

Conversations avec une patiente souffrant de lésions traumatiques bifrontales : ajustements mutuels

Claire PETER

Résumé. *L'analyse conversationnelle d'une patiente de 25 ans victime à 12 ans d'un grave traumatisme bi-frontal, permet d'objectiver certains des éléments d'une pathologie cliniquement évidente ayant empêché toute adaptation professionnelle, l'examen neuropsychologique et le QI étant dans les normes. Deux analyses sont conduites, l'une avec le Protocole Pragmatique de Prutting et Kirchner (1987), l'autre avec des critères de changement de thème repris partiellement de Garcia (1991). Les résultats montrent des ajustements réciproques tant chez la patiente que chez ses 2 interlocutrices : la qualité du discours de la première varie qualitativement en fonction des compétences conversationnelles spécifiques des interlocutrices. Plusieurs des paramètres analysés lors des changements de thèmes de la patiente sont plus adéquats lorsqu'elle s'entretient avec sa mère que lorsqu'elle converse avec l'auteur. Les comportements conversationnels des interlocutrices de la patiente, qui sont similaires lorsqu'elles conversent ensemble, s'avèrent différents lorsqu'elles s'entretiennent avec la patiente, liés aux buts qu'elles poursuivent dans leur conversation : le patron des changements de thèmes de la mère de la patiente se révèle spécifique et significativement différent de celui de l'autre interlocutrice.*

Mots clés : Analyse conversationnelle, changements de thèmes, lésions frontales, traumatismes crâniens, pathologie du comportement.

Key words: Conversational analysis, topic shifts, frontal lesions, head trauma, behavior disorders.

Adresse : Division Autonome de Neuropsychologie, Hôpital Nestlé, 1011 C.H.U.V., Lausanne, Suisse, et GRC, Université de Nancy II.

Au décours de l'évolution de lésions frontales ou de traumatismes crânio-cérébraux impliquant les lobes frontaux (TCC), il arrive que seuls des troubles du comportement persistent et constituent un handicap majeur, l'examen neuropsychologique et le QI étant dans les normes. Il s'avère alors nécessaire de disposer d'instruments de mesure sensibles aux déficits comportementaux qui soient forts d'une validité écologique, c'est-à-dire proches de la vie quotidienne, tout en permettant d'étayer l'observation directe en consultation.

L'analyse du discours conversationnel peut constituer une solution. En effet, la conversation a l'avantage d'être une situation naturelle, même conduite en laboratoire. Enregistrée, elle est quantifiable. Elle laisse une large part à l'improvisation et permet d'éviter le biais des tests ou des situations bien structurées susceptibles de masquer la pathologie frontale (Eslinger et Damasio, 1985). Comme le discours conversationnel nécessite le traitement simultané de données linguistiques, cognitives et sociales, des dysfonctionnements sont susceptibles de s'y manifester quand bien même les fonctions langagières, mnésiques et exécutives examinées isolément apparaissent conservées. De plus, les composantes émotionnelles et motivationnelles, inhérentes à la situation, ne sont pas éliminées artificiellement, mais prises en compte indirectement dans les mesures utilisées.

En consultation, la conversation est une des situations qui permet l'évaluation du comportement. Sans pouvoir éclairer l'entier de la pathologie, l'analyse de la conversation peut contribuer à en améliorer la compréhension. En appliquant la même analyse aux interlocuteurs non cérébro-lésés, il est possible d'observer les interactions et les ajustements mutuels.

Les perturbations du discours conversationnel des patients TCC (sans aphasie, et sans spécification du siège lésionnel) sont caractérisées par la perte du fil du discours (*off target*), les digressions vers des contenus peu pertinents (*tengentiality*), et l'insuffisance de l'organisation générale des contenus (Coelho et al., 1991a). On relève à l'aide du Protocole Pragmatique, grille d'observation que nous présenterons plus loin, des troubles du maintien, du changement et de l'introduction des thèmes, de gestion des tours de parole avec des pauses trop longues ou trop courtes, une prosodie inadéquate et un *feed-back* insuffisant à l'interlocuteur (Milton et al., 1984). Dans une étude récente concernant la

gestion des thèmes d'un traumatisé crânien, Mentis et Prutting (1991) observent des changements incohérents avec des unités idéationnelles ambiguës, sans liens entre elles, incomplètes ou hors du sujet. Les mêmes auteurs avaient aussi constaté chez trois patients TCC des liens de cohésion textuelle trop rares, incomplets ou particuliers (Mentis et Prutting, 1987).

En situation expérimentale, des difficultés d'organisation et de séquentialisation des contenus caractérisent le discours narratif (MacDonald, 1993) ; les patients rencontrent des difficultés à formuler des requêtes indirectes, à comprendre les implicatures et l'ironie (MacDonald, 1992).

Les lésions des TCC sont à prédominance frontale, fronto-basale et fronto-lobique (Levin, 1992), ce qui explique pourquoi des perturbations similaires ont été observées dans le discours narratif de patients non aphasiques victimes de lésions frontales d'origine tant vasculaire, tumorale que traumatique (Kaczmarek, 1984 ; Novoa et Ardila, 1987).

Les interventions de l'interlocuteur sont rarement analysées dans les études de conversation, mis à part dans celle de Coelho et al. qui montrent que c'est au travailleur social qu'il incombe de maintenir le sujet de l'interaction (*focus*), de poser plus de questions afin de comprendre les énoncés des patients et de maintenir le dialogue. Avec les sujets contrôles, par contre, ses questions sont moins nombreuses, et ses réponses plus riches et détaillées (Coelho et al., 1991b). Les auteurs, qui signalent le rôle de l'interlocuteur non cérébro-lésé, soulignent le caractère structurant de sa participation à la conversation : il donne forme au contexte communicationnel des TCC (Penn et Cleary, 1988) et formule des requêtes de clarification (*réparation*) afin de saisir les liens de cohésion textuelle (Mentis et Prutting, 1987).

Nous développons l'analyse conversationnelle d'une patiente et ses interlocutrices que nous avons brièvement rapportée précédemment (Peter, Sovilla et Assal, 1991 ; Peter et Assal, 1992). Cette patiente, dont la scolarité après l'accident, le QI et les résultats à l'examen neuropsychologique attestent un potentiel cognitif diminué mais néanmoins dans les normes, s'est révélée incapable d'assurer un emploi subalterne d'employée de bureau (du fait de lenteur, fatiguabilité, oublis, et de troubles du comportement). Socialement bien adaptée dans le cadre de ses routines, elle fait difficilement face à des situations nouvelles. En

situation d'entretien lors des différents contrôles et examens d'évolution, son comportement est qualifié d'infantile et d'immature, les échanges conversationnels avec elle génèrent un sentiment de malaise chez ses interlocuteurs.

Nous émettons l'hypothèse qu'une composante de la pathologie comportementale séquellaire se manifeste dans la conversation. Notre but est de mieux comprendre ce qui constitue le handicap des interventions de la patiente et gêne son interlocuteur.

Nous analysons les comportements conversationnels de la patiente avec deux interlocutrices différentes, la mère et l'auteur, car le comportement conversationnel, peu varié en consultation, est susceptible d'être différent avec un proche partageant le contexte familial.

La prise en compte des interventions de deux interlocutrices différentes vise à préciser leurs adaptations et l'éventuelle spécificité de leurs stratégies.

Pour contrôle, nous analysons la conversation des deux interlocutrices de la patiente lorsqu'elles conversent ensemble, ce qui nous apporte des informations sur leur comportement conversationnel en l'absence de la patiente, donc de sa pathologie.

Ce travail présente un intérêt descriptif et diagnostique. Il peut aussi donner lieu à une réflexion sur la prise en charge, s'il apparaît que le caractère pathologique de certaines interventions de la patiente varie en fonction de l'interlocutrice. Notre étude pourrait constituer une illustration du caractère dynamique du handicap, causé tant par les incapacités de la personne que par le contexte et les exigences de l'activité en cours (Lacroix et al., 1994). La présence de comportements structurants et facilitateurs chez les interlocuteurs permettrait d'envisager une aide sous forme d'apprentissage de stratégies conversationnelles pour les intervenants.

