

MEMOIRE

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

Caroline Rouillé

soutenu publiquement en juin 2021

**L'autoanalyse conversationnelle comme aide à
l'ajustement des stratégies communicationnelles
de l'orthophoniste avec son patient aphasique
Approche longitudinale**

MEMOIRE dirigé par

Marie-Laure SIMON, Orthophoniste, Haubourdin

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de mémoire, Mesdames TRAN et SIMON, pour leur accompagnement dans ce travail et leurs précieux conseils.

Je remercie tous les participants pour leur confiance et leur bienveillance tout au long de cette étude. Merci aux aidants des patients pour m'avoir si bien accueillie.

Je tiens à remercier Sybille Lucas, qui s'est rendue disponible à plusieurs reprises tout au long de ce travail pour répondre à mes questionnements.

Un grand merci à mes maitres de stage, qui m'ont apporté leur expérience clinique, en partie auprès de patients aphasiques. Merci pour leurs conseils, leur écoute et leur patience.

Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de ces cinq années d'études. Un remerciement particulier à mon grand-père, pour ses apprentissages de vie et son immense générosité de cœur. Merci d'avoir contribué à mon envie de devenir orthophoniste par tes confidences et ton humour, toi pour qui « bégayer des mots d'amour fait durer les instants de bonheur ».

Enfin, merci à toi Arnaud, pour ta présence et tes encouragements, pour m'avoir accompagnée et soutenue dans les bons comme les mauvais moments. Merci d'avoir contribué à rendre belles ces cinq dernières années.

Résumé :

L'aphasie engendre des troubles langagiers et communicationnels impactant la qualité de l'échange avec les partenaires de communication. Afin de compenser ce handicap partagé, le patient aphasique et ses interlocuteurs peuvent utiliser spontanément des stratégies communicationnelles. Cependant, toutes ne sont pas facilitantes pour la communication. L'orthophoniste peut utiliser l'autoanalyse conversationnelle pour observer ces comportements spontanés, afin de les ajuster individuellement aux besoins/possibilités de son patient. Ce mémoire fait suite à deux précédents mémoires, ayant mis en évidence l'intérêt de l'autoanalyse conversationnelle via la vidéo et la transcription pour l'orthophoniste auprès de patients aphasiques. L'objectif du présent mémoire est d'étudier l'apport de cette pratique pour l'orthophoniste à des temps T1 et T2 espacés de plusieurs mois. Trois dyades orthophoniste-patient aphasique ont participé chacune à deux échanges naturels de dix minutes, filmés à trois mois d'intervalle. Les orthophonistes se sont autoanalysées grâce aux deux extraits vidéo, à leurs transcriptions et à une grille d'autoanalyse, puis ont choisi une à cinq stratégie(s) à modifier/mettre en place auprès de leur patient grâce à une grille de choix des stratégies. Les résultats ont montré un apport des outils utilisés dans la conscientisation par l'orthophoniste de ses stratégies communicationnelles à T1 et T2. La deuxième autoanalyse et la période proposée entre les deux vidéos ont permis un ajustement communicationnel des participantes. Il pourrait être intéressant de poursuivre cette étude en permettant l'utilisation des grilles d'analyse en pratique clinique, dans le but d'individualiser l'accompagnement communicationnel des aidants avec leur proche aphasique.

Mots-clés :

Aphasie – stratégies de communication – ajustement communicationnel - analyse conversationnelle – autoanalyse

Abstract :

Aphasia causes language and communication disorders that impact the quality of exchanges with communication partners. In order to compensate for this shared handicap, the aphasic patient and his interlocutors can spontaneously use communicative strategies. However, not all of these strategies facilitate communication. The speech therapist can use conversational self-analysis to observe these spontaneous behaviors in order to adjust them individually to the patient's needs/abilities. This dissertation is a follow-up to two previous dissertations, which highlighted the value of conversational self-analysis via video and transcription for the speech therapist with aphasic patients. The objective of the present thesis is to study the contribution of this practice for the speech therapist at times T1 and T2 spaced several months apart. Three SLP-aphasic patient dyads each participated in two natural 10-minute exchanges, filmed three months apart. The SLPs self-analyzed using the two video clips, their transcripts, and a self-analysis grid, and then chose one to five strategies to modify/implement with their patient using a strategy choice grid. The results showed a contribution of the tools used in the SLP's awareness of their communication strategies at T1 and T2. The second self-analysis and the period proposed between the two videos allowed for a communicative adjustment of the participants. It could be interesting to continue this study by allowing the use of the analysis grids in clinical practice, with the aim of individualizing the communicative support of caregivers with their aphasic relative.

Keywords :

Aphasia – communication strategies – communication adjustment - conversation analysis
– autoanalyse

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. Principes et composantes de la communication	2
.1.2.2. Qu'est-ce qu'un partenaire de communication ?	3
.1.3. Compétences et troubles communicationnels dans l'aphasie.....	4
.1.4. Répercussions des troubles communicationnels	4
.1.4.1. Répercussions sur le patient	4
.1.4.2. Répercussions sur l'entourage	5
.1.4.3. Handicap partagé	5
.2. Stratégies et comportements communicationnels.....	5
.2.1.1. Les réparations.....	5
.2.1.2. Les comportements barrières et facilitateurs à la communication	6
.3. Intervention auprès du patient aphasique	6
.3.1. Principales approches de rééducation orthophonique	6
.3.2. La conversation comme support de l'intervention orthophonique.....	7
.3.2.1. Entraînement du partenaire de communication	7
.3.2.2. Coaching conversationnel	8
.3.2.3. Intervention axée sur l'interaction	8
.4. Intérêt de l'analyse conversationnelle	8
.4.1. L'Analyse conversationnelle	8
.4.1.1. Apport de l'outil vidéo	8
.4.1.2. Apport de la transcription linguistique	9
Buts et hypothèses	9
Méthode.....	10
.1. Critères d'inclusion des participants	10
.2. Matériel.....	10
.2.1. Fiche de renseignement	10
.2.2. Grilles d'autoanalyse des stratégies de communication	11
.2.2.1. Modification de la grille d'analyse.....	11
.2.2.2. Élaboration de la grille de choix des stratégies	11
.2.3. Questionnaire de fin d'étude.....	11
.3. Procédure.....	12
.3.1. Enregistrements vidéo	12
.3.2. Transcription.....	12

.3.3. Analyse des stratégies de communication par l'orthophoniste	12
.3.4. Délai de trois mois et reproduction du protocole	13
Résultats	13
.1. Caractéristiques des dyades	13
.2. Autoanalyses conversationnelles	15
.2.1. Analyse des vidéos	15
.2.2. Analyse des transcriptions	16
.3. Formalisation des choix de stratégies	17
.3.1. Synthèse des résultats relatifs au temps T1	17
.3.2. Synthèse des résultats relatifs au temps T2	19
.4. Ajustement communicationnel	20
.5. Questionnaire de fin d'étude.....	22
.5.1. Questionnaire à destination des orthophonistes.....	22
.5.2. Questionnaire à destination de la dyade	24
Discussion.....	24
.1. Population.....	24
.2. Matériel utilisé.....	25
.2.1. Apport des autoanalyses conversationnelles	25
.2.1.1. Apport du support vidéo	25
.2.1.2. Apport de la transcription.....	26
.2.1.3. Apport de la grille d'analyse	26
.2.2. Apport de la grille de choix des stratégies.....	27
.3. Apport de l'étude dans la pratique clinique.....	28
.3.1. Apport général de l'étude	28
.3.2. Apport de l'approche longitudinale.....	28
.3.2.1. Délai entre les deux vidéos.....	28
.3.2.2. Apport de la deuxième autoanalyse.....	29
Conclusion.....	29
Bibliographie	31
Liste des annexes	34
Annexe n°1 : Lettre d'information	34
Annexe n°2 : Lettre de consentement.....	34
Annexe n°3 : Protocole de l'étude.....	34
Annexe n°4 : Grille d'analyse des stratégies de communication	34
Annexe n°5 : Grille de choix des stratégies.....	34
Annexe n°6 : Exemple d'une grille de choix des stratégies remplie	34
Annexe n°7 : Questionnaire de fin d'étude	34
Annexe n°8 : Exemple d'une transcription d'un extrait vidéo	34
Annexe n°9 : Synthèse des réponses à la grille d'analyse de chaque dyade à T1 et T2.....	34

Introduction

L'aphasie est définie comme « l'ensemble des *troubles de la communication* par le langage secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique » (Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard, 2010, p. 61). Elle est principalement causée par des accidents vasculaires cérébraux (AVC), mais peut également avoir de nombreuses autres étiologies telles que les pathologies tumorales, inflammatoires, traumatiques ou infectieuses. Ses répercussions peuvent concerner l'expression comme la compréhension du langage, dans ses aspects oraux et/ou écrits. Plus ou moins importants selon le type d'aphasie et la localisation des lésions, les troubles communicationnels qui en découlent impactent la personne aphasique au même titre que ses proches. Le bouleversement des habitudes de communication est en effet partagé par les partenaires de vie, qui doivent s'adapter au trouble de leur proche aphasique et à ses conséquences. L'orthophoniste est le professionnel de santé qui intervient auprès des patients afin de restaurer et/ou de compenser leurs capacités langagières et communicationnelles. Ayant également un rôle d'information et d'accompagnement auprès des aidants, il apparaît nécessaire qu'il puisse identifier ses propres stratégies de communication afin de leur prodiguer les conseils les plus pertinents. L'analyse conversationnelle, qui consiste à analyser les interactions entre plusieurs interlocuteurs, peut alors s'avérer être un outil précieux. Elle peut en effet permettre d'observer les comportements communicationnels spontanés mis en place par le patient aphasique et ses partenaires, et leurs effets positifs ou négatifs sur la communication.

Ce travail s'inscrit dans les travaux du groupe de recherche APPEL (Analyse des Pratiques Professionnelles sur les Echanges Langagiers¹), qui étudie l'intérêt des transcriptions, des enregistrements audio et vidéo dans la prise de conscience par les professionnels de leurs pratiques langagières. Il s'inscrit également dans la continuité de deux précédents mémoires soutenus à l'université de Lille (Benâtre, 2018 ; Lucas, 2020). Le mémoire de Benâtre visait d'une part à identifier l'utilité de l'outil vidéo couplé à une grille d'observation des stratégies communicationnelles dans la pratique orthophonique et plus précisément dans l'identification de ses stratégies communicationnelles par l'orthophoniste. Il avait également pour but d'évaluer l'impact de cette autoanalyse sur le réajustement communicationnel de l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. En 2018, six dyades avaient ainsi été recrutées et filmées durant de courts échanges. L'identification par les orthophonistes de leurs stratégies efficaces et inopérantes avait été suivie d'un laps de temps de deux semaines, ce délai étant supposé permettre aux orthophonistes de réajuster leurs comportements de communication avant un second enregistrement vidéo. Ce dispositif avait confirmé l'intérêt de l'outil vidéo dans l'analyse des stratégies communicationnelles. Cependant, les orthophonistes avaient fait part de leur difficulté à les identifier de manière précise, ainsi qu'à évaluer l'efficacité réelle de leur réajustement communicationnel, le délai de deux semaines ayant été jugé trop court par la majorité des participantes. La grille d'analyse proposée avait quant à elle été jugée trop longue et redondante. Le mémoire de Lucas, soutenu en 2020, visait à compléter ce dispositif par l'apport d'une transcription écrite des vidéos, et par une amélioration de la grille d'analyse. Celle-ci avait donc été modifiée afin de correspondre davantage aux données de la littérature et d'accentuer l'analyse sur les stratégies facilitantes des orthophonistes, en visant un rendu plus

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

synthétique et une utilisation simplifiée par un nouvel échantillon de participants. Sept dyades avaient participé à l'étude. Les résultats confirmaient ceux de Benâtre quant à l'intérêt de la vidéo dans la prise de conscience des stratégies et dans l'analyse des pratiques professionnelles. L'intérêt de la transcription était également mis en évidence, celle-ci permettant de préciser certaines notions par rapport à l'unique enregistrement vidéo. Les participantes auraient cependant apprécié pouvoir mentionner la fréquence d'apparition des stratégies.

Le présent mémoire a pour objet l'étude longitudinale de nouvelles dyades orthophoniste-patient aphasique. L'objectif est d'étudier l'impact de l'enregistrement vidéo et de sa transcription sur l'autoanalyse des orthophonistes et sur la conscientisation de leurs stratégies communicationnelles, à T1 et T2. Nous nous intéresserons aussi à l'impact d'une deuxième autoanalyse après une période de trois mois sur un éventuel réajustement communicationnel des orthophonistes auprès de leur patient aphasique.

Contexte théorique

Dans cette partie, nous présenterons les différents troubles communicationnels pouvant entrer dans le cadre de l'aphasie, leurs répercussions et les moyens qui peuvent être mis en place pour les compenser, notamment par l'orthophoniste.

.1. Aphasie et communication

Il convient dans un premier temps de définir les notions abordées dans ce mémoire, à savoir l'aphasie et la communication. Nous nous intéresserons ensuite aux particularités communicationnelles du patient aphasique ainsi qu'à leurs répercussions dans le quotidien.

