la part de cette dernière pour entrer en communication avec autrui. Par protection, ils peuvent s'exprimer à la place de leur proche, les corriger. L'entourage tente de deviner ce qu'essaye de dire la personne aphasique et d'accorder le temps nécessaire à leur interlocuteur pour s'exprimer. Sans le reprendre, ils corrigent certaines erreurs et sont attentifs au contenu du message produit.

De manière plus large, ces modifications de la communication suite à l'aphasie ont de vastes répercussions : réduction des liens amicaux, modifications des rôles familiaux sont autant de facteurs pouvant mener à un repli sur soi et à une qualité de vie diminuée.

2.2. Le handicap communicationnel

Elaborée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) permet de décrire le handicap de la personne, en référence à une personne sans déficit.

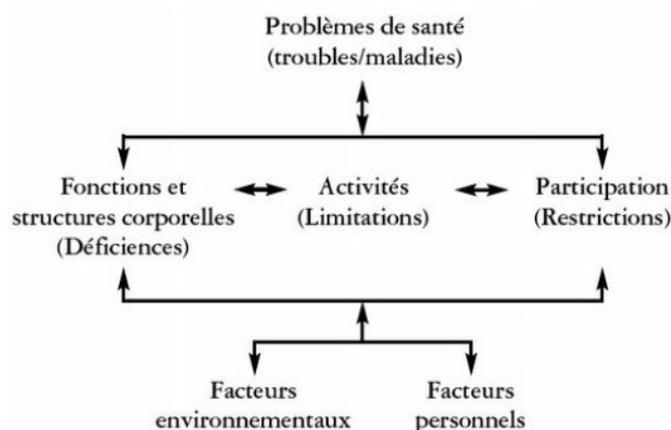


Figure 1 : Interactions entre les composants de la CIF (OMS, 2001)

D'après ce modèle, les *lésions* cérébrales entraînent des *déficiences* linguistiques, qui provoquent à leur tour des *incapacités* à communiquer de manière fonctionnelle. Ainsi, en découlent donc des *désavantages* : limitation des échanges sociaux, familiaux et professionnels. Les éléments indicateurs d'un handicap et de son intensité sont la participation et les activités. La première peut être définie comme l'engagement du patient dans des situations de vie réelle, et la seconde comme la réalisation d'une tâche (dans le cadre de la communication, il s'agira par exemple de savoir aller acheter du pain). Si la personne

aphasique restreint sa participation à certaines tâches de la vie quotidienne ou éprouve des difficultés à réaliser une activité, on peut considérer que cette dernière souffre de handicap.

Cette notion de handicap a notamment été développée par Fougeyrollas (1996) : il s'est inspiré de la CIF pour créer un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles, intitulé « processus de production du handicap ». D'après lui, une situation de handicap ne se restreint pas uniquement à une limitation de la participation et aux activités (déficiences, incapacités ...), mais est également due à des facteurs environnementaux (contexte physique, social, ...). Ainsi, le degré de handicap correspondrait au degré de réalisation des habitudes de vie (activités de la vie quotidienne) et dépendrait également de l'âge, sexe, rôle social,... de la personne aphasique. L'épanouissement d'une personne dépendant de la réalisation de ses habitudes de vie, il convient de noter que le handicap aphasique sera vécu différemment en fonction de son profil.

2.3. Des troubles communicationnels partagés

Le patient ne communiquant pas seul, mais avec d'autres interlocuteurs, ce handicap se transforme en handicap partagé. Les répercussions touchent dans ce cas à la fois le patient, mais également son entourage : comment communiquer efficacement lorsqu'un des deux interlocuteurs a du mal à s'exprimer, à comprendre le message ?

D'après Ponzio, Lafond, Degiovani et Joannette (1991), l'aphasie est une des pathologies ayant le plus de répercussions sur la vie familiale du patient. Communément, la personne aphasique et son entourage peuvent ressentir de l'irritabilité et de la frustration face aux échecs de communication. Des malentendus, un sentiment d'inconfort ou d'incompétence peuvent se manifester auprès des deux interlocuteurs. D'après Wirotius et al. (2005), le handicap communicationnel dont souffre le patient induit un second handicap, appelé « cohandicap ». En effet, la personne aphasique, de par sa pathologie, présente des difficultés à réaliser des tâches qu'il exécutait avant sa pathologie (par exemple : administratif). Cette incapacité amène à une réorganisation de la structure familiale. De manière plus large, la perte d'autonomie qui découle de sa pathologie oblige le conjoint et l'entourage proche de la personne aphasique à diminuer les activités et échanges extérieurs, ce qui entraîne à long terme un isolement commun.

3. Les partenaires de communication

Le handicap communicationnel de la personne aphasique s'étendant donc à l'entourage, ces derniers ont un rôle à jouer pour faciliter la communication existante avec leur proche atteint d'aphasie.

3.1. Qu'est-ce qu'un partenaire de communication ?

Il n'existe pas de définition précise d'un partenaire de communication. Il s'agit d'une personne avec qui le locuteur entre en contact et établit une communication. Il peut s'agir d'un membre de la famille, mais aussi de l'entourage tel qu'un ami. Blackstone (1999) a réalisé un sondage auprès d'adultes souffrant de déficiences langagières, afin de connaître les caractéristiques d'un bon partenaire de communication. Celui-ci doit donc être « patient, motivé, intéressé et à l'aise avec toutes les méthodes de communication. » En outre, de bons partenaires de communication réalisent des efforts pour comprendre et interpréter les

signes/gestes des personnes handicapées dans leur communication, tout en ne manifestant aucun malaise durant les moments de silence prolongés. Ceux-ci « répètent ou confirment les messages véhiculés et admettent lorsqu'ils n'ont pas compris ce qui est dit ».

Les participants au sondage ont également décrit les principaux défauts des partenaires : ils terminent leurs phrases sans leur permission, sous-estiment leurs capacités. Plusieurs ont même rapporté que leurs interlocuteurs parlaient d'une voix forte comme s'ils s'adressaient à une personne sourde, articulaient lentement ou conversaient avec une tierce personne au lieu de leur adresser la parole. Il s'agit d'autant de caractéristiques qu'il convient d'éviter lorsque l'on communique avec une personne aphasique.

L'aidant occupe une place particulière au sein des différents partenaires de communication. Il est défini par la charte européenne de l'aidant familial (2007) comme « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». Il est souvent l'interlocuteur privilégié de la personne aphasique.

Il apparaît donc que le niveau de proximité avec le locuteur influence la conversation : une personne avec qui l'on partage un savoir, qui connaît nos habitudes, mimiques, sujets d'intérêts aura plus de facilités à entrer et maintenir une conversation qu'une personne qui ne nous connaît pas. Laasko et Kippli (1999, cités par Bonnans et Delieutraz, 2014) montrent que les partenaires familiaux initient moins de réparations que les partenaires peu familiaux : peut-être à cause du savoir partagé ou des habitudes conversationnelles qui sont déjà en place.

3.2. Les différents interlocuteurs de la personne aphasique

L'inventaire de la communication pour les personnes ayant des besoins de communication complexes et leurs partenaires, créé par Blackstone et Berg (1999), identifie quels sont nos proches et nos connaissances, selon 5 cercles :

- *Premier cercle* : les partenaires en communication à vie de la personne. Il renferme les membres de la famille et les autres personnes avec qui l'individu vit ou entretient des liens de parenté.
- *Deuxième cercle* : amis intimes/parenté. Le deuxième cercle renferme les personnes avec lesquelles un individu participe à des activités de loisirs, partage des intérêts communs et auxquelles il se confie.
- *Troisième cercle* : les connaissances. Ce cercle renferme les personnes que l'individu connaît mais ne fréquente pas régulièrement (par exemple : voisins, collègues).
- *Quatrième cercle* : les professionnels salariés. Ceux-ci incluent les personnes à qui l'on verse un salaire pour agir en tant qu'intervenants auprès de l'individu.
- *Cinquième cercle* : les partenaires non familiaux. Il fait allusion à toutes les autres personnes que l'informant n'identifie pas spécifiquement.

Un partenaire de communication varie donc en fonction de son lien avec la personne aphasique, mais également en fonction de ses habiletés communicationnelles : en effet, chaque personne a ses propres caractéristiques quant à son engagement et ses habitudes de communication (verbale, para- et non verbale). Une personne peut évoluer d'un cercle à l'autre en fonction de l'évolution des relations. Identifier à quel cercle appartient son interlocuteur, mais également ses habitudes communicationnelles (par exemple grâce au CAPP) peut permettre à la personne aphasique d'adapter ses stratégies, et inversement.

3.3. L'orthophoniste : quel partenaire de communication pour la personne aphasique ?

D'après l'inventaire de la communication pour les personnes ayant des besoins de communication complexes et leurs partenaires, l'orthophoniste se situe au sein du quatrième cercle des interlocuteurs de la personne aphasique : les professionnels salariés. D'après Kagan (2010), l'orthophoniste est un membre à part entière de l'environnement de la personne aphasique. En effet, pour De Partz (2014), l'objectif final d'une rééducation fonctionnelle du langage d'un patient aphasique est de développer ses capacités verbales et aussi non verbales pour pouvoir communiquer de manière fonctionnelle dans la vie quotidienne : l'orthophoniste joue donc un rôle important quant à la mise en place d'une communication fonctionnelle.

En fonction du cercle auquel appartient le partenaire de communication, le savoir partagé ne sera pas le même : par exemple, le conjoint de la personne aphasique partagera un savoir plus grand avec cette dernière que l'orthophoniste. D'après Lindsay et Wilkinson (1999), les différences que l'on peut observer lors des échanges entre dyades orthophoniste-patient aphasique et entourage-personne aphasique sont dues à un degré de savoir partagé qui diffère : en effet, l'orthophoniste possède un contexte commun moins riche avec la personne aphasique que son entourage proche. Ainsi, la personne aphasique devra davantage expliciter ses propos avec l'orthophoniste qu'avec son proche ; le thérapeute n'aura pas connaissance de certaines informations nécessaires à la bonne compréhension du message. Laasako et Kippli (1999) ont démontré que les partenaires familiaux initiaient moins de réparations des échanges que les partenaires peu familiaux : la proximité et le savoir partagé influent donc sur notre communication avec notre patient.