CAS AB : ANAMNESE

AB, née en 1965, est droitrière, francophone. Son développement moteur, intellectuel et psycho-affectif est dans les normes. Elle poursuit une scolarité secondaire (latin-anglais), lorsqu'elle est heurtée puis projetée en arrière par un train à l'âge de 12 ans, le 9/3/1978. Elle

subit un grave traumatisme crânien. Le CT scan à l'entrée montre des "contusions bi-frontales prédominant à gauche par une large fracture ouverte multifragmentaire embarrée de la base, et une fracture temporale droite". Le globe oculaire gauche est éclaté. Lors de l'aspiration en urgence d'un hématome cérébral, on constate des pneumocéphales bilatéraux. Un contrôle le 17/4/78 montre un abcès frontal gauche et une hydrocéphalie interne importante. L'abcès se résorbe spontanément (CT du 3/5/78), mais les contrôles radiologiques des 1er, 14/6, et 15/8/78 montrent l'hydrocéphalie interne reste importante, entraînant un élargissement des cornes frontales.

Un hémisyndrome moteur droit constaté à l'entrée évolue rapidement. Le coma de 8 semaines est suivi par un mutisme akinétique (1 mois). Quatre mois plus tard, l'évolution est excellente sur le plan neurologique, mais la patiente est ralentie, fatigable, très distractible. Elle est désinhibée dans le contact, boulimique, et présente des comportements phobiques.

Examens neuropsychologiques

Cinq mois après l'accident, le langage spontané est logorrhéique mais normal dans sa forme. Le langage testé oral et écrit est conservé, comme les practo-gnosies. Des troubles massifs aux tests de mémoire se dissipent dans l'année et les tests sensibles aux atteintes frontales se normalisent. Le QI à l'échelle de Wechsler (WISC) est à 113 en juin 1979, à 99 à la WAIS-R en 1994.

Aux examens pratiqués après 9, 12 et 14 ans d'évolution (1989, 1991, 1994), il ne persiste que des difficultés modérées à la fluence non verbale (10 bonnes réponses en 5 minutes, sans élément persévératif), et à un test mnésique non verbal de reconnaissance nécessitant un classement chronologique. Les amnésies pré- et post-traumatiques restent de 6 et 9 mois (voir Tableau 1).

Il persiste une anosmie complète et une hémianopsie du CV gauche à l'oeil droit.

Tableau 1. Examens neuropsychologiques : épreuves dans les normes.

A 6 mois d'évolution	A un an (1979)	A 12 et 16 ans (1990-1994)
Langage oral - Dénomination objets : B - Répétition (posyssylabes) : B - Token Test : 35B/36		Langage oral Boston Naming* : 32B/36
Langage écrit - Lecture : B - Ecriture dictée : B - Calcul oral et écrit : B	Facultés mnésiques Empans* : Hebb : 8 ; Corsi : 5	Empans* : Hebb : 8 ; Corsi : 6 Mémoire de travail : - chiffres WAIS-R : 13/20 - Milner-Petrides : B* - Trigrammes consonnant. : B*
Praxies - construct. : B - idéo-motrices : B	Apprentissage - 15 mots Rey (5 essais) : 46 recognition : 11 ; différé : 10 - Figure Géom. Rey : copie : 35 pts Evoc. à 3 min. : 17 pts	Apprentissage - 15 mots Rey* (5 essais) : 49 recognition : 15 ; différé : 11 - Figure Géom. Rey* : copie : 33 pts Evoc. imm. et différée : 23 pts - Echelle Mémoire Wechsler : quotient global : 103 quotient verbal : 107 quotient visuo-spatial : 93

* résultats comparables à nos sujets contrôle.

A 6 mois d'évolution	A un an (1979)	A 12 et 16 ans (1990-1994)
Gnosies - Poppelreuter : B - Somatognosie : B - Orientation G/D : B - Hécaen-Zavarras (appariement visages) : B	- Hooper : 17B/30	Hooper (abrégé)* : 17B/20 Benton visages : 20B/27
Fonctions exécutives Wisconsin CS (64 cartes)* : 1 série (limite)	Wisconsin CS (64 cartes)* : 4 séries Fluence verbale* : m" : 7 mots en 1' "animaux" : 20 mots en 1' Frises de Luria : B	Wisconsin CS (64 cartes)* : 5 séries Fluence verbale* : m" : 14 mots en 1' "animaux" : 24 mots en 1' Tour de Hanoï : B*
WISC : QI global : 102 QI V. : 116 ; QI P. : 87	WISC : QI global : 113 QI V. : 124 ; QI P. : 99	WAIS-R : QI global : 99 QI V. : 111 ; QI P. : 86

• résultats comparables à nos sujets contrôle.

Table 1. Neuropsychological assessments: successful results.

Evolution

Un an après l'accident, la patiente reprend sa scolarité en répétant sa classe, puis la poursuit dans une section d'un niveau inférieur à celle qui précédait l'accident.

Treize et seize ans après, au moment de nos observations (mai 1991 pour les corpus, novembre 1994 pour les derniers contrôles), le discours reste logorrhéique et digressif, souvent fastidieux pour l'interlocuteur. Le comportement est légèrement démonstratif, l'humeur gaie, voire trop joviale, le contact d'emblée familier. La mimique est pauvre. La conscience des troubles du comportement est peu précise. La patiente se plaint de difficultés mnésiques ainsi que de troubles de la reconnaissance topographique et des visages.

Invalide à 100%, la patiente exerce un travail occupationnel d'une dizaine d'heures par semaine. Elle vit indépendante dans un appartement proche de celui de ses parents, mais au plan social et relationnel les liens sont assurés par la famille qui gère aussi l'organisation de la vie quotidienne et le budget.

La mère décrit chez sa fille des difficultés à s'organiser dans les tâches de la vie quotidienne, à initier des actions, puis à les interrompre, un manque d'initiative, des champs d'intérêt réduits, des stéréotypies comportementales de type obsessionnel compulsif (collections diverses), une familiarité dans le contact, une faiblesse du jugement critique en situation, et une labilité de l'humeur. Dans la conversation, la famille est gênée par des digressions, des contenus répétitifs, et une tendance à l'écholalie.

Nous avons réalisé deux études à partir des mêmes données de base.

PREMIERE ANALYSE CONVERSATIONNELLE : PROTOCOLE PRAGMATIQUE DE PRUTTING ET KIRCHNER (1987)

Ce protocole, testé entre autres sur des patients cérébro-lésés, a été qualifié par les auteurs de taxonomie descriptive. Il est issu d'une réflexion clinique basée sur les théories de la communication et permet de juger de 30 paramètres du discours conversationnel. Relativement

facile d'usage, il constitue souvent en clinique un instrument de dépistage, raison pour laquelle nous l'avons utilisé (Annexe 1).

Matériel analysé

Trois conversations de 15 minutes chacune ont été enregistrées (audio et vidéo). Une consigne de conversation libre a été donnée en début de chaque entretien, et les sujets choisis spontanément. Le but et la procédure du travail ont été préalablement discutés avec la patiente et sa mère qui ont ensuite visionné les enregistrements.

Les transcriptions constituent 3 corpus :

- la patiente AB et l'auteur P (sujet : événements récents personnels à AB),
- la patiente AB et sa mère M (sujet : l'organisation des vacances à venir),
- la mère M et l'auteur P (sujet : l'accident et ses suites).

Méthode

Les interventions de chaque locuteur sont analysées lors de ses conversations avec ses deux interlocuteurs (2 conditions pour chaque locuteur). Nous avons pratiqué les analyses et les comparaisons suivantes :

- 1) interventions de la patiente AB selon qu'elle converse avec P (auteur Peter) ou avec M (la mère de la patiente),
- 2) interventions de P et M lorsqu'elles conversent avec AB,
- 3) interventions de P et M lorsqu'elles conversent entre elles, à but de contrôle.