.1.1. Définition de l'aphasie

L'aphasie est un trouble du langage acquis survenant suite à une lésion cérébrale et dont les répercussions peuvent concerner tous les domaines du langage en expression et/ou en compréhension, dans les modalités orale et/ou écrite. Les troubles engendrés ne peuvent être expliqués ni par une perte sensorielle, ni par une dysfonction motrice ou une démence. Il est difficile de prédire le niveau de récupération d'une aphasie sur le long terme, mais les possibilités sont généralement plus élevées durant les trois mois suivant l'apparition de l'AVC (Pedersen, Jorgensen, Nakayama, Raaschou et Olsen, 1995). Depuis le XIX^{ème} siècle, plusieurs théories scientifiques se sont développées autour des troubles acquis du langage, faisant naître différentes approches diagnostiques et rééducatives. L'approche sémiologique, qui consiste à attribuer à des symptômes langagiers des causes neuroanatomiques, est toujours utilisée aujourd'hui, et a conduit à l'établissement d'une classification des aphasies (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Cette conception s'est enrichie du point de vue cognitiviste, proposant l'analyse du langage selon des modèles de fonctionnement cognitif, et de l'approche pragmatique considérant l'acte de langage dans l'activité plus large de communication.

.1.2. Définition de la communication

.1.2.1. Principes et composantes de la communication

La communication regroupe tous les moyens ayant pour finalité la transmission d'un message à autrui. Elle est caractérisée par sa forme (verbale, non verbale ou paraverbale), son

contenu et son utilisation. La communication verbale fait ainsi intervenir les différents domaines du langage (phonologique, lexical, syntaxique, discursif, pragmatique) afin de produire des énoncés informatifs, mais aussi d'initier, de maintenir et de changer de thème, d'apporter une cohésion et une cohérence au discours. Son étude est permise par la conversation, qui a longtemps été définie selon deux aspects : l'aspect linguistique d'une part, situant la conversation en tant qu'unité de langage plus grande que la phrase, et l'utilisation que l'on fait du langage d'autre part (Schiffrin, 1990). Brown et Yule distinguent les concepts de « transaction » et d'« interaction », renvoyant à une utilisation du langage visant respectivement l'échange d'informations et l'obtention d'une connexion sociale (Brown et Yule, cités dans Kagan, 1995). La conversation fait donc intervenir, au-delà des schèmes purement linguistiques, une fonction sociale et culturelle (Michallet, Le Dorze et Tetreault, 1999). Elle est permise par « des 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 » (Bonnans et Delieutraz, 2014, p.85). La communication verbale est enrichie par les éléments paraverbaux, qui correspondent aux informations prosodiques du discours oral (notamment le débit, l'intonation et les variations de hauteur). La communication non-verbale fait quant à elle intervenir la posture, la gestuelle, le regard et les expressions faciales, qui traduisent l'engagement de l'interlocuteur dans l'interaction. L'acte de communication étant réciproque, il nécessite la présence d'au moins deux sujets dont les rôles d'émetteur et de récepteur sont constamment interchangés. Un principe de coopération, ainsi que plusieurs maximes conversationnelles régissent la communication (Grice, 1979). Ces maximes sont la quantité (le discours doit contenir suffisamment mais pas trop d'informations), la qualité (ce qui est dit doit être vrai), la relation (les propos doivent être pertinents), et la modalité (les propos doivent être clairs, sans ambiguïté). Les compétences pragmatiques interviennent également dans la communication, et permettent à l'interlocuteur de manifester son engagement (c'est-à-dire sa motivation pour participer à l'échange) et le respect des règles sociales. Elles permettent aussi l'adaptation à l'autre, au message et au contexte de l'échange, notamment par la prise en compte des feedbacks verbaux et non-verbaux émis par l'interlocuteur, et la mise en place de réparations en cas de bris de communication.

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

Le partenaire de communication est un interlocuteur, une personne qui entre en interaction avec une autre. Il peut s'agir, pour une personne aphasique, d'un membre de la famille, d'un ami, d'un professionnel de santé ou encore d'un bénévole (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland et Cherney, 2010). Les partenaires de communication peuvent être hiérarchisés selon le degré de proximité qu'ils partagent avec leur interlocuteur, les interlocuteurs privilégiés étant généralement les partenaires de vie. Il existe peu de connaissances sur les caractéristiques qui rendraient un partenaire de communication particulièrement compétent auprès des personnes présentant des troubles langagiers. Ericksson, Hartelius et Saldert (2016) ont étudié différents critères et suggèrent que les fonctions exécutives et la capacité à effectuer des inférences sont des habiletés importantes chez le partenaire de communication de la personne aphasique.

.1.3. Compétences et troubles communicationnels dans l'aphasie

Les compétences préservées dans l'aphasie sont variables et dépendent de nombreux facteurs, notamment de la nature et de la localisation des lésions, du type d'aphasie et des compétences antérieures à la lésion. Leur évaluation est essentielle afin de comprendre le patient dans sa globalité, et de ne pas le définir uniquement selon ses déficits. La personne aphasique est en effet une personne compétente, dont les troubles langagiers masquent les réelles capacités (Kagan, 1995). Certaines habiletés communicationnelles restent présentes chez la personne aphasique. Les compétences pragmatiques telles que la capacité à repérer les tours de parole, l'intentionnalité du partenaire et son état émotionnel ainsi que le contexte situationnel de l'échange seraient ainsi relativement préservées (Martin, 2018).

Les troubles langagiers sont divers et plus ou moins sévères selon les cas et le type d'aphasie. Les profils aphasiques ont longtemps été opposés les uns aux autres selon la nature de la lésion ou des symptômes observés, mais c'est le concept de fluence qui est majoritairement retenu à ce jour dans la distinction des aphasies. La fluence est définie comme « le nombre moyen de mots produits consécutivement au cours d'une même émission » (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010, p. 69). Les aphasies non fluentes sont ainsi caractérisées par une diminution du nombre de la production de mots entraînant une diminution du débit de la parole. La production syntaxique est généralement appauvrie, pouvant aller jusqu'à l'agrammatisme. Dans les aphasies fluentes, le débit est au contraire préservé voire augmenté, mais des erreurs de production appelées « paraphasies » altèrent la qualité du discours. Elles peuvent aller jusqu'au jargon, le sens des mots produits n'étant alors plus accessible à l'interlocuteur. Indépendamment du critère de fluence, l'anomie, c'est-à-dire la difficulté à trouver les mots, est un symptôme particulièrement présent chez le patient aphasique. Elle peut résulter d'un défaut d'accès à la forme phonologique des mots ou d'un défaut des représentations sémantiques, et provoque des pauses inappropriées dans le discours. Outre les difficultés de production, la compréhension est parfois altérée dans les domaines syntaxique, discursif, et/ou lexical. Les troubles de la compréhension lexicale résultent d'une atteinte des capacités d'identification des phonèmes ou de la forme phonologique des mots, d'un déficit d'accès aux représentations sémantiques des mots, ou encore d'un trouble des représentations sémantiques elles-mêmes.

Les déficits linguistiques de la personne aphasique peuvent significativement affecter certaines compétences conversationnelles (Lock *et al.*, 2001). Au niveau de la communication verbale, les troubles langagiers du patient ont un impact sur l'informativité de son discours, sa capacité à construire des tours de parole et à introduire de nouveaux thèmes. Produire des feedbacks et tenir compte de ceux de l'interlocuteur peut également s'avérer difficile. Concernant la communication non verbale, certains patients éprouvent des difficultés pour comprendre et produire des gestes. D'autres les utilisent au contraire pour compenser leurs déficits linguistiques.

.1.4. Répercussions des troubles communicationnels

.1.4.1. Répercussions sur le patient

L'aphasie est responsable d'une difficulté à s'engager correctement dans la conversation (Lock *et al.*, 2001), d'une augmentation des bris de communication menant parfois à l'échec de certaines situations communicationnelles, au cours desquelles le patient ressent de la fatigue, des sensations d'effort, d'irritation et de frustration (Le Dorze et Brassard, 1995). Ceci peut

l'amener à réduire sa participation aux conversations, et à s'isoler socialement. Il en résulte alors un véritable handicap communicationnel, pouvant impacter lourdement la vie sociale, l'autonomie et la qualité de vie du patient (Cruice, Worrall, Hickson et Murison, 2003). Michallet, Le Dorze et Tetreault (1999) décrivent chez la personne aphasique une modification dans ses relations aux autres, un sentiment d'isolement et de baisse de l'estime de soi, un vécu de stigmatisation. Les troubles communicationnels mais également la diminution dans certains cas des capacités physiques du patient (dans le cas de l'hémiplégie par exemple) peuvent entraîner un changement de situation professionnelle et une dépendance à l'entourage.

.1.4.2. Répercussions sur l'entourage

L'entourage doit s'adapter aux difficultés communicationnelles de la personne aphasique mais également aux conséquences que cela implique en termes d'autonomie, de vie professionnelle et familiale. Dans certains cas, un véritable remaniement des responsabilités opère au sein de la famille, le patient étant de fait plus dépendant de son entourage qu'avant la survenue de l'aphasie. Les proches tendent également à s'isoler des autres pour éviter au patient aphasique de vivre certaines situations inconfortables (Le Dorze et Brassard, 1995). Ils vivent ainsi au même titre que les patients aphasiques un changement dans leurs relations interpersonnelles et une restriction de leurs activités.

.1.4.3. Handicap partagé

Certains sentiments sont partagés par la personne aphasique et ses partenaires lors des situations de communication, notamment la frustration (Le Dorze et Brassard, 1995 ; Hopper, Holland et Rewega, 2002), le stress et la contrariété (Le Dorze et Brassard, 1995). Les patients peuvent être frustrés par leur incapacité à communiquer une information, là où l'entourage sera frustré et stressé de ne pas comprendre la personne aphasique. La communication nécessite par principe l'implication de plusieurs interlocuteurs. Ce sont donc tous les participants à la conversation qui vivent des bris de communication, des situations d'incompréhension, des abandons de la conversation. Les partenaires se retrouvent ainsi autant impactés que la personne aphasique dans leurs échanges, partageant le même handicap communicationnel.

.2. Stratégies et comportements communicationnels

.2.1.1. Les réparations

Tous les locuteurs même sans pathologie du langage sont confrontés à des bris de communication liés aux difficultés de parole, d'écoute ou de compréhension, et utilisent pour y faire face des réparations. Celles-ci sont caractérisées par leur moment d'apparition comparativement à l'apparition du bris de communication, et par la personne qui les initie (Schegloff, 2000). Il existe en effet des réparations auto-initiées (effectuées par le locuteur à l'origine de l'erreur) et hétéro-initiées (effectuées par l'interlocuteur qui n'est pas à l'origine de l'erreur afin de manifester son incompréhension). Les réparations peuvent suivre différentes trajectoires, et sont généralement rapides et efficaces dans la résolution du bris de communication (De Partz, 2001). Le modèle conversationnel de Clark et Schaeffer (1987) évoque la présence dans la conversation d'une phase de présentation durant laquelle un des interlocuteurs émet un énoncé, et d'une phase d'acceptation durant laquelle l'autre interlocuteur manifeste sa compréhension du message. Dans le cas où le message ne serait pas compris, les interlocuteurs initieraient alors des réparations. L'effort collaboratif minimal permettrait selon

les auteurs de réduire l'effort des deux partenaires dans la réalisation des phases de présentation et d'acceptation.

Du fait de ses déficits linguistiques, la personne aphasique éprouve plus de difficultés pour effectuer des réparations. Celles-ci seraient alors fréquentes, problématiques et inefficaces (Lock *et al.*, 2001). En ce sens, il apparaît moins coûteux que le partenaire non aphasique effectue plus de réparations que le patient aphasique (De Partz, 2001).

.2.1.2. Les comportements barrières et facilitateurs à la communication

Des comportements d'adaptation ou stratégies peuvent spontanément être mis en place par l'entourage pour faire face aux troubles communicationnels de leur proche aphasique, mais ceux-ci ne sont pas toujours adaptés (Simmons-Mackie, Kearns et Potechin, 2005). Les partenaires de vie de la personne aphasique ont ainsi tendance à parler à sa place (Croteau et Le Dorze, 2006) ou à corriger ses productions, ce qui est non-facilitateur à la communication (Wilkinson, Lock, Bryan et Sage, 2011). En effet, en relevant les erreurs linguistiques du patient et en insistant sur leur correction, l'interlocuteur dévie le sujet de conversation initial, entraînant un échec de la communication. Poser une question « test » à la personne aphasique, c'est-à-dire une question dont on connaît déjà la réponse, est également un comportement barrière à la communication (Best, Maxim, Heilemann, Beckley, Johnson, Edwards...Beeke, 2016).

Certains comportements sont facilitateurs pour la communication. Leur recours peut être spontané ou faire l'objet d'un travail en thérapie. Pour être efficaces, ils doivent prendre en compte certains aspects conversationnels tels que la coopération, les feedbacks, la multicanalité et les tours de parole. Plusieurs associations, dont la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF), proposent des conseils quant aux comportements communicationnels à adopter avec la personne aphasique. Ceux-ci s'avèrent très utiles pour sensibiliser les proches du patient aux stratégies de communication, mais ils restent trop généraux pour permettre un accompagnement personnalisé. En effet, toutes les personnes aphasiques et leurs interlocuteurs présentent des besoins et des particularités communicationnels qui leur sont propres. En plus de fournir une liste de stratégies efficaces, il apparaît nécessaire d'apporter des conseils individualisés selon les problèmes spécifiques de communication rencontrés par un patient aphasique avec ses partenaires dans la vie de tous les jours (Booth et Perkins, 1999).

.3. Intervention auprès du patient aphasique

L'orthophoniste joue un rôle primordial dans la prise en charge de la personne aphasique (Kagan, 1995). Il intervient afin d'améliorer et/ou de compenser les troubles dus à l'aphasie, par la mise en place de diverses méthodes thérapeutiques. « La rééducation cherche à adapter le sujet à son environnement, optimiser ses échanges linguistiques et ses capacités de communication dans la vie quotidienne » (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010, p. 185). Il existe plusieurs approches de rééducation, mises en place selon le profil du patient aphasique et les objectifs visés.

