

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
par

Sibylle LUCAS

qui sera présenté au jury en juin 2020

**Ajustement des stratégies communicationnelles de
l'orthophoniste avec son patient aphasique :
apport de l'analyse de corpus vidéo**

MEMOIRE dirigé par

Marie-Laure SIMON, Orthophoniste, Haubourdin

TRAN Thi Mai, Orthophoniste et linguiste, MCU, Département d'Orthophonie, Université
de Lille

Remerciements

Je tiens à remercier mes directrices de mémoire, Mmes TRAN et SIMON, pour leur accompagnement et leurs conseils avisés tout au long de ce travail.

Merci à tous les participants, pour leur temps et leur bienveillance, grâce à qui ce travail a été possible.

Je souhaite également remercier Eve Benâtre qui s'est rendue disponible pour répondre à mes questions.

Je remercie les membres du groupe APPEL pour leur accueil et leur hospitalité aux réunions et aux séminaires.

Merci aux maîtres de stage qui m'ont accompagnée durant ce cursus, auprès desquelles j'ai beaucoup appris, pour leur bienveillance et leurs conseils.

Enfin, un grand merci à ma famille pour son soutien, son écoute et sa confiance, à mes six acolytes de promo, pour leurs rires, leur écoute et leur présence, et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à faire de ces cinq années ce qu'elles ont été.

Résumé :

L'aphasie provoque des troubles langagiers et communicationnels. Les difficultés du patient ont un impact sur l'entourage : ils sont en situation de handicap partagé. Pour pallier ce handicap, l'analyse conversationnelle peut être intéressante. Elle permet d'étudier les comportements de communication du patient et de l'entourage afin de les ajuster. L'orthophoniste étant amené à accompagner l'entourage, il est intéressant qu'il utilise aussi cet outil pour analyser sa pratique professionnelle et ainsi orienter au mieux les proches du patient. L'objectif du mémoire est de proposer un protocole accessible et fonctionnel en pratique clinique à partir d'une grille d'analyse, d'une vidéo et de sa transcription. L'étude porte sur l'apport de l'autoanalyse pour la pratique clinique de l'orthophoniste, à partir du protocole proposé. Elle aborde notamment l'aide de l'analyse vidéo dans la formalisation des stratégies de communication utilisées intuitivement, ainsi que l'apport supplémentaire de la transcription pour l'analyse de sa pratique professionnelle. Sept dyades patient-orthophoniste se sont filmées au cours d'une conversation naturelle de dix minutes. Un extrait de quelques minutes, sa transcription et la grille d'analyse ont été fournis aux orthophonistes. Ces derniers ont ensuite analysé leurs stratégies de communication à partir de ces outils. Les résultats mettent en avant l'apport de ces outils pour la pratique clinique et dans la formalisation de ses stratégies de communication. La transcription est notamment un apport dans l'analyse de sa pratique professionnelle. Poursuivre cette étude avec ces mêmes outils dans l'objectif de travailler le réajustement de ses stratégies de communication serait intéressant.

Mots-clés

Aphasie – stratégies de communication – analyse conversationnelle – autoanalyse – corpus

Abstract :

Aphasia causes language and communication disorders. The patient's difficulties have an impact on his family : they are in a situation of shared disability. To overcome this handicap, conversational analysis can be interesting. It allows to study the communication behaviours of the patient and the partners in order to adjust them. As the speech therapist has to guide the family, it is interesting that he also uses this tool to analyse his professional practice and guide the patient's family in the best possible way. The aim of the study is to offer an accessible and functional protocol in clinical practice based on an analysis grid, a video and its transcription. The study focuses on the contribution of self-analysis to the clinical practice of the speech-language pathologist, based on the proposed protocol. It also discusses the help of video analysis in the formalization of intuitively used communication strategies, and the additional contribution of the transcription for the analysis of the professional practice. Seven patient-speech-language pathologists dyads were filmed during a ten-minute natural conversation. The speech-language pathologists were provided an extract of a few minutes, its transcription and the analysis grid. Then they analysed their communication strategies using these tools. The results highlight the contribution of these tools to clinical practice and the formalization of communication strategies. In particular, the transcription is a contribution to the analysis of the professional practice. It would be interesting to continue this study with these same tools in order to work on readjusting the communication strategies.

Keywords :

Aphasia - communication strategies - conversation analysis - autoanalyse – corpus

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 2 |
| 1. Aphasie et communication | 2 |
| 1.1 Définition de l'aphasie | 2 |
| 1.2. Définition de la communication | 2 |
| 1.2.1. Les composantes de la communication | 3 |
| 1.2.2. Les compétences pragmatiques | 3 |
| 1.3. Les troubles de la communication dus à l'aphasie | 4 |
| 2. Répercussions des troubles de la communication sur le patient et l'entourage | 5 |
| 2.1. Répercussions sur le patient | 5 |
| 2.2. Répercussions sur l'entourage | 5 |
| 2.3. Handicap partagé | 6 |
| 3. Intervention orthophonique auprès des patients aphasiques | 7 |
| 3.1. Approche cognitive | 7 |
| 3.2. Approche pragmatique | 7 |
| 3.3. Approche écosystémique : inclusion de l'entourage | 8 |
| 4. Analyse conversationnelle | 8 |
| 4.1. Principes de l'analyse conversationnelle | 8 |
| 4.2. Un outil d'évaluation | 9 |
| 4.3. Un outil d'intervention | 9 |
| Buts et hypothèses | 10 |
| Méthodologie | 11 |
| 1. Population | 11 |
| 1.1. Inclusion et profil des orthophonistes | 11 |
| 1.2. Inclusion et profil des patients | 11 |
| 2. Matériel | 12 |
| 2.1. Fiche de renseignement | 12 |
| 2.2. Grille d'auto-analyse des stratégies de communication | 12 |
| 2.2.1 Modification de la grille d'analyse | 12 |
| 2.2.2 Description de la grille d'analyse | 12 |
| 2.3. Enregistrement vidéo | 13 |
| 2.4. Transcription | 13 |
| 2.5. Questionnaire de fin d'étude | 13 |
| 3. Procédure | 13 |
| 3.1. Préalable à la passation des enregistrements | 13 |
| 3.2. Enregistrement de la vidéo | 13 |
| 3.3. Sélection et transcription de l'extrait vidéo | 14 |

| | | |
|---|--|----|
| 3.4. | Analyse des stratégies de communication..... | 14 |
| 3.5. | Questionnaire de fin d'étude | 14 |
| Résultats | | 14 |
| 1. | Population..... | 14 |
| 1.1. | Orthophonistes | 14 |
| 1.2. | Patients | 15 |
| 2. | Synthèse des réponses à la grille d'analyse des stratégies de communication..... | 17 |
| 2.1. | Synthèse des réponses quantitatives à la grille d'analyse | 17 |
| 2.1. | Synthèse des réponses qualitatives à la grille d'analyse | 18 |
| 2.1.1. | Analyse vidéo | 18 |
| 2.1.1. | Analyse de la transcription | 19 |
| 2. | Synthèse des réponses au questionnaire à destination de l'orthophoniste | 20 |
| 2.1. | Procédure..... | 21 |
| 2.2. | Apport de la grille d'analyse dans la formalisation de ses stratégies de communication | 21 |
| 2.3. | Apport de la transcription..... | 22 |
| 2.3. | Apport de l'étude | 23 |
| 3. | Synthèse du questionnaire à destination de la dyade | 23 |
| Discussion | | 24 |
| 1. | Population..... | 24 |
| 2. | Apport général de l'étude pour la pratique clinique | 25 |
| 3. | Apport des outils d'analyse | 26 |
| 3.1.1. | Sélection des items | 26 |
| 3.1.2. | Apport de la grille d'analyse | 27 |
| 3.2. | Outil vidéo..... | 28 |
| 3.2.1. | Sélection de l'extrait vidéo..... | 28 |
| 3.2.2. | Apport de l'outil vidéo | 28 |
| 3.3. | Outil transcription | 29 |
| 3.3.1. | Transcription de l'analyse vidéo | 29 |
| 3.3.2. | Apport de la transcription..... | 29 |
| Conclusion :..... | | 30 |
| Bibliographie..... | | 32 |
| Liste des annexes..... | | 36 |
| Annexe 1 : Lettre d'information..... | | 36 |
| Annexe 2 : Lettres de consentement | | 36 |
| Annexe 3 : Références de la grille d'analyse | | 36 |
| Annexe 4 : Grille d'analyse des stratégies de communication..... | | 36 |
| Annexe 5 : Déclaration de conformité à la protection des données personnelles | | 36 |
| Annexe 6 : Extrait d'une transcription d'un extrait vidéo..... | | 36 |

| | |
|--|----|
| Annexe 7 : Questionnaire de fin d'étude..... | 36 |
| Annexe 8 : Protocole de l'étude | 36 |

Introduction

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, 2018, p. 40). Les causes de l'aphasie sont multiples (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, tumeur cérébrale...), la plus fréquente étant l'accident vasculaire cérébral (AVC). Les troubles langagiers dans l'aphasie engendrent également des troubles communicationnels touchant autant le patient que ses proches. L'orthophoniste est amené à restaurer les capacités langagières et/ou compenser les difficultés langagières mais également à prendre en charge le handicap communicationnel en menant une rééducation fonctionnelle pour améliorer la qualité de vie du patient. Dans ce contexte, il a également un rôle d'accompagnement auprès des aidants. En effet, la dimension sociale de la communication est de plus en plus prise en compte dans la prise en charge de l'aphasie (Damico, 2014). L'analyse conversationnelle (de Partz, 2001), notamment, peut permettre à l'orthophoniste d'atteindre les objectifs de prise en charge de la communication et d'accompagnement des aidants. Cette approche récente consiste à étudier les interactions entre le patient et un proche. L'analyse de corpus audio, vidéo et/ou écrit peut aider les partenaires de communication à porter leur attention sur leurs comportements communicationnels, en cherchant à identifier ceux qui facilitent ou limitent la communication. Les conseils personnalisés ou les entraînements spécifiques sont des pistes de prise en charge pour les aider à ajuster au mieux leurs stratégies afin de réduire les barrières conversationnelles (de Partz, 2001). Si de nombreuses études ont mis en avant l'intérêt de l'analyse conversationnelle auprès de partenaires de communication divers (Simmons-Mackie, Savage, & Worrall, 2014 ; Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016), peu ont étudié son intérêt dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles. En effet, les orthophonistes utilisent fréquemment l'enregistrement audio et/ou vidéo pour évaluer les productions des patients, dans des objectifs thérapeutiques (da Silva & Masson, 2017), mais peu pour analyser leurs propres productions.

Ce travail s'inscrit dans la continuité d'un mémoire d'orthophonie soutenu, à Lille, en 2018 par Eve Benâtre, qui s'est intéressée à l'auto-évaluation des stratégies communicationnelles des orthophonistes avec leur patient aphasique à partir d'enregistrements vidéo, auprès de six dyades. Les hypothèses étaient que l'outil vidéo permettrait d'une part une auto-analyse des orthophonistes de leurs stratégies de communication avec le patient aphasique, d'autre part un réajustement de ces stratégies, améliorant la communication entre les deux partenaires conversationnels. Dans ce cadre, l'orthophoniste et le patient étaient filmés lors d'une conversation naturelle. Le thérapeute analysait ensuite ses stratégies de communication à l'aide de grilles d'évaluation, puis il sélectionnait trois à quatre stratégies qui lui semblaient efficaces pour le patient. Après un délai de deux semaines, l'orthophoniste et le patient étaient filmés une nouvelle fois. Le thérapeute évaluait si les stratégies sélectionnées avaient pu être mises en place. Les résultats ont mis en avant l'intérêt de l'outil vidéo pour auto-analyser ses stratégies de communication. Dans la majorité des cas, les orthophonistes estimaient que la vidéo était une bonne aide à la conscientisation de son comportement de communication. Il leur était cependant plus difficile d'identifier précisément les stratégies efficaces. De plus, les participants ont jugé que la vidéo était un bon support pour travailler le réajustement de son comportement de communication. Le délai entre les vidéos a cependant été jugé trop court par les participants.

Dans ce mémoire, nous ajouterons l'analyse de la transcription à l'analyse de la vidéo. En effet, la transcription serait un outil intéressant et complet (da Silva Genest & Masson, 2017) mais chronophage, ce qui freine son utilisation en pratique clinique. Nous étudierons donc si l'analyse de la transcription apporte des éléments supplémentaires à l'analyse vidéo seule. Le travail effectué dans cette étude rejoint les objectifs du groupe APPEL (Analyse des Pratiques Professionnelles sur les Echanges Langagiers¹). Ceux-ci visent à exploiter l'utilisation de la transcription pour identifier les barrières et les facilitateurs dans ses propres comportements de communication, en tant que professionnel, particulièrement chez les enseignants et les orthophonistes. Nous poursuivons, dans ce mémoire, l'objectif de proposer un protocole accessible aux orthophonistes en pratique clinique, permettant l'analyse d'une conversation naturelle d'une dyade. Nous étudierons si l'autoanalyse à partir d'une vidéo, de sa transcription et d'une grille d'analyse est un outil intéressant pour formaliser des stratégies de communication utilisées intuitivement. Pour cela, les grilles proposées par Benâtre (2018) seront modifiées à partir des limites évoquées dans son mémoire et des données de la littérature. Enfin, nous compléterons ce protocole par le recueil de l'avis des orthophonistes quant à l'organisation de la procédure, l'apport de la grille d'analyse, l'apport des outils vidéo et transcription et l'intérêt de l'étude pour leur pratique clinique.

Contexte théorique

1. Aphasie et communication

Afin de comprendre les conséquences de l'aphasie sur la communication du patient et de son entourage, il convient de définir l'aphasie et la communication, puis de décrire les troubles langagiers et les troubles de la communication provoqués par l'aphasie.

