

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 **ufr35** 
faculté
de médecine

MEMOIRE

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

Manon DEMOLIN

soutenu publiquement en juin 2022

**Ajustement des stratégies de communication entre
le patient aphasique et ses interlocuteurs
Adaptation d'un protocole d'auto-analyse conversationnelle à
la pratique orthophonique**

MEMOIRE dirigé par
SIMON Marie-Laure
Orthophoniste, Haubourdin
TRAN Thi Mai
Orthophoniste et linguiste, MCU, Département d'Orthophonie, Université de Lille

Remerciements

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

Je remercie tous les participants pour leur investissement, leur confiance et leur intérêt pour ce travail.

Je remercie également Eve Benâtre, Sibylle Lucas et Caroline Rouillé pour le travail de qualité auquel j'ai pu participer.

Merci à Mme D. pour sa bienveillance, son écoute, sa patience et son soutien à toute épreuve qui m'ont permis de prendre confiance en moi et en l'orthophoniste en devenir que je suis.

Je remercie mes amies, membres de l'équipe OHLE, pour leur présence tout au long de la construction de nos identités professionnelles, mais aussi pour leur amitié fidèle et sincère.

Je remercie également ma famille, qui m'a permis de mener à bien ces cinq années d'études à tous les niveaux.

Enfin, je remercie mes deux filles, de m'avoir donné chaque jour la force de me lever tous les matins au cours de ces cinq années, et de me donner le courage d'accomplir toujours plus de choses au quotidien.

Résumé :

L'aphasie engendre des troubles de la communication impliquant à la fois la personne aphasique et ses interlocuteurs. Chaque partenaire de communication doit donc mettre en place des stratégies afin d'optimiser la réussite de l'échange. Cependant, toutes les stratégies mobilisées ne sont pas facilitatrices au cours de la conversation. Aussi, il est intéressant de pouvoir les analyser dans le but de les ajuster à chaque personne avec aphasie et à ses besoins. Pour cela, l'orthophoniste peut avoir recours à l'auto-analyse conversationnelle, dont l'intérêt a été mis en évidence au cours des trois mémoires précédents dans lesquels s'inscrit ce travail, par le biais de la vidéo et de la transcription. L'objectif de ce travail est de fournir aux orthophonistes un protocole d'auto-analyse conversationnelle pratique et adapté à l'utilisation clinique par un praticien expérimenté en totale autonomie, dans le but de conscientiser leurs propres comportements de communication et d'élargir les bénéfices apportés par cette auto-analyse à l'entourage de leurs patients. Cinq dyades patient-orthophoniste ont expérimenté ce protocole en réalisant une vidéo d'une conversation naturelle, en procédant à la transcription de cet échange et en appuyant leurs observations sur les grilles d'auto-analyse et de synthèse incluses dans le protocole. Les résultats ont montré que chaque professionnel a pu réaliser une auto-analyse de façon autonome, mais également que cette auto-analyse a constitué un apport dans l'accompagnement de leur patient aphasique. Il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail en permettant aux aidants de patients aphasiques d'expérimenter l'auto-analyse conversationnelle sous la supervision de l'orthophoniste.

Mots-clés :

Aphasie – stratégies de communication – analyse conversationnelle – auto-analyse – partenaires de communication

Abstract :

Aphasia causes communication disorders involving both the person with aphasia and the other person. Each communication partner must implement strategies in order to optimise the success of the exchange. However, not all the strategies mobilised are facilitating during the conversation. Therefore, it is interesting to be able to analyse them in order to adjust them to each person with aphasia and to his needs. To do this, the speech language pathologist (SLP) can use conversational self-analysis, which interest was highlighted in the three previous dissertations in which this work is included, by means of video and transcription. The aim of this work is to provide SLP a practical conversational self-analysis protocol suitable for clinical use by an experienced practitioner in total autonomy, with the aim of raising awareness of their own communication behaviours and extending the benefits of this self-analysis to their patients' caregivers. Five patient-SLP dyads experimented with this protocol by making a video of a natural conversation, transcribing this exchange and basing their observations on the self-analysis and synthesis grids included in the protocol. The results showed that each professional was able to carry out a self-analysis in an autonomous way, but also that this self-analysis constituted a contribution in the accompaniment of their aphasic patient. It could be interesting to continue this work by allowing the caregivers of aphasic patients to experiment with conversational self-analysis under the supervision of the SLP.

Keywords :

Aphasia – communication strategies – conversation analysis – self-analysis – communication partner

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
1. L'aphasie et la communication	2
1.1. Rappels sur l'aphasie et la communication.....	2
1.1.1. Définition de l'aphasie.....	2
1.1.2. La communication et ses enjeux.....	2
1.2. Particularités de la communication entre le patient aphasique et ses interlocuteurs ...	4
1.3. Le handicap communicationnel	4
1.3.1. Le handicap partagé.....	4
1.3.2. Limitations d'activités et conséquences psychosociales	5
1.3.3. Conséquences des difficultés sur l'entourage.....	5
2. L'intervention des partenaires communicationnels du patient aphasique	6
2.1. La prise en soins orthophonique	6
2.2. Les partenaires de communication.....	6
2.2.1. Les proches du patient	6
2.2.2. L'orthophoniste.....	6
2.3. Les stratégies de communication	7
3. L'analyse conversationnelle.....	7
3.1. Principes et intérêts de l'analyse conversationnelle.....	7
3.2. L'auto-analyse conversationnelle dans l'évaluation des pratiques professionnelles ...	8
3.2.1. L'outil vidéo.....	8
3.2.2. La transcription.....	9
3.3. Les limites de l'utilisation de l'auto-analyse conversationnelle en pratique	9
4. Buts et hypothèses	9
Méthodologie.....	10
1. Population.....	10
1.1. Critères d'inclusion des orthophonistes	10
1.2. Critères d'inclusion des patients	10
2. Matériel.....	10
2.1. Livret théorique.....	11
2.2. Livret pratique.....	11
2.3. Feuille de transcription et exemple transcrit.....	11
2.4. Grille d'auto-analyse des stratégies de communication	11
2.5. Grille de choix de stratégies de communication	11
2.6. Outils techniques.....	12
2.7. Questionnaire de fin d'étude	12
3. Procédure	12
3.1. Première expérimentation du protocole adapté et simplifié	12

3.2.	Recrutement et présentation de l'étude.....	12
3.3.	Expérimentation du protocole.....	12
3.4.	Entretien et questionnaire de fin d'étude	13
Résultats		13
1.	Population.....	13
1.1.	Caractéristiques des orthophonistes.....	13
1.2.	Caractéristiques des patients	13
2.	Expérimentation du protocole d'auto-analyse conversationnelle.....	14
2.1.	Prise de connaissance des éléments théoriques et prise en main du protocole.....	15
2.2.	Réalisation des vidéos et sélection de l'extrait à analyser	16
2.3.	Réalisation des transcriptions	16
2.4.	Réalisation des auto-analyses	17
2.5.	Remplissage de la grille de choix de stratégies	17
3.	Synthèse de l'expérimentation.....	18
3.1.	Apport de l'expérimentation à la prise en soins	18
3.2.	Apport de l'expérimentation dans l'accompagnement des aidants	19
3.3.	Apport de l'expérimentation dans la pratique orthophonique quotidienne	20
3.3.1.	Réponses au questionnaire de fin d'études.....	20
3.3.2.	Réponses aux questions ouvertes	20
Discussion.....		21
1.	Population.....	21
2.	Adaptation et simplification du protocole	22
2.1.	Mise en place de livrets théorique et pratique	22
2.2.	Réalisation autonome de vidéos et sélection de l'extrait.....	22
2.3.	Proposition d'une feuille de transcription et d'un exemple.....	23
2.4.	Simplification de la grille d'auto-analyse.....	23
2.5.	Modification de la grille de choix de stratégies.....	23
3.	Apport de l'étude dans la pratique clinique de l'orthophoniste.....	24
3.1.	Intérêts du protocole d'auto-analyse conversationnelle modifié	24
3.2.	Aide aux aidants.....	25
3.3.	Prolongements de l'expérimentation du protocole	25
Conclusion.....		26
Bibliographie		28
Liste des annexes		31
Annexe n°1 :	Lettre d'information	31
Annexe n°2 :	Etapas du protocole	31
Annexe n°3 :	Livret théorique	31
Annexe n°4 :	Livret pratique	31
Annexe n°5 :	Feuille de transcription (exemple).....	31

Annexe n°6 : Présentation et illustration de la grille d'analyse des stratégies de communication	31
Annexe n°7 : Présentation et illustration de la grille de choix de stratégies	31
Annexe n°8 : Questionnaire de fin d'étude	31

Introduction

La qualité de vie des individus au sein de la société est étroitement liée aux échanges communicationnels réalisés entre chacun d'entre eux. L'apparition de troubles du langage consécutifs à des lésions cérébrales peut perturber cette capacité à communiquer et ainsi retentir sur la participation sociale de l'individu. L'aphasie est ainsi souvent source de frustration, d'isolement social ou encore de dépression (Mazaux et al., 2007). Les divers troubles langagiers liés à l'aphasie se répercutent à la fois sur le patient cérébrolésé mais également sur l'ensemble des individus qui l'entourent et interagissent avec lui. Le handicap communicationnel découlant de l'aphasie est pluriel et partagé. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soins du patient aphasique est à la fois de restaurer les déficits langagiers objectivés par des évaluations précises mais également de parer à ses difficultés communicationnelles en envisageant diverses stratégies palliatives s'appuyant sur ses capacités langagières résiduelles, tout cela dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient. L'accompagnement des proches du patient est un élément clé pour optimiser l'efficacité de la prise en charge, car ceux-ci joueront un rôle prépondérant dans la réadaptation de leur proche aphasique. Certains outils s'inscrivant dans l'approche écosystémique de la prise en charge de l'aphasie sont destinés à observer et étudier les interactions entre le patient et son interlocuteur, comme l'analyse conversationnelle (De Partz, 2001) qui permet de s'intéresser à l'organisation du langage et de l'interaction en contexte au cœur de l'échange en prenant en compte la multimodalité de la communication (Mondada, 2017). Par ailleurs, en tant que rééducateur mais également partenaire de communication du patient aphasique, il est important que l'orthophoniste puisse conscientiser ses propres stratégies communicationnelles.

Ce mémoire fait suite à plusieurs travaux réalisés par Benâtre (2018), Lucas (2020) et Rouillé (2021) dans le cadre de mémoires d'orthophonie soutenus à l'Université de Lille. Elles se sont penchées sur l'utilisation de l'auto-analyse conversationnelle de l'orthophoniste avec son patient par le biais d'enregistrements vidéo, de transcriptions de corpus et de grilles conversationnelles élaborées dans le cadre de leurs études, dans un but d'analyse des pratiques professionnelles. Ces travaux rejoignent ceux du groupe de recherche pluriprofessionnel Lillois APPEL (Analyse des Pratiques Professionnelles autour des Échanges Langagiers), dont la réflexion porte sur le rôle de la posture professionnelle dans les échanges langagiers. En situation de communication avec le patient aphasique, le fait de se focaliser sur les comportements communicationnels de l'interlocuteur permet ainsi d'appréhender sa contribution au bon déroulement de l'échange et d'envisager une amélioration de sa posture au sein de l'interaction dans le cadre de l'analyse des pratiques professionnelles. Dans ces travaux, l'auto-analyse conversationnelle permet de se concentrer sur ses propres comportements de communication en prenant conscience des stratégies facilitant l'échange mais également de celles qui pourraient être améliorées.

