

L'évaluation des déficits de la communication des personnes aphasiques

Marie-Pierre DE PARTZ

SOMMAIRE

1. Introduction	378
2. Caractérisation de la communication des personnes aphasiques	378
3. Évaluations fonctionnelles globales	380
4. Évaluations du succès transactionnel	383
5. Analyses conversationnelles	386
6. Évaluation de la flexibilité cognitive en situation de communication	387
7. Conclusions	389
8. Lectures conseillées	389

1. Introduction

Les évaluations formelles, descriptives et cognitives, des fonctions langagières fournissent des informations précieuses et incontournables sur les performances des patients aphasiques en permettant de recenser les signes pathologiques et d'identifier les composantes de traitement déficitaires et préservées dans des tâches linguistiques spécifiques dans un contexte contrôlé. Il est classique dans la littérature de reconnaître que ce type d'évaluation n'est pas suffisant pour décrire la manière dont un patient utilise le langage et communique dans les situations d'interactions multiples qu'il rencontre dans la vie quotidienne (Barnes & Bloch, 2018; Doedens & Meteyard, 2020; Holland, 1982).

Évaluer le langage en situations fonctionnelles revient à analyser un phénomène dynamique, complexe et à multiples facettes qui fait appel à des compétences à plus d'un égard différentes de celles qui sont requises par les évaluations formelles des fonctions langagières.

S'inspirant du modèle de Clark (1996), Doedens et Meteyard (2020) ont proposé un cadre théorique à la complexité des processus recrutés en situation de communication. Celui-ci se fonde sur les recherches dans des domaines aussi divers que les sciences de la communication, la psychologie, la psycholinguistique, les neurosciences et la sociologie. Il fait appel aux trois principes universels qui font de la communication un *processus complexe tout à la fois interactif, multimodal et dépendant du contexte* (Clark, 1996) mettant simultanément en jeu un ensemble de composantes langagières, cognitives ainsi que des compétences psychosociales qui permettent aux individus d'échanger informations, idées, émotions et sentiments de manière à affirmer leur identité.

Dans la suite de ce chapitre, nous présenterons ce qui caractérise les situations fonctionnelles d'utilisation du langage et les processus cognitifs qu'elles recrutent et nous examinerons ensuite les principaux instruments d'évaluation de la communication en privilégiant autant que possible les outils en langue française. Nous distinguerons :

- les évaluations globales et standardisées de l'efficacité de la communication du patient en tant que producteur des messages;
- les évaluations centrées sur le succès transactionnel de la communication;
- les analyses conversationnelles qui ciblent le patient aphasique et son partenaire habituel en situation réelle de communication et l'interaction qui s'établit entre eux;
- une évaluation de la flexibilité cognitive en situation de communication.

2. Caractérisation de la communication des personnes aphasiques

2.1. L'utilisation du langage en interaction

Parmi la variété des situations quotidiennes où le langage est utilisé, la conversation, parce que plus fréquente, se retrouve au centre des recherches contemporaines. La conversation est une activité sociale qui requiert l'*activité conjointe* d'au moins deux personnes, un producteur

actif et un récepteur tout aussi actif, qui adaptent l'un et l'autre leurs comportements en fonction des messages qu'ils reçoivent (Clark, 1996). La réussite de cette entreprise de collaboration dépend d'un certain nombre de règles admises implicitement par les participants : a) un locuteur est tenu de fournir une quantité suffisante d'informations pour s'assurer de la clarté du message; b) les mots/informations utilisés doivent être pertinents compte tenu du thème abordé; c) les interlocuteurs ont à respecter des règles qui président à l'initiation et au maintien de la conversation ainsi qu'à l'alternance des prises de parole (Clark & Wilkes-Gibbs, 1986).

Dans un tour de parole, on retrouve en permanence deux phases : la phase de présentation au cours de laquelle un énoncé est émis par un des participants, le producteur (participant 1), et une phase d'acceptation qui est initiée par l'auditeur (participant 2). Dans cette dynamique d'échanges se trouve 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), soit par la progression directe de la suite de la conversation, soit par l'initiation d'un travail de réparation.

Dans son analyse des trajectoires de réparation de la conversation normale, Schegloff (1993) établit une distinction entre deux phases : la signalisation de l'erreur et sa réparation. L'erreur peut être signalée par le producteur ou par l'interlocuteur et, dans l'un et l'autre cas, le locuteur ou l'interlocuteur peut la corriger (voir tableau 1).

Chez la personne non aphasique, la trajectoire de réparation est rapide, la plus commune étant celle de l'auto-signalisation suivie de l'auto-réparation. Les hétéro-signalisations et/ou hétéro-réparations surviennent dans les seuls cas où le locuteur a été incapable de détecter ou de rectifier une erreur dans ses propres productions. Les hétéro-signalisations sont alors réalisées différemment par la production de formes interrogatives, la répétition de l'erreur ou encore la formulation d'une hypothèse quant à la cible.

Par contre, chez la personne aphasique, la présence des troubles linguistiques et/ou cognitifs associés accroît le travail de réparation et ralentit sa trajectoire, soit que le patient ne se rend pas compte de l'erreur même quand elle est signalée par l'interlocuteur, soit que le patient est trop lent ou en difficulté pour réaliser sa correction (immédiate) (Simmons-Mackie & Kagan, 1999).

Tel que l'indiquent Doedens et Meteyard (2020), nous savons peu de choses concernant les bénéfices que tirent les patients aphasiques des feedbacks qu'ils reçoivent de leur partenaire et de ceux qu'ils sont eux-mêmes capables de fournir en cours de conversation. Leur gestion fait en effet appel à des processus mnésiques et exécutifs (*monitoring*) grâce auxquels, respectivement, les patients devraient être en mesure de garder la trace du contenu du feedback fourni par leur partenaire, faire preuve de flexibilité pour modifier leur présentation et vérifier ensuite la réaction du partenaire à ce nouveau contenu. Au-delà de la gestion des feedbacks de leur partenaire, les patients ont à gérer la production de leurs propres feedbacks (*self-monitoring*), ce qui suppose qu'ils soient capables de manifester qu'ils n'ont

pas compris le message de l'interlocuteur par des moyens verbaux (par ex. : « Pas compris ! » ; « Recommence ! ») ou non verbaux (par ex. : froncement des sourcils, mouvement de rotation de la main pour traduire la demande de répétition). Quelques études font état du manque de *self-monitoring* et du peu de conscience de l'erreur chez les patients qui présentent certains profils aphasiques tels que les aphasies globales et les aphasies de Wernicke, et en particulier celles qui se caractérisent par un jargon (Sampson & Farooqi-Shah, 2011).

TABLEAU 1 : Trajectoires de réparation (Schegloff, 1993).

		Producteur : Présentation -> « Je quitterai Paris vendredi ! »	
		Signalisation	
		Auto-signalisation	Hétéro-signalisation
Réparation	Auto-réparation	Producteur : « Pardon ! Je veux dire samedi. »	Interlocuteur : « Vendredi... ce n'est pas possible, tu dînes avec nous au sud de Paris ! » Producteur : « Tu as raison ! C'est samedi matin que je dois prendre l'avion. »
	Hétéro-réparation	Producteur : « Qu'est-ce que je dis ! » Interlocuteur : « Tu veux dire samedi ! »	Interlocuteur : « Vendredi... ce n'est pas possible, tu dînes avec nous au sud de Paris ! Ce doit être samedi que tu quittes Paris ! »

En tout état de cause, les partenaires des patients aphasiques sont amenés à contribuer davantage que les patients au travail de réparation, et ce d'autant plus que les troubles aphasiques (sur les pôles productifs et/ou réceptifs) sont sévères. Les partenaires ne présentent néanmoins pas tous les mêmes dispositions à pouvoir réagir adéquatement aux échecs conversationnels de leur partenaire aphasique (Eriksson, Hartelius, & Saldert, 2016 ; Walker, Thomson, & Watt, 2016).

2.2. Le caractère multimodal de l'échange

Dans les situations de communication quotidienne, différentes modalités d'expression sont utilisées au cours des échanges entre partenaires au nombre desquels se trouvent le langage, les gestes, les expressions faciales, les mouvements oculaires, les mouvements corporels, la prosodie... Chez les sujets normaux, ces canaux se combinent pour remplacer, suppléer, compléter, accentuer le langage mais aussi pour exprimer les émotions. Concernant les patients aphasiques, il est généralement admis que de nombreux patients arrivent à utiliser un ou plusieurs de ces canaux en

même temps que certains systèmes alternatifs et supplétifs de communication externes (tablette numérique, carnet de communication, dessins, etc.) pour accéder à une communication plus efficace.