.3.1. Principales approches de rééducation orthophonique

L'approche psycholinguistique et cognitive est centrée sur la rééducation des troubles langagiers. Les exercices proposés sont généralement analytiques et ciblés sur un déficit précis. La prise en compte des aspects quantitatifs et qualitatifs des réponses du patient aphasique s'inscrit quant à elle dans une approche dynamique de l'évaluation et de la prise en charge des

troubles (Tran, 2012). Elle identifie donc les déficits, et s'appuie sur les compétences préservées et les stratégies des locuteurs. L'approche pragmatique, qui est une approche écologique, s'appuie sur la préservation par le patient aphasique de ses habiletés pragmatiques (Holland, 1991) et consiste à inciter le patient à utiliser tous les moyens dont il dispose pour s'exprimer. L'objectif est de s'appuyer sur les capacités résiduelles du patient et à défaut d'utiliser des techniques palliatives, toujours dans une situation naturelle d'échange. Cette approche est plus fonctionnelle, dans le sens où elle place la communication comme principal objet de rééducation (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Enfin, l'approche psychosociale vise une diminution des conséquences psychosociales engendrées par l'aphasie et l'amélioration de la qualité de vie par la prise en compte du patient, de ses interlocuteurs et des contextes sociaux de la communication. Elle inclut l'approche écosystémique, axée sur la mise en place de stratégies communicationnelles pour la personne aphasique et sur l'inclusion de l'entourage, l'orthophoniste ayant un rôle d'information et d'écoute auprès des proches du patient aphasique. En effet, ceux-ci méconnaissent parfois les troubles et ses conséquences, et ressentent le besoin d'être informés sur l'aphasie (Le Dorze et Signeri, 2010). Plusieurs études ont par ailleurs montré une amélioration de la communication entre les partenaires de communication et leur proche aphasique lorsque l'orthophoniste les informait sur l'aphasie et leur prodiguait des conseils (Booth et Perkins, 1999). Le thérapeute peut ainsi les renseigner sur l'existence d'associations telles que « France Aphasie » ou la « FNAF », mais également les former afin de modeler l'utilisation de stratégies communicationnelles. Plus que de simples conseils, le partenaire de communication a en effet besoin d'un « contexte motivationnel et conceptuel ainsi que d'occasions de pratique supervisées » (Kagan, 1995, p. 25).

.3.2. La conversation comme support de l'intervention orthophonique

Depuis plusieurs années, un intérêt est porté sur l'amélioration des capacités de la personne aphasique en situation conversationnelle (Damico, Tetnowski, Lynch, Hartwell, Weill, Heels et Simmons-Mackie, 2014). D'après les auteurs, cette tendance a donné lieu à l'élaboration de plusieurs types d'intervention utilisant la conversation. Parmi elles, la plupart proposent un entraînement des habiletés de communication à travers des situations contrôlées (par exemple à partir de scripts) mais peu utilisent la conversation spontanée. Quand c'est le cas, il existe tout de même une asymétrie de la relation entre le patient aphasique et le thérapeute, ce dernier exerçant généralement un contrôle thérapeutique sur la conversation.

.3.2.1. Entraînement du partenaire de communication

De nombreuses études (Bevington, 1985 ; Cunningham et Ward, 2003 ; Legg, Young et Bryer, 2005 ; Purdy et Hindenlang, 2005) proposent des programmes d'entraînement pour les partenaires de communication des patients aphasiques. Certaines incluent des partenaires familiaux comme des membres de la famille, et d'autres des volontaires non connus de la personne aphasique. La plupart consistent à intervenir directement sur le partenaire de communication, en l'entraînant à utiliser des stratégies communicationnelles et/ou en l'informant sur l'aphasie. Dans une revue systématique, Simmons-Mackie et ses collaborateurs (2010) se sont intéressés à l'effet de l'entraînement du partenaire sur le langage, la participation aux activités de communication, l'ajustement psychosocial et l'amélioration de la qualité de vie des personnes aphasiques et de leurs partenaires de communication. Les auteurs suggèrent que l'entraînement du partenaire peut être efficace pour faciliter la communication dans l'aphasie,

peu importe le degré de familiarité qu'il partage avec la personne aphasique, le type ou encore la sévérité de l'aphasie.

.3.2.2. Coaching conversationnel

L'orthophoniste peut se voir lui-même comme partenaire de communication de la personne aphasique, en veillant à lui apporter des aides appropriées (Kagan, 1998). Le coaching conversationnel développé par Holland en 1991 a pour but l'entraînement supervisé du patient à l'utilisation de stratégies travaillées en amont. Un script d'une certaine difficulté est construit par le thérapeute, et sert de support à la mise en place des stratégies. Les proches peuvent également être impliqués dans la prise en charge.

.3.2.3. Intervention axée sur l'interaction

Lock et ses collaborateurs (2001) ont mis au point le SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation), qui propose une évaluation et un programme d'entraînement de la communication pour les patients aphasiques et leurs partenaires de communication. Après l'analyse d'un enregistrement vidéo et de sa transcription, un orthophoniste explique les concepts généraux de la conversation et les schémas conversationnels propres à la dyade. Le but est d'augmenter la connaissance du partenaire de communication sur ses propres comportements communicationnels et de permettre aux participants de prendre des décisions éclairées quant aux comportements qu'ils souhaitent retenir ou au contraire modifier.

.4. Intérêt de l'analyse conversationnelle

Afin de les modifier, il est nécessaire d'identifier ses propres comportements et leurs effets sur la communication. Pour cela, l'orthophoniste peut utiliser l'analyse conversationnelle.

.4.1. L'Analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle est un outil d'évaluation qualitatif permettant au clinicien d'obtenir une description précise des stratégies adoptées par plusieurs interlocuteurs dans la conversation (De Partz, 2001). Elle porte sur les comportements verbaux et non-verbaux des interlocuteurs, sur la gestion des tours de parole et des bris de communication. Dans le cas de l'aphasie, l'analyse conversationnelle est utile pour mettre en évidence les difficultés linguistiques du patient mais aussi ses comportements d'adaptation en cas d'erreur et ceux du partenaire de communication. Elle est donc un support pour le thérapeute, nécessaire pour la délivrance de conseils individualisés et l'évaluation de leur mise en place dans l'interaction (Booth et Perkins, 1999). Les interventions fondées sur l'analyse conversationnelle entraînent généralement des changements dans les comportements de communication de la personne aphasique et de son partenaire (Wilkinson et Wielaert, 2012).

.4.1.1. Apport de l'outil vidéo

Observer le patient en interaction avec soi et ses partenaires de vie est une étape importante pour le thérapeute pour répertorier les stratégies utilisées et évaluer leur efficacité. (Holland, 1991). Permettant de capter les aspects verbaux et non verbaux de la communication, l'outil vidéo constitue un support intéressant à l'analyse conversationnelle. Il permet notamment d'identifier le nombre de réparations au sein d'une conversation (Boles, 1997) mais

aussi le moment d'apparition et la nature des comportements qui posent problème au patient (Lock *et al.*, 2001). Plusieurs études ont utilisé des enregistrements vidéo comme outil d'évaluation ou comme support à l'intervention thérapeutique. Best et ses collaborateurs (2016) ont étudié l'effet d'un programme d'entraînement de plusieurs dyades incluant une personne aphasique sur l'utilisation de stratégies communicationnelles. Les participants bénéficiaient d'un retour vidéo de leurs conversations dans le but de favoriser la prise de conscience de leurs comportements efficaces et inopérants. Les auteurs soulignent l'importance de l'outil vidéo dans l'aide à l'identification de certaines notions abstraites comme les tours de parole, qui sont parfois ignorées des interlocuteurs. Le caractère dynamique de la vidéo peut cependant être un frein à leur observation précise, là où un autre outil comme la transcription permet de les appréhender plus aisément.

.4.1.2. Apport de la transcription linguistique

La transcription linguistique complète l'enregistrement vidéo en apportant des éléments supplémentaires : « La transcription capture de nombreux aspects de la conversation, comme les schémas de chevauchements et les pauses, qui ne sont pas toujours évidents sur l'unique observation vidéo » (Lock *et al.*, 2001, p. 27).

Buts et hypothèses

Si la prise en compte de la conversation dans l'intervention orthophonique auprès de patients aphasiques suscite depuis peu un intérêt accru (Damico *et al.*, 2014), l'analyse conversationnelle constitue dès lors un outil intéressant d'évaluation et d'intervention thérapeutique. Au-delà de l'analyse des productions du patient, elle pourrait en effet s'inscrire dans une démarche de réflexion et d'autoanalyse centrée sur les pratiques professionnelles, en permettant à l'orthophoniste d'objectiver ses propres comportements communicationnels et de porter une attention particulière sur les réactions du patient à ces comportements.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de deux mémoires (Benâtre, 2018 ; Lucas, 2020), qui ont tous deux mis en évidence l'apport de l'outil vidéo dans l'autoanalyse de ses stratégies communicationnelles par l'orthophoniste. L'étude de Benâtre, longitudinale, portait également sur la possibilité d'un ajustement communicationnel des orthophonistes par l'analyse d'une deuxième vidéo après un délai de deux semaines. Selon les participantes, ce délai était trop court pour un réel ajustement communicationnel des dyades. Le visionnage de vidéos a permis une prise de conscience des comportements communicationnels par les orthophonistes, mais l'identification précise de leurs stratégies efficaces n'était pas évidente à partir des outils proposés. Lucas a modifié la grille d'analyse afin de la rendre plus synthétique et facile d'utilisation. Son étude, transversale, a également porté sur l'apport de la transcription linguistique des vidéos dans l'autoanalyse des orthophonistes. Les résultats montraient l'intérêt des outils proposés dans la prise de conscience de leurs comportements communicationnels. Le présent mémoire porte sur l'intérêt de l'autoanalyse conversationnelle dans l'accompagnement du patient aphasique, et ce d'un point de vue longitudinal en ajoutant une mesure à distance de la première autoanalyse. Le but est d'étudier l'apport d'une deuxième autoanalyse après un délai de plusieurs mois dans la conscientisation par les orthophonistes de leurs comportements communicationnels. La procédure proposée comprend deux courtes vidéos ayant lieu à trois mois d'intervalle et mettant en scène l'orthophoniste et son patient dans un contexte naturel d'échange. Une autoanalyse est effectuée à partir de chaque vidéo, de sa transcription et d'une

grille d'analyse. Une grille de choix des stratégies a été créée en lien avec les conclusions de Lucas quant au besoin des orthophonistes d'être accompagnées dans l'identification de leurs stratégies facilitantes. Cette grille se veut également le support des éventuelles mises en place et/ou modifications de leurs comportements communicationnels par les orthophonistes durant la période séparant les deux vidéos. D'autre part, le protocole a été modifié en lien avec les conclusions apportées par Benâtre, afin d'allonger cette période. Les hypothèses sont les suivantes :

- L'enregistrement vidéo, sa transcription linguistique ainsi que les grilles d'analyse et de choix des stratégies constituent des outils pertinents pour l'autoanalyse par l'orthophoniste de ses propres stratégies de communication, et ce à différents instants de la prise en charge.
- La prise de conscience par l'orthophoniste de ses stratégies communicationnelles est un apport pour sa pratique clinique et lui permet d'envisager des pistes visant leur mise en place ou leur modification en séance de rééducation.
- La présence d'une deuxième autoanalyse après un délai de trois mois permet un éventuel réajustement communicationnel du professionnel de santé.

Méthode

.1. Critères d'inclusion des participants

Les participants de cette étude constituent des dyades orthophoniste – patient aphasique. Afin de participer et de constituer une dyade, les orthophonistes devaient suivre un patient aphasique sur une période de plusieurs mois. Les patients devaient présenter une aphasie de sévérité correspondant aux critères 2 à 4 de la BDAE, et pouvoir participer à un échange verbal. Afin d'obtenir des profils variés, aucun critère sur le type ni sur la durée de l'aphasie n'a été retenu. Les troubles cognitifs majeurs de type démence ont été exclus. Le recrutement des dyades s'est effectué via la prospection téléphonique d'orthophonistes tout-venant et de maîtres de stage, durant la période de crise sanitaire liée à la COVID-19. Des lettres d'information et de consentement (disponibles aux annexes A1 et A2) ont été fournies aux orthophonistes intéressées ainsi qu'à leurs patients. L'objectif initial était de recruter entre trois et cinq dyades. Au total, trois dyades ont participé à l'étude.

.2. Matériel

Différents documents ont été élaborés ou modifiés dans le cadre de ce mémoire. Au total, une fiche de renseignement, une grille d'analyse des stratégies de communication, une grille de choix des stratégies et un questionnaire de fin d'étude ont servi de supports à cette étude.

.2.1. Fiche de renseignement

Une fiche de renseignement est remplie par les orthophonistes en amont des enregistrements vidéo. Celle-ci a été construite par Lucas (2020) dans le cadre de son mémoire. Elle a pour objectif de dresser un profil linguistique et communicationnel des patients, et de recueillir des informations sur l'expérience des orthophonistes dans la prise en soin de l'aphasie, dans l'aide aux aidants et dans l'autoanalyse de leurs pratiques professionnelles.