Les résultats de Benâtre (2018) ont alors mis en avant l'intérêt de l'outil vidéo et de grilles d'observation pour auto-analyser ses stratégies de communication. Ce travail, ayant recruté six dyades, avait pour but d'identifier l'intérêt de ces outils dans le cadre de la prise de conscience par l'orthophoniste du rôle de sa posture dans la réussite de l'échange avec son patient aphasique. L'orthophoniste était alors invité à auto-analyser ses comportements de communication au cours de ces échanges par le biais de la vidéo et la grille d'observation. Lors de cette étude, les participants devaient réaliser deux auto-analyses espacées de deux semaines. Cependant, les orthophonistes participant à l'étude avaient exprimé leur difficulté à identifier

précisément leurs stratégies de communication et avaient jugé le délai entre les deux enregistrements trop court pour permettre un réajustement. Le travail de Lucas (2020) apportait au protocole précédent l'utilisation de la transcription écrite des échanges verbaux, ainsi qu'une amélioration de la grille d'observation davantage en accord avec les données de la littérature. Sept dyades avaient alors été recrutées dans le cadre de cette étude. Dans la majorité des cas, les orthophonistes estimaient que la complémentarité entre la vidéo et la transcription permettait de prendre conscience de leurs comportements de communication et constituait un apport pour l'analyse de sa pratique professionnelle. Cependant, ils soulignaient quelques difficultés à identifier avec précision les stratégies mobilisées et à les modifier. En 2021, Rouillé a alors réalisé une étude longitudinale portant sur trois dyades patient-orthophoniste volontaires pour se filmer au cours d'échanges naturels à deux temps T1 et T2 espacés de trois mois et de réaliser les auto-analyses correspondant à chaque temps. L'idée était de mettre en évidence l'intérêt d'une seconde auto-analyse à T2 dans le réajustement communicationnel du thérapeute auprès de son patient. Les résultats ont confirmé ceux des mémoires précédents qui mettaient en avant l'intérêt des outils proposés dans l'auto-analyse des stratégies de communication de l'orthophoniste. Le bénéfice de l'approche longitudinale de cette étude a été mentionné par deux des orthophonistes recrutés, qui ont pu relater un changement dans la communication avec leur patient et témoigner d'un ajustement communicationnel entre T1 et T2.

Le protocole ainsi établi au cours de ces travaux successifs présente certaines limites liées à son élaboration dans un cadre de recherche qui rendent difficile son utilisation par les orthophonistes au cours de leur accompagnement auprès de personnes aphasiques (désormais PA). Le recrutement de participants a également été restreint en raison de la crise sanitaire. L'objectif de ce mémoire est ainsi d'adapter cet outil, dont l'intérêt a été souligné lors des mémoires précédents, de façon à le rendre accessible en pratique clinique. Nous nous intéresserons alors aux adaptations envisageables de ce protocole afin de l'intégrer à la pratique de l'orthophoniste tout en conservant ses atouts, dans le but de permettre son utilisation aux orthophonistes de manière autonome.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'aphasie et la communication

1.1. Rappels sur l'aphasie et la communication

1.1.1. Définition de l'aphasie

L'aphasie désigne la perturbation de la compréhension et de la formulation des messages verbaux qui résulte de lésions de certaines zones spécifiques du cerveau (Damasio, 1992). Elle peut donc affecter tous les domaines du langage sur les deux versants, en modalité orale ou écrite. C'est un trouble qui perturbe la communication verbale et masque les compétences pragmatiques conversationnelles, créant des barrières à la vie et à la participation sociales (Kagan, 1995). Ces troubles sont liés à des atteintes cérébrales diverses, telles que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crâniens, les pathologies neurodégénératives, les événements infectieux, inflammatoires ou tumoraux (Pradat-Diehl, 2007). Selon l'INSERM (2019), l'AVC représente la première cause de handicap acquis de l'adulte.

1.1.2. La communication et ses enjeux

Rousseaux, Bénèche et Cortiana (2014) définissent la communication comme un

comportement social auquel participent des acteurs dans le but de modifier l'état mental de l'interlocuteur. Watzlawick et al. (1972) introduisent la notion de « circularité » du système de communication, attribuant un rôle actif à chacun des membres de l'échange qui s'ajustent l'un à l'autre. Kerbrat-Orecchioni (1980) évoque une notion d'alternance des rôles de chacun des partenaires de communication au cours de l'échange. Elle préfère, au terme de langue, celui de « compétence », et laisse la place aux compétences linguistiques et paralinguistiques en parlant de « caractère multicanalaire de la communication ». Ainsi, Rousseaux et al. (2014) dégagent quatre aspects de la communication qui jouent un rôle essentiel dans la transmission du message : l'engagement dans l'interaction, la communication verbale, paraverbale et non-verbale. La communication verbale s'effectue par le biais du langage qui, selon Viader et al. (2010) est une « fonction abstraite pouvant être matérialisée en expression orale par la parole et en expression écrite pour l'écriture ». Elle comprend la mobilisation d'outils linguistiques et l'intervention des habiletés pragmatiques des interlocuteurs pendant un échange. Cette communication verbale nécessite l'intervention d'autres fonctions cognitives telles que la mémoire et les fonctions exécutives. A ce matériel verbal viennent s'ajouter les éléments prosodiques qui constituent la communication paraverbale, ainsi que le langage corporel, les expressions faciales, le regard ou encore la gestuelle qui constituent la communication non-verbale. La pragmatique correspond à la capacité d'utiliser le langage en contexte, au-delà de la compréhension et de l'expression du sens fondamental des mots (la sémantique) dans les formes grammaticales correctes (la syntaxe) (Turkstra, 2017). Grice (1975) a présenté le principe de coopération entre les interlocuteurs, traduisant l'importance de l'ajustement d'un locuteur au cours de la conversation pour une communication réussie. Des règles communicationnelles sont ainsi implicitement établies : elles permettent d'organiser et d'harmoniser l'échange (Kerbrat-Orecchioni, 1980). Vincent (2001) précise que la conversation est constituée d'une alternance de tours de parole qu'il est nécessaire de respecter pour assurer la pérennité de celle-ci en évitant les chevauchements de parole ou les silences inappropriés. Ainsi, les membres d'un échange communicationnel réalisent des ajustements permanents. Cependant, il n'existe pas de communication parfaite. Parfois, il arrive qu'elle échoue : on parle de bris de communication. Ceux-ci donnent lieu à diverses techniques de réparation initiées par l'un des deux participants de l'échange lorsqu'il détecte un problème au sein de celui-ci (De Partz, 2001). Le modèle de Clark et Schaefer (1987) rend compte de la complexité de ces tentatives de réparations, mettant en exergue la notion d'effort collaboratif minimal destiné à réduire l'effort nécessaire au bon déroulement de la conversation de la part de chacun des interlocuteurs.

La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), publiée par l'OMS en 2001, inclut la communication dans la participation aux activités en considérant les activités des personnes en interaction avec leur environnement, privilégiant l'intentionnalité à la transmission du message et ne considérant le langage que comme une des composantes de la communication. Si l'on se réfère à ce modèle, la communication peut être envisagée selon deux axes : qualitatif, qui porte sur la nature des déficiences (Rousseaux, 2001) et fonctionnel, qui porte sur les activités de communication (Darrigand & Mazaux, 2000). Ainsi, selon le modèle de la CIF, l'aphasie correspond à une déficience langagière qui engendre des troubles de la communication correspondant au niveau « limitations d'activité » responsables de restrictions de participation se traduisant par des difficultés d'insertion socio-familiale (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

1.2. Particularités de la communication entre le patient aphasique et ses interlocuteurs

Selon le type de lésion retrouvée, sa localisation et la symptomatologie présentée par le patient, l'aphasie peut prendre plusieurs formes cliniques. Les perturbations aphasiques (Viader et al., 2010) peuvent toucher les deux versants du langage oral et écrit et sont principalement déterminées par la localisation et l'étendue de la lésion cérébrale (Kreisler, 2000). Elles peuvent être caractérisées par des troubles de la fluence, phonétiques, lexicaux ou syntaxiques. Le signe le plus fréquent, commun à tous les types d'aphasies, est le manque du mot, caractérisé par un défaut d'accès lexical réduisant la qualité informative du langage. On peut également retrouver des stéréotypies verbales, des persévérations, des paraphasies. Des difficultés de langage écrit peuvent aussi être observées, pouvant aller jusqu'à l'alexie et/ou l'agraphie. De plus, des difficultés de compréhension sont fréquemment relevées. Ces perturbations peuvent faire perdre au discours oral ou écrit de son informativité, et interférer avec le bon déroulement de la conversation.

De nombreuses études montrent que les conséquences de l'aphasie sur la communication sont très variables selon la localisation des lésions (Rousseaux, Cortiana, Bénèche, 2014). On pourra retrouver, par exemple, des difficultés d'engagement dans la conversation chez des patients avec des lésions hémisphériques gauches, des difficultés à apporter des informations nouvelles, organiser le discours de façon logique ou encore tenir compte des feedbacks de l'interlocuteur (Rousseaux & al., 2010). Bien que généralement mieux préservées, la communication paraverbale et la communication non-verbale peuvent être affectées en fonction des lésions et des troubles associés éventuels. D'autre part, les patients avec une lésion hémisphérique droite présenteraient davantage des perturbations lexico-sémantiques, prosodiques, discursives et pragmatiques (Joanette, 2004). Par conséquent, les difficultés communicationnelles consécutives à l'aphasie peuvent augmenter la fréquence de survenue de bris de communication au sein des échanges et ainsi nécessiter des réparations plus fréquentes, plus longues et plus complexes.

1.3. Le handicap communicationnel

1.3.1. Le handicap partagé

L'acte de communiquer nécessite alors une interaction entre deux partenaires dans une perspective collaborative afin de transmettre un message. S'alternent alors deux phases : la phase de présentation qui correspond à l'énonciation du locuteur, et la phase d'acceptation qui constitue le niveau de compréhension nécessaire au bon déroulement de la conversation (Clark et Schaefer, 1987). L'aphasie peut générer des difficultés durant l'une ou l'autre de ces phases, et ainsi perturber l'échange de part et d'autre. En situation de communication, l'aphasie peut considérablement accroître l'effort de réparation des bris de communication de la part des patients (De Partz, 2001), rendant le comportement de communication plus coûteux et anxiogène, et le patient davantage dépendant des tentatives d'hétéro-réparation – i.e. initiées par son interlocuteur. L'équilibre concernant l'effort collaboratif minimal nécessaire se retrouve ainsi perturbé, engendrant un handicap communicationnel partagé. La PA peut se retrouver dans l'incapacité de transmettre ou de comprendre le message souhaité en raison de ses déficits linguistiques, et l'interlocuteur doit ainsi pallier les difficultés rencontrées par son proche en ajustant ses propres stratégies de communication. Kagan (1998) utilise ainsi le terme de « rampe conversationnelle » pour définir le rôle du partenaire de communication. Ainsi, l'interlocuteur

est également impacté par les déficits présentés par la PA.