À ce jour, très peu d'études ont évalué les interactions entre ces différentes modalités d'expression en situation de communication chez les patients aphasiques. Elles ont davantage ciblé un canal isolé et, largement, celui des gestes qui accompagnent le langage (Rose, Mok, & Sekine, 2017 ; Hogrefe, Ziegler, Wiesmayer, Weidinger, & Goldenberg, 2017). Parmi les gestes étudiés, la taxonomie de McNeill (1992) se fonde sur la distinction entre des gestes non représentationnels qui sont des mouvements simples et rapides d'accentuation qui rythment le discours (marqueurs de discours) et les gestes représentationnels qui renvoient directement au contenu du discours et qui pourraient potentiellement être utilisés par les patients aphasiques pour supporter leur communication. Parmi les gestes représentationnels, une distinction est faite entre des gestes symboliques, déictiques, iconiques et métaphoriques. Les gestes symboliques ont une signification conventionnelle dans une culture donnée (ex. : dans nos cultures, le pouce levé est utilisé pour manifester son accord) et sont donc limités ; les gestes déictiques (ou gestes de pointage) sont informatifs dans la mesure où ils indiquent un objet précis dans l'environnement proche ou plus lointain (ex. : pointer le ciel pour parler du paradis) ; les gestes iconiques ont un rapport de forme avec le concept auquel il renvoie (ex. : faire semblant de boire est proche de l'activité réelle de boire) et peuvent par conséquent être créés librement et compris indépendamment du langage ; les gestes métaphoriques sont en fait des gestes iconiques qui se réfèrent à des concepts abstraits (ex. : les deux poings fermés qui s'entrechoquent pour signifier des arguments contradictoires dans une discussion animée).

Plusieurs études, dont celle de Sekine et Rose (2013) réalisée sur 98 patients aphasiques, montrent que la plupart d'entre eux produisent plus de gestes que leurs sujets contrôles et qu'ils se différencient en fonction de la nature du geste produit. Ainsi, les patients aphasiques dont le système sémantique est relativement préservé, typiquement des patients non fluents, auraient tendance à produire plus de gestes porteurs de sens, emblèmes et gestes iconiques, tandis que les patients présentant une aphasie de Wernicke produiraient davantage de gestes moins significatifs (gestes métaphoriques) et des marqueurs de discours. Les patients anomiques seraient les seuls à présenter les mêmes types de gestes que le groupe témoin. Selon Hogrefe, Ziegler, Weidinger, & Goldenberg (2012), la présence d'un trouble sémantique et/ou d'un trouble praxique est susceptible d'influencer négativement la production des gestes de communication. Sur le versant réceptif, des déficits de compréhension des gestes significatifs se rencontrent plus fréquemment chez les patients qui présentent des troubles sémantiques et plus largement chez les patients avec lésions postérieures (Rousseaux, Daveluy, & Kozłowski, 2010).

Les différentes modalités d'expression/réception qui viennent d'être évoquées sont celles qui sont communes aux personnes non aphasiques et aux patients. Régulièrement, chez ces derniers, il est nécessaire d'élargir ces

modalités en y intégrant des systèmes de communication alternatifs ou supplétifs (gestes, dessins, carnet de communication, tablette numérique). Dans la dynamique de la conversation, l'utilisation de modalités alternatives pour s'ajuster aux messages du partenaire sollicite les fonctions exécutives qui sont régulièrement déficitaires chez les patients aphasiques (Frankel, Penn, & Ormond-Brown, 2007; Olsson, Arvidsson, & Johansson, 2019; Penn, Frankel, Watermeyer, & Russell, 2010; Purdy & Koch, 2006). En clinique, il n'est pas rare de rencontrer des patients aptes à maîtriser plusieurs systèmes alternatifs (ex. : gestes et tablette de communication) isolément et qui se trouvent en difficulté quand ils doivent les utiliser de manière flexible en cours de conversation.

Les incidents conversationnels placent la personne aphasique dans des situations de résolution de problèmes qui font appel à la flexibilité (réactive et spontanée). La flexibilité réactive est sollicitée quand le patient doit modifier son comportement (le canal d'expression) compte tenu de la situation (l'incompréhension du partenaire) tandis que la flexibilité spontanée lui permet de considérer les alternatives à disposition pour les adapter à sa tentative de communication inefficace. La fragilité de ces mêmes fonctions peut rendre compte des difficultés des patients aphasiques lors de l'engagement, des changements (trop rapides) et du maintien des thèmes de conversation.

2.3. L'influence du contexte : les connaissances partagées

Les situations fonctionnelles donnent l'opportunité aux partenaires de communication de se référer à différentes sources de connaissances partagées. Clark (1996) en identifie quatre : deux sources préexistantes à l'échange et deux sources propres à l'échange.

Parmi les sources préexistantes : a) les *sources générales* sont faites de l'ensemble des croyances, connaissances et coutumes partagées par les personnes qui appartiennent à un même pays et/ou qui partagent une même culture ou une même religion et b) les *connaissances partagées spécifiquement par la dyade patient/partenaire* qui renvoient à leurs expériences communes et déterminent le degré de familiarité entre les partenaires.

Exemple :

- Partenaire 1 : « Vendredi, je serai à Paris ! »
- Partenaire 2 : « Passeras-tu chez ton frère ? » (Le partenaire sait que le patient a un frère qui habite à Paris et qu'il lui arrive de lui rendre visite.)
- Partenaire 1 : « Si j'ai le temps. »

Parmi les sources liées au contexte direct de l'échange, il est possible de distinguer le *contexte situationnel* qui est physiquement présent dans l'environnement au moment où se produit l'échange (ex. : un album photos s'il est question d'une conversation sur le voyage que l'un des partenaires a réalisé) et le *contexte de la communication* qui renvoie à ce qui vient d'être dit dans le cadre de l'échange.

Ces diverses sources de connaissances partagées permettent au producteur de la dyade de faire l'économie d'une partie des informations et de produire des énoncés plus courts. Quant au receveur, il peut davantage se fonder sur le contexte pour limiter le nombre d'interprétations potentielles du message qu'il reçoit. Dans l'un et l'autre

cas, les connaissances partagées limitent la charge cognitive (mnésique, en particulier) des traitements et facilitent la communication en termes de qualité et de rapidité. Ainsi, selon plusieurs recherches dont celle de Brown-Schmidt et Duff (2016), l'information physiquement présente dans l'environnement au moment de l'échange est plus facilement récupérée qu'une information issue de connaissances partagées et stockées en mémoire à long terme. Il est aussi plus facile de retrouver l'information qui concerne des sujets qui viennent d'être discutés par rapport à ceux qui ont été abordés plus tôt dans l'échange. Concernant le contexte de communication, plusieurs études qui intègrent la condition expérimentale d'amorçage Bock, Dell, Chang, & Onishi, (2007) montrent que les producteurs des messages ont tendance implicitement à produire des items lexicaux et des énoncés syntaxiquement et lexicalement similaires à ceux produits peu de temps avant par leurs partenaires de conversation.

Dans la suite de ce chapitre, nous présentons les principaux tests proposés pour évaluer les habiletés de communication des personnes aphasiques. Ils ont été conçus en fonction d'objectifs divers : déterminer l'efficacité d'un traitement fonctionnel, évaluer les effets de généralisation fonctionnelle d'un traitement linguistique, définir des objectifs fonctionnels de rééducation ou encore contribuer au développement des connaissances théoriques concernant la communication fonctionnelle des patients aphasiques. Dans ce sens, ils vont concerner différentes dimensions de la communication.

3. Évaluations fonctionnelles globales

L'objectif de ces tests est d'obtenir un *indice global des succès communicatifs* d'un patient dans des situations d'échanges qui soient les plus représentatives des interactions naturelles quotidiennes. Ces tests sont structurés de manière à fournir des informations sur les capacités communicatives résiduelles des patients et sur les stratégies compensatoires (ex. : circonlocutions, tentatives de correction, production de gestes, de dessins, utilisation d'un support de communication, etc.) qui pourraient être utilisées dans la vie quotidienne par des patients aphasiques même sévèrement atteints.

3.1. Les échelles de communication

En langue française, les échelles de communication suivantes sont disponibles : le test lillois de communication (TLC) de Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuve, (2003), et l'échelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB) de Darrigrand et Mazaux (2000, 2015¹). Ces derniers auteurs ont développé un profil de communication à destination du patient aphasique et/ou d'un de ses proches qui prend la forme d'un entretien semi-dirigé de vingt à trente minutes. Cette échelle a pour

1 Depuis 2015, cette échelle est diffusée sous la forme d'un site qui offre la possibilité de saisir les réponses du patient et de son entourage, soit sur papier, soit directement à l'écran, et d'établir automatiquement le profil de la communication du sujet (www.orthoedition.com).

objectif d'évaluer la perception qu'a la personne aphasique de ses capacités à communiquer dans différentes situations représentatives de la vie quotidienne. Si ce questionnaire est proposé parallèlement au proche du patient, il devrait permettre la comparaison de leurs perceptions respectives des capacités du patient.

Pratiquement, l'ECVB se compose de trois parties : un questionnaire principal qui permet d'établir un profil de communication et un score d'efficacité fonctionnelle globale de la communication, neuf questions complémentaires et une échelle analogique de satisfaction. Le questionnaire principal comporte 34 questions réparties sous 7 rubriques : l'expression des besoins et des intentions, la conversation, l'utilisation du téléphone, les achats, la communication dans les relations sociales, la lecture et l'écriture. Chacune de ces questions fait varier le niveau de familiarité de l'interlocuteur de manière à mettre en évidence la facilitation que peut représenter le savoir partagé dans les intentions de la communication (voir tableau 2).