De plus l'orthophoniste, comme tout interlocuteur, possède des caractéristiques qui lui sont propres. En effet, ce dernier est obligatoirement tributaire des différentes caractéristiques langagières et communicationnelles caractérisant chaque individu (bavard, ...). L'ensemble de nos aspects conversationnels façonne notre manière d'interagir avec autrui : ainsi, chaque personne, orthophoniste ou non, a sa propre manière de réagir face au discours d'une personne, et encore plus si celle-ci est aphasique. D'autres facteurs interpersonnels (âge, sexe, ...) influencent également nos échanges. Enfin, le but et la forme (nombre de participants, ...) de la conversation vont également nous influencer. Dans le cadre de la relation orthophoniste-patient aphasique, la relation sera majoritairement duelle, ce qui permet au thérapeute de s'adapter au mieux à la communication de son patient.

4. La prise en soins orthophonique du patient aphasique en matière de communication

La prise en soins de la personne aphasique a pour objectifs la restauration et/ou la compensation du langage et de la communication. Ce mémoire se focalisant sur la communication de la dyade orthophoniste-patient et son optimisation, les autres objectifs de la prise en soins ne seront pas développés ci-dessous. Lors de la prise en soins des personnes aphasiques en libéral en matière de communication, l'orthophoniste :

- Est un partenaire de communication pour le patient ;
- Peut servir de modèle comme partenaire de communication pour l'entourage ;
- Peut former explicitement l'entourage aux stratégies de communication.

4.1. L'orthophoniste, un professionnel pour aider le patient et son entourage à mieux communiquer

L'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) recommande l'utilisation de plusieurs techniques fondées sur les preuves concernant la prise en charge de la communication d'un patient. Elles doivent reposer sur cinq principes :

- Les progrès mesurés doivent être liés uniquement à l'utilisation de la méthode ;
- Le thérapeute doit jouer le rôle de partenaire de conversation et d'entraîneur, et doit avoir une approche écologique de l'aphasie ;
- Les sujets doivent avoir été choisis en partenariat avec le patient et doivent donc refléter ses intérêts ;
- Les sujets de conversation doivent être co-construits par le thérapeute et le patient ;
- La collaboration doit primer : la réussite de la conversation réside dans l'interaction et la transmission des informations.

La prévention, la formation et l'information de l'entourage peuvent permettre à la personne aphasique non seulement d'améliorer leur communication, mais également de se sentir plus comprise et entourée. Les entraînements, aides, stratégies et conseils fournis par les différents professionnels, ainsi que l'existence d'associations d'aides aux familles et aux personnes aphasiques peuvent permettre d'améliorer le quotidien des patients et des familles.

4.1.1. Classeur de communication

Le classeur de communication est l'un des outils qu'il est possible de mettre en place face à une personne atteinte d'aphasie non fluente. Le classeur de communication peut amener au rétablissement de l'échange entre deux interlocuteurs et permettre à la personne aphasique de se faire comprendre. Son contenu et sa présentation sont personnalisables : il peut être agrémenté de photos, dessins, mots écrits, ... en fonction des compétences préservées de la personne aphasique. Il est voué à évoluer dans le temps en fonction des besoins du patient et/ou de l'entourage, de s'enrichir et d'être modifié. Le classeur de communication peut avoir plusieurs objectifs thérapeutiques, tels que soutenir la production orale du patient et réparer le langage et/ou la communication, mais également de faciliter la compréhension des deux interlocuteurs. L'utilisation d'un classeur de communication peut permettre à la personne aphasique non fluente de rétablir la communication avec son entourage. Sa mise en place est préconisée le plus rapidement possible afin de lui permettre de retrouver une qualité de vie améliorée et de restaurer le fil conversationnel avec ses proches.

4.1.2. Prise en charge de groupe

La prise en charge de groupe rassemble des patients aphasiques selon des critères pré-définis (séquelles, type d'aphasie, ...). Les patients sont encadrés par un orthophoniste, accompagné par un autre soignant (orthophoniste ou non). Ces ateliers visent la compensation des fonctions lésées et le transfert des compétences communicationnelles (verbales ou non) grâce à des stratégies telles que le mime, l'écrit, les gestes,... Les objectifs sont également plus vastes : maintenir des contacts sociaux, communiquer lors de situations plus naturelles que lorsque le patient se retrouve en dualité avec l'orthophoniste ou l'aidant par exemple, soutenir les progrès observés en rééducation, partage d'expériences, adaptation sociale... Il peut s'agir

de groupes de maintien ou d'adaptation. Beeson et Holland (2006), proposent des activités de PACE, jeux de rôles, d'activités tournant autour de l'actualité...

Il est difficile d'évaluer leur efficacité de par la diversité des profils présents, les contraintes organisationnelles, le type de groupe ; l'étude de Wertz, Collins et Weis (1981) démontre qu'un groupe ayant suivi une rééducation de groupe était plus efficace lors d'épreuves de communication fonctionnelle qu'un groupe ayant bénéficié d'une thérapie individuelle. Associer prise en charge de groupe et thérapie individuelle permet par contre une meilleure généralisation, des progrès plus rapides, même sur des items non travaillés (Eales et Pring, 1998).

4.1.3. Conseils : éducation thérapeutique et livrets d'informations

D'après l'OMS, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. [...] Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. ». Cependant, l'éducation thérapeutique ne concerne pas uniquement le patient : en effet, l'inclusion des partenaires de communication est nécessaire à sa bonne évolution. Plusieurs auteurs ont fait état de difficultés pour la personne aphasique à transférer ses acquis au sein de la vie quotidienne : proposer aux aidants ou à l'entourage du patient de participer aux sessions d'E.T.P. peut aider à ce transfert des compétences. Comme le rappelle Brin-Henry (2014), l'accompagnement et la guidance des familles fait partie intégrante de la prise en charge des personnes aphasiques. En effet, certains proches peuvent éprouver des difficultés à utiliser des stratégies de communication efficaces auprès de leur proche aphasique, et d'autres peuvent également appliquer des stratégies dites contre-productives. Les entraînements, aides, stratégies et conseils fournis par les différents professionnels, ainsi que l'existence d'associations d'aides aux familles et aux personnes aphasiques peuvent permettre d'améliorer le quotidien des patients et des familles.

Les livrets d'informations sont un premier pas vers une éducation thérapeutique de l'entourage du patient aphasique non fluent : ils permettent une explication claire et concise de ce qu'est l'aphasie et ses conséquences, ainsi que les troubles possibles de leur proche. Ils contiennent également des conseils sur la manière d'adapter la communication avec une personne aphasique. Cependant, « il serait naïf de penser que la simple lecture des conseils suffise aux partenaires de la personne aphasique à intégrer de nouveaux comportements de communication. » (De Partz, 2001, p. 11). Ainsi, la présentation de livrets de conseils aux proches de personnes aphasiques est une première étape nécessaire afin d'introduire par la suite les proches de manière plus active à la réadaptation de leur proche aphasique, sous forme de sessions d'éducation thérapeutique.

4.1.4. L'orthophoniste, un modèle de communication

Afin de pouvoir proposer un accompagnement de qualité et des conseils individualisés aux proches de patients aphasiques non fluents, l'orthophoniste doit avant tout être un modèle de communication pour ces derniers. En effet, comment proposer des conseils appropriés sur la communication si celle qu'il entretient avec son patient aphasique n'est pas opérationnelle ?

Pour cela, l'orthophoniste doit être capable d'introspection et de capacités analytiques afin d'évaluer quelles sont les stratégies les plus opérationnelles pour communiquer avec son patient. De plus, comme le soulignent Michallet, Le Dorze et Tetreault (1999), la relation qu'il entretient avec le patient et sa famille doit être vue par l'ensemble des participants comme un partenariat, et non comme une relation asymétrique où l'orthophoniste serait détenteur du savoir : le professionnel ne doit pas être le seul expert. Il doit permettre au patient et aux proches de développer des aptitudes permettant l'appropriation des savoirs et savoir-faire. Cette notion est, d'après les auteurs, essentielle pour que la famille puisse participer de manière active à la rééducation du proche aphasique.

4.2. Améliorer les stratégies de communication

Comme il fut précisé auparavant, le handicap communicationnel du patient et de l'entourage amène à une réorganisation des situations de conversations. Par conséquent, des stratégies de communication peuvent être utilisées par la personne aphasique et/ou son entourage pour contourner ce handicap partagé. Cependant, il n'est pas toujours aisé d'utiliser une stratégie efficace : une identification et une analyse des stratégies peuvent être utiles afin d'améliorer les échanges communicationnels entre partenaires.

4.2.1. Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?

Ainsi, des stratégies pour contourner le handicap communicationnel partagé sont adoptées par les partenaires de communication, appelées stratégies interactionnelles ou de communication. Elles correspondent à des tentatives de réparation d'incidents conversationnels créés par les déficits linguistiques, mais aussi à des modifications de la gestion de l'information et des tours de parole, afin de parvenir à la réussite de la conversation (De Partz, 2001). Les stratégies peuvent être facilitatrices ou au contraire un frein à la communication ; d'un point de vue plus global, la qualité des ajustements permettra ou non d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage (Hilari et Byng, 2001). Ainsi, réussir à analyser sa communication et ses stratégies de communication afin d'identifier lesquelles sont efficaces et lesquelles sont contre-productives permet d'améliorer les échanges, qu'il s'agisse de la personne aphasique ou de son partenaire.

4.2.2. Les stratégies de communication de la personne aphasique

Les stratégies utilisées par le patient pour (r)établir la communication sont multiples : en cas de manque du mot, il peut utiliser des stratégies dites périphrastiques par Nespoulous (2014), qui sont des tentatives pour définir un mot auquel il n'arrive pas à accéder, ou mimogestuelles (mimer l'utilisation de l'objet ou le mot qu'il tente de définir). Cruz (2006) explique que certaines personnes aphasiques utilisent des mots non pertinents lors de la transmission du message, mais qui peuvent cependant aider à l'accès du mot-cible si la personne use d'auto-réparations. Si la personne aphasique éprouve des difficultés à transmettre oralement le message, il peut passer par l'écrit ou le geste. On parle alors de stratégies palliatives (Nespoulous, 2014). L'utilisation de la communication para- ou non verbale est donc fortement sollicitée, puisque moins touchée. Cependant, on relève chez ces personnes des stratégies inefficaces : elles témoignent notamment de leur incapacité à

maintenir une conversation, de parler en groupe (Darrigrand, Mazaux, Dutheil, Koleck et Pradat-Diehl, 2000).