1.3.2. Limitations d'activités et conséquences psychosociales

La communication joue un rôle important pour permettre à l'individu de prendre sa place au sein de la société. Ainsi, les troubles linguistiques et communicationnels liés à l'aphasie affectent directement sa participation sociale et de fait sa qualité de vie. D'après North (2007), les données de la littérature montrent que l'aphasie perturbe la vie familiale en menaçant l'équilibre relationnel : le patient participe moins aux échanges conversationnels et se met davantage en retrait. Dacharry (2013) a ainsi utilisé la Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation (GMAP, Prouteau & al., 2012), dérivée de la CIF, dans le cadre d'une étude dont les résultats montrent les conséquences de l'aphasie sur la vie domestique. Les besoins des PA nécessitent davantage d'aides pour les activités quotidiennes, les relations interpersonnelles, les loisirs et activités de groupe qui sont réduits, ainsi que la vie communautaire et civique dont la participation est corrélée à la sévérité de l'aphasie. Une autre étude a été réalisée par Mazaux et al. (2013) à l'aide de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) dont les résultats confirment que l'aphasie affecte de nombreux domaines d'activités de la vie quotidienne. Elle est ainsi vectrice d'une réduction de la participation aux activités et à la vie sociale, et à plus grande échelle de la qualité de vie (Kagan et al., 2008).

Pour Dalemans et al. (2008), la participation sociale correspond à la performance des personnes dans les activités de la vie sociale à travers les interactions avec les individus. Selon l'étude de Dalemans et al. (2010) portant sur le concept de participation sociale vu par les PA, malgré le besoin de communiquer toujours présent, certains patients ont souvent l'impression que les personnes de leur environnement ne prennent pas en compte leurs potentialités au-delà de l'aphasie. Ils déclarent également avoir besoin de davantage de temps pour penser ou dire ce qu'ils souhaitent exprimer, ou comprendre les messages de leurs interlocuteurs. De plus, les PA sont confrontées à des sentiments de solitude, de frustration, de stress, de honte et de craintes concernant les réactions des autres, ainsi qu'à un fort sentiment de dépendance. Leur cercle d'amis semble restreint, et beaucoup ont également arrêté de travailler, bien qu'ils demeurent désireux de participer à la vie communautaire.

1.3.3. Conséquences des difficultés sur l'entourage

Les difficultés linguistiques et communicationnelles liées à l'aphasie impactent non seulement le patient cérébrolésé mais également ses proches devenus aidants. D'après la Charte Européenne de l'aidant familial (Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne, 2009), le proche aidant est « une personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne de son entourage qui a des besoins d'aide/de soutien. ». Selon différents facteurs tels que les relations entretenues par l'entourage, l'organisation du système familial ou la psychologie de chacun, les membres de l'environnement de la PA peuvent présenter des réactions différentes : catastrophe, rejet, déni ou au contraire surprotection (Mazaux et al., 2007). Cela contribue à l'altération des relations d'autant qu'un manque de connaissances de la pathologie peut être constaté. Pour pallier la fragilisation des relations avec la PA, l'adaptation de sa propre posture conversationnelle peut se révéler nécessaire. Les proches peuvent ainsi spontanément adopter des comportements adaptatifs et facilitateurs pour la communication, permettant à la PA de se faire comprendre ou de mieux comprendre ses interlocuteurs.

2. L'intervention des partenaires communicationnels du patient aphasique

2.1. La prise en soins orthophonique

La rééducation orthophonique constitue l'axe principal de la prise en charge de l'aphasie (De Boissezon et al., 2007). Celle-ci se décline en plusieurs approches, généralement complémentaires. L'approche cognitive est basée sur le fonctionnement du langage chez le sujet sain en référence à des modèles théoriques. Elle mobilise des interventions spécifiques à chaque déficit d'une ou plusieurs composantes du système lexical et introduit une évaluation de l'efficacité de la thérapie (Viader et al., 2010). L'approche pragmatique est davantage axée sur l'aspect fonctionnel dans le but d'optimiser la communication en fonction des capacités résiduelles du patient. Les moyens thérapeutiques dans le cadre de cette approche sont variés. Des moyens de Communication Alternative et Augmentée (CAA) peuvent être mis en place afin d'offrir au patient un support lui permettant de contourner ses déficiences linguistiques pour communiquer (Gonzalez, 2007). Enfin, l'approche écosystémique est davantage centrée sur le patient et son entourage et sur leurs besoins communicationnels (Iché, Rives et Joyeux, 2012), les plaçant au centre de la rééducation en les rendant acteurs de celle-ci. Ainsi, les principes d'intervention orthophonique regroupent à la fois la rééducation des déficits langagiers, l'entraînement des habiletés communicationnelles s'appuyant sur les capacités résiduelles ou d'éventuels outils palliatifs, ainsi qu'un accompagnement reposant sur de la guidance et des conseils adaptés aux troubles objectifs. Ce mémoire s'inscrit dans la dimension écosystémique de l'intervention orthophonique en s'intéressant à la contribution de l'orthophoniste dans la réussite des échanges langagiers avec la PA.

2.2. Les partenaires de communication

Les partenaires de communication d'un individu au quotidien sont multiples. Ce terme regroupe tous les interlocuteurs avec lesquels la personne entre en interaction. À différentes échelles, chacun d'entre eux a un rôle à jouer, que ce soit dans l'accompagnement de la PA, ou dans l'ajustement de son comportement de communication afin de réduire le handicap partagé existant.

2.2.1. Les proches du patient

Au quotidien, les proches aidants d'un patient constituent ses interlocuteurs privilégiés, avec des besoins particuliers notamment d'information, de soutien, de reconnaissance du statut d'aidant mais surtout d'amélioration de la communication avec leur proche aphasique (Joyeux, 2014). Spontanément, ils peuvent avoir recours à des stratégies facilitatrices mais émerge alors un besoin de les analyser finement afin de les cibler dans l'interaction. Ainsi, il est indispensable d'inclure les aidants dans la prise en charge du patient et de cerner leurs besoins afin de leur offrir les informations et les outils nécessaires à l'optimisation de leur communication.

2.2.2. L'orthophoniste

Au-delà de son rôle de rééducateur, l'orthophoniste est un interlocuteur à part entière du patient aphasique. Par conséquent, il est nécessaire de prendre en considération ses propres comportements communicationnels en situation d'interaction avec la PA de façon individualisée. La conversation peut également être un support de rééducation (Damico et al., 2014), et son analyse peut devenir un véritable atout pour optimiser l'intervention orthophonique. Ainsi, la conscientisation de ses propres stratégies conversationnelles peut

permettre au praticien d'optimiser les échanges langagiers en situation de communication avec son patient et d'extraire de son expérience des conseils personnalisés à fournir aux interlocuteurs privilégiés de son patient.

2.3. Les stratégies de communication

On regroupe sous le terme de stratégies de communication l'ensemble des adaptations réalisées par un locuteur pour s'ajuster à son interlocuteur et pallier les difficultés rencontrées dans l'interaction afin de rendre efficace un échange conversationnel. Ce terme comprend alors les réparations des bris de communication mais également les comportements facilitateurs ou barrières à la communication. Ces stratégies peuvent donc prendre différentes formes et être élaborées par l'interlocuteur ou par le patient lui-même. Clark et Schaeffer (1987) différencient ainsi les réparations auto-initiées et hétéro-initiées, selon le locuteur qui les effectue au cours de l'échange lors de la survenue des bris de communication. Cependant, les PA se retrouvent davantage en difficulté pour initier des réparations en raison de leurs déficits linguistiques, ce qui incite l'interlocuteur à augmenter sa fréquence d'hétéro-réparations au cours de l'échange (De Partz, 2001).

De plus, certains comportements peuvent être mis en place par le patient et/ou son interlocuteur, spontanément ou acquis au cours de l'intervention orthophonique. Ces diverses stratégies peuvent ainsi avoir un effet facilitateur et permettre à l'interlocuteur du patient aphasique de le comprendre ou de se faire comprendre. Néanmoins, elles peuvent limiter l'échange si elles ne sont pas en adéquation avec la situation de communication – par exemple, lorsque l'interlocuteur corrige les productions du patient en s'éloignant de l'objectif communicationnel de l'échange – ou avec le patient lui-même : chaque patient a des besoins et des difficultés communicationnels individualisés qu'il convient d'identifier. Il est donc intéressant de pouvoir conscientiser les comportements qui contribuent ou non à une communication réussie. La conscientisation de ses propres comportements de communication par l'orthophoniste dans le cadre de l'analyse de ses pratiques professionnelles peut ainsi permettre d'améliorer le suivi orthophonique.

3. L'analyse conversationnelle

3.1. Principes et intérêts de l'analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle est un outil permettant de rendre compte de la façon dont les interlocuteurs collaborent à la réussite d'un échange au cours d'une conversation en considérant la gestion des bris de communication, les interruptions et le partage du temps de parole (De Partz, 2001). Elle consiste en l'analyse des échanges de deux interlocuteurs en situation de communication naturelle et est traditionnellement utilisée pour les patients aphasiques et leur interlocuteur privilégié. Elle permet de cibler les stratégies de communication mobilisées lors de ces échanges et ainsi d'étudier leur impact sur le déroulement de la conversation.

L'analyse conversationnelle peut ainsi s'inscrire dans une démarche d'évaluation en constituant un outil d'évaluation clinique qualitatif, permettant aux interlocuteurs de prendre conscience de l'efficacité de leurs échanges par le biais de l'étude de leurs comportements de communication. Le Protocole Toulousain d'Évaluation de la Communication du Couple Aphasique (Druelle et al., 2007), basé sur les principes de l'analyse conversationnelle, a été élaboré afin d'évaluer la communication entre le patient aphasique et son partenaire. L'analyse conversationnelle peut également être un outil d'intervention car elle permet aux participants

d'ajuster leurs comportements de communication en prenant en compte l'approche individualisée que nécessitent chaque patient et chacun de ses partenaires. Elle a notamment été utilisée dans plusieurs études destinées à mettre en avant son intérêt dans la prise en charge du patient aphasique et des aidants. Le SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation, Lock et al., 2001) en est un exemple. Il s'agissait d'un programme d'entraînement à la conversation de huit semaines et un programme de soutien psychosocial de huit semaines pour six dyades composées d'un patient aphasique et son partenaire de communication. Ce programme reposait notamment sur l'utilisation de l'analyse conversationnelle et a permis de s'en servir dans un cadre clinique. Il s'agissait de montrer une conversation filmée et d'en discuter afin de sensibiliser les participants et les encourager à surveiller leurs comportements de communication. Ainsi, ils pouvaient envisager des stratégies différentes à essayer.

Tandis que certaines approches ciblent le partenaire conversationnel du patient, d'autres ciblent alors la dyade patient/partenaire. La mise en exergue de comportements non adaptés au cours d'échanges entre un patient aphasique et son épouse a permis de modifier les stratégies de communication employées par l'épouse, ce qui a eu un effet bénéfique sur la qualité de leurs interactions et même sur la qualité des productions verbales du patient (Simmons-Mackie et al., 2005). D'autre part, l'étude de Wilkinson et al. (1998), centrée sur la dyade, portait sur un protocole de rééducation se déclinant en trois étapes : la prise de conscience des comportements communicationnels appropriés grâce à l'outil vidéo, l'identification de leurs propres stratégies mobilisées lors des échanges, puis l'entraînement à atténuer les comportements contre-productifs. Les résultats de ce programme montraient une amélioration de leurs échanges sur les aspects quantitatif et qualitatif.