L'appréciation qualitative se base sur l'adéquation ou non des paramètres observés : les comportements qui nuisent une fois au moins à la poursuite de la conversation, selon l'un des deux juges, et pénalisent le locuteur, sont qualifiés d'inadéquats. L'appréciation quantitative concerne le pourcentage des paramètres jugés inadéquats sur l'ensemble de ceux qui sont observés.

Il n'y a pas de sujet contrôle extérieur à la situation car le choix d'un couple de locuteurs apparié aurait été sujet à de multiples biais : comment obtenir un couple mère/fille correspondant pour les variables dé-

mographiques, et qui s'engage spontanément dans la conversation fonctionnelle mère/fille à laquelle nous avons assisté ? Le contrôle interne offert par la comparaison des deux situations conversationnelles chez chaque locuteur semble plus adéquat et informatif.

Les analyses des corpus ont été effectuées par deux juges (l'auteur et J. Buttet-Sovilla).

Résultats

La plupart des paramètres du protocole ont pu être observés, mis à part les variations stylistiques et les contacts physiques. Les jugements étaient concordants entre les deux juges.

L'adéquation globale de AB est meilleure avec sa mère, avec laquelle elle n'est inadéquate que pour 4 paramètres (14 % du total), alors qu'avec l'auteur (P), 7 paramètres sont inadéquats (25 % du total ; voir le Tableau 2). La différence entre P et M n'est pas statistiquement

Tableau 2. Protocole pragmatique : paramètres jugés inappropriés dans la conversation de la patiente.

	AB (avec sa mère M)	AB (avec P., auteur)
Thèmes		
- sélection	inadéquate	
- introduction	inadéquate	inadéquate
- changement	inadéquat	inadéquat
Tours de parole		
- réparation		inadéquate
- temps de pause		inadéquat
- quantité/concision		inadéquate
Paralinguistique		
- intensité vocale		inadéquate
- prosodie	inadéquate	inadéquate

Table 2. Pragmatic protocol: parameters marked inappropriate in the patient's conversation.

significative (X^2 à 1 dl : .45), mais la qualité des entretiens étant différente, nous avons effectué une interprétation qualitative des interventions des locutrices.

Qualité des interventions de la patiente AB. L'introduction et le changement de thèmes sont jugés inadéquats lors des deux conversations. Les changements s'effectuent sans temps de pause, ou sans lien lexical ou logique.

La prosodie est gênante car le contour mélodique ne donne pas toujours d'indication de fin d'énoncé, et s'accorde parfois difficilement au contenu, par exemple le caractère ironique d'une intervention n'est pas décelable par l'intonation (ni par le contexte).

L'intensité vocale est parfois mal choisie : un ton confidentiel accompagne une banalité, certains énoncés sont produits de façon théâtrale ou sentencieuse. De plus, de petits rires à fin d'emphase sont fréquents dans des situations où ni l'ironie ni l'humour ne les justifient (à 9 reprises avec P).

Avec l'auteur (P), et non avec sa mère, la patiente utilise 6 fois de suite la même formule "QU'EST-CE QUE J'AI VÉCU" pour l'introduction de nouveaux thèmes. Elle ne peut reprendre après un silence qui suit une de ses formules répétitives d'introduction (échec à réparer/réviser). Les temps de pause sont le plus souvent absents même lors de changements de thèmes. Des détails ou des digressions alourdissent fréquemment le discours et ralentissent l'échange d'informations (quantité/concision inadéquate, voir Annexe 2a pour un exemple de détails peu pertinents et une absence de temps de pause).

Interventions de la mère M et de l'auteur P. Avec la patiente et entre elles, les paramètres sont toujours jugés adéquats chez P et M, sauf pour une intonation prosodique de P avec la patiente.

Le style conversationnel de P et M est cliniquement différent lorsqu'elles conversent avec la patiente : l'auteur n'intervient que brièvement en apportant un feed-back positif et en demandant des éclaircissements, laissant parler la patiente, quitte à ce qu'elle digresse. La mère en revanche organise le dialogue, précise les points importants et pose les "bonnes questions". Elle reprend les thèmes abandonnés par sa fille

quand cette dernière en change sans avoir répondu. La mère regrette, en visionnant les entretiens, le caractère directif et pédagogique de ses interventions.

Lors de l'échange entre P et M il n'y a pas d'asymétrie évidente dans les interventions des deux interlocutrices ; on ne retrouve pas chez M d'attitude directive.

Discussion de l'analyse effectuée avec le Protocole Pragmatique

Cette analyse montre chez notre patiente les troubles conversationnels déjà décrits chez les TCC par d'autres auteurs avec la même grille : difficultés importantes de gestion des thèmes, inadéquations des tours de parole et petits rires fréquents (Milton, Prutting et Binder, 1984 ; Mentis et Prutting, 1987). Cependant l'inadéquation de la prosodie que relevaient Milton et al. (1984) chez cinq TCC, concernait principalement la place des accents toniques. Les troubles de la prosodie de notre patiente entraînent un handicap plus important dans la communication car ils modifient le sens du message (par exemple, ironie non décelable). Les sujets semblent néanmoins mieux traités lorsque la patiente converse avec sa mère, malgré des difficultés de gestion des thèmes.

La pathologie de la patiente est éclairée par cette analyse qui a l'avantage d'être rapide. Par contre, elle ne permet pas de se déterminer sur ce qui, dans le comportement de sa mère, permet à la patiente de se montrer plus adéquate avec elle (respect des temps de pause, détails non pertinents moins nombreux, intensité vocale mieux contrôlée).

SECONDE ANALYSE CONVERSATIONNELLE : LES CHANGEMENTS DE THEME

Le processus de changement de thème est le plus complexe et le plus important dans l'analyse conversationnelle, selon Patry et Nespoulous (1991). Il implique de la part des locuteurs de juger la cohérence et la pertinence du discours. En supposant qu'ils obéissent au principe de coopération de Grice (1975), ils doivent rendre ces changements les

plus clairs possibles. Une analyse précise des changements de thème de la patiente et de ses interlocutrices non cérébro-lésées permettrait l'observation d'éventuels ajustements dans leurs comportements conversationnels.

Une étude détaillée des changements de thèmes de l'interlocutrice de cinq patients souffrant de la maladie d'Alzheimer montre son rôle actif et organisateur : elle accepte et donne du sens à des changements non pertinents et hors contexte en poursuivant les thèmes et en les documentant. En cas d'échec de la poursuite d'un thème avec un patient, elle en initie d'autres, ceci plus souvent qu'elle ne le fait avec des sujets contrôles. L'adaptation de l'interlocutrice aux difficultés des patients permet ainsi la poursuite de l'échange conversationnel (Garcia, 1991).

Nous avons effectué une analyse similaire des changements de thèmes chez les trois locuteurs à partir de critères de changement de thèmes (CT) partiellement repris de l'étude de Garcia, en faisant l'hypothèse que cette analyse affinerait l'observation de la pathologie de la patiente mais aussi préciserait la nature des comportements non pathologiques éventuellement structurants des interlocutrices.

Matériel analysé

Nous avons repris les mêmes enregistrements que pour la première analyse.

Méthode

Nous travaillons avec les critères de l'analyse de Garcia, sauf pour la catégorie "raisons de CT" remplacée par celle de "contenu de CT"¹.

1. Nous n'avons pas pu analyser les "raisons du CT" compte tenu de l'excellente qualité linguistique des interventions de la patiente : en effet, une catégorie telle que "échec à poursuivre" ne serait apparue qu'une seule fois, un CT ne s'expliquait jamais par une "baisse de la compréhension", nous ne pouvions nous déterminer sur le fait qu'un thème changeait parce qu'il était "terminé". En revanche nous avons repris dans la catégorie "contenu" la notion de "répétition d'idée".

Chaque changement de thème (CT) est évalué selon trois variables, son "type", son "contenu" et son "contexte". Deux sous-catégories sont ajoutées : "introduction/extension" dans "type", et "connaissance partagée" dans "contexte" (voir Annexe 3 pour les critères et leurs définitions).

