



HAL
open science

Enrichissement de la communication non-verbale chez des adolescents dysphasiques : intérêts d'un atelier d'expression théâtrale

Émilie Cervello

► **To cite this version:**

Émilie Cervello. Enrichissement de la communication non-verbale chez des adolescents dysphasiques : intérêts d'un atelier d'expression théâtrale. Sciences cognitives. 2014. dumas-01044837

HAL Id: dumas-01044837

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01044837>

Submitted on 24 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Emilie Cervello
Née le 10/03/1991

Enrichissement de la communication non-verbale chez des adolescents dysphasiques : intérêts d'un atelier d'expression théâtrale

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Sous la direction de : Elisabeth Longère

Année universitaire 2013-2014

Université de Bordeaux – Département d'orthophonie

Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Enrichissement de la communication non-verbale
chez des adolescents dysphariques : intérêts d'un
atelier d'expression théâtrale.

DATE DE PASSATION : 22 Juillet 2014

NOM DE L'ETUDIANT : Emilie CERVELLO

MEMBRES DU JURY : - Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP

- Directeur de Mémoire : Elisabeth LONGERE-TROLLET

- Membres du Jury : - Jacqueline VAN RAËT

- Caroline BOURDY

APPRECIATION : Très Honorable – Honorable – Satisfaisant – Passable

COMMENTAIRES : Mémoire courageux qui se confronte à la prise en charge d'adolescents dysphariques. La partie théorique est riche et bien exposée. Le travail avec le groupe a nécessité un très important investissement personnel dans la préparation des séances, l'ajustement aux patients, et l'analyse des vécus de chaque séance pour élaborer l'étape suivante. L'analyse des résultats témoigne d'une grande rigueur méthodologique et de très bonnes qualités d'analyse clinique.

Ce mémoire ouvre des perspectives pour la pratique clinique, notamment en libéral, pour la prise en charge des troubles sévères du langage. - Felicitations du jury.

Signature de la Directrice Adjointe

Signatures des membres du jury

A. Lamotte-Corneiloup

Elisabeth Longere-Trollet

Caroline Bourdy

« L'être humain est un animal sémiologique, mimeur par nature, dont le Langage est geste avant d'être parole » (Pierre Ferrand 1965

REMERCIEMENTS

Merci à Elisabeth Longère-Trollet, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité ; pour avoir permis que ce travail soit possible en mettant à disposition son cabinet régulièrement, en me présentant ses patients et en participant aux séances.

Merci à Marion Amirault pour ses corrections et pour son aide dans les conclusions statistiques.

Merci à Anne Lamothe-Corneloup et à l'équipe enseignante pour la formation que nous avons reçue, pour le partage de leur expérience et leur disponibilité.

Merci à Caroline Bourdy et Jacqueline VanRaet pour avoir accepté de juger mon travail.

Merci aux cinq jeunes ayant participé à cette étude pour leur investissement, leurs témoignages et leur attitude positive.

Merci aux maîtres de stage pour m'avoir accueillie, pour le partage de leur pratique, leurs connaissances et leur expérience.

Merci à Maxence Geley et aux membres de la compagnie Leit'motiv pour m'avoir initié aux joies du théâtre.

Merci à Anaïs Coulonnier pour la cotation des vidéos, pour les relectures, pour tes conseils avisés, pour ton soutien et ta générosité tout au long de notre cohabitation.

Merci à Emma, Florie, Victoire et Marina pour avoir rendu possible l'évaluation finale.

Merci à mes orthos préférées pour leur amitié, leur soutien, leur bonne humeur tout au long de ces quatre années.

Merci aux mauriciens-bordelais, Eva, Johann, Olivia, Eloïse, Anaïs, Manu's, Anna, Simon, Vanessa.

Merci à mes parents pour m'avoir permis d'arriver jusqu'ici, pour leur soutien, leurs encouragements, leur écoute.

Merci à Rémy pour ton soutien immense et pour ton amour qui m'aident à avancer.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
TABLE DES ANNEXES	8
INTRODUCTION	9
Chapitre 1 : LA COMMUNICATION NON-VERBALE	10
1. Communication et multicanalité	10
1.1. Définition.....	10
1.2. Les éléments de la multicanalité.....	10
2. Evaluation de la gestualité	12
3. Sémiotique des gestes	13
3.1. Classification descriptive.....	13
3.2. Multifonctionnalité du geste discursif.....	14
3.3. La synchronie interactionnelle.....	16
3.4. Le contexte.....	17
4. Les émotions au cours de l'échange	17
4.1. La fonction communicative des émotions.....	17
4.2. Aspects culturels.....	18
4.3. Aspects développementaux.....	18
4.4. Des processus complexes.....	18
4.5. La notion de repérage social.....	19
4.6. Comment se transmettent nos émotions au cours de l'échange ?.....	19
5. Gestes et langage	20
5.1. Effet facilitateur des gestes.....	20
5.2. Bases neurophysiologiques communes.....	21
5.3. Aspects développementaux.....	23
Chapitre 2 : LES DYSPHASIES	29
1. Définitions et terminologie	29
2. Critères diagnostic	30
2.1. Diagnostic par exclusion.....	30
2.2. Diagnostic positif.....	30
2.3. Diagnostic différentiel.....	31
3. Classifications	32
3.1. Classifications internationales.....	32

3.2.	Classification des syndromes dysphasiques	32
4.	Troubles associés	35
5.	Hypothèses étiologiques	38
5.1.	Hypothèses anatomiques, structurelles et fonctionnelles	38
5.2.	Les études électrophysiologiques	38
5.3.	Hypothèses génétiques	39
5.4.	Hypothèse environnementale	39
6.	Prise en charge orthophonique des dysphasies	39
6.1.	Objectifs et organisation de la prise en charge	40
6.2.	Approche formelle ou fonctionnelle ?	40
6.3.	Utilisation de la multicanalité	41
7.	Difficultés à l'adolescence	42
7.1.	Une période complexe	42
7.2.	Le langage particulier de l'adolescent	44
7.3.	Difficultés de communication chez l'adolescent dysphasique	45
7.4.	Difficultés relationnelles	46
7.5.	Milieu scolaire	48
7.6.	Troubles associés	49
7.7.	Adaptations de l'évaluation orthophonique	50
8.	Gestualité et dysphasie	51
8.1.	Difficultés motrices	51
8.2.	Les gestes pour pallier les difficultés de langage ?	52
8.3.	Hypothèses explicatives	53
8.4.	Et la gestualité des adolescents dysphasiques ?	54
8.5.	Rôle des orthophonistes	54
Chapitre 3 :	LE THEATRE EN THERAPIE	57
1.	Les groupes thérapeutiques	57
1.1.	Généralités	57
1.2.	Les groupes d'adolescents	58
2.	Le théâtre en thérapie	59
2.1.	Qu'est-ce que le théâtre ?	59
2.2.	Les effets thérapeutiques du théâtre	59
9.	Théâtre et orthophonie	61
PROBLEMATIQUE	63

OBJECTIFS ET HYPOTHESES	63
MATERIEL ET METHODES.....	64
1. Population	64
2. Protocole.....	65
2.1. Description des ateliers	65
2.1.1. Schéma des séances.....	66
2.1.2. Les thèmes abordés.....	67
2.2. Evaluation de la gestualité	67
2.3. Evaluation du sentiment de confiance en situation de communication	68
2.4. Méthode d'analyse des résultats.....	70
RESULTATS ET ANALYSE.....	71
1. Analyse quantitative.....	71
2. Analyse qualitative	72
3. Analyse clinique des séances.....	74
DISCUSSION.....	83
1. Rappel des principaux résultats.....	83
2. Interprétation des résultats	83
2.1. Evolution au fil des séances	83
2.1.1. Le groupe thérapeutique.....	83
2.1.2. Habiletés de communication	84
2.1.3. Expression corporelle et communication non-verbale	85
2.1.4. Généralisation.....	88
2.2. Attitude thérapeutique.....	89
2.2.1. Les garants du cadre	89
2.2.2. Informer, expliquer et s'adapter	90
2.2.3. Evaluer et s'auto-évaluer	91
2.2.4. Mise en place d'aides	91
2.2.5. Généralisation.....	91
3. Biais et limites	91
3.1. Aspects pratiques.....	91
3.2. Adaptations du programme.....	92
3.3. Hypospontanéité, difficultés de compréhension et pragmatiques	93
3.4. Evaluation de la gestualité	94
4. Perspectives.....	95

4.1. Communication non-verbale et affirmation de soi	95
4.2. Communication non-verbale et fonctions exécutives	95
4.3. Moment d'intervention	96
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	110

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des schémas

Schéma 1 : l'énoncé multicanal (F. Coquet, 2011).....11

Table des graphiques

Graphique 1 : comparaison du nombre total moyen de gestes réalisés par minute entre T0 et T1.....71

Graphique 2 : comparaison du nombre moyen de chaque type de gestes réalisés par minute entre T0 et T1.....72

Table des tableaux

Tableau 1 : nombre d'adolescents (sur 5) obtenant une note faible au questionnaire et ses trois sous-rubriques72

Tableau 2 : auto-évaluation de la communication non-verbale.....73

TABLE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Hypothèses sur les âges d'apparition des différentes émotions dans le modèle des processus composants de Scherer (1992)	110
<u>Annexe 2</u> : Correspondance entre les formes et les fonctions des gestes conventionnels chez l'enfant de moins de 3ans (Guidetti 2003).....	111
<u>Annexe 3</u> : Questionnaire T0.....	112
<u>Annexe 4</u> : Questionnaire T1.....	113
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire séance 6.....	114
<u>Annexe 6</u> : Sketchs des séances 9 et 10.....	115

INTRODUCTION

Nos interactions sont marquées par la multicanalité. L'intérêt récent pour le canal non-verbal a permis la publication de théories sur le développement et la description des gestes communicatifs qui mettent en évidence le lien unissant gestes et langage. En effet, les gestes ont un impact dans le développement langagier et faciliteraient la production langagière. C'est pourquoi les études se penchent de plus en plus sur la communication non-verbale dans les troubles du langage. Cette question fait encore débat. Certains auteurs ont toutefois noté que les adolescents dysphasiques font moins de gestes que leurs pairs.

Partant de ce postulat, nous avons tenté d'étudier la communication non-verbale chez des sujets dysphasiques âgés de 15 à 21 ans. En effet, la dysphasie est un trouble développemental spécifique, sévère et durable du langage oral. La rééducation orthophonique, précoce et intensive, aborde essentiellement les aspects formels du langage. A l'adolescence, période complexe de changements physiques et cognitifs, ces aspects seraient maîtrisés... mais des difficultés de communication persistent, notamment avec les pairs : ces adolescents sont figés dans leur expression et présentent des difficultés d'ordre pragmatique.

Comment orienter la prise en charge orthophonique de ces adolescents ? Exploiter la gestualité leur permettrait-il d'être plus à l'aise dans les échanges ? Comment alors organiser ce travail ?

Nous nous sommes penchés sur le théâtre en thérapie. En effet, le théâtre est en faveur d'une communication totale très expressive. De plus, une prise en charge de groupe semble indiquée au vu de la problématique adolescente.

Dans un premier temps, nous ferons un état des lieux des connaissances théoriques concernant la communication non-verbale, la dysphasie et le théâtre en thérapie. Nous présenterons ensuite le détail de notre démarche de prise en charge. Finalement, nous discuterons des résultats retrouvés.

CHAPITRE 1 : LA COMMUNICATION NON-VERBALE

1. COMMUNICATION ET MULTICANALITE

1.1. Définition

La définition du langage a souvent été limitée à la réalisation de signaux acoustiques, donc au verbal. Nous retenons la définition de Saussure dans son *Cours de linguistique générale* (1971) : « le langage est la capacité propre à l'homme de communiquer, grâce à un système de signes linguistiques ». Or les conceptions du langage ont évolué, accordant plus de place au non-verbal : le langage est un procédé de communication multicanalitaire.

« La communication est un flux d'informations multimodales en provenance des mots, de la voix et du corps » (Colletta 2004). Cosnier et Brossard (1984) parlent de posturo-mimo-gestualité en désignant les supports naturels de signification que sont la posture, la proxémie, les expressions faciales, le regard et le para-verbal (prosodie). Ils peuvent compléter ou supplanter la parole formant des énoncés bimodaux : les interlocuteurs traitent conjointement des signaux auditifs et visuo-kinesthésiques (Kendon 1980 ; McNeill 1992).

Nous distinguons deux fonctions de communication non-verbale : la fonction contextuelle et la fonction co-textuelle (Cosnier 1996). Le contexte concerne tout ce qui est constant, c'est-à-dire les vêtements, le visage. Le co-texte est composé des mimiques, des postures (Coquet 2005). Pour suivre une interaction, il faut prendre en compte les éléments verbaux, mais aussi para-verbaux et extra-verbaux, formant un énoncé total.

1.2. Les éléments de la multicanalité

Au cours d'une interaction nous percevons donc différentes informations provenant de différents canaux (Cosnier et al 1984):

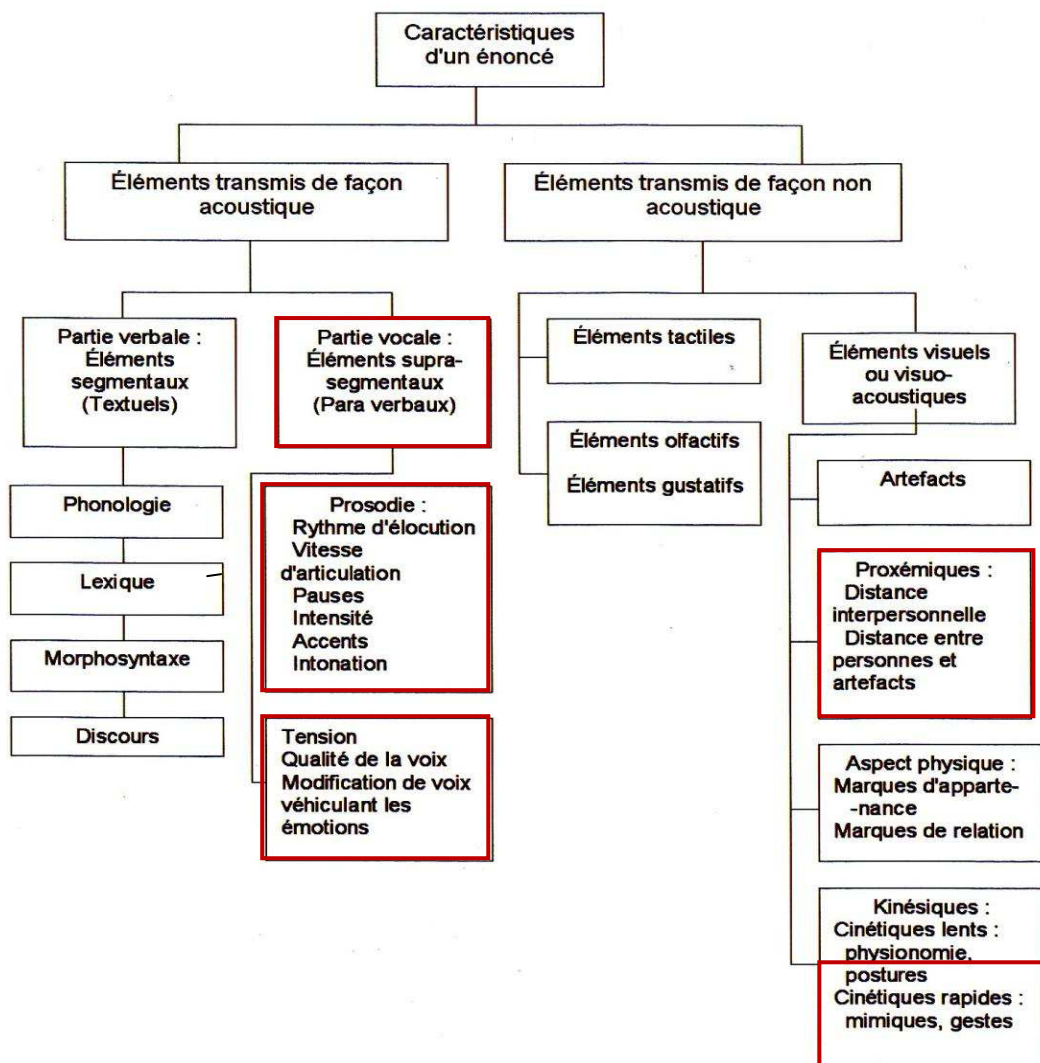
- *Les éléments voco-acoustiques*, les plus perçus chez l'homme, concernent la partie verbale de l'énoncé ainsi que sa partie vocale. En effet, une prosodie différente peut changer le sens de la phrase : elle donne des indices à l'interlocuteur pour segmenter le continuum sonore et identifier les unités linguistiques de rang et de portée variable, elle rend perceptible les éléments importants du message (Lacheret 2011).

- *Les éléments visuels*, que l'on peut diviser en trois types : les statiques (le morphotype, la morphologie), les cinétiques lents (les habits, la posture, le visage au repos...) et les cinétiques rapides (gestes et mimiques faciales). Les statiques et les cinétiques lents font

partie du contexte alors que les cinétiques rapides forment le co-texte, en effet ils accompagnent le texte.

- Les éléments olfactifs, thermiques et tactiles.

La communication non-verbale n'est donc pas la communication en l'absence de langage mais concerne les aspects non-verbaux de la communication, en plus du verbal : les locuteurs communiquent dans la multicanalité, composée du verbal et du non-verbal (Cosnier et al 1997).



Schématization de l'énoncé multicanal
(Schéma 1 : l'énoncé multicanal ; F. Coquet, 2011)

Nous nous intéresserons principalement dans cette étude aux éléments cinétiques rapides, à la posture (visuels) et aux éléments vocaux (en rouge sur le schéma 1). Ainsi, dans les différentes sources théoriques mentionnées, le non-verbal renvoie à ces éléments précis, vocalité, proxémie et posturo-mimo-gestualité.

2. EVALUATION DE LA GESTUALITE

Il n'existe pas de test standardisé pour évaluer la gestualité. Les chercheurs ont souvent utilisé des questionnaires d'observation. Mais cela manquait de précision, parfois d'objectivité. De plus, ces questionnaires ont toujours été destinés à l'observation des enfants. Alors, plusieurs auteurs ont proposé des descriptions des comportements moteurs pour le recueil de données (que nous présenterons dans la partie suivante « 3. Sémiotique des gestes »).

Il n'y a pas une bonne façon de bouger mais plusieurs. Cela dépend de chacun : certains ont une gestuelle variée, d'autres plus répétitive, avec parfois le même mouvement vague pour diverses significations selon le contexte, des variations au niveau de l'amplitude existent également. « On peut avoir une tendance naturelle à une communication gestuelle riche et utiliser la motricité pour réguler [nos] états affectifs ou encore choisir préférentiellement la parole » (Charret 2010). Cependant, selon Ferré (2011), le nombre moyen de gestes produits par les locuteurs ne varie pas de manière significative, non plus que le nombre moyen par type de geste, mais on observe des différences dans la répartition des gestes pour chaque locuteur. Ainsi, il serait intéressant d'observer l'évolution des sujets individuellement.

Les études scientifiques actuelles s'appuient sur les classifications que nous présenterons dans la partie suivante (« 3. Sémiotique des gestes ») et sont très pointues : en effet, c'est seulement avec les moyens audiovisuels d'aujourd'hui que de telles analyses sont possibles, car elles nécessitent de filmer l'interaction (filmer les deux intervenants est idéal) et de la reprendre avec une grille analytique.

Avant toute évaluation il est important de définir le terme de « geste ». Pour Iverson et Braddock (2011), « un geste commence quand la main entre en mouvement dans le champ gestuel, c'est-à-dire devant le corps du sujet, et finit quand la main est rétractée de l'espace, ou change de trajectoire. Quelques gestes concernent la tête et le corps. »

Le processus standard pour coder la gestualité dans le discours spontané revient à déterminer le type de gestes, selon une classification descriptive ou plus fonctionnelle. Les « énoncés gestuels purs » peuvent aussi être comparés aux énoncés purement verbaux. Enfin, il faut prendre en compte le fait que le canal verbal est linéaire alors que le canal visuel (posturo-mimo-gestuel) est simultané et tri-dimensionnel.

3. SEMIOTIQUE DES GESTES

Les hommes s'intéressent aux gestes depuis l'Antiquité ; cet intérêt est d'actualité avec notamment la création en 2002 de l'ISGS (International Society for Gesture Studies), la First International Conference on Gesture qui s'est déroulée à Porto en 2000 et la création de la revue « Gesture » en 2001 (Guidetti 2003). Les publications concernant la gestualité sont de plus en plus nombreuses.