3.2. L'auto-analyse conversationnelle dans l'évaluation des pratiques professionnelles

Les travaux de Benâtre (2018), Lucas (2020) et Rouillé (2021) se sont orientés sur l'utilisation de grilles d'auto-analyse conversationnelle couplées à l'outil vidéo et à la transcription « off-line » - i.e. issue de l'enregistrement vidéo et réalisée a posteriori - dans un objectif d'évaluation des pratiques professionnelles. Ils rejoignent les travaux du groupe de recherche APPEL qui portent sur l'étude des pratiques langagières des professionnels afin de les inviter à se focaliser sur leurs propres productions. Un protocole a donc été élaboré et pratiqué au cours de ces trois mémoires, proposé à des dyades orthophoniste-patient aphasique, comprenant l'utilisation de l'outil vidéo et de la transcription dans le but d'apporter un maximum d'informations et d'analyser finement ses propres comportements communicationnels en tant que professionnel. Ces études ont permis de souligner l'intérêt de la conscientisation de ses comportements de communication, l'évaluation de sa propre pratique professionnelle contribuant au développement des compétences du clinicien à s'adapter aux besoins du patient et de son entourage.

3.2.1. L'outil vidéo

L'observation du patient et de ses interlocuteurs est un prérequis fondamental à l'évaluation et l'intervention orthophonique. L'outil vidéo permet de visionner et écouter l'extrait à plusieurs reprises, de repérer a posteriori les postures de chacun et de cerner les éléments importants qui auraient pu échapper au professionnel en situation naturelle. Il est alors possible d'appréhender la communication verbale, paraverbale et non-verbale des

interlocuteurs. La vidéo peut ainsi compléter l'évaluation mais également servir de support d'intervention, comme cela a été proposé dans le SPPARC (Lock et al., 2001).

3.2.2. La transcription

La dynamique conversationnelle peut être mise en évidence par la transcription linguistique off-line qui consiste à retranscrire l'échange verbal après visualisation de celui-ci pour apporter des éléments difficilement observables sur un enregistrement vidéo comme les pauses et leur durée, les hésitations ou encore les chevauchements de parole. L'utilisation de la phonétique peut également permettre de transcrire ce qui est perçu sans accéder au sens.

3.3. Les limites de l'utilisation de l'auto-analyse conversationnelle en pratique

Dans la pratique orthophonique, peu de professionnels utilisent l'analyse conversationnelle, car il s'agit d'un outil coûteux en termes de temps et d'expertise de la part du clinicien. L'auto-analyse conversationnelle telle qu'expérimentée dans les mémoires précédents présente diverses contraintes qui restreignent l'utilisation du protocole proposé en pratique. Elle nécessite l'utilisation de matériel destiné à recueillir des enregistrements vidéo, l'intervention d'une tierce personne formée à l'utilisation du logiciel CLAN pour réaliser la transcription linguistique, le recueil de consentements éclairés de la part des professionnels et des patients pour la manipulation des données ainsi que de temps accordé aux enregistrements et à l'auto-analyse par le biais des grilles. Ainsi, il est nécessaire de pouvoir lever certaines de ces contraintes afin de pouvoir proposer le protocole à un large public dans le but d'inciter les professionnels à conscientiser leurs stratégies de communication pour optimiser l'accompagnement des patients aphasiques et de leurs proches.

4. Buts et hypothèses

L'auto-analyse conversationnelle telle que décrite dans ce protocole constitue un outil aussi intéressant en termes d'évaluation que d'intervention, et peut représenter le point de départ d'une prise en charge incluant les partenaires de communication. Utilisée dans le cadre de l'évaluation de sa propre pratique professionnelle, elle est alors pertinente pour permettre à l'orthophoniste d'orienter son regard sur ses propres postures communicationnelles. Les résultats des mémoires dont ce travail prend la suite montrent que les participants des études portant sur l'auto-analyse de leurs comportements de communication en conversation avec leur patient aphasique ont pu, par le biais du protocole établi, prendre conscience des stratégies employées en situation naturelle, bien qu'ils n'aient pas réellement pu les modifier concrètement au cours de l'étude longitudinale réalisée par Rouillé (2021). Ce protocole représente donc un intérêt pour la pratique orthophonique car il permet une conscientisation de la posture du professionnel pouvant lui permettre d'optimiser la dynamique conversationnelle. Certaines limites ont cependant pu être relevées dans chacun de ces travaux. Le délai d'application des stratégies de deux semaines jugé trop court et le manque de précision dans l'identification des stratégies efficaces dans l'étude de Benâtre (2018) étaient soulignés par les participants. Lucas (2020) a alors modifié la grille d'analyse en la synthétisant, et Rouillé (2021) proposait dans son étude longitudinale un délai de trois mois entre les deux auto-analyses conversationnelles réalisées par les participants. Néanmoins, le protocole pratiqué dans les mémoires précédents demeure chronophage et ne représente pas un outil fonctionnel utilisable

par les professionnels dans leur pratique au quotidien. L'objectif de ce mémoire est ainsi de rendre accessible le protocole, élaboré dans le cadre de travaux de recherche sur l'évaluation des pratiques professionnelles et basé sur l'utilisation de l'analyse conversationnelle, en pratique orthophonique. Le but serait alors de simplifier le protocole afin de lever les contraintes temporelles et pratiques freinant son accès en clinique, permettant aux utilisateurs d'en tirer profit dans la pratique orthophonique.

Les hypothèses principales de ce mémoire sont les suivantes :

- La simplification et l'adaptation de ce protocole permettent son utilisation autonome par des professionnels expérimentés dans le cadre de la prise en soins de leur(s) patient(s) aphasique(s) et de l'accompagnement de leur(s) aidant(s).
- La simplification du protocole d'auto-analyse conversationnelle existant permet de conserver les intérêts soulignés au cours des travaux précédents.

L'objectif serait ainsi de faire du protocole expérimenté dans un cadre de recherche un outil facile et rapide d'accès, complet et individualisable en fonction des particularités de chaque dyade amenée à l'utiliser.

Méthodologie

1. Population

Cinq dyades orthophoniste/patient ont été recrutées et leurs données ont été anonymisées après le recueil de leur consentement. Le recrutement a été réalisé par le biais des réseaux sociaux et des contacts des maîtres de stages. Les données restant l'entière propriété des orthophonistes participants, aucune autorisation de la part du délégué à la protection des données n'a été nécessaire.

1.1. Critères d'inclusion des orthophonistes

Les orthophonistes participants devaient prendre en soins un patient aphasique. Il n'y avait pas d'exigences quant au lieu d'exercice. Les cinq orthophonistes recrutés exercent une activité libérale.

1.2. Critères d'inclusion des patients

Les patients devaient présenter une aphasie et bénéficier d'un suivi orthophonique. La communication devait être possible par le biais des interactions verbales, non-verbales ou l'usage d'un outil de CAA. En comparaison avec les mémoires précédents, il n'y avait pas de recommandations concernant le type ni la sévérité de l'aphasie présentée par le patient, afin de cibler un plus large public et de voir si le protocole adapté est utilisable ou non quel que soit le type d'aphasie présenté par les patients.

2. Matériel

Le protocole élaboré et modifié dans le cadre des mémoires précédents a été utilisé après réalisation d'adaptations. Il comprend un livret théorique, reprenant les éléments théoriques et l'historique du protocole, un livret pratique, destiné à guider les praticiens au cours de l'expérimentation du protocole, une feuille de transcription et un exemple d'échange verbal transcrit, les grilles d'auto-analyse adaptées à la pratique orthophonique et une grille synthétique de choix de stratégies. Enfin, un questionnaire de fin d'étude a été proposé au cours d'un entretien en présentiel ou en visioconférence afin de vérifier les hypothèses formulées.

2.1. Livret théorique

Un livret théorique a été élaboré, afin de permettre aux participants d'accéder à l'historique du protocole et aux détails le concernant. Il comprend plusieurs rubriques retraçant les étapes d'élaboration du protocole, la description des outils techniques utilisés au cours de celui-ci ainsi que les conclusions concernant le bénéfice relaté par les participants aux précédents mémoires.

2.2. Livret pratique

Un livret pratique les a guidés tout au long de l'expérience en leur donnant des consignes synthétiques et claires pour pouvoir leur permettre une utilisation totalement autonome. Il se décline en quatre pages reprenant chacune des quatre étapes de l'expérimentation du protocole.

2.3. Feuille de transcription et exemple transcrit

Une feuille de transcription a été mise à disposition pour les utilisateurs afin de faciliter la réalisation de cette tâche peu expérimentée par les praticiens : elle comprend une proposition de légende qui cible de manière non exhaustive des éléments pertinents observables grâce à la réalisation de la transcription, que l'utilisateur peut s'approprier en choisissant son propre code. Un exemple de transcription a également été fourni : il s'agit d'un échange verbal entre deux interlocuteurs issu du film « Intouchables ». Cette annexe avait pour but de permettre aux utilisateurs de visualiser de manière rapide les techniques possibles et l'intérêt de la transcription.

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

Les grilles d'auto-analyse des stratégies de communication élaborées précédemment ont été modifiées de façon à rendre leur utilisation accessible en pratique clinique, en accord avec les données de la littérature et les réflexions relatives aux études précédentes. Leur présentation a été simplifiée afin de pallier les diverses contraintes relevées dans les travaux précédents et ainsi, de les rendre accessibles à un plus grand nombre de cliniciens. En réponse à ces contraintes, une synthétisation de la grille existante est proposée de façon à rendre son remplissage rapide et fonctionnel.

Les items que ces grilles comportent ont été conservés car ils reprennent les stratégies les plus fréquemment utilisées et conseillées en adéquation avec les données de la littérature. Les colonnes différenciant les observations issues de la vidéo et de la transcription ont été fusionnées en raison de la complémentarité de ces outils soulignée dans les résultats des travaux précédents. L'agencement des grilles a été repensé afin de réduire le nombre de pages et ainsi faciliter leur remplissage.

2.5. Grille de choix de stratégies de communication

La grille de choix de stratégies de communication a été conservée mais modifiée, d'une part, afin d'en faire un outil synthétique permettant de reprendre les observations effectuées au cours de l'expérimentation, et d'autre part dans le but d'intégrer le bénéfice que peut retirer l'aidant de l'auto-analyse réalisée par l'orthophoniste. Ce dernier aura donc la possibilité d'envisager un transfert de cette expérience au proche du patient qu'il prend en soins, en sélectionnant des stratégies et en précisant le comportement qu'il convient, selon lui, d'adopter ou non par rapport à ce patient.

Un espace a également été ajouté pour pouvoir questionner le patient sur ce que lui-même souhaiterait au cours de l'échange et sur la façon dont il aimerait être aidé par son interlocuteur.

