

RÉSUMÉ :

Parmi les approches fonctionnelles et pragmatiques des troubles du langage et/ou de la communication présentés par les patients cérébro-lésés, des études de plus en plus nombreuses utilisent l' "Analyse Conversationnelle" pour évaluer l'impact direct des troubles cognitifs -et de l'aphasie en particulier- sur les conversations de la vie quotidienne. Nous décrivons les principes d'une analyse qui permet au clinicien d'identifier les stratégies employées spontanément par les proches du patient pour gérer les difficultés communicatives lors de l'élaboration de la conversation. Nous illustrons, au moyen de deux études cliniques, les apports d'une telle méthode d'évaluation à l'intervention rééducative.

MOTS-CLÉS :

Évaluation fonctionnelle - Aphasie - Analyse conversationnelle - Rééducation.

Marie-Pierre de PARTZ
logopède
Centre de Réhabilitation
Neuropsychologique
Cliniques Universitaires
Saint-Luc
Bruxelles

Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
Bruxelles
BELGIQUE

UNE APPROCHE FONCTIONNELLE DES TROUBLES APHASIQUES : L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE

par Marie-Pierre de Partz

SUMMARY : A functional approach of aphasic deficits : The Conversational Analysis

In the area of functional and pragmatic approaches of language and/or communicative deficits presented by brain-damaged patients, there are a growing number of studies using methodological "Conversation Analysis" to investigate the direct effects of cognitive deficits -and aphasia particularly- in everyday life conversations. We describe the principles of this kind of analysis which allows to identify strategies spontaneously used by caregivers to manage the communication difficulties in conversational utterances. By two clinical studies, we illustrate the contribution of such an assessment to therapy.

KEY-WORDS :

Functional evaluation - Aphasia - Conversational analysis - Rehabilitation.

INTRODUCTION

L'impact des troubles linguistiques présentés par les patients aphasiques sur les interactions communicatives a toujours été considéré par les cliniciens comme particulièrement invalidant. En neuropsychologie, deux approches cliniques sont classiquement décrites pour réduire les conséquences de ces déficits : l'une est axée sur l'évaluation et la rééducation des désordres linguistiques relativement isolés de leur contexte et l'autre -plus fonctionnelle- est centrée sur l'usage que le patient fait réellement du langage dans différents contextes linguistiques, sociaux et relationnels*. Ces deux approches se sont longtemps développées à l'écart l'une de l'autre, voire même en opposition*.

Parmi les approches fonctionnelles, des recherches cliniques récentes envisagent l'évaluation (descriptive et/ou cognitive) des fonctions linguistiques comme une analyse des interactions naturelles entre le patient aphasique et ses partenaires conversationnels. Il s'agit donc de considérer l'*impact direct* des troubles cognitifs -et de l'aphasie en particulier- sur les interactions naturelles entre un patient et ses interlocuteurs les plus familiers ainsi que d'identifier les stratégies employées par les partenaires pour y gérer les effets des troubles cognitifs. Cette analyse devrait servir au clinicien, d'une part à fournir des conseils spécifiques aux partenaires du patient de manière à rendre les interactions plus efficaces et, d'autre part, à proposer un moyen d'évaluer l'effet de ces conseils sur les interactions ultérieures*. Ces études ne s'adressent pas seulement aux patients aphasiques** mais aussi aux patients cérébro-lésés droits*** et aux patients présentant un déclin cognitif****.

*Lesser & Milroy, 1993

* pour une synthèse, de Partz & Carlomagno, 2000

**Booth & Perkins, 1999 ; Fergusson, 1994 ; Lesser & Milroy, 1993 ; Lesser & Perkins, 1998 ; Milroy & Perkins, 1992 ; Perkins, Whitworth & Lesser, 1999 ; Perkins, Crisp & Walshaw, 1999 ; Perkins & Lesser, 1993 ; Wilkinson, 1995

L'ÉVALUATION

L'analyse conversationnelle est donc envisagée pour obtenir une description précise de la manière dont les interlocuteurs -patients et proches- collaborent à la réussite de la conversation et ce, en tenant compte des interruptions et des recouvrements d'informations, du partage des temps de parole (tours de parole) et surtout de la gestion qui est faite des "réparations" suite aux problèmes qui peuvent survenir en cours de conversation et entraver plus ou moins définitivement sa progression.