1.1 Définition de l'aphasie

L'aphasie est un trouble du langage oral et/ou écrit dû à une atteinte cérébrale, affectant l'expression et/ou la compréhension. Elle n'est pas causée par un état démentiel ou une atteinte sensorielle (Brin-Henry, Courrier, Lederlé, & Masy, 2011). Kagan (1995) souligne que l'aphasie masque les compétences communicationnelles du patient à cause de ses troubles langagiers et que ces compétences pourraient être mises en avant grâce à la conversation, à l'aide de l'entourage. L'étude d'Aïach et Baumann (2007) montre que sur 146 victimes d'AVC l'année précédente, 65% avaient présenté ou présentaient une aphasie. Les données de l'INSERM (2019) révèlent une incidence de 140 000 nouveaux cas d'AVC chaque année en France, parmi lesquels 20% décèdent dans l'année qui suit l'accident, 60% récupèrent leur autonomie et 40% ont des séquelles. Parmi les patients ayant des séquelles, un tiers présente une aphasie sévère persistante limitant la communication et un tiers récupère suffisamment pour communiquer correctement malgré des séquelles d'aphasie. Les difficultés langagières ne touchent pas que les patients. Elles ont des répercussions sur tout l'entourage (Le Dorze & Brassard, 1995 ; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010).

1.2. Définition de la communication

La communication est définie par Brin et al. (2011, p.57) comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des

¹ Groupe de recherche pluriprofessionnel animé par S. Caët, E. Canut et M. Tran, dans le Département d'Orthophonie de Lille.

sentiments, avec un autre individu ». Pour Bonnan et Delieutraz (2014, p.85), la conversation est permise grâce aux « compétences individuelles linguistiques (pragmatiques et sémantiques, syntaxiques, phonologiques, phonétiques) et cognitives (attentionnelles, exécutives, mnésiques), par des connaissances communes (culturelles, épisodiques) et dépend du contexte spatio-temporel de l'interaction ». Kerbrat-Orecchioni (1980) présente la communication comme une interaction entre deux interlocuteurs, faisant apparaître les compétences des interlocuteurs nécessaires à une bonne communication. Il s'agit de la communication interpersonnelle qui correspond à l'échange entre deux individus.

1.2.1. Les composantes de la communication

Les composantes de la communication sont les suivantes (Rousseau, Bénèche, & Cortiana, 2014) : l'engagement, la communication verbale, para-verbale et non verbale. L'engagement dans l'interaction correspond à la motivation et à l'implication de l'interlocuteur dans l'échange. La communication verbale correspond à l'utilisation du langage pour transmettre un message à travers la syntaxe, le lexique et la pragmatique. Elle permet notamment de produire des énoncés, de gérer le maintien et le changement de thème, de s'adapter aux feedbacks (retours verbaux ou non verbaux de l'interlocuteur), de produire des inférences, de donner une structure logique au discours et de faire face aux bris de communication (rupture de la communication due à une incompréhension). A cela s'ajoutent les éléments prosodiques du discours (variations vocales, par exemple grâce à l'intensité de la voix ou au débit de parole) qui forment la communication para-verbale. La communication non verbale vient compléter, nuancer la communication verbale (il s'agit de la communication co-verbale) ou s'y substituer. Elle comporte les expressions faciales (valeur informative ou conative, qui permet de garder le contact avec l'interlocuteur), les gestes, le regard (rôle de contact visuel et de feedback), l'apparence corporelle et la posture (posture d'approche ou de rejet). La distance entre les interlocuteurs donne également des informations sur la nature de l'échange.

1.2.2. Les compétences pragmatiques

Si de bonnes capacités langagières sont nécessaires à une bonne communication, les compétences pragmatiques sont aussi importantes. La pragmatique s'intéresse à la façon dont « l'individu utilise le langage en interaction avec son environnement social pour agir » (Chomel-Guillaume, Leloup, & Bernard, 2010, p.182). L'interaction demande une collaboration entre les deux interlocuteurs respectant des règles communicationnelles. Grice (1975) a énoncé le principe de coopération, composé de quatre maximes permettant une communication efficace : la maxime de qualité (ne dire que ce que nous pensons être la vérité), la maxime de quantité (donner ni plus ni moins d'informations nécessaires), la maxime de manière (être clair et précis dans nos propos), la maxime de relation (être cohérent et pertinent par rapport au thème de la conversation). Il arrive cependant que les règles communicationnelles soient transgressées, même dans une conversation entre deux locuteurs sans trouble de la communication. Le locuteur doit alors effectuer une réparation. Les réparations surviennent lorsque l'un des participants remarque un problème au cours de la conversation, ou que le locuteur remarque et corrige sa propre erreur (auto-réparation). La plupart du temps, c'est l'auto-réparation qui est majoritaire (contrairement à l'hétéro-réparation, où l'erreur serait corrigée par l'interlocuteur). Cette gestion des réparations permet de maintenir l'effort collaboratif minimal énoncé dans le modèle de communication de Clark et Schaefer (1987), basé sur la collaboration entre les deux interlocuteurs. On y trouve la phase de présentation qui constitue la production de l'énoncé et la phase d'acceptation correspondant

à l'approbation verbale ou non verbale de l'interlocuteur ou l'initiation de la réparation. Ceci permet de réduire l'effort mutuel pour garder une communication efficace. Watson (1999) propose une classification des réparations possibles afin de maintenir la fluidité de l'échange : la répétition, la reformulation, la spécification, l'explicitation, la confirmation ou l'infirmité, la question pour clarifier la source d'erreur (adapté par de Partz, 2001).

La communication impliquant deux interlocuteurs, l'alternance des rôles est à respecter afin de garder un bon équilibre dans la conversation. Elle est régie par des règles implicites suivies par les interlocuteurs chacun leur tour (Vincent, 2001). Chacun parle à tour de rôle, une personne à la fois. Il y a toujours une personne qui parle, en limitant les pauses dans le discours et les silences entre les tours. Le locuteur peut garder son tour de parole si on ne lui réclame pas mais se doit de le céder dans le cas contraire. Ces règles permettent d'éviter les chevauchements de parole qui peuvent toutefois se produire. Dans ce cas, une négociation a lieu afin qu'il n'y ait plus qu'un interlocuteur qui parle. Elle peut être verbale, para-verbale (ex : augmentation du débit, de l'intensité vocale) ou non-verbale (ex : regard, geste).

Outre une alternance des tours de parole, l'engagement dans l'interaction des deux interlocuteurs est primordial pour initier et maintenir un échange. Le locuteur s'assure de l'écoute et de la compréhension de son interlocuteur en vérifiant que ce dernier est attentif et intéressé. De son côté, le récepteur montre son attention ou son désintérêt par des feedbacks verbaux ou non verbaux, par exemple des hochements de tête, son regard ou sa posture. Cet engagement mutuel permet de réguler son discours et de s'adapter à son interlocuteur.

L'interaction est complexe et nécessite des capacités verbales, non verbales, paraverbales et pragmatiques. L'aphasie peut altérer un ou plusieurs de ces habiletés, et occasionner des troubles de la communication.

1.3. Les troubles de la communication dus à l'aphasie

La sémiologie de l'aphasie est diverse. Les différents troubles sont plus ou moins sévères et plus ou moins nombreux selon les profils des patients. On distingue les aphasies fluentes et non fluentes. La fluence correspond au « nombre moyen de mots produits consécutivement au cours d'une même émission » (Chomel-Guillaume et al., p.69). Les aphasies fluentes sont caractérisées par une préservation de la fluence, voire un discours abondant ne respectant pas toujours les tours de parole ou ne prenant pas en compte l'interlocuteur dans certains cas. Les aphasies non fluentes correspondent à une réduction quantitative de la fluence, avec une baisse d'initiation spontanée de l'échange. Dans les deux cas, la gestion des tours de parole et le respect des règles communicationnelles peuvent être troublés. Une étude de Rousseaux, Daveluy, et Kozlowski (2010) a montré que des patients aphasiques fluents et non fluents, un à six mois post-AVC, présentaient des difficultés à répondre à des questions ouvertes, à introduire de nouveaux thèmes et à changer de thème même si le maintien du thème semblait préservé. Organiser le discours de façon logique, s'adapter aux connaissances de l'interlocuteur, apporter des informations nouvelles était aussi source de difficultés.

Outre les difficultés pragmatiques, divers troubles langagiers peuvent être observés dans l'aphasie, fluente ou non fluente, avec des conséquences sur la communication plus ou moins importantes. L'expression peut être altérée, à différents niveaux. Il peut y avoir une atteinte qualitative du langage, avec des transformations linguistiques appelées paraphasies (un mot à la place d'un autre) allant jusqu'au jargon (productions qui n'ont aucun sens). Ces transformations peuvent être dues à des troubles arthriques (articulation) ou encore à un manque du mot. Ce dernier peut être expliqué par une atteinte sémantique ou à un déficit d'accès à la

forme phonologique. Des troubles syntaxiques peuvent aussi causer les difficultés d'expression. Ils sont caractérisés par une baisse de l'utilisation des éléments grammaticaux ou une mauvaise utilisation de ces derniers. De ces divers troubles expressifs peut découler un manque d'informativité, c'est-à-dire que des informations nécessaires à la compréhension des propos manquent dans le discours. La compréhension aussi peut être touchée à différents niveaux. Il peut s'agir de l'incapacité à percevoir les sons de la parole, à comprendre le sens des mots ou à comprendre une phrase (Chomel-Guillaume et al., 2010).

Les difficultés de communication liées à l'aphasie entraînent des bris de communication, qui peuvent être amplifiés quand les compétences pragmatiques sont altérées. Le patient est alors en situation de handicap communicationnel. Ce dernier peut entraîner une rupture de la communication allant parfois jusqu'à l'isolement du patient, voire de son entourage.

2. Répercussions des troubles de la communication sur le patient et l'entourage

Les troubles communicationnels précédemment décrits ont des répercussions sur le patient mais aussi sur son entourage. Ce dernier éprouve aussi des difficultés à interagir avec la personne aphasique. Ils partagent alors la situation de handicap communicationnel.

2.1. Répercussions sur le patient

Le Dorze et Brassard (1995) ont étudié auprès de huit dyades (la personne aphasique et un proche) les conséquences de l'aphasie sur les relations du patient et de son entourage, ainsi que les répercussions sur leur communication. Les patients, en moyenne à 6;6 ans post-AVC, présentaient une aphasie fluente ou non fluente, de sévérité 2 à 4 selon la BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination, Goodglass & Kaplan, 1972) correspondant à une aphasie légère à sévère. Ils avaient bénéficié d'une rééducation orthophonique dans le passé et n'étaient plus suivis au moment de l'étude. Lors des situations de communication, les personnes aphasiques avaient tendance à différer la discussion voire la stopper et allaient jusqu'à s'isoler. En effet, la communication était parfois source d'efforts, de fatigue, d'irritation et de frustration. Les personnes interviewées révélaient avoir des difficultés à parler en groupe et à se faire comprendre. Ceci engendrait des modifications dans leurs relations familiales (perte d'autorité) et amicales (perte de certains amis), pouvant aller jusqu'à un isolement social dû à l'anxiété de rencontrer de nouvelles personnes. Prendre la parole devenait source de malaise et l'impression d'être incompris était fréquente. Cependant les personnes aphasiques montraient pour certaines leur envie de communiquer, utilisaient des gestes, expliquaient leurs difficultés et prenaient leur temps pour parler.

2.2. Répercussions sur l'entourage

D'après cette même étude, les membres de l'entourage ressentait également de l'irritation due à leurs difficultés à comprendre ce que disait la personne aphasique, et à un désinvestissement de la communication de sa part. Il était parfois difficile pour l'entourage de s'adapter aux changements des comportements verbaux de la personne aphasique. La communication pouvait être rompue avec la famille, qui créait parfois une distance avec la personne aphasique. Croteau et Le Dorze (2006) ont mené une étude auprès de dix-huit couples, dont la personne aphasique présentait une aphasie fluente ou non fluente, en moyenne à 4;9 ans post-AVC, de sévérité 1 à 4 (légère à très sévère), montrant que les conjoints avaient tendance

à être surprotecteurs. Croteau, Vychytil, Larfeuille, et Le Dorze (2004) ont montré qu'il arrivait souvent aux conjoints de parler pour la personne aphasique, dans une étude auprès de six couples, avec des personnes aphasiques fluentes et non fluentes, à un à douze ans post AVC, de sévérité 4 (légère). Ces comportements avaient pour conséquences un cercle vicieux qui engendrait moins de communication de la part de la personne aphasique et plus de surprotection de la part du conjoint. Les partenaires essayaient cependant de ne pas s'attarder sur les difficultés de la personne aphasique, de lui laisser le temps de s'exprimer et d'éviter de parler à sa place en étant plus attentif à ce qu'elle disait.

2.3. Handicap partagé

La convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unis (2006) indique que le handicap « résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités, et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. » (p.1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2001 la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), prenant en compte les facteurs environnementaux dans la notion de handicap (Figure 1). Ce modèle peut être décrit dans le cadre des déficiences langagières liées à l'aphasie mais aussi des troubles associés (mémoire, motricité, attention, calcul, articulation...). Ces difficultés engendrent une limitation des activités de communication et une restriction de la participation aux activités sociales. Les facteurs environnementaux peuvent être facilitateurs ou des obstacles à la participation de la personne aphasique. Si la personne aphasique est gênée dans ses activités de la vie quotidienne, à cause de ces différents facteurs, qui représentent des désavantages, elle est en situation de handicap. La CIF insiste sur la participation et la limitation d'activité par rapport à une personne sans déficit.