2.6. Outils techniques

Les mémoires précédents ont permis d'arriver à la conclusion que l'outil vidéo et la transcription étaient des outils pertinents pour l'auto-analyse conversationnelle. Nous souhaitons ainsi pouvoir conserver leur utilisation dans la mise en pratique du protocole afin de profiter du bénéfice apporté par celle-ci tout en prenant en compte les contraintes pratiques qu'elle présente. L'utilisation d'une caméra par les participants était donc requise afin de filmer la conversation. Une transcription « off-line » pouvait, au choix, être réalisée par l'orthophoniste lui-même, par le biais d'un logiciel dédié ou de façon plus libre sous la forme de prise de notes en parallèle de l'enregistrement vidéo. Les images et les enregistrements restaient la stricte propriété des membres de la dyade, ce qui levait les contraintes pratiques de recueil de consentements pour la manipulation des données. Les grilles d'auto-analyse, de choix de stratégies et la transcription ont néanmoins été analysées après anonymisation afin de vérifier que les participants aient eu une utilisation du protocole telle qu'elle est prévue.

2.7. Questionnaire de fin d'étude

Un questionnaire de fin d'étude a été proposé aux participants au cours d'entretiens destinés à échanger autour de l'étude, afin de vérifier les hypothèses du mémoire concernant l'application du protocole adapté en pratique ainsi que l'intérêt qu'il peut présenter pour ses utilisateurs. Une échelle de Likert était proposée pour chaque affirmation, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ».

3. Procédure

3.1. Première expérimentation du protocole adapté et simplifié

Une fois le protocole d'auto-analyse conversationnelle adapté et simplifié, une première version a été proposée à un orthophoniste volontaire afin de vérifier ses aspects pratiques avant de le proposer à la population de l'étude. Cette première expérimentation a permis de mettre en évidence les modifications nécessaires à apporter pour guider l'orthophoniste dans la réalisation des étapes menant à l'auto-analyse.

3.2. Recrutement et présentation de l'étude

Les orthophonistes volontaires pour participer ont reçu un document reprenant les modalités de l'étude afin de prendre connaissance des étapes à remplir. S'ils avaient la possibilité de participer et s'ils le désiraient, ils recevaient ensuite le protocole complet.

3.3. Expérimentation du protocole

Six étapes composaient l'expérimentation du protocole d'auto-analyse conversationnelle : la prise de connaissance du protocole, le tournage de la vidéo, la sélection d'un extrait pertinent à analyser, la transcription, le remplissage des grilles d'auto-analyse et la synthèse par le biais de la grille de choix de stratégies. Les participants ont pris connaissance des éléments théoriques et du manuel fourni dans le protocole ainsi que des documents destinés à guider l'auto-analyse. Ils ont été invités à se filmer au cours d'une interaction naturelle avec la PA d'une durée d'environ dix de minutes et à sélectionner un extrait témoignant du plus possible de réussites communicationnelles et/ou de réparations en cas de bris de communication (Rouillé, 2021). Ils ont procédé à la transcription d'un extrait de l'échange de leur choix d'une durée comprise entre 2 et 3 minutes, puis au remplissage des grilles. Ces outils leur ont permis d'effectuer une auto-analyse de leurs comportements de communication en autonomie, dans un but de

conscientisation de leur posture dans la dynamique conversationnelle. Un exemplaire des grilles d'analyse, de choix de stratégies et de transcription a alors été recueilli auprès de chaque dyade dans le but d'être analysé. Un entretien a été proposé à chaque participant afin de procéder au visionnage de l'extrait vidéo et à une discussion concernant l'expérience réalisée.

3.4. Entretien et questionnaire de fin d'étude

Une fois l'analyse conversationnelle réalisée et la grille remplie selon les consignes données dans le protocole, chaque dyade a été invitée à prendre connaissance du questionnaire de fin d'étude au cours d'un entretien durant lequel nous procéderons à son remplissage. Cet entretien a été proposé en présentiel ou en visioconférence selon les préférences de chaque professionnel. Le questionnaire établi a servi de support à cet entretien et a permis de structurer le recueil des observations, remarques et avis de chaque participant. Ceux-ci ont pu, par le biais de ce document, exprimer leur avis concernant l'adéquation du protocole, son apport ainsi que l'apport de l'étude dans leur pratique clinique.

Résultats

1. Population

Le recrutement des dyades nous a permis de proposer l'expérimentation du protocole à 5 dyades. Les données suivantes sont issues de la présentation réalisée par chaque participant au cours de l'entretien proposé à la fin de chaque expérimentation.

1.1. Caractéristiques des orthophonistes

Les orthophonistes participants exercent une activité libérale. Ils ont tous des expériences différentes quant à la prise en soins de patients aphasiques : par exemple, un participant ne propose de rééducation orthophonique à des patients aphasiques que depuis trois ans, un autre ne suit qu'un seul patient aphasique parmi toute sa patientèle, et un autre suit plusieurs patients aphasiques par jour.

Concernant les entretiens, deux ont eu lieu en visioconférence et trois en présentiel.

1.2. Caractéristiques des patients

Au cours de l'entretien mené auprès de chaque orthophoniste, chacun d'entre eux a présenté le patient avec lequel il avait procédé à l'auto-analyse de manière succincte, ce qui nous a permis d'établir un profil sémiologique et communicationnel pour chaque patient au sein de chaque dyade. Les renseignements fournis concernaient principalement le type d'aphasie présentée par le patient, sa sévérité, une brève description des troubles et leur retentissement sur la vie quotidienne, la durée du suivi orthophonique et leur(s) moyen(s) de communication. Ces éléments sont disponibles dans le tableau 1.

Tableau 1 : Profil sémiologique des patients

Dyade	Âge	Profil sémiologique	Profil communicationnel	Distance depuis le début de l'aphasie
1	53	Aphasie non fluente légère portant sur le versant expressif avec un manque du mot	Communication verbale	1 an et demi
2	86	Aphasie non fluente légère portant sur le versant expressif avec manque du mot, apraxie de la parole, ralentissement et troubles du discours	Communication verbale	1 an
3	60	Aphasie non fluente modérée portant sur le versant expressif avec manque du mot, paraphasies et circonlocutions	Communication verbale ; réduction importante de la communication	2 mois
4	33	Aphasie non fluente sévère portant sur le versant expressif avec stéréotypie verbale, manque du mot massif, paraphasies	Communication non-verbale avec gestes et expressions faciales ; paraverbale et verbale	2 ans et demi
5	64	Aphasie non fluente sévère portant sur le versant expressif avec temps de latence importants, manque du mot massif, dénominations vides ; difficultés légères de compréhension dues à un déficit de la mémoire de travail	Communication verbale exclusive ; carnet de communication à disposition mais peu utilisé	3 mois

2. Expérimentation du protocole d'auto-analyse conversationnelle

Dès réception du protocole d'auto-analyse conversationnelle, chaque orthophoniste volontaire pour participer à son expérimentation a été invité à remplir les six étapes du protocole. L'utilisation des outils telle qu'elle est préconisée a été analysée au cours de chaque entretien. Les données présentées ici sont issues du questionnaire de fin d'étude présenté en annexe qui a servi de support afin de mener les entretiens et recueillir les retours des participants.

2.1. Prise de connaissance des éléments théoriques et prise en main du protocole

Tableau 2 : Résultats des réponses au questionnaire concernant l'organisation du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Le déroulement du protocole est clair et précis	0	0	0	0	5
2. Vous avez pu utiliser l'outil en totale autonomie sans difficultés	0	0	0	1	4
3. L'utilisation du protocole vous a pris le temps que vous aviez prévu pour celle-ci	0	1	2	1	1
4. Le contenu des documents explicatifs joints au protocole est adapté	0	0	0	0	5
5. Vous avez eu toutes les informations nécessaires à la bonne utilisation de l'outil dans documents explicatifs	0	0	0	1	4

Chaque orthophoniste a été questionné sur le temps passé sur chacune des six étapes de l'expérimentation du protocole.

Ainsi, 3 orthophonistes ont déclaré avoir pris connaissance du protocole en plusieurs fois. La durée moyenne de la prise de connaissance des modalités du protocole a été de 15 à 30 minutes. 1 participant a demandé à l'étudiante des précisions concernant certaines notions évoquées dans les livrets explicatifs.

La durée de tournage de la vidéo utilisée pour l'auto-analyse a été rapide pour chaque participant : entre 10 et 15 minutes d'une séance y ont été dédiées. 1 participant a indiqué avoir procédé à plusieurs vidéos, n'étant pas satisfait des premières prises, ce qui lui a pris davantage de temps. 1 participant a déclaré avoir pris un certain temps pour sélectionner l'extrait pertinent à analyser ; les 4 autres participants ont déclaré avoir pris le temps du visionnage de la vidéo tournée pour en choisir un extrait à analyser.

L'étape de transcription a été la plus chronophage pour 100% des participants, qui ont mis une durée de 30 minutes à 1 heure pour la réaliser, parfois en plusieurs fois.

L'étape d'auto-analyse par le remplissage de la grille d'analyse des stratégies de communication a été rapide pour les 5 participants : en moyenne, 10 minutes y ont été allouées.

La formulation des choix de stratégies par le biais de la grille de synthèse a été rapide pour 4 orthophonistes, pour une durée moyenne de 10 à 15 minutes. 1 participant a indiqué y avoir passé un peu plus de temps.

2.2. Réalisation des vidéos et sélection de l'extrait à analyser

Les extraits choisis issus des vidéos réalisées ont été visionnés auprès de chaque orthophoniste participant. Pour 100% des dyades, les deux membres apparaissaient clairement sur la vidéo, et échangeaient en conversation spontanée sur des sujets divers tels que la famille, les événements récents ou les fêtes de fin d'année.

3 dyades ont tourné la vidéo avec un téléphone portable posé en mode « selfie », 1 dyade l'a tournée avec une tablette et 1 dyade avec un ordinateur.

Les extraits sélectionnés et analysés sont d'une durée moyenne de 3 minutes et 20 secondes. Un participant a préféré sélectionner deux extraits d'une même vidéo de 1 minute et 30 secondes chacun car il les jugeait tous les deux pertinents dans le cadre de l'auto-analyse. 100% des participants ont donc obtenu un extrait qu'ils ont jugé pertinent afin de mener leur auto-analyse.

2.3. Réalisation des transcriptions

Un exemplaire des feuilles de transcription a été recueilli auprès de chaque participant. Un participant a préféré réaliser cette transcription sur un logiciel de traitement de texte et ne s'est donc pas servi de la trame fournie dans le protocole.

Le protocole contenait un exemple de transcription réalisée afin de guider les participants dans la réalisation de la leur. Une légende y était également proposée. 2 participants se sont servis de cette aide afin d'effectuer la transcription de leur échange, 1 participant a élaboré sa propre légende, 1 autre a réalisé la transcription avec un simple code couleur et quelques précisions manuscrites, puis 1 participant n'a pas du tout annoté sa transcription.

Les remarques formulées par les orthophonistes concernant l'étape de transcription sont les suivantes :

- L'exemple de transcription est pertinent afin de visualiser la façon de transcrire pour les orthophonistes qui réalisent peu de transcriptions.
- La transcription représente l'étape la plus chronophage pour 100% des orthophonistes. Certains d'entre eux ont réalisé cette tâche en plusieurs fois.
- La prise de conscience de certains comportements communicationnels a eu lieu au cours de cette étape pour 4 participants.
- 1 participant mentionne sa difficulté à mettre en évidence les tentatives de réparation sur la feuille de transcription et à quantifier les temps de parole.