4.2.3. Stratégies de communication utilisées par l'entourage

Les stratégies de communication des proches d'une personne aphasique sont variées ; cependant, les feedback occupent une place importante au sein de celles-ci. Clerebaut (1984) a étudié le rôle de ces derniers lors des échanges entre partenaires de communication et personne aphasique : il peut s'agir de demandes de confirmation sous forme de questions quant au message transmis par la personne aphasique ou quant au référent du message. La reformulation peut également être efficace : elle permet de vérifier la compréhension du message et assure au locuteur aphasique qu'il a transmis les informations nécessaires à cette compréhension (Le Dorze et Brassard, 1995). L'utilisation de questions fermées (oui/non) est préconisée pour accéder au message et pallier les déficits langagiers. En effet, la conversation aboutit plus aisément car elle est plus structurée (moins de possibilités de réponses que lors de questions ouvertes). Goodwin (2003) encourage également à prendre en compte les indices para- et non verbaux pour renforcer la communication et à se concentrer pour suppléer les déficits et se focaliser sur la compréhension du message.

A l'inverse, certaines stratégies utilisées par les proches de personnes aphasiques sont inopérantes, comme parler à la place de la personne aphasique par exemple (Godwin, 2003). L'échec de ces échanges peut entraîner l'abandon de la conversation, voire l'évitement d'échanges ultérieurs. Les conséquences de ce handicap communicationnel ont des influences parfois néfastes sur la conversation, comme la disparition du plaisir de communiquer. Des conseils simples peuvent cependant être appliqués pour améliorer la communication avec un proche aphasique.

4.2.4. Stratégies de communication reconnues comme efficaces auprès d'un patient aphasique

Les listes de stratégies de communication reconnues comme efficaces auprès d'une personne aphasique sont disponibles au sein de plusieurs plaquettes d'information à destination des proches ou professionnels côtoyant une personne touchée par l'aphasie. Elles permettent d'obtenir des conseils simples et précis sur la manière d'appréhender la communication avec une personne aphasique afin d'optimiser au mieux sa communication avec cette dernière. De manière plus large, la qualité des ajustements permettra ou non d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage (Hilari et Byng, 2001) : suivre ces conseils simples peut permettre à l'entourage d'entrer en communication avec son proche aphasique et de s'ajuster plus efficacement à cette dernière.

Tableau 1 : Conseils pratiques pour faciliter la communication (brochure « l'aphasie, vous connaissez ? », FNAF).

<i>De manière générale :</i>	<i>Pour se faire comprendre :</i>	<i>Pour aider son interlocuteur à s'exprimer :</i>
Etre réceptif à tous les modes de communication.	S'assurer que l'interlocuteur nous regarde.	Retenir que la priorité est la communication.
Etre disponible et patient.	Parler lentement.	Poser une question à la fois.

Penser que la personne aphasique sait ce qu'elle veut dire.	Garder les intonations et les gestes.	Lui laisser le temps de s'exprimer.
Ne pas infantiliser son interlocuteur.	Faire des phrases simples et courtes.	Ne pas finir ses phrases à sa place.
Chercher à comprendre ce que la personne veut nous dire.	Développer une idée à la fois.	Se concentrer sur le sens plutôt que sur la forme.
Donner du temps à son interlocuteur.	Marquer des pauses entre les phrases.	Encourager son interlocuteur à utiliser tous les canaux de communication.
Ne pas parler à sa place.	Reformuler si nécessaire.	Ne pas corriger son interlocuteur.
Ne pas faire semblant d'avoir compris si ce n'est pas le cas.	Prévenir d'un changement de sujet.	Ne pas interrompre la personne.
Eviter les conversations de groupe.	Possibilité de passer par l'écrit en résumant l'idée principale en un mot.	Encourager son interlocuteur à parler.
Aménager un environnement calme, avec une seule occupation à la fois.	Utiliser le dessin et les gestes pour se faire comprendre.	Poser des questions auxquelles on peut répondre par oui/non.

4.2.5. Un outil pour aider l'entourage : l'analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle (De Partz et Calomagno, 2000) étudie la conversation entre le patient et son partenaire, et notamment les comportements verbaux, non verbaux, ainsi que les mécanismes de réparations utilisés. Cet outil évalue notamment la collaboration des deux interlocuteurs lors de l'échange, en tenant compte des interruptions ou au contraire des recouvrements des informations, de la gestion du thème, des tours de parole et des réparations éventuelles. Kagan et al. (2001) partent de l'hypothèse que l'analyse conversationnelle permettrait à la fois aux proches et à la personne aphasique de développer davantage d'attitudes de soutien à la conversation que des personnes qui n'ont pas été exposées à cet entraînement, et que cela augmente le niveau de participation à la conversation de la personne aphasique. L'analyse conversationnelle permet également au thérapeute de cibler des conseils individuels puisque l'interaction entre deux partenaires possède des caractéristiques qui lui sont propres. Il existe plusieurs supports basés sur l'analyse conversationnelle, comme le CAPPa proposé par Whitworth, Lesser et Perkins (1997) ou le PTECCA de Iché et ses collaborateurs (2007). L'avantage de l'analyse conversationnelle est d'être écologique (étude des situations de communication dans leur contexte naturel), et de permettre au thérapeute d'affiner son projet thérapeutique et à l'entourage d'identifier quelles stratégies sont les plus efficaces pour communiquer avec leur proche aphasique.

5. Problématique : buts et hypothèses

L'orthophoniste est amené à donner des conseils à l'entourage d'une personne aphasique non fluente quant aux stratégies de communication qui peuvent être utilisées pour améliorer les échanges avec celle-ci ; mais l'orthophoniste est-il lui-même conscient de ses propres

stratégies et de sa façon d'interagir avec son patient ? Le but de ce mémoire est d'étudier les stratégies de communication utilisées par l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. Sont-elles identifiables ? Si oui, quelles sont-elles ? Sont-elles efficaces ? Inopérantes ? Est-il possible de les améliorer ?

Pour cela, des scènes d'échanges ont été filmées. Notre objectif est de démontrer que l'outil vidéo peut permettre à l'orthophoniste de réaliser quelles stratégies il utilise et à se réajuster si besoin. Deux semaines après la première vidéo, une seconde passation filmée est réalisée afin d'évaluer si l'orthophoniste a pu s'ajuster ou s'améliorer quant à ses stratégies de communication.

Les hypothèses sont les suivantes :

- *L'analyse vidéo représente un intérêt pour la pratique orthophonique* : cet outil permet en effet d'étudier, en plus de la communication verbale, la communication para- et non verbale ; ceci n'aurait pu être pris en compte si l'enregistrement avait été uniquement audio, à l'aide d'un microphone par exemple. La vidéo permet donc une vision plus complète et globale de la communication de l'orthophoniste et des stratégies utilisées pour communiquer, et par conséquent peut permettre à l'orthophoniste une auto-analyse la plus précise possible pour améliorer sa pratique.
- *L'évaluation de sa communication de par l'outil vidéo permettra à l'orthophoniste d'identifier quelles stratégies sont efficaces et lesquelles sont inopérantes pour communiquer avec son patient* ; le fait de pouvoir visualiser son échange a posteriori permet à l'orthophoniste de prendre conscience des stratégies qu'il utilise pour communiquer plus efficacement avec son patient, et si celles-ci permettent ou non de parvenir à la compréhension du message et à améliorer l'échange.
- *Cette étude permettra ensuite à l'orthophoniste de déterminer comment les améliorer et comment se réajuster afin d'optimiser l'échange et d'offrir au patient les meilleurs outils pour faciliter sa communication*. Après identification des stratégies inopérantes, l'orthophoniste peut décider soit de les délaissier, soit de les améliorer afin qu'elles deviennent efficaces (par exemple : laisser un temps de réponse plus long). Quant aux nouvelles stratégies potentiellement efficaces auprès du patient, le praticien peut ainsi identifier dans quelle(s) mesure(s) elles le sont et s'il est possible de les ré-employer plus assidûment.

Méthode

1. Population

Six dyades orthophonistes/patients aphasiques ont été recrutées par l'intermédiaire de maîtres de stage, des réseaux sociaux et du syndicat régional des orthophonistes des Pays-de-la-Loire. L'accord de chaque partenaire a été obtenu et les données ont été anonymisées.

1.1. Critères de sélection des orthophonistes

Les orthophonistes devaient travailler en libéral et prendre en soins le patient qui constitue avec lui la dyade.

1.2. Critères de sélection des patients

Quant au patient, il doit présenter une aphasie non fluente : les différentes modalités de communication (orale et écrite) sont touchées, et la compréhension modérément atteinte. Aucun critère de sévérité n'a été retenu : en effet, le trouble communicationnel n'étant pas toujours proportionnel à la gravité de l'aphasie, il ne nous a pas semblé pertinent de retenir cette condition.

2. Matériel

2.1. La grille C-10 (Boisguerin, 2011)

Afin d'établir un profil de communication du patient, l'orthophoniste est invité à remplir la grille C-10 (Boisguerin, 2011) (cf. Annexe 1) : il s'agit d'un outil permettant d'évaluer la qualité de vie du point de vue communicationnel. Il est à remplir par l'aidant, mais détourné de sa fonction première il permet, rempli par l'orthophoniste, d'obtenir une vision plus précise des capacités communicationnelles du patient. En outre, l'orthophoniste établit ainsi un profil de communication de son patient, afin d'évaluer si ses capacités communicationnelles sont impactées par son aphasie.