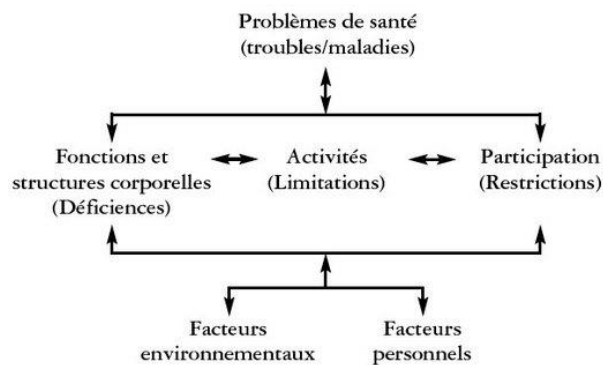


Figure 1. Schéma de la CIF, OMS, 2001

Pour Fougeyrollas (1996), dans son modèle « processus de production du handicap », inspiré de la CIF, le degré de handicap correspondrait au degré de réalisation des habitudes de vie, propres à chaque personne.

La communication implique au moins deux interlocuteurs. Ainsi, le handicap communicationnel touchant la personne aphasique se répercute sur son entourage lors d'un échange. En effet, face à une personne présentant des troubles langagiers, l'entourage présente des difficultés à se faire comprendre par la personne aphasique et à la comprendre. L'étude précédemment citée met en avant ces difficultés communes, pour l'entourage comme pour la personne aphasique, à s'adapter à l'autre malgré les efforts mutuels, ce qui peut entraver la

communication. Les déficits langagiers engendrent alors une incapacité de l'entourage à communiquer efficacement et les interactions avec la personne sont réduites. Il s'agit d'un handicap communicationnel partagé.

3. Intervention orthophonique auprès des patients aphasiques

L'intervention orthophonique dans le cadre de l'aphasie a pour objectif de permettre au patient de mieux communiquer à travers des situations variées afin de réinvestir ses capacités au quotidien et de retrouver sa place au sein de la famille, socialement et professionnellement (Chomel-Guillaume et al., 2010). Différentes approches existent pour prendre en charge un patient aphasique.

3.1. Approche cognitive

L'approche cognitive est une approche analytique. Les objectifs sont centrés sur le langage avec des exercices ciblés qui ne sont pas nécessairement associés à un contexte de communication particulier (de Partz, 2001). L'intervention se concentre plus sur les perturbations langagières que sur la communication d'un message, en s'appuyant sur les capacités résiduelles. Le choix des objectifs et des moyens de rééducation est soutenu par des modèles théoriques. L'approche cognitive est plus adaptée à des formes modérées d'aphasie (Chomel-Guillaume et al., 2010). Elle peut être complétée par des approches centrées sur tous les aspects fonctionnels de la communication, au-delà de l'outil langagier.

3.2. Approche pragmatique

L'approche pragmatique est une approche plus fonctionnelle de la rééducation du langage. Elle a pour objectif de restaurer une communication permettant à la personne aphasique d'interagir le plus efficacement possible avec son environnement, en combinant ses compétences et les divers canaux de communication à sa disposition. Elle se présente sous forme de mises en situation d'échanges proches du discours spontané, par exemple avec la thérapie PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness, Davis & Wilcox, 1981). Les deux interlocuteurs possèdent des cartes identiques. Ils décrivent à tour de rôle une image que l'autre doit retrouver. L'intérêt est porté sur la manière dont le message est transmis quel que soit le canal et moins sur les productions linguistiques. La coopération entre les deux interlocuteurs est nécessaire. Les mises en situation peuvent se dérouler également au cours de thérapies de groupe. L'objectif est d'améliorer l'expression et la compréhension des patients aphasiques en travaillant de nouvelles formes de communication et en les généralisant. Ces activités permettent aux patients d'avoir un sentiment d'appartenance et une meilleure confiance en eux. La mise en place de systèmes de communication augmentatifs et alternatifs fait également partie de l'approche pragmatique. Ce sont des systèmes qui se substituent ou complètent le langage oral pour les patients atteints les plus sévèrement (Martin, 2018). Ils ont des effets sur la communication des personnes aphasiques, qui peuvent ainsi mieux se faire comprendre et être plus autonomes.

Les approches cognitives et pragmatiques peuvent être complétées par une approche caractérisée par l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des troubles de la communication.

3.3. Approche écosystémique : inclusion de l'entourage

L'approche écosystémique a pour objectif d'ajuster les comportements de communication du patient et de son entourage en fonction des besoins du sujet aphasique (Iché, Rives, & Joyeux, 2012). Le patient comme l'entourage sont placés comme acteurs de la prise en charge.

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2007) recommande, en plus de la prise en charge du patient, « une prise en charge de l'entourage » par l'information et la guidance. La Charte Européenne de l'aidant Familial (Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne, 2009) définit l'aidant familial 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 Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ... » (p.2). L'aidant est souvent l'interlocuteur privilégié de la personne aphasique, c'est pourquoi il est important qu'il puisse s'adapter au mieux à ses besoins communicationnels. Il est important cependant de prendre en compte l'entourage élargi et non l'interlocuteur privilégié seul. Ainsi il sera plus à même d'encourager le patient à utiliser les différents canaux de communication (verbaux et non verbaux) et des supports matériels ou encore à s'aider du contexte pour permettre le maintien de la communication. Des associations proposent des guides avec des indications de stratégies efficaces pour améliorer la communication avec l'entourage, comme la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF). Ces associations proposent également des formations à destination des aidants familiaux, comme dans le cadre du programme de formation des aidants 2014-2017, à l'initiative de plusieurs organismes dont la FNAF. Au cours de ces ateliers, des orthophonistes interviennent et proposent des modèles de communication.

Les guides et les formations à destination des aidants ne sont pas les seuls outils à disposition des personnes aphasiques et leur entourage. En effet l'analyse conversationnelle, encore récente, s'intègre également dans cette approche écosystémique.

4. Analyse conversationnelle

4.1. Principes de l'analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle est une analyse des interactions naturelles entre deux interlocuteurs ou plus, ici entre la personne aphasique et ses partenaires de communication. Elle permet d'identifier les stratégies utilisées par les interlocuteurs pour gérer les difficultés de communication liées à l'aphasie. Les stratégies de communication sont les adaptations qu'un interlocuteur met en place afin de s'ajuster à son partenaire de communication. Certaines peuvent faciliter l'échange et d'autres au contraire le freiner. L'analyse porte sur les comportements verbaux et non verbaux et la collaboration entre les interlocuteurs. Il est ainsi possible de mesurer l'impact des troubles de communication sur les conversations de la vie quotidienne. L'analyse conversationnelle permet notamment d'observer la gestion des tours de paroles, les interruptions et recouvrements d'informations et particulièrement la gestion des réparations suite aux bris de communication. Ces derniers peuvent entraver la fluidité de la communication et son efficacité (de Partz, 2001). L'analyse conversationnelle peut être utilisée

comme un moyen d'évaluation des comportements de communication mais aussi comme un moyen d'intervention pour les ajuster.

4.2. Un outil d'évaluation

Plusieurs outils basés sur les principes de l'analyse conversationnelle permettent d'évaluer les comportements de communication des partenaires de communication. Parmi ces outils, le CAPP (Conversational Analysis Profile for People with Aphasia) a été créé par Whitworth, Lesser, et Perkins (1997). Il est composé d'une grille destinée à analyser une conversation entre le patient aphasique et son partenaire privilégié, permettant une analyse quantitative et qualitative de l'échange. Quatre axes sont analysés : les habiletés linguistiques, l'initiation et la prise de tours de parole, la gestion du thème et les réparations. Le protocole contient également un questionnaire destiné au patient et à son partenaire. La concordance entre les réponses obtenues au questionnaire et les résultats de la grille est ensuite évaluée.

En 2004, Kagan et al. proposent le MSC (Measure of skill in Supported Conversation) et le MPC (Measure of Participation in Conversation). Ces échelles peuvent également être utilisées dans le cadre de l'analyse conversationnelle du patient aphasique avec son partenaire de communication. Le MSC permet une analyse des stratégies de communication utilisées par le partenaire, sur le plan verbal, non verbal et paraverbal. Cette échelle permet ensuite de proposer un retour précis au partenaire de communication concernant ses comportements de communications avec le patient aphasique. Elle peut être utilisée avec tout partenaire de communication, tant les professionnels de santé que l'entourage. Le MPC mesure la participation du patient et ses capacités à échanger des informations.

Plus récemment, Deka, Druelle, et Iché (2007) ont élaboré le PTECCA (Protocole Toulousain d'Evaluation de la Communication du Couple Aphasique) dans le cadre de leur mémoire. Le matériel a ensuite fait l'objet de modifications visant à affiner le protocole (Iché, Rives, & Joyeux, 2012). Le PTECCA est également basé sur les principes de l'analyse conversationnelle, ainsi que les théories pragmatiques de la communication. Les épreuves du PTECCA mettent le couple en situation d'échange naturel. La grille d'évaluation permet d'analyser l'occurrence des comportements de communication de chaque interlocuteur au cours de la conversation.

Ces outils permettent ensuite d'élaborer des interventions ciblées pour favoriser la communication entre les patients aphasiques et leur partenaire de communication.

4.3. Un outil d'intervention

Plusieurs études ont mis en avant les effets positifs de l'utilisation de l'analyse conversationnelle dans la prise en charge du patient et de l'entourage.

Booth et Perkins (1999), ont notamment utilisé le protocole du CAPP auprès d'un aphasique et son frère. Ce dernier a bénéficié de séances avec d'autres partenaires, pendant six semaines. Les participants ont reçu des informations sur le fonctionnement du langage, un carnet individualisé pour chaque patient, un entraînement à la détection des stratégies inefficaces dans des extraits vidéos et des conseils pour faciliter la compréhension de la personne aphasique. Les conséquences psychologiques, sociales et affectives ont également été abordées. Les vidéos post-thérapeutiques montraient une amélioration des stratégies utilisées par les partenaires et une prise en compte des conseils.

Plusieurs protocoles d'intervention basés sur l'analyse conversationnelle ont été élaborés et mis en place dans diverses études. Lock et al. (2001) ont proposé le SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation). L'analyse

conversationnelle est effectuée à partir d'un enregistrement vidéo et de sa transcription. Cette analyse donne lieu à une thérapie ciblée permettant de travailler sur les stratégies de communication afin d'améliorer la collaboration entre la personne aphasique et son partenaire de communication. Le protocole a notamment été utilisé par Wilkinson, Bryan, Lock, et Savage (2010) et Wilkinson, Lock, Bryan, et Sage (2011) auprès de patients non fluents et leur partenaire de communication. Chaque participant avait un ou plusieurs comportements à entraîner, ciblés à partir de l'analyse conversationnelle effectuée avant l'intervention. Dans les deux études, les participants ont amélioré ces comportements. Ceci a permis une meilleure adaptation mutuelle et une meilleure collaboration entre les interlocuteurs. Les auteurs ont mis en avant que travailler les comportements de communication du partenaire de communication pourrait aider à améliorer les capacités communicationnelles de la personne aphasique. En effet, après l'intervention, la personne aphasique initiait plus d'échanges et produisait des énoncés plus riches et variés. Saldert, Backman, et Hartelius (2013), ont proposé le protocole à trois dyades, dont l'intervention était centrée sur les partenaires de communication. Les auteurs ont également mis en avant une amélioration de la collaboration. Les partenaires de communication ont amélioré leur capacité à faciliter la communication avec la personne aphasique. Dans les trois dyades, la personne aphasique a mieux évalué la communication avec son partenaire après l'intervention.

Beeke et al. (2013) ont également proposé une thérapie, disponible en e-learning, basée sur les principes du SPPARC. Cette thérapie est centrée sur les couples dont la personne aphasique présente un agrammatisme. Ce trouble se caractérise par une simplification de la syntaxe, notamment avec une réduction quantitative des mots grammaticaux et le remplacement des mots conjugués par des infinitifs. L'objectif de la thérapie est d'ajuster le comportement conversationnel des deux interlocuteurs à travers un travail direct des stratégies utilisées dans la conversation. Le protocole a été utilisé dans plusieurs études afin de montrer l'efficacité de l'identification des stratégies de communication efficaces et inopérantes suivie d'une intervention personnalisée (Beckley et al. 2013 ; Beeke et al., 2014a, 2014b). Dans les deux études de Beeke et al. (2014a, 2014b), les partenaires de communication ont plus facilement réduit les comportements inefficaces que mis en place de nouvelles stratégies.

Kagan (1998) a développé le programme Supporting Conversation for adults with Aphasia (SCA) à destination des professionnels de santé exerçant auprès de patients aphasiques. La méthode propose de nombreuses stratégies pouvant être efficaces lors d'une conversation avec la personne aphasique. Elle a été utilisée dans diverses études visant à entraîner les partenaires de communication à partir de l'analyse conversationnelle. Les partenaires entraînés pouvaient être des membres de la famille (Cunningham & Ward 2003 ; Blom Johansson, Carlsson, Östberg, & Sonnander, 2013), des étudiants dans des professions de soin (Cameron et al., 2015) ou encore des personnels soignants dans un hôpital (Jensen et al., 2014). Les partenaires ont pu prendre conscience de leurs stratégies de communication et mieux s'ajuster à leur interlocuteur.

Ces études montrent que l'analyse conversationnelle est une piste pour la prise en charge du patient et de l'entourage. L'entraînement à partir de l'analyse conversationnelle permet une meilleure généralisation des comportements de communication adéquats.