Les lieux des changements de thèmes sont déterminés comme dans l'étude de Garcia, en se référant à Planalp et Tracy (1980) pour qui ils sont aisément identifiables : ces auteurs constatent un haut niveau de concordance dans la segmentation par thèmes de 2 conversations, par 120 étudiants qui n'ont pas reçu de définition précise du thème.

Le second juge (N. de Spengler) est intervenu pour permettre de trancher lors d'ambiguïtés dans certains changements de thème.

Résultats

Nous avons réalisé deux types d'analyses qui se complètent : l'une est statistique, effectuée avec des tests de X^2 pour 2 ou plusieurs échantillons indépendants et porte sur des regroupements de catégories de CT. L'autre est visuelle et permet de prendre en compte chaque catégorie (séparément, observée ou non) dans chaque situation conversationnelle et chez chaque locuteur. L'analyse statistique, bien qu'informatrice, s'avère moins sensible que l'analyse visuelle du fait de la nécessité d'effectuer des regroupements de catégories. L'analyse visuelle prend son sens pour les catégories de comportements dont l'absence est intéressante.

Analyse statistique. Le profil des CT de la mère M est significativement différent lorsqu'elle converse avec sa fille ou avec P (pour Type et Contenu de CT ; voir Tableau 3).

Le profil des CT de la patiente AB se distingue globalement de celui de chacune de ses deux interlocutrices, que ses interventions soient comparées à celles de P (différence significative pour Contenu et Contexte des CT) ou à celles de sa mère M (différence significative pour Type, Contenu et Contexte des CT).

Tableau 3. Analyse statistique des CT des trois locutrices : comparaisons entre les différentes situations conversationnelles.

Conversation	Type de CT	Contenu de CT	Contexte de CT
AB (+p)*/AB (+m)	ns	ns	S. 05, $X^2 = 5.23$
P (+ab)/P (+m)	ns	ns	ns
M (+ab)/M (+p)	S. 01, X^2 , 2 dl. = 7.24	S. 05, X^2 , 1 dl. = 4.71	ns
P (+ab)/M (+ab)	ns	ns	ns
P (+m)/M (+p)	ns	ns	ns
AB/P (global)**	ns	S. 01, X^2 , 2dl. = 10.43	S. 01, X^2 , 1dl. = 8.52
AB/M (global)	S. 001, X^2 , 2dl. = 19.3	S. 001, X^2 , 2dl. = 23.92	S. 01, X^2 , 2dl. = 12.88
P/M (global)	ns	ns	ns

* AB (+p) = CT de la patiente AB dans sa conversation avec P.

** AB (global) = les CT de AB dans ses 2 conversations.

Table 3. Statistical analysis of the topic shifts for the three speakers: comparing the different conversational conditions.

Analyse visuelle. Afin de faciliter les comparaisons entre les locuteurs, les résultats sont exprimés d'abord en pourcentages (% d'apparition de la catégorie par rapport au total des CT du locuteur, par exemple pourcentage d'"introduction" sur le total des CT), puis en chiffre *brut* (par exemple, nombre de CT de type "introduction").

La lecture des résultats se fait sur les polygones de fréquence, et les tableaux des valeurs chiffrées (voir Annexe 3) : Figure 1 et Tableau 4 pour les Types de CT, Figure 2 et Tableau 5 pour les Contenus de CT, Figure 3 et Tableau 6 pour les Contextes de CT.

Les résultats sont interprétés par rapport au comportement de chaque locuteur dans ses deux situations conversationnelles.

Comportements particuliers à la patiente. Certains des CT opérés par la patiente AB ne s'observent ni chez M ni chez P dans leurs interventions avec elle (mis à part un CT "inattendu" de M). Ainsi, dans les catégories :

- *Type de CT* : on constate la présence de CT abrupts, tels les CT "insertions", et des CT "indéterminés", qui témoignent d'une rupture des associations naturelles auxquelles on pourrait s'attendre compte tenu du contexte conversationnel.

- *Contenu de CT* : certains traduisent des digressions comme les "annexes". On observe des "répétitions d'idées + persévérations" et une "poursuite égocentrique". On relève enfin des "informations + réponses" qui entrent dans le contexte de la conversation fonctionnelle avec la mère, et dans celui des demandes de renseignements de P. On n'observe jamais de répétition d'idée à but de "recentrage", contenu fréquent chez la mère qui lui permet de reprendre une idée abandonnée par l'interlocuteur et de lui donner un statut de thème.

- *Contexte des CT* : il fait parfois référence à l'"environnement", c'est-à-dire au studio où se déroule l'enregistrement ; il se réfère à des "connaissances générales" qui apparaissent comme des banalités ou des précisions de peu d'intérêt pour la poursuite conversationnelle. Parfois le contexte reste "indéterminé".

Cliniquement, on constate que certains CT sont amenés sans connecteurs pragmatiques, sans pause, voire sans respiration (pour rappel, les connecteurs pragmatiques sont des mots ou morphèmes tels "alors, ben, puis, bon, voilà, oui mais, non mais, etc." qui servent à organiser le discours comme un tout en signalant l'ouverture ou la clôture de plus petites unités ; Roulet et al., 1985).

Qualité conversationnelle de la patiente avec sa mère M. En général, la qualité conversationnelle de la patiente est différente et semble parfois meilleure avec sa mère.

- *Type de CT* : avec sa mère et au contraire d'avec l'auteur P, on n'observe jamais d'"insertion", mais en revanche de fréquents CT "inattendus". Les "introductions" sont moins fréquentes.

- *Contenu de CT* : présence d'"information + question" et de 3 "répétitions d'idée", mais aucune "répétition d'idée + persévération".

- *Contexte de CT* : aucune référence à des "connaissances spécifiques", mais plus de "connaissances partagées".

Comportements communs de la mère M et de l'auteur P avec la patiente. Certains des comportements de M et P sont comparables lorsqu'elles conversent avec la patiente.

- *Type de CT* : P et M interviennent dans la même proportion pour des "reprises".

- *Contenu de CT* : même proportion d'"informations" et d'"émotionnel".

- *Contextes des CT* : ils sont liés au "texte" de la conversation ou aux "connaissances partagées" avec AB. La mère et l'auteur circonscrivent leur sujet sans faire intervenir des informations annexes et ne font pas de commentaires spontanés sur la situation d'enregistrement. Elle ne font jamais référence à des connaissances spécifiques.

Qualité conversationnelle spécifique à la mère M avec la patiente. Le comportement conversationnel de la mère avec sa fille présente certaines particularités par rapport à celui que P adopte avec la patiente.

- *Type de CT* : les "reprises" sont plus fréquentes. Les "nuances", qui constituent une autre façon de revenir à un thème, ne s'observent que chez elle.

- *Contenu de CT* : la "répétition d'idées/recentrage" est un contenu très fréquent chez M mais n'intervient qu'une seule fois chez P, qui laisse la patiente digresser.

Par ailleurs, cliniquement, les CT de M sont toujours introduits par des connecteurs pragmatiques.

Conversation entre la mère M et l'auteur P. Qualitativement différente de celle qu'elles réalisent avec la patiente, son rythme est plus rapide : les CT sont plus fréquents, les contenus plus variés. On ne sent pas s'exercer le contrôle d'un locuteur sur l'autre.

- *Type de CT* : les "introductions/extensions" sont plus fréquentes que l'introduction simple de thèmes nouveaux. Il s'agit donc d'approfondir des thèmes traités. Les locutrices se contrôlent moins ensemble

qu'avec la patiente puisqu'elles effectuent des CT de type "inattendus" ou des "insertions", alors qu'avec la patiente elles n'ont jamais de CT de ce type, à une exception près pour M.

- *Contenus de CT* : ils sont fréquemment constitués par des "informations" et des "répétitions d'idées" qui leur permettent d'insister sur l'importance d'un fait et le documenter.

- *Contexte des CT* : il est identique à leurs interventions avec la patiente, lié au texte, parfois aux connaissances partagées.