Cependant, il reste difficile de dégager une sémiotique du geste car il n'existe pas d'outil standardisé. De plus il est difficile de segmenter le discours en unités gestuelles élémentaires. A cela nous rajouterons la dimension subjective de l'observation de la gestualité et toutes les modalisations culturelles (Cosnier et al 1997). Nous tenterons de présenter dans cette partie les classifications qui nous semblent les plus pertinentes en regard de cette étude.

Il est important de rappeler que l'on ne parle pas de deux langues différentes (une langue des gestes + une langue verbale) mais bien de la composante gestuelle du langage.

Certains gestes comportent un mouvement, unique (ex : hausser les épaules) ou répété (ex : au revoir), pour d'autres une posture suffit (ex : silence avec l'index). Un même geste peut avoir un sens différent selon les cultures (ex : cercle avec pouce/index : France = « nul » ou « très bien », japon = « argent », Brésil = geste obscène). Un même concept peut aussi être représenté par différents gestes (salutation, affirmation, négation...) (Guidetti 2003).

3.1. Classification descriptive

Pour Cosnier et al (1997), il existe deux grands types de gestes : les gestes communicatifs et les gestes extra-communicatifs, gestes n'étant pas émis dans un objectif de communication. Ces derniers n'ont pas de fonction communicative ; ils ne sont toutefois pas indépendants du processus de communication : ils peuvent apporter une information explicite (se gratter la tête = réfléchir) ou implicite (bâiller par exemple). Ils sont le plus souvent exécutés inconsciemment. Il peut s'agir de gestes de confort (comme croiser les bras), de gestes autocentrés (grattage, tapotements...), ou de manipulation d'objets (griffonner, plier un papier...). Ces gestes, aussi appelés adaptateurs ont un lien avec l'organisation interactionnelle dans un échange verbal, aspect que nous développerons plus loin (voir partie 3.3).

Les gestes communicatifs participent à l'énonciation. Cosnier les divise en trois groupes :

- les gestes **quasi-linguistiques** ou conventionnels aussi appelés « emblèmes », substituables à la parole et culturels. Il en existe entre 100 et 200 par langue (selon différents auteurs) (ex : au revoir, acquiescer, le V de la victoire...).

- les gestes **co-verbaux**, qui sont, comme leur nom l'indique, produits dans le même temps que l'énoncé verbal. Ils ne peuvent être interprétés sans l'appui de la parole et participent conjointement à l'élaboration du message exprimé. Ils se divisent en trois catégories :

- les co-verbaux référentiels (utilisés dans le pointage, pour désigner les référents de la parole, insister sur une caractéristique du référent spatial, sa forme, son action),

- les co-verbaux expressifs (toutes les mimiques),

- et les para-verbaux qui sont les battements de la tête ou des mains rythmant la parole, renforçant certains aspects phonétiques ou syntaxiques. Ces derniers sont les plus utiles au locuteur car ils l'aident à formuler son énoncé.

- les **synchronisateurs**, assurant l'interaction (leur rôle est développé dans la partie 3.3.).

D'autres classifications existent, comme celles de Kendon ou de McNeill (cités par Guidetti 2003), mais non-utilisées dans la présente étude, nous ne les détaillerons pas ici. Ces classifications concernent l'adulte mais sont tout à fait utilisables chez l'enfant et l'adolescent (Guidetti 2003).

3.2. Multifonctionnalité du geste discursif

Les gestes communicatifs ont différentes relations au verbal : ils peuvent être complémentaires, redondants, se substituer, être indépendants ou remplir encore d'autres fonctions (comme être contradictoires par exemple) (de Weck et Salazar Orvig 2007).

Nous présentons ici différentes classifications fonctionnelles afin de préciser du mieux possible les fonctions des gestes dans la communication.

➤ Ekman et Friesen (cités par Guidetti 2003) proposent une classification en 5 catégories selon leur origine (innée ou acquise), leur codage (lien entre le geste et sa signification : arbitraire ou iconique) et leur usage (avec ou sans langage, intention communicative) :

- les **mimiques faciales** : elles ont une origine innée probable et seraient universelles, mais n'ont pas systématiquement valeur de communication selon ces auteurs,

- les **adaptateurs** : mouvements où la main est en contact avec une autre partie du corps (ex : se gratter la tête). Ces gestes ne sont, en général, pas volontaires,

- les **régulateurs** : maintiennent ou règlent le flux conversationnel (ex : hochement de tête indiquant que l'on suit le discours), involontaires, n'ayant pas de sens précis.
- les **illustreurs** : mouvements de la main directement liés au discours, qui illustrent, accentuent le message verbal. Ils sont aussi utilisés quand le sujet ne peut trouver un mot précis ; ils n'ont pas de contenu sémantique précis,
- les **emblèmes** : gestes de la main produits quand le langage est inutilisable (bruit, distance) ou quand on ne souhaite pas l'utiliser ; ils peuvent aussi accompagner le langage. Ils sont culturels et conventionnels.

➤ Colletta (2011), cité par Batista (2012) propose une autre classification fonctionnelle :

- Le **geste à fonction déictique** : geste manuel ou céphalique de pointage pour identifier les objets du discours.
- Le **geste à fonction représentationnelle** : geste de la main ou mimique faciale, associant ou non d'autres parties du corps, qui représente les objets du discours. (Ex: mime ou dessin dans l'espace)
- Le **geste à valeur performative** : exprimer ou modifier la valeur illocutoire des actes de langage courants (acquiescer, saluer...).
- Le **geste à fonction interactive** : pour la synchronisation entre interlocuteurs (« geste et/ou regard par lequel le locuteur requiert ou vérifie l'attention de son interlocuteur, manifeste son attention, ou manifeste qu'il a atteint la fin de son tour de parole ou de son récit » (Colletta 2011)).
- Le **geste à fonction énonciative** : « un geste manuel ou une expression faciale qui manifeste que le locuteur cherche un mot ou une expression » (Colletta 2011).
- Le **geste à fonction de cadrage** : expression des émotions et états mentaux du locuteur (doute, réflexion...) pendant le récit ou sous forme de commentaire.
- Le **geste à fonction discursive** : geste généralement bref qui participe à la structuration de la production langagière par la mise en relief de certains éléments (syllabe, mot, phrase...) ou le bornage des propositions, ou qui participe à la cohésion discursive (gestes anaphoriques, symbolisation des connexions...).

Ces classifications rendent compte du vaste domaine que constitue la gestualité. Chacune présente un intérêt certain. Nous nous sommes inspirés de la classification de Cosnier et al. (1997) pour analyser le type et le nombre de gestes employés par les sujets participant à notre étude. En effet, cette classification descriptive nous a semblé plus claire pour dénombrer les gestes employés.

3.3. La synchronie interactionnelle

Dans une interaction, il y a trois voies concomitantes : la voie discursive, informative, la voie pragmatique, celle de la régulation et de la maintenance, et le canal empathique (Cosnier et al. 1997). Nous nous intéressons ici au processus de co-pilotage de l'interaction, inclus dans la voie pragmatique.

Au cours d'une interaction, l'émetteur doit s'assurer que son énoncé est correctement reçu. De plus, les temps de parole doivent être partagés. Ces régulations sont largement assurées par la mimo-gestualité, notamment par les hochements de tête et la mobilité des regards : Cosnier (1996) parle de « danse des interlocuteurs ». Elle est composée de deux phénomènes : l'autosynchronie qui est la correspondance rythmée entre nos propres paroles et nos mouvements corporels (elle témoigne du lien fort qui unit gestualité et chaîne phonique) ; et l'hétérosynchronie, la synergie entre les interlocuteurs.

Cet accordage entre interlocuteurs (hétérosynchronie) existe grâce à différents régulateurs :

- *l'alternance des tours de parole* est assurée par des indices verbaux, vocaux (intonation descendante, syllabe prolongée) et kinésiques (regard vers l'interlocuteur indiquant que l'émetteur a terminé) de la part de l'émetteur et du récepteur qui peut tenter d'intervenir dans l'échange en détournant le regard, se raclant la gorge, inspirer en ouvrant la bouche, changer de posture...

- *le contact oculaire* est différent selon notre place dans l'échange : l'émetteur a souvent le regard détourné, observant son interlocuteur brièvement pour s'assurer de sa bonne compréhension de l'énoncé ; le récepteur fixe l'émetteur de façon plus continue.

- *la mimique*, quasi-continue, a un effet facilitateur ou inhibiteur. Le sourire notamment est un régulateur sur le plan social.

- *les gestes non-communicatifs* ont également un rôle à jouer dans la régulation de l'échange (Ferré 2011). Ils participent au co-pilotage de l'interaction. En effet, lorsqu'un participant est en position de récepteur, la densité de gestes extra-communicatifs est plus importante que lorsqu'il prend la parole : ces gestes confirment la bonne compréhension du récepteur et sont révélateurs de l'intention de prise de parole ou non ; ils sont perçus comme tels par le locuteur (Coquet et Witko 2011).

Ces compétences semblent être présentes avant la maîtrise du langage. Dès la seconde année, l'enfant utilise son répertoire gestuel et son premier répertoire langagier de façon adaptée à la situation sociale. « Avant de commencer leur acquisition du langage, les enfants sont capables d'analyses relativement fines des situations de communication. Ils s'adaptent en utilisant des moyens non-verbaux. » (J. Bernicot, 1992).

3.4. Le contexte

Il s'agit du cadre déterminant le contenu de l'échange. Il est toujours présent et non-négligeable. Il constitue le décor et comprend le physique des sujets, leurs vêtements, mais aussi les attitudes et l'amplitude des gestes. Selon le contexte, les sujets seront plus ou moins à l'aise, leurs comportements plus ou moins contrôlés (ex : lors d'un entretien d'embauche, les sujets ont intérêt à soigner leur apparence), les conduites de politesse plus ou moins marquées (Cosnier 1997). Le contexte détermine les modalités d'expression des éléments co-verbaux en fonction du statut et des objectifs de la relation. Par exemple, on observe différents types de prise de contact selon la catégorie de partenaires et les statuts réciproques (baisers, poignées de main, accolade...).

4. LES EMOTIONS AU COURS DE L'ECHANGE

L'étude scientifique des émotions amène de nombreuses questions relatives notamment à l'inné et l'acquis, le corps et l'esprit. Nous ne débattons pas ici ces points de vue mais tenterons de présenter une définition des émotions appliquée aux interactions.

4.1. La fonction communicative des émotions

Pour Darwin (1874, cité par Guidetti en 2003), toutes les émotions sont innées, universelles, et forcément liées aux aspects cognitifs. Il les étudie en termes fonctionnels et adaptatifs. Leur fonction première est communicative, elles servent également à la régulation des interactions sociales. En effet, pour lui, elles ont participé à la survie de l'espèce car elles permettent de transmettre des informations aux congénères (informer d'un danger

notamment). De nos jours, il est donc possible d'avoir accès à l'état émotionnel de ceux qui nous entourent, de prévoir leurs réactions et de s'ajuster. Toute émotion découle d'un processus d'évaluation des stimuli environnementaux selon qu'ils ont des conséquences favorables ou pas pour l'individu.

4.2. Aspects culturels

Ekman (1973) développe une théorie neuro-culturelle de l'expression des émotions. En recueillant des données dans différentes cultures, il s'est aperçu que certaines émotions sont universelles (peur, joie, tristesse, surprise, dégoût). Il existerait donc une base innée régissant le lien entre certains états émotionnels et des muscles du visage. Cependant, des règles d'expression des émotions différentes existent selon les cultures : elles peuvent atténuer, accroître, masquer voire neutraliser l'expression faciale des affects pour s'ajuster aux normes d'une société donnée. Il étudie également les expressions simulées : elles diffèrent des expressions « réelles » dans la musculature impliquée (uniquement le bas du visage) et dans la durée d'expression (raccourcie). Il nomme émotions « de base » les quelques émotions (entre 7 et 10 selon les auteurs) qui sont à la base des stratégies d'ajustement et d'adaptation au monde extérieur.

4.3. Aspects développementaux

Widen et Russel (2008, cités par Suarez 2011) proposent un « modèle de différenciation émotionnelle ». Le développement des capacités d'attribution et d'expression émotionnelle, dès l'enfance, serait associé à cinq aspects : le développement de capacités perceptives plus fines (en effet, on devient de plus en plus sensible aux composantes faciales qui distinguent les composants émotionnels), la différenciation de situations émotionnelles (au cours de ses expériences, l'enfant apprend par exemple qu'une même situation peut susciter plusieurs émotions), l'évolution de comportements expressifs (selon le type d'affect et le type d'audience), l'acquisition d'un lexique émotionnel (corrélation entre habileté linguistique et compréhension émotionnelle qui se développent parallèlement) et le développement cognitif (se représenter le monde, et en même temps pouvoir se représenter les pensées des autres, prédire leurs actions...).

4.4. Des processus complexes

Les théories récentes nous amènent à considérer les émotions comme des processus mentaux complexes et multidimensionnels. Scherer (1984, cité par Guidetti 2003) définit

l'émotion comme le résultat d'une séquence de changements intervenants dans cinq systèmes : cognitif, neurophysiologique, moteur, motivationnel et moniteur en réponse à la pertinence d'un stimulus interne ou externe. Ce ne sont donc pas des états mais des phénomènes émergents de l'interaction entre des mécanismes psychobiologiques et les facteurs culturels et sociaux.

Les émotions sont donc des processus mentaux complexes jouant un rôle dans la communication, la régulation sociale, l'ajustement à l'interlocuteur et au monde extérieur et dans la construction de soi. Nous tenterons maintenant de les analyser au cours de l'échange.

4.5. La notion de repérage social

Klennert & al. (1983) développent la notion de référence sociale ou repérage social dans le développement de l'enfant : il s'agit de la tendance à rechercher de l'information d'ordre émotionnel chez une personne signifiante dans son environnement et à l'utiliser pour donner du sens à un événement. En effet, les expressions émotionnelles des parents jouent un rôle significatif dans le développement émotionnel de l'enfant : dans la régulation des échanges interpersonnels, l'apprentissage des comportements sociaux, et l'acquisition de certains apprentissages (comme le danger). Du côté de l'enfant, le repérage social commence dès la fin de la première année, dès qu'il peut se déplacer (regards vers le parent pour adapter son comportement...), et est utilisé tout au long de la vie. Il intervient également dans l'acquisition des règles sociales : à deux ans, l'enfant vérifie sur le visage de l'adulte la mimique avant et après chaque acte interdit pour adopter une conduite pertinente. De plus, le repérage social participe à la mise en place de la conscience de soi, avec l'émergence des émotions « morales » comme la honte, la culpabilité, la fierté, qui sont fondées sur des expériences.

Dans tout dialogue ces mécanismes sont activés : les interlocuteurs affichent leurs affects et tentent de savoir ce que les autres pensent de leur discours en leur en attribuant. Pour ce faire, il existe des règles de cadrage affectif (Cosnier 1996) qui nous permettent de gérer l'expression de nos sentiments et de percevoir ceux des autres.

4.6. Comment se transmettent nos émotions au cours de l'échange ?

Nous ne parvenons pas toujours à tout contrôler et certains ressentis s'affichent de façon spontanée : on parle de communication émotionnelle (tremblements, pâleur...). La communication émotive, plus contrôlée, concerne les indicateurs affectifs, très présents au

cours de l'échange. Il en existe deux types : les affects toniques, plus ou moins stables au cours de l'échange (l'humeur, tout affect qui se traduit par d'autres signes que les mimiques) ; et les affects phasiques, passagers, dépendants des échanges (les mimiques).

Au cours de l'échange, on retrouve également la notion d'accordage affectif (Cosnier 1996), ou convergence communicative. Le récepteur réagit aux mimiques et postures de l'émetteur « en miroir » ; elles créent chez lui certains affects et facilitent surtout sa reconnaissance de ce que ressent son interlocuteur. Au théâtre par exemple, les acteurs ressentent réellement l'émotion jouée.

5. GESTES ET LANGAGE

Nous l'avons vu, les gestes font partie intégrante du langage : ils sont liés par le sens, assurant la cohérence du discours, et liés par leur enchaînement temporel (synchronie entre les deux modalités) (Graziano et Gullberg 2013). Les hommes s'interrogent depuis des siècles sur l'origine du langage : la *gesture-first theory* de McNeill (2012) permet d'affirmer que le langage était d'abord uniquement gestuel avant de se complexifier en y associant la parole.

Nous n'utilisons pas les gestes par imitation ni dans le but de donner plus d'informations puisque les personnes aveugles en font également entre elles : faire des gestes est naturellement intégré au processus de communication (Iverson & Goldin-Meadow 1998). D'après McNeill qui s'appuie sur les conclusions de Damasio (1994, 1999 cité par McNeill 2012), l'homme a besoin d'utiliser les gestes pour communiquer. « Le langage est inséparable de l'imagerie mentale, et l'imagerie mentale est matérialisée par le geste qui survient, universellement et automatiquement, avec la parole » (Batista 2012). La gestualité agit comme révélateur de la pensée du locuteur (Alibali & al 2000).

5.1. Effet facilitateur des gestes

Les nouveaux mots que l'on rencontre sont encodés verbalement mais aussi de manière gestuelle dans notre lexique mental (Krauss et al. 2000) : gestes et parole sont donc issus d'un même système communicationnel. C'est la conjonction des contenus sémantiques exprimés dans les deux modalités qui permet de produire un message sémantiquement complet. Les gestes jouent donc un rôle important dans la transmission du sens.

Par ce double encodage, la production du geste aiderait les orateurs à récupérer le mot en cas de difficulté expressive. Nous avons automatiquement tendance à employer plus de

gestes lorsque nos énoncés sont à clarifier (Krauss et al. 1991 cités par Batista 2012). En effet, selon une hypothèse de J.P. Rutter en 1998 (cité par Hou Laforge 2012), les gestes faciliteraient la production langagière en maintenant l'image en mémoire. Les gestes illustratifs notamment aident à retrouver l'accès au mot (Krauss et al. 2000) et à conceptualiser (Alibali et al. 2000). On ne devrait donc les retrouver que lors des moments de discours dysfluent... Or les gestes s'arrêtent quand la parole s'arrête. Seyfeddinipur et Kita (2001, cités par Graziano et Gullberg 2013) ont montré qu'il y a plus de gestes représentatifs (ce qui correspond aux gestes quasi-linguistiques et référentiels selon Cosnier) durant les parties fluides du discours (et cela chez des orateurs compétents comme chez ceux en cours d'apprentissage de la langue) : lors des moments de rupture, on retrouve des gestes pragmatiques (exprimant le doute, la réflexion...), et, selon Ferré (2011), des gestes extra-communicatifs en situation de recherche lexicale ou recherche de formulation adéquate.

Les gestes ont également un effet facilitateur pour le récepteur du message. En effet, Moubayed et al (cités par Ferré 2011) ont montré que les indices visuels de la saillance acoustique (donc les gestes para-verbaux) peuvent améliorer l'intelligibilité de la parole. La visualisation de la proéminence accentuelle peut également apporter des informations sur le rythme et les frontières syllabiques d'un segment linguistique sous-jacent. D'ailleurs, nous limitons nos gestes communicatifs à la partie supérieure de notre corps car ces mouvements sont plus susceptibles d'être perçus, en lien avec la dimension verbale et vocale de la communication.

Ainsi, les gestes servent tout autant comme instrument de communication pour ceux qui écoutent que comme instrument de pensée pour ceux qui parlent (Goldin Meadow 1999 cité par Monfort et Monfort-Juarez 2011).

5.2. Bases neurophysiologiques communes

L'intérêt récent pour le lien entre langage et action relance le débat sur la cognition et l'action : les processus cognitifs sont fortement influencés par le corps dans sa façon de se mettre en mouvement et d'entrer en interaction avec l'environnement.

Il existe plusieurs modèles concernant le statut cognitif de la gestualité dans la production langagière. Iverson et Thelen (1999) citent 3 auteurs : pour Levelt et al (1998) il s'agit de deux systèmes de communication séparés, les gestes ont un rôle de support en cas de ruptures verbales. Krauss (1999) affirme qu'il existe des liens entre gestes et langage mais

uniquement au niveau de l'encodage phonologique, donc dans l'accès au lexique. Enfin pour McNeill (1992), les deux modalités du message (gestuelle et verbale) sont sous-tendues par les mêmes processus ; gestes et langage expriment un aspect différent de ce processus. Ainsi s'il y a interruption dans une modalité, les effets se font aussi ressentir dans l'autre. Cette théorie sera reprise dans le chapitre 2, 8. Gestes et dysphasie.