La cotation s'effectue sur une échelle ordinale en fonction de la fréquence d'apparition des difficultés. L'ensemble des données est regroupé sur un profil Z-score, et un score additif sur 102 peut être calculé.

TABEAU 2 : Échelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB) (Darrigrand & Mazaux, 2000, 2015) : traduction des questions 11-17 issues de la rubrique « Téléphone ».

Téléphone (questions 11 à 17)	
11. Avez-vous des difficultés pour téléphoner à votre famille ?	O toujours O souvent O quelquefois O aucune difficulté
12. Et pour téléphoner à vos amis ?	O toujours O souvent O quelquefois O aucune difficulté
13. Quand vous souhaitez prendre un rendez-vous avec quelqu'un, par exemple votre médecin ou votre orthophoniste, est-ce vous qui téléphonez ?	O jamais O quelquefois O souvent O à chaque fois
14. Êtes-vous gêné(e) pour téléphoner à une personne inconnue ? Par exemple appeler un taxi ou appeler le plombier en cas de fuite d'eau ?	O toujours O souvent O quelquefois O aucune difficulté
15. Quand le téléphone sonne et que vous êtes seul(e), est-ce vous qui répondez ?	O non, jamais O rarement O souvent O oui, très souvent
16. Et s'il y a quelqu'un d'autre chez vous (conjoint, enfant, ami...), est-ce vous qui répondez au téléphone ?	O non, jamais O rarement O souvent O oui, très souvent
17. Avez-vous des difficultés à transmettre à un proche (conjoint, enfant, voisin...) un message téléphonique reçu en son absence ?	O à chaque fois O souvent O quelquefois O aucune difficulté

Neuf questions complémentaires portent plus spécifiquement sur l'autonomie du patient dans la communication (son désir de communiquer, ses relations sociales, sa compréhension de l'humour, la gestion du budget et du calcul) et sur les stratégies de compensation qu'il met en place (recours à la gestualité, évitement de l'acte de parole, compensation par l'écriture, demande de répétition par l'interlocuteur). Le sentiment global de satisfaction des habiletés communicatives est recueilli sur une échelle visuelle analogique.

Sur le plan psychométrique, cette échelle a été validée sur deux échantillons (respectivement de 30 et 127 patients

aphasiques). Il s'en dégage un niveau satisfaisant de fidélité inter-juge (63 % de concordance), une absence de sensibilité aux variables démographiques (âge, sexe, statut marital et niveau d'éducation), un niveau de consistance interne satisfaisant ainsi qu'un niveau de validité élevé (une corrélation positive est enregistrée avec une autre échelle de communication, l'échelle de gravité de l'aphasie du *Boston Diagnostic Aphasia Examination* [BDAE] dans sa version française de Mazaux et Orgogozo (2005).

Si l'ECVB est d'utilisation simple et rapide en pratique clinique, elle concerne principalement les aphasies modérées, les aphasies sévères pouvant se trouver en difficulté au cours de l'entretien et les aphasies légères, rapidement limitées dans la diversité et la complexité des situations de communication proposées.

Dans le but d'améliorer la validité de l'évaluation de la communication fonctionnelle des personnes aphasiques qui présentent des difficultés plus sévères de compréhension, une adaptation (avec pictogrammes et supports écrits) de l'ECVB est proposée par Faucher et Maxès-Fournier, Ouimet et Macoir (2009).

3.2. Les mises en situations et jeux de rôle

Ces tests visent à mesurer l'efficacité globale de la communication dans des situations simulées de la vie quotidienne.

Le test de Blomert, Kean, Koster et Schokker (1994), *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test* (ANELT), s'adresse à des patients aphasiques qui présentent des déficits légers à modérés de la production orale avec préservation de la compréhension. Il se compose de dix jeux de rôle courts reprenant des situations réalistes de communication telles qu'un échange téléphonique avec un médecin, une discussion à un guichet de gare, une réclamation à la teinturerie, etc. Dans chaque jeu de rôle, il est demandé au patient de transmettre un message déterminé par l'expérimentateur tandis que celui-ci initie l'échange sans être réellement engagé dans la communication. Lorsque les situations impliquent l'utilisation d'objets particuliers (téléphone, extrait de compte, chemise, etc.), ceux-ci sont physiquement utilisés dans le jeu de rôle. L'utilisation de tous les canaux est explicitement encouragée mais non évaluée en tant que telle.

Exemple : « Il y a quelque temps, vous avez acheté un objet dans un magasin et gardé la quittance. Aujourd'hui, vous recevez une seconde facture pour le même achat. Vous vous rendez au magasin. Que dites-vous ? » (Le patient a la quittance en main, le thérapeute représente le commerçant.)

Dans ce test, les productions enregistrées dans les jeux de rôle sont évaluées qualitativement sur deux échelles à 5 points (« très mauvais » à « très bon ») : l'échelle A d'adéquation verbale porte sur la capacité du patient à se faire comprendre tandis que l'échelle B code l'intelligibilité du message. La première mesure les capacités communicatives relatives au contenu du message sans s'intéresser à la correction de sa forme tandis que la deuxième a trait à la perception de l'énoncé par l'interlocuteur, indépendamment du contenu qu'il véhicule. Ainsi, si le patient produit un néologisme que l'interlocuteur est en mesure de répéter ou de transcrire, le message y est jugé hautement intelligible mais non compréhensible.

Le test a été standardisé sur une population de 60 sujets contrôles qui obtiennent un score maximal (ou quasi) avec des profils de réponses très homogènes dans chacune des situations. Les performances des sujets contrôles permettent au clinicien de déterminer les informations nécessaires et/ou secondaires qui sont transmises effectivement dans chacune des situations de manière à établir une référence pour les performances des patients aphasiques. Par ailleurs, la fidélité du test est élevée : l'accord inter-juge pour 40 patients est de 82 pour l'échelle A et les résultats aux deux versions parallèles du test se sont avérés stables à trois mois d'intervalle chez 30 patients aphasiques chroniques. La validité écologique du test est reconnue : l'appréciation de juges professionnels est corrélée à celle des juges inexpérimentés et la corrélation entre les résultats à l'ANELT et ceux obtenus à un autre test d'efficacité fonctionnelle (évaluation des comportements communicatifs lors d'un entretien semi-structuré) est élevée.

Pour accroître la sensibilité du test, Ruiter, Kolk, Rietveld, Dijkstra et Lotgering (2011) identifient et quantifient le nombre d'unités de contenu pour les dix scénarios, soit le nombre d'éléments de signification essentiels pour atteindre l'objectif de communication dans chacun d'eux (voir tableau 3).

TABLEAU 3 : Unités de contenus (UC) attendues pour le scénario 1 de l'ANELT-UC : « La teinturerie » (traduction de Ruiter et al., 2011, p. 967).

ANELT-UC SCÉNARIO 1 : la teinturerie			
<i>Instruction</i> : « Supposez que vous allez rechercher une chemise chez le teinturier. Quand vous vous présentez pour la reprendre comme cela (l'expérimentateur tend au patient une chemise qui présente un trou de cigarette), que diriez-vous ? » <i>Patient</i> : « Euh il y a... il y a un trou de cigarette dans la... il y a un trou de cigarette _{P1.1}... ici. Je ne peux pas la porter dans cet état... ; je ne peux pas la reprendre comme cela. Je _{R1.2} voudrais avoir _{R1.3}... c'est prévu _{R1.3} »			
Préambule (P) /Requête (R)		Sous-score	Score total 5/5
P1	Abîmé _{P1.1} (chemise _{P1.2})	2	2
P2	OU : Inacceptable _{P2.1} (gâchis _{P2.3})	(2)	
R1	ET : recevoir _{R1.1} (Je _{R1.2} une nouvelle [gratuite] comme prévu _{R1.3})	3	
R2	OU : recevoir de vous _{R2.1} (Je _{R2.2} une compensation _{R2.3})	(3)	3
R3	OU : recevoir de vous _{R3.1} (Je _{R3.2} une explication _{R3.3})	(3)	

Des sous-scores pour les propositions ou requêtes alternatives (indiquées par « OU ») sont notés entre parenthèses. Pour obtenir la note maximale, les participants ont à produire toutes les UC du préambule (P1 ou P2) ainsi que toutes les UC de la requête (R1 ou R2 ou R3). Le fait qu'un préambule et une requête doivent nécessairement être produits est signalé par « ET » (en caractère gras)

Cette mesure quantitative (ANELT-UC) de l'efficacité de la communication verbale a été comparée par les auteurs à l'évaluation qualitative de la version originale de l'ANELT (échelle A) ainsi qu'à une mesure classique d'évaluation des unités de contenu d'un test linguistique de description d'une scène chez 30 sujets (20 sujets non aphasiques et 10 patients aphasiques présentant des déficits limités à la production orale) à huit semaines d'intervalle (T1 et T2). La plus grande sensibilité de l'ANELT-UC est démontrée dans le sens où les patients aphasiques s'y montrent significativement moins performants que les sujets normaux aux deux temps. Par contre, l'ANELT-UC est la seule évaluation avec le test de description d'une scène à montrer les progrès des patients à huit semaines d'intervalle, alors même que les performances des sujets contrôles restent stables dans ces mêmes épreuves.