Discussion de l'analyse des changements de thème

Cette analyse montre en quoi les CT de la patiente apparaissent inadéquats (CT de type "insertion", "inattendu" ou "indéterminé", contenu avec "information annexe", "répétition d'idée", "indéterminé", contexte avec "environnement" et connaissances générales), mais éclaire aussi les stratégies et les ajustements particuliers des deux interlocutrices car les critères de qualification des CT dépassent l'opposition normal/pathologique.

Comme les CT de la mère et de l'auteur sont comparables lorsqu'elles conversent ensemble, que la patiente apparaît plus adéquate lorsqu'elle converse avec sa mère, et que les CT de la mère sont significativement différents lorsqu'elle converse avec sa fille ou avec l'auteur, on peut déduire que les stratégies conversationnelles particulières que la mère M adopte avec sa fille influencent cette dernière et lui permettent de se montrer plus efficace et plus adéquate. Considérons par exemple, dans les type de CT de la patiente (avec M), l'association entre l'absence d'"insertions" et la présence de CT "inattendus" (pour rappel, ce dernier type de CT se distingue du précédant par l'acceptation de l'interlocuteur de traiter le nouveau thème proposé). Cette co-occurrence peut s'interpréter comme une stratégie de la mère consistant à répondre, même brièvement, à un CT brusque jugé non pertinent (par exemple, une "information/annexe"), afin de garder l'attention de sa fille, quitte à reprendre rapidement ensuite le thème abandonné comme en témoignent d'ailleurs chez la mère qui converse avec sa fille les CT de type "nuances" et "reprises", et les Contenus "répétition d'idée" et "répétition d'idée/recentrage" (pour illustration, voir Annexe 2b).

La mère maintient donc le but de l'échange, en reprenant les thèmes qu'elle considère comme centraux. L'utilisation systématique de connecteurs pragmatiques lors des CT lui permet de les annoncer et de les souligner en augmentant ainsi leur intelligibilité dans la poursuite conversationnelle. Ces stratégies permettent donc une meilleure poursuite conjointe des thèmes entre la patiente et sa mère ; elles ne sont pas présentes chez P dans son entretien avec AB.

Certaines des stratégies de la mère évoquent celles que Coelho et al. décrivent, par exemple la nécessité de la part de l'interlocuteur non cérébro-lésé d'assurer le maintien du sujet et de poser de nombreuses questions aux patients TCC (Coelho et al., 1991b). On ne retrouve pas par contre le type d'adaptation que Garcia observait chez l'interlocutrice non cérébro-lésée des cinq patients Alzheimer, comme la nécessité de CT fréquents dus à l'incapacité des patients à poursuivre sur un thème donné. Cette interlocutrice cherchait à maintenir la conversation en comblant des insuffisances conversationnelles, dues à des troubles attentionnels, mnésiques et du langage, qui entraînaient une perte du fil du discours. Avec notre patiente, les stratégies de l'interlocutrice qui désire, comme sa mère, traiter un sujet de conversation en détail consistent à gérer et canaliser son discours. Sans ces interventions, le discours de la patiente se poursuit facilement mais de façon digressive, sans que les besoins de l'interlocutrice soient suffisamment pris en compte.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ni les tests dits sensibles aux atteintes frontales, ni le QI ne nous permettaient d'évaluer ce qui constitue encore, chez la patiente, une pathologie subtile bien qu'envahissante du comportement. Les analyses effectuées offrent des réponses précises sur les troubles conversationnels qui participent directement à la pathologie comportementale observable en consultation.

L'analyse conduite avec le Protocole Pragmatique autorise l'évaluation d'une large gamme de comportements pathologiques et reste intéressante pour une évaluation rapide de base. Celle des changements

de thèmes permet d'apprécier la qualité des ajustements de locuteurs présentant ou non une pathologie du discours conversationnel. Pour cette raison, elle s'avère plus puissante, mais aussi plus complexe, donc d'utilisation moins aisée.

Les particularités des conversations concernent tant la pathologie de la patiente que les ajustements qu'elle effectue et ceux dont ses interlocutrices la font bénéficier.

Les séquelles des contusions traumatiques sont bi-frontales. Or le lobe frontal sous-tend des fonctions cognitives de haut niveau, dites exécutives, telles la planification et la régulation de l'action, la génération de réponses adaptées à des situations nouvelles et la suppression de réponses automatiques ou habituelles inadéquates. Ces fonctions sont requises dans une conversation, pour organiser les contenus et les thèmes les uns par rapport aux autres, et pour ajuster ces derniers aux contenus et aux thèmes de l'interlocuteur sans se contenter de les répéter, mais en apportant des éléments nouveaux. En d'autres termes, les interlocuteurs doivent collaborer pour "assurer conjointement la gestion de l'interaction grâce à des mécanismes d'ajustement mutuels" (Cosnier et al., 1988).

Si la patiente, malgré ses lésions frontales et ses difficultés de gestion du discours conversationnel, apparaît meilleure interlocutrice avec sa mère, c'est parce que cette dernière met en place des stratégies et des ajustements qui vont pallier les insuffisances de sa fille. Ces stratégies sont d'ailleurs liées au type de conversation qui s'installe et au but poursuivi par les deux interlocutrices de la patiente dans le cadre de la conversation dite "libre". En effet, cette liberté s'inscrit dans deux contextes très différents : P par habitude professionnelle fait produire du langage à la patiente et se contente d'une conversation sans contrainte de contenu, de type bavardage, comme en témoigne l'exemple de l'Annexe 2b où l'intervention de P a valeur d'incitation pour la patiente à poursuivre ses digressions. En revanche, la mère induit un échange fonctionnel afin de préciser et éventuellement résoudre plusieurs questions pratiques. Ces questions sont aigües en cette période de l'année. Elles constituent un problème dont la résolution est indispensable au bon déroulement de la période des vacances tant pour la patiente que sa famille. Il s'agit d'organiser le déménagement de chez les parents, des camps de vacances, et la patiente rêve d'un voyage en

solitaire, ce qui n'est pas du goût de sa mère. Cette situation explique en partie l'organisation dont la mère fait preuve dans ses interventions.

Mais les buts – forts différents – de ces deux situations conversationnelles nous permettent néanmoins de réfléchir sur les stratégies adoptées par la mère dans cet échange fonctionnel tout en nous éclairant sur le handicap de la patiente. En effet, l'organisation de la mère révèle, par sa présence constante, les difficultés de la patiente. En assurant une grande partie de la gestion conversationnelle et de la planification des thèmes, la mère permet à sa fille de se montrer plus adéquate car le rôle qui incombe à cette dernière est désormais moins complexe, du registre de ses compétences. Le contrôle de la patiente sur ses stratégies linguistiques, cognitives et sociales est de meilleure qualité. Comme avec les patients Alzheimer (Garcia, 1991), l'interlocutrice s'adapte aux difficultés de gestion des thèmes de la patiente. Comme lors des conversations avec des patients schizophrènes, les troubles "s'observent dans l'effort de l'interlocuteur pour stabiliser l'action qu'ils lui ont paru accomplir", le terme action représentant les actes de langage (Trognon, 1992).

Certaines des caractéristiques de la conversation de la patiente qui constituent un réel handicap conversationnel (logorrhée, absence de pauses, digressions, détails superflus, etc.) s'avèrent donc partiellement stabilisables par l'interlocutrice. Que cette dernière soit inattentive ou qu'elle n'engage pas activement de stratégies de compensation, et les inadéquations conversationnelles augmentent (avec P qui permet à la patiente de digresser). Que l'interlocutrice ajuste son comportement en anticipant les difficultés potentielles, en gérant les thèmes entre autres, et ce contrôle subtil permet la diminution des inadéquations (lorsque la mère passe en revue une série de loisirs possibles). Les digressions et les détails non pertinents typiques des TCC et des patients avec lésions frontales sont alors moins fréquents. L'efficacité s'avère supérieure dans cette situation, le handicap moindre. Néanmoins, ni le contenu ni l'intérêt conversationnel se s'améliorent dans le fond, et la patiente s'ajuste peu si l'on considère le traitement statistique des CT (voir Tableau 3).