On retrouve des aires cérébrales spécialisées dans le langage qui sont activées lors de certaines tâches motrices, l'aire de Broca par exemple est activée lorsque les sujets pensent à bouger leur main ou leur visage (Iverson et Thelen 1999). A l'inverse, des aires motrices peuvent être activées dans des tâches linguistiques : c'est le cas pour la lecture silencieuse, notamment la lecture de verbe d'actions. De plus, il est connu que la motricité des membres supérieurs, des mains et celle des muscles articulateurs sont commandées par des régions voisines (Iverson et Braddock, 2011). Des mécanismes neurologiques communs (activation du cortex latéral périsylvien de l'hémisphère dominant) existent pour les fonctions langagière et motrice : cela se voit à travers la parfaite synchronisation des mains, de la prosodie et des mimiques (Iverson et Thelen 1999). En étudiant les troubles du langage, nous pouvons nous rendre compte du lien physiologique entre parole et gestualité. L'utilisation de gestes peut par exemple améliorer les compétences langagières d'une personne aphasique (Hanlon et al 1990 cités par Iverson et Thelen 1999).

De plus, selon le modèle développemental de Piaget, les premières acquisitions cognitives proviennent d'expériences sensori-motrices. Au niveau pédagogique, de nombreuses méthodes d'apprentissages formels, notamment les apprentissages linguistiques, utilisent le sensori-moteur. C'est le cas par exemple de la méthode gestuelle de Borel-Maisonny, de la DNP (Dynamique Naturelle de la Parole) de Madeleine Dunoyer de Segonzac et de la « grammaire en couleurs » de Maurice Laurent. Ainsi, « s'agissant des connaissances linguistiques et métalinguistiques, les propositions pédagogiques qui mobilisent le corps et les ressources de l'intermodalité ont encore de beaux jours devant elles » (Colletta, 2011).

Nous constatons que développement gestuel et développement cognitif entretiennent des liens étroits. Pour expliquer les tâches piagétienne, les enfants ont souvent recours aux gestes. Si leurs explications et leurs gestes sont en désaccord, nous pouvons conclure que la notion est en cours d'acquisition : le sujet a « une compréhension intuitive de la notion sans parvenir à l'explicitement verbalement » (Goldin Meadow, cité par Colletta 2011). Cela va dans le

sens de la thèse de l' « embodiment » selon laquelle la cognition dépend du corps (Iverson et Thelen 1999) : à travers lui nos acquisitions sont ancrées dans la perception et la motricité. Ainsi les gestes, ancrés dans la motricité corporelle ET dans l'usage de la communication jouent un rôle clé dans le développement cognitif et l'acquisition du langage.

5.3. Aspects développementaux

Les dernières études ont conduit à revoir les théories du développement de la communication : en effet, les gestes de l'enfant ne s'effacent pas pour être remplacés par le langage verbal. La gestualité est en fait le précurseur des acquisitions linguistiques (Colletta 2011). Elle constitue le socle indispensable à l'apparition des moyens de communication linguistiques. Elle évolue avec les acquisitions linguistiques et cognitives et permet leur acquisition (Iverson et Goldin-Meadow, 2005). La psychomotricité considère depuis longtemps que globalités psychique et corporelle sont indissociables, et ce même au niveau des interactions : le bébé et sa mère communiquent à travers leurs émotions, leurs mimiques, leurs modifications toniques et toutes les sensations kinesthésiques qui vont avec. Spitz parle de « communication de posture » dans les débuts de la vie (Gassier 1986).

Les premières formes de dialogue sont donc non-verbales. Faire des gestes est inné. Ce comportement sera modifié par la stimulation sociale, incorporant des caractéristiques associées à d'autres modalités (notamment le verbal) ainsi qu'à d'autres éléments de type culturel (Monfort et Monfort-Juarez 2011).

5.3.1. La phase pré-linguistique

L'antériorité du geste dans le développement de la communication est justifiée par la maturation motrice manuelle, antérieure à la maturation articulaire. En interaction avec l'adulte qui donne du sens à leurs postures, leurs gestes, leurs mimiques, leurs regards, les bébés développent leur communication (Mermoud et de Weck 1992). Les premiers gestes sont conventionnels : les adultes donnent du sens à certaines configurations produites par le bébé, les identifient et les renforcent car elles correspondent à une forme sociale établie (Van der Straten 1991 cité par Guidetti 2003) ; les autres configurations disparaissent. P. Dasen (cité par Guidetti 2003) parle « d'enculturation du geste » : parmi l'ensemble très vaste de gestes disponibles au départ, seul un nombre très restreint, sous l'influence de l'entourage, sera appris et utilisé.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce principe ; les désaccords portent surtout sur les gestes déictiques : le pointage serait, selon Vygostki (cité par Guidetti 2003), une ritualisation à partir du geste d'atteindre alors que pour Franco et Butterworth (1996), il s'agit d'emblée d'un geste pour autrui, soit, comme les autres gestes conventionnels, d'un geste acquis par imitation de façon ludique dans un contexte, puis, généralisé (Van der Straten cité par Guidetti 2003).

Cette phase pré-linguistique est très importante : elle permet le développement d'un système de communication (gestuel), donc l'acquisition des règles de communication. Le langage oral permettra de préciser le message mais ne changera pas les stratégies communicatives de l'enfant, acquises ici (Bernicot 1998 cité par Guidetti 2003). Pour mieux se rendre compte de tout ce que l'enfant peut communiquer à quelques mois grâce à ses mimiques, sa posture, sa voix et ses gestes, voir annexes 1 (*Hypothèses sur les âges d'apparition des différentes émotions dans le modèle des processus composants de Scherer 1992*) et 2 (*Correspondance entre les formes et les fonctions des gestes conventionnels chez l'enfant de moins de 3 ans*, Guidetti 2003).

5.3.2. Les gestes, précurseurs des acquisitions linguistiques

A 1 an, il existe une préférence forte pour les interactions non-verbales : les enfants produisent plus de gestes que de mots. Nous retrouvons cet attrait pour les gestes dans les études sur l'enseignement des gestes aux tout-petits : leur utilisation présente des effets bénéfiques sur le développement lexical (Stefanini, Caselli, Volterra 2007). Les gestes comblent les lacunes lexicales jusqu'au développement d'un stock lexical suffisant. Entre 12 et 20 mois, l'enfant combine gestualité (surtout le pointage) et verbalisations : la moitié des énoncés produits impliquent une réalisation gestuelle (Colletta, Batista 2010). « La période des énoncés à un mot est une période de transition vers un usage croissant des moyens linguistiques de communication » (Colletta, Batista 2010). En effet, à 28 mois, la tendance est inversée et les enfants utilisent plus l'expression verbale que l'expression gestuelle (Namy, Waxman 1998). La part gestuelle ne représente plus qu'un quart des énoncés à 28 mois et chez les enfants de 3 ans et plus, cela diminue encore au profit des verbalisations pures (Colletta, Batista 2010).

Attention, comme nous l'avons précisé, les mots ne remplacent pas les gestes : ceux-ci perdurent et, comme le système linguistique se complexifie, ils contribuent notamment aux aspects sémantiques du message (Botting & al. 2010). Différents messages gestuels peuvent

exprimer une même intention communicative et à l'inverse, un même message peut avoir différentes significations selon le contexte et l'intention (Guidetti 2003) : cela est valable pour les enfants qui à partir d'un certain âge possèdent différentes formes gestuelles et verbales pour un même message (ex : le refus peut être manifesté par un mouvement de la tête, de l'index, par le « non », ou par un bras tendu). Des capacités de flexibilité sont liées à l'utilisation des gestes dès un âge précoce (Guidetti 2003).

Ainsi Monfort et Monfort-Juarez (2011) définissent deux périodes distinctes dans le développement de la gestualité communicative : jusqu'à 24 mois, les gestes employés adoptent une forme semblable au langage, il s'agit donc essentiellement de gestes quasi-linguistiques, et sont utilisés préférentiellement. La deuxième période commence au stade de la phrase orale de deux mots et dure jusqu'à l'âge adulte : les gestes servent alors surtout à accompagner le langage verbal.

Les gestes sont de réels prédicteurs de l'entrée dans le langage oral : l'apparition des premiers gestes précède de quelques semaines celle des premiers mots ; les premières combinaisons gestes-mots non-redondantes (ex : « ballon » + pointage vers la mère) précèdent l'apparition des énoncés à deux mots d'environ trois mois selon Goldin-Meadow et Butcher (2003). Les enfants associent deux signifiés dans un message bi-modal. Les gestes leur permettent alors d'exprimer plus que ce qu'ils peuvent dire avec les mots.

5.3.3. Evolution parallèle des gestes et du langage

La relation des gestes au langage se complexifie avec l'âge : les contrastes sémantiques sont plus riches et marqués par le développement du langage et des gestes. Le rôle des gestes dépend du but de celui qui les produit, leur utilisation et leur évolution dépend des besoins communicatifs et du développement social des individus (Guidetti 2003). Les relations entre gestes et mots continuent d'évoluer tout au long de la vie, de nouveaux gestes peuvent apparaître à l'adolescence ou à l'âge adulte (Colletta, Batista 2010). Les combinaisons gestes-mots redondantes - dans lesquelles les gestes ont un rôle de support - diminuent avec l'âge (43 % à 1an contre 23 % à 3 ans) au profit des combinaisons supplémentaires (qui passent de 41 à 65 % sur la même tranche d'âge). Les combinaisons complémentaires varient peu (autour de 20 %). L'enfant apprend à combiner les modalités pour exprimer plus de choses, notamment lorsque ses capacités linguistiques restent modestes (Colletta, Batista 2010).

Au niveau réceptif, la compréhension des mots est corrélée à celle des gestes (Goldin-Meadow 2006, cité par Botting & al 2010). A tous les âges, les gestes facilitent la compréhension des messages complexes (McNeill et al. 2000 cité par Botting et al).

5.3.4. Le couple gestes-parole, un lien inné

Iverson et Thelen (1999) présentent les débuts du « couple-système parole/gestes ». Il existe un lien inné entre la bouche et les mains, une « dynamique de coordination motrice » : ce sont des oscillateurs couplés, ayant une activation et une influence mutuelle. Ce lien est visible dès la naissance à travers les réflexes du nourrisson (le réflexe de Babkin : un appui sur la paume entraîne l'ouverture de la bouche ; il évolue en réflexe de grasping et holding) ; la succion des doigts puis des objets témoigne de l'excellente coordination main-bouche. Petitto et Marentette 1991 (cités par Iverson et Thelen 1999) évoquent le babillage manuel, présent chez les petits enfants sourds mais également chez les enfants entendants. Il s'agit d'un mouvement cyclique, non-communicatif et asémantique. Ces mouvements rythmés entraînent progressivement une activité vocale jusqu'au moment où la communication verbale devient plus pratique : on retrouve alors la synchronie gestes/langage dans la communication décrite plus haut. Vers 6-9 mois, 75 % du babillage vocal se produit avec des mouvements manuels rythmiques (Ejiri 1998 cité par Iverson et Thelen 1999). En effet, Volterra et Iverson (1995) considèrent que la modalité gestuelle est un réel avantage communicatif pour tous les enfants (sourds et entendants). Petit à petit, le babillage manuel diminue, les mouvements deviennent plus contrôlés : c'est l'apparition du pointage, des demandes et autres gestes communicatifs.

5.3.5. Apparition des différents types de gestes

Le pointage est très présent au début du développement : chez les moins de 2 ans, il représente 84 % des gestes produits pour ne constituer plus que 40 % chez les enfants de 3 ans et plus (Colletta, Batista 2010). Il apparaît au cours de la première année, ainsi que les premiers gestes conventionnels. Les gestes représentationnels et l'association mot-geste arrivent lors de la seconde année, puis, à partir de 5 ans, apparaissent les gestes de l'abstrait (ex : symboliser le temps par-dessus son épaule), les gestes de battement et les gestes cohésifs (McNeill 1992 cité par Colletta 2011). Ces derniers (battements et gestes cohésifs) sont des gestes naturels, retrouvés dans toutes les cultures. La mimo-gestualité conventionnelle et le répertoire des emblèmes s'enrichissent tout au long de la vie (Guidetti 2003).

Pourquoi cette évolution ? Pour Iverson et coll (1994), la mise en place du langage oral marque une réorganisation du système gestuel : il passe d'une relative équivalence communicative avec le discours à un nouveau rôle, celui de support au discours, secondaire - ces auteurs mettent à part le cas des gestes conventionnels qui préservent leur autonomie car ils peuvent être compris seuls. Avec l'âge, le récit s'allonge et se complexifie ; les sujets ont besoin de marquages plus précis : voix (prosodie et vocalité), gestes représentationnels, mimiques, postures et regards contribuent alors pleinement à la communication (Colletta 2004). On parle d'évolution bimodale.

Colletta, Pellenq et Guidetti (2010) étudient l'évolution de ces deux modalités au cours du récit : à l'oral, les propositions non-narratives (commentaires, parenthèses) augmentent avec l'âge aux dépens du rappel des événements (13 % à 6 ans, 15 % à 10 ans et 34 % chez l'adulte). En parallèle, la gestualité évolue avec l'âge : les sujets font de plus en plus de gestes (le taux de gestes par proposition passe de 0,27 à 6 ans, 0,50 à 10 ans à 0,77 à l'âge adulte). Ces auteurs relèvent également une évolution qualitative. En effet, les gestes représentationnels sont plus présents chez les enfants (ils ne constituent plus que 50 % des gestes co-verbaux produits chez l'adulte) ; ils évoluent en une gestualité de cadrage pragmatique (« expressions faciales ou gestes manuels ou céphaliques connotatifs permettant d'exprimer le doute par exemple ») et de cohésion discursive (anaphore gestuelle, gestualité démarcatrice entre le récit et un commentaire ou entre différents épisodes du récit).

Ainsi, la mimo-gestualité co-verbale évolue en parallèle aux acquisitions linguistiques en participant au marquage de la complexité langagière. Ces observations sont également valables pour le discours explicatif : en 2004, Colletta s'y était intéressé, mettant en évidence une évolution assez semblable. Le pointage domine dans la gestualité accompagnant l'explication chez les enfants de maternelle évoluant en gestes représentationnels et abstraits (introduction du référent, métaphores gestuelles (le temps par exemple), anaphore, emblèmes...) à partir de 6 ans. Il note que « l'observation des gestes est une fenêtre sur le développement cognitif » : en effet, en maternelle, les enfants ne sont pas encore entrés dans le raisonnement abstrait (cité par Colletta 2011).

La communication verbale et la gestualité sont donc produites en parallèle, participant aux étapes de conceptualisation et de planification du message. Le message transmis est alors multidimensionnel, riche sur le plan du contenu.

Au cours de ce chapitre, nous avons vu que le langage est un procédé de communication multicanalaire : l'énoncé total est formé du verbal et du co-texte (para-verbal et posturo-mimo-gestualité), insérés dans un contexte.

La communication non-verbale concerne les aspects non-verbaux de la communication. Il existe différents types de gestes, ayant plusieurs fonctions. Les manifestations non-verbales transmettent du sens, mais permettent également de réguler l'interaction, de transmettre des émotions et de s'y ajuster selon certaines règles.

Le lien unissant gestes et langage est particulièrement intéressant dans la pratique orthophonique. En effet, ces deux modalités sont liées par le sens, par leur enchaînement temporel synchronisé et par des bases neurophysiologiques communes. De plus, si les gestes sont les précurseurs des acquisitions linguistiques, ils évoluent ensuite en parallèle au développement du langage. Les gestes, innés, constituent un instrument de pensée pour le locuteur et une aide à la communication pour le récepteur.

A partir de ces éléments, on peut s'interroger quant à la gestualité dans les troubles du langage, plus particulièrement dans les troubles sévères et durables que sont les dysphasies.

CHAPITRE 2 : LES DYSPHASIES

1. DEFINITIONS ET TERMINOLOGIE

Depuis de nombreuses années, on s'intéresse aux troubles du langage oral. En effet, 6 à 8 % des enfants d'âge pré-scolaire ont des difficultés au niveau du langage (Tomblin 1997) et parmi eux, 1/10^{ème} présenteront une dysphasie développementale (Gérard 1993), soit environ 1 % de la population d'âge pré-scolaire et scolaire, avec une prévalence plus élevée chez les garçons.

La terminologie pour désigner ce trouble spécifique du langage oral a connu de nombreuses évolutions : les termes d'« aphasie infantile », puis « aphasie développementale », « aphasie congénitale », « audimutité » se sont enchaînés. C'est en 1965 qu'Ajuriaguerra propose le terme actuellement utilisé en France de « dysphasie ». Rapin et Allen complètent cette terminologie en parlant de « dysphasie de développement » afin de les distinguer des troubles acquis. Enfin, Chevrie-Muller (1995) reflète la diversité de ces troubles en parlant DES dysphasies. Aujourd'hui encore, on retrouve des divergences dans la terminologie.

Leclercq et Leroy (2012) définissent la dysphasie comme « un trouble développemental qui concerne l'élaboration du langage oral, entraînant des troubles importants de la compréhension et/ou de l'expression du langage parlé. C'est un trouble spécifique, sévère et persistant qui interfère d'emblée avec la dynamique développementale de l'enfant ». Il s'agit d'une **atteinte structurelle** : la structure même du langage est touchée, son évolution est donc différente du développement langagier standard (Pierart 2008). Il s'agit d'un « déficit sélectif de l'outil ou de l'organe langagier, c'est-à-dire d'une capacité innée que posséderait tout individu » (Chevrie-Muller 1995).

On parle de **trouble spécifique** du langage oral dans le sens où le domaine langagier est touché isolément (Billard 2004) : les fonctions intellectuelles non-verbales sont préservées (QI supérieur à 80) ou montrent une supériorité significative par rapport au verbal. De plus il n'y a ni pathologie neurologique, ni troubles sensoriels ou moteurs (Billard et coll 2007).

Le critère de sévérité est défini comme tel par Billard et coll (2007) : il faut un décalage d'au moins deux déviations standards aux épreuves étalonnées, sur au moins deux aspects du langage (tels que phonologie, lexicale, morphosyntaxe), dès la fin de la maternelle. Le retard doit être supérieur à deux ans (Pierart 2008).

Le critère de durabilité de l'atteinte concerne le fait que le trouble persiste au-delà des 6 ans (Pierart 2008) et tout au long du développement ; des séquelles plus ou moins importantes existent à l'âge adulte.

Dans la réalité, les auteurs ne sont pas unanimes sur la terminologie et la définition de ce trouble. Les seuils de sévérité par exemple ne sont pas les mêmes partout : en Belgique, trois secteurs langagiers doivent être inférieurs au percentile 3 ; dans les pays anglophones, il faut que deux niveaux langagiers soient inférieurs au percentile 10.

2. CRITERES DIAGNOSTIC

2.1. Diagnostic par exclusion

La dysphasie est un déficit grave et durable du développement langagier en l'absence d'autres dyscapacités pouvant rendre compte de ces difficultés (Monfort, Juarez Sanchez 2001). Gérard (1993) précise la nature des éléments à exclure pour pouvoir poser le diagnostic de dysphasie :

- un déficit auditif
- une malformation des organes phonatoires
- une insuffisance intellectuelle
- une lésion cérébrale acquise
- un trouble envahissant du développement (aujourd'hui trouble du spectre autistique)
- une carence affective ou éducative grave.

2.2. Diagnostic positif

Le diagnostic de dysphasie peut être posé à partir de 6 ans. Il n'est pas uniquement basé sur des critères d'exclusion : le diagnostic positif se fait sur la recherche de « marqueurs de déviance », anomalies particulières au langage des dysphasiques. Gérard (1993) en étudie six. La présence d'au moins trois de ces critères est nécessaire pour diagnostiquer une dysphasie (George et Pech-Georgel 2002). On distingue ainsi :

- des troubles de l'évocation lexicale : un manque du mot, des paraphrasies, des persévérations ;
- des troubles de l'encodage syntaxique : agrammatisme ou dyssyntaxie ;
- des troubles de la compréhension verbale ;
- une hypospontanéité verbale ou réduction de l'incitation verbale ;

- un trouble de l'informativité, c'est-à-dire l'incapacité de transmettre une information clairement ;
- des dissociations automatico-volontaires : produire un mot sur commande est parfois impossible mais en situation spontanée, cela devient possible.

Soares-Boucaud et coll (2009) ajoutent aux marqueurs de déviance les dissociations intra-linguistiques : en effet, dans le cadre d'une dysphasie les trois principaux secteurs langagiers (phonologie, lexique et syntaxe) peuvent être atteints à des degrés variables. Il s'agit d'une spécificité de la dysphasie par rapport aux retards simples de langage ou aux troubles envahissants du développement dans lesquels le décalage est homogène. Les définitions mentionnent également une hétérogénéité dans le QI : l'OMS notamment insiste sur un écart entre QI verbal et QI performance d'au moins 15 points (le QI verbal étant l'indice le plus chuté).

Monfort, cité par George et Pech-Georgel (2007), rappelle que l'évolution de l'enfant et sa réponse aux différentes prises en charge proposées permettront de poser le diagnostic de dysphasie.