Dans leur analyse des processus de réparation de la conversation normale, Schegloff et collaborateurs* établissent une distinction claire entre l'*initiation* (ou signalisation) de la réparation et le mécanisme par lequel la réparation s'opère, encore appelé "*trajectoire de réparation*". Quant à la réparation, elle peut être initiée par un des participants qui considère qu'un problème est survenu en cours de conversation, soit que ce participant est l'auteur d'une erreur en tant que producteur (auto-initiation), soit que ce participant éprouve une difficulté à comprendre l'interlocuteur (hétéro-initiation).

Chez la personne qui ne présente pas de difficultés langagières, ce sont les auto-initiations qui sont largement utilisées, les hétéro-initiations surviennent dans les seuls cas où le locuteur a été incapable de détecter ou de rectifier une erreur dans ses propres productions. L'hétéro-initiation peut être réalisée différemment soit par la production de formes interrogatives (Quoi ?, Hein ?, Pardon ?, etc.), soit par la répétition de l'erreur, soit encore par la formulation d'une hypothèse quant à la cible (Tu veux dire Bruxelles ?) (voir Tableau 1).

**Fergusson, 1994 ; Gerber & Gurland, 1989 ; Lindsay & Wilkinson, 1999 ; Perkins, 1995a et b ; Perkins et al., 1999

***Perkins et al., 1999

****démence d'Alzheimer : Lubinski, 1991 ; Hamilton, 1994 ; Muir, 1996 ; Watson, Chenery & Carter, 1999 ; maladie de Parkinson : Whitworth, Lesser & McKeith, 1999

*1977

TABLEAU 1

INDICATEURS D'UN PROBLEME CONVERSATIONNEL	EXEMPLES
1. Demande neutre ou non spécifique de répétition locale	" <u>Que dis-tu ?</u> ", " <u>Quoi ?</u> ", " <u>Pardon ?</u> "
2. Demande de répétition globale (reprise de toute une section de la conversation)	" <u>Je suis perdue depuis 30 secondes !</u> "
3. Demande de confirmation :	
- répétition partielle	"Je suis sortie dimanche dernier." " <u>Dimanche dernier ?</u> "
- répétition complète	"Je suis sortie dimanche dernier." " <u>Tu es sortie dimanche dernier ?</u> "
- répétition avec élaboration	"Je suis sortie dimanche dernier." " <u>Tu es sortie dimanche dernierau restaurant ?</u> "
4. Demande d'informations spécifiques	"Je joue au golf." " <u>A quoi joues-tu ?</u> "
5. Demande d'informations complémentaires	" <u>Que veux-tu dire ?</u> ", " <u>Je ne vous comprends pas, pouvez-vous m'en dire davantage ?</u> "
6. Correction	"C'est jeudi." " <u>Non, c'est vendredi !</u> "
7. Absence d'élaboration	"Sais-tu ce que signifie colporter" " <u>Oui.</u> " "Quoi ?" " <u>Oh! il est trop tard, c'est trop difficile à t'expliquer.</u> "
8. Formation d'hypothèse	" <u>Ton chien s'appelle Tom ?</u> "
9. Commentaire métalinguistique	" <u>Je ne te comprends pas.</u> " " <u>Je vois ce que tu veux dire !</u> "
10. Reprise en cas de perturbation minimale	"J'irai à <u>nous irons à Bruxelles ensemble !</u> "

Tableau 1 : Indicateurs de problèmes conversationnels adaptés de Watson et al. (1999, pp. 216-217).

Dans la mesure où elle constitue une entrave dans le cours normal de la conversation, la "trajectoire de réparation" prend peu de temps (un ou deux tours de parole) et est généralement très efficace chez les sujets normaux. La réparation en tant que telle est le plus souvent réalisée par l'initiateur lui-même (auto-réparation) et, plus rarement, par le partenaire (hétéro-réparation) (voir Tableau 2).