.2.2. Grilles d'autoanalyse des stratégies de communication

.2.2.1. Modification de la grille d'analyse

La grille d'analyse constitue le support d'autoanalyse de leurs stratégies de communication par les orthophonistes. Elle a été élaborée par Benâtre (2018) et modifiée par Lucas (2020) afin de n'inclure que des données présentes dans la littérature, et d'axer l'autoanalyse des orthophonistes sur leurs stratégies facilitant la réussite de la communication. Elle comprend au total dix-sept stratégies dont :

- Six stratégies de communication verbale
- Huit stratégies de communication non verbale
- Deux stratégies de communication paraverbale
- Une stratégie en lien avec la gestion de l'échange

Pour chaque stratégie, deux colonnes permettent d'indiquer son observation ou non sur la vidéo et sur la transcription. Une troisième colonne permet d'ajouter des remarques qualitatives relatives à la vidéo et/ou à la transcription, et ainsi de comparer les deux analyses. Les orthophonistes ont aussi la possibilité d'indiquer une ou plusieurs stratégie(s) non mentionnée(s) dans la grille mais présente(s) lors de l'extrait vidéo et sa transcription. En lien avec les conclusions apportées par Lucas, de nouveaux encarts ont été ajoutés à cette grille (voir annexe A4) dans le cadre du présent mémoire. Pour chaque stratégie observée, ceux-ci permettent aux orthophonistes de quantifier qualitativement sa fréquence d'apparition au cours de l'extrait vidéo et de sa transcription, en cochant une case parmi « rarement », « parfois », et « souvent ».

.2.2.2. Élaboration de la grille de choix des stratégies

Une grille de choix des stratégies (annexe A5) a été élaborée dans le cadre de ce mémoire, afin de permettre aux orthophonistes de poursuivre leur autoanalyse et leur réflexion quant à leurs stratégies facilitant la communication. Elle constitue le support de mise en place et/ou de modification de leurs stratégies de communication pendant la période séparant les deux vidéos. À ce titre, elle est consultable par les participantes durant toute cette période. Après chaque autoanalyse conversationnelle, la grille de choix des stratégies permet aux orthophonistes de choisir une à cinq stratégie(s) parmi les dix-sept de la grille d'analyse, qui leur semble(nt) pertinente(s) à utiliser en séance avec leur patient. Un encart permet d'indiquer la justification de ce(s) choix en termes de fréquence d'apparition et d'efficacité de la/les stratégie(s). Pour chaque stratégie choisie, l'orthophoniste peut ainsi indiquer s'il souhaite la mettre en place, la renforcer, l'utiliser moins ou la modifier. Afin de guider les professionnelles dans ce choix, quelques réflexions tirées de la littérature sont proposées à titre indicatif. Un encart permet d'indiquer les conditions de mise en place/modification de la/des stratégie(s) choisie(s) en séance, afin d'aider l'orthophoniste à se projeter dans une démarche d'utilisation de cette/ces stratégie(s). Un exemple de la grille remplie est fourni en annexe A6.

.2.3. Questionnaire de fin d'étude

Un questionnaire de fin d'étude (annexe A7) est proposé aux orthophonistes après leur deuxième autoanalyse. Il vise à recueillir l'avis de l'orthophoniste mais également, quand cela est possible, celui du patient concernant l'apport de cette expérience. Il reprend les questions proposées par Lucas (2020), auxquelles sont ajoutées huit questions axées sur le versant

longitudinal du présent mémoire. Au total, ce questionnaire comprend vingt-deux questions à destination de l'orthophoniste, auxquelles celui-ci peut répondre via une échelle de Likert allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », et trois questions ouvertes à destination de la dyade. Un encart est prévu afin de permettre aux professionnels d'indiquer des remarques et d'étayer leurs réponses. Ce questionnaire est fourni par voie postale et par Nextcloud.

.3. Procédure

Le protocole complet est disponible en annexe A3.

.3.1. Enregistrements vidéo

Une lettre d'information et une lettre de consentement ont été fournies en deux exemplaires aux patients et aux orthophonistes. Les enregistrements vidéo ont été réalisés par l'étudiante à partir d'un appareil photo/caméra, suite à l'obtention du consentement écrit de tous les participants à l'étude. Ils duraient chaque fois environ dix minutes, et faisaient apparaître simultanément l'orthophoniste et son patient. Il était précisé aux orthophonistes avant la vidéo et dans le protocole que l'objectif était de recueillir une conversation la plus spontanée et naturelle possible. Divers sujets leur étaient suggérés à titre indicatif dans le protocole de l'étude pour entamer ou poursuivre la conversation (sujet d'actualité, activités pratiquées le week-end...). Les grilles d'analyse n'étaient volontairement pas fournies en amont afin de ne pas induire de modification des comportements naturels de communication des orthophonistes. Par ailleurs, les enregistrements ont eu lieu dans les mêmes conditions sanitaires que celles mises en place habituellement par l'orthophoniste avec son patient. Les données ont été anonymisées par l'apposition d'un cache sur les yeux du patient et ce sur l'ensemble de chaque enregistrement.

.3.2. Transcription

Pour chaque vidéo, un extrait témoignant le plus possible de réussites communicationnelles et/ou de réparations en cas de bris de communication a été sélectionné puis transcrit à l'aide du logiciel CLAN (Computerized Language Analysis). Ce logiciel permet de réaliser des corpus à partir de vidéos, et d'y indiquer les informations verbales, paraverbales et non verbales correspondantes. Certaines fonctionnalités du logiciel permettent de calculer la longueur moyenne des énoncés de chaque locuteur ainsi que la fréquence d'apparition des mots employés, grâce à l'utilisation d'un codage particulier. Afin de favoriser leur compréhension par les orthophonistes, les transcriptions fournies ont été simplifiées : certains codages ont été supprimés, d'autres conservés et expliqués dans un document de prise en main. Un exemple de transcription est disponible en annexe A8. Les vidéos ont été transmises via un lien sécurisé Nextcloud, avec les transcriptions correspondantes et un document de prise en main.

.3.3. Analyse des stratégies de communication par l'orthophoniste

Après réception des documents, les orthophonistes étaient invitées à s'autoanalyser en suivant les consignes fournies dans le protocole et dans le document de prise en main. Pour chaque période, il leur était proposé d'effectuer une première autoanalyse à partir de la vidéo et une seconde à partir de sa transcription linguistique, puis de choisir une à cinq stratégies à mettre en place ou modifier auprès de leur patient. Les documents étaient renvoyés par voie postale.

.3.4. Délai de trois mois et reproduction du protocole

Les deux vidéos devaient être séparées d'un délai d'environ trois mois, afin de laisser aux orthophonistes un temps suffisant pour envisager la mise en place/modification de leurs stratégies communicationnelles. Cette période a toutefois été modulée afin de favoriser des situations les plus comparables possible entre les dyades (en tenant compte notamment du rythme du suivi orthophonique) et de s'ajuster aux disponibilités des participants. La date de la deuxième vidéo a donc été proposée huit à neuf semaines après la première autoanalyse des orthophonistes pour les dyades 2 et 3. Le rythme de prise en charge étant moins soutenu pour la dyade 1, ce délai a été rallongé à 12 semaines pour cette dyade. Pour tous les participants, le nombre de séances dispensées durant cette période oscillait entre une petite dizaine et une quinzaine de séances. La deuxième vidéo s'est effectuée dans les mêmes conditions que la première, et les mêmes consignes étaient dispensées pour l'analyse des stratégies de communication et pour le renvoi des différents documents. Durant la période séparant les deux vidéos, la grille d'analyse ainsi que la grille de choix des stratégies ont été mises à disposition des orthophonistes, et constituaient un support à l'éventuelle mise en place ou modification de leurs stratégies communicationnelles.

Résultats

Les résultats de ce mémoire sont principalement qualitatifs du fait du nombre restreint de participants, et ont été obtenus suite au traitement des divers documents remplis par les orthophonistes au cours de l'étude : fiche de renseignement, grilles d'analyse et de choix des stratégies, questionnaire de fin d'étude. Nous présenterons pour chaque dyade les réponses obtenues lors de la première puis de la deuxième autoanalyse conversationnelle, et les choix de stratégies effectués suite à ces autoanalyses.

.1. Caractéristiques des dyades

Les orthophonistes ont complété une fiche de renseignement sur leur expérience auprès de patients aphasiques, auprès des aidants et concernant l'autoanalyse de leurs pratiques professionnelles. Leurs réponses sont présentées dans le tableau 1. Les formations renseignées concernaient l'évaluation, la prise en charge et la communication auprès de patients aphasiques. L'expérience des orthophonistes dans l'aide aux aidants était clinique, et avait lieu auprès des familles dans le cadre du suivi de patients aphasiques et atteints d'une maladie neurodégénérative. Une des participantes avait déjà participé à une autoanalyse de ses pratiques professionnelles, mais pas dans le cadre de la prise en charge de patients aphasiques.

Tableau 1 : Réponse des orthophonistes à la fiche de renseignement.

	Numéro de dyade		
	1	2	3
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
Avez-vous une expérience pratique dans l'aide aux aidants dans le cadre de votre profession ?	Oui	Oui	Non
Avez-vous déjà participé à une étude impliquant une autoanalyse de votre pratique professionnelle ?	Non	Non	Oui

Les patients sont tous droitiers et leur moyenne d'âge est de 66 ans. Deux d'entre eux présentent une aphasie fluente (dyades 2 et 3), et le dernier une aphasie non fluente (dyade 1).

Leurs profils sémiologiques et communicationnels sont disponibles dans les tableaux 2 et 3. Selon la fiche de renseignement complétée par les orthophonistes, tous les patients expriment une gêne par rapport à leurs troubles du langage, et tous sont investis dans la communication verbale. Tous éprouvent des difficultés pour reformuler leurs propos quand ils sont incompris de l'interlocuteur, et pour réparer leurs erreurs de production eux-mêmes ou sur signalement de l'interlocuteur. Un patient sur les trois participants est dit sensible aux aides conversationnelles, et notamment aux gestes et à l'écrit (dyade 1). Un patient utilise d'autres moyens que les gestes et les mimiques pour se faire comprendre, et plus précisément l'épellation des mots (dyade 2).

Tableau 2 : Profil sémiologique des patients.

Dyade	Âge	Score BDAE	Profil sémiologique	Rythme actuel du suivi (par semaine)	Distance du début de l'aphasie au 1 ^{er} enregistrement
1	70 ans	2	Aphasie non fluente avec agrammatisme sévère et anomie importante, troubles sévères d'élaboration du discours et de la compréhension élaborée à l'oral et à l'écrit, de l'orthographe lexicale et de l'orthographe d'usage, troubles modérés en compréhension orale simple et en graphisme, troubles discrets de la pragmatique, de l'articulation et de la compréhension écrite simple, absence de trouble de la lecture à voix haute.	1 séance	2 ans et 6 mois
2	74 ans	3	Aphasie fluente sans troubles articulatoires, ni pragmatiques, ni d'expression syntaxique ni d'élaboration du discours, avec troubles discrets de la compréhension simple (orale et écrite), troubles importants de la compréhension élaborée (orale et écrite) et de la lecture à voix haute, et troubles sévères du lexique, du graphisme et de l'orthographe lexicale.	3 séances	7 mois et 1 semaine
3	55 ans	3	Aphasie fluente avec troubles modérés de l'articulation (anarthrie), du lexique et de l'élaboration du discours, troubles discrets de la pragmatique et de la compréhension élaborée (orale et écrite), sans troubles de la compréhension simple (orale et écrite), ni de la lecture à voix haute. Le graphisme ainsi que l'orthographe (lexicale et grammaticale) sont jugés non évaluables par l'orthophoniste.	2 séances	11 mois et 27 jours

Tableau 3 : Profil communicationnel des patients.

	Numéro de la dyade		
	1	2	3
Le patient exprime (verbalement ou non verbalement) une gêne par rapport à ses troubles du langage	X	X	X
Le patient est investi dans la communication verbale	X	X	X
Le patient engage facilement la conversation avec un proche		X	X
Le patient engage facilement la conversation avec une personne ne faisant pas partie de l'entourage			X
Le patient initie de nouveaux thèmes au cours de la conversation		X	
Le patient parvient à maintenir le thème de la conversation		X	X
Le patient parvient à s'adapter aux connaissances de son interlocuteur et au thème de la conversation	X	X	
Le patient prend son tour de parole quand c'est son tour		X	
Le patient laisse la parole à son interlocuteur quand c'est son tour	X	X	
Le patient reformule ses propos quand l'interlocuteur n'a pas compris			
Le patient signale quand il est en difficulté (de production ou de compréhension)		X	X
Le patient initie la réparation de ses erreurs		X	
Le patient peut réparer ses erreurs de production lui-même			
En cas d'erreur signalée par l'interlocuteur, le patient parvient à se corriger			
Le patient est sensible aux aides conversationnelles (gestes, mimiques, expressions faciales...)	X		
Le patient utilise des gestes, des mimiques pour se faire comprendre	X		

.2. Autoanalyses conversationnelles

Toutes les dyades ont participé à deux vidéos, donnant lieu à une sélection de six extraits d'environ 4 minutes, pour un total de 23 minutes et 22 secondes d'enregistrement transcrites. Chaque orthophoniste a réalisé deux autoanalyses. Au total, six grilles de 17 items ont donc été traitées, soit 102 items. Les réponses aux grilles d'analyse seront présentées selon l'ordre établi dans le protocole : les autoanalyses de la première période seront présentées avant celles de la deuxième période et pour chacune, les analyses des vidéos seront présentées avant celles des transcriptions. Nous verrons si elles sont concordantes. Par ailleurs, les résultats détaillés des deux autoanalyses de chaque dyade sont présentés en annexe A9.