Le modèle conceptuel de la CIDIH prend ici tout son sens (CIDIH, 1991). Le déficit sous-jacent d'origine lésionnel est constant et les capacités nécessaires à une gestion optimale de la conversation insuffi-

santes (en particulier celle des CT). Par contre, les facteurs environnementaux – représentés ici par la gestion conversationnelle spécifique à chaque interlocutrice – sont différents. Le handicap se révèle avec plus ou moins de force selon que "l'environnement" comporte ou non une organisation, c'est-à-dire nécessite plus ou moins de ressources cognitives. Ici le faible cadrage offert par P, qui laisse digresser la patiente sans gérer les contenus, entraîne chez elle le plus fort taux de comportements pathologiques. On peut supposer que si la mère de la patiente avait eu une conversation de type bavardage avec sa fille, le même taux de digressions aurait pu s'y manifester, ou alors que si la mère ne laisse jamais sa fille digresser, elle n'a jamais avec elle de conversation de type bavardage.

MacDonald (1993) constate les difficultés des patients à répondre aux besoins conversationnels de l'interlocuteur. Notre travail montre la nécessité d'évaluer aussi les aptitudes conversationnelles des soignants ou des proches, et leurs capacités à répondre aux besoins des patients, c'est-à-dire à s'ajuster aux difficultés conversationnelles de ces derniers en tentant éventuellement de les court-circuiter, afin de leur permettre d'utiliser au mieux leur potentiel résiduel de communication ; ce type d'ajustement étant adapté au type de la conversation (bavardage ou échange fonctionnel par exemple).

Il est vraisemblable que le comportement observé chez la patiente dans sa conversation avec sa mère soit le résultat d'un long apprentissage de type procédural, lié au contexte des échanges mère/fille, résultant des adaptations mutuelles des deux locutrices, et permettant par exemple le respect des temps de pause et le meilleur contrôle des digressions. L'adaptation et l'organisation de la mère sont probablement indissociables des processus éducatifs mis en oeuvre pour vivre avec le handicap de sa fille. Néanmoins, malgré l'adaptation optimale de la mère à la conversation de sa fille, ou plutôt à cause de cela, la cohérence et l'efficacité des échanges se font au détriment de la liberté de l'interaction des deux interlocuteurs. La mère de la patiente ne nous a-t-elle pas livré avec regret combien une conversation avec sa fille pouvait être lourde à gérer ? Et la patiente a répété que l'entretien avec sa mère avait été plus difficile "parce qu'on n'a rien à dire à sa mère qu'on voit tous les jours". Si sa justification peut être contestée, la formulation de la patiente traduit une contrainte.

Ces analyses nous paraissent constituer une approche intéressante pour mieux rendre compte des troubles comportementaux tels qu'ils apparaissent dans l'échange conversationnel, observer et comprendre l'émergence du caractère à la fois rébarbatif et curieux des interventions de la patiente, mais aussi mieux faire face au sentiment de contrainte qui émane des échanges avec elle, et à la nécessité de produire un effort volontaire d'organisation pour mener une conversation à but fonctionnel.

Les stratégies compensatoires palliatives spontanément partagées entre la mère et la fille mériteraient, malgré leur caractère contraignant, d'être généralisées et développées dans un but thérapeutique, car elles peuvent faciliter certains échanges. Il devrait être possible d'améliorer la compétence conversationnelle des patients par une approche centrée sur la communication lors de l'hospitalisation. La réhabilitation pourrait être initiée à partir d'ajustements spontanés évalués comme favorables des soignants et/ou des proches du patient, en tentant de les optimiser. Ce travail pourrait ensuite se poursuivre lors du retour à domicile afin de faciliter les échanges avec l'entourage. Bien entendu, ce type de prise en charge, basé sur les ajustements réciproques devrait s'adresser aussi bien au malade qu'à ses proches. Dans un second temps on pourrait évaluer avec le patient le type d'ajustement qui lui est le plus favorable.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Professeur G. Assal et J. Buttet-Sovilla avec lesquels l'étude a été initiée, le Professeur Y. Joannette pour nous avoir suggéré les critères de Garcia, C. Bindschaedler, A. Perret et C. Brassac pour leurs conseils critiques, et N. de Spengler pour son aide dans l'analyse des corpus.

ABSTRACT

Behavioral disorders due to frontal lesions or head trauma sometimes imply pervasive social maladaptation despite good performance on cognitive tests. Conversational analysis may help to observe some of the subtle behavior disorders of such patients. We analyse the conversation of a 25 years old patient who suffered at 12 a severe head trauma with bifrontal lesions, and whose neuropsychological examinations have been mostly normal since a year after the trauma. Three 15 minutes conversations (between the patient and the author, the patient and her mother, and between the author and the mother as a control) are analysed with the Pragmatic Protocol of Prutting and Kirchner (1987), and with topic change criteria mostly inspired by the study of Garcia (1991). The results show that the quality of the conversation of the patient is significantly different from the two normal speakers. It is also different according to the speaker she talks to, and to the adaptation of the speakers to her. The patient is more adequate with her mother who acts as a leader carefully organizing the contents to be discussed, and stopping the digressions. The patient is less adequate with the author who allows her to be tangential since mostly providing feedback for confirmation. The behavior of the mother and the one of the author are significantly different when conversing with the patient, but their conversational behavior is similar when discussing together. The peculiarity of the conversational behavior of the patient is bound to the bifrontal pathology but the amount of the inadequacies are bound to the ability of the partners to meet the conversational needs of the patient.

RÉFÉRENCES

- CIDIH 4 (1991). Le processus de production des handicaps. Société canadienne de la CIDIH CP 225, Lac ST-Charles Québec. *Réseau international CIDIH*, 4, 1-59.
- Coelho, C., Liles, B., & Duffy, R. (1991a). The use of discourse analysis for the evaluation of higher level traumatically brain injured adults. *Brain Injury*, 5, 381-392.

- Coelho, C., Liles, B., & Duffy, R. (1991b). Analysis of conversational discourse in head-injured adults. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 92-99.
- Cosnier, J., Gelas, N., & Kebrat-Orecchioni, C. (1988). *Echanges sur la conversation*. Paris: CNRS.
- Eslinger, P.J., & Damasio, A.R. (1985). Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*, 35, 1731-1741.
- Garcia, L.J. (1991). Conversational topic shifting styles in dementia of Alzheimer type: a multiple case study. Thèse de Doctorat, Université de Montréal.
- Grice, H.P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J.L. Morgan (Eds.), *Syntax and semantics*. Vol. 3: *Speech acts*. New York: Academic Press.
- Kaczmarek, B. (1984). Neurolinguistic analysis of verbal utterances in patients with focal lesions of frontal lobes. *Brain and Language*, 21, 52-58.
- Lacroix, J., Joannette, Y., & Bois, M. (1994). Un nouveau regard sur la notion de validité écologique: apport du cadre conceptuel de la CIDIH. *Revue de Neuropsychologie*, 4, 115-141.
- Levin, H.S. (1992). Neurobehavioral sequelae of closed head injury. In P.R. Cooper (Ed.), *Head injury* (3e ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- MacDonald, S. (1992). Communication disorders following closed head injury: new approaches to assessment and rehabilitation. *Brain Injury*, 6, 283-292.
- MacDonald, S. (1993). Pragmatic language skills after closed head injury: ability to meet the informational needs of the listener. *Brain and Language*, 44, 28-46.
- Mentis, M., & Prutting, C. (1987). Cohesion in the discourse of normal and head injured adults. *Journal of Speech and Hearing Research*, 30, 88-98.
- Mentis, M., & Prutting, C. (1991). Analysis of topic as illustrated in a head injured adult and a normal adult. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 583-595.
- Milton, S., Prutting, C., & Binder, G. (1984). Appraisal of communicative competence in head-injured adults. In R.H. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 114-123). Minneapolis: BRK Publishers.
- Novoa, O., & Ardila, A. (1987). Linguistic abilities in patients with prefrontal damage. *Brain and Language*, 30, 206-225.
- Patry, R., & Nespoulous, J.-L. (1990). Discourse analysis in linguistics: Historical and theoretical background. In Y. Joannette & H.H. Brownell