2.2. Création des grilles d'évaluation de la communication

Le premier objectif fut de recenser l'ensemble des conseils disponibles à destination des proches de personnes aphasiques : les ressources utilisées sont multiples, notamment celles de la Fédération Nationale des Aphasiques de France (brochures « Qu'est-ce que l'aphasie ? », ainsi que « L'aphasie, vous connaissez ? »), toutes deux éditées dans le cadre du plan de formation des aidants des personnes aphasiques (2014-2016), mais également un livret d'informations du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, rédigé par D. Benichou (2010). Une brochure de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec « Vous connaissez une personne aphasique ? » (2007), ainsi que le DVD de l'association québécoise des personnes aphasiques, « Communiquer avec une personne aphasique : comportements à privilégier pour favoriser la communication » (2013) ont également été utilisés. Les éléments qui semblaient les plus pertinents dans le cas d'un orthophoniste analysant sa communication auprès d'un patient aphasique ont ensuite été sélectionnés.

La seconde étape de la création des grilles fut d'organiser ces conseils par « thèmes » : il a été fait le choix de proposer une première grille évaluant la communication de l'orthophoniste face à la compréhension du patient, une seconde grille évaluant la communication de l'orthophoniste face à la production du patient, et une troisième grille traitant de la régulation de l'échange. Au sein de chaque grille, plusieurs sous-catégories ont été créées afin d'organiser au mieux les items. Les conseils sélectionnés ont alors été transformés en une phrase déclarative simple et courte. Au sein de chaque phrase, des mots-clés en gras sont présents afin de visualiser de manière rapide l'élément important de chaque déclaration ; par exemple : « je **donne le temps** au patient pour s'exprimer ».

Pour chaque enregistrement vidéo, les consignes de réalisation des films et de remplissage des grilles sont présentées au sein du protocole. Pour chaque stratégie sélectionnée, l'orthophoniste peut remplir si oui ou non il utilise cette stratégie, si elle peut

être utile au patient, et ajouter éventuellement une remarque qualitative. Ceci dans le but pour l'orthophoniste de pouvoir distinguer a posteriori, lors de l'évaluation de sa communication, quelles stratégies pourraient être les plus utiles pour échanger avec son patient. A la fin de la première grille d'évaluation, un tableau vierge est proposé à l'orthophoniste, afin de sélectionner 3 à 5 stratégies qu'il juge utile pour son patient. Il a été fait le choix de proposer les mêmes grilles d'évaluation pour l'évaluation de la seconde situation de communication. A la fin du second remplissage de ces grilles, il est proposé à l'orthophoniste un second tableau à remplir, où il peut inscrire quels résultats ont été obtenus pour chaque stratégie. Ceci permet de faire le point sur l'application de ces dernières.

2.3. Description des grilles d'évaluation de la communication

2.3.1. Grille d'évaluation de la communication de l'orthophoniste : favorise-t-il la production du patient ?

La première grille permet à l'orthophoniste d'analyser en quoi sa communication peut aider le patient à produire un message : elle est divisée en trois sous-catégories (cf. Annexe 2) :

- Communication verbale (10 stratégies proposées) ;
- Communication para-verbale (1 stratégie proposée) ;
- Communication non verbale (7 stratégies proposées).

2.3.2. Grille d'évaluation de la communication de l'orthophoniste : favorise-t-il la compréhension du patient ?

La seconde grille permet à l'orthophoniste d'analyser en quoi sa communication peut aider le patient à comprendre un message : elle est organisée de manière similaire à la première grille, soit divisée en trois sous-catégories (cf. Annexe 3) :

- Communication verbale (10 stratégies proposées) ;
- Communication para-verbale (4 stratégies proposées) ;
- Communication non verbale (7 stratégies proposées).

2.3.3. Grille d'évaluation de la régulation des échanges

La troisième grille permet à l'orthophoniste d'évaluer la régulation des échanges qu'il entretient avec son patient aphasique : elle est divisée en plusieurs sous-catégories (cf. Annexe 4) :

- Environnement (4 stratégies proposées) ;
- Tours de parole (3 stratégies proposées) ;
- Feedback (7 stratégies proposées) ;
- Réparation des bris de conversation (15 stratégies proposées) ;
- Interaction (6 stratégies proposées).

2.4. Enregistrements vidéos

2.4.1. Matériel d'enregistrement

Un téléphone portable ou une caméra était également nécessaire afin de filmer les deux passations.

2.4.2. Thèmes abordés lors des entretiens semi-dirigés

Pour évaluer au mieux les stratégies de communication utilisées par l'orthophoniste, un thème de conversation a été choisi, portant soit sur la météo et/ou sur le week-end qui a précédé le rendez-vous, soit sur les projets du patient concernant le week-end suivant. Ces sujets ont été retenus car il s'agit de thématiques couramment abordées lors d'un début ou d'une fin de rééducation ; ces sujets ayant des fonctions phatique et sociale (De Partz, 2014), le patient et le thérapeute sont habitués à échanger sur ces thèmes. Des questions ont été proposées à l'orthophoniste afin d'aider au déroulement de la discussion.

2.4.3. Questions-types accompagnant les thèmes

Des questions ont été proposées en annexe du protocole de l'étude (cf. Annexe 6). Celles-ci furent créées afin d'aider au bon déroulement de l'échange, de guider la situation si le besoin s'en faisait sentir et afin d'enrichir la conversation :

- Question d'introduction : par exemple : « *Bonjour Monsieur/Madame untel, comment allez-vous aujourd'hui ?* »
- Questions sur le week-end du patient : par exemple : « *Nous allons discuter ensemble. Comment s'est passé votre week-end ?* ». L'orthophoniste peut alors développer sur les activités réalisées par le patient durant ces deux jours.
- Questions sur la météo : par exemple : « *Ce week-end il a fait froid/beau/mauvais temps. Cela a-t-il contrarié vos plans ?* ». L'orthophoniste peut discuter de la saison en général et ce qu'elle implique.

En cas de difficultés à interagir durant le temps minimal indiqué (cinq minutes), voici d'autres sujets de conversation qu'il fut possible d'aborder :

- Questions sur les dernières vacances du patient : par exemple : « *Quand êtes-vous parti en vacances pour la dernière fois ?* ». L'orthophoniste peut alors développer sur les prochains projets du patient quant à ses vacances.
- Questions sur une activité pratiquée par le patient : par exemple : « *Qu'avez-vous de prévu aujourd'hui/cette semaine ?* ». L'orthophoniste peut discuter des activités pratiquées antérieurement par le patient.
- Questions sur la télévision : par exemple : « *Suivez-vous une émission de télévision en particulier ? Laquelle ?* ». L'orthophoniste peut s'intéresser aux émissions regardées par le patient.

2.5. Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction a ensuite été proposé aux orthophonistes, sous forme d'un google forms. Il contenait 15 questions et avait pour but d'obtenir un retour des participants sur :

- L'analyse de leurs stratégies de communication ;
- La méthode utilisée pour cette analyse ;
- La pertinence de l'outil vidéo.

Pour chaque question, il a été proposé de répondre en sélectionnant une proposition parmi 5 items, présentés sous la forme d'une échelle de Likert (allant de « pas du tout d'accord » pour 1 à « tout à fait d'accord » pour 5).

3. Procédure

L'ensemble de la procédure a été présentée en annexe 5.

3.1. Préalables au déroulement du mémoire

L'orthophoniste intéressé pour participer au mémoire doit obtenir l'accord de son patient aphasique pour participer à l'étude. Une fois obtenu, tous deux signent une demande de consentement où il est précisé les différentes modalités de l'étude (non invasive, données anonymisées, non rétribution, durée de l'étude) (cf. Annexe 8). Ces demandes sont renvoyées par courrier. L'orthophoniste reçoit conjointement à la demande de consentement, un protocole de passation, accompagnés des trois grilles d'analyse de la communication. Ceux-ci sont accompagnés de feuillets contenant les consignes de réalisation des deux films : ces derniers permettent de noter quelles stratégies ont été sélectionnées suite au premier visionnage, et le résultat de leur application suite au second visionnage. L'orthophoniste remplit en premier lieu le C-10 (Boisguerin, 2011), également fourni dans le protocole. Cette évaluation a pour but d'évaluer comment il visualise son partenaire de communication aphasique et permet également de faire le point sur la communication de son patient.

3.2. Premiers enregistrement et visionnage

Un premier échange entre l'orthophoniste et son patient aphasique non fluent est filmé. Celui-ci a lieu au sein du bureau de l'orthophoniste ou, dans le cas d'une prise en charge à domicile, dans la pièce généralement utilisée par le binôme pour la séance. La durée du film doit être de cinq à dix minutes, ceci afin de permettre d'avoir un échantillon d'analyse suffisant. Dans la mesure du possible, il fallait essayer de filmer à la fois l'orthophoniste et le patient pour avoir un rendu plus réaliste de la situation (réaction du patient, de l'orthophoniste, mimiques, engagement, ...).

Suite au premier enregistrement, l'orthophoniste remplit, grâce au premier film réalisé, les grilles prévues à cet effet afin d'évaluer quelles stratégies de communication il utilise, et si elles sont efficaces ou non d'après lui (lesquelles conserver ? Modifier ?). Ceci permet d'établir à court terme de nouveaux objectifs d'adaptation quant à ses stratégies de communication ; l'objectif de l'orthophoniste est de sélectionner trois à cinq stratégies qui pourraient être potentiellement bénéfiques à sa communication avec son patient aphasique non fluent.

3.3. Délai de deux semaines

Lors de ce délai de deux semaines, l'orthophoniste peut ainsi se ré-ajuster et améliorer sa communication auprès du patient grâce aux nouvelles stratégies sélectionnées.

3.4. Seconds enregistrement et visionnage

Une nouvelle situation conversationnelle est filmée. La durée, les thèmes abordés sont les mêmes que pour le premier enregistrement vidéo.

L'orthophoniste remplit à nouveau les mêmes grilles d'évaluation de la communication suite au visionnage du second film. Ces dernières permettent alors d'évaluer si ses objectifs en terme de communication ont été atteints (l'auto-analyse a-t-elle été efficace ?).

L'orthophoniste peut ensuite renvoyer l'ensemble des documents remplis (demande de consentement, C-10, grilles de communication) par courrier.

3.5. Questionnaire de satisfaction

Il est proposé à l'orthophoniste de remplir un questionnaire de satisfaction concernant la pertinence d'un tel outil réflexif pour la pratique orthophonique : la vidéo a-t-elle permis au thérapeute de visualiser ses stratégies ? De s'améliorer ? Quelles améliorations peut-on apporter ? Ce questionnaire a été proposé sous format google forms, et envoyé par mail à chaque participant après réception des documents remplis.