Ce diagnostic est posé par l'orthophoniste. L'évaluation orthophonique est souvent basée sur l'analyse des critères structuraux (phonologie, lexique, morphosyntaxe), recherchant les marqueurs de déviance. Les professionnels peuvent aussi proposer des grilles d'évaluation afin d'obtenir des données subjectives, plus qualitatives. Or ils négligent souvent un aspect important de la dysphasie qui concerne les difficultés pragmatiques (« usage du langage entre au moins deux interlocuteurs ») et discursives (« organisation et fonctionnement linguistique des différents types de discours »), plus écologiques, rendant compte des difficultés fonctionnelles que rencontrent ces patients (de Weck 2004). L'évaluation « classique » serait donc à compléter par une évaluation fonctionnelle.

2.3. Diagnostic différentiel

Nous l'avons vu, parmi les troubles du langage oral, seuls 1/10^{ème} sont des dysphasies. Il est donc important de pouvoir établir un diagnostic différentiel entre trouble structurel (dysphasie) et trouble fonctionnel (retard simple). « Les retards de langage se caractérisent par un langage qui se développe avec délai mais suivant les étapes habituelles pour se normaliser avant ou autour de six ans » (Billard 2002) : il correspond à celui d'un enfant plus jeune ; les altérations phonologiques ou syntaxiques sont toujours des simplifications. Ainsi, en cas de

retard simple, le déficit langagier est réversible, l'évolution est positive alors que les difficultés d'un dysphasique perdureront jusqu'à l'âge adulte : dans les dysphasies, « l'atteinte se situe au niveau du cadre linguistique, ce qui implique la permanence du déficit, et non une atteinte du contenu, comme dans les troubles fonctionnels ou retards simples de langage, résultant d'un mauvais remplissage du cadre et susceptibles de s'amender » (D'Alboy 2001). Les patients dysphasiques ont également une meilleure conscience de leur trouble ; enfants, ils mettent en place des moyens de compensation nettement supérieurs : mimiques et gestes notamment (George et al. 2007).

3. CLASSIFICATIONS

3.1. Classifications internationales

Au niveau international, on désigne la dysphasie (dans le DSM IV, V et la CIM 10) en tant que « trouble spécifique du langage oral » traduction de « specific language impairment » (SLI). Trois syndromes sont différenciés : des troubles du langage expressif, des troubles mixtes (expressifs et réceptifs) et des troubles phonologiques. Le DSM V (2013) ajoute une catégorie aux troubles de la communication (hors troubles spécifiques du langage oral, bégaiement et troubles non spécifiés) : le trouble de la communication sociale. Pour Maillart et al. (2012), ces classifications rendent bien compte du décalage significatif entre les habiletés langagières et non-langagières. Toutefois, Billard et coll (2007) leur reprochent de ne pas mentionner le caractère déviant des troubles du langage et de ne pas insister suffisamment sur la notion de sévérité. Ainsi ces classifications sont peu utilisées par les professionnels du langage.

La littérature internationale est divisée quant à la distinction entre trouble fonctionnel et trouble structurel. Le terme de SLI, utilisé dans les études anglophones, réunit les retards de langage sévères et les dysphasies sous une même entité. Billard (2002) avance qu'il est cependant nécessaire d'individualiser ces deux types de troubles car trop différents dans leur évolution et leur prise en charge. Ainsi, dans la plupart des études internationales, ce terme regroupe les deux types de troubles, fonctionnel sévère et structurel. La population n'est donc pas tout à fait la même selon les études.

3.2. Classification des syndromes dysphasiques

En France et dans les pays francophones, le terme dysphasie est largement employé. En s'appuyant sur le modèle de Crosson, Gérard (1993) dégage 5 tableaux différents.

La dysphasie phonologique syntaxique : Il s'agit de la forme la plus fréquente (70 % des dysphasies selon Pierart 2008). Elle se caractérise par une hypospontanéité verbale (c'est-à-dire une réduction des productions malgré un désir de communication préservé), des troubles phonologiques massifs, d'importantes difficultés morphosyntaxiques pouvant aller jusqu'à l'agrammatisme et un lexique réduit. Les capacités de compréhension sont quasi-normales.

La dysphasie de production phonologique : Il s'agit également d'une forme expressive, le versant réceptif étant relativement préservé. Le discours est dyssyntaxique, fluent mais peu intelligible, les troubles phonologiques sont massifs, avec une détérioration à la répétition (contrairement au premier groupe).

La dysphasie réceptive : Elle est caractérisée par un trouble majeur de la compréhension verbale. Segmenter la chaîne parlée, attribuer un sens aux unités linguistiques est très difficile, de même que discriminer les phonèmes. Ces difficultés se font ressentir sur le versant expressif par des paraphasies phonémiques, un discours dyssyntaxique et un manque du mot. C'est donc une dysphasie mixte.

La dysphasie lexicale-syntaxique ou mnésique : Le manque du mot est sévère, plus présent en situation dirigée. En spontané, le discours est réduit et l'enfant peut faire illusion car les déformations phonologiques sont peu présentes. Quand la longueur des énoncés augmente, les paraphasies verbales et la dyssyntaxie sont évidentes. La compréhension chute avec la longueur des énoncés : le trouble est mixte.

Le syndrome sémantique-pragmatique : Les difficultés sont, comme son nom l'indique, d'ordre pragmatique puisque les aspects formels du langage sont préservés. L'enfant a du mal à adapter ses énoncés au contexte, le discours est incohérent avec des néologismes, des passages « du coq à l'âne », des formules plaquées, des paraphasies verbales sémantiques, une syntaxe inappropriée, des persévérations : le défaut d'informativité est majeur et l'enfant n'a pas toujours conscience de ses difficultés. Il présente également des difficultés de compréhension des inférences, des métaphores, de l'implicite, de l'humour.

Ce dernier syndrome est souvent écarté des études car très différent des autres formes de dysphasie, et difficile à différencier de certaines formes de troubles du spectre autistique (TSA). De plus, le DSM V en fait un syndrome pragmatique à part entière, ne l'incluant ni dans les troubles du langage expressif, mixte ou phonologique ni dans les TSA : il s'agit d'un trouble de la communication sociale (pragmatique) d'après le DSM V.

Chevrie-Muller (1995) reprend la classification de Rapin et Allen (1963) (cités par Pierart 2004) dans laquelle quatre groupes sont définis :

- **Les troubles expressifs** : dans lesquels la compréhension est relativement préservée. Ils ne sont pas très fréquents. Elle les divise en deux sous-groupes :

- les dysphasies phonologiques (hypospontanéité, défaut d'informativité, répétition de mots préservée, mais celle d'énoncés est impossible)

- et les dyspraxies verbales, où le déficit est présent « a maxima ».

- **Les troubles mixtes** : comprenant le syndrome phonologique-syntaxique et la dysphasie réceptive selon la classification de Gérard. La compréhension est toujours meilleure que l'expression, elle est toutefois plus contextuelle que linguistique. Le désir de communication est intact : ces enfants utilisent donc beaucoup de gestes pour pallier leurs difficultés.

- **Le trouble lexico-syntaxique** : pouvant être un syndrome phonologique syntaxique en voie de résolution. La parole est fluente, intelligible mais il existe d'importantes difficultés d'évocation lexicale et des difficultés à comprendre les structures complexes.

- **Le trouble sémantique pragmatique**, dans lequel « la communication verbale manque d'adéquation pragmatique ».

Nous devons toutefois relativiser l'utilisation de ces classifications : en effet, la dysphasie étant une pathologie développementale, les symptômes peuvent changer. L'enfant dysphasique peut donc évoluer d'un syndrome à l'autre au cours de son développement (Leclercq et Leroy 2012). De plus, l'âge de diagnostic et les prises en charge proposées ont un impact et peuvent modifier les capacités des sujets. Ces auteurs nous invitent à utiliser ces classifications pour situer le profil actuel du sujet et ainsi proposer un projet thérapeutique personnalisé. En effet, une définition en termes d'écart-types et critères d'exclusion est nécessaire mais insuffisante : il faut y intégrer les variables individuelles et environnementales, les éléments langagiers et les troubles associés (Maillart et Schelstraste, 2012).

D'autres classifications existent, notamment celle de Bishop (2008). Certains auteurs prônent le fait d'abandonner les classifications, notamment Campbell et Skarakis-Doyle (2007) qui proposent d'évaluer la situation de handicap et les répercussions dans la vie de tous les jours afin de dégager un profil et d'y adapter la prise en charge.

4. TROUBLES ASSOCIES

La présence de troubles associés amène certains auteurs à remettre en cause la notion de spécificité du trouble. Leclercq et Leroy (2012) parlent d'une « problématique développementale qui apparaît plus complexe qu'un trouble isolé du développement langagier » : elles ont une vision plus globale de la dysphasie, mettant en avant la cooccurrence de troubles langagiers, praxiques (cooccurrence de 40 à 90 %) et attentionnels (cooccurrence de 20 à 40 %).

Selon Bishop (2008), il existe plusieurs voies pour acquérir le langage : si l'une d'entre elles ne fonctionne plus, une autre peut être exploitée. Or ce n'est pas le cas chez les dysphasiques qui n'en exploitent aucune : cela suggère que dans cette pathologie, plus d'un processus cognitif est déficitaire. Comme le rappellent Monfort et Juarez Sanchez (2001), si on exclut tous les autres troubles développementaux, on nie toute influence du langage et de la communication sur l'ensemble du développement cognitif, social et affectif de l'individu : grandir plusieurs années sans un langage fonctionnel a forcément des répercussions sur le développement cognitif. En effet, dès l'enfance, il existe une prévalence plus élevée de toute une série d'autres difficultés développementales chez les dysphasiques : perceptives, cognitives, psycho-motrices et socio-affectives. Chevrie-Muller (1995) insiste sur la reconnaissance de ces troubles associés, que nous présenterons plus en détails ici.

Les troubles d'acquisition du langage écrit : sont le plus souvent décrits dans les études. Selon Gérard (1993), il s'agit du principal risque évolutif. Il décrit la lecture des sujets dysphasiques comme étant une « lecture mosaïque utilisant une connaissance partielle des règles de transcoding grapho-phonémique, des connaissances acquises en global et des procédures d'essai-erreur marquées par des tentatives constantes de confrontation de ce qu'ils lisent avec les indices contextuels ». Paradoxalement, la modalité écrite est aussi utilisée comme support pour monter le langage oral.

Les troubles du raisonnement logico-mathématique : généraliser, comprendre les concepts abstraits, les relations de cause à effet, les concepts de catégorisation et d'inclusion sont des notions souvent compliquées pour les dysphasiques. « Le mode de pensée souvent très opératoire de ces enfants trop longtemps accrochés au concret entrave l'accès à l'imaginaire et à la conceptualisation » (Rondal 1998). A ces difficultés d'acquisition des concepts s'ajoutent les difficultés liées à leur trouble langagier : retenir le nom des nombres, résoudre des problèmes, calculer mentalement est compliqué (Billard et Touzin 2004).

Les difficultés d'organisation de la pensée : le sujet dysphasique s'inscrit dans « l'ici et maintenant », son langage est souvent opératoire, il a des difficultés à faire du lien, à symboliser, à créer. Le langage est « produit et est producteur de pensée » (Blanchet 1997). C'est une activité humaine essentielle, au centre de la vie mentale. Grâce à la fonction symbolique du langage, notre environnement est intelligible. La pensée des dysphasiques serait « figée ». Leurs « difficultés expressives ne suffisent pas à expliquer la pauvreté de [leur] expression orale : [leur] air soucieux, [leurs] silences, pourraient révéler une difficulté réflexive à formuler, en pensées, [leurs] propos » (Uze et Bonneau 2004). Ils ne savent pas comment dire.

Les troubles mnésiques : Billard et Touzin (2004) notent que la mémoire de travail est systématiquement déficitaire chez les dysphasiques, notamment la mémoire auditivo-verbale. Or il a été démontré que la mémoire de travail serait la fonction la plus indispensable à la planification et à l'élaboration du discours, ainsi qu'à sa compréhension (Gathercole et Baddeley 1989). La mémoire à long terme peut aussi être touchée. Ils manifesteront toujours de meilleures performances en modalité visuelle qu'en modalité auditivo-verbale.

Les troubles des fonctions exécutives : Le langage oral est de plus en plus fréquemment associé aux fonctions exécutives. Il existe une pluralité de dysphasies que nous pouvons associer à une pluralité de profils neuropsychologiques (George et Pech-Georgel, 2002). Ainsi, ces patients peuvent présenter des difficultés de planification, de flexibilité, une attention restreinte (distractibilité, faible capacité de concentration), des difficultés à anticiper et à maintenir leur objectif.

Les troubles psychomoteurs et praxiques : différents auteurs remarquent une immaturité des habiletés motrices chez les dysphasiques. Ces difficultés praxiques viendraient soit d'une dyspraxie associée, soit d'une perturbation dans la représentation mentale de la gestuelle. Ainsi, la planification motrice nécessaire à la production de la parole peut être altérée, tout comme l'ensemble des gestes. Des difficultés de perception spatiale peuvent exister. Ils présentent souvent des maladresses, parfois un trouble de la latéralisation ou des difficultés d'acquisition du schéma corporel. Les troubles de la motricité fine sont fréquents.

Les difficultés pragmatiques : les réactions des dysphasiques en situation de communication peuvent paraître comme inappropriées à leur environnement. Ils feraient preuve d'habiletés réduites pour comprendre les signaux non-verbaux de la communication et présenteraient des difficultés pour adapter leurs propres réactions aux signaux situationnels (Rourke 1989 cité

par Nahama & al. 2003). De plus, initier une conversation est compliqué, ils ont du mal à résoudre les pannes conversationnelles (chevauchements au cours du dialogue), ne répondent pas toujours aux questions posées et restent en retrait. Ils ont du mal à comprendre qu'une conversation est une tâche interactive (de Weck 2004). Il s'agirait pour nombre de ces symptômes de stratégies défensives : les dysphasiques parviendraient à évaluer leurs difficultés et tenteraient ainsi de les masquer et/ou de les compenser en s'isolant du groupe. Ainsi, ils ne font pas de demandes de clarification afin d'éviter de mettre en avant leurs difficultés de compréhension (à cause d'échecs précédents de communication) : c'est la théorie de l'hypométagmatique de Donahue (1987 cité par Larrieule et Jouanno 2009).

Les aspects socio-affectifs ne sont pas négligeables : Gérard (1993) précise que « plus qu'un déficit du langage, [la dysphasie] est une déviance de la dynamique comportementale qui viendra perturber l'adaptation de l'individu dans les domaines de la socialisation, du contrôle émotionnel et des acquisitions scolaires, conduisant à un handicap social durable ».

Les troubles comportementaux : les difficultés d'expression peuvent engendrer une agitation motrice importante, une certaine agressivité, de l'opposition ; les troubles de la compréhension entraînent souvent un retrait social ou d'autres formes d'isolement en réaction à la frustration de ne pouvoir utiliser le langage de façon efficiente (Conti-Ramsden et Botting 2004 cité par Landrin et Blanc 2009).

Les troubles psycho-affectifs : la dissociation entre l'envie de communiquer qui est présente, et l'incapacité de le faire génère des troubles qui se manifestent dès la petite enfance : troubles de l'alimentation, du sommeil, du contrôle sphinctérien. A cause de ses difficultés de communication, le jeune dysphasique peut être amené à une certaine dépendance envers un membre de sa famille : nous retrouvons souvent une relation fusionnelle à la mère engendrant des difficultés de séparation et d'intégration sociale. En grandissant, les difficultés dans les apprentissages scolaires entraînent des échecs : une image négative d'elle-même est renvoyée à la personne. A cela peuvent s'ajouter les moqueries des camarades de classe. Les personnes dysphasiques peuvent alors rapidement se sentir dévalorisées et anxieuses, adoptant parfois des conduites dépressives. Elles présentent souvent un trouble des relations affectives et du contrôle des émotions ainsi que des difficultés d'organisation de la personnalité (Ajuriaguerra 1972 cité par Monfort, Juarez Sanchez 2001). En effet, la pensée verbale participe à l'élaboration et à la régulation psychique de tout individu. Le langage étant perturbé, ce sont

les représentations de soi et du monde qui se trouvent altérées (Bion cité par Larrieule et Jouanno 2009).

5. HYPOTHESES ETIOLOGIQUES

Les premières études portant sur la dysphasie parlaient de « motherese inadéquat » pour expliquer l'origine du trouble. Aujourd'hui cette thèse est totalement écartée : il existe une base génétique certaine, à associer aux facteurs environnementaux et aux anomalies structurelles et fonctionnelles.

5.1. Hypothèses anatomiques, structurelles et fonctionnelles

De nombreuses hypothèses étiologiques concernent un désordre neurologique. Les techniques d'imagerie ne permettent pas de dégager un site lésionnel spécifique. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut mettre en évidence notamment une anomalie au niveau du planum temporal (plus large à gauche chez 65 % des sujets sains selon Geschwind et Levitsky 1968). Cohen et al (1989) parlent d'une anomalie de la migration neuronale, suggérant aussi une origine développementale anténatale. Pour Plante et al (1991), la région périsylvienne gauche serait réduite.

Les IRM fonctionnelles permettent de détecter des anomalies de fonctionnement : la spécialisation hémisphérique serait altérée chez les dysphasiques. Ainsi, lors d'une tâche de discrimination phonémique Tzourio et al (1994) (cités par Wetzburger 2004) ne retrouvent pas d'activation hémisphérique gauche. Chiron et al (1999) n'observent pas d'activation de l'aire de Broca chez des sujets dysphasiques droitiers dans une tâche d'écoute dichotique mais une augmentation du débit sanguin dans la zone équivalente à droite.

5.2. Les études électrophysiologiques

Les études électroencéphalographiques rapportent une prévalence d'anomalies épileptiques sur l'électro-encéphalogramme de sommeil, surtout dans les dysphasies réceptives. La prévalence de paroxysmes dans les dysphasies peut être soit la cause du trouble, soit l'expression d'un substrat commun aux dysphasies et à l'épilepsie. De nombreuses recherches sont en cours afin d'éventuellement déboucher sur un traitement médicamenteux, comme dans le syndrome de Landau-Kleffner (Picard 1998 cité par Wetzburger 2004).

5.3. Hypothèses génétiques

Bishop (2008) évalue l'hérédité de 50 à 75 % pour les enfants d'âge scolaire. L'étude de la famille K.E. a permis d'isoler une anomalie du gène FoxP2 sur le chromosome 7, à un locus nommé SPCH, anomalie non-généralisable à d'autres cas. Dans cette famille où 15 individus sont atteints de troubles du langage, l'affection se transmet sur un mode autosomique dominant sur quatre générations. L'imagerie fonctionnelle a détecté chez eux une prolifération neuronale aberrante ainsi que des anomalies fonctionnelles au niveau des régions motrices du lobe frontal. Ce cas est exceptionnel mais nous pouvons retrouver une vulnérabilité génétique dans les familles avec des antécédents de trouble du langage, sans pouvoir isoler de gène. D'autres études se sont intéressées à d'autres mutations, notamment sur les chromosomes 16 et 19 (the SLI consortium 2002, cité par Uze et Bonneau 2004).

L'étude de jumeaux permet d'évaluer la part génétique des troubles, puisqu'ils sont considérés comme évoluant dans un même environnement. Stomswold (2001 cité par Uze et Bonneau 2004) trouve une concordance des troubles chez 85 % des jumeaux monozygotes contre 50 % chez des jumeaux dizygotes. La part génétique est donc importante.

5.4. Hypothèse environnementale

Enfin, l'environnement, de par le jeu d'interactions entre le jeune enfant et l'adulte, a son importance. Uze et Bonneau (2004) émettent l'hypothèse que, sur un terrain particulier (telle une base génétique), l'environnement peut déterminer un développement pathologique du langage de l'enfant. Il est cependant peu probable qu'à lui seul (excepté les rares cas de carences socio-éducatives, cas par ailleurs exclus du diagnostic de dysphasie) l'environnement puisse générer de tels troubles. Selon cette hypothèse, à l'inverse, une action ciblée sur l'environnement de l'enfant peut favoriser son développement langagier, « même en présence de facteurs génétiques reconnus » (Uze et Bonneau 2004).

La dysphasie est certainement le résultat d'une interaction entre plusieurs gènes et des facteurs environnementaux.

6. PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES DYSPHASIES

Alors que les enfants typiques acquièrent le langage naturellement, le dysphasique va devoir fournir un effort considérable pour « apprendre à parler ». Or, « le langage, réellement ne peut pas être enseigné : on peut seulement l'éveiller dans l'esprit » (Katz et Fodor 1964). Il y a des bases fondamentales pour son bon développement mais certains facteurs vont

influencer son acquisition : les variables propres au sujet et celles de l'input environnemental, sur lesquelles nous pouvons intervenir. En effet, le langage s'inscrit dans la communication, il est le résultat de l'interaction. Ainsi, « si on stimule de façon plus intensive, mieux contrôlée et adaptée à l'individu, on pourrait compenser les déficiences » (Monfort, Juarez Sanchez 2001). Une intervention sur le langage oral ne peut se placer hors d'un contexte interactif réel.