.2.1. Analyse des vidéos

Les orthophonistes étaient invitées dans un premier temps à visionner l'extrait vidéo fourni, et à remplir l'encart « vidéo » de la grille d'analyse, en indiquant pour chaque stratégie si elle était observée ou non. Pour les stratégies observées, la mention de leur fréquence d'apparition parmi « rarement », « parfois » et « souvent » était requise. Des remarques qualitatives pouvaient accompagner ces réponses. Lors des deux périodes d'autoanalyse, celles-ci étaient concordantes avec les réponses aux items correspondants et confirmaient l'absence ou la présence des stratégies.

À T1 sur les dix-sept stratégies proposées dans la grille d'analyse, les dyades 1 et 3 en ont observé treize (76,47%), et la dyade 2 en a observé onze (64,70%). En cas d'observation de la stratégie, les remarques qualitatives apportaient majoritairement des exemples (de gestes ou de mots produits) et des précisions justifiant son utilisation (ex. « Pour aider le patient à retrouver certains mots »), mais également des informations sur son efficacité et sur la réaction du patient. Quand la stratégie n'était pas observée, elles expliquaient parfois sa non utilisation, indiquant par exemple que la stratégie n'était pas nécessaire pour le patient au cours de l'échange conversationnel. Les participantes ont mentionné une difficulté pour analyser la stratégie M (Je manifeste ma compréhension ou mon incompréhension par mes expressions faciales) en raison du port du masque lié au contexte sanitaire durant lequel le protocole a eu lieu. Malgré des informations absentes sur la partie basse du visage, les orthophonistes ont dit utiliser cette stratégie par le regard essentiellement. Enfin, le contexte de l'échange a pu influencer l'observation de la stratégie Q (Mon débit est lent ou ralenti) par l'orthophoniste de la dyade 2, qui a attribué la rapidité de son débit au stress généré par la présence d'une caméra.

À T2, les dyades 1, 2 et 3 ont respectivement observé quatorze (82,35%), onze (64,70%) et treize (76,47%) stratégies. Les remarques qualitatives fournies apportaient les mêmes informations que lors de la première autoanalyse. Un apport nouveau lors de cette deuxième autoanalyse, a été la comparaison de l'utilisation actuelle de la stratégie avec son utilisation à T1. De nombreuses remarques ont notamment porté sur la fréquence d'apparition de la stratégie par rapport à la première autoanalyse (ex. « beaucoup plus qu'auparavant », « plus nombreux »).

.2.2. Analyse des transcriptions

Suite à chaque analyse vidéo, les orthophonistes étaient invitées à analyser la transcription correspondante, en remplissant l'encart « transcription » de la grille d'analyse, qui concernait seulement treize stratégies. Pour chaque stratégie observée, la mention de sa fréquence d'apparition était requise, et des remarques qualitatives pouvaient là encore être apportées. Les items non cotés ont été exclus des résultats. Les réponses aux analyses des transcriptions ont été comparées à celles des analyses vidéo, et ont montré que pour chaque autoanalyse, la plupart des réponses étaient concordantes : quand une stratégie était observée ou non sur l'analyse vidéo, elle l'était également sur l'analyse de la transcription. Lors des deux autoanalyses, les remarques qualitatives apportaient majoritairement des exemples et des précisions sur les réponses fournies.

Au temps T1, seule l'orthophoniste de la dyade 2 a effectué des observations non concordantes entre l'analyse de la transcription et l'analyse vidéo. Ainsi, une stratégie a été observée uniquement sur la vidéo (stratégie O : Je suis attentif à l'équilibre des temps et tours de parole) et deux stratégies uniquement sur la transcription (stratégies B : Je reformule mon message quand le patient n'a pas compris ; et F : Je manifeste verbalement ma compréhension ou mon incompréhension). Quand cet écart était constaté, la fréquence d'apparition était « rarement ». Parmi les stratégies observées par toutes les participantes, un changement de fréquence a été constaté entre l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription pour six stratégies (23,08%), dont trois par la dyade 1, deux par la dyade 2 et une par la dyade 3. Dans ce cas, elles ont souvent expliqué ce changement en commentaires, qui sont présentés dans le tableau 4. De plus, pour un item observé « souvent » sur la vidéo et la transcription, une orthophoniste a modulé la notion de fréquence en commentaire à la lecture de la transcription (ex. « vraiment très souvent en fait ! »).

Tableau 4 : Ajustement de la fréquence d'apparition des stratégies entre l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription au temps T1.

Dyade	Stratégie	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative de l'orthophoniste
1	A. Je produis des phrases courtes et claires	Souvent	Parfois	Vidéo Transcription : Les propos du patient sont souvent repris avant l'énonciation de nouvelles propositions
	C. Je reformule le message du patient pour vérifier que je l'ai compris	Parfois	Souvent	Vidéo Transcription : Les reformulations sont nombreuses afin de favoriser une émergence langagière
	P. Je produis des énoncés minimaux pour marquer ma compréhension	Souvent	Parfois	Vidéo Transcription : « Voilà », « ouais »
2	A. Je produis des phrases courtes et claires	Rarement	Souvent	Vidéo : Non car le patient comprend des phrases plus complexes Transcription : Seules mes questions sont plus longues pour induire des réponses plus courtes de sa part. Cela permet de maintenir la rapidité de l'échange je pense.
	D. Je pose des questions fermées	Rarement	Souvent	Vidéo : Uniquement de temps en temps pour l'aider à retrouver certains mots. Pas très efficaces car ne parvient que rarement à les répéter. Transcription : Je le fais souvent pour faire avancer l'échange finalement, et la patiente répond ainsi souvent gestuellement pour les oui/non.
3	H. J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message	Rarement	Souvent	Vidéo : Quelques mouvements des mains Transcription : Nombreux hochements de tête dont je ne me rends pas forcément compte.

Au temps T2, une stratégie a été observée uniquement sur la vidéo (stratégie N par la dyade 1) et une uniquement sur la transcription (stratégie F par la dyade 2). Quand cet écart était constaté, les orthophonistes ont alors expliqué ou nuancé leur choix en commentaire. L'orthophoniste de la dyade 2 a ainsi indiqué prendre conscience de l'utilisation de la stratégie F seulement lors de la lecture de la transcription. L'orthophoniste de la dyade 1 a nuancé l'utilisation de la stratégie N (J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre) : elle n'a en effet pas encouragé « verbalement » le patient à pointer, mais a modélisé elle-même l'action de pointer afin que le patient reproduise cette stratégie. Parmi les stratégies observées par toutes les participantes, un changement de fréquence a été constaté entre l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription pour deux stratégies (8,70%) au temps T2. Les orthophonistes concernées ont expliqué ce changement en commentaires, disponibles dans le tableau 5. Un nouvel apport au temps T2 a été la mention des progrès du patient pour la dyade 3 (ex. « le patient est plus clair dans ses propos, on le comprend mieux qu'auparavant »). Enfin, quand les stratégies n'étaient pas observées lors de l'analyse de la transcription, aucune remarque qualitative n'a précisé les réponses des orthophonistes.

Tableau 5 : Ajustement de la fréquence d'apparition des stratégies entre l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription au temps T2.

Dyade	Stratégie	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative de l'orthophoniste
2	D. Je pose des questions fermées	Rarement	Parfois	Vidéo : Je pose maintenant une majorité de questions ouvertes.
				Transcription : J'en pose encore un peu trop et cela rompt un peu l'échange.
3	H. J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message	Parfois	Souvent	Vidéo : Mouvements des mains plus nombreux, gestes symboliques.
				Transcription : Hochements de tête toujours très présents qui marquent mon intérêt.

.3. Formalisation des choix de stratégies

Suite à chaque autoanalyse conversationnelle, les orthophonistes ont chacune sélectionné une à cinq stratégies dont l'utilisation leur semblait pertinente auprès de leur patient, et l(es) ont inscrite(s) dans la grille de choix des stratégies. Les résultats qui suivent sont tirés des réponses des orthophonistes à cette grille. Les éventuels choix de stratégies supplémentaires (stratégies non présentes dans la grille d'analyse) ont été exclus, afin de conserver uniquement celles initialement proposées dans la grille d'analyse. Nous présenterons tout d'abord les réponses des orthophonistes relatives à la première période, puis celles relatives à la deuxième période.

.3.1. Synthèse des résultats relatifs au temps T1

Suite à leurs premières autoanalyses, les dyades 1, 2 et 3 ont respectivement choisi trois, quatre et deux stratégies à utiliser auprès de leur patient aphasique. Pour chaque stratégie sélectionnée, elles pouvaient indiquer l'utilisation envisagée. Lors de cette première période, il a ainsi pu être décidé de « mettre en place », de « renforcer » et d'« utiliser moins » les stratégies, mais aucune orthophoniste n'a choisi d'en « modifier ». Pour les neuf stratégies sélectionnées au total, les orthophonistes ont toutes indiqué de manière qualitative la façon dont elles envisageaient leur utilisation en séance de rééducation. Ces remarques ont parfois justifié le choix de la stratégie, et parfois précisé la manière dont celle-ci pouvait être utilisée avec le

patient. Toutefois, aucune remarque n'a indiqué de façon concrète le contexte d'utilisation de la stratégie (comme le moment de la séance ou la situation de communication pour lesquels la stratégie choisie pouvait être appliquée). Une remarque a fourni une explication partielle, précisant que la stratégie pouvait être utilisée « avant l'énonciation de nouvelles propositions ». Parmi les justifications apportées, les orthophonistes ont dit vouloir utiliser la stratégie car :

- Elle pourrait permettre la mise en place d'une autre stratégie
- Elle pourrait potentiellement améliorer un aspect de la communication (compréhension, expression, déroulement de l'échange)
- Le comportement communicationnel de l'orthophoniste semble nuire à la communication

Les choix et explications détaillées de chaque dyade sont présentés dans les tableaux 6, 7 et 8.

Tableau 6 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 1 au temps T1.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
A. Je produis des phrases courtes et claires	Souvent	Parfois	Vidéo : Transcription : Les propos du patient sont souvent repris avant l'énonciation de nouvelles propositions	<i>Renforcer</i>	Éviter/limiter la reprise systématique des propos du patient avant l'énonciation de nouvelles propositions
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	Souvent			<i>Renforcer</i>	Diminuer le nombre de reformulations car elles peuvent nuire à l'élaboration syntaxique du patient
N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	Non observé	Non observé		<i>Mettre en place</i>	Amener le patient à employer davantage la gestuelle pour favoriser/soutenir ses productions langagières

Tableau 7 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 2 au temps T1.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
D. Je pose des questions fermées	Rarement	Souvent	Vidéo : Uniquement de temps en temps pour l'aider à retrouver certains mots. Pas très efficace car ne parvient que rarement à les répéter. Transcription : Je le fais souvent pour faire avancer l'échange finalement, et le patient répond ainsi souvent gestuellement pour les oui/non.	<i>Utiliser moins</i>	Pour amener plus souvent le patient à trouver ses mots par lui-même
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	Rarement		Vidéo : Pas assez. Je trouve que j'enchaîne trop vite et ne fais que rarement des pauses pour lui laisser le temps.	<i>Renforcer</i>	Diminuer le nombre de questions posées et laisser le patient mener l'échange lui aussi

N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	Non observé	Non observé		<i>Mettre en place</i>	Encourager le patient à utiliser l'écrit pour l'aider à mieux accéder au lexique
Q. Mon débit est lent ou ralenti	Non observé		Vidéo : Débit même plutôt rapide (le stress caméra doit majorer cela)	<i>Mettre en place</i>	Car ceci permettra sûrement la mise en place de la stratégie G

Tableau 8 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 3 au temps T1.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
H. J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message.	Rarement	Souvent	Vidéo : Quelques mouvements des mains Transcription : Nombreux hochements de tête dont je ne me rends pas forcément compte	<i>Renforcer</i>	Utilisation de plus de gestes des mains pour renforcer l'attention du patient
O. Je suis attentif à l'équilibre des temps et tours de parole	Rarement	Rarement	Vidéo : Transcription : Grosse disparité entre le nombre de mots mais respect du nombre d'énoncés.	<i>Renforcer</i>	Encourager le patient à écouter plus son interlocuteur pour favoriser sa compréhension et sa participation à la conversation

.3.2. Synthèse des résultats relatifs au temps T2

Suite aux deuxièmes autoanalyses, les dyades 1, 2 et 3 ont respectivement choisi trois, quatre et une stratégie(s) à utiliser avec leur patient. La plupart des stratégies ont été sélectionnées pour être renforcées, une pour être mise en place et une pour être modifiée. Aucune orthophoniste n'a souhaité « utiliser moins » une stratégie. Les remarques qualitatives ont parfois justifié le choix de stratégie, parfois expliqué l'utilisation envisagée avec le patient. Parmi les explications données, une seule a apporté une information concrète sur l'utilisation de la stratégie, précisant que celle-ci pouvait être employée en cas de manque du mot. Parmi les justifications apportées, les orthophonistes ont dit vouloir utiliser la stratégie car :

- Elle pourrait potentiellement améliorer un aspect de la communication (compréhension, expression, déroulement de l'échange)
- Elle est considérée comme facilitante avec le patient concerné pour un ou plusieurs aspects de la communication (compréhension, expression, déroulement de l'échange)
- Elle pourrait être utilisée différemment

Les choix et explications détaillées de chaque dyade sont présentés dans les tableaux 9, 10 et 11.

Tableau 9 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 1 au temps T2.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
A. Je produis des phrases courtes et claires	Souvent	Souvent		<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie facilite la compréhension du patient.
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	Souvent			<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie permet un échange bien plus équilibré

N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	Parfois	Non observé	Vidéo :	<i>Renforcer</i>	Encourager le patient à faire des gestes et à pointer car cette stratégie est non utilisée par le patient ou très rarement
			Transcription : Je pointe afin qu'il utilise cette stratégie par la suite.		