TABLEAU 2

TYPES DE REPARATIONS	EXEMPLES
1. Répétition complète ou partielle	"Je rentre à la maison !" "Quoi ?" " <u>Je rentre à la maison !</u> "
2. Révision / reformulation	"Je rentre à la maison !" "Pardon ?" " <u>Je rentre chez moi !</u> "
3. Addition / spécification	"La soirée d'hier soir." "Quelle soirée ?" " <u>La soirée d'hier soir chez David à Bruxelles.</u> "
4. Indices / explication	"J'ai rencontré Paolo. <u>Le connais-tu ? C'est le fils de ma soeur.</u> "
5. Production inappropriée	"Combien d'enfants as-tu ?" " <u>Oui</u> "
6. Confirmation / Infirmité	"Tu veux dire qu'elle est professeur ?" " <u>Oui, elle est professeur.</u> "
7. Question pour clarifier la source de l'erreur.	"Peux-tu m'attendre à la librairie ?" " <u>Laquelle, celle qui est sur la Grand-Place ou celle qui est à côté de la poissonnerie ?</u> "

Tableau 2 : Catégorisation des différents types de réparations adaptée de Watson et al. (1999, pp. 218)

Pour Milroy et Perkins*, les “réparations” du discours aphasique présentent une organisation complexe structurellement différente à bien des égards de celle du discours normal. Le modèle conversationnel de Clark et Schaefer* est souvent évoqué pour rendre compte de cette organisation “plus complexe” des réparations. Ce modèle met l’accent sur la nature collaborative de la conversation où une communication efficace résulte de l’action conjointe des partenaires. On y retrouve en permanence deux constituants : la phase de présentation où un énoncé est émis par un des participants (participant 1) et une phase d’acceptation qui est initiée par l’autre (participant 2) et qui comporte tout le travail des participants pour établir que le niveau de compréhension de la présentation du participant 1 est suffisant pour que la conversation se poursuive sans ambiguïté. Cette phase se manifeste soit par différents indices de compréhension (approbations verbales ou non verbales) ou par la progression directe de la suite de la conversation soit par l’initiation du travail de réparation. Au centre de ce modèle se trouve le principe de l’*effort collaboratif minimal* selon lequel il existe, entre les différents participants, un compromis tendant à minimiser l’effort mutuel de réalisation des phases de présentation et d’acceptation. Autrement dit, au plus grand est l’effort d’élaboration de la présentation au plus aisé sera l’acceptation et inversement.

Chez la personne aphasique, la présence des déficits linguistiques accroît considérablement le travail de réparation. En effet, ces déficits ralentissent la trajectoire de réparation dans la mesure où le patient est généralement incapable de réaliser l’auto-réparation immédiatement après l’incident conversationnel et, quand il y a réparation, son initiation et sa réalisation sont souvent le fait du partenaire. Dans ce sens, le principe du moindre effort collaboratif pourrait être maintenu chez le patient aphasique mais différemment : dans les conversations qui impliquent un patient, il serait dès lors moins coûteux que le partenaire contribue davantage au travail de réparation plutôt que de laisser le participant aphasique se débrouiller seul pour tenter de réparer d’emblée sa présentation, tâche qui, souvent, peut s’avérer bien au-delà de ses capacités linguistiques résiduelles.

Si ces méthodes d’évaluation qui utilisent les interactions naturelles comme base d’analyse sont généralement reconnues pour leur haut niveau de *validité*, elles sont habituellement contestées au niveau de leur *fiabilité*, d’importantes variations étant enregistrées dans le nombre de réparations en fonction :

- a) des différents contextes situationnels,
- b) des partenaires impliqués dans l’échange,
- c) des thèmes de la conversation.