- (Eds.), *Discourse ability and brain damage: theoretical and empirical perspectives*. New York: Springer Verlag.
- Penn, C., & Cleary, J. (1988). Compensatory strategies in the language of head injured-patients. *Brain Injury*, 2, 3-17.
- Peter, C., & Assal, G. (1992). Rôle de l'interlocuteur sur le comportement conversationnel d'une traumatisée crânienne. Poster présenté aux Journées Franco-italiennes de neuropsychologie, Montecatini, nov. 1992.
- Peter, C., Buttet Sovilla, J., & Assal, G. (1991). A pragmatic analysis of communication disorders. Poster présenté au "Second AFASIC Symposium", Harrogate, mai 1991.
- Planalp, S., & Tracy, K. (1980). Not to change the topic but...: a cognitive approach to the management of conversation. In D. Nimmo (Ed.), *Communication Yearbook 4*. New Brunswick, U.S.A.: Transaction Books.
- Prutting, C.A., & Kirchner, D.M. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-119.
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubattel, C., & Schelling, M. (1985). *L'articulation du discours en Français contemporain*. Berne: Peter Lang.
- Trognon, A. (1992). L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychologie Française*, 37, 191-202.

Article reçu le 16/5/94

Accepté le 6/2/95

ANNEXE 1. Les 30 paramètres du Protocole Pragmatique de Prutting et Kirchner (1987 ; notre traduction).

- **Aspects verbaux** : analyse des actes de langage ; variété des actes ; thèmes : sélection, introduction, maintien, changement ; tours de parole : initiation, réponse, réparation/révision, temps de pause, interruption/superposition, feedback à l'interlocuteur, adjacence, contingence, quantité/concision ; spécificité/précision du lexique ; cohésion, variations stylistiques.

- **Aspects paralinguistiques** : intelligibilité ; intensité vocale ; qualité vocale ; prosodie ; fluence.

- **Aspects non verbaux** : proximité physique ; contacts physiques ; posture ; mouvements des bras, mains, jambes et pieds ; gestuelle ; expression faciale ; contact visuel.

ANNEXE 2. Exemples.

a) *Absence de pauses chez la patiente et digressions, non interrompues par l'interlocutrice P (extrait) :*

- P vous n'avez pas la télé chez vous ?
 AB mais non
 P ça c'est extraordinaire
 AB mais oui non mais on fait partie e des gens rares hé (rires*) *des gens rarissimes* dirais-je (hehem) parce que parce qu'il y a de moins en moins de personnes qui n'ont pas une voire 2 télés/
 P /tout à fait oui/
 AB /avec ou sans vidéo en général une avec l'autre sans (hehem)

b) *CT "inattendu" chez la patiente, après lequel la mère effectue une "reprise" et une "répétition d'idée/recentrage" (les CT sont en gras)*

Contexte : la patiente a reçu des conseils de sa mère au sujet de son déménagement.

- M23 oui c'est comme ça qu'on peut faire tu vois/mais ça heu 2 SEC
 c'est plutôt un plaisir que un souci il me semble ça doit pas te donner des soucis ou bien ça ça te donne des soucis ?
 A24 5 SEC pas vraiment
 M24 je crois pas ou bien ?
 A25 non

* Les pauses de moins de 1 seconde sont marquées par /. Pour les pauses plus longues, voir le nombre de secondes (ex. : 2 SEC). Les énoncés interrompus sont marqués par /; l'intervention de l'interlocuteur est précédée de /. Les énoncés ou rires entre parenthèses sont produits en simultané par l'interlocutrice. En italiques : énoncés produits en riant.

- M25 c'est pas quelque chose de/
 A26 /t'as vu on dirait que c'est c'est des murs en toile
 M26 hmhm 1 SEC c'est possible oui c'est à cause de la raisonnance ou
 des/je pense de l'acoustique tout ça
 A27 tu crois que ça tient ?
 M27 oui oui ça tient t'en fais t'inquiète pas (rire expiré)
 A28 (rire expiré quasi simultané avec M)
 M28 t'as pas de souci à te faire (rire expiré)
 A29 3 SEC parce que si tout ça nous dégringole sur la gueule crâne
 ma pauvre maman 1 SEC l'appartement c'est cuit (hmhm) puis
 nous aussi /toutes cuites
c'est bientôt fini ah c'est long (chuchoté)
 M29 pourquoi (rire expiré) (ah)
 mais il y a d'autres choses à discuter tu te rappelles hein/

ANNEXE 3. Critères retenus pour les changements de thèmes, d'après García, 1991*

TYPE de CT

Introduction : thème nouveau.

Introduction/extension : complète le thème précédent par un élément nouveau.

Nuance : introduction d'un CT en établissant d'emblée sa pertinence ou sa relation au thème précédent.

Reprise : retour à un thème précédent après qu'il ait été abandonné.

Insertion : CT abrupt et qui reste sans suite.

Inattendu : CT abrupt qui aboutit et sera traité.

Indéterminé : non qualifiable par les critères ci-dessus.

CONTENU de CT

Information : transmise à l'interlocuteur (+ *demande* : contenant une question ; + *réponse* : apportant une réponse ; + *annexe* : complément d'information).

Répétition d'idée : reprise d'une idée déjà traitée mais qui accède au statut de thème.

+ *recentrage* : reprise d'une idée abandonnée par l'interlocuteur (et que le locuteur considère comme centrale ;

* Notre traduction (en italiques, nos propres critères).

+ *persévération* : redite sans contenu nouveau ;
 + *poursuite égocentrique* : sans se préoccuper de l'interlocuteur, sans but évident d'échange).

Emotionnel : à valeur d'exclamation, porteur d'une forte charge émotionnelle.

Indéterminé : non qualifiable par les critères ci-dessus.

CONTEXTE de CT

Texte : se réfère à un sujet déjà traité dans la conversation.

Environnement : se réfère à un objet ou événement de l'environnement physique immédiat.

Connaissance spécifique : se réfère à des connaissances du locuteur (expérience personnelle).

Connaissance générales : se réfère à des connaissances supposées partagées par tous (exemple : fait politique).

Connaissance partagée : se réfère à des connaissances partagées par les interlocuteurs présents.

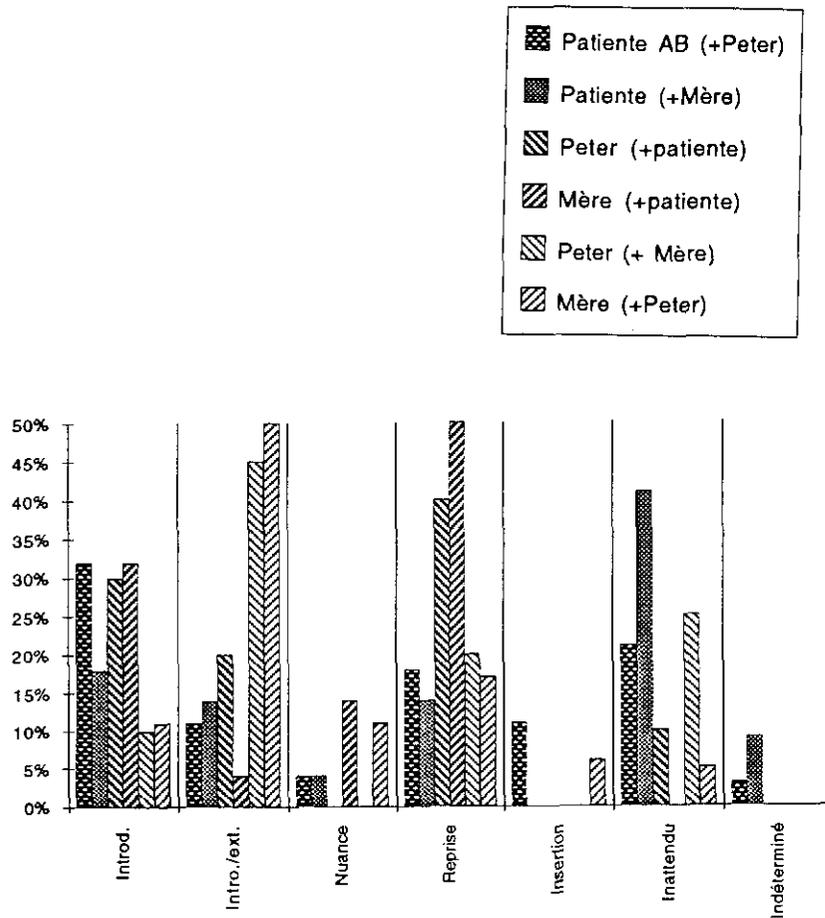
Inconnu : non interprétable par les critères ci-dessus.