Tableau 10 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 2 au temps T2.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
C. Je reformule le message du patient pour vérifier que je l'ai compris	Souvent	Souvent	Vidéo : Je répète beaucoup ce qu'elle a dit et j'attends qu'elle acquiesce pour valider Transcription : Idem	<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie permet le bon déroulement de l'échange
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	Souvent		Vidéo : Beaucoup plus qu'auparavant je trouve	<i>Renforcer</i>	Pour laisser le patient dire davantage de choses et ainsi équilibrer les tours de parole, pour qu'il puisse mettre en place des stratégies de compensation
I. J'utilise divers supports pour soutenir la communication	Souvent	Souvent	Vidéo : Recours à l'écrit, à la lecture pour l'aider à finir ses phrases si manque du mot Transcription	<i>Renforcer</i>	Utiliser le langage écrit en cas de manque du mot car c'est une stratégie très efficace, mais cela implique de connaître le mot que le patient cherche...
N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	Non observé	Non observé		<i>Mettre en place</i>	Encourager le patient à trouver des moyens alternatifs de communication car cela pourrait l'aider à mieux se faire comprendre

Tableau 11 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 3 au temps T2.

Stratégie	Grille d'analyse			Grille de choix des stratégies	
	Vidéo	Transcription	Remarque qualitative	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
O. Je suis attentif à l'équilibre des temps et des tours de parole	Parfois	Parfois	Vidéo : J'ai donné plus de temps au patient pour s'exprimer Transcription : Respect du tour de parole dans le nombre d'énoncés mais énoncés plus longs du patient	<i>Modifier</i>	Développer la longueur des interventions du patient

.4. Ajustement communicationnel

Pour chaque dyade, nous nous intéresserons dans cette partie aux éventuels changements communicationnels qui ont pu s'opérer entre T1 et T2. De manière générale, toutes les orthophonistes ont fréquemment observé l'absence ou la présence des mêmes stratégies lors de leurs deux autoanalyses. Ainsi sur les 17 stratégies contenues dans la grille d'analyse, 14 (82,35%) ont été analysées de la même manière en termes de présence ou d'absence par la dyade 1 au cours de ses deux autoanalyses, et 17 (100%) par les dyades 2 et 3. En ce qui concerne leurs choix d'utilisation des stratégies, six stratégies sélectionnées à T1 ont été maintenues à T2, deux n'ont pas été reconduites, et deux nouvelles ont pu être sélectionnées. De plus, la grande majorité des stratégies ont été sélectionnées afin d'être mises en place ou

renforcées (huit stratégies sur les neuf soit 88,88% à T1 et sept stratégies sur les huit soit 87,5% à T2). Les choix de la dyade 1, 2 et 3 pour les deux périodes sont respectivement présentés dans les tableaux 12, 13 et 14.

Tableau 12 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 1 pour les temps T1 et T2.

Stratégie Choisie	T1		T2	
	Usage	Explication et justification du choix de stratégie	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
A. Je produis des phrases courtes et claires	<i>Renforcer</i>	Éviter/limiter la reprise systématique des propos du patient avant l'énonciation de nouvelles propositions	<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie facilite la compréhension du patient.
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	<i>Renforcer</i>	Diminuer le nombre de reformulations car elles peuvent nuire à l'élaboration syntaxique du patient	<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie permet un échange bien plus équilibré
N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	<i>Mettre en place</i>	Amener le patient à employer davantage la gestuelle pour favoriser/soutenir ses productions langagières	<i>Renforcer</i>	Encourager le patient à faire des gestes et à pointer car cette stratégie est non utilisée par le patient ou très rarement

L'orthophoniste de la dyade 1 a choisi les trois mêmes stratégies suite à ses deux autoanalyses. Celles qu'elle souhaitait renforcer à T1 (A et G) sont maintenues à T2, et celle qu'elle souhaitait mettre en place (N) est observée à T2, désormais choisie pour être renforcée. À T1, les stratégies A et G sont choisies car potentiellement facilitantes pour le patient. À T2, elles sont choisies car désormais considérées comme facilitantes par l'orthophoniste. Aucune nouvelle stratégie n'a été sélectionnée suite à la deuxième autoanalyse.

Tableau 13 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 2 pour les temps T1 et T2.

Stratégie Choisie	T1		T2	
	Usage	Explication et justification du choix de stratégie	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
C. Je reformule le message du patient pour vérifier que je l'ai compris			<i>Renforcer</i>	Car cette stratégie permet le bon déroulement de l'échange
D. Je pose des questions fermées	<i>Utiliser moins</i>	Pour amener plus souvent le patient à trouver ses mots par lui-même		
G. Je laisse du temps au patient pour s'exprimer	<i>Renforcer</i>	Diminuer le nombre de questions posées et laisser le patient mener l'échange lui aussi	<i>Renforcer</i>	Pour laisser le patient dire davantage de choses et ainsi équilibrer les tours de parole, pour qu'il puisse mettre en place des stratégies de compensation
I. J'utilise divers supports pour soutenir la communication			<i>Renforcer</i>	Utiliser le langage écrit en cas de manque du mot car c'est une stratégie très efficace, mais cela implique de connaître le mot que le patient cherche...
N. J'encourage le patient à dessiner, écrire, faire des gestes ou pointer pour m'aider à le comprendre.	<i>Mettre en place</i>	Encourager le patient à utiliser l'écrit pour l'aider à mieux accéder au lexique	<i>Mettre en place</i>	Encourager le patient à trouver des moyens alternatifs de communication car cela pourrait l'aider à mieux se faire comprendre
Q. Mon débit est lent ou ralenti	<i>Mettre en place</i>	Car ceci permettra sûrement la mise en place de la stratégie G		

À T2, la dyade 2 a choisi deux stratégies déjà sélectionnées à T1 (stratégies G et N), et a conservé pour ces stratégies les mêmes objectifs d'utilisation. Ainsi la stratégie G, qu'elle

souhaitait renforcer, est utilisée « beaucoup plus qu'auparavant » à T2 selon l'autoanalyse de l'orthophoniste. La stratégie N, qu'elle souhaitait mettre en place, n'est pas observée au temps T2. Deux nouvelles stratégies ont été sélectionnées suite à la deuxième autoanalyse pour cette dyade (stratégies C et I). Bien qu'elle ne l'eût pas sélectionnée au temps T1, l'orthophoniste avait déjà indiqué en remarque qualitative de sa première autoanalyse que la stratégie I semblait facilitante pour la communication du patient. Enfin, deux stratégies choisies au temps T1 n'ont pas été reconduites au temps T2 (stratégies D et Q). L'orthophoniste souhaitait en effet « utiliser moins » la stratégie D. Elle a mentionné dans sa deuxième autoanalyse l'utiliser « encore un peu trop ». D'autre part, elle souhaitait mettre en place la stratégie Q, qui n'a pas été observée lors de la deuxième autoanalyse.

Tableau 14 : Formalisation des choix de stratégies de la dyade 3 pour les temps T1 et T2.

Stratégie Choisie	T1		T2	
	Usage	Explication et justification du choix de stratégie	Usage	Explication et justification du choix de stratégie
H. J'utilise des gestes pour aider le patient à comprendre mon message	<i>Renforcer</i>	Utilisation de plus de gestes des mains pour renforcer l'attention du patient		
O. Je suis attentif à l'équilibre des temps et des tours de parole	<i>Renforcer</i>	Encourager le patient à écouter plus son interlocuteur pour favoriser sa compréhension et sa participation à la conversation		
			<i>Modifier</i>	Développer la longueur des interventions du patient car le tour de parole est respecté dans le nombre d'énoncés mais pas dans la longueur des énoncés

À T2, l'orthophoniste de la dyade 3 a maintenu une stratégie déjà choisie à T1 (O), mais a modifié l'utilisation envisagée : elle ne souhaite désormais plus la renforcer mais la modifier. La stratégie H choisie à T1 pour être renforcée n'a pas été reconduite à T2. L'orthophoniste a néanmoins indiqué dans sa deuxième autoanalyse utiliser plus qu'auparavant cette stratégie.

.5. Questionnaire de fin d'étude

Toutes les orthophonistes ont répondu à un questionnaire de fin d'étude, divisé en deux parties : la première (cf tableau 15 ci-après) visait à recueillir leur avis sur l'adéquation de la procédure, l'apport de l'autoanalyse conversationnelle (via la grille d'analyse, la grille de choix des stratégies, les supports vidéo et les transcriptions) dans la prise de conscience de leurs stratégies communicationnelles et l'apport de l'étude dans leur pratique clinique. La deuxième visait à recueillir leur avis ainsi que celui du patient sur cette expérience. Les résultats qui suivent sont tirés des réponses des participants à ce questionnaire.

.5.1. Questionnaire à destination des orthophonistes

Tableau 15 : Réponses au questionnaire à destination des orthophonistes

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<i>Adéquation de la procédure</i>					
L'organisation du protocole est claire et argumentée					3
L'échange naturel de 10 minutes me paraît adéquat pour sélectionner un extrait pertinent afin d'analyser mes stratégies					3

La durée des extraits vidéo à analyser (3-4 minutes) permet de donner une vision suffisamment représentative de la communication avec mon patient				1	2
La durée séparant les deux autoanalyses conversationnelles est adéquate pour envisager la mise en place/ modification de mes stratégies communicationnelles				2	1
<i>Grille d'analyse</i>					
La grille est compréhensible et facile à compléter				1	2
La grille est suffisamment synthétique					3
La grille reprend bien toutes les stratégies pouvant être utilisées avec mon patient aphasique					3
La grille m'a permis de prendre conscience de stratégies que j'utilise intuitivement				1	2
La grille m'a permis de découvrir des stratégies de communication que je n'utilise pas			1	1	1
<i>Grille de choix des stratégies</i>					
La grille m'a aidée dans le choix de la ou des stratégie(s) à modifier/mettre en place avec mon patient					3
La grille m'a aidée à envisager comment mettre en place/modifier cette/ces stratégie(s) avec mon patient				1	2
La grille a été un support de la mise en place/modification de mes stratégies de communication durant la période séparant les deux vidéos				1	2
<i>Apport de l'autoanalyse via la vidéo et la transcription</i>					
Le visionnage de l'extrait vidéo m'a aidée à mieux prendre conscience de mes stratégies de communication			1		2
La lecture de la transcription a constitué un apport dans la prise de conscience de mes stratégies de communication				1	2
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)			1		2
Les observations effectuées entre le visionnage de l'extrait vidéo et la lecture de la transcription sont concordantes				3	
La deuxième autoanalyse m'a permis de prendre conscience de nouvelles informations concernant mes stratégies communicationnelles par rapport à la première autoanalyse		1		2	
La deuxième autoanalyse m'a permis d'ajuster mes stratégies communicationnelles par rapport à ma première autoanalyse		1		2	
<i>Apport de l'étude</i>					
Participer à l'étude m'a permis de prendre davantage conscience de mes stratégies de communication				1	2
Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies efficaces				1	2
Participer à l'étude a permis d'identifier plus précisément mes stratégies moins efficaces				1	2
Participer à cette étude aura probablement un impact sur ma pratique future			1		2

Concernant l'organisation de la procédure, une orthophoniste a trouvé le protocole cadré et agréable à suivre, mais aurait souhaité une durée légèrement plus longue entre les deux autoanalyses conversationnelles. Une autre trouvait que la situation filmée pouvait manquer de naturel. Aucune remarque qualitative n'a appuyé les réponses des orthophonistes concernant l'apport de la grille d'analyse ni de la grille de choix des stratégies. Concernant l'autoanalyse, les participantes ont trouvé cette pratique riche pour la clinique. Le visionnage des vidéos les a aidées à prendre conscience de certains comportements communicationnels. Le fait de se visionner soi-même a cependant été désagréable pour une orthophoniste, qui a d'autre part mentionné un manque de qualité audio des vidéos (son faible). Concernant l'apport général de

l'étude, les participantes ont mentionné une conscientisation de certains comportements communicationnels. Une orthophoniste a observé des changements dans la communication avec son patient, une autre se considère désormais plus attentive à ses comportements communicationnels, également auprès d'autres patients. Enfin, une orthophoniste a pu visionner les vidéos avec son patient et l'épouse de celui-ci, qui ont visualisé les progrès du patient dans l'échange.

.5.2. Questionnaire à destination de la dyade

Les résultats ci-dessous sont tirés des réponses au questionnaire à destination de la dyade. Une orthophoniste l'a rempli seule, les deux autres ont pu recueillir l'avis de leur patient.

- *Est-ce que le fait d'être filmé(e) au cours de conversations naturelles a été facile ?*

Deux orthophonistes ont mentionné une légère difficulté lors de la réalisation des vidéos, car l'exercice était peu habituel et pouvait paraître un peu intimidant. Passé les premiers instants, la caméra était souvent rapidement oubliée au profit de l'échange avec le patient. Pour une orthophoniste, il a surtout été difficile de se visionner par la suite. La difficulté de maintenir une conversation naturelle en situation d'enregistrement a également été mentionnée. Pour les deux patients interrogés (dyade 1 et 3), il a été facile de participer aux enregistrements vidéo.