Si l'ANELT dans sa version originale et l'ANELT-UC sont destinés à des patients modérément atteints, le *Test des Scénarios* conçu par van der Meulen, Sandt-Koenderman, Duivenvoorden, & Ribbers (2010) s'adresse à des patients aphasiques anglophones sévèrement atteints et teste leurs capacités à transmettre des informations tant par les canaux verbaux que non verbaux dans différents scénarios de la vie quotidienne. À la différence de l'ANELT, un examinateur expérimenté y joue le rôle de partenaire supportif. Dans une série de scénarios représentés par des dessins en noir et blanc, le patient aphasique est invité à endosser le rôle d'un des deux personnages qui se trouvent en interaction. Ainsi, dans le scénario du magasin, le personnage qu'il représente cherche à acheter un pull et le vendeur lui demande : « Puis-je vous aider ? » Le patient est libre de transmettre sa réponse via tous les canaux de communication verbaux et/ou non verbaux, en ce compris un support externe de communication. Si la réponse est incorrecte ou qu'elle manque de clarté, l'examinateur facilite la communication et fournit un certain nombre d'indices/encouragements à utiliser d'autres systèmes de communication. Ce test permet de recueillir un score global de communication fonctionnelle variant entre 0 et 54 ainsi qu'un ensemble d'informations telles que le type (oral ou écrit) et la fréquence d'utilisation des moyens de communication verbaux, la fréquence et l'efficacité des moyens de communication non verbaux (geste, dessin, support de communication), la flexibilité dans l'utilisation des différents canaux, la quantité et le type d'aide fourni par l'examinateur ainsi que le niveau de compréhension générale du scénario. Les propriétés psychométriques du *Test des Scénarios* ont été évaluées sur une population de 25 sujets contrôles et de 122 patients aphasiques dont 43 étaient incapables d'utiliser la communication verbale. L'analyse a démontré une consistance interne élevée, une fidélité élevée inter- et intra-juges, une validité convergente importante et une sensibilité élevée à différencier les sujets contrôles des patients aphasiques et, parmi ceux-ci, les patients capables de communiquer verbalement de ceux qui ne l'étaient pas. Enfin, le test s'est avéré sensible à l'évolution des patients à six mois d'intervalle.

Ces mêmes propriétés psychométriques du *Test des Scénarios* ont été vérifiées dans les versions allemande (Krzok & Plum, 2016) et anglaise (Hilari, Galante, Huck, Pritchard, Allen, Dipper, 2018). Dans la version anglaise, les analyses mettent aussi en évidence de fortes corrélations entre les résultats à ce test de communication fonctionnelle

et des mesures des fonctions langagières ainsi que des fonctions cognitives non verbales (habiletés visuo-spatiales et praxiques) que l'on sait être impliquées dans l'exploitation de différents systèmes alternatifs de communication.

Ces différentes évaluations, aisées à appliquer en milieu rééducatif et disposant de qualités psychométriques élevées, se limitent néanmoins à tester les performances du patient aphasique en tant que producteur d'informations contextualisées mais déterminées par un tiers (l'expérimentateur) dans des situations de mises en situation qui peuvent conserver un caractère artificiel. Les autres composantes de l'acte communicatif telles que la réception des messages et l'interaction entre les participants à l'échange ne sont que peu prises en compte. Concernant les simulations de la communication quotidienne dans un contexte clinique, il est vraisemblable qu'elles font appel à des ressources cognitives additionnelles (théorie de l'esprit, voir chapitre 32 sur la cognition sociale) qui rendent compte entre autres de la capacité du patient à se mettre à la place d'une autre personne et à se prétendre dans un autre lieu que celui où il se trouve réellement.

4. Évaluations du succès transactionnel

Plusieurs instruments cliniques ciblent la dimension transactionnelle de la communication, comprise comme la capacité du patient à transmettre efficacement des informations nouvelles à un tiers. Pour mesurer le succès transactionnel, il est nécessaire tout à la fois de respecter certains aspects de la conversation naturelle tout en manipulant certains critères externes qui permettent de garantir la qualité de standardisation du test. Ces conditions sont réalisées dans des tâches de communication référentielle et de narration interactive (Carragher et al., 2015a).

4.1. Les tâches de communication référentielle

Le protocole d'évaluation des interactions proposé par Clerbaut, Coyette, Feyereisen, & Seron, (1984) a été conçu pour mesurer les effets de la technique de rééducation *Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness* (PACE) développée par Davis et Wilcox (1981; Carlomagno, 1994; Davis, 2005). Cette procédure de rééducation vise à accroître les habiletés communicatives des patients aphasiques dans une tâche de communication référentielle qui consiste à faire échanger deux partenaires au sujet d'un ensemble d'images qu'ils ont chacun sous les yeux. Séparés par un écran, patient et thérapeute ont à tour de rôle à faire deviner à l'autre l'image choisie en exploitant/développant les canaux de communication résiduels du patient (voir tableau 4). L'apprentissage repose sur la procédure du modelage² des comportements qui suppose

que le thérapeute intègre lorsqu'il est producteur le ou les canaux de communication qui sont susceptibles d'être efficaces chez le patient.

TABEAU 4 : Illustration d'un échange (commenté, document interne) entre un patient et son thérapeute en situation de rééducation par la technique PACE.

			
			

P1 « Homme! »

TH1 « Pourriez-vous préciser de quel homme il s'agit ? »

(Feedback de compréhension – question ouverte)

P2 « Moustache »

TH2 « D'accord, mais il y a beaucoup d'hommes qui portent la moustache. Pourriez-vous préciser ? »

(Feedback de compréhension – question ouverte)

P3 « Moustache et (latence) »

TH3 « Oui, vous m'avez dit qu'il porte la moustache. Porte-t-il des lunettes (simultanément geste descriptif à hauteur des yeux) ? »

(Feedback de compréhension – question fermée – thérapeute modèle l'utilisation du geste -> cooccurrence langage + geste)

P4 « Non ! »

TH4 « Pas de lunettes ! Pourriez-vous m'en dire davantage ? »

(Feedback de compréhension – question ouverte)

P5 « Mais ça ici et là » (simultanément, patient trace du doigt des lignes sur son front).

TH5 « Il me reste deux images avec des hommes ridés (thérapeute reproduit le même geste) »

(Feedback de compréhension renforçant l'information gestuelle pertinente transmise par le patient.)

P6 « Oui, mais... cheveux longs, longs... »

TH6 « Okay ! C'est celle-ci ! »

Tour de parole 1

Dans la situation d'évaluation, et contrairement à la situation de rééducation qui exploite l'alternance des rôles de producteur/receveur, le rôle du patient se limite à celui de producteur et le rôle du thérapeute à celui de receveur. Le thérapeute y fournit des feedbacks neutres qui laissent l'initiative au patient (par ex. : « Pouvez-vous m'en dire plus ? ») de manière à rendre plus fiable la comparaison des performances dans les phases pré- et post-rééducatives.

De leur côté, les patients aphasiques sont amenés à : a) déterminer l'information pertinente pour permettre à l'interlocuteur de sélectionner le référent-cible parmi l'ensemble des référents présents, b) transmettre cette information *via* un canal de communication ou davantage, et c) corriger les éventuelles erreurs d'interprétation de l'interlocuteur compte tenu des feedbacks de compréhension/non-compréhension que celui-ci délivre.

2 L'apprentissage se réalise par l'intermédiaire de l'observation des comportements produits par autrui (nouveaux comportements moteurs, langagiers, etc.). Il permet à l'apprenant de visualiser la compétence à acquérir, d'en découvrir les caractéristiques essentielles, d'organiser et évaluer ce qu'il sait, et d'accorder une attention particulière aux éléments qui lui manquent.

Cette situation d'évaluation a pour avantage de maintenir certains aspects de la conversation naturelle : a) il y a transmission réelle d'informations lors de l'échange entre le clinicien/receveur et le patient/producteur, b) l'ensemble des référents parmi lesquels se trouve le référent-cible crée un contexte physique de connaissances partagées par les deux parties, c) l'usage des différents canaux de communication est non seulement encouragé mais il est

aussi quantifié lors de l'analyse, et d) le nombre de tours de parole et le nombre de feedback de compréhension ou d'incompréhension pour un nombre donné de référents sont indicatifs de l'adéquation de la communication du patient.

Le protocole d'évaluation (voir tableau 5) décrit dans une notation unique les caractéristiques du comportement du patient en tant que producteur des messages,

TABEAU 5 : Grille d'évaluation des capacités de communication (transmission des messages en situation référentielle [PACE, Clerbaut et al., 1984] complétée avant et après rééducation chez une patiente qui présente une aphasie de Wernicke avec jargon mixte).