Buts et hypothèses

Si l'analyse conversationnelle semble être un outil pertinent dans la prise en charge de l'entourage, il pourrait être intéressant également pour l'orthophoniste de l'intégrer à sa propre

pratique. En effet, l'orthophoniste étant un exemple de communication pour le patient comme pour l'entourage, l'auto-analyse pourrait apporter une aide pour orienter de manière ciblée l'entourage, à partir d'observations concrètes et plus objectives. Ainsi, cet outil pourrait lui permettre un travail sur ses comportements de communication pour se placer pleinement dans ce rôle d'exemple et accompagner l'entourage. En effet, si l'enregistrement est utilisé en clinique pour analyser les productions du patient ou de l'entourage, il est peu utilisé dans le cadre de l'analyse de sa propre pratique.

L'objectif de ce mémoire est de proposer un protocole accessible aux orthophonistes dans leur pratique clinique dans le cadre de l'analyse de leur pratique professionnelle. Le mémoire de Benâtre (2018) ayant mis en avant l'apport de l'outil vidéo pour auto-analyser ses stratégies de communication, nous ajoutons, dans cette étude, l'analyse de la transcription de corpus. En effet, ce protocole a également pour objectif de mettre en avant l'analyse conversationnelle comme un outil pour analyser sa pratique professionnelle, notamment grâce à la transcription de corpus. Cette approche pourrait en plus avoir un impact positif sur le patient. Cette étude s'intègre aux travaux du groupe de recherche APPEL dont l'objectif est d'étudier les pratiques langagières des professionnels, pour les amener à porter leur regard sur leurs propres productions.

Le protocole est donc constitué d'une vidéo d'une conversation naturelle entre l'orthophoniste et son patient, de sa transcription et d'une grille d'analyse multimodale de la communication, qui guideront l'orthophoniste dans son autoanalyse. Dans ce cadre, nos hypothèses sont les suivantes :

- L'auto-analyse par l'orthophoniste de ses stratégies de communication à partir d'une grille d'analyse, d'une vidéo et de sa transcription est un apport intéressant pour sa pratique clinique.
- Le visionnage de la vidéo apporte une aide à la formalisation de ses stratégies de communication.
- La transcription est un apport supplémentaire à l'analyse vidéo seule dans l'analyse de sa pratique professionnelle.

Méthodologie

1. Population

Sept dyades orthophoniste/patient ont participé à l'étude. Elles ont été recrutées grâce aux maîtres de stage et aux réseaux sociaux. Le consentement de chaque participant a été recueilli et les données ont été anonymisées. La lettre d'information et les lettres de consentement sont disponibles en annexes A1 et A2.

1.1. Inclusion et profil des orthophonistes

Les orthophonistes devaient prendre en soin un patient aphasique pour former la dyade. Il n'y avait pas d'exigence quant au lieu d'exercice.

1.2. Inclusion et profil des patients

Une interaction verbale avec le patient devait être possible. Le critère de sévérité de l'aphasie a été fixé aux niveaux 2 à 4 de la BDAE afin de nous assurer cette possibilité. Le type d'aphasie (fluente ou non fluente) et la date de début de l'aphasie n'étaient pas un critère d'inclusion, afin d'obtenir des profils variés.

2. Matériel

2.1. Fiche de renseignement

Une fiche de renseignement a été élaborée. Elle permet dans un premier temps d'obtenir des informations qualitatives sur le profil linguistique et communicationnel du patient. Elle est également destinée à recueillir des informations sur l'expérience de l'orthophoniste dans l'aphasie, dans l'aide aux aidants et dans l'auto-analyse de sa pratique professionnelle. La fiche d'inclusion du groupe APPEL a servi de base pour construire les questions.

2.2. Grille d'auto-analyse des stratégies de communication

2.2.1 Modification de la grille d'analyse

La grille d'analyse a été réalisée à partir des grilles créées par Benâtre (2018), que nous avons modifiées. L'objectif de ce travail est de proposer une grille concise, composée de stratégies pertinentes dans une situation d'autoanalyse de l'orthophoniste, en veillant à éviter la redondance évoquée par les participants du précédent mémoire.

Pour cela, les stratégies proposées dans les ressources à destination des aidants utilisées par Benâtre (2018) et celles proposées dans les précédentes grilles ont été regroupées. Ces stratégies ont ensuite été comparées aux données de la littérature. Diverses études issues des outils d'évaluation et des programmes d'entraînement basés sur l'analyse conversationnelle mentionnés précédemment ont été utilisées pour construire la grille (annexe A3). A l'issue de ces lectures, certaines stratégies ont été retirées car elles n'apparaissaient pas dans la littérature. D'autres, présentes et efficaces à plusieurs reprises dans les études, ont été ajoutées. Nous n'avons pas inclus les stratégies pointant des comportements à éviter (par exemple : « je ne fais pas répéter si j'ai compris le contenu du message »), afin de proposer une autoanalyse valorisant les stratégies efficaces et non les comportements inopérants.

2.2.2 Description de la grille d'analyse

La grille finale (annexe A4) est composée de dix-sept stratégies, divisées en quatre axes :

- Stratégies de communication verbales : six stratégies
- Stratégies de communication paraverbales : deux stratégies
- Stratégies de communication non verbales : huit stratégies
- Gestion de l'échange : une stratégie

Un item est dédié aux éventuelles autres stratégies qui ne seraient pas mentionnées dans la grille mais qui seraient présentes dans l'extrait vidéo et sa transcription.

Pour chaque stratégie, deux colonnes permettent respectivement d'indiquer si la stratégie est présente ou non dans la vidéo puis dans la transcription. Une troisième colonne est dédiée aux remarques qualitatives permettant de détailler séparément l'analyse vidéo puis l'analyse de la transcription. Dissocier les deux analyses permet de comparer la concordance entre les deux observations. Concernant l'analyse vidéo, les remarques qualitatives permettent de décrire la stratégie, son efficacité, ainsi que la réaction du patient. Concernant la lecture de la transcription, elles permettent de comparer les deux analyses, de noter les observations complémentaires et de quantifier l'utilisation de la stratégie. Cela vient compléter l'analyse et mettre en évidence d'éventuelles observations complémentaires à l'analyse vidéo.

Un document de prise en main de la grille a été créé afin de guider les orthophonistes en cas de besoin. Ce document contenait un rappel des consignes pour compléter la grille, un

sommaire récapitulatif des stratégies proposées et un exemple d'une grille remplie, à titre indicatif.

2.3. Enregistrement vidéo

Un téléphone portable ou une caméra ont été utilisés pour filmer la passation. La vidéo était filmée par l'étudiante ou par l'orthophoniste.

Une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était nécessaire avant de commencer les enregistrements vidéo. Celle-ci a été fournie par le délégué à la protection des données de l'Université, à qui les lettres d'information et de consentement ont été préalablement envoyées. Le présent mémoire fait l'objet de l'autorisation n° 2019-51 (annexe 5).

2.4. Transcription

Un extrait de l'enregistrement a été transcrit avec le logiciel CLAN (Computerized Language Analysis). Ce logiciel permet de transcrire des interactions verbales et non verbales à partir de fichiers audio ou vidéo. La transcription est présentée de manière à être représentative de l'échange tout en étant lisible par un lecteur non familier avec le logiciel. Un extrait d'une transcription est disponible en annexe A6. De plus, la longueur moyenne d'énoncé ainsi que la fréquence des mots employés par le patient et l'orthophoniste ont également été calculées grâce au logiciel et ont été fournies aux participants. La transcription est accompagnée d'un document explicatif adapté à chaque dyade permettant de se familiariser avec les symboles utilisés dans la transcription.

2.5. Questionnaire de fin d'étude

Un questionnaire de fin d'étude a été proposé aux dyades (annexe A7). Il est composé de deux parties. La première partie compte seize questions à destination de l'orthophoniste : une échelle de Likert est proposée pour répondre aux questions, avec cinq items allant de « pas du tout d'accord » à « totalement d'accord ». Un espace pour les remarques qualitatives est prévu pour développer leurs réponses. L'objectif est de vérifier les hypothèses du mémoire quant à l'adéquation de la procédure proposée, l'apport des outils proposés et l'apport de l'étude pour la pratique de l'orthophoniste. La seconde partie compte trois questions ouvertes à destination de la dyade. Les participants ont pu exprimer leur avis concernant la collaboration et la relation thérapeutique au cours de l'interaction et lors des échanges ultérieurs.

3. Procédure

Le protocole complet est disponible en annexe A8.

3.1. Préalable à la passation des enregistrements

L'orthophoniste intéressé par l'étude doit obtenir l'accord de patient aphasique en amont de l'enregistrement. Les deux participants signent ensuite en double exemplaire les lettres de consentement, où sont indiquées les modalités de l'étude. Les demandes de consentement sont envoyées par courrier. L'orthophoniste reçoit conjointement les lettres de consentement, le protocole de l'étude et de la fiche de renseignements.

3.2. Enregistrement de la vidéo

L'orthophoniste est invité à filmer une interaction de cinq à dix minutes, avec la possibilité d'enregistrer plus longtemps. L'enregistrement vidéo se déroule dans le lieu et les

conditions habituelles de prise en charge, le cadre familial favorisant une interaction la plus naturelle possible.

Les thèmes abordés sont libres, afin d'obtenir une conversation la plus authentique possible. Le protocole présente quelques thématiques pour guider les orthophonistes si besoin, tout en leur laissant une liberté dans le choix. Il est proposé par exemple d'aborder les activités ou événements du week-end, un sujet d'actualité ou une question pratique à résoudre (ex. organisation d'un prochain rendez-vous). L'orthophoniste est donc invité à apporter lui aussi des informations au patient lors de l'interaction pour favoriser un échange naturel et authentique.

L'orthophoniste dépose ensuite la vidéo dans un dossier Nextcloud sécurisé de l'Université de Lille, propre à chaque dyade, servant à partager les documents de travail au cours de l'étude.

3.3. Sélection et transcription de l'extrait vidéo

Un extrait de trois à quatre minutes de la vidéo est sélectionné puis transcrit par nos soins. L'orthophoniste reçoit ensuite conjointement tous les documents nécessaires à la réalisation de l'auto-analyse. L'extrait vidéo, sa transcription (accompagnée du document de prise en main) et la grille d'analyse (accompagnée du document explicatif) sont déposés dans le dossier Nextcloud.

3.4. Analyse des stratégies de communication

L'orthophoniste est invité à effectuer une analyse conversationnelle à partir de l'extrait vidéo, sa transcription et la grille, afin d'analyser les stratégies employées. Une fois la grille remplie selon les consignes énoncées dans le protocole et le document de prise en main, l'orthophoniste la dépose dans le dossier Nextcloud.

3.5. Questionnaire de fin d'étude

L'avis de l'orthophoniste, et du patient quand cela est possible, est recueilli à partir du questionnaire de fin d'étude. Selon les préférences et les disponibilités des participants, ce questionnaire peut être rempli de différentes manières. Il peut être complété lors d'un entretien, téléphonique ou présentiel. L'orthophoniste peut aussi choisir de le remplir seul puis de le déposer dans le dossier Nextcloud.

Résultats

1. Population

Les données présentées ci-dessous sont issues des réponses à la fiche de renseignement complétée au début de l'étude par les orthophonistes.

1.1. Orthophonistes

L'étude compte cinq orthophonistes exerçant en libéral, une en hôpital et une dans un établissement de soins de suite et de réadaptation. Leurs expériences concernant l'aphasie, l'aide aux aidants et l'autoanalyse de sa pratique professionnelle sont présentées dans le tableau 1. Les formations suivies complémentaires à la formation initiale concernent l'aphasie et/ou l'aide aux aidants. L'une des participantes est également formatrice dans ces domaines. Les expériences des orthophonistes dans l'aide aux aidants concernent l'aphasie et les pathologies neurodégénératives.

Tableau 1 : réponses des orthophonistes à la fiche de renseignement

| | Numéros de dyades | | | | | | |
|--|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Avez-vous participé à d'éventuelles formations/interventions concernant l'aphasie, l'aide aux aidants, les stratégies de communication ou l'évaluation/autoévaluation des pratiques professionnelles ? | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Non | Oui |
| Avez-vous une expérience pratique dans l'aide aux aidants dans le cadre de votre profession ? | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Oui | oui |
| Avez-vous déjà participé à une étude impliquant une auto-analyse de votre pratique professionnelle ? | Non | Non | Non | Non | Oui | Non | Non |

1.2. Patients

L'étude compte six patients présentant une aphasie non fluente et un patient présentant une aphasie fluente. Les participants sont tous droitiers. La moyenne d'âge est de 49 ans. Les informations détaillées concernant le profil des patients sont disponibles dans le tableau 2.