Les auteurs notent que le pronostic d'oralisation n'est pas compromis : ces enfants parleront tous.

6.1. Objectifs et organisation de la prise en charge

La prise en charge orthophonique est longue, intensive et personnalisée. Larriuelle et Jouanno (2009) situent la durée moyenne de prise en charge autour de 12 ans. Plus elle débute précocement, mieux cela sera pour l'enfant. L'orthophoniste doit adopter une approche écologique et inclure l'entourage. La priorité est donnée à la communication et la valorisation des aptitudes est très importante. Il est conseillé de s'appuyer sur la multisensorialité et les systèmes facilitateurs (comme le Makaton) et cela assez précocement. Une remise en question continue du travail effectué est nécessaire afin de l'adapter au mieux aux besoins du patient (Monfort, Juarez Sanchez 2001).

L'orthophoniste doit adapter sa communication : réduire son débit, simplifier son langage, utiliser tous les canaux pour communiquer.

Au-delà de ses difficultés, le dysphasique reste avant tout un enfant (Touzin 2004). L'intervention de l'orthophoniste aura pour but de « lui permettre de se réinsérer dans la dynamique générale pour pouvoir profiter de toutes les occasions d'apprendre que lui fournit son entourage ». Le diagnostic différentiel avec le retard simple est indispensable car il influencera la prise en charge : le but dans une dysphasie est d'amener l'enfant à « parler avec/malgré son trouble, le compenser, le contourner » dans un objectif d'intégration sociale (Monfort, Juarez Sanchez 2001).

6.2. Approche formelle ou fonctionnelle ?

Deux types d'approches existent : les approches formelles, symptomatologiques et les approches génériques ou globales, plus fonctionnelles. Les premières sont aujourd'hui critiquées car elles manquent de méthodes plus actives, centrées sur l'aspect pragmatique, écologique.

Une étude de Cole et al (1991) compare un entraînement formel et un programme plus fonctionnel chez des enfants : les enfants dont le niveau de base était meilleur font plus de progrès avec l'entraînement formel contrairement aux enfants de niveau de base faible qui progressent plus avec l'entraînement fonctionnel. Ces résultats sont contredits dans l'étude de Snow (1989) où il est dit que les enfants les plus en difficulté doivent avoir un programme plus explicite, donc formel (cités par Monfort et Juarez Sanchez 2001). Ces deux démarches seraient donc vraisemblablement complémentaires.

De plus en plus de méthodes tendent à s'inscrire dans le fonctionnel. Le modèle interactif d'intervention langagière de Monfort, par exemple, a pour but de « refaire du modèle maternel un modèle efficace » en respectant les activités de l'enfant, et de faire de la communication une priorité pour le bon développement du langage. Cette méthode associe stimulation renforcée, activités formelles pour un apprentissage explicite et situations fonctionnelles pour un apprentissage implicite. Selon George et Pech-Georgel (2002), dans les dysphasies, pathologies structurelles où les difficultés sont massives, les activités formelles sont indispensables. Il est aussi important d'intégrer l'aspect fonctionnel pour l'automatisation des acquisitions.

Ces auteurs ne négligent pas le travail à faire au niveau des troubles associés : mémoire, attention, séquentiation temporelle, rythme, aspects psychomoteurs doivent être travaillés. Au vu de la quantité de troubles associés, la prise en charge de la dysphasie est pluridisciplinaire : orthoptie, psychomotricité, suivi psychologique sont souvent nécessaires en plus de l'orthophonie, indispensable.

6.3. Utilisation de la multicanalité

Les gestes et le visuel sont beaucoup utilisés auprès des enfants dysphasiques pour mettre en place le langage oral : il s'agit notamment de la méthode Makaton, dont l'utilisation est recommandée dans de telles prises en charge. Ces systèmes augmentatifs permettent de compléter le travail fonctionnel (leur apprentissage est d'abord formel puis fonctionnel pour l'automatisation) : on renforce l'input avec des gestes et des signes et on facilite l'output avec des signes, des pictogrammes, des codes, des logiciels, le tactile... Le passage du geste à la parole est ensuite spontané, car la parole est le prolongement naturel du geste dans le développement normal. De plus, Dussart (2008) préconise l'utilisation de la communication non-verbale dans la prise en charge orthophonique.

D'autres méthodes citées précédemment sont utilisées (Borel Maisonnny par exemple) pour supporter des apprentissages, mais ne sont pas proposées dans le but de travailler la communication.

Il est important de préciser que ces gestes ou signes sont des gestes de suppléance, des supports d'aide à la communication. Ils nécessitent un apprentissage et ne sont pas compris de tous, même au sein d'un même groupe culturel. Ils ne regroupent pas la totalité des gestes utilisés dans la communication non-verbale naturelle : dans la méthode Makaton, il s'agit uniquement de gestes quasi-linguistiques par exemple ; les co-verbaux ne sont pas abordés. Nous ne pouvons donc pas conclure que les professionnels du langage travaillent, avec ces supports, sur la gestualité communicative.

7. DIFFICULTES A L'ADOLESCENCE

La dysphasie persiste tout au long de la vie. L'évolution est variable selon les individus pouvant aller de la quasi-normalisation du langage à l'incapacité de communiquer oralement (Billard et coll 1999). Cette variabilité est liée à l'environnement familial, au niveau socio-culturel, qui influent eux-mêmes la prise en charge des troubles. Ces facteurs environnementaux ainsi que l'existence de troubles associés ont un rôle évident sur l'évolution de l'enfant dysphasique. Dans tous les cas, des difficultés persistent à vie. Clegg et coll (2005) décrivent l'évolution des dysphasiques en 4 phases : les progrès sont constants pendant l'enfance, moins importants pendant l'adolescence, l'évolution est très ralentie entre 20 et 30 ans avec encore un travail en phonologie, et l'adulte conservera des difficultés sur les plans du lexique, de la syntaxe et du langage élaboré. L'informativité s'améliore au fil des années.

Il est important de préciser que ces difficultés persistantes constituent un handicap variable selon la personne : l'épanouissement personnel ne tient pas qu'en la réhabilitation des déficits (Larrieule et Jouanno 2009).

7.1. Une période complexe

L'adolescence est une période complexe qui fait suite à la période de latence (6–12 ans). Les repères d'entrée et de sortie de cette période ne sont pas clairement définis. Les auteurs s'accordent tous sur le fait que cette période tend à s'accroître. La puberté débute de plus en plus précocement et la scolarité est de plus en plus longue ; de plus les conditions

socio-économiques allongent la situation de dépendance familiale : l'insertion professionnelle et la construction d'un foyer familial sont retardées (Coslin 2013).

Le terme « adolescent » vient du latin *adolescere* qui signifie « grandir ». C'est une période caractérisée par des bouleversements et remaniements profonds, biologiques, physiques, psychologiques et sociaux (Coslin 2010). Cette période correspond souvent à un dur passage, de l'enfance à l'âge adulte. En effet, selon A. Braconnier et D. Marcelli (1988), « grandir est par nature un acte agressif ».

La puberté avec l'action des hormones sexuelles amène des transformations corporelles concrètes (pilosité, poitrine, mue de la voix...) et symboliques : ce nouveau corps représente l'accès à une sexualité adulte.

Des changements existent également au niveau cognitif : la pensée et le raisonnement évoluent. En effet, il s'agit de la dernière étape du développement selon Piaget, celle de la pensée hypothético-déductive : les capacités d'abstraction se développent. « Le développement cognitif [de l'adolescent] ne réside pas seulement en une accumulation de connaissances. Il est transformation des moyens de penser, invention de nouvelles représentations, de nouvelles manières de poser les problèmes et de les résoudre » (Mallet et al, 2004).

Enfin, sur le plan psychoaffectif, l'adolescent est en pleine construction de son identité : ses idées, ses principes, ses goûts vont évoluer en fonction de son entourage, de la société, des figures d'identification variées. Il est en proie à des pulsions qui entraînent des conflits psychiques et identitaires, « suis-je digne d'intérêt ? qui suis-je ? où vais-je ? ». Les adolescents ont souvent une vision dévalorisée d'eux-mêmes car ils ont pour objectif d'atteindre un idéal : le compromis consiste en la constitution d'une « image suffisamment bonne », son identité d'adulte ne peut se construire qu'en s'inscrivant au sein de son histoire familiale, malgré les périodes de conflit (Damade 2014).

Finalement l'adolescence est une période pleine d'enjeux qui aboutit sur l'âge adulte. D'un point de vue psychanalytique, elle est marquée par « l'intégration de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation » (Emmanuelli, 2009).

7.2. Le langage particulier de l'adolescent

La fin du stade de la pensée hypothético-déductive correspond, au niveau du langage, au fait de pouvoir « raisonner sur un ensemble de propositions, juger de la vérité formelle des inférences, indépendamment du contenu matériel des énoncés » (Coslin 2010). Avant d'y arriver, l'adolescent passe par une période de transition durant laquelle cette pensée se construit.

Les adolescents ont du mal à canaliser leurs émotions et les mêlent souvent avec excès à leurs messages verbaux et non-verbaux. Ils investissent massivement leur corps, communiquant parfois par des actes. Cela surprend les interlocuteurs et souvent l'adolescent lui-même, envahi par ses émotions : les échanges sont alors perturbés par des crises, des ruptures. Cela entraîne une certaine angoisse chez le jeune qui ne se reconnaît plus. A l'inverse, lorsque les conflits internes sont refoulés, ils peuvent continuer à agir et communiquer comme des enfants (Tartar Goddet, 2000).

Durant cette période, le langage devient un mode d'intégration dans un groupe (Touzin, Leroux 2012). En effet, le registre de langage particulier utilisé par les jeunes participe pleinement aux phénomènes de différenciation et d'identification au groupe (Coquet 2005). Ils adoptent un langage commun qui leur permet de se reconnaître dans l'autre et leur apporte un sentiment de sécurité (Herbaux-Laborde 2013).

Au niveau réceptif, les adolescents sont en général très sensibles à la façon dont on s'adresse à eux : ils perçoivent très bien les sentiments de leur interlocuteur (Tartar Goddet, 2000).

Le langage a un rôle aidant et permet à l'adolescent d'assumer les transformations qu'il subit au niveau corporel, relationnel et affectif : « parler permet de s'écouter et s'approprier ses émotions ».

Si l'adolescence est une période difficile, elle l'est particulièrement pour les jeunes dysphasiques. En effet, l'image de soi, prépondérante à cette période, passe en partie par nos expériences de communication. Les expériences malheureuses de prise de parole, les incompréhensions entraînent moqueries, réactions négatives (et inconscientes) du milieu scolaire, de la famille. Elles peuvent être source de souffrance, entraînant un sentiment de honte, de frustration et encourageant à l'isolement (Chiron 2012). Le processus d'identification

au groupe est alors altéré, comme souvent dans les troubles du langage et de la communication (Coquet 2005).

7.3. Difficultés de communication chez l'adolescent dysphasique

Il n'y a pas de profil typique de l'adolescent dysphasique. En grandissant, les enfants puis les adolescents développent de nouvelles compétences : leurs discours contiennent plus d'informations, sont plus complexes et ils transmettent plus d'émotions. L'évolution de la communication est en lien avec le niveau de langage du sujet dans l'enfance, l'utilisation de ce langage et le vécu du trouble (gêne ressentie, répercussions psychosociales engendrées par la dysphasie) (Gutmacher 2011).

7.3.1. Aspects formels du langage

La littérature présente les adolescents dysphasiques comme possédant un niveau satisfaisant de langage formel (qui est toujours en évolution) et des difficultés au niveau des compétences fonctionnelles (Piller et al 2008).

Les adolescents dysphasiques maîtrisent donc les aspects formels du langage, même si ces compétences restent en deçà de celles des sujets au développement typique (Gerard 1993). Pour Rondal et Bredart (1989 cités par Herbaux-Laborde 2013), à 15 ans, la phonologie, la sémantique et la morphosyntaxe sont acquises mais le développement du langage n'est pas terminé : les aspects cités sont en cours de perfectionnement et les séances d'orthophonie sont principalement axées sur le développement du langage élaboré, c'est-à-dire le travail du sens inféré, de l'humour, la compréhension des métaphores... Wetherell et col (2007) ne mettent en avant aucune différence entre adolescents typiques et dysphasiques quant à la longueur des énoncés ou l'utilisation du lexique dans un discours narratif.

Cependant les compétences décrites ci-dessus (informativité, complexité des énoncés et transmission des émotions) sont plus pauvres chez les adolescents dysphasiques. Ils ont besoin d'être appuyés par l'interlocuteur, surtout dans une tâche narrative, plus compliquée qu'en production spontanée. Des difficultés persistent donc dans la communication, ils ont du mal à défendre leur opinion et à argumenter, mais les difficultés les plus massives demeurent dans la compréhension des jeux de mots et de langage (verlan, proverbes, blagues, publicités, métaphores...). Ainsi, le langage élaboré leur est difficilement accessible (Touzin et Leroux 2012).

7.3.2. Pragmatique

Saisir les règles gouvernant le langage (Chevrie Muller 1995) et comprendre les inférences sont aussi des éléments compliqués pour eux. En effet, « l'évolution actuelle du langage des pré-adolescents, établi sur un mode de plus en plus métaphorique (« je suis une masse en maths, je t'ai cassé... »), complique la compréhension des concepts et entrave les relations sociales des enfants dysphasiques, peu à l'aise avec les nuances sémantiques » (Revol, 2001). Selon une étude de Karasinski et Ellis Weismer (2010), ils auraient plus de mal que les adolescents présentant un retard global pour comprendre les inférences à distance. Ils indiquent qu'entraîner la mémoire de travail améliore cette compétence. Rinaldi (2000) montre que les adolescents SLI sont significativement moins aptes à utiliser le contexte pour comprendre le sens implicite. Ils ont également du mal à défendre leur opinion et à argumenter.

7.3.3. Conscience des troubles

Les dysphasiques sont souvent conscients de leurs difficultés : selon Larriuele et Jouanno (2009), 2/3 des adolescents et adultes dysphasiques préparent leurs phrases dans leur tête avant de prendre la parole, évitent de parler dans certains contextes, vont à l'essentiel, ont peur d'être jugés et demandent parfois à quelqu'un de prendre la parole à leur place. Ils admettent faire « de gros efforts » pour parler à la différence des sujets témoins participant à leur étude. La moitié d'entre eux disent faire des gestes pour compenser leurs difficultés ; or ils n'en font pas dans les situations de test. Les auteurs interprètent ces données comme étant dues au stress et au manque de confiance face à l'évaluation.

Le langage de l'adolescent et de l'adulte dysphasique gardera des traces du trouble spécifique malgré une rééducation appropriée. Leur discours présentera « une certaine originalité, un retrait souvent, une inhibition linguistique et des particularités de langage (monotonie, préciosité, glissements sémantiques, associations arbitraires personnelles) qui continuent de gêner l'entourage soucieux. [...] L'adulte dysphasique intégrera ces imperfections à son style personnel » (Messerschmitt 2004 cité par Herbaux-Laborde 2013).

7.4. Difficultés relationnelles

La communication est fondamentale pour les relations sociales (Clegg et al 2005). Les adolescents dysphasiques sont donc à risque pour développer des difficultés sur le plan social (Conti-Ramsden et Botting 2008).

Maîtriser une langue c'est accéder à une communauté linguistique, construire une identité culturelle, un « soi verbal ». La pauvreté des échanges verbaux, les difficultés de communication que rencontrent les dysphasiques entraînent une restriction de leurs relations. « Ils appréhendent avec anxiété un milieu si peu adapté à leurs difficultés » (Uzé et Bonneau 2004). A l'adolescence notamment, l'humour et l'ironie font partie de l'intégration sociale : les adolescents dysphasiques ont des difficultés de compréhension qui se transforment dans ce contexte en difficultés pragmatiques puisqu'ils répondent de façon inadaptée ou pas du tout, n'emploient pas ou mal ces tournures (Dussart 2008).

7.4.1. Faible estime de soi

Ils sont souvent confrontés à l'échec malgré les efforts fournis : maintenir une image positive d'eux-mêmes et une relation satisfaisante avec leur environnement est primordial. Or, ils ont une moins bonne estime d'eux-mêmes et sont plus timides que les adolescents ordinaires (Wadman et al. 2008 cités par Herbaux-Laborde 2013). Pour vaincre cela, il faudrait des programmes spécifiques de prévention travaillant sur les processus cognitifs impliqués et entraînant les compétences sociales en contexte (Nahama et col 2003). Le parcours scolaire, jalonné de difficultés, entraîne souvent une anxiété de performance et une baisse d'estime de soi (Revol 2001 cité par Herbaux-Laborde 2013).

Durkin et Conti-Ramsden (2007) rapportent une pauvreté des relations amicales chez 40 % des adolescents SLI de leur étude. Les phénomènes d'intimidation et de moqueries diminuent au fil des années mais restent 10 % plus élevés chez les jeunes dysphasiques (16 ans). De plus, ces phénomènes sont fortement corrélés aux symptômes anxieux et dépressifs (Knox et Conti-Ramsden 2007 cités par Herbaux-Laborde 2013). Parmi les 124 jeunes dysphasiques ayant participé à leur étude, presque la moitié était ou avait été victime de moqueries ou d'intimidation.

7.4.2. Connaissances et comportements sociaux

Nahama et col (2003) ont proposé un questionnaire à des jeunes adolescents dysphasiques (9-12 ans) concernant leurs comportements en situation sociale : les résultats indiquent que les sujets connaissent les réponses sociales adaptées mais ne les mettent pas en pratique car plus inhibés que les adolescents typiques. Il semblerait que leurs difficultés proviennent d'un déficit par inhibition des comportements adaptés.

7.4.3. Autonomie

L'autonomie est plus lentement acquise chez les personnes dysphasiques. Elle dépend du type de symptômes : le groupe un (dysphasie phonologique-syntaxique) serait plus rapidement autonome contrairement au groupe trois (dysphasie réceptive) qui peut ne pas utiliser le téléphone et ont de plus grosses difficultés à l'écrit (Czapiewski et Ehrhardt cités par Larrieule et Jouanno 2013). De plus, il existe souvent une forte dépendance à leurs parents qui ont tendance à les surprotéger, ce qui les conforte dans leur manque de confiance en eux et le manque d'initiative (Uzé et Bonneau 2004). Ceci constitue une aide puisqu'un environnement langagier tolérant leur est offert, mais aussi un frein car l'utilisation du langage, de la symbolisation est limité ; la séparation sera mal gérée.

« Les possibilités de communication, d'autonomie et de socialisation restent moindres même chez les sujets ayant récupéré des possibilités linguistiques assez correctes. » (Billard et coll 2007). St Clair et al (2010 cités par Herbaux-Laborde 2013) ont montré que les difficultés comportementales et émotionnelles diminuent au fil des années contrairement aux difficultés sociales, qui sont croissantes et plus importantes à l'adolescence (16 ans), notamment dans la relation avec les pairs.

Leur qualité de vie est donc diminuée : ils sont gênés dans leur scolarité, avec leurs amis, avec des inconnus donc ont moins confiance en eux. Par contre, les études ne relèvent pas de difficultés familiales significatives par rapport aux adolescents typiques.

7.5. Milieu scolaire

A l'école, les enseignements se transmettent grâce aux modalités verbales, orales ou écrites, et cela de plus en plus fréquemment en grandissant. Les difficultés des adolescents dysphasiques vont donc s'accroître malgré leurs progrès (Monfort et Juarez Sanchez 2001).

7.5.1. Orientation

Les enseignants ne sont pas suffisamment informés, des aménagements sont rarement mis en place : cela peut empêcher le maintien dans le système scolaire ordinaire. Cependant, les choses ont tendance à évoluer de façon positive : Franc et Gerard (2003) démontrent que les dysphasiques s'orientent de plus en plus vers des filières classiques. Parmi les aménagements, des projets individuels d'intégration sont aujourd'hui fréquemment mis en place pour le niveau élémentaire, encore peu pour le collège. Ces auteurs relèvent 49 % des

dysphasiques comme étant dans des collèges contre 21 % seulement pour Larrieule et Jouanno (2009).

Guillon (2005) remarque que le taux de redoublement de ces adolescents est beaucoup plus important que chez les adolescents ordinaires (70 % contre 23 %). Franc et Gérard (cités par Larrieule et Jouanno 2009) soulignent le taux d'orientation important lors de l'entrée au collège : 51 % des adolescents dysphasiques de cette étude ont été orientés en classes adaptées, spécifiques ou en Institut Médico-Educatif. Par la suite, certains poursuivent une scolarité générale ou professionnelle, la plupart optent pour une formation courte et professionnalisante type BEP ou CAP. Guillon (2005) remarque que les adolescents dysphasiques orientés présentent de moins bonnes capacités d'accès au langage élaboré par rapport aux dysphasiques non-orientés.