Schlegoff* et Perkins et collaborateurs** préconisent cependant une méthode d’analyse qui tient directement compte de l’analyse qualitative individuelle des réparations collaboratives. A titre d’exemple, nous retiendrons l’étude de Perkins et collaborateurs* qui analysent la dynamique conversationnelle chez 8 patients aphasiques et leur partenaire respectif. Ces patients ne sont pas suivis en rééducation durant l’étude et présentent des formes variées d’aphasie relativement chronique. Quatre enregistrements de conversation d’une durée de 20 minutes au moins ont été réalisés au domicile du patient à une semaine d’intervalle. Au travers des quatre échantillons de conversation, les auteurs vérifient qu’il existe bien chez chaque patient une consistance d’une part quant au problème qui est à l’origine du travail de réparation (ex. échec dans la récupération d’un item lexical spécifique, production de paraphasies sémantiques ou phonémiques, de jargon, etc.) et d’autre part quant aux mécanismes interactionnels employés par les patients et leur partenaire pour gérer le problème. Nous contrasterons ici les résultats de l’analyse conversationnelle de deux patients (A1 et A3) et de leur partenaire respectif.

A1 est un patient de 70 ans qui, deux ans après l’accident vasculaire, présente un débit fluent avec une anomie sévère ainsi que des troubles résiduels de la compréhension. Au travers des 4 conversations, la source des incidents conversationnels apparaît liée pour l’essentiel au manque du mot et, plus secondairement, à des paraphasies phonémiques et des néologismes. Régulièrement, il est observé que le partenaire ne respecte pas le principe du moindre effort collaboratif dans le sens où il initie ou poursuit une réparation alors que la cible est bien comprise. Les

*1992

*1987, 1989

*1993 **1999

*1999

séquences de réparation du partenaire ont une structure caractéristique qui consiste à fournir une variété d'indices (phonologiques, sémantiques, modèles à répéter) de manière à inciter le patient à produire la réponse correcte. Ce comportement du partenaire a pour conséquence d'allonger inutilement l'échange conversationnel. Chez le patient, il est noté que l'utilisation du geste et de la désignation contribue invariablement à une résolution rapide du problème. Le patient peut dans un certain nombre de cas initier des réparations sur la présentation du partenaire soit en utilisant une demande de répétition neutre (ex. "Hein ?") soit en utilisant une répétition partielle d'une partie de la présentation du partenaire (ex. "A Paris ?"). Par contraste avec les réparations longues initiées par le partenaire, les réparations initiées par le patient donnent lieu à une réparation rapide de la part du partenaire qui répète sa présentation ou la reformule.

A3 est un patient de 81 ans qui présente un jargon et une altération de la compréhension.

D'emblée, il apparaît que les séquences de réparation sont nombreuses et longues. A l'origine des problèmes conversationnels, on trouve des productions jargonées peu compréhensibles, des expressions figées sans valeur communicative ainsi que des paraphrasies verbales et sémantiques. Le seul initiateur des réparations est le partenaire qui use généralement d'une demande de répétition neutre (ex. "Quoi ?") à défaut de pouvoir identifier quelques éléments d'information dans la présentation du patient qui permettraient d'utiliser d'autres types d'initiateurs de réparation. Un trait constant apparaît au cours des différentes conversations, c'est l'absence de principe de collaboration dans la résolution de la réparation. En effet, de fréquents problèmes ne sont pas signalés et les réparations sont souvent interrompues par un changement de thème de la part du partenaire tant les présentations du patient sont peu informatives. On notera que le seul canal utilisé est la production orale et que le partenaire n'incite jamais le patient à utiliser d'autres canaux de communication pour améliorer la présentation ou pour permettre la réparation.

Il apparaît d'emblée que l'analyse conversationnelle est un phénomène complexe qui est influencé tout à la fois par la personne aphasique qui présente des désordres linguistiques et par les stratégies interactionnelles utilisées par le patient et son partenaire. L'interaction de plusieurs facteurs est ici à prendre en compte par le clinicien car l'analyse sera influencée par :

- a) ce que l'un et/ou l'autre participant(s) considèrent comme sources de problèmes,
- b) la nature précise des déficits linguistiques présentés par le patient, ceux-ci influençant à la fois le nombre d'incidents conversationnels et la forme qu'ils prennent et
- c) les stratégies utilisées par les partenaires qui permettront de résoudre plus ou moins efficacement les réparations.