- *Est-ce que cette étude a permis un échange différent entre thérapeute et patient ?*

Toutes les orthophonistes ont mentionné des changements dans la communication avec leur patient. Deux d'entre elles réservaient déjà des temps de discussion spontanée au sein des séances. Ces temps de discussion ont pu s'allonger depuis la participation à cette étude pour l'orthophoniste de la dyade 3. Le patient concerné n'a quant à lui pas remarqué de réelle différence. Une autre orthophoniste (dyade 1) a constaté un meilleur équilibre des tours de parole et une expression plus spontanée de son patient. Celui-ci s'est également dit plus à l'aise en compréhension depuis que l'orthophoniste employait des phrases plus courtes, et plus à l'aise dans l'échange quand il avait plus de temps pour s'exprimer. Enfin, la dernière orthophoniste (dyade 2) a précisé que la communication avec son patient était désormais plus riche, mais qu'elle aurait souhaité échanger davantage sur cette évolution avec lui, afin de recueillir son avis après la première et après la deuxième vidéo.

- *Les échanges ont-ils eu un impact sur la relation thérapeutique après les enregistrements ?*

Pour deux dyades, les patients communiquent désormais davantage et de manière plus spontanée avec l'orthophoniste depuis la mise en place des stratégies. Une orthophoniste (dyade 1) a pu échanger avec l'épouse du patient sur la place de celui-ci dans l'échange, et sur les stratégies qui pouvaient être utilisées avec lui. Enfin, une orthophoniste (dyade 3) a visionné les vidéos avec le patient et son épouse à la fin de l'étude. Ils ont ainsi pu visualiser les progrès du patient, ce qui a contribué d'après l'orthophoniste au renforcement de l'alliance thérapeutique.

Discussion

.1. Population

L'objectif initial visant à recruter entre trois et cinq dyades a été atteint puisque trois dyades ont finalement participé à l'étude, ce qui a permis d'obtenir six enregistrements vidéo. Toutefois, plusieurs hypothèses peuvent expliquer la difficulté de recruter plus de

participants malgré le nombre important d'orthophonistes contactés : d'une part, l'autoanalyse conversationnelle est une pratique chronophage, malgré la réalisation de certaines étapes en amont par l'étudiante. De plus, l'étude proposée est longitudinale, ce qui suppose une disponibilité des patients et des orthophonistes sur plusieurs mois. Dans le contexte de crise sanitaire lié à la COVID 19, il a pu être difficile de se projeter dans un tel projet, qui nécessitait de plus la présence de l'étudiante lors des enregistrements. D'autre part, l'utilisation de supports vidéo a été compliquée à envisager pour certains professionnels et pour certains patients, qui ont de ce fait refusé de participer à l'étude. Une orthophoniste a par exemple indiqué que l'utilisation de vidéos ne correspondait pas à sa pratique. Enfin, plusieurs orthophonistes ont dit être intéressées pour participer à l'étude, mais ne pas réunir toutes les conditions nécessaires : parfois elles ne prenaient pas en charge de patient correspondant aux critères proposés, d'autres fois elles n'ont pu obtenir l'accord du patient, indispensable pour participer à l'étude.

Bien que trois dyades aient été recrutées, ce nombre reste faible pour obtenir des profils de participants variés. Toutefois des différences entre les patients sont relevées concernant la sévérité, la durée et le type d'aphasie. Ainsi deux patients sur les trois présentent une aphasie fluente, et un patient une aphasie non fluente. Leurs profils communicationnels sont également assez distincts, même si certaines caractéristiques communes sont mises en évidence. Tous expriment par exemple une gêne vis-à-vis de leurs troubles langagiers, et tous sont investis dans la communication verbale. Certaines difficultés communicationnelles sont communes à tous les patients, comme la difficulté à reformuler en cas d'incompréhension, ainsi qu'à corriger ses erreurs par soi-même ou sur indication de l'interlocuteur. En ce qui concerne les orthophonistes, il a été choisi de n'intégrer que des professionnels exerçant en libéral, ce qui a certainement limité l'étendue des profils. Malgré tout, leur expérience dans la prise en soin de l'aphasie, de l'aide aux aidants et de l'évaluation des pratiques professionnelles était plutôt variée.

.2. Matériel utilisé

Une des hypothèses de l'étude était que les différents outils proposés étaient pertinents pour l'autoanalyse de ses stratégies de communication par l'orthophoniste. L'intérêt de la vidéo et de la transcription ayant déjà été mis en évidence lors des mémoires précédents, nous nous focaliserons sur leur intérêt dans le cadre d'un suivi longitudinal des dyades. Par ailleurs, nous verrons si la grille d'analyse actuelle et la grille de choix des stratégies présentent un intérêt dans la prise de conscience par les orthophonistes de leurs stratégies communicationnelles.

.2.1. Apport des autoanalyses conversationnelles

.2.1.1. Apport du support vidéo

Toutes les orthophonistes ont jugé la durée des extraits vidéo suffisamment représentative de la communication avec leur patient. L'orthophoniste de la dyade 3 a toutefois mentionné un manque de naturel lié à la présence de la caméra. Toutes les participantes ont pu trouver légèrement difficile le fait d'être filmées et/ou de se visionner à posteriori. Les orthophonistes des dyades 1 et 2 considèrent que le visionnage des vidéos les a aidées à prendre conscience de leurs stratégies de communication. La troisième participante ne s'est pas prononcée sur ce point.

Lors de leur deuxième analyse vidéo, les orthophonistes des dyades 2 et 3 ont comparé l'utilisation de certaines stratégies, et ont pu observer certaines similitudes et différences par rapport à leur première autoanalyse. L'autre participante ne s'est pas exprimée à ce sujet. Pour

la dyade 3, la comparaison des vidéos a permis au patient de se rendre compte par lui-même de ses progrès dans l'échange, ce qui a contribué à renforcer la relation thérapeutique avec l'orthophoniste. De manière plus générale, la vidéo place ici le thérapeute en observateur de ses propres comportements, ce qui est peu habituel dans la pratique, mais intéressant pour porter un regard sur la dynamique de l'échange et non seulement sur les progrès/difficultés du patient. Elle a l'avantage de pouvoir intégrer, en plus de la communication verbale, les aspects paraverbaux (comme le débit, l'intonation) et non verbaux (comme la gestuelle, la mimique) de la communication, même si leur observation a été compliquée par le port du masque lié à la crise sanitaire. La vidéo est utile dans l'autoanalyse conversationnelle et permet, dans une approche longitudinale, de comparer deux situations de communication séparées dans le temps.

.2.1.2. Apport de la transcription

Si le visionnage des vidéos a pu aider à conscientiser certains comportements communicationnels pour deux dyades, la transcription a constitué un apport pour toutes les participantes : pour les dyades 1 et 2, elle a apporté des informations supplémentaires par rapport à l'analyse vidéo. La troisième participante n'est ni d'accord, ni pas d'accord avec cette affirmation. Toutes les orthophonistes ont observé une concordance entre les analyses des vidéos et de leurs transcriptions. Les réponses issues des grilles d'analyse allaient également dans ce sens, avec uniquement 5 items non concordants sur les 102 items totaux. En outre, toutes les orthophonistes ont modulé la fréquence d'apparition d'une ou de plusieurs stratégies suite à la lecture de la transcription. Deux d'entre elles (dyade 2 et 3) ont mentionné une prise de conscience de cette fréquence en remarque. La majorité de ces prises de conscience ont eu lieu lors de la première autoanalyse des orthophonistes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles avaient déjà pu observer de nombreux éléments à T1, et avaient donc déjà connaissance de certains de leurs comportements communicationnels à T2. Cependant, il est intéressant de constater que pour deux stratégies (D et F) observées par la dyade 2, l'orthophoniste a modifié sa réponse à la lecture de la transcription lors de ses deux autoanalyses. Ainsi il se peut que certaines stratégies soient, par nature, plus difficiles à analyser à partir de l'unique support vidéo. Si l'on prend par exemple la stratégie D (je pose des questions fermées), on imagine aisément qu'il soit plus facile de compter le nombre de questions fermées sur une transcription plutôt que sur un support dynamique comme la vidéo. L'intérêt de la transcription semble donc vérifié dans le cadre d'une approche longitudinale de l'autoanalyse conversationnelle.

.2.1.3. Apport de la grille d'analyse

La grille permet de différencier dans un premier temps les stratégies « non observées » des stratégies « observées », et ce pour l'analyse de la vidéo et de la transcription. Dans le cadre de ce mémoire, la mention de la fréquence était possible, parmi « rarement », « parfois » et « souvent ». Ces estimations restent qualitatives et donc approximatives, dépendantes des représentations de chaque participante de la notion de fréquence. Par ailleurs, la fréquence d'apparition des stratégies dépend de nombreux facteurs, et est directement liée au contexte, qui peut induire ou non le recours à certains comportements communicationnels. Elle ne constitue donc pas un critère de comparaison pertinent entre les différentes dyades, ni pour une même dyade entre deux périodes distinctes d'autoanalyse. Néanmoins, l'indication de la fréquence d'apparition des stratégies a permis aux orthophonistes de visualiser un écart entre l'analyse vidéo et l'analyse de la transcription sur une même autoanalyse. En cela, elle a potentiellement contribué à la conscientisation de leurs comportements communicationnels.

Dans l'ensemble, du point de vue de sa forme, la grille a été jugée compréhensible, facile à compléter, et suffisamment synthétique par les participantes. Du point de vue du contenu, les orthophonistes l'ont jugée complète, reprenant toutes les stratégies pouvant être utilisées avec leur patient aphasique. Elles ont mentionné l'intérêt de la grille dans la conscientisation de stratégies qu'elles utilisaient intuitivement. Enfin pour les orthophonistes des dyades 1 et 2, la grille a permis de découvrir des stratégies de communication qu'elles n'utilisaient pas, ce qui confirme les résultats de Lucas (2020) concernant l'apport de la grille. Ce ne fut cependant pas le cas pour la dernière participante.

.2.2. Apport de la grille de choix des stratégies

L'autoanalyse conversationnelle via la vidéo, la transcription et la grille d'analyse a permis aux participantes de prendre conscience de leurs stratégies communicationnelles. Une des hypothèses de ce mémoire est que cette prise de conscience leur permette d'envisager le maintien ou le changement de certains comportements communicationnels auprès de leur patient aphasique. Une grille a été élaborée afin d'accompagner la réflexion des orthophonistes dans le choix des stratégies à utiliser/modifier. Elle répertoriait notamment quelques suggestions tirées de l'étude de Hopper, Holland et Rewega, (2002), ayant pour but d'aider l'orthophoniste à choisir des stratégies pertinentes. Les participantes ont choisi une à quatre stratégies (parmi les dix-sept proposées dans la grille d'analyse). Pour chacune d'elles, elles ont également indiqué l'application envisagée parmi : « la mettre en place », « la renforcer », « l'utiliser moins » et « la modifier ». Les stratégies ont principalement été choisies afin d'être mises en place ou renforcées, ce qui suppose une orientation des orthophonistes vers des stratégies facilitantes. Toutes les participantes ont pu considérer certaines stratégies comme trop ou pas assez présentes dans l'échange, et ce qu'elles soient observées rarement ou fréquemment sur la vidéo et la transcription. De manière plus générale, la grille a aidé les orthophonistes à sélectionner les stratégies à modifier/mettre en place avec leur patient, ainsi qu'à envisager ce changement (l'orthophoniste de la dyade 3 est plutôt d'accord, les autres tout à fait d'accord). En effet, des pistes d'utilisation ont été proposées en remarque par chaque dyade lors des deux périodes d'autoanalyse. Ces remarques ont justifié le choix des stratégies, et/ou expliqué l'utilisation envisagée. Très peu en revanche ont précisé concrètement leur contexte d'utilisation (par exemple le moment ou encore la situation communicationnelle envisagés). Ceci peut s'expliquer par le fait que malgré des connaissances théoriques sur la communication, en pratique il peut être difficile d'imaginer concrètement comment modifier ses comportements communicationnels. En effet, la littérature manque de guides pratiques pour la prise en soin du patient aphasique en situation conversationnelle spontanée (Damico et al, 2014). Il aurait pu être intéressant de donner des exemples aux orthophonistes de mise en place/modification de stratégies afin de les guider plus encore dans cette réflexion.

Enfin, une des fonctions de cette grille était de fournir un support consultable à tout moment par les orthophonistes entre leurs deux autoanalyses conversationnelles, ce qui a été le cas pour chacune d'entre elles (l'orthophoniste de la dyade 3 est plutôt d'accord, les autres tout à fait d'accord). Tous ces éléments tendent à confirmer l'intérêt de la grille dans l'aide à l'autoanalyse de leurs stratégies de communication par les orthophonistes, et ce tout au long de la période proposée.

.3. Apport de l'étude dans la pratique clinique

.3.1. Apport général de l'étude

La procédure de l'étude, incluant deux autoanalyses conversationnelles via les outils proposés (vidéo, transcription, grille d'analyse, grille de choix des stratégies) a permis à toutes les participantes de prendre conscience de leurs stratégies communicationnelles (l'orthophoniste de la dyade 3 est plutôt d'accord, les deux autres tout à fait d'accord). Notamment, toutes ont pu identifier plus précisément leurs stratégies efficaces mais aussi leurs stratégies moins efficaces (l'orthophoniste de la dyade 3 est plutôt d'accord, les deux autres tout à fait d'accord). Une des hypothèses de ce mémoire était que cette prise de conscience ait un intérêt pour la pratique clinique de l'orthophoniste. Aussi selon les orthophonistes des dyades 1 et 2, la participation à cette étude aura probablement un impact sur leur pratique future. Cet avis n'est pas partagé par l'orthophoniste de la dyade 3. De manière qualitative, toutes les participantes ont mentionné un changement dans la communication avec leur patient depuis leur participation à l'étude. Le patient de la dyade 1 constate également une amélioration quand certaines stratégies sont employées par l'orthophoniste. Celle-ci a pu discuter avec l'épouse du patient des stratégies facilitantes pour lui. Au-delà de la communication propre à la dyade, elle a par ailleurs mentionné être plus attentive à l'équilibre de l'échange dans sa communication auprès d'autres patients.