Résultats

1. Synthèse des résultats de la grille C-10 (Boisguerin, 2011)

Synthèse des résultats obtenus au C-10 : l'orthophoniste a entouré « V » pour *vrai*, « F » pour *faux* et « NE » pour *non évaluable ou ne sais pas, en fonction de son état actuel*.

Tableau 2 : Synthèse des résultats obtenus à la grille C-10 (Boisguerin, 2011) remplie par les orthophonistes.

<i>Propositions du C-10 : il/elle...</i>	<i>Monsieur G.</i>	<i>Monsieur X.</i>	<i>Monsieur Y.</i>	<i>Madame Q.</i>	<i>Monsieur C.</i>	<i>Monsieur M.</i>
Prend moins souvent la parole.	V	V	V	V	V	V
A des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation.	F	F	F	F	NE	F
Lorsqu'il/elle parle, on l'écoute moins qu'avant et on lui coupe la parole.	NE	NE	NE	F	V	NE
Ne comprend pas tout.	V	V	V	V	V	V
A des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait.	V	V	V	V	V	V

Lorsqu'il/elle a des difficultés pour parler, il/elle n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer.	F	F	F	F	F	F
Lorsqu'on lui parle, il/elle a des difficultés pour rester attentif/ve.	F	F	F	F	NE	F
Lorsqu'il/elle n'a pas compris, il/elle évite de faire répéter son interlocuteur.	V	V	V	F	F	V
N'arrive pas à dire tout ce qu'il/elle voudrait dire ni comme il/elle le voudrait.	V	V	V	V	V	V
N'a plus envie de communiquer.	F	F	F	F	NE	F

2. Stratégies de communication sélectionnées et leur efficacité

2.1. Monsieur G.

Tableau 3 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Monsieur G. et leurs résultats.

<i>Stratégies</i>	<i>Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo</i>	<i>Résultats de la mise en place des stratégies de communication</i>
1e stratégie	Donner le temps au patient pour s'exprimer.	Permet au patient de prendre davantage d'initiatives pour évoquer des faits non connus de l'orthophoniste.
2e stratégie	Annoncer le changement de thème.	Permet d'éviter des ruptures dans la poursuite de l'échange. L'emploi du marqueur linguistique « sinon » fonctionne bien.
3e stratégie	Laisser au patient de l'initiative pour proposer un thème.	Encourage le patient à ne pas interrompre l'échange prématurément et lui donne confiance dans ses possibilités communicationnelles. Cependant, il est nécessaire de fournir un « cadre » afin d'éviter qu'il ne tourne en rond ou produise trop de paraphrasies.
4e stratégie (<i>optionnelle</i>)	Proposer de passer par l'écrit pour communiquer.	Non utilisée dans la séquence filmée.

2.2. Monsieur X.

Tableau 4 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Monsieur X. et leurs résultats.

<i>Stratégies</i>	<i>Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo</i>	<i>Résultats de la mise en place des stratégies de communication</i>
1e stratégie	Vérifier verbalement que le patient ait compris la phrase.	Peu utilisée par l'orthophoniste qui préfère reformuler ou voir à sa réponse si son patient a compris.
2e stratégie	Attendre la réponse du patient, ne pas l'interrompre.	Stratégie concluante quand elle est appliquée ; mais difficile à mettre en place pour le thérapeute.
3e stratégie	Annoncer le changement de thème.	Détournée : l'orthophoniste rajoute des gestes ou des pauses mais n'annonce pas verbalement le changement de thème.
4e stratégie (optionnelle)	Utiliser un support de communication.	Non utilisée dans la séquence filmée.
5e stratégie (optionnelle)	Laisser le patient proposer un thème.	Non utilisée dans la séquence filmée.

2.3. Monsieur Y.

Tableau 5 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Monsieur Y. et leurs résultats.

<i>Stratégies</i>	<i>Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo</i>	<i>Résultats de la mise en place des stratégies de communication</i>
1e stratégie	Encourager le patient dans une expression non verbale basée sur le mime et la gestuelle.	Le patient investit davantage le mime et les gestes.
2e stratégie	Ralentir son débit pour permettre une meilleure compréhension du patient, et varier/exagérer les intonations.	Aide à la compréhension.
3e stratégie	Utiliser soi-même des stratégies de communication non verbales de manière plus systématique pour accompagner le patient dans cette voie.	Tentatives par l'orthophoniste d'utiliser ces stratégies non verbales. Encourage le patient à faire de même.

2.4. Madame Q.

Tableau 6 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Madame Q. et leurs résultats.

<i>Stratégies</i>	<i>Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo</i>	<i>Résultats de la mise en place des stratégies de communication</i>
1e stratégie	Une idée à la fois.	Aide à la compréhension pour la patiente.
2e stratégie	Insister sur les gestes.	Non utilisée dans la séquence filmée.

3e stratégie	Passer par l'écrit pour la compréhension du message.	Permet une meilleure compréhension.
4e stratégie (optionnelle)	Laisser du temps.	Efficace pour la patiente.

2.5. Monsieur C.

Tableau 7 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Monsieur C. et leurs résultats.

Stratégies	Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo	Résultats de la mise en place des stratégies de communication
1e stratégie	Proposer de passer par l'écrit pour la compréhension.	Non utilisée dans la séquence filmée.
2e stratégie	Associer les gestes.	Les gestes aident à la compréhension du message.
3e stratégie	Proposer le mot ou une ébauche du mot.	Proposer une ébauche du mot aide au patient à contourner son anomie.
4e stratégie (optionnelle)	Aide par les définitions, l'usage.	L'aide par la définition ou l'usage est la stratégie la plus efficace pour Monsieur G. pour comprendre le message.

2.6. Monsieur M.

Tableau 8 : Stratégies sélectionnées par l'orthophoniste de Monsieur M. et leurs résultats.

Stratégies	Stratégies sélectionnées suite au premier visionnage vidéo	Résultats de la mise en place des stratégies de communication
1e stratégie	Encourager la communication non verbale.	Le patient ose utiliser davantage et plus spontanément des moyens de communication non verbale.
2e stratégie	Laisser l'initiative.	Difficile à appliquer pour le patient. Cependant, permet d'améliorer son estime de soi.
3e stratégie	Encourager l'écrit.	Déjà investi par le patient mais devient plus spontané.

3. Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire comportait 15 questions réparties en plusieurs thèmes. La réponse de l'orthophoniste pouvait varier de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). 5 participants ont accepté de répondre. Les résultats ont été traduits en intitulés :

- 1 : pas du tout d'accord ;
- 2 : plutôt pas d'accord ;
- 3 : ni d'accord ni pas d'accord ;
- 4 : plutôt d'accord ;
- 5 : tout à fait d'accord.

3.1. L'auto-analyse des stratégies de communication des orthophonistes

Tableau 9 : Synthèse des réponses du questionnaire quant à l'analyse des stratégies de communication.

<i>Cette étude a permis un/une...</i>	Nombres de réponses par type de réponses				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Prise de conscience de ses stratégies de communication.	0	0	1	3	1
Identification de manière précise de ses stratégies efficaces.	0	1	2	1	1
Identification de manière précise de ses stratégies inopérantes.	0	1	1	2	1
Réajustement quant à sa communication.	0	1	0	3	1
Prise de conscience de sa communication verbale.	0	1	0	3	1
Prise de conscience de sa communication para-verbale.	0	1	0	3	1
Prise de conscience de sa communication non verbale.	1	0	1	2	1
Mise en place d'une communication plus efficace.	0	0	3	1	1

Remarques qualitatives :

- Gêne par rapport à la liste importante et parfois contradictoire des stratégies ;
- Questionnaire parfois redondant ;
- Le temps d'observation a semblé cependant trop court pour être représentatif ;
- Le temps d'application des stratégies avant comparaison est insuffisant ;
- Démarche d'auto-évaluation intéressante mais le regard d'un tiers apporterait certainement encore davantage à l'analyse ;
- Difficile de s'auto-analyser.

3.2. Pertinence de l'outil vidéo

Tableau 10 : Synthèse des réponses du questionnaire quant à la pertinence de l'outil vidéo.

<i>L'outil vidéo m'a semblé adapté pour :</i>	Nombres de réponses par type de réponses				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Etudier les stratégies de communication.	0	1	0	2	2

Se former à l'analyse de ses stratégies.	0	1	0	2	2
Préciser son projet thérapeutique.	0	1	0	3	1

Remarques qualitatives :

- Très bien acceptée et vite oubliée car la technologie aidant, la capture d'images est discrète ;
- La vidéo est un outil très intéressant ;
- L'outil vidéo peut permettre des prises de conscience pratiquement impossible à faire autrement. Cette technique mérite d'être étendue et systématisée avec les proches d'une personne aphasique.

3.3. Analyse de la méthode utilisée

Tableau 11 : Synthèse des réponses du questionnaire quant à la méthode utilisée.

<i>Pertinence de/du/des :</i>	Nombres de réponses par type de réponses				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Type d'entretien.	0	0	1	2	2
Thèmes.	0	0	0	4	1
Durée des vidéos.	0	1	1	2	1
L'organisation du protocole.	0	3	1	0	1

Remarques qualitatives :

- Le thème importe peu du moment qu'il motive le patient et qu'il corresponde à son vécu ou ses centres d'intérêt ;
- La durée des vidéos était trop longue ;
- Un délai plus long serait peut-être bénéfique pour mettre en place les stratégies ;
- Le délai entre les 2 vidéos est trop court, un mois voire un mois et demi aurait été plus approprié.

Discussion

1. Population recrutée

Six dyades orthophonistes-patients ont accepté de participer à l'étude. Il fut difficile de recruter des participants ; plusieurs hypothèses quant à ce nombre peuvent être émises :

- *Peu d'orthophonistes en libéral ont la possibilité de prendre en charge un patient aphasique non fluent* : ceux-ci sont généralement pris en soins dans un premier temps au sein de structures (hôpital de jour, S.S.R, ...), on peut alors supposer que le profil de la dyade recherchée n'est pas courant ;

- *Le protocole qui peut sembler fastidieux et chronophage* (utilisation de l'outil vidéo sur le temps de la séance, remplissage des grilles sur son temps personnel,...) ;
- *L'exercice en lui-même qui peut être difficile* (l'auto-analyse est chronophage et il peut être difficile d'observer ses difficultés et/ou ses erreurs).