Parallèlement à la rééducation linguistique lexicosémantique, un carnet de communication a été mis en place chez cette patiente pour qu'elle puisse communiquer *a minima* avec les soignants et les résidents de sa maison de retraite. Les photos contenues dans le carnet étaient toutes accompagnées du mot écrit correspondant au concept imagé dans la mesure où la lecture était la tâche orale la mieux préservée chez cette patiente.

Les cellules du tableau reprennent le nombre total de tours de parole lors des échanges à propos d'une série de 15 images relatives aux vêtements. Les scores repris en caractères gras correspondent aux résultats obtenus après un travail de l'ensemble du carnet durant cinq mois en situation PACE. L'amélioration se manifeste par une diminution : du nombre de tours de parole et du temps nécessaire à faire deviner les 15 images, du nombre de feedbacks fermés. Elle se manifeste aussi par une augmentation : des feedbacks de compréhension, des feedbacks ouverts qui laissent davantage d'initiatives à la patiente, et par une modification des canaux utilisés pour communiquer : si la patiente produisait essentiellement un jargon mixte (non informatif) avant la rééducation, elle utilise le plus souvent simultanément le pointage de l'image-cible dans son carnet et la production orale du mot écrit après la rééducation.

Patient	Mots oraux	Jargon mixte	Oui/ non	Gestes	Mimiques	Onomat.	C. C'	Cooc. C. C. + Mots oraux	Cooc. Geste + Mots oraux
Thérapeute									
F.-B.*									
Compréhension									
21,5 %	5	2	4	3	2	2	0	0	2
89,8 %	13	0	1	1	1	0	5	21	2
F.-B. Non-									
compréhension									
78,5 %	5	52	11	2	0	0	0	0	3
10,2 %	1	2	0	0	0	0	0	0	2
F.-B. difficile									
à déterminer									
0 %									
0 %									
Absence de F.-B.									
0 %									
0 %									
TOTAL	10	54	15	5	0	0	0	0	5
	14	2	1	1	0	0	5	21	4

*F.-B. = Feedbacks

	Pré-rééduc.	Post-rééduc.
Nombre de tours de parole	93	49
Temps (minutes)	43'	29'
Nombre de F.-B. fermés	86	11
Nombre de F.-B. ouverts	7	38

c'est-à-dire l'adéquation des messages transmis et du canal de communication utilisé ainsi que la nature des feedbacks émis par l'interlocuteur pour maintenir et/ou rétablir l'interaction (Carlomagno, 1994; Clerbaut et al., 1984). Le patient y tient le rôle du producteur d'informations tandis que le thérapeute/examineur endosse celui d'interlocuteur. En ce qui concerne le patient, il sera précisé le canal ou la cooccurrence de canaux de communication (productions verbales, onomatopées, dessins, gestes iconiques, mimiques, pointage dans un carnet ou sur une tablette de communication, etc.) utilisés de même que certains aspects qualitatifs des productions verbales (mots corrects, mots déformés, stéréotypés, jargon, réponse oui/non, suites de mots ou de vocalisations sans valeur informative servant uniquement à maintenir son tour de parole, etc.). En ordonnée est notée la réaction du thérapeute à la tentative de communication du patient. Les feedbacks sont analysés ici très globalement selon que le rééducateur : a) manifeste qu'il a compris le message transmis (feedback de compréhension), b) indique qu'il n'a pas compris le message (feedback de non-compréhension), c) émet un feedback difficile à déterminer, ou encore d) n'émet aucun feedback. Tout feedback est aussi analysé selon son caractère ouvert, ou fermé. Ainsi, un feedback de compréhension ouvert correspond à une relance de la conversation sans qu'aucune contrainte ne pèse sur la réponse du patient. C'est le cas dans l'exemple repris au tableau 4, le patient qui produit « Moustache ! » au tour de parole 2 et le thérapeute qui répond : « D'accord ! Mais il y a beaucoup d'hommes qui portent la moustache. *Pourriez-vous préciser ?* » À l'inverse, un feedback fermé laisse peu d'initiatives au patient et limite l'expression de la réponse. C'est le cas au tour de parole 3 quand le thérapeute répond au patient « Oui, vous m'avez dit qu'il porte la moustache. *Porte-t-il des lunettes ?* » quand celui-ci répète sa présentation du tour précédent, visiblement en difficulté pour en dire davantage.

Dans l'étude de Carlomagno, Santoro, Menditti, Mandolfi, & Marini (2005), un test de communication référentielle a été utilisé pour comparer les habiletés de communication de patients aphasiques (Wernicke et anomiques) à celles de patients présentant. La mesure des capacités verbales (nombre de mots-cibles sur l'ensemble des tours de parole) ne montrait aucune différence entre les patients aphasiques et les patients déments. Par contre, il était noté un nombre plus élevé de feedback d'incompréhension de la part de l'interlocuteur et des scores inférieurs au CADL-1 (questionnaire de communication) chez les patients déments indiquant qu'ils communiquaient moins bien que ne le laissaient supposer leurs capacités verbales. Cette différence s'explique en grande partie par le fait que ces patients présentaient généralement des difficultés à sélectionner l'information pertinente, qu'ils apparaissaient peu sensibles aux feedback de l'interlocuteur et qu'ils utilisaient spontanément peu de stratégies compensatoires. Ces résultats montrent que le discours des patients déments manquant généralement de contenu d'informations est sans doute moins lié à des déficits linguistiques qu'à des déficits de nature conceptuelle, attentionnelle et/ou exécutive.

4.2. Les tâches de narration interactive

Pour d'autres auteurs, la situation de narration interactive représente une situation fonctionnelle fréquente de la vie quotidienne qui offre plusieurs avantages.

C'est à ce type de narration que Ramsberger et Rende (2002; Carragher et al., 2015a, b) invitent chaque patient à restituer le contenu de quatre épisodes d'une série télévisée populaire à quatre interlocuteurs différents non familiers et non professionnels (étudiants). Pour s'assurer que les partenaires de l'échange disposent d'un minimum d'informations communes, ceux-ci sont invités à visionner chacun de leur côté un épisode plus ancien de la série. Lors de l'échange, chaque patient est encouragé à utiliser tous les moyens de communication à disposition pour transmettre au mieux le contenu de chacun des quatre épisodes à chacun de leurs quatre partenaires qui, de leur côté, sont autorisés à poser toutes les questions nécessaires pour comprendre au mieux le récit de l'épisode que leur transmet le patient. Suite à l'échange, il est demandé aux différents partenaires de restituer à l'examineur le contenu de l'épisode transmis par le patient.

L'analyse détermine deux scores : un score de succès transactionnel qui équivaut au nombre d'informations rapportées par l'interlocuteur du patient et un score d'exhaustivité qui correspond à la proportion d'informations transmises par rapport au nombre d'informations préalablement défini par deux juges externes.

Ce test a été présenté à 14 patients aphasiques (aphasies de conduction et de Broca), capables d'engager une conversation mais présentant une plainte fonctionnelle au niveau de son efficacité. Cinquante-six « partenaires de conversation » (4 partenaires pour chaque patient) ont participé à la validation du test, constituant de la sorte 56 dyades patient/partenaire.

D'un point de vue psychométrique, la validité convergente de l'épreuve est démontrée par le relevé d'une corrélation élevée entre deux méthodes de quantification du succès de la conversation (le nombre d'informations principales transmises par le patient et les scores de compréhension et complétion du récit réalisé par le partenaire). Par ailleurs, il est important de noter qu'il n'existe qu'une relation très faible entre ces récits construits à partir d'une conversation et les performances à une épreuve de description de scènes (tâche habituellement intégrée dans les évaluations classiques du langage). Le taux d'informations transmises est de 3 à 4 fois supérieur dans la situation de conversation. Le succès conversationnel enregistré dans ce test semble dépendre d'une construction différente de celle qui sous-tend la description de scènes ou le récit d'une histoire. L'une et l'autre seraient basées sur un monologue alors que la narration interactive nécessite un travail collaboratif des partenaires qui tentent de construire la signification du récit. Dans le même sens, la corrélation enregistrée entre le succès transactionnel au cours de la conversation et les résultats au test de communication fonctionnelle CADL-2 (Holland, Frattali & Fromm, 1999) est moyenne (.60), ce qui signifie que les deux tests ne partagent que certains aspects de la communication fonctionnelle. En effet, si les deux épreuves tiennent compte de la contribution des modes non verbaux de communication, le CADL-2 n'envisage pas les aspects interactifs de

la communication. À la qualité psychométrique de validité convergente de cette mesure du succès transactionnel s'ajoutent aussi celles de la stabilité du *test-retest* et de la fidélité inter-juge.

S'inspirant des travaux de Ramsberger et Rende (2002), Kurland, Liu et Stokes (2021) développent actuellement le *Brief Assessment of Transactional Success in Conversation in Aphasia* (BATS) dont l'objectif est de proposer aux cliniciens un instrument d'évaluation valide, fiable, d'application plus rapide en situation clinique et approprié aux différents niveaux de sévérité de l'aphasie.