7.5.2. Difficultés à l'écrit

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les troubles du langage écrit sont associés aux dysphasies. Rutter et coll (cités par Larrieule et Jouanno 2009) rendent compte des difficultés importantes à ce niveau qui persistent à l'âge adulte, et rendent compliquées les années à l'école : chez des sujets de 24 ans, seuls 5 % ont un niveau de langage écrit normal. La moitié a un niveau de lecture inférieur à 10 ans. Au cours de leur scolarité, l'apprentissage de nouvelles matières (langues étrangères, rédaction...) n'est pas facile à aborder pour les adolescents dysphasiques, au profil cognitif particulier (Revol 2001).

La réussite scolaire dépend, comme les autres domaines, de l'âge de diagnostic, des prises en charge dont une « rééducation orthophonique intensive et personnalisée » (Revol 2001).

7.6. Troubles associés

7.6.1. Fonctions exécutives et communication non-verbale

Stothard et al (1998 cités par Herbaux-Laborde 2013) ont démontré qu'à 15 ans, si un trouble du langage persiste, ce qui est le cas chez les personnes dysphasiques, les scores au QI non-verbal seront inférieurs à la norme montrant que ces jeunes ont de réelles difficultés à raisonner et manipuler du matériel non-verbal.

Au niveau des fonctions exécutives, la mémoire de travail et les capacités de planification sont moins performantes à l'adolescence. Cela participe aux difficultés de communication verbale et non-verbale. Hou Laforgue (2012) analyse la communication non-

verbale des adolescents dysphasiques produisant un discours procédural. Elle observe moins de gestes co-verbaux (référentiels). Elle établit une corrélation entre la gestualité et les difficultés de mémoire de travail et de planification retrouvées. Faire des gestes et parler constitue une situation de double-tâche : donc la mémoire de travail faible entraîne une limitation des gestes co-verbaux. Ces gestes apparaissent en synchronie avec la chaîne parlée, émettant une idée commune. Ainsi, comme « la gestualité est révélatrice de la pensée » (Alibali et al. 2000), une diminution des gestes traduit des difficultés à convoquer le contenu sémantique et à organiser sa pensée. Les difficultés de planification retentissent sur le discours verbal (moins d'informations et moins bonne organisation) et sur le nombre de gestes car elles affectent la programmation motrice des mouvements. Le discours est donc moins cohérent. En conclusion, la diminution du nombre de gestes retrouvés chez les adolescents dysphasiques rend plus difficile la programmation conceptuelle de l'énoncé et sa mise en mots.

7.6.2. Troubles psychiatriques

Finalement, ces adolescents (16 ans) sont plus fragiles : ils sont plus exposés à présenter des symptômes anxieux ou dépressifs (Conti-Ramsden et Botting 2008). Franc et Gérard (2003) arrivent aux mêmes conclusions : troubles psychiatriques de type hyperactivité, dépression, anxiété ou opposition sont plus fréquents chez les dysphasiques.

7.7. Adaptations de l'évaluation orthophonique

Il existe des outils d'évaluation du langage oral, écrit et des fonctions exécutives pour les adolescents. Cependant, ces outils permettent d'obtenir des « mesures traditionnelles » comme le niveau lexical, syntaxique... Ces données sont utiles mais, chez des adolescents, on ne peut négliger les aspects fonctionnels, plus écologiques. Pour Wetherell et coll (2007), mesurer les performances, c'est-à-dire le niveau fonctionnel, chez les adolescents permettrait de révéler plus précisément leurs capacités et leurs difficultés. Il faut associer tests standardisés et situations de vie quotidienne. Les premiers mettront en évidence les mécanismes déficients, les seconds révéleront les conséquences des troubles et les moyens de compensation mis en place au quotidien (Piller et coll. 2008).

Cependant, ces auteurs retrouvent peu de liens entre les résultats obtenus aux deux types d'épreuves : les aspects formels sont souvent proches de la moyenne alors qu'en situation, les adolescents dysphasiques présentent encore des difficultés importantes. Ainsi, à

partir de l'adolescence, l'évaluation classique est à compléter par une évaluation des difficultés au quotidien.

8. GESTUALITE ET DYSPHASIE

Les dysphasiques présenteraient des habiletés non-verbales préservées selon les définitions du trouble spécifique du langage oral. Il y aurait donc une dissociation claire entre leurs capacités langagières et les autres processus cognitifs. Or, nous l'avons vu, il a été démontré que le langage est, certes, la première zone de trouble, mais que ce déficit entraîne des difficultés dans d'autres domaines. Au vu de la reconnaissance actuelle des troubles associés, touchant notamment les fonctions exécutives et le domaine moteur, cette distinction semble moins évidente (Hick, Botting, Conti-Ramsden 2005 cités par Botting et al. 2010).

En parallèle, les questions sur la nature des liens entre gestes et langage commencent à se tourner vers le domaine des troubles « spécifiques » du langage oral. Monfort et Monfort-Juarez (2011) précisent que l'intrication et la relation entre gestes et parole se voient altérées à partir de 1 à 2 ans lorsque le langage parlé se développe avec retard ou de façon déviante.

Nous tenterons de présenter les capacités et les difficultés motrices que présentent les enfants et adolescents porteurs de troubles du langage, et de décrire leur communication non-verbale.

8.1. Difficultés motrices

Bien qu'ils s'appuient sur les gestes pour se faire comprendre, plusieurs études témoignent des difficultés que présentent les enfants dysphasiques dans les tâches motrices.

Hill (1998) parle de l'association fréquente entre troubles du langage et troubles de la coordination motrice (cité par Iverson et Braddock 2011). Dans son étude, les enfants présentant une dysphasie obtiennent des scores significativement inférieurs à ceux des enfants typiques dans des tâches d'imitation de mouvements coordonnés. Selon lui, il s'agirait d'une immaturité neurologique générale, se manifestant donc sur les versants langagier et moteur.

Plus récemment, Marton (2009 cité par Botting et al 2010) étudie des enfants SLI âgés de 5 ans 3 mois à 6 ans 10 mois comparés à des enfants au développement normal, de même âge, dans des tâches d'imitation de postures. Il reprend cette idée concluant sur la gestualité « immature » des enfants présentant un trouble du langage : ils font des oublis flagrants d'éléments formant les postures (attention fixée sur quelques détails signifiant un traitement

partiel de l'objectif), inversent des positions, persévèrent dans une position... Ils reproduisent donc moins d'éléments et déforment les postures en les imitant, ce qui traduit des difficultés sur les plans qualitatifs et quantitatifs dans ce domaine non-verbal. Marton relie ces résultats aux troubles des fonctions exécutives : difficultés d'inhibition, d'attention sélective, de flexibilité et de mémoire de travail.

De plus, Iverson et Braddock (2011) retrouvent des difficultés significatives chez des enfants dysphasiques (2 ans 7 mois – 6 ans 1 mois) en motricité fine et globale.

8.2. Les gestes pour pallier les difficultés de langage ?

Malgré le peu de littérature sur le sujet, nous retrouvons des divergences entre les auteurs concernant l'analyse des gestes au sein de cette population. Cela s'explique par la grande hétérogénéité des profils de personnes dysphasiques, la nature évolutive de leur trouble, les changements qui se produisent chez ces sujets dans les relations entre gestes et parole avec l'âge, la variation de critères d'inclusion des différentes cohortes étudiées (Monfort et Monfort-Juarez 2011) et l'absence d'outils étalonnés pour l'évaluation de la gestualité.

Magaldi (2007, cité par Monfort et Monfort-Juarez 2011) en visionnant rétrospectivement des vidéos d'enfants de 12 mois démontre que les enfants qui ont reçu le diagnostic de trouble spécifique du langage oral faisaient sensiblement moins de gestes que les enfants ayant un développement normal.

Avec des résultats à l'opposé, Thai et al (1991) concluent sur le fait que les enfants présentant un retard de langage utilisent plus de gestes communicatifs que d'autres enfants de même niveau linguistique. Evans, Alibali et McNeill (2001) trouvent les mêmes conclusions sur une population d'enfants dysphasiques ; mais cette même équipe arrive à des conclusions autres en 2006 : la gestualité des enfants dysphasiques et celle des enfants typiques de même âge seraient équivalentes...

Dans une analyse comparative des modalités verbales et gestuelles, Monfort et Juarez Sanchez (2001) ont analysé des situations naturelles de communication. Ils observent également un contraste entre les aptitudes non-verbales et la pauvreté du langage des enfants dysphasiques. En effet, malgré leurs énormes difficultés à se faire comprendre, le désir de communiquer reste intact. La modalité gestuelle leur permet alors d'exprimer plus de choses de façon plus claire (ex : dans la tâche de dénombrement de Piaget, on peut voir que les

dysphasiques ont une intelligence non-verbale normale) : regards, mimiques et gestes sont largement utilisés chez les enfants dysphasiques.

De plus, la relation des gestes au verbal est différente si l'on compare la communication d'enfants typiques et dysphasiques. En effet, les enfants dysphasiques utilisent la modalité gestuelle pour lutter contre les inconvénients de leur trouble du langage, il s'agit d'un moyen palliatif, utilisé à la place du verbal alors que les enfants typiques les utilisent de façon complémentaire (de Weck et Salazar Orvig 2007).

En grandissant, les dysphasiques emploient également des gestes co-verbaux : selon Botting & al (2010) ils ont un rôle compensatoire, comme chez les enfants typiques plus jeunes, sur le versant expressif mais aussi réceptif. Ils ont présenté à des enfants âgés de 4 à 7 ans un énoncé oral dont le dernier élément signifiant était remplacé par un geste représentatif. Les enfants avaient pour tâche de retrouver l'image correspondant au geste parmi trois distracteurs (gestuel, sémantique ou neutre). Les enfants dysphasiques se trompaient en désignant le distracteur gestuel alors que les erreurs des enfants typiques s'orientaient vers le distracteur sémantique. Les enfants dysphasiques s'appuient donc plus sur l'information gestuelle que sur l'information linguistique, contrairement à leurs pairs.

Enfin, la communication non-verbale peut étayer le langage dans les troubles expressifs purs mais peut être altérée dans les troubles mixtes, perturbant alors la possible compensation recherchée dans l'expression corporelle et gestuelle (Monfort et Monfort-Juarez 2011).

8.3. Hypothèses explicatives

Les enfants présentant un trouble du langage utiliseraient donc plus de gestes pour s'exprimer, comblant leurs difficultés orales. Comment expliquer ce paradoxe ? La première explication vient du développement normal : la coordination des gestes manuels précède celle des muscles bucco-phonateurs. Ensuite, les gestes, contrairement à la chaîne parlée, sont globaux et synthétiques. Le langage oral est segmenté et linéaire. Formuler nos idées verbalement fait appel à la mémoire et aux capacités de planification. Les gestes permettent de transmettre une forme visuelle, en utiliser diminue la charge cognitive, notamment en situation de double-tâche (Iverson et Braddock 2011).

D'un autre côté, si l'on reprend la théorie de McNeill (développée au chapitre 1, 5.2 Bases neurophysiologiques communes), les modalités gestuelle et verbale du message seraient

sous-tendues par les mêmes processus. Il ajoute que s'il y a interruption dans une modalité, les effets se font aussi ressentir dans l'autre. D'où les données de certains auteurs qui affirment que les enfants dysphasiques produisent moins de gestes que leurs pairs au développement typique. En effet, les difficultés à s'exprimer dans la modalité verbale transparaissent également au niveau des gestes.

Par ailleurs, les enfants SLI expriment des savoirs plus sophistiqués à travers les gestes qu'à travers le langage oral, ils sont plus habiles pour utiliser les gestes sans parole par rapport à leurs pairs. Evans, Alibali et McNeill (2001) proposent une hypothèse explicative : une mémoire phonologique à court terme défaillante (ce que présentent les SLI) ne permet pas de retenir des formes phonologiques stables ; selon eux, cela influence la représentation et l'expression des connaissances du sujet sur le monde. Cependant, les représentations non-verbales sont préservées et de bonne qualité car elles entrent via un autre input (la vision à la place de l'audition). Ainsi, les défaillances de la mémoire phonologique à court terme entraînent des liens appauvris entre les représentations phonologiques et les savoirs sur le monde chez les enfants SLI.

8.4. Et la gestualité des adolescents dysphasiques ?

Peu d'études concernent les troubles du langage et la gestualité ; la majorité d'entre elles concernent les enfants.

Hou Laforgue (2012) étudie le discours procédural de quinze adolescents dysphasiques. Elle observe que ces adolescents produisent moins de gestes que leurs pairs. Or, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, les gestes facilitent la production langagière et ont également un impact dans le développement du langage (Alibali et Goldin-Meadow, 2013). Ainsi, comme expliqué dans la partie 7.6.1. de ce chapitre intitulée « Fonction exécutives et communication non-verbale », la moindre production de gestes chez ces adolescents rend plus difficile la planification conceptuelle de l'énoncé et sa mise en mots.

8.5. Rôle des orthophonistes

Il a été prouvé que les difficultés motrices entraînent des conséquences négatives sur le sport, évidemment, mais aussi à l'école (écrire, colorier) et au niveau social (jeux avec les pairs). Si un trouble du langage est associé à de telles difficultés il y a un réel risque d'isolement social, de perte d'estime de soi (Iverson et Braddock 2011). L'intérêt d'évaluer et de prendre en charge les difficultés motrices des enfants présentant un trouble du langage oral

est démontré. Evaluer les compétences gestuelles des enfants permet d'anticiper sur d'éventuelles difficultés de langage oral : une étude de Thal et Tobias (1992, cités par Iverson et Thelen 1999) a montré que les enfants produisant moins de gestes communicatifs avant l'apparition du langage oral, présentent un an après un retard de langage. Intervenir sur les aspects moteurs (gestualité communicative et motricité globale) améliorerait l'intégration sociale des enfants ainsi que leurs compétences langagières (mécanismes communs).

Les professionnels du langage se servent déjà de la modalité visuelle pour compenser ou augmenter la communication de leurs patients : gestes, pictogrammes, regards, mimiques sont utilisés auprès des patients aphasiques, présentant un trouble envahissant du développement ou une dysphasie. Cependant, ils ont tendance à abandonner ces supports lorsque le trouble langagier semble rétabli. Aussi, Iverson et Braddock (2011) préconisent d'inclure à ces prises en charge la gestualité spontanée et la motricité.

La dysphasie est un trouble spécifique du langage oral, structurel, sévère et durable. La prise en charge de cette pathologie est longue, intensive et personnalisée. Les professionnels s'appuient sur la multisensorialité pour faciliter l'entrée dans le langage : le but n'est pas ici d'améliorer la posturo-mimo-gestualité, ni les aspects para-verbaux de la communication. Il est cependant préconisé d'intégrer au travail orthophonique, l'amélioration de la communication non-verbale chez les patients dysphasiques.

En effet, les adolescents dysphasiques maîtrisent les aspects formels du langage mais présentent toujours des difficultés communicationnelles, notamment au cours des échanges avec leurs pairs : leur expression est « figée », ils ne mettent pas en pratique leurs connaissances des comportements sociaux car trop inhibés.

Parmi les troubles associés, nous nous sommes intéressés aux difficultés motrices. Les enfants dysphasiques ont une gestualité particulière, certains parlent de « gestualité immature ». Cependant, les gestes ont pour eux un rôle compensateur face à leurs difficultés sur les versants réceptif et expressif : ils se substituent souvent au langage, contrairement aux enfants au développement typique qui complètent plutôt leurs énoncés par des gestes. A l'adolescence, il a récemment été démontré que les personnes dysphasiques faisaient moins de gestes que leurs pairs. Il s'agit d'une période au cours de laquelle les difficultés scolaires, sociales et relationnelles vont crescendo.

Dans le chapitre suivant, nous présenterons les intérêts orthophoniques d'un travail en groupe auprès d'adolescents et les avantages du théâtre comme médiateur pour le travail d'une communication totale.

CHAPITRE 3 : LE THEATRE EN THERAPIE

1. LES GROUPE THERAPEUTIQUES

1.1. Généralités

Aujourd'hui, le travail en groupe est très répandu en institution, beaucoup plus rare en exercice libéral. Les groupes thérapeutiques peuvent être proposés à différents âges de la vie : enfants, adolescents et adultes. Cet éventail de possibilités dans l'utilisation des groupes en thérapie est assez récent : les premiers groupes thérapeutiques débutent dans les années 30 aux Etats-Unis et sont réservés aux enfants. Ils se développent selon l'idée qu'une situation groupale propose « un environnement favorable aux interactions tout en permettant un meilleur contrôle pulsionnel, une adaptation plus souple à la réalité sociale et [une amélioration des] capacités de sublimation de l'enfant » (Slavson cité par Privat et Quelin-Souligoux, 2005). L'adulte a un rôle facilitateur et non d'interprétation.

Il est important de ne pas rassembler au sein d'un même groupe des personnes avec un décalage d'âge trop important ou des symptômes trop disparates : « une trop grande hétérogénéité des troubles, ainsi qu'une trop grande disparité risquent de rendre particulièrement difficile le fonctionnement groupal, qui repose, pour les enfants, à la fois sur la possibilité d'identification et de différenciation » (Privat et Quelin-Souligoux 2005). A l'inverse, rassembler des personnes présentant les mêmes symptômes, à la même intensité n'est pas recommandé : un phénomène de différenciation est aussi en jeu. Il faut donc respecter un certain équilibre dans la constitution du groupe.

Les participants peuvent s'identifier aux autres. Cet étayage sur les pairs est un puissant agent thérapeutique. En effet, au sein d'un groupe, chaque individu apporte des parties de lui-même. Les membres du groupe vont se rencontrer, contribuant au processus d'identification, de construction de soi. Selon J. Bléger (1987) « il existe d'emblée un arrière-fond de solidarité, de non-discrimination ou de syncrétisme inconscient qui constitue le lien le plus puissant entre les membres d'un groupe ». C'est donc un lieu de rencontre où naissent émotions et pensées communes. Dans un second temps, ils fonctionneront sur un processus de différenciation en se comparant aux autres. La pluralité des sujets associés aux limites temporelles et spatiales du groupe constituent un véritable appui (Kaës et Laurent 2009).

Pour garantir ce cadre spatio-temporel, le ou les thérapeute(s) doivent exercer une fonction contenante et transformatrice sans jamais se montrer autoritaire, notamment face à

des adolescents (Tartar Goddet 2000) : ce sont les garants du cadre, du respect des règles, de la sécurité de chacun. Ils présentent aussi des capacités d'accueil et de métaphorisation. Le travail psychique des membres du groupe s'étaye directement sur cette capacité contenante (Kaës et Laurent 2009).

Ce cadre, permanent, fait du groupe thérapeutique un système d'interaction particulier : ces interactions sont réalisées de façon régulière, avec une permanence du cadre et des personnes présentes, répondant toujours aux mêmes règles de fonctionnement qui sont propres à l'atelier : il existe donc une certaine permanence par rapport aux aléas des interactions de la vie de tous les jours. Pour autant, dans le cadre d'un atelier théâtre, qui nous intéresse, « il existe une communication réelle entre les acteurs, sur fond de communication fictive entre les personnages » (S. Lescaut 2003).

Pour favoriser le travail des processus de symbolisation, difficiles à mettre en place uniquement via des interventions verbales, le thérapeute peut utiliser un objet médiateur. Il s'agit des contes, du jeu dramatique, de la peinture, l'écriture, la musique ou encore la boxe selon les patients et les objectifs de travail. Le médiateur contribue au sentiment d'appartenance, il « cimente » le groupe (Guimont 2008) et aide à symboliser autrement qu'à travers les mots les angoisses inconscientes.

Cela explique pourquoi « il y a des choses que l'on ne peut penser, que l'on ne peut élaborer, que l'on ne peut percevoir que dans un fonctionnement groupal » (Kaës et Laurent 2009).

1.2. Les groupes d'adolescents

Les adolescents ont besoin de se reposer sur leurs pairs, de sentir qu'ils appartiennent à un groupe de semblables : les relations avec les pairs sont très importantes au cours de cette période. Ils trouvent de nouvelles figures d'identification, entrent dans un lieu d'échanges et prennent ainsi de la distance avec leurs parents (Tartar Goddet 2000). « La bande est pour l'adolescent le moyen de trouver une identification, une protection, une exaltation et un rôle social » (Marcelli et al. 2008). Le groupe thérapeutique est une occasion enrichissante de vivre des expériences collectives de création et d'interaction sans se sentir jugé ni dévalorisé.

2. LE THEATRE EN THERAPIE

2.1. Qu'est-ce que le théâtre ?

Nous ne proposerons pas une définition exhaustive du théâtre, univers de formes et d'influences multiples, mais les aspects importants par rapport à la réalisation de notre étude.