2. Matériel utilisé

2.1. Grille C-10 (Boisguerin, 2011)

La grille C-10 (Boisguerin, 2011) était à la base destinée aux aidants de personnes aphasiques : certaines questions pouvaient donc parfois être inadaptées pour des orthophonistes qui s'interrogent sur la communication de leur patient aphasique, telles que « lorsqu'il/elle parle, on l'écoute moins qu'avant et on lui coupe la parole ». Cette grille a permis aux orthophonistes participants de réfléchir à leur vision de la communication de leur patient aphasique. Un portrait communicationnel de leur patient a pu être dressé, même si certaines questions n'étaient pas adaptées au contexte. Une adaptation de cette grille afin qu'elle corresponde davantage à la situation thérapeute/patient pourrait être profitable pour dresser un rapide portrait de la communication avec leur patient.

2.2. Création et contenu des grilles

Les grilles de communication sont majoritairement constituées de conseils à destination de proches de personnes aphasiques, ceci pour plusieurs raisons : tout d'abord parce qu'il s'agit de conseils simples que tous peuvent appliquer auprès d'une personne aphasique pour améliorer sa communication avec cette dernière. Ainsi, ils peuvent être directement applicables par les orthophonistes qui ont participé à ce mémoire. Ensuite, car il était souhaitable d'utiliser des ressources concrètes qui pouvaient être comprises de la même manière par l'ensemble des participants. Il fut fait le choix d'être exhaustif quant au nombre d'items sélectionnés, afin d'offrir la plus grande possibilité d'analyse possible. Cependant, ce fut l'un des points qui fut critiqué lors du questionnaire de satisfaction : en effet, il fut précisé que le questionnaire était « redondant », et contenait une « liste trop importante » (de stratégies de communication). En effet, certains items se retrouvaient à la fois dans les grilles évaluant la compréhension ou l'expression du patient, et la régulation de l'échange (par exemple, les gestes). Une meilleure sélection des items à analyser aurait donc pu être plus profitable pour une analyse plus pertinente des stratégies de l'orthophoniste.

La seconde étape de création fut d'organiser ces conseils par « thèmes » : au sein de la première version, les items étaient classés dans plusieurs thématiques : communications verbale, para-verbale et non verbale. Cependant, cette organisation s'est rapidement trouvée non pertinente, car de nombreux items pouvaient être placés au sein de plusieurs sections (par exemple : utilisation de gestes). Les grilles auraient donc été redondantes et la répartition des items auraient pu être difficile à justifier. Il a alors été fait le choix de proposer une grille évaluant la communication de l'orthophoniste face à la compréhension du patient, une seconde évaluant la communication de l'orthophoniste face à l'expression du patient, et une troisième traitant de la régulation de l'échange. Cette organisation a permis une meilleure organisation des items, malgré la présence encore de redondances. A l'intérieur de chaque grille, plusieurs sous-catégories ont été créées afin d'organiser au mieux les propositions de

stratégies. La version initiale des grilles permettait aux participants d'indiquer si oui ou non ils utilisaient les stratégies de communication citées et si oui ou non elles étaient utiles au patient. Mais après réflexion, il a été proposé dans la version définitive où le participant devait indiquer si oui ou non il utilisait la stratégie et s'il considérait qu'elle pouvait être utile au patient : ceci afin de guider le choix du praticien lors de la sélection de stratégies de communication pertinentes. Il pouvait également être noté des remarques qualitatives sur les stratégies.

Les grilles ont donc subi différentes modifications avant d'arriver à cette version définitive : elles sont bien sûr perfectibles, notamment concernant le nombre de stratégies à analyser. De plus, les consignes de remplissage n'étaient pas clairement indiquées au sein du protocole (devait-on répondre par oui/non, des plus et des moins, ...).

3. Protocole

3.1. Enregistrements vidéos

L'une des hypothèses de ce mémoire était que l'outil vidéo représentait un intérêt clinique pour la pratique orthophonique, car il offrait des possibilités d'auto-analyse de par son format (alliant audio et visuel) qui pourrait permettre à l'orthophoniste de s'ajuster quant à sa communication auprès de son patient aphasique. Cette hypothèse est vérifiée grâce aux réponses obtenues au questionnaire de satisfaction : en effet, quatre orthophonistes sur cinq considèrent que l'outil vidéo leur a semblé adapté pour étudier leurs stratégies de communication auprès de leur patient aphasique (un orthophoniste considère que ce ne fut pas le cas). Un orthophoniste précise en effet que la vidéo fut « très bien acceptée et vite oubliée », et que la capture d'images fut « discrète ». Il s'agit en effet d'un outil que l'on oublie facilement lorsque la conversation débute, mais qui peut permettre un retour en arrière sur des situations de communication. De plus, des réponses similaires ont été obtenues à la proposition « l'outil vidéo m'a semblé pertinent pour me permettre de me former à l'analyse des stratégies de communication ». Enfin, seul un orthophoniste estime que ce protocole ne l'a pas aidé à préciser son projet thérapeutique, contre quatre orthophonistes.

L'enregistrement vidéo représente donc un intérêt pour l'analyse de la communication de l'orthophoniste auprès d'un patient aphasique : discret mais permettant un retour en arrière complet (à la fois visuel et auditif) sur les situations de conversation, il peut permettre d'évaluer les échecs mais également les réussites des situations de communication vécues. Un des participants précise également : « l'outil vidéo peut permettre des prises de conscience pratiquement impossible à faire autrement. Cette technique mérite d'être étendue et systématisée avec les proches d'une personne aphasique ». Cet avis rejoint celui de De Partz (2001), qui considère que ce type d'analyse permet une visualisation directe des difficultés rencontrées lors des échanges et une mise en évidence des stratégies utilisées par le patient et son partenaire.

3.2. Méthode appliquée lors des entretiens et déroulement de l'étude

Pour rappel, l'orthophoniste devait se filmer pendant cinq à dix minutes sur des sujets proposés au sein du protocole ; il devait a posteriori s'analyser à l'aide de grilles, sélectionner

au minimum trois stratégies de communication qui, selon lui, auraient pu être efficaces auprès de son patient aphasique, et tenter de les mettre en place pendant deux semaines. Suite à ce laps de temps, un second film fut réalisé afin de vérifier l'application de ces stratégies.

Il semble que le type d'entretien fut approprié à une telle analyse : en effet, quatre orthophonistes sur cinq considèrent qu'il fut pertinent, et un orthophoniste ne se prononce pas sur ce sujet. Tous ont trouvé que les thèmes étaient adaptés pour étudier les stratégies de communication, et trois orthophonistes ont estimé que la durée des films était appropriée (un orthophoniste ne peut se prononcer sur ce point, et un orthophoniste considère que cela n'était pas approprié). Un professionnel rapporte en effet que, d'après lui, « cinq minutes d'échanges est un maximum pour analyser en détail chaque tour de parole ». Malgré tout, nous avons préféré proposer un temps d'analyse plus long, afin d'avoir une scène de communication plus conséquente à étudier. La majorité des thérapeutes ayant participé au protocole (trois orthophonistes) considèrent que l'organisation de ce dernier (première vidéo – délai de deux semaines – seconde vidéo) ne fut pas adaptée pour la mise en place de nouvelles stratégies de communication ; un orthophoniste ne se prononce pas sur ce sujet et un orthophoniste considère que cela était approprié. Un délai plus long pour appliquer les stratégies aurait en effet été bénéfique pour appliquer de nouvelles stratégies. Effectivement, modifier sa manière de communiquer et encrener naturellement de nouvelles stratégies nécessite un laps de temps plus long que celui proposé. Ce fut l'une des critiques des participants : « un délai un peu plus long serait peut-être bénéfique pour mettre en place ces nouvelles stratégies, j'ai un peu manqué de temps » par exemple.

Cette étude permet donc de valider partiellement l'hypothèse qu'une auto-analyse permet de se réajuster quant à sa communication afin de pouvoir appliquer de nouvelles stratégies pour faciliter la communication. Cependant, il convient de nuancer cette hypothèse car le protocole doit être davantage étudié et adapté afin que le professionnel puisse être le plus efficace possible dans son auto-évaluation et dans l'application de nouvelles stratégies de communication. Notamment, un délai plus long pour appliquer les nouvelles stratégies aurait été profitable à la communication de l'orthophoniste, car il est compliqué de modifier ses habitudes de communication en deux semaines, encrées depuis le début de la prise en soins. De plus, l'orthophoniste ne rencontre le patient qu'une à trois fois par semaine, à raison de trois quarts d'heure par séance ; ceci ne représente finalement que peu de temps pour réellement mettre en place de nouvelles habitudes (entre une heure trente et quatre heures trente selon les modalités de la prise en charge).

3.3. Analyse des profils obtenus à la grille C-10 (Boisguerin, 2011)

Il est intéressant de remarquer que les profils obtenus au C-10 sont similaires d'un orthophoniste à l'autre :

- Tous ont répondu « vrai » aux propositions : « *il/elle prend moins souvent la parole* », « *il/elle ne comprend pas tout* », « *il/elle a des difficultés pour communiquer sur un sujet abstrait* » et « *il/elle n'arrive pas à dire tout ce qu'il/elle voudrait dire ni comme il/elle le voudrait* » ;
- Tous ont répondu « faux » à la proposition : « *lorsqu'il/elle a des difficultés pour parler, il/elle n'utilise pas d'autres moyens pour communiquer (gestes, écriture, dessins, regards, mimiques, ...)* » ;

- Cinq orthophonistes ont répondu « faux » aux propositions suivantes : « *il/elle a des difficultés pour rester dans le sujet de la conversation* », « *Lorsqu'on lui parle, il/elle a des difficultés pour rester attentif* » et « *Il/elle n'a plus envie de communiquer* ». Pour chacun de ces items, la sixième réponse était « ne sait pas ».