Tableau 2 : Profils des patients

| Dyades | Age | Score BDAE | Profil sémiologique | Prise en charge actuelle (par semaine) | Distance du début de l'aphasie |
|--------|--------|------------|--|--|--------------------------------|
| 1 | 41 ans | 3 | Aphasie non fluente avec agrammatisme important, discrètes difficultés pragmatiques, troubles modérés de l'articulation et du lexique, de la compréhension simple et de l'orthographe lexicale, troubles importants de la compréhension élaborée (orale, écrite), du graphisme et de la lecture à voix haute, et altération sévère de l'élaboration du discours et de l'orthographe grammaticale. | 5 séances | 1 an 5 mois |
| 2 | 52 ans | 2 | Aphasie non fluente avec agrammatisme sévère, discrètes difficultés pragmatiques et de compréhension écrite simple, troubles modérés de l'articulation, du lexique, de la compréhension orale simple, de la compréhension écrite élaborée et de la lecture à voix haute, troubles importants de la compréhension orale élaborée et de l'orthographe lexicale et altération sévère de l'élaboration du discours et de l'orthographe grammaticale. | 5 séances | 8 mois |
| 3 | 56 ans | 3 | Aphasie non fluente, sans difficulté de compréhension orale simple, discrètes difficultés articulatoires et syntaxiques, troubles modérés de l'élaboration du discours, de la pragmatique, de la lecture à voix haute, du graphisme et de l'orthographe grammaticale, troubles importants du lexique, de la compréhension orale et écrite élaborées et de l'orthographe lexicale. | 3 séances | 1 an 18 jours |
| 4 | 38 ans | 3 | Aphasie non fluente avec agrammatisme important, discrètes difficultés orthographiques (lexicale et grammaticale), graphiques, de compréhension orale simple, troubles modérés de l'articulations, de la pragmatique, de la compréhension écrite simple et de la lecture à voix haute, troubles importants du lexique, de l'élaboration du discours, de la compréhension élaborée (orale, écrite). | 4 séances | 1 an 4 mois |
| 5 | 58 ans | 4 | Aphasie non fluente, sans difficulté lexicale, pragmatique, de compréhension (orale, écrite), discrètes difficultés syntaxiques, de l'élaboration du discours et du graphisme, troubles modérés de l'articulation et de l'orthographe (lexicale, grammaticale). | 2 séances | 1 an 9 mois |

| | | | | | |
|---|--------|---|--|---------------|--------|
| 6 | 44 ans | 2 | Aphasie non fluente avec agrammatisme sévère, discrètes difficultés pragmatiques, de compréhension orale simple et graphiques, troubles articulatoires, de compréhension écrite simple, de compréhension élaborée (orale, écrite) et d'orthographe lexicale modérée, troubles importants du lexique et de lecture à voix haute et altération sévère de l'élaboration du discours et de l'orthographe grammaticale. | 3 séances | 1 an |
| 7 | 53 ans | 3 | Aphasie fluente avec dyssyntaxie importante, sans difficulté articulatoire ou graphique, discrètes difficultés de lecture à voix haute, troubles modérés du lexique, de la pragmatique et de la compréhension simple (orale, écrite), troubles importants de l'élaboration du discours, de la compréhension élaborée (orale, écrite) et de l'orthographe (lexicale, grammaticale). | 4 à 5 séances | 4 mois |

Les profils communicationnels (tableau 3) des patients sont variés. Certaines caractéristiques sont communes à tous les profils. En effet, tous les patients sont sensibles aux aides conversationnelles utilisées par l'interlocuteur. Cependant peu utilisent des gestes, mimiques ou d'autres moyens pour se faire comprendre. Ceux utilisant d'autres moyens écrivent (sur une ardoise ou avec le doigt sur la table) ou investissent des objets de l'espace. Tous les patients savent également prendre leur tour de parole quand c'est leur tour. Seuls les patients présentant une aphasie fluente respectent les tours de parole du partenaire de communication. Enfin, tous les patients sauf un sont investis dans la communication verbale.

D'autres éléments sont présents chez quatre à cinq patients. C'est le cas pour la conscience de leurs troubles du langage. Ces patients initient de nouveaux thèmes de conversation et parviennent à maintenir le thème au cours de l'interaction. Plus de la moitié également sait signaler ses difficultés de production ou de compréhension et sait s'adapter aux connaissances de l'interlocuteur.

D'autres caractéristiques sont peu présentes voire absentes dans les profils communicationnels. En effet, très peu de patients engagent facilement la conversation avec un proche et seul le patient présentant une aphasie fluente engage facilement la discussion avec une personne extérieure à l'entourage. Enfin, un seul patient reformule ses propos quand l'interlocuteur n'a pas compris, peu d'entre eux initient la réparation de leurs erreurs de production et aucun ne répare ses erreurs de production de lui-même.

Tableau 3 : Profils communicationnels des patients

| | Numéros de dyades | | | | | | |
|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Le patient a conscience de ses troubles du langage | + | + | | + | + | + | |
| Le patient est investi dans la communication verbale | + | + | | + | + | + | + |
| Le patient engage facilement la conversation avec un proche | + | | | | | | + |
| Le patient engage facilement la conversation avec une personne ne faisant pas partie de l'entourage | | | | | | | + |
| Le patient initie de nouveaux thèmes de conversation | | + | | | + | + | + |
| Le patient parvient à maintenir le thème de la conversation | | + | | + | + | + | + |
| Le patient prend son tour de parole quand c'est son tour | + | + | + | + | + | + | + |
| Le patient respecte les tours de parole de son partenaire de communication | + | + | + | + | + | + | |
| Le patient reformule ses propos quand l'interlocuteur n'a pas compris | | | | | + | | |
| Le patient s'adapte aux connaissances de son interlocuteur sur le sujet conversation | | | + | + | + | + | |
| Le patient signale quand il est en difficulté (de production ou de compréhension) | + | + | | | + | + | |
| Le patient initie la réparation de ses erreurs | + | | | | + | | |
| Le patient répare ses erreurs de production lui-même | | | | | | | |
| Le patient est sensible aux aides conversationnelles (gestes, mimiques, expressions faciales...) | + | + | + | + | + | + | + |
| Le patient utilise des gestes, de mimiques pour se faire comprendre | + | | | | | + | + |

2. Synthèse des réponses à la grille d'analyse des stratégies de communication

Les réponses présentées sont issues des réponses aux grilles des sept dyades. Les analyses des réponses sont basées sur l'autoanalyse des orthophonistes à partir de l'extrait vidéo et la lecture de la transcription. Les résultats analysés sont donc issus de 7 enregistrements vidéo, pour un total de 26 minutes 30 secondes d'enregistrement transcrites. Au total, les réponses à 119 items ont été recueillies et analysées (7 grilles de 17 items). Les réponses quantitatives (présence ou non de la stratégie) seront d'abord présentées, puis elles seront comparées aux réponses qualitatives de l'analyse vidéo puis de la transcription.

2.1. Synthèse des réponses quantitatives à la grille d'analyse

Les réponses quantitatives à la grille d'analyse sont présentées dans le tableau 5. Ce tableau permet de visualiser la fréquence d'utilisation des stratégies entre les dyades et la concordance des observations entre l'analyse vidéo et à la lecture de la transcription. Les items 1 à 6 correspondent aux stratégies de communication verbales, les items 7 et 8 aux stratégies de communication paraverbales, les items 9 à 16 aux stratégies de communication paraverbales et l'item 17 à la gestion de l'échange.

Tableau 5 : Réponses quantitatives à la grille d'analyse des stratégies de communication

| Stratégie | Nombre d'orthophonistes ayant observé la stratégie | |
|--|--|---|
| | Présente, selon l'analyse vidéo | Présente, selon l'analyse de la transcription |
| 1. Je produis des phrases courtes et claires | 5 | 5 |
| 2. Je reformule mon message quand le patient n'a pas compris | 1 | 1 |
| 3. Je pose des questions fermées | 7 | 7 |
| 4. Je reformule le message du patient pour vérifier que j'ai compris le message | 6 | 6 |
| 5. Je formule des hypothèses pour aider le patient en cas de manque du mot | 7 | 7 |
| 6. Je manifeste verbalement ma compréhension ou mon incompréhension | 6 | 6 |
| 7. Je produis des énoncés minimaux (ex : hum hum, ok...) pour marquer ma compréhension | 6 | 6 |
| 8. Mon débit est lent ou ralenti | 5 | / |

| | | |
|---|---|---|
| 9. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer | 5 | / |
| 10. J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message. | 4 | 4 |
| 11. J'utilise divers supports pour soutenir la communication. | 1 | 1 |
| 12. J'utilise le dessin pour me faire comprendre | 0 | 0 |
| 13. J'utilise l'écriture pour me faire comprendre | 1 | 1 |
| 14. Je vérifie que le patient comprend mon message en étant attentif à ses réactions non verbales | 7 | / |
| 15. Je manifeste ma compréhension ou mon incompréhension par mes expressions faciales | 4 | / |
| 16. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre | 2 | 1 |
| 17. L'équilibre des tours de parole est respecté (temps de parole et alternance des tours de parole) | 5 | 4 |

2.1. Synthèse des réponses qualitatives à la grille d'analyse

Si les réponses quantitatives donnaient les premières informations quant à l'utilisation des stratégies et la concordance entre les deux outils d'analyse, les remarques qualitatives précisaient ces observations. Plusieurs types de réponses similaires sont apparus entre les dyades. Ces résultats ont permis d'étudier l'apport de la vidéo et de la transcription dans l'autoanalyse de ses stratégies mais aussi l'apport et l'accessibilité de la grille pour guider cette analyse.

Afin de suivre l'ordre d'analyse proposé dans le protocole, les remarques effectuées lors de l'analyse vidéo seront d'abord présentées. Ensuite, les remarques effectuées à la lecture de la transcription seront exposées. Nous verrons si elles apportent des informations supplémentaires ou contradictoires à l'analyse vidéo.

2.1.1. Analyse vidéo

Parmi les 119 items analysés, la stratégie de communication n'était pas observée au cours de l'analyse vidéo dans 39,5% des cas (47 réponses). Les réponses qualitatives concordaient avec ces observations sauf pour deux stratégies, où les observations étaient nuancées. En effet, les orthophonistes ont répondu « non » mais ont exprimé que la stratégie avait été utilisée une seule fois (pour la stratégie 10) ou « très peu » (stratégie 15). Il est arrivé que l'absence de la stratégie amène à une analyse de la part de l'orthophoniste, dans le cas d'une dyade. Cette analyse a amené à décrire quand et comment la stratégie aurait pu être mise en place. Dans les autres cas, l'absence de la stratégie était due au fait qu'elle n'avait pas été nécessaire vis-à-vis du niveau du patient ou parce que la situation ne s'était pas présentée pas.

Quand les stratégies étaient présentes, dans 60,5% des cas (72 réponses), plusieurs types d'analyses ont été observés. Parmi ces 72 réponses, les remarques qualitatives ont confirmé la présence de la stratégie pour 89% des réponses (64 réponses) et ont nuancé la réponse qualitative dans 11% des cas (8 réponses). Quand les réponses qualitatives et quantitatives concordaient, les orthophonistes ont régulièrement apporté des analyses complémentaires à cette confirmation. Il a été possible de les regrouper selon le type d'information apporté.

D'abord, l'information la plus fréquente était la description de la stratégie, par exemple quels gestes étaient utilisés ou encore de quelles façons les orthophonistes exprimaient leur incompréhension et leur compréhension (stratégies 6 et 15). Ensuite, les orthophonistes ont analysé à plusieurs reprises l'efficacité de la stratégie, à partir des réactions du patient, par exemple « le patient semble s'en saisir », « cela semble efficace pour le patient mais pas systématiquement ». Cette analyse les a amené à des réflexions sur l'utilisation de la stratégie, sa nécessité et les différents moyens de l'exploiter si l'orthophoniste n'était pas satisfaite. Dans leurs réponses, les participantes ont indiqué également les objectifs de l'utilisation de la stratégie. Quand l'item lui-même énonçait un objectif (stratégies 2 et 7), il est arrivé que l'objectif décrit par les participantes ne soit pas le même que celui proposé. Par exemple quand l'objectif indiqué était « pour marquer ma compréhension » (stratégie 7), une orthophoniste a indiqué l'utiliser également pour encourager le patient à poursuivre. Il est arrivé également que les orthophonistes utilisent d'autres moyens pour atteindre le même objectif, par exemple les répétitions et les récapitulatifs ont été utilisés en plus des reformulations dans la stratégie 4. Au cours de l'analyse vidéo, les orthophonistes ont donné également une approximation de la fréquence de la stratégie avec des termes tels que « le plus souvent », « fréquemment » ou encore « beaucoup ». Enfin, d'autres informations, moins fréquentes, venaient compléter les réponses quantitatives. Des indications sur l'intonation étaient associées au fait d'utiliser des phrases courtes et claires pour une dyade. Deux dyades ont donné des informations concernant la prosodie pour la stratégie 9 concernant le débit. L'une d'elles a complété en indiquant que l'intensité et l'intonation parfois non adaptées ont pu gêner la compréhension malgré un débit ralenti. Pour la stratégie 3, deux orthophonistes ont comparé l'utilisation des questions fermées à celle des questions ouvertes ou semi-ouvertes.

Un dernier item, non pris en compte dans les pourcentages, concernait l'utilisation éventuelle d'autres stratégies qui n'auraient pas été mentionnées dans les dix-sept items précédents. Trois orthophonistes ont indiqué en employer d'autres. Comme pour les autres items, les orthophonistes ont décrit les stratégies en question, et l'une d'elle a indiqué si elles étaient efficaces ou non.

2.1.1. Analyse de la transcription

Quatre stratégies n'étaient pas concernées par l'analyse de la transcription. Les données suivantes portent donc sur 91 items (13 stratégies). Parmi ces items, 51 stratégies ont été observées dans la transcription (56%) et 40 stratégies n'ont pas été observées (44%).

Quand les stratégies n'étaient pas observées dans la transcription, les réponses concordaient avec l'analyse vidéo. Quand la stratégie n'était pas observée dans la vidéo, elle n'était pas non plus observée dans la transcription. L'orthophoniste ayant analysé l'absence des stratégies a également développé sa réflexion à la lecture de la transcription, en situant plus précisément les moments où la situation s'était présentée. De plus, une autre orthophoniste a utilisé les données de la transcription pour approfondir l'analyse de l'équilibre des tours de parole, qu'elle a indiqué être non respecté. La Longueur Moyenne d'Énoncée (LME) a été notamment exploitée pour comparer le nombre et la longueur des tours de parole du patient et ceux de l'orthophoniste.