Tableau 4. Type des CT : données chiffrées
(chiffres bruts entre parenthèses).

Locuteur (+ interlocuteur)	In-trod.	Intr./ext.	Nu-ance	Re-prise	In-sert.	Inat-tendu	Indé-term.	Nb. CT
Patiente AB (+ Peter)	32% (9)	11% (3)	4% (1)	18% (5)	11% (3)	21% (6)	3% (1)	28
Patiente (+ mère)	18% (4)	14% (3)	4% (1)	14% (3)	0% (0)	41% (9)	9% (2)	22
Peter (+ patiente)	30% (3)	20% (2)	0% (0)	40% (4)	0% (0)	10% (1)	0% (0)	10
Mère (+ patiente)	32% (7)	4% (1)	14% (3)	50% (11)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22
Peter (+ mère)	10% (2)	45% (9)	0% (0)	20% (4)	0% (0)	25% (5)	0% (0)	20
Mère (+ Peter)	11% (4)	50% (18)	11% (4)	17% (6)	6% (2)	5% (2)	0% (0)	36

Table 4. Type of topic shifts: figures (in brackets: raw data).

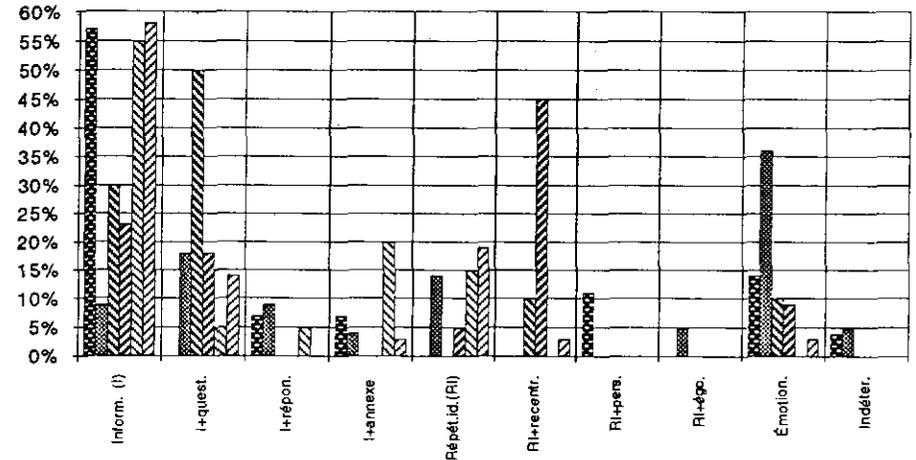
Figure 1. Type des changements de thème de chaque locuteur dans les 3 conversations.



Pourcentage d'apparition de chaque rubrique sur le total des CT

Figure 1. Type of topic shifts for each speaker in the 3 conversations.

Figure 2. Contenu des changements de thème de chaque locuteur dans les 3 conversations (légendes : voir Figure 1).



Pourcentage d'apparition de chaque rubrique sur le total des CT de chaque locuteur

Figure 2. Content of topic shifts for each speaker in the 3 conversations.

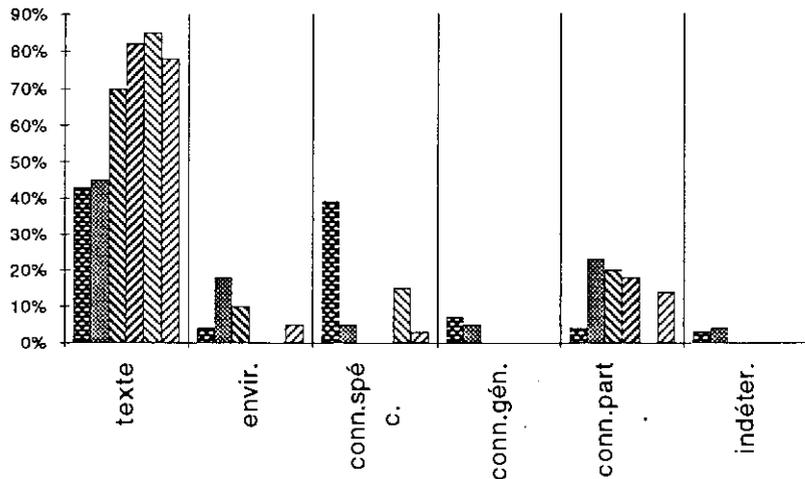
Tableau 5. Contenu des CT : données chiffrées (chiffres bruts entre parenthèses).

	Informa- tion (I)	I + ques- tion.	I + ré- ponse	I + an- nexe	Répét. id. (RI)
Patiente (+ Peter)	57% (16)	0% (0)	7% (2)	7% (2)	0% (0)
Patiente (+ mère)	9% (2)	18% (4)	9% (2)	4% (1)	14% (3)
Peter (+ patiente)	30% (3)	50% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Mère (+ patiente)	23% (5)	18% (4)	0% (0)	0% (0)	5% (1)
Peter (+ mère)	55% (11)	5% (1)	5% (1)	20% (4)	15% (3)
Mère (+ Peter)	58% (21)	14% (5)	0% (0)	3% (1)	19% (7)

Locuteur (+ interloc.)	RI+re-centr.	RI+per-sév.	RI+égoc.	Emotion.	Indéter.	Nb. CT
Patiente (+ Peter)	0% (0)	11% (3)	0% (0)	14% (4)	4% (1)	28
Patiente (+ mère)	0% (0)	0% (0)	5% (1)	36% (8)	5% (1)	22
Peter (+ patiente)	10% (1)	0% (0)	0% (0)	10% (1)	0% (0)	10
Mère (+ patiente)	45% (10)	0% (0)	0% (0)	9% (2)	0% (0)	22
Peter (+ mère)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20
Mère (+ Peter)	3% (1)	0% (0)	0% (0)	3% (1)	0% (0)	36

Table 5. Content of topic shifts: figures (in brackets: raw data).

Figure 3. Contexte des changements de thème de chaque locuteur dans les 3 conversations (légendes : voir Figure 1).



Pourcentage d'apparition de chaque rubrique sur le total des CT

Figure 3. Context of topic shifts for each speaker in the 3 conversations.

Tableau 6. Contexte des CT : données chiffrées (chiffres bruts entre parenthèses).

Locuteur (+ interloc.)	Texte	Envir.	Conn. spéc.	Conn. gén.	Conn. part.	In-connu	Nb. CT
Patiente (+ Peter)	43% (12)	4% (1)	39% (11)	7% (2)	4% (1)	3% (1)	28
Patiente (+ mère)	45% (10)	18% (4)	5% (1)	5% (1)	23% (5)	4% (1)	22
Peter (+ patiente)	70% (7)	10% (1)	0% (0)	0% (0)	20% (2)	0% (0)	10
Mère (+ patiente)	82% (18)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	18% (4)	0% (0)	22
Peter (+ mère)	85% (17)	0% (0)	15% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20
Mère (+ Peter)	78% (28)	5% (2)	3% (1)	0% (0)	14% (5)	0% (0)	36

Table 6. Context of topic shifts: figures (in brackets: raw data).