.3.2. Apport de l'approche longitudinale

Si la participation à l'étude semble avoir eu un impact plutôt positif dans la pratique clinique des orthophonistes, il convient de s'interroger plus précisément sur l'apport de l'approche longitudinale pour chacune d'entre elles.

.3.2.1. Délai entre les deux vidéos

Initialement, il avait été décidé que les vidéos seraient séparées d'une période de trois mois, soit d'environ douze semaines. Ce temps devait permettre aux orthophonistes une réflexion sur les stratégies identifiées, et un éventuel réajustement communicationnel auprès de leur patient. Cependant, l'unique prise en compte du délai séparant les deux vidéos offrait une comparabilité peu fiable entre les dyades. En effet, de nombreuses autres variables intervenaient, et notamment : le temps de transcription de l'étudiante, le temps d'analyse de chaque orthophoniste, et le rythme de la prise en charge des participants. Le délai finalement considéré pour fixer la date du deuxième enregistrement a été celui séparant la première autoanalyse par l'orthophoniste de la deuxième vidéo, et ce afin de limiter l'effet des variables « temps de transcription par l'étudiante » et « temps d'analyse par l'orthophoniste ». Ce délai a été d'environ huit semaines pour les dyades 2 et 3, et de douze semaines pour la dyade 1, compte tenu du rythme moins soutenu de la prise en charge. Il a été jugé adéquat par toutes les orthophonistes pour permettre un ajustement communicationnel (les participantes des dyades 1 et 2 sont plutôt d'accord, celle de la dyade 3 est tout à fait d'accord). L'orthophoniste de la dyade 2 aurait toutefois apprécié un délai légèrement plus long avant le deuxième enregistrement vidéo.

.3.2.2. Apport de la deuxième autoanalyse

Pour les orthophonistes des dyades 1 et 2, la participation à une deuxième autoanalyse a permis de prendre conscience de nouvelles informations concernant leurs stratégies communicationnelles, et également de les ajuster par rapport à la première autoanalyse. Ce ne fut pas le cas pour la troisième participante qui a indiqué n'être plutôt pas d'accord avec ces affirmations. En outre pour toutes les participantes des changements ont été effectués dans leurs grilles de choix de stratégies entre la première et la deuxième autoanalyse. Il a pu s'agir de changements de choix (ajout ou abandon) ou de changements d'utilisation des stratégies. Ainsi l'orthophoniste de la dyade 1 a sélectionné les trois mêmes stratégies à T1 et à T2 (stratégies A, G et N), mais a modifié l'utilisation envisagée de l'une d'elles. Elle semble avoir observé à T2 les effets de l'utilisation des stratégies A et G. En effet, ces stratégies étaient choisies à T1 car potentiellement facilitantes pour la dyade. À T2, elles sont désormais considérées facilitantes pour la communication avec son patient. Ceci suggère qu'il y a bien eu un ajustement communicationnel entre T1 et T2 pour cette dyade. De plus, le patient se dit plus à l'aise dans l'échange depuis l'emploi par l'orthophoniste de ces stratégies. L'orthophoniste de la dyade 2 a quant à elle observé de nouvelles informations lors de sa deuxième autoanalyse, ce qui a entraîné de nouveaux choix de stratégies à utiliser auprès de son patient. Certaines stratégies choisies à T1 ont été maintenues à T2 (G et N), et deux stratégies (D et Q) ont été abandonnées. L'orthophoniste a observé des changements dans l'utilisation de certaines stratégies entre T1 et T2 (ex. « plus qu'auparavant », « encore un peu trop »), ce qui va dans le sens d'un ajustement communicationnel pour cette dyade également. Enfin, l'orthophoniste de la dyade 3 a conservé la stratégie O entre T1 et T2, mais a choisi d'en modifier l'utilisation. La stratégie H choisie à T1 n'est pas reconduite à T2, mais l'orthophoniste a indiqué lors de sa deuxième autoanalyse l'utiliser plus désormais. On peut supposer que cette stratégie n'a pas été reconduite car le renforcement attendu a eu lieu, ou que l'orthophoniste considère désormais cette stratégie non pertinente. Pour la dyade 2, le choix de certaines stratégies à T1 a été reconduit malgré leur non observation à T2. L'absence d'utilisation de ces stratégies à T2 peut s'expliquer par le fait qu'elles n'étaient peut-être pas pertinentes dans ce contexte conversationnel. En effet, mêmes si les conditions proposées pour les deux enregistrements se voulaient identiques, il existe une multitude de possibilités propre à chaque situation communicationnelle, entre autres quant aux thèmes et aux stratégies employées (Damico, Ball, Simmons-Mackie et Nicole Müller, 2007). Il se peut aussi que la modification de comportements soit difficile en conversation spontanée, même en ayant conscience de leur caractère facilitant ou nuisible pour la communication. En effet, porter une attention sur leur modification tout en restant naturel dans l'échange paraît difficile à effectuer. Damico et ses collaborateurs (2014) soulignent l'importance pour le thérapeute de se placer dans une démarche constructiviste. En outre, si la conscientisation des comportements communicationnels est une première étape essentielle, l'entraînement à leur utilisation l'est tout autant, et permet au thérapeute d'acquérir une expertise à plus long terme.

Conclusion

L'aphasie entraîne des troubles langagiers de sévérité variable qui ont des répercussions sur la communication du patient avec ses partenaires. L'interlocuteur joue dès lors un rôle primordial dans l'équilibre conversationnel, puisqu'il peut mettre en place des moyens de compensation, par la modulation notamment de ses propres comportements. L'autoanalyse

conversationnelle est une pratique qui peut être utilisée par l'orthophoniste pour porter un regard sur ses propres comportements et sur leur caractère facilitant ou nuisible pour la communication.

Ce mémoire avait pour objectif d'étudier l'intérêt de l'autoanalyse conversationnelle dans la pratique clinique de l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. L'hypothèse principale était que cette pratique permette à l'orthophoniste de prendre conscience de ses stratégies communicationnelles à différents instants de la prise en charge de son patient (ici, à deux temps séparés par un délai de trois mois). Il était également avancé que cette prise de conscience lui permette d'envisager la mise en place/modification de ses comportements en séance, et qu'une deuxième autoanalyse après plusieurs mois permette un éventuel ajustement communicationnel entre T1 et T2. Afin de vérifier ces hypothèses, trois dyades orthophoniste – patient aphasique ont participé à deux enregistrements vidéo. Les orthophonistes se sont chaque fois autoanalysées à partir d'un extrait de ces vidéos, de leur transcription, d'une grille d'analyse et d'une grille de choix des stratégies. Les résultats tendent à confirmer l'intérêt de l'autoanalyse conversationnelle pour la pratique clinique de l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. Cette pratique a permis aux participantes de prendre conscience de leurs comportements communicationnels et de les ajuster aux besoins de leur dyade, entraînant un changement dans la communication avec leur patient. La présence d'une deuxième mesure après un délai de trois mois a par ailleurs permis à deux orthophonistes de nouvelles observations et un réajustement de leurs comportements communicationnels, ce qui suggère un bénéfice de l'approche longitudinale. Du point de vue des outils utilisés, les résultats confirment ceux déjà mis en évidence dans les mémoires précédents quant à l'intérêt de l'outil vidéo et de la transcription dans l'autoanalyse conversationnelle. Dans un contexte longitudinal, ces supports permettent aussi une comparaison de situations conversationnelles à des temps T1 et T2. Là où la vidéo apporte des premières informations sur l'emploi de stratégies, la transcription permet de préciser leur fréquence et leur contexte d'apparition. La grille d'analyse a été utile dans la prise de conscience par les orthophonistes des stratégies qu'elles utilisaient intuitivement mais aussi, pour les dyades 1 et 2, des stratégies qu'elles n'utilisaient pas. Enfin, la grille de choix des stratégies a accompagné les orthophonistes dans leur réflexion, leur permettant d'envisager l'utilisation en séance de certaines stratégies, toutefois rarement de manière concrète. De ce fait, cet outil pourrait être amélioré, entre autres par l'ajout d'exemples. Globalement, tous ces éléments tendent à confirmer l'intérêt des outils proposés dans l'autoanalyse conversationnelle de l'orthophoniste auprès de son patient aphasique. Afin de poursuivre cette étude, il pourrait être intéressant de simplifier la grille d'analyse pour élargir son utilisation à d'autres partenaires que l'orthophoniste, dont les aidants. Ceci pourrait permettre de sensibiliser les interlocuteurs aux différents aspects communicationnels, et peut-être de les aider à prendre davantage conscience de leurs stratégies facilitantes et inopérantes.

Bibliographie

- 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.
- Best, W., Maxim, J., Heilemann, C., Beckley, F., Johnson, F., Edwards, S-I., ... Beeke, S. (2016). Conversation therapy with people with aphasia and conversation partners using video feedback : A group and case series investigation of changes in interaction. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
- Bevington, L. (1995). The effect of a structured education programme on relatives' knowledge of communication with stroke patients. *Australian journal of human communication disorders*, 13, 117-21.
- Boles, L. (1997). Conversation analysis as a dependent measure in communication therapy with four individuals with aphasia. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 2(1), 43-61.
- Bonnans, 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.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I. (2010). *Les aphasies. Evaluation et rééducation.* Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- CLAN. *Computerized Language Analysis* [Logiciel]. <https://dali.talkbank.org/clan/>.
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1987). Collaborating on contributions to conversations. *Language and cognitive processes*, 2(1), 19-41
- Croteau, C., & Le Dorze, G. (2006). Overprotection, "speaking for", and conversational participation: A study of couples with aphasia. *Aphasiology*, 20(2-4), 327-336.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353.
- 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.
- Damico, J., Ball, M., Simmons-Mackie, N., & Müller, N. (2007). Interactional aphasia : Principles and practices oriented to social intervention. *Clinical Aphasiology*. Psychology Press.
- Damico, J., Tetnowski, J., Lynch, K., Hartwell, J., Weill, C., Heels, J., & Simmons Mackie, N. (2014). Facilitating authentic conversation : An intervention employing principles of constructivism and conversation analysis. *Aphasiology*, 29(3), 400-421.

- De Partz, M-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle, *Glossa*, 75, 4-12.
- Eriksson, K., Hartelius, L., & Saldert, C. (2016). Participant characteristics and observed support in conversations involving people with communication disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology* 18(5), 439-449.
- Grice, H.P. (1979). Logique et conversation. *Communications* 30(1), 57-72.
- Holland, A-L., (1991). Pragmatic aspects of intervention in Aphasia. *Journal of Neurolinguistics* 6(2), 197-211.
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). Conversational coaching : Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology* 16(7), 745-761.
- Kagan, A., (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15-28.
- Kagan, A., (1998). Philosophical, practical and evaluative issues associated with 'Supported Conversation for Adults with Aphasia'. *Aphasiology* 12(9), 851-864.
- Le Dorze, G. L., & Brassard, C (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases ». *Aphasiology* 9(3), 239-555.
- Legg C., Young L., & Bryer A. (2005). Training sixth-year medical students in obtaining case-history information from adults with aphasia. *Aphasiology*, 19, 559-75.
- Le Dorze, G. L., & Signori F-L. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation* 32(13), 1073-1087.
- 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(s1), 25-30.
- Lucas, S. (2020). *Ajustement des stratégies communicationnelles de l'orthophoniste avec son patient aphasique : apport de l'analyse de corpus vidéo*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille, Lille, France.
- Martin, Y. (2018). Les perturbations de la communication chez la personne aphasique, Rééducation orthophonique, 56(274).
- Michallet, B., Le Dorze, G.L., & Tetreault, S. (1999). Aphasie sévère et situations de handicap : implications en réadaptation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(5), 260-270.
- Pedersen, P., Jorgensen, H., Nakayama, H., Raaschou, H., & Olsen, T. (1995). Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol*, 38, 659-666.
- Purdy, M., & Hindenlang, J. (2005). Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology*, 19, 377-88.

- Schegloff, E. (2000). When “others” initiate repair. *Applied Linguistics*, 21(2), 205-43.
- Schiffrin, D. (1990). Conversation analysis. *Annual Review of Applied Linguistics*, 11, 3-16.
- Simmons-Mackie, N., Kearns, K., & Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology* 19(6), 583-593.
- 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, 1814-1837.
- Tran, T.M. (2012, 21-23 juin). *Pour une approche dynamique des réponses aphasiques obtenues en dénomination d'images : apport de l'analyse qualitative*. [Conférence]. Perspectives neuropsycholinguistiques sur l'aphasie – NeuroPsychoLinguistic Perspectives on Aphasia, Université Toulouse II-Le Mirail à Toulouse. https://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/pour_une_approche_dynamique_des_reponses_aphasiques_obtenues_en_denomination_d_images_apport_de_l_analyse_qualitative_thi_mai_tran.11507.
- 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.
- Wilkinson, R., Wielaert, S. M. (2012). Rehabilitation for aphasic conversation: can we change the everyday talk of people with aphasia and their significant others? *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 93, S70–S76.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Lettre d'information

Annexe n°2 : Lettre de consentement

Annexe n°3 : Protocole de l'étude

Annexe n°4 : Grille d'analyse des stratégies de communication

Annexe n°5 : Grille de choix des stratégies

Annexe n°6 : Exemple d'une grille de choix des stratégies remplie

Annexe n°7 : Questionnaire de fin d'étude

Annexe n°8 : Exemple d'une transcription d'un extrait vidéo

Annexe n°9 : Synthèse des réponses à la grille d'analyse de chaque dyade à T1 et T2