Parmi les 51 stratégies présentes à la lecture de la transcription, 34 réponses qualitatives (67%) ont confirmé les remarques de l'analyse de vidéo. Les 17 réponses restantes (33%) ont nuancé voire ont contredit l'analyse vidéo. Quand l'analyse vidéo était confirmée, les orthophonistes ont apporté également des observations supplémentaires à la lecture de la

transcription. Les informations complémentaires ont été regroupées de la même façon que pour l'analyse vidéo. Elles étaient moins nombreuses car souvent la transcription venait simplement confirmer les précédentes observations. Il est arrivé cependant que la transcription permette d'apporter de nouveaux éléments à l'analyse. Comme lors du visionnage de la vidéo, les orthophonistes ont décrit la stratégie utilisée. Cependant la description était plus précise avec des exemples de ce qui est dit et l'endroit dans la transcription. Les participantes ont également quantifié précisément la fréquence d'apparition de la stratégie. Cette quantification a aussi été utilisée pour étudier l'efficacité de la stratégie, en analysant le nombre de réactions positives du patient. Enfin, comme lors de l'analyse vidéo, des orthophonistes ont précisé l'objectif dans lequel la stratégie était utilisée ou les autres moyens d'atteindre l'objectif proposé dans l'item. A la lecture de la transcription, les orthophonistes n'ont pas apporté d'information complémentaire quant aux stratégies non mentionnées dans la grille. De manière générale, les stratégies faisant l'objet de remarques détaillées étaient les mêmes pour l'analyse de la vidéo et à la lecture de la transcription. Cette dernière venait compléter les observations déjà effectuées lors de l'analyse vidéo.

Quand l'analyse de la transcription nuancait l'analyse de la vidéo, les remarques portaient le plus souvent sur la fréquence de la stratégie observée. En effet, les orthophonistes ont noté davantage ou moins d'occurrences qu'au visionnage de la vidéo. Comme lors de l'analyse vidéo, certaines orthophonistes ont remarqué que la stratégie n'était pas systématique même quand elle pouvait être utilisée. Un autre type de nuance concernait les stratégies 2 et 7 pour lesquels des orthophonistes ont utilisé la stratégie dans un objectif différent que celui proposé par l'item. Une dernière nuance concernait pour deux cas la stratégie 1 où les phrases étaient estimées courtes et claires à l'analyse de la vidéo, puis courtes mais peu claires à la lecture de la transcription. Dans autres deux cas, la transcription contredisait l'analyse vidéo. Il s'agissait pour une dyade de la stratégie 16, que l'orthophoniste n'avait pas remarquée sur la transcription. L'autre contradiction concernait la gestion de l'échange (stratégie 18) où l'orthophoniste avait utilisé la longueur moyenne d'énoncé (LME) pour mettre en évidence un déséquilibre des nombres de tours de parole et confirmer son idée de laisser plus le temps au patient pour s'exprimer.

2. Synthèse des réponses au questionnaire à destination de l'orthophoniste

A la fin de l'étude, les orthophonistes étaient invitées à compléter un questionnaire permettant d'obtenir leur avis sur les différents aspects de l'étude, afin de répondre aux hypothèses énoncées précédemment. Une échelle de Likert était proposée pour chaque affirmation, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Les orthophonistes étaient invitées à laisser leurs remarques complémentaires à la suite du questionnaire concernant leur ressenti, les éventuels problèmes repérés et leurs suggestions pour améliorer le protocole. Les sept orthophonistes ont répondu à ce questionnaire. Le pourcentage de réponses en accord avec l'affirmation a été calculé à partir des réponses plutôt d'accord et tout à fait d'accord pour faciliter la lecture des résultats.

2.1. Procédure

Tableau 6 : Résultats des réponses au questionnaire concernant l'adéquation de la procédure proposée

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Ni d'accord ni pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord | Pourcentage de réponses en accord |
|--|----------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| 1. L'organisation du protocole est claire et argumentée | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 100% |
| 2. L'échange naturel de 10 minutes proposé dans l'étude me paraît adéquat pour étudier mes stratégies | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 100% |
| 3. La durée de l'extrait vidéo permet de donner une vision suffisamment représentative de la communication avec mon patient | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 86% |

Les remarques qualitatives suivantes ont été énoncées par les orthophonistes :

- Filmer la dyade en conversation était intéressant.
- Pour faciliter la prise en main du protocole, qui comporte beaucoup d'informations et de documents, une rencontre avec la dyade en amont de l'enregistrement aurait été idéale.
- L'extrait de quatre minutes est un peu court et ne permet pas une analyse objective complète. Cette durée permet néanmoins une charge de travail moins conséquente.
- Il aurait été intéressant d'avoir un avis objectif de l'étudiante par rapport aux stratégies de communication utilisées par l'orthophoniste sur la vidéo, en donnant des conseils à partir d'éléments théoriques et d'études récentes.
- Un retour de l'étudiante sur les stratégies utilisées serait intéressant.
- Le délai entre l'analyse et le questionnaire de fin est long pour certaines dyades, il est donc difficile d'y répondre en détails.

2.2. Apport de la grille d'analyse dans la formalisation de ses stratégies de communication

Tableau 7 : Synthèse des réponses au questionnaire concernant l'apport de la grille d'analyse

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Ni d'accord ni pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord | Pourcentage de réponses en accord |
|--|----------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| 4. La grille est compréhensible et facile à compléter | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 86% |
| 5. La grille est suffisamment synthétique | 0 | 1 | 0 | 2 | 4 | 86% |
| 6. La grille reprend bien toutes les stratégies pouvant être utilisées avec mon patient aphasique | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 | 100% |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----|
| 7. La grille m'a permis de prendre conscience de stratégies que j'utilise intuitivement | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 71% |
| 8. La grille m'a permis de découvrir des stratégies de communication que je n'utilise pas | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 71% |

Les remarques qualitatives suivantes ont été énoncées par les orthophonistes :

- La grille a vraiment aidé à voir les stratégies utilisées naturellement.
- La grille permet de mettre en évidence ses stratégies et de relever également ce que les orthophonistes n'utilisent pas.
- Une orthophoniste indique que la grille n'a pas apporté beaucoup plus d'informations que l'extrait vidéo.
- La grille n'a pas réellement permis de découvrir des stratégies mais plutôt de se rendre compte des autres stratégies qui pourraient être intéressantes.
- Il est parfois difficile de choisir entre oui et non dans la grille, il aurait été intéressant de pouvoir donner la fréquence de la stratégie observée.
- Il manque les notions de posture.
- Il manque des notions plus précises pour évaluer l'efficacité ou non des stratégies.
- La grille d'analyse est un peu longue à remplir et manque peut-être de synthèse sur certains points.

2.3. Apport de la transcription

Tableau 8 : Synthèse des réponses au questionnaire concernant l'apport de la transcription

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Ni d'accord ni pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord | Pourcentage de réponses en accord |
|---|----------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| 9. Le visionnage de l' extrait vidéo m'a aidé à mieux prendre conscience de mes stratégies de communication | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 100% |
| 10. La lecture de la transcription a constitué un apport dans la prise de conscience de mes stratégies de communication | 0 | 1 | 0 | 4 | 2 | 86% |
| 11. La lecture de la transcription a apporté des informations supplémentaires par rapport à l'analyse vidéo seule avec la grille (préciser lesquelles en remarque si c'est le cas) | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 | 71% |
| 12. Les observations effectuées entre le visionnage de l' extrait vidéo et la lecture de la transcription sont concordantes | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 100% |

Les remarques qualitatives suivantes ont été énoncées par les orthophonistes :

- La lecture de la transcription est très intéressante tant au point de vue de l'analyse des propos du patient et de l'orthophoniste.
- La lecture de la transcription a permis aux participantes d'observer :
 - Les régulateurs, les tentatives de communications non abouties et les réparations spontanées
 - Les défauts de la communication comme les tics de langages qui peuvent

entraver la compréhension du patient ou encore l'envie de trop aider qui amène à couper la parole

- Le lien entre les stratégies et les réponses du patient
- La fréquence des stratégies
- L'analyse de la vidéo et de la transcription sont indissociables, les deux apportent des éléments complémentaires.
- Une orthophoniste indique que la transcription n'a pas apporté beaucoup plus d'informations que l'extrait vidéo.

2.3. Apport de l'étude

Tableau 9 : Synthèse des réponses au questionnaire concernant l'apport général de l'étude

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Ni d'accord ni pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord | Pourcentage de réponses en accord |
|---|----------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| 13. Participer à l'étude m'a permis de prendre davantage conscience de mes stratégies de communication | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 71% |
| 14. Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies efficaces | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 57% |
| 15. Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies moins efficaces | 0 | 0 | 0 | 5 | 2 | 100% |
| 16. Participer à cette étude aura probablement un impact sur ma pratique future | 0 | 0 | 0 | 6 | 1 | 100% |

Les remarques qualitatives suivantes ont été énoncées par les orthophonistes :

- L'étude a permis de mettre en avant l'intérêt de la vidéo, à utiliser davantage en pratique. Elle permet une prise de recul et une autoévaluation très intéressantes.
- L'étude a permis une autoanalyse et une prise de conscience des stratégies de communication, efficaces et moins efficaces.
- Ce travail permet de mettre en lumière l'aspect fonctionnel et l'impact essentiel de l'interlocuteur.
- L'étude met en évidence les comportements de communication avec les patients.
- Une orthophoniste pensait avoir plus d'informations sur les différentes stratégies et leur efficacité/alternative dans la situation de communication filmée.

3. Synthèse du questionnaire à destination de la dyade

Dans un second temps, les orthophonistes étaient invitées à répondre à trois questions plus ouvertes leur permettant d'exprimer leur avis (et éventuellement celui du patient si elles avaient la possibilité de le recueillir) concernant la collaboration à deux et la relation thérapeutique, au cours de l'interaction filmée mais aussi lors de de leurs échanges ultérieurs.

- *Est-ce que le fait d'être filmée au cours d'une conversation naturelle a été facile ?*

Le fait même d'être filmé n'a pas été perçu comme difficile sur le moment, les participants ayant rapidement oublié la caméra. Deux orthophonistes utilisaient parfois la vidéo lors des séances dont une plusieurs fois avec le patient de la dyade, qui avait l'habitude de ce genre de

situation.

Cependant, trois orthophonistes ont indiqué que l'exercice d'être filmé au cours d'une conversation naturelle n'était pas facile. La vidéo a donné l'impression d'être observée et imposait un cadre moins naturel. L'échange était alors moins authentique.

Enfin, une autre orthophoniste a trouvé plus difficile le fait de visualiser la vidéo ensuite. Elle a pu observer les dysfonctionnements, ce qui n'était pas un exercice agréable. Le patient a également observé la vidéo. Il a pu visualiser l'anomie et le manque d'informativité, dont il avait conscience sans en mesurer la sévérité.

- *Est-ce que cette étude a permis un échange différent avec votre patient ?*

Dans le cas d'une dyade, l'échange était effectivement différent mais plus sur la réserve que d'habitude. La vidéo ne reflétait pas l'attitude habituelle du patient. De plus la réserve était aussi due aux sujets abordés pour ne pas dévoiler trop d'informations personnelles, qui étaient venues naturellement dans la conversation. L'échange était donc différent mais moins qualitatif qu'une conversation hors caméra.

Concernant les autres dyades, l'échange a aussi été perçu comme différent positivement. Deux orthophonistes ont mis l'accent sur le plaisir à communiquer. Les échanges étaient plus fournis et les sujets abordés différents des habitudes. Deux autres participantes ont mis en évidence le fait que cet échange a permis de mettre l'accent sur les stratégies de communication utilisées en conversation libre. La situation a permis à une autre orthophoniste de travailler les réparations des pannes conversationnelles au cours l'échange. Ces dernières sont d'habitude souvent évitées en écourtant la conversation.

Enfin, cet échange n'a pas été différent pour une dyade, qui a pour habitude de consacrer cinq minutes au discours conversationnel et à des échanges de ce type à chaque séance.

- *Est-ce que l'échange a eu un impact sur la relation thérapeutique après l'enregistrement ?*

Deux orthophonistes ont jugé que l'échange n'a pas eu d'impact sur la relation thérapeutique. Cependant l'une d'elles a indiqué que sa façon de communiquer était différente après l'échange. Certaines stratégies ont été plus utilisées qu'auparavant. Deux autres participantes ont estimé également être plus attentives à leurs stratégies de communication avec leur patient.

Parmi les sept dyades, trois d'entre elles ont réaborder certains sujets par la suite. L'une d'elle a même poursuivi l'échange avec l'entourage du patient. Une autre a estimé la relation plus complice et valorisée grâce à cet échange. Le patient a pu visionner la vidéo et avoir un retour sur ses capacités à entretenir une conversation avec son interlocuteur. Les échanges ont été plus fournis par la suite.

Une dyade a utilisé l'enregistrement pour voir l'évolution positive du patient et les objectifs à poursuivre pour la rééducation.

Discussion

1. Population

L'étude compte sept dyades orthophoniste-patient. Initialement, au moins dix dyades étaient attendues. Différentes hypothèses peuvent expliquer pourquoi ce nombre n'a pas été atteint. Tout d'abord, plusieurs éléments étaient nécessaires avant de pouvoir inclure une dyade.

L'orthophoniste devait être intéressé pour participer à l'étude, prendre en charge un patient aphasique dont le profil correspondait aux critères d'inclusion au moment de l'étude et obtenir l'accord du patient. Ainsi, un certain nombre d'orthophonistes étaient intéressés mais tous les éléments n'étaient pas réunis pour inclure la dyade dans l'étude. Le type d'échange demandé peut aussi expliquer la difficulté à recruter des participants. En effet, la conversation naturelle, d'une dizaine de minutes, n'est pas le type d'échange le plus courant au cours des séances de rééducation. Ce point a été souligné par deux orthophonistes, que le fait même d'être filmées ne dérangeait pas mais qui ont trouvé difficile la situation de conversation spontanée. Ensuite, l'exercice même de l'autoanalyse n'est pas simple, d'autant plus quand une tierce personne visionne la vidéo. Enfin, le travail d'autoanalyse est chronophage, même si le protocole a été construit pour être le moins contraignant possible.