2.4. Réalisation des auto-analyses

Tableau 3 : Résultats des réponses au questionnaire concernant la qualité du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
6. La grille d'analyse est à la fois synthétique et précise	0	0	0	0	5
7. La grille d'analyse est intuitive et facile à compléter	0	0	0	0	5
8. La vidéo, la transcription et la grille d'analyse sont complémentaires et pertinents pour l'auto-analyse conversationnelle	0	0	0	1	4

Peu de remarques ont été formulées concernant la qualité de la grille d'analyse. Les participants ont souligné la simplicité de la grille d'auto-analyse et la rapidité de sa complétion, en mentionnant l'avantage de permettre d'affiner l'analyse, cela permettant une bonne prise de conscience. Un participant regrette néanmoins l'absence de certaines stratégies de facilitation de production verbale.

2.5. Remplissage de la grille de choix de stratégies

Tableau 4 : Résultats des réponses au questionnaire concernant la qualité du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
9. La grille de choix de stratégies est facile à compléter	0	0	0	1	4
10. La grille de choix de stratégies est un bon support pour faire la synthèse de mes observations	0	0	0	2	3

Les remarques qualitatives formulées par les participants sont les suivantes :

- Concernant les stratégies pertinentes relevées, une mention « La poursuivre » aurait été souhaitée dans la colonne « Vous souhaitez en séance ».
- Certains participants n'ont pas pu remplir la rubrique « Avis du patient » car leur patient n'avait pas la capacité de verbaliser la façon dont il souhaiterait être aidé.

3. Synthèse de l'expérimentation

3.1. Apport de l'expérimentation à la prise en soins

Tableau 5 : Résultats des réponses au questionnaire concernant l'intérêt du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
11. Le protocole vous a permis de prendre conscience des stratégies que vous utilisez spontanément en conversation avec votre patient	0	0	0	0	5
12. Le protocole vous a permis de découvrir de nouvelles stratégies de communication	0	2	1	1	1
13. Le protocole vous a permis d'envisager de nouvelles stratégies à essayer avec votre patient	0	0	0	2	3
14. Le protocole vous a permis de conscientiser les stratégies moins efficaces avec votre patient	1	0	1	1	2
15. Le protocole vous a permis de conscientiser l'importance de votre posture professionnelle dans la réussite de l'échange avec le patient	0	1	0	2	2
16. Vous êtes susceptible de procéder à une nouvelle auto-analyse à l'aide du protocole à l'avenir avec le patient	1	0	1	1	2

Les remarques qualitatives formulées par les participants sont les suivantes :

- 100% des participants indiquent avoir pu conscientiser leurs comportements communicationnels grâce à l'expérimentation du protocole. 1 participant souligne notamment le bénéfice de la remise en question et du retour sur sa propre posture permis par l'auto-analyse réalisée.
- Certains participants ont pu découvrir de nouvelles stratégies de communication. Cependant, dans la majorité des cas, les stratégies étaient connues mais pas envisagées

en situation de communication avec le patient.

- 1 participant pense que la conversation spontanée peut représenter un objectif de prise en soins et envisage l'utilisation de ce protocole afin de se réajuster en fonction de l'évolution du patient.
- 1 participant souligne l'intérêt d'avoir recours à l'auto-analyse en début de prise en soins avec le patient et de pouvoir réitérer l'expérience après quelques temps.
- 2 participants n'ont pas eu l'occasion de conscientiser les stratégies moins efficaces avec leur patient car leur auto-analyse a davantage mis en évidence les comportements adéquats à la situation de communication.
- 1 participant précise ne pas être susceptible de procéder à une nouvelle auto-analyse avec son patient car la prise en soins orthophonique se termine.

3.2. Apport de l'expérimentation dans l'accompagnement des aidants

Tableau 6 : Résultats des réponses au questionnaire concernant l'intérêt du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
17. Le protocole vous a permis d'envisager de nouvelles pistes pour prodiguer des conseils aux proches aidants concernant leur communication avec le patient	0	1	0	2	2

Concernant le bénéfice de l'auto-analyse conversationnelle par le biais de ce protocole pour l'accompagnement des aidants des PA, 2 participants déclarent pouvoir proposer aux aidants une synthèse des résultats obtenus. 1 participant a souhaité se servir de ces résultats pour donner des pistes aux aidants au moment de la fin de la prise en soins. 1 participant pense que l'auto-analyse effectuée permet de conscientiser ses propres comportements de communication et analyser l'efficacité des stratégies mises en place, mais que les résultats de l'auto-analyse ne s'appliquent pas à autrui. Ce participant indique qu'il préférerait permettre à l'aidant de s'auto-analyser avec son proche. Enfin, 1 participant indique avoir très peu de contacts avec le proche aidant de son patient, ce qui complique la transmission des observations effectuées.

3.3. Apport de l'expérimentation dans la pratique orthophonique quotidienne

3.3.1. Réponses au questionnaire de fin d'études

Tableau 7 : Résultats des réponses au questionnaire concernant l'intérêt du protocole d'auto-analyse conversationnelle

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
18. Vous avez utilisé ou êtes susceptible d'utiliser le protocole auprès d'autres patients dans votre pratique clinique	0	0	0	3	2
19. Vous pensez que le protocole pourrait être utilisé auprès de patients présentant tout type d'aphasie	0	0	1	2	2
20. Cette expérience aura un impact sur votre pratique future	0	0	1	2	2

3.3.2. Réponses aux questions ouvertes

- *Est-ce que le fait de se filmer au cours d'une conversation naturelle a été facile ?*

Les réponses formulées par les orthophonistes à cette question sont les suivantes :

- 1 orthophoniste a déclaré que, bien qu'il utilise régulièrement la vidéo dans sa pratique, la disposition de l'outil d'enregistrement de façon à voir apparaître les deux membres de la dyade était technique et nécessitait une bonne organisation.
- Le fait de se filmer donne une impression de conversation artificielle l'espace de quelques minutes qui peut mettre mal à l'aise mais la caméra est vite oubliée au fil de la conversation.
- Il peut être difficile de réaliser la vidéo en raison des contraintes actuelles relatives à la pandémie de COVID-19 qui impose le port du masque et la distanciation.
- La caméra n'a pas été un frein pour les patients membres de 2 dyades qui apprécient beaucoup la conversation spontanée.
- 1 orthophoniste précise que l'échange avec son patient a dû être cadré car il lui aurait été impossible de communiquer en situation plus libre, ce qui enlève une part de naturel de la conversation.

- *Est-ce que les échanges réalisés dans le cadre de cette étude ont eu un impact sur la relation thérapeutique ?*

Les réponses formulées par les orthophonistes à cette question sont les suivantes :

- 1 participant indique que l'expérimentation lui a permis d'avoir davantage de contacts

avec l'entourage proche de son patient et de faire le lien entre la prise en soins et la vie quotidienne. Il indique également que l'étude a été une occasion de réaliser des choses peu proposées en rééducation, comme l'explication du protocole par téléphone.

- 1 participant indique que l'expérimentation a permis un renforcement de la confiance mutuelle et du lien thérapeutique.
- 1 participant indique que son patient s'est senti valorisé d'être choisi pour faire partie de la dyade.
- 1 participant ne mentionne pas de conséquence sur le patient mais précise que la prise de conscience de ses propres stratégies à modifier a permis, même sur un temps très court, une optimisation de la communication avec son patient.
- 1 participant n'indique aucun changement sur la relation thérapeutique entretenue avec son patient.

Discussion

1. Population

L'objectif initial concernant le nombre de participants était de dix à quinze orthophonistes. Seules 5 dyades ont finalement pu participer à l'étude. En effet, ce recrutement fut difficile, malgré le nombre de professionnels contactés et intéressés pour intégrer l'étude, pour plusieurs raisons. D'une part, le contexte sanitaire en raison de la pandémie de COVID-19 a représenté un frein dans la prise de contact avec les orthophonistes : les principaux canaux de communication ont été le courriel, les réseaux sociaux et le téléphone, canaux par lesquels il est difficile de répondre aux interrogations des orthophonistes au cours de la présentation de l'étude. Ensuite, certains orthophonistes intéressés par le protocole ont finalement refusé de participer à son expérimentation en raison de leur manque d'aisance à l'idée d'utiliser la vidéo. D'autres n'ont pas obtenu l'accord du patient avec lequel ils souhaitaient procéder à l'auto-analyse. Enfin, des professionnels n'ont pas souhaité poursuivre l'expérimentation pour des raisons organisationnelles ou personnelles.

Le souhait de ne pas établir de critère d'exclusion selon le profil communicationnel du patient aphasique se justifie par le fait de vouloir rendre accessible l'utilisation de ce protocole quels que soient les troubles présentés par le patient et quel que soit le mode de communication utilisé. 4 dyades sur 5 estiment que cela est possible. Le nombre de participants recrutés reste néanmoins faible pour pouvoir affirmer avec certitude que cet outil est utilisable auprès de patients présentant n'importe quel type d'aphasie à n'importe quel degré de sévérité, mais également auprès de patients utilisant un moyen de communication différent de la communication verbale. De plus, 100% des patients ayant participé à l'étude présentaient une aphasie non-fluente. Il serait pertinent de pouvoir proposer ce protocole à des dyades formées par des patients de profils variés et de modes de communication différents.

Enfin, les orthophonistes recrutés exerçaient exclusivement une activité libérale, bien que le lieu d'exercice ne représente pas un critère d'exclusion. Il aurait été intéressant de pouvoir inclure des participants issus d'établissements de soins, afin de recueillir d'une part leur avis sur l'intérêt que peut représenter ce protocole modifié dans leur pratique, et d'autre part sur les prolongements de l'auto-analyse auprès des aidants.

2. Adaptation et simplification du protocole

Une des hypothèses de l'étude était que l'adaptation et la simplification du protocole d'auto-analyse conversationnelle permettait une utilisation de celui-ci en totale autonomie par l'orthophoniste au cours de sa pratique clinique. Nous verrons alors si les adaptations réalisées sont adaptées à l'utilisation autonome de l'outil par le praticien.

2.1. Mise en place de livrets théorique et pratique

Le but des adaptations réalisées était que le praticien puisse accéder au protocole et l'expérimenter sans l'intervention d'une tierce personne. Il fallait donc que les modalités d'utilisation du protocole soient explicitées et accessibles directement, de façon à pouvoir guider les utilisateurs dans leur auto-analyse. Le livret théorique élaboré permettait aux participants d'accéder aux données théoriques motivant l'élaboration de l'outil et des résultats issus des travaux de Benâtre, Lucas et Rouillé afin de prendre connaissance des bénéfices relatés de l'auto-analyse conversationnelle à travers le protocole élaboré au cours de leurs études.

Ainsi, 100% des participants ont indiqué que les documents explicatifs étaient suffisamment clairs et qu'ils contenaient toutes les informations nécessaires à la bonne utilisation de l'outil. De plus, le visionnage des vidéos et le recueil des transcriptions et des grilles ont permis de vérifier la fidélité de l'expérimentation quant aux consignes fournies. Cette information confirme l'intérêt de disposer de tels documents afin de permettre au praticien d'être totalement autonome dans l'utilisation du protocole telle qu'elle est préconisée.