Dans une première phase de développement et de publication du test, les auteurs présentent les contenus des informations à transmettre en sélectionnant 16 clips vidéo/audio de deux à trois minutes chacun qui se répartissent en quatre groupes selon la modalité de présentation des informations : a) quatre clips non verbaux (ex. court extrait d'un film muet de Chaplin) qui ne nécessitent pas de compréhension verbale, b) quatre clips où les informations verbales et visuelles sont synchronisées, pouvant être de la sorte comprises par des patients dont la compréhension auditive n'est pas parfaite, c) quatre clips présentant de courtes biographies, sollicitant principalement la compréhension verbale auditive, et d) quatre clips reposant sur la seule compréhension verbale auditive. Ce matériel a été soumis à 96 sujets non aphasiques (répartis en trois tranches d'âge) de manière à recueillir des normes concernant les principaux concepts à transmettre. Ces stimuli sont en cours de validation auprès d'un large échantillon de patients aphasiques.

Si ces différents instruments d'analyse ciblent efficacement le succès du transfert du message, ils considèrent essentiellement le patient dans son rôle de producteur de messages. En effet, nous disposons de peu d'informations relatives à la manière dont les patients traitent fonctionnellement les informations transmises par l'interlocuteur.

Par comparaison avec la situation de communication référentielle, la narration interactive permet de maintenir les tours de parole entre le patient et son interlocuteur de manière à coconstruire le récit. Elle autorise aussi l'utilisation de différents canaux de communication et présente des qualités de standardisation qui permettent le *test-retest* et la comparaison entre patients et sujets contrôles. À la différence de la situation de communication référentielle, la narration exige des compétences linguistiques plus larges en recrutant des compétences macrolinguistiques (ex. planification et séquentialisation des informations au niveau d'un cadre structuré) en plus des compétences microlinguistiques renvoyant aux aspects sémantiques et syntaxiques de la production. Cette situation concernera davantage les patients qui présentent des aphasies légères et modérées.

5. Analyses conversationnelles

D'autres évaluations reposent sur l'analyse conversationnelle (AC) (Hutchby & Wooffitt, 1998; Sidnell, 2010), une procédure qui est utilisée tant chez le sujet normal que dans différents domaines de la pathologie du langage

et qui vise à obtenir une description précise de la manière dont deux partenaires collaborent à la réussite de la conversation. L'accent est mis sur « l'interaction » et les rôles joués par chacun des participants dans la construction de la conversation en temps réel. Dans le cadre de l'aphasie, il s'agit d'analyser l'impact direct des troubles linguistiques sur la conversation entre la personne aphasique et son partenaire conversationnel habituel dans leur environnement réel (Beeke, Maxim & Wilkinson, 2007; Saldert, Jensen, Blom Johansson & Simmons-Mackie, 2018; Wilkinson, 2015). Plus précisément, il s'agit pour le clinicien d'identifier, sur base de l'enregistrement vidéo de cette conversation, les stratégies (productives et contre-productives) utilisées par les deux partenaires pour arriver à gérer les effets des troubles linguistiques (et des troubles cognitifs associés). Les données sont ensuite retranscrites en utilisant un système d'annotation développé de manière à documenter rigoureusement les détails de la conversation qui ont une importance dans son déroulement. Il y sera tenu 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 difficultés qui surviennent en cours de conversation et qui entravent sa progression.

Le *Profil d'analyse conversationnelle pour patients aphasiques* (CAPPA; traduction française PAPCA, Chetelat-Mabillard, 2003) proposé par Whitworth, Perkins & Lesser (1997; Perkins, 2001) s'administre en trois parties : la *première* est dédiée à une interview structurée du patient et/ou de son partenaire conversationnel habituel. Elle comprend 26 questions qui portent sur les habiletés de conversation post-lésionnelles et qui sont réparties en quatre sections : l'initiation et la prise de tour de parole, les réparations, la gestion des thèmes de l'échange ainsi que les manifestations et l'impact des déficits linguistiques. À chaque question, l'examineur évalue la fréquence d'apparition du comportement (souvent, parfois, jamais/presque jamais). Si celle-ci s'écarte de ce que l'on attendrait dans la gestion normale de la conversation, trois autres informations relatives aux stratégies employées par le partenaire et la réaction du patient à celles-ci sont sollicitées. Enfin, une attention particulière est portée à la charge que représente le comportement problématique pour le proche (voir tableau 6).

La *deuxième partie* de l'interview consiste à comparer des informations relatives aux styles et habitudes interactionnels pré- et post-lésionnels du patient. Ainsi, pour les questions portant sur les thèmes des conversations, il est demandé au patient et au partenaire de préciser parmi une liste de thèmes ceux qui étaient les plus familiers avant l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de comparer avec les thèmes actuels. Dans la *troisième partie*, l'examineur analyse un échantillon d'une dizaine de minutes d'une conversation entre le patient et son partenaire habituel à leur domicile et en dehors de la présence de l'examineur. Cette analyse cible, comme dans l'interview, les habiletés linguistiques, la gestion de la conversation, et les stratégies utilisées par les participants à l'échange en cas d'incidents conversationnels.

TABEAU 6 : Exemples traduits en français de deux des 26 items de l'interview structurée du patient et/ou de son partenaire conversationnel habituel issue du profil d'analyse conversationnelle pour patients aphasiques (Whitworth et al., 1997).

Section 1 : initiation et tour de parole			
2. Omet-il/elle de répondre lorsque c'est à son tour de parler ?	S* 2	P* 1	J 0
(a) Comment réagissez-vous ?			
(b) Que se passe-t-il quand vous réagissez de la sorte ?			
(c) Dans quelle mesure le fait qu'il/elle mette souvent (ou parfois) beaucoup de temps à vous répondre constitue un problème pour vous ?			

Section 2 : gestion du thème de l'échange			
9. Lorsqu'il/elle introduit un nouveau thème, vous arrive-t-il de vous demander le rapport qui existe avec le thème précédent ?	S* 2	P* 1	J 0
(a) Comment réagissez-vous ?			
(b) Que se passe-t-il quand vous réagissez de la sorte ?			
(c) Dans quelle mesure le fait qu'il/elle mette souvent (ou parfois) beaucoup de temps à vous répondre constitue un problème pour vous ?			

Si le comportement apparaît souvent (S) ou parfois (P*), veuillez répondre aux questions a, b, c. (traduction de Whitworth et al., 1997).

Ces différentes phases de l'analyse de la CAPPA vont permettre au clinicien de : a) préciser la perception (appropriée ou non) qu'a le partenaire conversationnel de ses propres habiletés conversationnelles face au patient aphasique; b) observer les stratégies interactionnelles mises en place par les deux partenaires et leur succès; c) comparer les réponses fournies au questionnaire par la personne interviewée (patient et/ou partenaire) avec les résultats de l'analyse conversationnelle réalisée par le clinicien; et d) estimer les changements de styles et d'opportunités conversationnelles consécutives à l'aphasie.

Si les analyses conversationnelles sont avant tout qualitatives et connues pour leur haut degré de validité, elles requièrent de la part du clinicien une certaine expertise au niveau du codage et de l'analyse de l'échantillon de langage, les rendant coûteuses en temps; elles sont aussi souvent jugées peu fiables³ si elles sont utilisées

3 Pour évaluer les effets de thérapies linguistiques spécifiques dans la situation fonctionnelle de conversation, certains auteurs (Beckley, Best, Johnson, Edwards, Maxim & Beeke, 2013; Carragher, Sage & Conroy, 2015,a,b) préconisent de comparer les moyennes des scores recueillis aux analyses de courts échantillons répétés de conversation entre le patient et son partenaire avant et après rééducation.

pour comparer les effets d'une rééducation à deux moments donnés du temps. D'importantes variations peuvent en effet être enregistrées en fonction des différents contextes situationnels, des partenaires impliqués dans l'échange et du thème même de la conversation qui est laissé à la libre appréciation des partenaires de l'échange.

En dépit de ces limites, les évaluations conversationnelles, étant en prise directe avec les difficultés conversationnelles rencontrées par les patients aphasiques et leurs partenaires conversationnels, s'ajustent au mieux à la réalité de leurs échanges (Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016).

6. Évaluation de la flexibilité cognitive en situation de communication

Chez les patients aphasiques, des déficits des fonctions exécutives se trouvent souvent associés aux déficits des fonctions langagières et vraisemblablement plus encore à l'usage qui est fait du langage dans les différentes situations de communication. Plusieurs auteurs (Beckley et al., 2013; Penn et al., 2010) ont exploité l'analyse conversationnelle pour mettre en évidence l'influence des déficits des fonctions exécutives sur les habiletés communicatives des patients aphasiques. Celles-ci y sont le plus souvent évaluées au moyen de tests exécutifs classiques non verbaux (Wisconsin Card Sorting Test-64, Kongs, Thompson, Iverson & Heaton, 2000; voir chapitre 12).

Spitzer, Binkofski, Willmes et Bruehl (2020) sont les premiers à concevoir une procédure d'évaluation qui permette de mesurer la flexibilité cognitive dans une situation de communication qu'ils veulent moins coûteuse en temps et plus standardisée que l'analyse conversationnelle, *Cognitive Flexibility in Aphasia Screening (CFA-Screening)*.