« Le théâtre est l'art de la communication » (Mégrier et Héril 2011). Véritable moyen d'expression, il fait appel à l'imaginaire, aux capacités d'écoute de soi et des autres. C'est un art collectif, dans un lieu d'interactions et de communication. Chacun se présente tel qu'il est pour une expression commune, sans bonne ou mauvaise réponse : il suffit de créer, dans le plaisir. Le théâtre est un langage multiple qui passe par les mots, la voix mais aussi le corps (posturo-mimo-gestualité, proxémie). Les accessoires, costumes, décors, jeux de sons et lumières, les procédés scéniques font pleinement partie du processus de représentation et transmettent également des informations : c'est une forme de langage (Viala et Mesguich 2011).

Le théâtre est un jeu public, composé de deux activités indissociables : faire et voir, jouer et observer. Il s'agit des rôles remplis par les acteurs d'une part et les spectateurs de l'autre. C'est ce qui différencie cet art, où la création se fait ici et maintenant dans le partage, du cinéma, où l'espace et le temps sont figés (Chiron 2012).

Le théâtre permet de vivre et de comprendre la réalité en apportant un regard neuf. C'est une manifestation de la réalité puisque les comédiens s'inspirent de personnes et de faits réels pour créer une fiction. Il ne s'agit pas d'imiter la réalité mais d'inventer un univers particulier : le comédien puise dans ses connaissances, sa perception du monde, de lui-même, dans son imagination et ses capacités d'expression.

2.2. Les effets thérapeutiques du théâtre

2.2.1. Une expression totale

Le théâtre permet à celui qui en fait d'expérimenter des formes d'expression riches et variées. Le comédien peut jouer avec ses émotions, son corps et sa parole dans une « expression totale » (Lescaut 2003). Au niveau réceptif, le sens se transmet également à tous les niveaux.

Pour ce faire, il faut laisser libre cours à notre expression. Or, au quotidien, des routines et des masques sociaux limitent notre expression. Le théâtre nous permet l'expérimentation de sensations (certains mouvements, certaines émotions) dont on a perdu

l'habitude pour ressentir toutes les modifications externes et internes qui se produisent alors. Attention, il n'y a pas une bonne façon d'exprimer quelque chose : selon sa personnalité et le contexte de l'action chacun aura sa propre interprétation. Pour manifester de la tristesse par exemple, on peut passer par des cris, des pleurs ou à l'inverse par un enfermement et une certaine froideur. Toutes les nuances pourront être travaillées, les contrastes, les intensités différentes. Le travail du corps, instrument privilégié d'expression et de communication, permet d'enrichir le texte et/ou de le remplacer. « Le théâtre favorise l'attention portée à l'utilisation de son corps car chaque geste doit être mis au service du sens et non réalisé de façon automatique » (Chiron 2012).

Le travail de la voix est également abordé au théâtre : en effet, elle est indissociable du corps. Nous pouvons travailler tous les aspects du co-texte, à savoir le rythme, les silences, la prosodie, la hauteur, l'intensité. En effet, jouer une scène ne consiste pas en une épreuve de récitation. Il s'agit de jouer avec le dire : la parole du comédien est vivante, il joue avec le sens et la sonorité des mots, portant son attention tant sur le fond que sur la forme des choses. Comme l'explique Hartmann (2011, cité par Chiron 2012) « il faut soutenir son texte et non l'étouffer en récitant ».

Travailler le langage du corps a un intérêt particulier auprès des adolescents : ils sont en proie à des changements physiques et psychiques complexes, où la relation au corps et l'image de soi se modifient. On dit souvent d'eux qu'ils sont « mal dans leur peau ». Le théâtre permet de valoriser chez le jeune ses capacités d'expression vocale, gestuelle et corporelle (Guimont 2008).

2.2.2. *L'affirmation de soi*

Etre sur scène, c'est se donner en spectacle, c'est sentir tous les regards sur soi : il s'agit d'une véritable prise de risque...tout en restant un temps de plaisir puisque cela nous offre une certaine valorisation, il y a du plaisir dans le « donner à voir » (Chiron 2012).

Le comédien se lance, ré-essaie, tente de dépasser ses inhibitions. Sophie Lescaut (2003) décrit la scène comme étant le lieu des « possibles », favorisant le lâcher-prise car l'enjeu est ludique au théâtre. En osant se dépasser, le comédien se découvrira des possibilités. Ainsi le théâtre permet de mieux se connaître, de prendre conscience de ses potentialités mais aussi de ses difficultés. « La rencontre avec l'extraordinaire et l'imaginaire nous paraît être une grande richesse du théâtre. Elle invite le comédien à se séparer de ses habitudes, à se rendre disponible à autre chose, à repousser ses limites » (Lescaut 2003).

Ce qui les aide à se dépasser est la mise à distance du réel, grâce à la représentation. On s'autorise alors plus facilement à expérimenter différents rôles. Il ne s'agit pas de s'oublier, d'être un autre mais bien d'interpréter avec ce que l'on est un personnage (Vives 2009). Interpréter un personnage constitue une mise à distance de sa propre parole : on adresse des gestes, des paroles, des émotions à un interlocuteur (public ou autre comédien) au nom d'un autre (le personnage).

9. THEATRE ET ORTHOPHONIE

Le théâtre est un médiateur intéressant pour atteindre les objectifs d'une prise en charge orthophonique : il constitue un support ludique, permet le travail en groupe amenant notamment un étayage par les pairs, il aide les patients à découvrir d'autres modes de communication que le verbal et à devenir « acteurs » de leur thérapie (Manheimer 1999). Cette dimension (devenir acteur de) est très intéressante dans la problématique adolescente : ces jeunes tentent d'atteindre une certaine autonomie, vers l'âge adulte. Le théâtre contribue à ce processus en les incitant à prendre des initiatives, se lancer.

Il s'agit d'un enrichissement dans la rééducation puisque le patient se retrouve dans un espace d'échange plus naturel que le cadre orthophonique dual. Lorsque le suivi orthophonique dure depuis un certain temps, proposer une prise en charge groupale permet de dynamiser la rééducation et offre à l'orthophoniste une occasion d'observer ses patients en situation de communication de groupe et avec des pairs.

L'une des façons de travailler l'expression théâtrale consiste en des jeux théâtraux, supports ludiques nous permettant de cibler certains domaines. Ils permettent d'expérimenter de multiples langages : « celui du geste, de la parole, du rythme, de l'espace, des éléments plastiques » (D. Mégrier et Héril 2005). Ces exercices constituent des moments de partage, d'expériences communes de jeu et de communication où la créativité et l'expression sont valorisées. Ils permettent aux acteurs de diminuer leurs inhibitions, de se rendre disponibles, à l'écoute de l'autre comme d'eux-mêmes. Nous avons choisi ce support de travail, plus adapté que le travail d'une pièce au vu de notre problématique, lors des ateliers que nous présenterons dans les pages suivantes.

Ce dernier chapitre nous a permis d'exposer les avantages du travail orthophonique en groupe : il favorise les interactions. L'étayage apporté par les pairs, la fonction contenante remplie par les thérapeutes et l'utilisation d'un médiateur constituent de puissants agents thérapeutiques, notamment chez des adolescents ; en effet, le sentiment d'appartenance à un groupe est primordial dans leur construction identitaire.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les enjeux d'une prise en charge orthophonique auprès d'un adolescent dysphasique comprennent les aspects formels mais aussi les aspects plus fonctionnels du langage et de la communication. Ainsi, le théâtre s'avère être un médiateur intéressant : il permet d'associer des exercices ciblés, pour un travail formel, et de réelles mises en scène, pour une communication fonctionnelle. C'est également l'occasion de montrer à ces patients que la communication est un moment de plaisir et d'échange avec un partenaire et non un moment où il faut réaliser une performance. Un des enjeux du travail orthophonique serait d'amener le jeune dysphasique à reconnaître dans l'autre un partenaire de communication plutôt qu'un juge de son langage. Cela passe, grâce au théâtre par la valorisation d'autres formes de langage que le verbal : ce médiateur nous permet de proposer d'autres ressources pour s'exprimer, notamment le visuel.

Nous avons proposé ce type de prise en charge à 5 adolescents dysphasiques : nous présenterons dans la partie suivante la méthodologie suivie et nos résultats, que nous discuterons ensuite dans une dernière partie.

PROBLEMATIQUE

Les adolescents dysphasiques continuent de présenter, après de longues années de rééducation orthophonique, des difficultés communicationnelles. Selon Gérard (1993) ils contrôlent les aspects formels du langage mais des difficultés perdurent dans la communication avec les pairs, plutôt au niveau pragmatique. Ces difficultés sont majorées par la problématique adolescente : le sentiment d'appartenance à un groupe, la construction de l'identité sont souvent mis à mal à cause de moqueries ou d'incompréhensions. Il est notamment difficile pour ces adolescents dysphasiques d'utiliser le même langage que leurs pairs. Ils se focalisent alors sur la forme de leurs énoncés et sont donc figés dans leur communication. Selon Hou Laforgue (2012), ils produisent moins de gestes que leurs pairs.

Est-il possible d'augmenter la part gestuelle des énoncés produits par les adolescents dysphasiques ? Si oui, cela permettrait-il d'améliorer leurs compétences communicationnelles ?

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Le but de notre travail est de proposer à des adolescents dysphasiques, un atelier d'exercices orientés sur la prosodie, la gestualité, l'expression corporelle et des émotions afin d'améliorer leurs capacités de communication non-verbale. Nous faisons l'hypothèse selon laquelle ces ateliers leur permettront d'enrichir leurs productions non-verbales. Ainsi, nous nous attendons à montrer :

- une augmentation de la quantité de gestes (quasi-linguistiques, référentiels, expressifs et para-verbaux),
- une amélioration du sentiment de confiance ressenti par ces adolescents en situation de communication.
- une progression au fil des ateliers : amélioration des habiletés de communication et utilisation spontanée d'une expression totale.

MATERIEL ET METHODES

Pour vérifier nos hypothèses nous avons réalisé un protocole en trois parties.

La première hypothèse (une augmentation de la quantité de gestes) sera étudiée en trois étapes :

- Evaluation de la gestualité des adolescents (évaluation T0),
- Participation des adolescents aux ateliers d'expression théâtrale,
- Evaluation de la gestualité des adolescents (évaluation T1).

La deuxième hypothèse (augmentation du sentiment de confiance en situation de communication) sera étudiée en 3 étapes également :

- Evaluation du sentiment de confiance en situation de communication par le biais d'un questionnaire (évaluation T0),
- Participation des adolescents aux ateliers d'expression théâtrale,
- Evaluation du sentiment de confiance en situation de communication par le biais d'un questionnaire (évaluation T1).

La troisième hypothèse sera étudiée en visionnant les séances (enregistrement vidéo) ; nous décrirons ensuite nos observations cliniques.

1. POPULATION

Notre population d'étude comprend cinq adolescents présentant l'une des quatre formes de dysphasies suivantes : phonologique-syntaxique, production phonologique, réceptive, lexicale-syntaxique. Nous avons volontairement exclu la dysphasie sémantique-pragmatique dont le symptôme principal est un trouble pragmatique. Les patients doivent également avoir bénéficié d'une prise en charge orthophonique (celle-ci n'est pas interrompue pendant l'étude).

Le groupe se compose ainsi (dans un souci d'anonymat, nous avons modifié les prénoms) :

- Marion, 16 ans, scolarisée en classe de 3^{ème} ULIS ;
- Julie 18 ans, qui prépare un CAP, ayant reçu le diagnostic de dysphasie production phonologique à 6 ans ;
- Corinne 21 ans, en recherche d'emploi, ayant reçu le diagnostic de dysphasie phonologique syntaxique à 10 ans ;

- Baptiste 18 ans, ayant reçu le diagnostic de dysphasie lexico-syntaxique à 8 ans ;
- Victor 18 ans, en classe de terminale, ayant reçu le diagnostic de dysphasie production phonologique à 6 ans.

2. PROTOCOLE

2.1. DESCRIPTION DES ATELIERS

Les ateliers consistaient en des séances de groupe et ont donc été proposés aux cinq adolescents en même temps. Dix séances d'une heure ont été réalisées au rythme d'une séance tous les quinze jours. Toutes les séances ont été réalisées au même endroit, dans un cabinet d'orthophonie. Les ateliers étaient co-animés par une orthophoniste et une étudiante en orthophonie. Ils ont été filmés à partir du mois de janvier avec l'accord des patients afin de permettre l'analyse clinique de leur évolution.

La forme et le contenu des séances s'inspirent des exercices utilisés dans les cours de théâtre et dans la pratique orthophonique. Nous nous sommes tout particulièrement inspirés des exercices pratiqués dans les cours de théâtre de la compagnie Leitmotiv à Bordeaux, de l'ouvrage de D. Mégrier et A. Héril (2011) (*Entraînement théâtral pour les adolescents*), et des supports orthophoniques que sont les ouvrages de C. Mawois (2010) « *La voix en scène* » et « *Jeux au carrefour du langage et des fonctions exécutives* » de P. Célérier (2010).

Nous avons également utilisé des techniques particulières, largement exploitées au théâtre et de plus en plus en thérapie :

- *La visualisation* : qui est la capacité que nous avons tous de nous représenter une situation, un son, une sensation, un personnage, une émotion ou un objet précis. Cette technique fait appel aux capacités d'imagination et de représentation mentale. Au théâtre, elle permet de stimuler la créativité, de se détendre, de développer les habiletés motrices.
- *La relaxation* : permet la détente des participants. Cette technique est employée au théâtre mais aussi fréquemment en orthophonie. Cela rend les patients/les comédiens disponibles pour les exercices proposés, au moment présent.
- *Le jeu dramatique* : il s'agit de mises en situation de communication, tous aspects pris en compte.

Afin de dynamiser les séances, nous avons utilisé le support vidéo en visionnant des saynètes de la série télévisée « *Un gars, une fille* ». Ces extraits nous ont permis de démontrer aux patients l'utilité de la communication non-verbale lors de la première séance. En effet, nous les avons visionnés sans le son, puis analysés ensemble : de nombreuses informations passent à travers les gestes, selon leur amplitude et leur signification, mais aussi à travers les postures et les mimiques. En ajoutant le son de la voix (deuxième visionnage), on a également mis en avant les informations qu'apportent en plus la modalité vocale et les mots. Au cours des deux dernières séances, ces séquences nous ont servi de base pour se mettre en scène. Après les avoir visualisées sans le son et analysées, les participants ont préparé deux par deux, à l'aide d'un texte simplifié, une mise en scène. Tous les aspects de la communication étaient alors réunis : gestualité, posture et proxémie, mimiques, prosodie, verbal.

Nous avons également proposé par moments d'utiliser des accessoires afin d'aider les participants à imaginer un personnage et à le jouer, à se lancer.

Toutes les séances étaient organisées selon un schéma prédéterminé : le temps d'accueil, l'échauffement, les exercices et le temps de sortie, et organisées autour d'un thème précis.

2.1.1. Schéma des séances

- Temps d'accueil et de sortie

Chaque séance comprend un rituel d'entrée et de sortie. Pendant ces temps, nous sommes en cercle, assis sur des chaises.

Au début de l'atelier, il s'agit d'un moment de relaxation durant lequel les participants prennent le temps d'être présents. Nous faisons quelques respirations en position détendue, puis un exercice de visualisation. A la fin de cet exercice, nous proposons toujours de visualiser mentalement la scène présente : le bureau, avec les différentes personnes présentes placées là où elles sont réellement.

A la fin de l'atelier, nous nous réunissons de la même façon, nous faisons quelques respirations en position détendue puis nous prenons le temps de faire le point sur la séance : qu'est-ce qui leur a plu ; moins plu ; les exercices proposés étaient-ils faciles, difficiles ; pourquoi ; et dans la vie de tous les jours, comment cela se passe-t-il... Dans le même sens, nous leur avons proposé un questionnaire au bout de la 6^{ème} séance : cela nous a permis de connaître leur ressenti de façon plus formelle et d'adapter les séances suivantes : choisir tel

type d'exercice ou tel support apprécié de tous, maintenir ou supprimer certains temps ou certaines attitudes par exemple.

- **Echauffement**

L'échauffement se fait en général debout. Il permet de réveiller le corps et de se mettre en condition. Il s'agit de déplacements différents, de mimes collectifs... « Mobiliser le corps et travailler la dynamisation permet de faire prendre conscience de [son] corps comme instrument de créativité et de communication » (D. Mégrier, 2004).

- **Exercices**

Deux ou trois exercices sont proposés à chaque séance. Ils consistent en des jeux théâtraux (pour la présentation de tous les exercices voir la partie Résultats et analyse). Ces jeux doivent être réalisés par les adolescents dans différentes situations : seuls face au groupe, en binômes, à la chaîne, ou tous en même temps (pour plus de détails voir la partie 9 « théâtre et orthophonie », chapitre 3).

2.1.2. Les thèmes abordés

Chaque séance est organisée autour d'un thème particulier. Les deux premières sont consacrées à des exercices généraux autour du corps. Les huit séances suivantes sont consacrées à la communication, travaillant d'abord au niveau du non-verbal pour progressivement arriver à la communication totale. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- Séance n° 3 : contact et proxémie,
- Séance n°4 : prêter attention à l'interlocuteur / position de récepteur,
- Séances n° 5 et 6 : les mimiques,
- Séances n°7 et 8 : la voix (hauteur, intensité, débit, prosodie),
- Séances n°9 et 10 : communication totale

2.2. EVALUATION DE LA GESTUALITE

La gestualité des adolescents a été évaluée au cours d'entretiens avant puis après leur participation aux ateliers (on parlera de T0 et T1). Ces entretiens étaient menés par une personne différente à T0 et T1 de manière à éviter que les adolescents connaissent leur interlocuteur.

Ces entretiens visent à mettre le sujet dans une situation de communication la plus naturelle possible en abordant des thèmes rencontrés dans la vie quotidienne. Ainsi, les thèmes abordés à T0 comme à T1, sont les suivants :

- Présentation
- Cours actuel, scolaire ou professionnel
- Loisirs : récit d'un film ou d'un livre
- Récit d'un voyage
- Modes de déplacement dans leur ville
- Description du lieu de vie
- Description d'action : mettre le couvert
- Question avec hypothèse : que ferais-tu si tu gagnais un million d'euros

Ces entretiens sont filmés de manière à ce que deux juges puissent comptabiliser et classer, après coup et de manière indépendante, le nombre de gestes produits par les adolescents. Les gestes comptabilisés ont été classés selon leur type (classification descriptive) en nous inspirant de la classification de Cosnier et al. (1997) : nous les avons répartis en gestes quasi-linguistiques (conventionnels, pouvant avoir une signification sans le verbal), référentiels (gestes de pointage et dessin dans l'espace), expressifs (les mimiques) et para-verbaux (gestes de la main et de la tête, produits au même rythme que l'énoncé verbal) (voir chapitre 1, 3.Sémiotique des gestes pour plus de détails). Chaque entretien a été chronométré : nous avons déterminé un score de gestualité qui correspond à la moyenne du nombre de gestes comptabilisés par les deux juges rapporté au temps d'entretien.

Seuls les gestes des mains et de la tête ont été comptabilisés ; un même geste répété plusieurs fois à la suite n'a été compté qu'une fois. Nous rappelons la définition de Iverson et Braddock (2011), « un geste commence quand la main entre en mouvement dans le champ gestuel, c'est-à-dire devant le corps du sujet, et finit quand la main est rétractée de l'espace, ou change de trajectoire. Quelques gestes concernent la tête et le corps. »

2.3. EVALUATION DU SENTIMENT DE CONFIANCE EN SITUATION DE COMMUNICATION

Nous avons proposé aux adolescents deux questionnaires, l'un avant, l'autre après leur participation aux ateliers (on parlera de T0 et T1).

Ces questionnaires ont pour but de recueillir leur sentiment de confiance et de performance en situation de communication. Ils consistent donc en une auto-évaluation de leur communication verbale et non-verbale. Les questionnaires sont composés des trois rubriques suivantes :

- **Le ressenti de leur niveau de difficulté en fonction des situations sociales** (en famille, entre amis, en classe, en situation duelle, avec les filles, avec les garçons). Cette rubrique est composée de 6 questions auxquelles les adolescents doivent répondre par 0-1-2-3 ou 4 selon qu'ils se sentent en difficulté ou pas dans ces situations (sachant que, 0 = très en difficulté et 4 = parfaitement à l'aise). Cette rubrique est notée sur 24. Un score faible (< à 12) reflète un sentiment de difficulté dans ces situations sociales.
- **Le ressenti de leur niveau de difficulté à l'oral** au niveau de l'accès au lexique et de la syntaxe. Cette rubrique est composée de 2 questions auxquelles les adolescents doivent répondre par 0-1-2-3 ou 4 selon qu'ils se sentent en difficulté ou non dans ces situations (sachant que, 0 = très en difficulté et 4 = parfaitement à l'aise). Le score total de cette rubrique est noté sur 8. Un score faible (< à 4) reflète un sentiment de difficulté à l'oral.
- **Le ressenti de leur niveau de difficulté en communication non verbale.** Cette rubrique est composée de 5 questions auxquelles les adolescents doivent répondre selon un choix multiple (« oui/non » ou autres affirmations selon les questions). Le score total de cette rubrique est noté sur 5. Un score faible (< 3) reflète un sentiment de difficulté de communication non verbale.