Si l'analyse conversationnelle requiert de la part du clinicien un certain entraînement, elle n'en constitue pas moins un instrument d'évaluation clinique qualitatif qui a une prise directe sur les difficultés rencontrées par les patients aphasiques. Dès lors, elle permet d'identifier parmi les déficits linguistiques du patient ceux qui apparaissent les plus invalidants dans l'interaction et qui pourraient de ce fait être prioritaires dans l'approche rééducative linguistique classique. De plus, elle met en évidence les stratégies interactionnelles qui sont réellement utilisées par le patient et par un partenaire déterminé pour réparer les incidents conversationnels créés par les déficits linguistiques. Les résultats de l'étude de Perkins et collaborateurs en ce qu'ils mettent en évidence une cohérence qualitative dans la source des problèmes conversationnels et dans les stratégies utilisées pour le travail collaboratif de réparation d'une situation de conversation à une autre, suggèrent qu'il est aussi possible d'utiliser cette analyse comme contrôle des effets rééducatifs qui se manifesteraient dès lors par une modification qualitative dans la trajectoire de réparation.

La question qui se pose ici est de savoir comment modifier la dynamique conversationnelle entravée par les problèmes neurolinguistiques -ou neuropsychologiques- pour que celle-ci gagne en efficacité. L'intervention rééducative va porter sur le partenaire bien plus que sur le patient et, à ce titre, relever davantage d'une stratégie palliative liée à l'adaptation de l'environnement plutôt qu'à la modification directe du comportement du patient. Des premières publications, nous retiendrons l'étude exploratoire de Lesser et Algar* et le travail récent de Booth et Perkins**.

Lesser et Algar* ont réalisé une analyse conversationnelle chez deux patientes aphasiques qui, au terme d'une analyse cognitive, présentaient un manque du mot lié à une altération du lexique phonologique de sortie chez VD et à un trouble du système sémantique central chez JO. Une conversation sur des thèmes libres a été enregistrée (durant 90 minutes) sur magnétophone au domicile des deux patientes avec leur partenaire respectif le plus familier. Les auteurs ont ensuite procédé à l'analyse des conversations en cherchant à identifier les manques du mot ainsi que les stratégies -efficaces et inefficaces- de réparation de ces incidents conversationnels. Quatre stratégies adoptées par les partenaires ont été sélectionnées pour l'analyse et jugées efficaces ou non :

- a) la vérification de l'interprétation (ex. Patiente : "Elle est venue nous rendre visite." ; Partenaire : "Qui ? Jennifer ?");
- b) la demande de clarification (ex. Patiente : "Je suis sûre d'avoir déposé ce truc ici mais je ne le vois pas." ; Partenaire : "Quel truc ?");
- c) le modelage du mot-cible alors qu'il est déjà reconnu (ex. Patiente : "C'est Isabelle qui l'a amenée hier après-midi." ; Partenaire : "Tu veux dire Catherine !"); et
- d) des séquences d'hypothèses pour arriver à découvrir le mot-cible quand le partenaire ne le trouve pas. Parallèlement, les proches ont été invités à remplir un questionnaire qui permettait de se rendre compte de ce qu'ils connaissaient des difficultés linguistiques de leur partenaire aphasique.