À cet effet, les auteurs testent les capacités de flexibilité cognitive des patients engagés dans une conversation avec le clinicien sur des thèmes jugés fonctionnels. Plus précisément, après une séance d'essai, le clinicien initie avec le patient une conversation à propos de quatre thèmes de la vie quotidienne (des achats, une émission télévisée, la préparation d'une soupe, l'entretien des vêtements) tout en disposant devant lui un support composé de huit photos qui illustrent chacun de ces thèmes. En cours de conversation, le clinicien évalue la réaction du patient à trois types de sollicitation prédéterminés et censés recruter la flexibilité cognitive : a) une question inattendue à laquelle le patient va devoir répondre; b) la correction d'une information erronée produite par le clinicien qui ne correspond pas au contenu du message produit par le patient; et c) une demande de changement de canal de communication au profit d'un canal non verbal (geste, dessin). Les trois types de sollicitation sont présentés à cinq reprises pour chaque thème (voir tableau 7).

TABEAU 7 : Illustration de la procédure de passation et de cotation de l'évaluation de la flexibilité cognitive en situation de communicationw (Spitzer et al., 2020).

<i>Exemple : thème « Préparation d'une soupe »</i> Contexte physique de l'échange (enregistré) Le patient a sous les yeux 8 photos représentant : 1) des légumes en vrac sur une table de cuisine, 2) une personne qui épluche des pommes de terre, 3) coupe les carottes en morceaux, 4) lave des feuilles de céleri, 5) les débite en morceaux, 6) verse de l'huile dans une casserole, 7) sale la soupe et 8) sert la soupe dans un bol. Le patient a à disposition une feuille de papier et un feutre. Procédure Plus précisément, patient et thérapeute sont assis l'un en face de l'autre. Le clinicien lance la conversation : « Dites-moi ce que vous voyez sur ces images. Que se passe-t-il ici ? » (en montrant la première photo). Quand le patient commente la première photo « Pour la préparation, vous avez besoin de pommes de terre, d'oignons... », le clinicien l'interrompt en posant a) une question inattendue : « Quels sont les ingrédients qui seront nécessaires pour préparer des confitures ? » Suite à la réponse du patient, le thérapeute revient à la première photo et demande au patient de continuer à préciser les ingrédients dont il aura besoin pour préparer une soupe. Le patient précise : « Vous aurez aussi besoin de carottes. » Le thérapeute b) reproduit incorrectement le message du patient « Vous aurez aussi besoin de bananes ? » L'étude pilote montre que les patients ont tendance soit à répéter l'erreur du clinicien, soit à signaler l'erreur sans restituer le mot attendu. Le thérapeute propose dans ce cas au patient de décrire le mot correct d'une autre façon. Plus tard, le thérapeute revient sur une des productions du patient et lui demande s'il peut la présenter <u>dans une autre modalité</u> : « Vous m'avez dit qu'il était nécessaire d'avoir à disposition des oignons pour préparer la soupe. Pourriez-vous me faire comprendre "oignons" autrement que par le langage ? » En dehors de ces sollicitations qui recrutent la flexibilité cognitive, la conversation peut se poursuivre librement sur le thème et même en dehors des images : « Qu'aimez-vous cuisiner ? Quelle est votre soupe préférée ? etc. » Cotation Un score de flexibilité cognitive (/15 pour chaque thème) est établi sur base de la correction de la réponse et de sa rapidité. À la suite de chacune des sollicitations du thérapeute, celui-ci évalue le degré de flexibilité cognitive de manière dichotomique (1 ou 0). La réponse doit être appropriée et rapide (endéans les deux secondes). Par appropriées, il est entendu que les réponses doivent être compréhensibles sans pour autant être correctes d'un point de vue phonologique ou syntaxique. Les conduites d'approche et autocorrections sont aussi autorisées, de même que les manques de mots compensés par des périphrases compréhensibles et appropriées. Dans le même sens, quand un canal non verbal est requis (geste ou dessin), la production sera considérée comme correcte si elle est reconnaissable. La réponse (verbale ou non verbale) doit être initiée endéans les deux secondes, sans pour autant être achevée dans ce créneau temporel.
--

TABEAU 8 : Liste (non limitative) des tests utilisés pour évaluer la communication fonctionnelle : composantes de la communication face à face (adaptation de Doedens, pp. 116).

Tests	Connaissances partagées				
	Interaction	Multimodalité	Préexistantes	Situationnelles	Communication
° ECVB Darrigrand et al., 2000	—	—	—	—	—
° ANELT Blomert et al., 1999	—	—	—	+	—
° ANELT-UC Ruiter et al., 2011	—	—	—	+	—
° Test des scénarios Van der Meulen et al., 2010	+	+	—	+/-	+/-
° Communication référentielle PACE Clerbaut et al., 1984	+/-	+	—	+	+
° Narration interactive Ramsberger et al., 2002	+/-	+/-	+	—	+/-
° BATS Kurland et al., 2021	+/-	+/-	+		
° CAPPA Whitworth et al., 1997	+	+	+	+/-	+

+: le composant est pris en compte et le test précise comment ce composant influence la communication du patient aphasique ;

+/- : le composant est pris en compte mais le test ne précise pas comment ce composant influence la communication du patient aphasique ou le composant est partiellement pris en compte ;

— : le composant n'est pas pris en compte.

Cette évaluation a été validée chez 26 patients germanophones aphasiques en phase chronique et chez 20 sujets contrôles appariés selon l'âge et le niveau scolaire aux patients aphasiques. Les résultats de différentes analyses mettent en évidence plusieurs qualités psychométriques du test. Sa fiabilité inter-juge est très élevée ($k = .952$). La sensibilité et la spécificité du test permettent de distinguer les patients aphasiques des sujets contrôles tant au niveau du CFA-Screening dans sa globalité (sensibilité : .885 et spécificité : .950) que pour chacun des trois types de sollicitation de flexibilité : a) changement de thème (sensibilité : .932; spécificité : .850); b) réaction à l'erreur de l'interlocuteur (sensibilité : .843; spécificité : .950); et c) modification du canal de communication (sensibilité : .846; spécificité : .750).

Chez 26 patients aphasiques, les auteurs étudient les relations qui existent entre les résultats au CFA-Screening et ceux qui sont recueillis à des tests de langage (épreuves de dénomination, compréhension auditive et écrite, issues de la batterie Aachen Aphasia Test (Huber, Poeck & Willmes, 1984)) et à un test d'apprentissage verbal (*Verbal learning test*, Sturm & Willmes, 1999) ainsi qu'à des tests de flexibilité cognitive verbale (*Regensburg word fluency test*, (Aschenbrenner, Tucha & Lange, 2000) et non verbale (Wisconsin Card Sorting Test-64, Kongs et al., 2000). Les corrélations sont élevées entre le test de fluence verbale, le test de dénomination orale et le CFA-Screening (et particulièrement pour les sollicitations de changement de thème et la réaction à l'erreur de l'interlocuteur). Une analyse en composant principal met en évidence l'absence de relation entre les mesures au test exécutif langagier (test de fluence verbale) et celles recueillies au test exécutif non langagier (Wisconsin Card Sorting Test-64). Par contre, il est relevé une association entre les performances aux tests langagiers et celles relevées au test de flexibilité cognitive verbale, indiquant qu'une évaluation des fonctions exécutives langagières pourrait mieux que les tests exécutifs non langagiers fournir des informations sur les déficits des habiletés de conversation.

7. Conclusions

L'objectif ultime de toute prise en charge d'un patient aphasique consiste à améliorer autant que possible sa communication fonctionnelle, considérée comme un phénomène complexe car interactif, multimodal et dépendant de différents contextes. En interaction avec un tiers, le patient et son interlocuteur ont donc à ajuster en permanence leur comportement face à une situation changeante. Ce processus dynamique recrute non seulement les fonctions langagières mais aussi les fonctions cognitives telles que l'attention, les mémoires (sémantique, à court et à long terme), les fonctions exécutives et la cognition sociale.

Au vu de la synthèse présentée au tableau 8, les tests publiés actuellement arrivent difficilement à capturer cette réalité complexe. Vraisemblablement, en raison d'un manque d'accord sur : a) la notion même de « communication fonctionnelle », b) la manière dont les troubles aphasiques et cognitifs affectent la communication, c) la

manière dont l'interlocuteur (le plus familier en priorité) gère cette modification plus ou moins importante de la dynamique du langage en situation réelle et d) la manière de le mesurer fiablement.

8. Lectures conseillées

- Davis, G. A. (2005). PACE revisited. *Aphasiology*, 19(1), 21-38.
- Doedens, W. J. & Meteyard, L. (2020). Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review. *Aphasiology*, 34(4), 492-514.
- Mazaux, J. M., de Boissezon, X., Pradat-Diehl, & Brun, V. (2014). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps Médical.
- Olsson, C., Arvidsson, P., & Johansson, M. (2019). Relations between executive function, language, and functional communication in severe aphasia. *Aphasiology*, 33, 821-845.
- Sidnell, J. (2010). *Conversation Analysis: an Introduction*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Willems, R. (2015). *Cognitive Neuroscience of Natural Language Use*. Cambridge University Press.