Les items où l'on retrouve des profils plus variés quant aux patients sont les suivants :

- « *Lorsqu'il/elle parle, on l'écoute moins qu'avant et on lui coupe la parole* » : quatre orthophonistes ont répondu qu'ils ne savaient pas, un a répondu « faux », un a répondu « vrai ». En effet, en tant qu'orthophoniste en relation duelle avec son patient, il est difficile de vérifier cet item : il s'agit d'une situation que l'on observe davantage dans la vie quotidienne, en situation écologique, dont l'orthophoniste ne fait pas partie.
- « *Lorsqu'il/elle n'a pas compris, il/elle évite de faire répéter son interlocuteur* » : quatre orthophonistes ont sélectionné « vrai » et deux orthophonistes « faux ». Il s'agit sans doute de différences inter-individuelles propres à chacun, qui ne peuvent être rattachées à une pathologie mais davantage à une personnalité.

Les résultats indiquent donc un profil de patient similaire : une prise de parole moins importante, des difficultés pour exprimer comme ils le souhaiteraient leur message, une volonté de communiquer cependant encore présente, avec l'utilisation d'autres moyens de communication que le langage et des capacités attentionnelles qui semblent correctes pour maintenir un échange. Les profils se rejoignent également sur les difficultés de compréhension que peuvent présenter les patients, spécialement sur un sujet abstrait. Ces résultats semblent cohérents avec le profil de patient recruté (aphasie non fluente, sans critère de sévérité). Cependant, les stratégies utilisées par les orthophonistes pour communiquer avec leur patient ne seront pas forcément les mêmes.

3.4. Analyse des stratégies de communication

3.4.1. Stratégies sélectionnées et leur application

Il est difficile de tirer des conclusions de l'application des diverses stratégies sélectionnées par les orthophonistes afin d'améliorer leur communication auprès de leur patient aphasique non fluent. D'une part à cause des habitudes communicationnelles qui sont différentes d'une personne à l'autre, et qui feront qu'une stratégie sera plus facile à appliquer qu'une autre, à l'inverse d'un autre professionnel. D'autre part à cause de la variabilité du patient : malgré des profils communicatifs similaires (d'après les résultats obtenus au C-10), l'application d'une même stratégie peut varier d'un patient à l'autre. En effet, il peut ne pas être réceptif à une stratégie en particulier. Comme le rappelle De Partz (2014), l'analyse des stratégies de communication est contestée pour sa fiabilité, notamment de par la diversité des thèmes, partenaires et contextes communicationnels : l'ensemble de ces facteurs fait qu'il peut être compliqué d'extraire des généralités d'une telle étude.

Cependant, on peut remarquer que certaines stratégies sont davantage sélectionnées que d'autres : laisser le temps au patient de s'exprimer, passer par l'écrit pour aider à la compréhension du patient, associer des gestes ou utiliser des stratégies de communication non verbales ont chacune été sélectionnées par trois orthophonistes. On peut supposer que ces stratégies furent les plus sélectionnées car il s'agit de celles étant les plus communément adoptées par un patient aphasique. Mais bien que connues, il n'est cependant pas facile de les appliquer réellement à l'ensemble d'une conversation ou de les maintenir dans la durée.

On peut remarquer une inégalité entre la sélection de stratégies favorisant l'expression et de stratégies favorisant la compréhension du patient :

- *Cinq stratégies sélectionnées favorisant l'expression du patient* : laisser du temps au patient, l'encourager à utiliser des stratégies de communication non verbales, à passer par l'écrit, lui laisser de l'initiative, proposer le mot ou l'ébauche du mot ;
- *Sept stratégies favorisant la compréhension du patient* : passer par l'écrit, associer des gestes ou des stratégies de communication non verbales, s'assurer de sa compréhension, prévenir des changements de thèmes, une idée à la fois, ralentir son débit, aider par la définition ou l'usage.

Néanmoins, on peut remarquer d'après les résultats obtenus que les stratégies facilitant l'expression sont plus facilement mises en place que celles facilitant la compréhension du patient ; en effet, l'application des premières obtient des résultats favorables en ce qui concerne l'expression du patient (laisser du temps au patient par exemple a permis « qu'il prenne davantage d'initiatives »,...). L'application de stratégies de communication favorisant la compréhension du patient est en effet plus contrastée : alors que certaines sont appliquées facilement (ralentir son débit par exemple), d'autres sont plus difficiles à mettre en place, comme passer par l'écrit ou s'assurer de la compréhension du patient. On peut émettre plusieurs hypothèses quant à ces difficultés d'application : tout d'abord certaines nécessitent du matériel spécifique (par exemple papier et crayon pour le passage à l'écrit) qui doit être à portée de main, et leur utilisation répétée peut se révéler fastidieuse. D'autres stratégies semblent moins naturelles (encourager verbalement le patient à utiliser des stratégies de communication non verbales peut sembler redondant et stopper le « rythme » de la conversation, tout comme prévenir des changements de thèmes). Utiliser des gestes peut s'avérer compliqué face à des situations abstraites ou difficilement représentables. Enfin, certaines se sont avérées difficiles à appliquer du fait de l'orthophoniste elle-même et de ses habitudes communicationnelles (par exemple, laisser du temps au patient pour s'exprimer peut être « parfois difficile » à appliquer d'après un participant. En effet, nous sommes habitués à « remplir » le vide conversationnel lorsque le patient cherche ses mots, et il peut être difficile de changer nos habitudes conversationnelles).

Ces résultats valident partiellement les hypothèses que l'évaluation de sa communication avec l'outil vidéo permettra à l'orthophoniste d'identifier quelles stratégies sont efficaces et lesquelles sont inopérantes pour communiquer avec son patient. De plus, cette étude a permis à l'orthophoniste de déterminer comment les améliorer et comment se réajuster afin d'optimiser l'échange. Malgré une première analyse suite au premier film, certaines stratégies sélectionnées par les professionnels ne furent pas pertinentes auprès des patients (par exemple s'assurer de la compréhension du patient). On peut supposer que l'évaluation de la communication est complexe et qu'il est parfois difficile d'estimer à l'avance si telle stratégie fonctionnera avec son patient. En effet, De Partz et Carlomagno (2000) soulignent qu'il peut être difficile de quantifier la réussite des stratégies de communication, tant les variables sont nombreuses (lieu, humeur, partenaire, thème, ...). A l'inverse, bien qu'efficaces, certains orthophonistes ont eu des difficultés à appliquer leurs stratégies (par exemple laisser du temps au patient pour s'exprimer). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il est difficile de modifier nos habitudes communicatives en un temps aussi court. Une analyse plus précise grâce à des grilles plus ciblées et un protocole réajusté pourrait permettre une meilleure analyse des stratégies de communication de l'orthophoniste.

3.4.2. Analyse de ses stratégies de communication

Pour la majorité des sondés (quatre orthophonistes sur cinq ; rappelons que le sixième participant n'a pas participé au sondage), cette étude a permis une prise de conscience de leurs propres stratégies de communication (seul un orthophoniste n'arrive pas à se prononcer sur ce point). Cependant, leur identification de manière précise ne fut pas aussi évidente : seulement deux orthophonistes sur cinq estiment que cette étude a permis une identification précise de leurs stratégies de communication efficaces, deux ne peuvent se prononcer sur ce point et un orthophoniste estime que ce ne fut plutôt pas le cas. L'identification de stratégies inopérantes fut par contre plus efficace : trois orthophonistes considèrent que ce protocole a été efficace sur ce point, un orthophoniste ne se prononce pas et un orthophoniste n'est plutôt pas d'accord.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les grilles de communication étaient trop exhaustives, et qu'un choix plus restreint de stratégies aurait pu permettre de mieux les cibler. En effet, comme il a été précisé précédemment, l'un des participants rapporte que le questionnaire était redondant, et l'un des participants fut gêné par « une liste importante et parfois contradictoire des stratégies de communication ». Les grilles d'analyse ne devaient pas être suffisamment claires puisque ce participant les a trouvées discordantes : ceci peut donc amener à des difficultés d'analyse de sa communication si certains éléments sont représentés à différents endroits. De plus, on peut également citer la difficulté de l'exercice en lui-même que représente la situation d'auto-analyse : il est parfois compliqué d'établir si ce que l'on dit ou fait a un impact sur notre communication avec une autre personne, et parfois encore plus difficile de déterminer si cet impact est positif ou néfaste pour notre communication.

Quatre orthophonistes précisent que ce protocole a permis un réajustement de leur communication avec leur patient ; cependant, trois participants estiment qu'ils ne peuvent déterminer si cette analyse a permis une mise en place d'une communication plus efficace (à l'inverse de deux participants considérant que c'est le cas). Peut-être qu'un délai plus long d'application des stratégies aurait pu permettre de mieux évaluer l'efficacité de leur mise en place. De manière plus précise, quatre orthophonistes précisent que le protocole a permis une prise de conscience de leur communication verbale et para-verbale (seul un orthophoniste estime que cette étude ne lui a pas permis cette auto-analyse). Cependant, les résultats pour une prise de conscience de leur communication non verbale sont plus contrastés : trois orthophonistes estiment que ce protocole leur a permis une prise de conscience de leur communication non verbale, un orthophoniste ne peut se prononcer et un orthophoniste n'est pas d'accord. La communication non verbale est donc plus difficilement évaluable, peut-être car moins « quantifiable » et moins visible de par l'absence de retours la concernant.

L'évaluation grâce à l'outil vidéo par l'orthophoniste de ses stratégies de communication et de leur impact sur sa communication avec son patient est donc possible : une prise de conscience de ses stratégies de communication a posteriori grâce aux films est réalisable, même s'il est difficile d'évaluer avec certitude quelles stratégies sont efficaces et lesquelles sont inopérantes. Une analyse plus approfondie de la communication (quantification des tours de parole par exemple), ainsi que le regard d'un tiers pourrait apporter à cette analyse. Une autre possibilité, proposée par Perkins (1991, cité par De Partz, 2001) serait d'utiliser ce type d'analyse comme « contrôle » des effets de la rééducation de la communication. Il aurait pu également être intéressant de connaître le ressenti du patient face à cet exercice : considère-t-il que la communication avec son thérapeute s'est améliorée ?