L'intervention rééducative a consisté en des conseils individualisés repris dans un carnet propre à chaque partenaire. On y trouvait d'abord une architecture cognitive simplifiée et illustrée qui permettait d'expliquer au partenaire la nature du manque du mot présenté par son partenaire aphasique ainsi que de courts extraits des conversations repris à titre d'illustrations. Des conseils étaient ensuite délivrés concernant les stratégies à utiliser et leur justification compte tenu de la nature du manque du mot ainsi que des illustrations spécifiques reprises à l'échantillon de conversation. Les conseils étaient sensiblement différents pour les deux patientes ; pour la partenaire de JO, qui présentait un trouble sémantique, il s'agissait :

- a) de faire prendre conscience à JO que son message n'était pas compris en le lui disant explicitement ;
- b) de vérifier régulièrement sa compréhension des messages en les reformulant ou en s'assurant du sens de certains mots utilisés ;
- c) d'utiliser elle-même des phrases courtes, claires et précises pour faciliter la compréhension de JO ;

pour les partenaires de VD, qui présentait un déficit phonologique, il s'agissait, au contraire, de :

- a) formuler des hypothèses que la patiente était à même d'accepter ou de refuser rapidement ;
- b) de modeler la production de certains mots ; et
- c) de lui laisser un peu plus de temps pour avoir accès au mot. L'exemple ci-dessous illustre une des stratégies décrites et illustrées pour VD¹.

*1995 **1999

*1995

¹ Exemple traduit en langue française de Lesser et Algar (1995), pp. 82

Au partenaire de VD (déficit phonologique) :

Stratégie A : "Faites des hypothèses quand VD présente un manque du mot"

Raison : pour dissiper toute frustration puisque votre amie est bien consciente de son erreur et pour lui fournir un modèle qu'elle pourra imiter. Au plus elle produira un mot, au plus elle pourra le reproduire dans le futur.

Exemple :

V : "Lequel dois-je prendre ?"

K : "Tu parles des médicaments ?"

V : "Oui, ceux-là. "

K : "Ceux-ci ?"

V : "Ceux que je prends pour me sentir mieux ."

K : "Les médicaments contre l'hypertension !"

V : "Oui, ces médicaments là !"

Au terme de deux mois d'utilisation de ces stratégies, l'analyse des échanges en situation spontanée mettait en évidence un accroissement des stratégies d'aide fournies par les proches, renforçant significativement l'efficacité fonctionnelle des échanges alors que, par ailleurs, les patientes présentaient un niveau de performances inchangé à l'épreuve de dénomination.

Booth et Perkins* ont décrit les indications rééducatives qui se dégagent d'une analyse conversationnelle entre un patient aphasique et son frère. Le patient est caractérisé comme fluent et partiellement conscient de ses erreurs, ses productions relevant de paraphrasies phonémiques et néologiques. L'examen cognitif a mis en évidence un déficit sémantique central qui rendait compte des erreurs que le patient produisait dans les différentes tâches de compréhension et qui était à la base de son important manque du mot. L'analyse conversationnelle pré-thérapeutique entre le patient et son frère montrait que 78 % des tours de parole étaient destinés aux séquences de réparations, que celles-ci étaient anormalement allongées par le partenaire qui était surtout préoccupé par la correction de la production, comme le montre l'exemple cité ci-après².

Patient : Il a déposé sa ... sa voiture au garage.

Frère : Non ce n'est pas "il" mais "elle" puisque tu parles de Jeanne.

Patient : ...

Frère : Jeanne n'est pas un homme !

Patient : ...

Frère : Oui ! C'est Jeanne qui a déposé sa voiture...

Les stratégies utilisées par le partenaire se composaient essentiellement d'un nombre impressionnant d'indices formels (indigage phonémique, graphémique, modèle à répéter, etc.) qui avaient pour seul but d'inciter le patient à produire la forme verbale correcte. Ces allongements inconsidérés rompaient le principe de collaboration conversationnelle et expliquaient les ruptures et changements fréquents de thèmes. Le partenaire semblait peu conscient des difficultés réelles de son frère aphasique ce qui rendait compte du fait qu'il facilitait peu la compréhension de sa présentation et qu'il se limitait à fournir des indices formels que l'on sait avoir peu d'efficacité chez les patients qui présentent un déficit sémantique central.