2.2. Réalisation autonome de vidéos et sélection de l'extrait

La difficulté de cette étape a été propre à chaque participant. Si certains participants se sont habitués à la présence de la caméra qu'ils ont oubliée au fil de leur conversation, d'autres ont mentionné davantage de difficultés notamment lors de la mise en place de l'outil. Certains participants ont également évoqué une certaine appréhension à l'idée de visionner la vidéo. De tels résultats sont recensés également dans les mémoires précédents. Nous pouvons donc supposer que l'aisance face à la caméra est propre à chaque professionnel selon ses habitudes en matière d'utilisation de cet outil et selon la personnalité de chacun.

La prise de connaissance de l'intégralité du protocole fourni avant le tournage de la vidéo peut néanmoins représenter une limite à l'objectivité de la situation de communication filmée, étant donné qu'il n'est pas possible d'empêcher la modification des comportements communicationnels successifs à la lecture de la grille de stratégies.

Par ailleurs, le choix de la sélection de l'extrait à analyser appartenait à chaque orthophoniste. Chaque extrait sélectionné pour chaque dyade a permis à chaque participant de réaliser l'auto-analyse. Les retours des orthophonistes ont été positifs concernant leur satisfaction quant à l'extrait analysé. Le visionnage de ces extraits et le recueil des grilles remplies confirme également que les éléments vidéo choisis sont pertinents dans une perspective d'auto-analyse conversationnelle. Cette information nous permet donc de considérer que les critères de sélection d'un extrait pertinent tel que décrit par Rouillé (2021) ont été respectés pour chaque participant.

2.3. Proposition d'une feuille de transcription et d'un exemple

Au cours de travaux de Lucas et Rouillé, la transcription était réalisée par l'étudiante après recueil des vidéos à l'aide du logiciel CLAN. Dans cette étude, l'orthophoniste était invité à la réaliser lui-même afin de procéder à l'auto-analyse. Bien qu'il eût été présenté dans le livret théorique et pratique, aucun participant n'a utilisé ce logiciel. Pour certains participants, l'étape de transcription a représenté une étape clé dans la conscientisation de leur posture communicationnelle. Cette information soutient l'idée qu'il est pertinent que l'orthophoniste réalise lui-même la transcription de ses échanges. Cependant, cela est à nuancer avec les informations manquantes à l'auto-analyse telles que la longueur moyenne d'énoncé ainsi que la fréquence des mots employés par le patient et l'orthophoniste qui peuvent être calculées par le biais du logiciel CLAN comme cela a été proposé dans les travaux précédents.

Sur 5 orthophonistes ayant participé à l'étude, 1 n'a pas utilisé la feuille de transcription fournie dans le protocole, ce qui n'a pas été un frein à la réalisation de l'auto-analyse. Cette information nous permet de considérer que cette trame représente ainsi un outil facultatif destiné à guider l'étape de transcription, que les orthophonistes décident d'utiliser ou non. Elle reste néanmoins pertinente du fait des informations qu'elle suggère d'annoter et la proposition de légende que l'orthophoniste peut s'approprier, comme cela a été le cas pour les 4 autres participants. Par ailleurs, trois dyades ont déclaré avoir apprécié l'exemple proposé car il leur a permis de mettre en évidence les éléments à recenser pour leur permettre de s'auto-analyser.

2.4. Simplification de la grille d'auto-analyse

Le choix de fusion des colonnes permettant de différencier les observations issues de l'analyse vidéo et de l'analyse de la transcription se justifie par la complémentarité de ces deux outils montrée par les résultats des travaux précédents. Cela a donc permis une synthétisation de la grille d'un point de vue ergonomique, ce qui permet de se rapprocher de l'objectif fonctionnel visé par le protocole, ainsi qu'une mise en lien entre l'étape de réalisation de la vidéo et l'étape de transcription.

Certains orthophonistes ayant participé aux travaux issus des mémoires précédents avaient jugé la grille un peu longue à remplir (Lucas, 2020). Au cours de notre étude, 100% des dyades ont affirmé que le remplissage de cette grille avait été rapide et facile, ce qui appuie la pertinence de sa synthétisation. Il s'agit également de l'étape la moins chronophage du protocole effectué pour tous les participants.

2.5. Modification de la grille de choix de stratégies

La modification de la grille de choix de stratégies avait pour but d'en faire un document de synthèse permettant de résumer les observations faites au cours de l'auto-analyse réalisée et d'en formuler les prolongements possibles. 100% des participants étaient en accord avec la proposition selon laquelle cette grille était facile à compléter et représentait un bon support pour faire la synthèse de leurs observations. Ce résultat est à nuancer avec les difficultés parfois rencontrées à renseigner la rubrique concernant l'avis du patient vis-à-vis des comportements de communication présentés par l'orthophoniste. Certaines grilles de synthèse n'ont donc pas pu être remplies dans leur intégralité. Nous pouvons ainsi supposer que certaines rubriques puissent être facultatives en fonction du profil du patient concerné, de la relation entretenue avec ses proches aidants et de sa capacité à verbaliser ses souhaits en matière de communication.

Par ailleurs, la mention « à renforcer » dans la rubrique indiquant le souhait de l'orthophoniste relatif à la stratégie mise en avant posait question à un participant qui a précisé qu'il ne souhaitait pas particulièrement renforcer sa stratégie mais tout simplement la poursuivre. Cette subtilité pourrait être réenvisagée dans une éventuelle modification du protocole afin de permettre aux praticiens de s'approprier davantage la grille de synthèse.

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

Le protocole issu des travaux précédents a montré son intérêt pour la pratique orthophonique en permettant une conscientisation de la posture du professionnel. Dans cette étude, le protocole modifié offrait la possibilité aux orthophonistes volontaires de procéder à une auto-analyse conversationnelle en situation de communication avec leur patient aphasique en totale autonomie, sans intervention d'une tierce personne au cours de l'expérimentation. La seconde hypothèse de ce mémoire était que la simplification du protocole d'auto-analyse conversationnelle existant permettait de conserver les intérêts soulignés au cours des travaux précédents. Nous avons vu précédemment son utilisation autonome était possible grâce aux outils proposés. Nous nous intéresserons ainsi davantage à l'intérêt de ce protocole après les adaptations mises en place pour permettre aux praticiens d'accéder à cet outil au cours de leur(s) prise(s) en soins. Ainsi, nous verrons si les modifications apportées ont permis de conserver les bénéfices mis en évidence lors des travaux précédents. Nous étudierons également les prolongements possibles de l'utilisation de l'outil.

3.1. Intérêts du protocole d'auto-analyse conversationnelle modifié

Les résultats obtenus au cours de cette étude montrent que 100% des orthophonistes ayant réalisé une auto-analyse par le biais de ce protocole ont pu conscientiser les stratégies utilisées spontanément en conversation avec leur patient. La majorité des participants a déclaré être en accord avec la proposition « Le protocole vous a permis de conscientiser l'importance de votre posture professionnelle dans la réussite de l'échange avec le patient ». Un participant nuance cette proposition en indiquant qu'il avait déjà conscience de cela avant de réaliser l'auto-analyse. Ces résultats sont en concordance avec ceux des travaux précédents dont la majorité des participants avait pu prendre conscience de leurs comportements communicationnels, ce qui représentait un réel enjeu dans l'analyse des pratiques professionnels de l'orthophoniste.

2 participants ont déclaré n'avoir pas pu prendre conscience des stratégies les moins efficaces, en justifiant cela par la très faible fréquence de stratégies inopérantes relevées dans les extraits vidéo analysés. Néanmoins, trois participants étaient en accord avec la proposition selon laquelle ils avaient pu conscientiser les stratégies moins efficaces en termes de réussite communicationnelle. Ils ont par ailleurs mentionné leur intention de procéder à un réajustement de leur posture professionnelle en visant davantage de réussites communicationnelles.

Les résultats obtenus sont majoritairement concordants avec ceux issus des mémoires précédents. Les différents retours obtenus par les participants mettent en avant un outil utilisable en totale autonomie et intéressant pour la prise en soins orthophonique des PA.

3.2. Aide aux aidants

Le protocole modifié proposait une rubrique destinée à la mise en avant de l'approche écosystémique de la prise en soins orthophonique de la PA en permettant d'envisager d'étendre les résultats de l'auto-analyse conversationnelle aux proches aidants. Ainsi, 4 participants sur 5 ont déclaré être en accord avec la proposition « le protocole vous a permis d'envisager de nouvelles pistes pour prodiguer des conseils aux proches aidants concernant leur communication avec le patient ». Pour l'un d'entre eux, l'expérimentation du protocole a permis l'élaboration d'un courrier afin de faire le lien avec la famille dans le but de clôturer la prise en soins orthophonique. Un autre participant a cependant nuancé sa réponse en estimant que les observations réalisées au cours de l'auto-analyse n'étaient pas suffisantes pour formuler des conseils applicables à l'aidant, mais que cette expérience lui avait permis d'envisager de permettre aux proches de procéder eux-mêmes à une auto-analyse conversationnelle. Il pourrait ainsi être intéressant de proposer l'outil comme support d'auto-analyse conversationnelle de l'aidant sous la supervision de l'orthophoniste en tant qu'utilisateur expérimenté.

Un participant a indiqué ne pas avoir pu faire de lien entre son auto-analyse et l'accompagnement de l'aidant, en raison du peu de contacts qu'ils entretenaient. Il convient de préciser que la possibilité d'échanger avec les aidants est un critère indispensable afin d'envisager un élargissement du bénéfice de l'auto-analyse conversationnelle aux proches.

3.3. Prolongements de l'expérimentation du protocole

Si le protocole établi représente un intérêt pour les dyades recrutées, 100% des orthophonistes envisagent d'élargir son utilisation à d'autres patients au cours de leur pratique clinique. 4 participants sur 5 pensent également que ce protocole pourrait s'appliquer auprès de patients présentant tout type d'aphasie. Un participant souligne cette remarque par le fait que son auto-analyse a été réalisée avec un patient très peu fluent, mais qu'elle lui a d'autant plus permis de conscientiser ses comportements communicationnels dans un but de réajustement. Cette information met en avant l'intérêt d'étudier le bénéfice de ce protocole auprès de patients présentant une aphasie de divers degrés de sévérité.

Trois participants ont évoqué la possibilité d'avoir recours à une seconde auto-analyse conversationnelle avec leur patient. L'un d'entre eux a notamment évoqué l'intérêt d'une approche longitudinale afin d'envisager un réajustement de sa posture professionnelle auprès de son patient qui était en début de prise en soins. Un autre considère que la situation de conversation naturelle pourrait être un axe envisagé dans le projet thérapeutique de la prise en soins de son patient et envisage ce protocole comme support lui permettant de se réajuster à différents temps de la prise en soins.

Par ailleurs, un participant souligne la limite de la situation de communication proposée comme support d'auto-analyse, étant donné qu'il s'agit d'une situation de calme propice aux échanges et à la bonne compréhension de chacun. Il précise que ses observations peuvent ne pas s'appliquer à toutes les situations rencontrées dans la vie quotidienne et suggère un élargissement de l'utilisation de ce protocole à des situations diverses telles que les conversations à plusieurs ou encore dans le bruit.