Malgré l'effectif plus faible que prévu, les profils des dyades sont hétérogènes et permettent de proposer le protocole à un public varié. En effet toutes les stratégies proposées ne sont pas nécessaires ou efficaces selon la sévérité de l'aphasie et les capacités langagières et communicationnelles du patient. Le fait de ne pas avoir fixé un critère d'inclusion pour le lieu d'exercice a permis de compter parmi les participantes des orthophonistes exerçant dans des structures de soins et en cabinet libéral, même si ces dernières sont plus nombreuses. De la même façon, le fait d'inclure tout type d'aphasie a permis d'inclure un patient fluent. Les autres patients présentent cependant tous une aphasie non fluente. Il aurait été intéressant de pouvoir proposer ce protocole à plus de patients fluents. Les profils sémiologiques des patients montrent des troubles langagiers de nature et de sévérité différentes pour chaque patient. Les profils communicationnels des patients sont également diversifiés. Deux points communs à chaque patient sont retrouvés : ils peuvent tous prendre leur tour de parole quand c'est leur tour et sont tous sensibles aux aides conversationnelles. Les orthophonistes ont également une expérience variée de l'aphasie et de l'aide aux aidants. L'analyse des pratiques professionnelles est cependant nouvelle pour presque toutes les participantes. Cela reflète le fait que l'analyse des pratiques professionnelles soit peu répandue en pratique clinique (da Silva & Masson, 2017).

2. Apport général de l'étude pour la pratique clinique

L'hypothèse générale est que l'autoanalyse à partir de la vidéo, la transcription et la grille peut être un apport dans la pratique professionnelle. Ayant pour objectif de proposer un protocole accessible en pratique clinique, il convient d'étudier l'adéquation de la procédure proposée, dans son ensemble, avant d'étudier les outils utilisés.

D'après les retours des participantes, l'organisation du protocole était claire et argumentée. Il a cependant été souligné qu'une rencontre avec chaque dyade aurait été idéale. En effet, un certain nombre de documents ont été envoyés au début de l'étude. Leur prise en main aurait été plus facile avec une rencontre en amont pour expliquer en détail les étapes du protocole. Cette rencontre était initialement prévue. Le recrutement étant difficile, nous avons élargi le périmètre de recherche. Plusieurs orthophonistes venaient d'autres régions, ce qui limitait les déplacements. Nous avons donc échangé par mail et les participantes pouvaient demander des précisions à tout moment.

Il était également prévu au départ un temps d'échange en fin d'étude, lors d'un entretien, pour recueillir l'avis des participants. Comme dit précédemment il n'était pas possible de s'entretenir avec tout le monde. De plus, la situation sanitaire en France au moment de l'envoi du questionnaire n'a pas permis de voir les orthophonistes de la région. Le questionnaire a donc été envoyé aux orthophonistes, avec la possibilité d'un entretien téléphonique. Il y a eu un

entretien téléphonique dans un cas. De plus, le retour du patient était également prévu. Des questions étaient au départ destinées au patient dans la seconde partie du questionnaire de fin d'étude. La situation sanitaire ne permettant pas aux orthophonistes de voir leur patient, ces questions ont été modifiées pour s'adresser aux orthophonistes, avec la possibilité de recueillir l'avis du patient si cela se présentait ou si la dyade avait échangé à ce sujet en amont.

D'après les réponses au questionnaire de fin d'étude, l'étude a été un apport pour les participantes. Si la prise de conscience des stratégies efficaces était présente chez 57% des participantes (quatre orthophonistes), elles ont toutes indiqué avoir pris conscience de leurs stratégies inefficaces. Cette information confirme l'idée de proposer une grille mettant en avant le positif car nous avons naturellement tendance à remarquer ce qui ne va pas lors d'une autoanalyse. De plus toutes les orthophonistes ont estimé que cette étude aura un impact sur leur pratique future. De plus, les réponses aux questions destinées à la dyade concernant la collaboration ont aussi mis en avant l'intérêt des outils proposés. L'intérêt de s'analyser et d'observer une conversation a aussi été mis en avant. En effet, cela permet d'insister sur le rôle important des deux interlocuteurs dans l'interaction. De plus, les orthophonistes, pour la majorité, ont estimé que l'échange était positivement différent et qu'il a eu un impact sur la relation thérapeutique par la suite. Trois orthophonistes ont pu revoir la vidéo avec le patient. Ce visionnage a permis au patient d'avoir un retour sur ses capacités à tenir une conversation et sur son évolution positive pour deux cas. La vidéo a aussi permis d'axer les points à travailler pour la suite de la rééducation.

L'organisation générale du protocole semble répondre à l'objectif de proposer un protocole accessible pour les praticiens. Ces premiers éléments tendent à confirmer l'hypothèse générale.

3. Apport des outils d'analyse

Dans l'objectif de proposer un protocole accessible, l'hypothèse générale est que l'autoanalyse à partir d'une grille d'analyse, une vidéo et sa transcription est un apport dans la pratique clinique. Les premiers éléments présentés sont en faveur de cette hypothèse. Il convient maintenant d'analyser précisément les outils proposés.

3.1. Grille d'analyse

Dans un premier temps, l'analyse de la grille va offrir une première réponse à cette hypothèse générale. Pour obtenir un protocole fonctionnel, il est important que l'outil commun à l'analyse de la vidéo et de la transcription soit adapté à une pratique clinique.

3.1.1. Sélection des items

La grille d'analyse a été modifiée de manière à être représentative des stratégies de communication utilisées avec les patients aphasiques, à partir des grilles du mémoire de Benâtre (2018), des ressources d'aide aux aidant et des données de la littérature, tout en veillant à proposer un outil synthétique. Des choix ont dû être faits pour ne pas surcharger la grille. Ainsi, des stratégies n'ont pas été conservées, car elles apparaissaient peu dans la littérature. D'autres n'ont pas été proposées pour éviter les contradictions entre les items. Certaines stratégies non conservées ont néanmoins été mentionnées par les orthophonistes. Par exemple, la stratégie de poser des questions ouvertes n'était pas proposée, pour ne pas être en opposition avec les questions fermées (stratégie 3), bien que les deux items apparaissent dans la littérature. Les questions fermées étant plus présentes dans les études, cet item a été choisi. Cela n'a pas empêché les orthophonistes d'analyser et comparer les types de questions posées (fermées,

ouvertes et semi-ouvertes). De même, pour la stratégie 4, la stratégie « reformulation » a été préférée à la stratégie « répétition », pour éviter une redondance. La répétition a pourtant été utilisée et repérée par les orthophonistes lors de la réponse à cet item. Les deux stratégies sont également présentes dans la littérature mais le fait reformuler est plus souvent représenté. Il est intéressant de noter que ces stratégies, malgré leur suppression, ont été repérées et analysées par les orthophonistes.

3.1.2. Apport de la grille d'analyse

Pour tous les participants, la grille était représentative des stratégies pouvant être utilisées avec le patient. La grille était aussi assez synthétique d'après les retours des participantes, sauf pour une personne qui l'a trouvée longue à remplir. Ces retours tendent à valider l'objectif de proposer un outil complet et concis. Deux notions semblent manquer à l'outil. Tout d'abord la notion de posture, qui apparaît chez une dyade. Elle n'a pas été conservée car elle est peu présente dans les études lues pour construire la grille. Son ajout pourrait cependant être intéressant car elle est aussi un canal de communication (Bonnan & Delieutraz, 2014). Elle peut compléter les expressions faciales. De plus, il a été souligné que des notions plus précises pour évaluer l'efficacité des stratégies pourraient être proposées. L'efficacité des stratégies a été évaluée par certaines orthophonistes mais cela n'était pas fait systématiquement. Il pourrait en effet être intéressant de fournir des indicateurs plus détaillés à observer lors de l'analyse pour guider les orthophonistes. Un indicateur proposé pourrait être la comparaison entre le nombre d'occurrences de la stratégie et le nombre de réactions positives ou de réponses fiables du patient, comme cela a été fait par certaines dyades. Il est aussi possible de compter le nombre de tours de parole nécessaires à une réparation (Chetelat-Mabillard & Buttet Sovilla, 2003). Ceci permettrait une analyse plus précise.

La clarté de la grille est aussi un élément à prendre en compte pour évaluer la fonctionnalité de l'outil. Six participantes (86%) ont estimé qu'elle était compréhensible et facile à remplir. La difficulté à choisir entre oui et non dans les réponses quantitatives a cependant été relevée. Dans ce cadre, la proposition de donner une fréquence d'apparition a été évoquée. Cette difficulté était visible dans les réponses à la grille d'analyse. Lorsque les remarques qualitatives nuançaient les observations, ces nuances concernaient pour la majorité la fréquence de la stratégie. Par exemple, les orthophonistes ont indiqué que la stratégie était présente puis ont indiqué qu'elles l'observaient « le plus souvent », « la plupart du temps » ou encore « pas toujours en réalité ». au contraire, dans quelques cas, la réponse quantitative était « non » et l'orthophoniste a indiqué qu'elle était présente une seule fois ou très peu. Au vu de ces réponses, modifier le type de réponses quantitatives serait intéressant. Par exemple, une échelle de fréquence pourrait être proposée avec la possibilité d'indiquer si la stratégie est présente « toujours », « presque toujours », « parfois », « presque jamais » ou « jamais ».

L'objectif est également de proposer un outil apportant des informations aux orthophonistes sur leur stratégies de communication pour leur pratique clinique. Tout d'abord, dans 4 cas (71%), la grille a permis de prendre conscience des stratégies utilisées intuitivement. Les stratégies qui n'avaient pas été utilisées ont également été remarquées par les participantes. En effet, quatre orthophonistes également ont estimé qu'elles avaient pu découvrir des stratégies qui n'avaient pas été utilisées grâce à la grille. Le terme découvrir a cependant été nuancé car une orthophoniste n'a pas découvert réellement de nouvelles stratégies mais a pu y être plus attentive.

Ces différents retours mettent en avant un outil qui semble accessible et intéressant dans la pratique clinique, bien que perfectible.

3.2. Outil vidéo

Au vu des informations précédentes, le protocole dans sa globalité et la grille d'analyse semblent intéressants dans la pratique clinique. Une autre hypothèse est que l'analyse vidéo, à partir de cette grille, aide à la formalisation des stratégies utilisées intuitivement.

3.2.1. Sélection de l'extrait vidéo

Pour chaque dyade, trois à quatre minutes d'enregistrement ont été sélectionnées. Cette durée convenait aux participants dans 86% des cas. Elle semble donc être un bon compromis pour que l'autoanalyse ne soit pas trop chronophage et l'extrait assez révélateur de la communication avec le patient. L'enjeu lors du choix de l'extrait était d'être le plus représentatif de l'ensemble de la vidéo. Le fait de laisser libres les thèmes des conversations a permis des conversations évoluant naturellement vers des discussions spontanées. L'analyse de ces échanges pour sélectionner l'extrait s'est effectuée en plusieurs étapes. La vidéo a d'abord été visionnée entièrement, en délimitant les différents thèmes abordés. Ce premier visionnage permettait de sélectionner un extrait, ou dans la majorité des cas, plusieurs extraits intéressants. Pour déterminer le choix définitif, plusieurs critères étaient pris en compte, à commencer par les stratégies utilisées, afin de proposer un extrait le plus riche possible. De plus, pour valoriser l'échange, les scènes de réparations menant à une réussite de la communication étaient préférées. Les propos des participants étaient aussi un critère. En effet, la conversation amenait parfois le patient à parler de son entourage. Selon le sujet, certaines parties n'ont pas été conservées pour l'extrait. Le choix était parfois difficile car même après l'application de ces critères, il restait au moins deux extraits intéressants. Celui comportant le plus de stratégies variées était préféré. Si la durée de ces deux extraits était courte, ils étaient regroupés en une seule vidéo de trois à quatre minutes, pour assurer la représentativité de la communication de la dyade. Les retours spontanés des orthophonistes étaient positifs. Il n'y a pas eu de remise en question de l'extrait choisi.

3.2.2. Apport de l'outil vidéo

La durée de l'échange naturel de dix minutes demandée pour l'étude convenait à toutes les participantes. Il a été souligné l'intérêt de filmer la dyade au cours d'une conversation. Le choix de demander dix minutes d'enregistrement est soutenu par l'idée de laisser du temps aux participants de lancer la conversation et d'oublier la caméra. Cela a été possible pour six dyades, qui n'ont pas trouvé difficile le fait d'être filmé. La situation d'échange naturel était plus difficile, mais l'intérêt de filmer la dyade au cours d'une conversation a été souligné.

Les réponses aux grilles ont montré que l'analyse de la vidéo a permis de porter une réflexion sur les stratégies utilisées. Les orthophonistes ont relevé des éléments auxquelles elles étaient moins attentives en dehors de l'autoanalyse. Elles ont détaillé notamment la manière dont la stratégie était employée et dans quel but. Elles ont aussi pu estimer la fréquence d'utilisation de la stratégie. L'efficacité et la nécessité de cette dernière avec le patient a aussi été interrogée. De plus, les réponses au questionnaire ont montré que toutes les orthophonistes ont estimé avoir pris conscience de leurs stratégies au visionnage de la vidéo. Cela confirme la conclusion de Benâtre (2018) indiquant que l'outil vidéo est un outil intéressant pour l'autoanalyse. L'intérêt de l'outil vidéo a aussi été relevé par les orthophonistes qui ont estimé

pouvoir l'utiliser davantage dans leur pratique. Cela confirme aussi l'hypothèse que la vidéo est une aide à la formalisation des stratégies de communication.