Conclusion

L'aphasie provoque des troubles langagiers, mais également communicationnels. Les difficultés du patient amènent alors à une réorganisation des situations entre ce dernier et son entourage : on parle dans ce cas de handicap partagé. Une rééducation orthophonique peut être envisagée afin de rééduquer ou pallier les difficultés communicationnelles : classeur de communication, rééducation individuelle ou de groupe, analyse conversationnelle sont autant d'outils à disposition du thérapeute. Cependant, la prise en soins doit également prendre en compte l'entourage pour une rééducation la plus écologique possible. Afin de prodiguer les conseils les plus efficaces possibles aux proches, l'orthophoniste doit être capable d'auto-analyse de sa propre communication auprès de son patient aphasique et des stratégies qu'il utilise afin de contourner le handicap communicationnel.

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les stratégies de communication utilisées par l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. Sont-elles identifiables ? Si oui, quelles sont-elles ? Sont-elles efficaces ? Inopérantes ? Est-il possible de les améliorer ? Les hypothèses avancées sont que le professionnel est capable de s'auto-analyser efficacement à l'aide de l'outil vidéo, afin de déterminer quelles stratégies sont ou peuvent être efficaces auprès de son patient, et de réajuster sa communication afin d'offrir à son patient les meilleurs outils possibles pour faciliter leurs échanges.

Pour cela, des grilles d'analyse de la communication à destination des orthophonistes ont été créées. Elles ont permis à l'orthophoniste d'analyser a posteriori ses stratégies de communication. A cet effet, une scène d'échanges de cinq à dix minutes entre le patient et le thérapeute a été filmée. Suite à cette évaluation, le professionnel sélectionnait trois à cinq stratégies qu'il estimait pouvant être efficaces auprès de son patient. Il disposait alors d'un laps de temps de deux semaines pour appliquer ces stratégies. A la suite de ce dernier, une seconde évaluation semblable à la première permettait d'évaluer si oui ou non les stratégies sélectionnées se révélaient efficaces.

Les résultats obtenus ont démontré que l'outil vidéo représentait incontestablement un intérêt pour la pratique orthophonique : de par son format, il permet une analyse complète et discrète des échanges. L'évaluation par l'orthophoniste de ses propres stratégies de communication fut plus complexe : il fut en effet difficile d'évaluer avec précision quelles stratégies pouvaient être efficaces. Les grilles, trop conséquentes, peuvent être une réponse à ses difficultés d'études, tout comme l'exercice d'auto-analyse en lui-même ou le laps de temps trop court pour se réajuster. Enfin, cette étude a permis de valider partiellement l'hypothèse qu'une évaluation de ses propres stratégies de communication permettait à l'orthophoniste de réajuster son projet thérapeutique afin d'optimiser ses échanges avec son patient aphasique : les orthophonistes ont majoritairement su se réajuster malgré des difficultés d'identification de stratégies de communication efficaces, mais ne peuvent se prononcer dans la majorité des cas sur l'efficacité de leur réajustement.

A plus long terme, cette première étude peut servir de base pour proposer des conseils adaptés à l'entourage des personnes aphasiques, en fonction de l'évaluation que l'orthophoniste aura réalisée de sa propre communication et des stratégies étudiées qui seraient efficaces auprès de son patient.

Bibliographie

- Association Québécoise des Personnes Aphasiques. (2013). *Communiquer avec une personne aphasique : comportements à privilégier pour favoriser la communication*. Montréal, Québec.
- Benaim, C., Lorain, C., Péliissier, J., & Desnuelle, C. (2007). Dépression, qualité de vie et aphasie. Dans J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (dir.), *Aphasies et aphasiques* (p. 44-53). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Beeson, P., Holland A. (2006). Aphasia groups in a University. Dans R. Elman (dir.), *Group Treatment for Neurogenic Communication Disorders* (2e éd.). San Diego, Californie : Plural Pub.
- Blackstone, S. W., Hunt-Berg, M., & Berkeley Study Group. (2003). *Social networks : a communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners* (traduit par V. Viasblom et K. Malas). Monterey, Californie : Augmentative Communication.
- Boisguerin A. (2011). *Adaptation du protocole SIP-65 auprès de 50 couples aphasique-aidant naturel. Etude et mise en perspective*. (mémoire). Université Paul Sabatier-Toulouse III
- Bonnans, C., & Delieutraz, C. (2014). La parole reprise comme réparation conversationnelle dans le cadre de l'aphasie. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistiques)*, 60, 85-96.
- Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. (2010). *Aphasie et orthophonie*. Repéré à <https://www.chu-nantes.fr/j-ai-ete-victime-d-un-accident-vasculaire-cerebral-avec-j-ai-besoin-de-conseils-pour-mon-retour-a-domicile--21756.kjsp>
- Clerebaut, N., Coyette, F., Feyereysen, P. & Seron, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. *Rééducation Orthophonique*, 22, 329-345.
- Coface Handicap. (2007). *Charte européenne de l'aidant familial* [brochure]. Bruxelles, Belgique. Repéré à http://www.apajh44.org/fichier/p_file/23/file_file_charte.europe.enne.de.l.aidant.familial.pdf
- Cruz, F. (2006). L'analyse de la compétence In les conversations entre aphasiques et non-aphasiques : une approche interactionnelle. *Bulletin VALS-ASLA (Association suisse de linguistique appliquée)*, 84, 67-82.
- Darrigrand, B., Mazaux, J.-M., Dutheil, S., Koleck, M., & Pradat-Diehl, P. (2000). Evaluer la communication de la personne aphasique dans la vie quotidienne : proposition d'une échelle de communication verbale. Dans : J.-M. Mazaux, V. Brun, J. Péliissier, (dir.), *Aphasie* (p. 88-94). Paris, France : Masson.
- Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., & Mazaux, J.-M. (2007). Etiologies de l'aphasie. Dans J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (dir.), *Aphasies et aphasiques* (p. 44-53). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- De Partz, M.-P., (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle, *Glossa*, (75), 4-12.

- De Partz, M.-P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. Dans J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (dir.), *Aphasies et aphasiques* (p. 44-53). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- De Partz, M.-P. (2016). Rééducation fonctionnelle du langage et de la communication chez les patients aphasiques. Dans Seron, X., Van Der Linden, M. (dir.), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte : Tome 2 - revalidation*, (p. 241-266). Paris, France : De Boeck Supérieur.
- De Partz, M.-P., & Carlomagno, S. (2000). Revalidation fonctionnelle du langage et de la communication. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir.), *Traité de neuropsychologie clinique* (vol. 2, p.191-225). Marseille, France : Solal.
- Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2007). *Vous connaissez une personne aphasique ?*. Repéré à <http://www.aphasie.ca/image/Vousconnaissezunepersonneaphasique.pdf>
- Fédération Nationale des Aphasiques de France. (2014-2016). *Qu'est-ce que l'aphasie ?*. Repéré à http://aphasie.fr/wp-content/uploads/2015/11/brochure_14-01-2015-ret-web.pdf
- Fédération Nationale des Aphasiques de France. (2014-2016). *L'aphasie, vous connaissez ?*. Repéré à http://www.fno.fr/wp-content/uploads/2015/12/brochure-_laphasie-vous-connaissiez_-20150527.pdf
- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 453, 31-54.
- Gil, R. (2014). *Neuropsychologie* (6e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Goodwin, C. (2003). *Conversation and Brain Damage*. Oxford University Press, 328.
- Hilari, K., & Byng, S. (2001). Measuring Quality of Life in Aphasia: the Stroke-Specific Quality of Life Scale. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(Suppl.), 86-91.
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15-28.
- Kagan, A. (1998). Philosophical, practical and evaluative issues associated with Supported Conversation for Adults With Aphasia. *Aphasiology*, 12 (9), 851-864.
- Kagan, A., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using "supported conversation for adults with aphasia" (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624-638.
- Laska, A. C., Hellbom, A., Murray, V., Kahan, T., & Von Arbin, M. (2001). Aphasia in Acute Stroke and Relation to Outcome. *Journal of Internal Medicine*, 24, 413-422.
- Le Dorze, G. L., & 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. <https://doi.org/10.1080/02687039508248198>
- Mazaux, J.-M., Daviet, J., Darrigrand, B., Stuit, A., Muller, F., Dutheil, S., Joseph, P.A. & Barat, M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. Dans P. Pradat-

- Diehl et A. Peskine (dir.), *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 73-82). Paris, France : Springer.
- Mazaux, J.-M. (2008). Aphasie Evolution des concepts, évaluation et rééducation. *DES Collège enseignants médecine physique et de réadaptation*, Université Victor Segalen Bordeaux, France.
- Mazaux, J.-M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (dir). (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps Medical.
- Morin, L., Joannette, Y., & Nespoulous, J.-L. (1986). Grille d'analyse des aspects pragmatiques de la communication inter-individuelle, *Rééducation orthophonique*, 24, (146), 137-149.
- North., P. (2007). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. Dans J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (dir.), *Aphasies et aphasiques* (p. 44-53). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Interactions entre les composantes de la CIF*. Repéré à http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2015/01/2015_Presentation_-CIF_dépliant.pdf
- Pedersen, P., Jorgensen, H., Nakayama, H., Raaschou, H., & Olsen, T. Aphasia in acute stroke : incidence, determinants and recovery. *Ann Neurol*, 38, 659-666.
- Peskine, A., & Pradat-Diehl, P. (2007). Etiologies de l'aphasie. Dans J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (dir.), *Aphasies et aphasiques* (p. 44-53). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation, *Language*, 50(4), 696-735.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13, 807-820. doi: 10.1080/026870399401894
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Amstrong, E., Holland, A. & Cherney, L.R. (2010). Communication partner training in Aphasia : *A systematic review*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814-1837.

Liste des annexes

Annexe 1 : C-10 Aidant familial (Boisguerin, 2011).

Annexe 2 : Communication de l'orthophoniste : comment favorise-t-il la production du patient ?

Annexe 3 : Communication de l'orthophoniste : comment favorise-t-il la compréhension du patient ?

Annexe 4 : Grille d'évaluation de la régulation de l'échange.

Annexe 5 : Protocole de l'étude.

Annexe 6 : Questions-types proposées aux orthophonistes lors des échanges filmés.

Annexe 7 : Consentement et lettre d'information à destination des participants.