Enfin, 4 participants indiquent que cette expérience aura un impact sur leur pratique future. Un participant argumente notamment ce retour par l'information selon laquelle le réajustement communicationnel à court terme permis par l'auto-analyse a contribué à davantage de réussites dans les échanges conversationnels réalisés avec son patient.

Ces différents retours sont en faveur d'une validation de l'hypothèse selon laquelle les bénéfices rapportés par les travaux des mémoires précédents sont conservés dans ce protocole après les modifications apportées afin de le rendre accessible en pratique clinique.

Conclusion

Lors des échanges conversationnels entretenus au cours de la vie d'un individu présentant une aphasie, les troubles langagiers, quelle que soit leur sévérité, peuvent entraîner des répercussions sur la communication entre la PA et son interlocuteur. Ces derniers ont tous deux une part de responsabilité dans la réussite de l'échange et, s'il convient pour l'orthophoniste d'accompagner le patient dans la rééducation ou la compensation de ses troubles, il est primordial de considérer l'importance du rôle de l'interlocuteur. C'est le but de l'auto-analyse conversationnelle, qui permet à l'orthophoniste de se centrer sur ses propres comportements de communication afin d'identifier ceux qui contribuent au bon déroulement de l'échange ou, au contraire, qui l'entravent.

Ce mémoire avait pour objectif d'étudier l'auto-analyse conversationnelle en utilisant le protocole élaboré par Benâtre (2018), Lucas (2020) et Rouillé (2021) comme support – basé sur l'utilisation de la vidéo, de la transcription et de grilles d'analyse et de synthèse des observations – après la mise en place d'adaptations destinées à permettre la réalisation autonome d'une auto-analyse par le praticien. L'hypothèse principale était que les adaptations proposées permettent au praticien de réaliser une auto-analyse en toute autonomie. Il convenait également de vérifier que ces modifications permettaient de conserver les bénéfices mis en avant par les mémoires précédents. Pour cela, des livrets théorique et pratique ont été créés à la fois afin de retracer l'élaboration du protocole mais également de proposer un guide pour l'utilisateur. Une feuille de transcription a été ajoutée au protocole ainsi qu'un exemple de transcription permettant de guider le praticien. Enfin, les grilles d'analyse et de choix de stratégies ont été modifiées de manière à les synthétiser et à intégrer un élargissement de l'auto-analyse aux aidants.

Pour répondre aux hypothèses formulées, cinq dyades orthophoniste-patient ont été recrutées sur la base du volontariat afin d'expérimenter le protocole modifié et adapté à la pratique clinique. Ces participants ont alors procédé aux six étapes nécessaires à l'auto-analyse conversationnelle en totale autonomie. Un entretien a ensuite été proposé afin de vérifier la fidélité de l'utilisation du protocole telle qu'elle est préconisée et de recueillir les retours de chacun.

Les résultats montrent que chaque participant a pu procéder à une auto-analyse conversationnelle auprès de son patient en toute autonomie. Ceux-ci ont notamment déclaré avoir bénéficié de documents explicatifs clairs et précis. Les remarques émises sont également en faveur d'une synthétisation efficace des grilles fournies. Cependant, chaque participant s'est approprié l'outil à sa manière, et certaines rubriques ont été considérées facultatives ou source de difficultés à être renseignées selon les situations.

Par ailleurs, les participants ont mis en avant la conscientisation de leurs stratégies de communication par le biais du protocole. Certains ont même déclaré avoir pu prendre conscience de l'importance de leur posture dans la réussite de l'échange. Un réajustement des comportements communicationnels était parfois même envisagé, ainsi qu'une nouvelle auto-analyse avec le même patient ou encore avec d'autres patients aphasiques. L'objectif de fournir un protocole complet, accessible, utilisable de façon autonome et présentant un intérêt pour la

pratique orthophonique semble atteint.

Certaines limites ont cependant été relevées. En effet, l'élargissement des observations issues de l'auto-analyse à l'aidant est intéressant, mais chaque interlocuteur est différent et peut mettre en place des stratégies différentes. Ainsi, il pourrait être pertinent de permettre aux aidants de procéder à une auto-analyse conversationnelle sous la supervision de l'orthophoniste. De plus, la situation de conversation naturelle proposée au cours d'une séance d'orthophonie reste une situation propice à la communication. Il pourrait être intéressant de réaliser une auto-analyse conversationnelle dans d'autres situations de communication en fonction des situations vécues par chaque patient.

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.
- Boisguerin A. (2011). *Adaptation du protocole SIP-65 auprès de 50 couples aphasique-aidant naturel. Etude et mise en perspective.* (mémoire). Université Paul Sabatier-Toulouse III
- Clark, H. H., & Schaefer, E. F. (1987). Collaborating on contributions to conversations. *Language and cognitive processes*, 2(1), 19-41.
- Coface Handicap (2009). Charte européenne de l'aidant familial. Repéré sur <http://www.coface-eu.org>
- Dacharry, P. (2013). *Etude de l'adaptation d'une grille dérivée de la CIF aux personnes aphasiques : la GMAP.* (Mémoire d'orthophonie), Université de Franche-Comté, UFR SMP.
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L., Van Den Heuvel, W., & Wade, D., (2008), A description of social participation in working age people with aphasia : a review of the literature. *Aphasiology*, 22, 1071–1091.
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550. <https://doi.org/10.3109/13682820903223633>
- Damasio, A. (1992). Aphasia. *The New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539.
- 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.
- Darrigand, B., & Mazaux, J.M., (2000). L'échelle de communication verbale de Bordeaux. Isbergues, Ortho Edition.
- De Boissezon, X., Bodin, S., Castel-Lacanal, E., Marque, P., Puel, M., & Demonet, J.F. (2007). Innovations thérapeutiques et aphasie : rééducation orthophonique, pharmacothérapie et Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive. In Mazaux, J. M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques (Rencontres en Rééducation)*. (pp 273-281). (Elsevier-Masson éd.). Masson.
- Druelle, H., Deka, S., & Iche, A. (2007). *Le PTECCA : élaboration d'un protocole d'évaluation écosystémique de la communication du couple aphasique.* (Mémoire d'orthophonie, Université Paul-Sabatier, Toulouse, France).
- Gonzalez, I., Marachetti, S., Petit, H., Munier, N., & Joseph, P.A., (2007). Pour contourner les troubles aphasiques sévères : les classeurs de communication, de l'incapacité à la réparation. In Mazaux, J.M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps Medical.
- Grice, H.P., (1975). Logic and Conversation. In Cole P., & Morgan J.L. (Eds.), *Syntax and Semantics* (pp. 41-58). New-York : Academic Press.
- Iché, A., Rives, C., & Joyeux, N. (2012). Un bilan orthophonique d'approche écosystémique de la problématique aphasique : le PTECCA. *Entretiens de Bichat (Orthophonie)*, 81-94.

- Joanette, Y. (2004). Impacts d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale. *Rééducation orthophonique*, 210, 11-28.
- Joyeux, N. (2014). L'implication des aidants dans les programmes d'éducation thérapeutique. *Rééducation orthophonique*, 259, 127-139.
- Inserm (2019). *Dossier d'information : accident vasculaire cérébral*. Consulté sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc> mis à jour en mai 2019 avec la collaboration de Laurent Puy et de Charlotte Cordonnier Pedersen
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : A challenge to health professionals. *Topics in stroke rehabilitation*, 2(1), 15-28.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia : methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T., & Sharp, S. (2008). Counting what counts : A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1980). *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*. Paris, France : Colin.
- Kreisler, A., Godefroy, O., Delmaire, C., Debachy, B., Leclercq, M., Pruvo, J. P., & Leys, D. (2000). The anatomy of aphasia revisited. *Neurology*, 54(5), 1117-1123.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C., & Moir, D. (2001). Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(sup1), 25-30.
- 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.
- MacWhinney, B. (2000) : *The CHILDES Project : Tools for Analyzing Talk* (3rd Edition). Mahwah, NJ (Lawrence Erlbaum Associates).
- Mazaux, J. M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps Medical.
- Mazaux, J. M., Lagadec, T., Zongo, D., Panchoa de Sèze, M., Asselineau, J., Douce, E., Trias, J., Delair, M. F., & Darrigand, B. (2013). Communication activity in stroke patients with aphasia. *J Rehabil Med*, 45, 341-346
- Mazaux, J. M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques (Rencontres en Rééducation)* (Elsevier-Masson éd.). Masson.
- Mondada, L. (2017). Nouveaux défis pour l'analyse conversationnelle : l'organisation située et systématique de l'interaction sociale. *Langage et société*, 160-161(2), 181.
- North, P. (2007). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. In Mazaux, J. M., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques (Rencontres en Rééducation)*. (pp 290-296). (Elsevier-Masson éd.). Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Interactions entre les composantes de la CIF*.

- Pradat-Diehl, P., Tessier, C., Peskine, A., & Mazevet, D. (2007). Le pronostic de l'aphasie : récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic. *Aphasies et Aphasiques*, Paris : Masson.
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Jean-MarcDestailats, Barral, C., & Mazaux, J. M. (2012). Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP. *Alter*, 6(4), 279-295.
- Rousseaux, M., Bénèche, M., & Cortiana, M. (2014). Les aspects théoriques de la communication. In Mazaux, J.-M., De Boissezon, X., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. (pp.20-32). Montpellier, France : Sauramps Medical.
- Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of neurology*, 257(7), 1099-1107.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2001). Test Lillois de Communication. Iserbgues, Ortho Edition Shannon, C. E., & Weaver, W. (1971). *The Mathematical Theory of Communication* (16th Printing éd.). The University of Illinois Press.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 244-253.
- Simmons-Mackie, N., Kearns, K., & Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology*, 19(6), 583-593.
- Simmons-Mackie, N., Kingston, D., & Schultz, M. (2004). Speaking for Another. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(2), 114-127.
- Turkstra LS., Clark A., Burgess S., Hengst J.A., Wertheimer J.C. & Paul D. (2017). Pragmatic communication abilities in children and adults : implication for rehabilitation professionals, *Disability and Rehabilitation*, 39 :18, 1872-1885.
- Viader, F., Lambert, J., de la Sayette, V., Eustache, F., Morin, P., Morin, I., & Lechevalier, B. (2010). Aphasie. *EMC - Neurologie*, 7(1), 1-35.
- Vincent, D. (2001). Les enjeux de l'analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation. *Revue québécoise de linguistique*, 30(1), 177-198.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1979). *Une logique de la communication* (Points essais éd.). Seuil.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S., Bayley, K., Maxim, J., Bruce, C., Edmundson, A., & Moir, D. (1998). Therapy Using Conversation Analysis : Helping Couples adapt to Aphasia in Conversation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33(S1), 144-149.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Lettre d'information

Annexe n°2 : Etapes du protocole

Annexe n°3 : Livret théorique

Annexe n°4 : Livret pratique

Annexe n°5 : Feuille de transcription (exemple)

Annexe n°6 : Présentation et illustration de la grille d'analyse des stratégies de communication

Annexe n°7 : Présentation et illustration de la grille de choix de stratégies

Annexe n°8 : Questionnaire de fin d'étude