Les conseils thérapeutiques ont mis l'accent sur l'importance qu'il y a à ce que l'interlocuteur établisse une interaction plus efficace et plus valorisante pour son partenaire aphasique. Pour ce faire, le frère du patient a été intégré dans un groupe avec trois autres conjoints à raison d'une séance hebdomadaire pendant 6 semaines consécutives. Au cours des différentes séances, les partenaires des patients recevaient des informations

*1999

L'exemple cité ici est une adaptation en langue française réalisée par nos soins

sur le fonctionnement cognitif normal du langage et sur les difficultés spécifiques rencontrées par leur proche aphasique. Ces informations étaient fournies sur base d'un modèle cognitif simplifié et reprises pour chaque patient dans un carnet qui pouvait être consulté régulièrement par le partenaire privilégié ou par d'autres proches. Un entraînement à la détection des erreurs de traitement phonologique et sémantique dans de courts extraits de conversations a été prévu et des suggestions étaient faites au partenaire pour faciliter la compréhension auditive de la personne aphasique en utilisant des répétitions, des reformulations, d'autres canaux de communication, etc. Le frère du patient était ensuite entraîné à repérer les stratégies de réparation inefficaces dans de courts extraits conversationnels. Les conséquences psychologiques, sociales et affectives de l'aphasie étaient ensuite discutées en insistant sur la nécessité qu'il y avait à ce que le patient redevienne le plus possible un partenaire compétent dans les échanges conversationnels. Le frère du patient a donc été encouragé à adopter des initiateurs de réparations qui reflétaient précisément l'état de sa compréhension du message et à réaliser un travail de réparation le plus efficace possible.

L'analyse post-thérapeutique a montré d'abord très grossièrement une diminution de la quantité des tours de paroles lors des réparations de 78 % à 29 %. Sur le plan qualitatif, les séquences de réparations entreprises par le partenaire étaient alors faites de demandes de clarification (questions fermées) ou de vérification de la compréhension (paraphrases), les séquences inopportunes de corrections des productions du patient ayant complètement disparu. Le patient commençait à utiliser des auto-réparations et à initier des réparations sur la présentation de son partenaire, attestant de sa meilleure conscience de l'erreur et d'un souci de clarification de sa compréhension.

CONCLUSION

L'analyse conversationnelle a pour particularité de tenir compte en permanence de trois composantes essentielles de la communication : *le patient, le partenaire et l'interaction*. Par ailleurs, il ressort tant de l'analyse conversationnelle que de ses prolongements rééducatifs, qu'il n'y a pas à établir de séparation entre les problèmes linguistiques et fonctionnels chez les patients aphasiques, le clinicien étant amené à rechercher l'explication des succès ou échecs communicatifs dans les difficultés linguistiques et/ou cognitives du patient. Sur le plan rééducatif, les analyses conversationnelles sont à la source d'*approches individualisées* qui visent à fournir un ensemble de *conseils*, qui tiennent compte des effets uniques de l'aphasie et de la manière dont le partenaire conversationnel y réagit.

On regrettera néanmoins que de tels conseils ne fassent pas davantage l'objet d'un entraînement : s'il peut être utile pour le partenaire de recevoir des conseils personnalisés quant aux comportements à adopter, il serait naïf de penser que la simple lecture des conseils suffise à intégrer de nouveaux comportements de communication.

De ce point de vue, et pour peu que les proches reçoivent un entraînement individualisé à la gestion des aides, ce type de rééducation pourrait efficacement être utilisé dans la programmation du transfert des acquis des situations individuelles -non contextualisées- des rééducations cognitives à leur exploitation en situations réelles.

BIBLIOGRAPHIE

- ACTION FOR DYSPHASIC ADULTS (1993). Action for Dysphasic Adults : Aphasia Series, Booklets 1 to 5 (Luton : L et T Press).
- AUSTIN J. (1962). *How to do things with words*. Cambridge : Harvard University Press.
- BOOTH S. et PERKINS L. (1999). Individualized advice and evaluating change in aphasia. *Aphasiology*, 13, 4/5, 283-303.
- CLARK H.H. & SCHAEFER E.F. (1987). Collaborating on contributions to conversation. *Language and Cognitive Processes*, 2, 19-41.