Bibliographie

- Aschenbrenner, S., Tucha, O., & Lange, K. W. (2000). *Regensburger Wortflüssigkeits-test: RWT [Regensburg word fluency test]*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Barnes, S., & Bloch, S. (2018). Why is measuring communication difficult? A critical review of current speech pathology concepts and measures. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 1-18.
- Beckley, F., Best, W., Johnson, F., Edwards, S., Maxim, J., & Beeke, S. (2013). Conversation therapy for agrammatism: Exploring the therapeutic process of engagement and learning by a person with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(2), 220-239.
- Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(2), 136-147.
- Blomert, L., Kean, M., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam-Nijmegen everyday language test: Construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8, 381-407.
- Bock, K., Dell, G. S., Chang, F., & Onishi, K. H. (2007). Persistent structural priming from language comprehension to language production. *Cognition*, 104(3), 437-458.
- Brown-Schmidt, S., & Duff, M. C. (2016). Memory and common ground processes in language use. *Topics in Cognitive Science*, 8(4), 722-736.

- Carlomagno, S. (1994). *Pragmatic Approaches to Aphasia Therapy. Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Carlomagno, S., Santoro, A., Menditti, A., Pandolfi, M., & Marini, A. (2005). Communication in Alzheimer's type dementia. *Cortex*, 41(4), 520-534.
- Carragher, M., Sage, K., & Conroy, P. (2015a). Preliminary analysis from a novel treatment targeting the exchange of new information within storytelling for people with nonfluent aphasia and their partners. *Aphasiology*, 29(11), 1383-1408.
- Carragher, M., Sage, K., & Conroy, P. (2015b). Outcomes of treatment targeting syntax production in people with Broca's-type aphasia: Evidence from psycholinguistic assessment tasks and everyday conversation. *International Journal of Language and Communicative Disorders*, 50(3), 322-336.
- Chetelat-Mabillard, D., & Buttet-Sovilla, J. (2003). Essai d'utilisation du « Conversational Analysis Profile for People with Aphasia » (CAPP). *Revue Tranel*, 38-39, 111-128.
- Clark, H. (1996). *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, H. H., & Wilkes-Gibbs, D. (1986). Referring as a collaborative process. *Cognition*, 22(1), 1-39.
- Clerbaut, N., Coyette, F., Feyereisen, P., & Seron, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. *Rééducation Orthophonique*, 22, 329-345.
- Davis, G. A., & Wilcox, M. J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia* (p. 169-193). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Darrigrand, B., & Mazaux, J. M. (2000). *L'Échelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB)*. Isbergues : Ortho Édition.
- Doedens, W. J., & Meteyard, L. (2020). Measures of functional, real-world communication for aphasia: A critical review. *Aphasiology*, 34(4), 492-514.
- Doedens, W. J., & Meteyard, L. (2021). What is functional communication? A theoretical framework for real-world communication applied to aphasia rehabilitation. *Neuropsychological Review*. doi.org/10.1007/s11065-021-09531-2
- Erikson, K., Hartelius, L., & Saldert, C. (2016). Participant characteristics and observed support in conversations involving people with communication disorders. *International Journal of Speech Language Pathology*, 18, 439-49.
- Faucher, M. E., Maxès-Fournier, C., Ouimet, C. A., & Macoir, J. (2009). Évaluation de la communication fonctionnelle des personnes aphasiques : Avantages et limites de l'échelle de communication verbale de Bordeaux. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 33(2), 89-98.
- Frankel, T., Penn, C., & Ormond-Brown, D. (2007). Executive dysfunction as an explanatory basis for conversation symptoms of aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 21(6-8), 814-828.
- Hilari, K., & Dipper, L. (2020). *The Scenario Test* (validated in the UK). J & R Press.
- Hilari, K., Galante, L., Huck, A., Pritchard, M., Allen, L., & Dipper, L. (2018). Cultural adaptation and psychometric testing of the Scenario Test UK for people with aphasia: Adaptation and testing of the Scenario Test UK for people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(4), 748-760.
- Hogrefe, K., Ziegler, W., Weidinger, N., & Goldenberg, G. (2012). Non-verbal communication in severe aphasia: Influence of aphasia, apraxia, or semantic processing? *Cortex*, 48, 952-962.
- Hogrefe, K., Ziegler, W., Weidinger, N., & Goldenberg, G. (2017). Comprehensibility and neural substrate of communicative gestures in severe aphasia. *Brain and Language*, 171, 62-71.
- Holland, A., Frattali, C., Fromm, D. (1999). *CADL-2: Communication Activities of Daily Living*. Austin: Pro-Ed.
- Huber, W., Poeck, K., & Willmes, K. (1984). The Aachen aphasia test. *Advances in Neurology*, 42, 291-303.
- Kongs, S., Thompson, L., Iverson, G., & Heaton, R. (2000). *Wisconsin Card Sorting Test*®-64. Par-Ed.
- Krzok, F., & Plum, L. (2016). Szenariotest: Training zur Durchführung des neuen Testverfahrens (CF0208). Presentation at the 16. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung undbehandlung (GAB), Osnabrück, Germany.
- Kurland, J., Liu, A., & Stokes, P. (2021). Phase I test development for a brief assessment of transactional success in aphasia: Methods and preliminary findings of main concepts in non-aphasic participants. *Aphasiology*, 35.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Mazaux, J. M., & Orgogozo, J. M. (2005). Echelle d'évaluation de l'aphasie (BDAE/HDAE) : Adaptation française du Boston Diagnostic Aphasia Examination. ECPA Editions du Centre de Psychologie appliquée.
- McNeill, D. (1992). *Hand and Mind: What Gestures Reveal about Thought*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Penn, C., Frankel, T., Watermeyer, J., & Russell, N. (2010). Executive function and conversational strategies in bilingual aphasia. *Aphasiology*, 24(2), 288-308.
- Perkins, L. (2001). Analyse conversationnelle et aphasie. In G. Aubin, C. Belin, D. David, & M. de Partz, *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. Marseille: Solal, 215-234.
- Perkins, L., Whitworth, A., & Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment (CAPPPI)*. London: Whurr.
- Purdy, M., & Koch, A. (2006). Prediction of strategy usage by adults with aphasia. *Aphasiology*, 20(2/3/4), 337-348.
- Ramsberger, G., & Rende, B. (2002). Measuring transactional success in the conversation of people with aphasia. *Aphasiology*, 16(3), 337-353.

- Rose, M., Mok, Z., & Sekine, K. (2017). Communicative effectiveness of pantomime gesture in people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52, 227-237.
- Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozłowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of Neurology*, 257, 1099-1107.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2003). *Test lillois de communication*. Isbergues : Ortho Édition.
- Ruiter, M., Kolk, H., Rietveld, T., Dijkstra, N., & Lotgering, E. (2011). Towards a quantitative measure of verbal effectiveness and efficiency in the Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). *Aphasiology*, 44(25), 961-975.
- Saldert, C., Jensen, L., Blom Johansson, M., & Simmons-Mackie, N. (2018). Complexity in measuring outcomes after communication partner training: Alignment between goals of intervention and methods of evaluation. *Aphasiology*, 32(10), 1167-1193.
- Sampson, M., & Farqi-Shah, Y. (2011). Investigation of self-monitoring in fluent aphasia with jargon. *Aphasiology*, 25(4), 505-528.
- Schegloff, E. (1993). Reflections of quantification in the study of conversation. *Research on Language and Social Interaction*, 26, 99-128.
- Sekine, K., & Rose, M. (2013). The relationship of aphasia type and gesture production in people with aphasia. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 22, 662-672.
- Sidnell, J. (2010). *Conversation Analysis: An Introduction*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by "good" versus "poor" speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13(9-11), 807-820.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221.
- Spitzer, L., Binkofski, F., Willmes, K., & Bruehl, S. (2020). Executive functions in aphasia: A novel aphasia screening for cognitive flexibility in everyday communication. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(9), 1701-1719.
- Sturm, W., & Willmes, K. (1999). *Verbaler Lerntest, Nonverbaler Lerntest: (VLT/NVLT); Handanweisung* [Verbal learning test; manual]. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- van der Meulen, I., Sandt-Koenderman, W., Duivenvoorden, H., & Ribbers, G. (2010). Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: Reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45, 424-435.
- van Nispen, K., van de Sandt-Koenderman, M., Sekine, K., Kramer, E., & Rose, M. (2017). Part of the message comes in gesture: How people with aphasia convey information in different gesture types as compared with information in their speech. *Aphasiology*, 31, 1078-1103.
- Walker, T., Thomson, J., & Watt, I. (2016). Displays and claims of understanding in conversation by people with aphasia. *Aphasiology*, 30, 750-764.
- Wallace, S., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., ... Gauvreau, C. (2016). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 39, 1364-1379.
- Whitworth, A., Perkins, L., & Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)*. London: Whurr.
- Wilkinson, R. (2015). Conversation and aphasia: Advances in analysis and intervention. *Aphasiology*, 29, 257-268.