3.3. Outil transcription

La dernière hypothèse est que la transcription est un apport supplémentaire à l'analyse vidéo dans l'analyse de sa pratique professionnelle. L'analyse de l'utilisation de cet outil permettra de vérifier cette hypothèse

3.3.1. Transcription de l'analyse vidéo

La transcription a été effectuée à partir du logiciel CLAN, qui permet la transcription de fichiers audio et vidéo. Cet outil a été choisi pour plusieurs raisons. Tout d'abord le logiciel CLAN est fréquemment utilisé par la communauté des chercheurs en acquisition et pathologie du langage (da Silva & Masson, 2017). Il est notamment utilisé par les membres du groupe APPEL. Ensuite, ce logiciel est accessible nous avons bénéficié d'une formation lors de la deuxième année du cursus universitaire, permettant de manipuler le logiciel et d'en maîtriser les règles et la syntaxe particulière. De plus, des calculs automatiques sont possibles comme la LME (Longueur Moyenne d'Énoncé) permettant de calculer le nombre d'énoncés produits pour chaque interlocuteur et leur durée moyenne. La fréquence des mots utilisés par chaque participant a également été calculée avec le logiciel. Ces éléments peuvent être utilisés pour effectuer une analyse plus précise des productions.

La transcription a été rédigée de manière à être lisible par une personne non familière tout en étant représentative des échanges. Certains symboles, utilisés pour les calculs automatiques, ont été supprimés dans les versions envoyées aux orthophonistes pour ne pas surcharger la lecture de la transcription. La transcription étant peu utilisée en pratique clinique pour l'analyse des pratiques professionnelles, notamment par son aspect chronophage (da Silva & Masson, 2017), il est important de montrer son intérêt en proposant un outil accessible.

3.3.2. Apport de la transcription

Tout d'abord, une orthophoniste a indiqué que la vidéo et la transcription étaient indissociables pour l'analyse de sa pratique. Les deux outils ont apporté des informations différentes. Cette remarque est en accord avec les observations faites par les orthophonistes à la lecture de la transcription. L'analyse des réponses aux grilles a permis de mettre en avant les informations supplémentaires que les orthophonistes ont observées avec la transcription. En effet, quand l'analyse de la transcription concordait avec l'analyse vidéo, les orthophonistes apportaient des informations pour compléter leurs observations. Ces informations précisaient notamment la fréquence de la stratégie, son efficacité ou apportaient des exemples plus précis. De même, quand l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription comportaient des différences, la lecture de la transcription montrait une fréquence supérieure ou inférieure au visionnage de la vidéo. Cette notion de fréquence observée a également été soulignée dans les réponses au questionnaire de fin d'étude. Les orthophonistes ont également indiqué dans ce dernier que la transcription a permis de remarquer autant les comportements négatifs que positifs ainsi que les réactions du patient aux différentes stratégies. De plus, le questionnaire de fin d'étude montre que 86% des participantes ont estimé que la transcription était un apport dans l'analyse de leurs stratégies et 71% qu'elle apportait des informations supplémentaires à l'analyse vidéo. Ces éléments confirment l'hypothèse de l'apport supplémentaire de la transcription dans l'analyse de sa pratique professionnelle.

Conclusion :

L'aphasie entraîne des troubles langagiers perturbant la communication, menant à un handicap communicationnel. La communication comptant au moins deux interlocuteurs, les difficultés du patient ont également un impact sur l'entourage. Ils sont alors en situation de handicap partagé. Dans ce cadre, le rôle de l'orthophoniste est de rééduquer les troubles langagiers et/ou compenser les difficultés. Plusieurs approches existent, ciblant par exemple les troubles langagiers ou les situations de communication fonctionnelles. L'approche écosystémique quant à elle inclut l'entourage dans la prise en charge. Dans le cadre de cette approche, l'analyse conversationnelle est un outil qui peut être utilisé. Elle est particulièrement utilisée pour étudier les comportements de communication du patient et/ou de l'entourage afin d'ajuster ces comportements. Cet outil est peu répandu dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles. Des études montrent l'intérêt des programmes ciblant l'entraînement du partenaire de communication pour s'ajuster au patient. L'orthophoniste étant amené à guider l'entourage, il est intéressant qu'il analyse lui aussi ses stratégies de communication avec le patient pour orienter au mieux les proches du patient.

L'objectif du mémoire était de proposer un protocole accessible et fonctionnel en pratique clinique à partir d'une grille d'analyse, d'une vidéo et de sa transcription. L'hypothèse générale est que l'autoanalyse à partir du protocole proposé est un apport pour la pratique clinique de l'orthophoniste. Une autre hypothèse est que l'analyse vidéo aide à formaliser ses stratégies de communication utilisées intuitivement. La dernière hypothèse est que la transcription est un apport supplémentaire à l'analyse vidéo pour l'analyse de sa pratique professionnelle.

Pour répondre à ces hypothèses, une conversation de dix minutes a été filmée pour chaque dyade. Un extrait de trois à quatre minutes a été sélectionné et transcrit avec le logiciel CLAN. Les orthophonistes ont ensuite pu analyser leurs stratégies de communication à partir de la grille, l'extrait vidéo et la transcription.

Les résultats montrent que la grille est accessible et intéressante dans le cadre de la pratique clinique. Quelques modifications pourraient être effectuées pour améliorer l'outil. De plus, les résultats confirment la conclusion du mémoire précédent sur l'intérêt de l'outil vidéo pour l'autoanalyse. Les orthophonistes ont pu formaliser les stratégies utilisées intuitivement. L'analyse vidéo a permis de décrire leurs stratégies et leur fréquence, et d'analyser leur efficacité. Enfin, les orthophonistes ont mis en avant que la transcription leur a permis d'observer des éléments supplémentaires à l'analyse vidéo. Des données plus précises ont été observées comme le nombre exact d'occurrences et de réactions positives du patient. Ces éléments confirment les hypothèses quant à l'intérêt de la vidéo et l'apport supplémentaire de la transcription. De plus, l'hypothèse générale est également confirmée. Les résultats mettent en avant l'apport de l'étude dans la pratique clinique et dans la prise de conscience des stratégies, efficaces et moins efficaces. L'objectif de proposer un protocole accessible à la pratique clinique semble atteint.

L'intérêt d'un retour sur les stratégies utilisées dans les vidéos a été évoqué. Dans ce cadre, il serait intéressant de proposer les outils de ce mémoire à d'autres dyades au cours d'une étude permettant d'analyser leurs stratégies à T1 et T2, en laissant un délai suffisant pour réajuster leurs comportements de communication. De la même façon la grille serait proposée, accompagnée d'un enregistrement vidéo et de sa transcription avec le logiciel CLAN. Les orthophonistes pourraient être guidés dans ce réajustement notamment à l'aide d'indicateurs

plus précis pour analyser leurs stratégies, notamment leur efficacité. Ceci permettrait de valoriser plus encore les stratégies efficaces.

Un autre aspect de l'étude des comportements serait également la prise en compte du patient dans l'analyse, du point de vue de la collaboration avec l'orthophoniste. En effet, chaque interlocuteur a une part de responsabilité dans l'interaction. Il est important que le patient sache signaler à l'orthophoniste ses difficultés mais aussi ce qui facilite sa communication. Identifier ensemble ces éléments permettrait à l'orthophoniste d'orienter plus précisément l'entourage dans le cadre de l'aide aux aidants

Bibliographie

- Aïach, P., & Baumann, M. (2007). L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches. *Médecine*, 3(3), 130-135.
- Beckley, F., Best, W., Johnson, F., Edwards, S., Maxim, J., & Beeke, S. (2013). Conversation therapy for agrammatism: Exploring the therapeutic process of engagement and learning by a person with aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 48(2), 220-239.
- Beeke, S., Sirman, N., Beckley, F., Maxim, J., Edwards, S., Swinburn, K., & Best, W. (2013). *Better conversations with aphasia : An e-learning resource*. Retrieved from <https://extendstore.ucl.ac.uk/catalog?category=13>
- Beeke, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J., & Best, W. (2014a). Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology*, 29(3), 355-377.
- Beeke, A., Johnson, F., Beckley, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J. & Best, W. (2014b). Enabling better conversations between a man with aphasia and his conversation partner: incorporating writing into turn taking. *Research on Language & Social Interaction*, 47(3) : 292-305.
- Benâtre, E. (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*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille, Lille, France.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P., & Sonnander, K. (2013). A multiple-case study of a family-oriented intervention practice in the early rehabilitation phase of persons with aphasia. *Aphasiology*, 27(2), 201-226.
- Bonnan, C., & Delieutraz, C. (2014). La parole reprise comme réparation conversationnelle dans le cadre de l'aphasie. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 60, 85-96.
- Booth, S., & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: A case study. *Aphasiology*, 13(4-5), 283-303.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues: OrthoEdition.
- Cameron, A., McPhail, S. M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2015). Increasing the confidence and knowledge of occupational therapy and physiotherapy students when communicating with people with aphasia: A pre-post intervention study. *Speech, Language and Hearing*, 18(3), 148-155.
- Chetelat-Mabillard, D., & Buttet-Sovilla, J. (2003). Essai d'utilisation du « Conversational Analysis Profile for People with Aphasia » (CAPPA). *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 38, 111-128.

- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2010). *Les aphasies. Evaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1987). Collaborating on contributions to conversations. *Language and cognitive processes*, 2(1), 19-41.
- Coface Handicap (2009). *Charte européenne de l'aidant familial*. Repéré à <https://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/chartecofacehandicapfr.pdf>
- Croteau, C., Vychytil, A. M., Larfeuil, C., & Le Dorze, G. (2004). "Speaking for" behaviours in spouses of people with aphasia: A descriptive study of six couples in an interview situation. *Aphasiology*, 18(4), 291-312.
- Croteau, C., & Le Dorze, G. (2006). Overprotection, "speaking for", and conversational participation: A study of couples with aphasia. *Aphasiology*, 20(2-4), 327-336.
- Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training programme to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17(8), 687-707.
- da Silva Genest, C., & Masson, C. (2017). L'apport de la linguistique de corpus à l'étude des situations cliniques : l'utilisation de ressources écologiques. *Studii de Lingvistica*, 7, 89-112.
- Damico, J., Tetnowski, J., Lynch, K., Hartwell, J., Weill, C., Heels, J., & Simmons Mackie, N. (2015). Facilitating authentic conversation : An intervention employing principles of constructivism and conversation analysis. *Aphasiology*, 29(3), 400-421.
- Davis, G, & Wilcox, M. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In Chapey, R. (Eds), *Language intervention strategies in adult aphasia* (pp.169-193). Baltimore, MD : Williams & Wilkins.
- de Partz, M.-P., (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle, *Glossa*, 75, 4-12.
- Druelle, H., Deka, S., & Iche, A. (2007). *Le PTECCA : élaboration d'un protocole d'évaluation écosystémique de la communication du couple aphasique*. (Mémoire d'orthophonie, Université Paul-Sabatier, Toulouse, France).
- 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*, 45(3), 31-54.
- Gil, R. (2018). *Neuropsychologie* (6e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *Boston Diagnostic Aphasia Examination*. (Traduit par Mazaux, J.M., Orgogozo, J.M, 1982).
- Grice, H.P., (1975). Logic and Conversation. In Cole P., & Morgan J.L. (Eds.), *Syntax and Semantics* (pp. 41-58). New-York : Academic Press.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et*

organisation. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Iché, A., Rives, C., & Joyeux, N. (2012). Un bilan orthophonique d'approche écosystémique de la problématique aphasique : le PTECCA. *Entretiens de Bichat (Orthophonie)*, 81-94.

Inserm (2019). Dossier d'information : accident vasculaire cérébral. Consulté sur : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc_mis_à_jour_en_mai_2019_avec_la_collaboration_de_Laurent_Puy_et_de_Charlotte_Cordonnier

Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., Mathiesen L. L., & Forchhammer, H. B. (2014). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80. Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in stroke rehabilitation*, 2(1), 15-28.

Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.

Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in stroke rehabilitation*, 11(1), 67-83.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*. Paris, France : Colin.

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

Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C., & Moir, D. (2001). Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(sup1), 25-30.

Martin, Y. (2018). L'accompagnement des perturbations de la communication fonctionnelle chez la personne aphasique, *Rééducation orthophonique*, 56(275), 191-205.

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 <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/Presentation-CIF-2018.pdf>

Organisation des Nations Unies (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Repéré à <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of neurology*, 257(7), 1099-1107.

- Rousseau, M., Bénèche, M. (2014). Les aspects théoriques de la communication. In Mazaux, J.-M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. (pp.20-32). Montpellier, France : Sauramps Medical.
- Saldert, C., Backman, E., & Hartelius, L. (2013). Conversation partner training with spouses of persons with aphasia: A pilot study using a protocol to trace relevant characteristics. *Aphasiology*, 27(3), 271-292.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12), 1814-1837.
- Simmons-Mackie, N., Savage, M. C., & Worrall, L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 511-526.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221.
- Vincent, D. (2001). Les enjeux de l'analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation. *Revue québécoise de linguistique*, 30(1), 177-198.
- Watson, C. M. (1999). An analysis of trouble and repair in the natural conversations of people with dementia of the Alzheimer's type. *Aphasiology*, 13(3), 195-218.
- Whitworth, A., & Perkins, L., & Lesser, R. (1997). *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia CAPPA*, London : Whurr Publ.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S., & Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples' conversations : A single case study. *Aphasiology*, 24(6-8), 869-886.
- Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K., & Sage, K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International journal of speech-language pathology*, 13(1), 74-87.

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre d'information

Annexe 2 : Lettres de consentement

Annexe 3 : Références de la grille d'analyse

Annexe 4 : Grille d'analyse des stratégies de communication

Annexe 5 : Déclaration de conformité à la protection des données personnelles

Annexe 6 : Extrait d'une transcription d'un extrait vidéo

Annexe 7 : Questionnaire de fin d'étude

Annexe 8 : Protocole de l'étude