Comme présenté, pour éviter de mettre les participants en difficulté en les obligeant à formuler leur réponse, nous avons proposé des questions à choix multiple ou des questions à quantifier (réponse = 0 à 4). De plus, nous avons choisi de lire et remplir les questionnaires avec les patients afin d'éviter toute incompréhension ou difficulté de déchiffrage en lecture.

- Ainsi, nous nous attendons à montrer que :
 - ✓ à T0 : la majorité des adolescents interrogés ont un sentiment de confiance en situation de communication faible. Soit :
 - Un score à la rubrique « situation sociale » \leq à 12

- Un score à la rubrique « oral » \leq à 4
 - Un score à la rubrique « non-verbal » \leq à 5
- ✓ à T1 : la majorité des adolescents interrogés ont un sentiment de confiance en situation de communication élevé. Soit :
- Un score à la rubrique « situation sociale » $>$ à 12
 - Un score à la rubrique « oral » $>$ à 4
 - Un score à la rubrique « non-verbal » $>$ à 5

2.4. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Nous proposons d'analyser nos résultats selon trois approches :

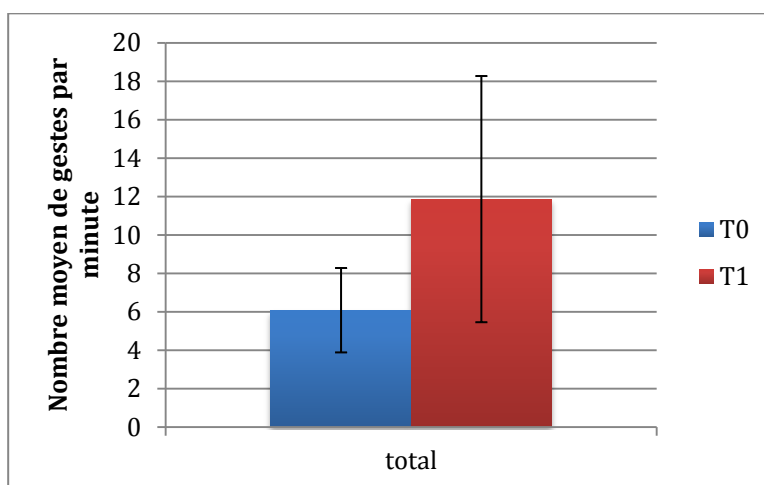
- Une approche quantitative qui consiste à comparer le nombre de chaque type de geste réalisé par les adolescents avant v/s après les ateliers. Pour cela, nous avons utilisé le test statistique de Wilcoxon : on part de l'hypothèse H_0 selon laquelle la différence entre le nombre moyen de gestes par minute entre T1 et T0 est nulle. « P » est la probabilité de se tromper en vérifiant cette hypothèse. Ainsi, si $p < 0,05$ on rejette H_0 : la différence entre les moyennes est significative et la probabilité de se tromper en affirmant cela est $<$ à 5 %. Si $p > 0,05$, on accepte H_0 : la différence entre les moyennes n'est pas significative et la probabilité de se tromper en affirmant cela est $<$ à 5 %. Dans le cas où $0,05 < p < 0,1$, on parle de « tendance » : les moyennes ne sont pas significativement différentes mais tendent à l'être.
- Une approche qualitative qui consiste à comparer les réponses aux questionnaires avant et après les ateliers.
- Une analyse clinique qui consiste à décrire les performances des patients durant les différents exercices proposés au cours des ateliers. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les enregistrements vidéo.

RESULTATS ET ANALYSE

1. ANALYSE QUANTITATIVE

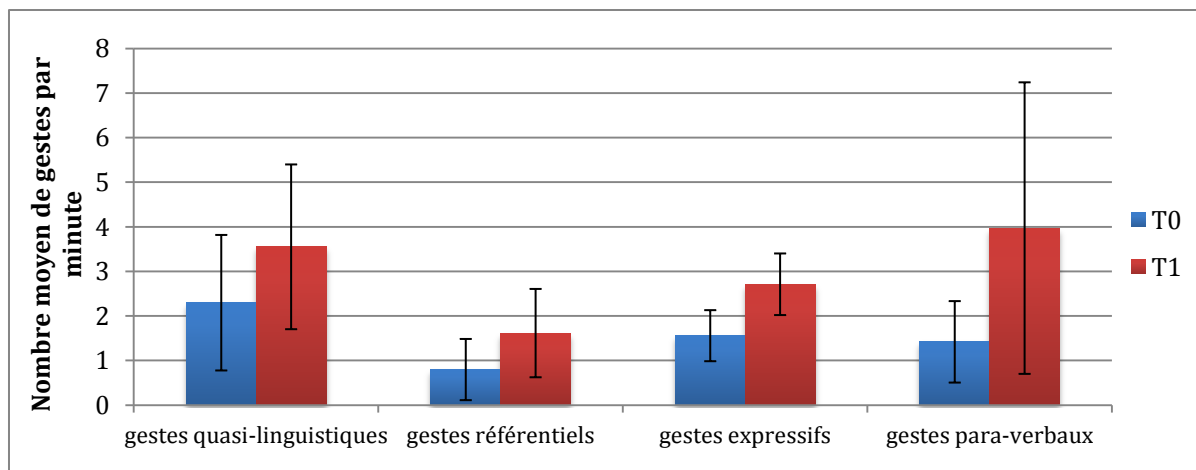
Nous rappelons que notre hypothèse est qu'il existe une augmentation significative du nombre de gestes après les ateliers théâtre. En d'autres termes, le nombre de gestes réalisés en une minute est significativement supérieur à T1 (après les ateliers théâtre) par rapport à T0 (avant les ateliers théâtre).

Comme le montre le graphique 1, le nombre total de gestes réalisés en une minute est supérieur à T1 par rapport à T0 mais le test de Wilcoxon montre que cette différence n'est pas significative ($p = 0.06$). Par contre cette différence tend à être significative (puisque $p < 0.1$).



Graphique 1 : comparaison du nombre total moyen de gestes réalisés par minute entre T0 et T1. (Les barres d'erreurs représentent l'écart type)

Comme le montre le graphique 2 ci-dessous, le nombre moyen de gestes réalisés en une minute est supérieur à T1 par rapport à T0 pour tous les types de gestes mais le test de Wilcoxon montre que ces différences ne sont pas significatives pour les gestes de type quasi-linguistique et référentiels ($p = 0.31$ et $p = 0.12$ respectivement) mais tendent à être significatives pour les gestes de type expressifs et para verbaux ($p = 0.06$ pour les deux types de gestes).



Graphique 2 : comparaison du nombre moyen de chaque type de gestes réalisés par minute entre T0 et T1. (Les barres d'erreurs représentent l'écart type)

Ainsi notre hypothèse n'est pas vérifiée puisque :

- le nombre total de gestes réalisés en une minute tend à être supérieur à T1 par rapport à T0 mais ne l'est pas significativement.
- le nombre de gestes expressifs et para verbaux réalisés en une minute tend à être supérieur à T1 par rapport à T0 mais ne l'est pas significativement.
- le nombre de gestes quasi-linguistiques et référentiels réalisés en une minute n'est pas significativement supérieur à T1 par rapport à T0.

2. ANALYSE QUALITATIVE

Nous rappelons notre hypothèse : il existe une amélioration du sentiment de confiance en situation de communication après la participation des adolescents aux ateliers.

Le tableau 1 répertorie les scores des sujets aux questionnaires :

	T0	T1
Score "situations sociales"	1	0
Score "oral"	2	3
Score "non-verbal"	5	0

Tableau 1 : nombre d'adolescents (sur 5) obtenant une note faible* aux trois sous-rubriques du questionnaire.

(*une note faible correspond respectivement à une note < à 12 , 4 et 5 pour les scores aux rubriques 1, 2 et 3. Ils témoignent d'un sentiment de difficulté.)

Comme le montre le tableau 1, à T0, un adolescent se sent plutôt en difficulté dans les situations sociales proposées, deux se sentent en difficulté au niveau du langage oral et cinq, c'est-à-dire l'ensemble des adolescents interrogés ont des scores faibles à la rubrique 3 "non-verbal" et se sentent donc en difficulté dans ce domaine; la majorité d'entre eux ne se sentent pas en difficulté dans les autres domaines évalués.

Le tableau montre également qu'à T1, aucun adolescent ne se sent en difficulté dans les domaines "situations" et "non-verbal" puisqu'aucun n'obtient une note inférieure aux seuils. Enfin, trois adolescents sur cinq se sentent en difficulté dans le domaine oral.

Ainsi, après la participation aux ateliers, une minorité d'adolescents se sent en difficulté dans tous les domaines évalués, notamment celui de la communication non-verbale.

Ainsi, notre hypothèse est partiellement vérifiée puisque on constate chez les adolescents une amélioration du sentiment de confiance en situation de communication principalement dans le domaine non verbal. Par contre l'auto-évaluation qu'ils font de leur langage oral et de leurs performances dans les différentes situations sociales proposées varie peu.

Le tableau 2 montre le détail de la rubrique communication non-verbale. Ce tableau regroupe les impressions de chaque sujet sur l'utilisation des gestes, des expressions faciales, de la voix et l'observation des interlocuteurs après les ateliers, par comparaison à leur communication non-verbale avant la prise en charge

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Total de +
Gestes	+	=	+	+	=	3
Expressions faciales	+	-	=	=	+	2
Observation de l'interlocuteur	+	=	+	=	+	3
Prosodie	=	+	=	=	=	1

(+ : utilise/fait plus de ; = : aucun changement ; - : utilise/fait moins de)

Tableau 2 : auto-évaluation de la communication non-verbale

Le tableau 2 montre que la majorité des adolescents (3/5) ont le sentiment d'utiliser davantage de gestes et d'observer davantage leur interlocuteur en comparaison à avant les ateliers. Deux adolescents sur cinq ont le sentiment d'utiliser davantage les expressions

faciales et seulement un adolescent sur cinq a le sentiment de faire davantage de nuances au niveau de la prosodie.

3. ANALYSE CLINIQUE DES SEANCES

Afin de compléter les résultats obtenus aux évaluations quantitatives et qualitatives, nous proposons ici une analyse clinique des performances des patients dans chacun des exercices proposés. Chaque exercice a des objectifs précis.

- **Déplacements :**

Il s'agit de se déplacer dans la salle, en mimant une certaine attitude (*sur la pointe des pieds, sur les talons, en retard, balade tranquille sur la plage, sous la pluie, sur la lune, comme une danseuse étoile, comme un robot, comme si l'on transportait quelque chose de lourd...*)

Objectifs : échauffement, prise de conscience du corps, imagination, adapter sa démarche à des éléments extérieurs, jouer un personnage, affirmation de soi.

Séance 1 : un des thérapeutes doit montrer l'exemple pour que les patients se lancent et améliorent leurs mimes pendant que le deuxième propose des ajustements individuels verbalement. Les déplacements sont tendus, peu différenciés ; on observe cependant un certain relâchement au fil de l'exercice.

Séance 2 : les patients peuvent se lancer seuls dans l'exercice. Nous observons plus d'essais, de variations entre les différents déplacements.

- **Téléphone arabe par mimes :**

Les participants sont les uns derrière les autres. Le thérapeute mime le terme au premier, qui, lorsqu'il l'a deviné, touche l'épaule du suivant, qui se retourne pour essayer de deviner le mime et ainsi de suite. Nous avons accepté des variantes des mots cibles (ex : coiffeur/coiffeuse, ski/skier).

Objectifs : gestualité, précision du geste, imaginaire et capacités de visualisation, position de récepteur.

Séance 1 : Les gestes manquent de précision : par exemple, tenir un fer à repasser ou un pinceau est mimé de la même façon. De plus, le mime principal est parfois noyé parmi d'autres (ex : « repasser » : certains miment différentes actions : prendre les habits, les

repasser, les plier, les ranger...). Suite à ces observations, nous avons repris les mimes proposés, tous ensemble, en verbalisant tout ce qu'on faisait (façon de tenir le fer, pose du contexte...) et en leur demandant de s'imaginer dans cette activité. C'était plus précis. Nous remarquons que les filles et les garçons font parfois des mimes différents, en correspondance avec l'utilisation qu'ils font de l'objet à mimer (ex : « coiffeur » : les filles utilisent une paire de ciseaux, les garçons, une tondeuse). Nous relevons quelques manques du mot alors que le mime était intégré.

Séance 2 : Les mimes d'un même objet sont plus variés (ex : « conduire » : certains tiennent le volant, d'autres passent les vitesses et freinent...), les gestes sont plus précis donc l'exercice s'enchaîne plus rapidement par rapport à la séance précédente.

Séance 8 : les participants ont demandé à ce que cet exercice soit répété. Nous avons alors noté un enrichissement des mimes proposés : chacun a amélioré le mime de départ, se l'est approprié, les patients se sont ajustés aux propositions que leur faisait celui qui devait deviner sans intervention des thérapeutes.

- **Le miroir :**

Seul face au groupe, prendre une position et la maintenir. Les autres doivent observer le corps de l'autre dans son ensemble (axe de la tête, orientation des pieds et des mains, position des doigts, des articulations...), et reproduire la position en miroir.

Objectifs : imitation de posture, imagination, prise de conscience de son corps, observation de l'interlocuteur.

Séance 2 : Les difficultés principales concernent pour certains le manque d'inspiration face aux autres pour trouver une posture (seuls les bras et les jambes sont positionnés); pour d'autres, c'est l'imitation qui est compliquée. Nous observons des oublis, des inversions, reflétant un manque de précision en général. Au fil de l'exercice, entraînés à tout observer, les imitations sont correctes.

Séance 3 : Un thérapeute se joint aux patients afin de complexifier l'exercice en proposant des postures plus complexes. Suite à cela, les postures que les patients proposeront seront également plus complexes, ils mobilisent le corps en entier (bras et jambes mais aussi tronc, mains, doigts, visage...). Les erreurs sont quasi-inexistantes.

- **Déplacement groupés :**

Il s'agit de se déplacer comme si on ne faisait qu'un, en un seul bloc. (*Tous regardant à travers un hublot / tous regroupés dans un coin comme si un monstre avançaient vers eux / cri de guerre d'une équipe qui gagne*).

Objectifs : synchronisation, proxémie, prêter attention aux autres, imagination, contact.

Séance 3 : Ils gardent tous spontanément une distance importante les uns envers les autres. Nous sommes obligés de les rapprocher physiquement. Ils parviennent ensuite à maintenir cette proxémie particulière. Le « cri de guerre » est très difficile à trouver : un étayage important et plusieurs répétitions sont nécessaires.

- **Mimes à distance :**

Deux par deux, ils miment des termes en faisant varier la distance entre les interlocuteurs.

Objectifs : adapter l'amplitude des gestes à la proxémie, comprendre qu'il existe des notions de distance entre interlocuteurs différentes selon la relation qui les lie, imagination, précision du geste.

Séance 3 : Les mimes effectués à distance importante sont très bien réalisés, précis, amples, exagérés : les gestes sont adaptés à la proxémie. S'approcher de l'autre tout en mimant est plus difficile : cela nous a permis d'aborder la notion de distance minimale entre interlocuteurs en analysant le sentiment de gêne plus ou moins ressenti selon cette distance.

- **Mime collectif :**

Un par un, ils viennent se placer côte à côte pour former les rouages d'une même machine qui travaille : elle peut faire différentes étapes à la chaîne.

Objectifs : prise en compte de l'interlocuteur, synchronisation, précision des gestes, imagination.

Séance 3 : les gestes ne sont pas différenciés d'un patient à l'autre (par exemple, ils ne font que mimer le passage d'un objet de l'un à l'autre). Il faut décomposer le travail : d'abord verbaliser l'action effectuée, la réaliser, puis l'adapter pour qu'elle s'enchaîne de façon synchronisée avec le mime précédent. Alors seulement le mime collectif est synchronisé pendant quelques secondes.

Séance 4 : cet exercice est repris et adapté lors de cette séance. Nous proposons de découper une action à la chaîne (*se brosser les dents*). Là aussi, il nous faut verbaliser les différentes étapes afin de déterminer qui fait quoi. Spontanément, chacun mime son action, sans prendre en compte les autres. Il faut le leur préciser : alors le mime collectif est synchronisé. Nous proposons ensuite d'intensifier l'expression d'une mimique d'un visage à l'autre (*joie puis tristesse*) : la chaîne s'intensifie progressivement. Le début de la chaîne est adapté, les 2 derniers participants pourraient toutefois exagérer encore plus l'intensité de leur expression. Malgré nos sollicitations, c'est difficile. Les participants ont également du mal à maintenir l'expression dans le temps.

- **« Imitiez-moi »** :

Un jeune face aux autres dit une phrase associée à un geste et une expression faciale. Les autres viennent à tour de rôle reproduire la scène (même phrase, même geste, même expression).

Objectifs : communication totale, imagination, observation de l'interlocuteur, capacités d'imitation, confiance en soi en acceptant d'être meneur.

Séance 4 : Les phrases proposées par les patients sont très courtes (« je coupe – je nettoie – j'écris un message...»). Mais cette étape semble nécessaire : la charge attentionnelle est spontanément adaptée (en effet, nous avons tenté de travailler avec des phrases plus longues que nous proposons : ils nous demandaient de répéter, et l'attention fixée sur les mots était alors totale, aux dépens de la communication non-verbale). Nous restons donc sur les phrases qu'ils proposent : c'est en plusieurs passages qu'ils arrivent finalement à mobiliser des gestes, une mimique, une posture, une intonation en disant la phrase.

- **« A vous de jouer »** :

Un jeune face aux autres dit une phrase associée à un geste et à une expression faciale. Les autres viennent à tour de rôle reproduire la scène en modifiant le geste et l'expression, tout en gardant la même phrase.

Objectifs : communication totale, imagination, observation de l'interlocuteur, flexibilité.

Séance 4 : cet exercice semble amener les mêmes difficultés que le précédent, il faut autant de répétitions pour parvenir à une mobilisation de tous les éléments travaillés.

Séance 5 : L'exercice est plus dynamique, avec une expression plus marquée au niveau des mimiques principalement. Plusieurs passages sont toujours nécessaires.

Séance 6 : Cet exercice est alors repris en leur proposant un accessoire afin de les aider à entrer dans leur personnage. Cette aide est efficace pour certains, favorisant le « jeu » d'un personnage. Pour d'autres, les accessoires ajoutent un élément auquel penser et bloquent la réalisation de l'exercice.

- **Détournement d'objets :**

Seuls face aux autres, nous leur demandons de mimer l'utilisation d'un objet à partir d'un stylo, d'une bouteille ou d'un paréo. Il faut détourner l'utilisation première de ces objets pour en créer d'autres.

Objectifs : imagination, précision des gestes, flexibilité, inhibition

Séance 5 : cet exercice dynamise le groupe. Les participants ont en majorité des idées différentes et demandent à repasser sur scène. Les gestes sont précis pour tous. Certains ont toutefois des difficultés d'imagination : en verbalisant, en laissant du temps, ils y arrivent.

- **La statue :**

En binôme, l'un « sculpte » le corps de l'autre qui doit mémoriser la posture, « l'effacer » puis la reproduire. Nous leur demandons de « sculpter » la posture, les membres, la tête et le visage.

Objectifs : imagination, prise de conscience du corps et du visage, contact physique, confiance dans l'autre.

Séance 5 : nous notons quelques oublis dans la reproduction de la posture et des persévérations. Les sujets ont du mal à avoir des idées et à en changer.

- **Mimiques :**

Un jeune se place seul face aux autres. Le thérapeute lui montre une pancarte sur laquelle figure le dessin d'une émotion qu'il doit exprimer. Les autres doivent deviner parmi *joie, colère, tristesse, peur, surprise*.

Objectifs : expression et perception des émotions à travers les mimiques faciales.

Séance 6 : Les patients mobilisent leur visage mais aussi spontanément leur corps pour faire passer les émotions. Par exemple, un mouvement de recul du buste permettra à Victor de différencier l'expression de la peur de celle de la surprise. Ils verbalisent les mouvements qu'ils perçoivent et qu'ils expriment. Certains ont besoin de temps pour exprimer une émotion ; d'autres ont du mal à l'exagérer ou à la maintenir malgré nos sollicitations.

- **« Hop »** :

On se passe « l'énergie », en cercle, en disant « hop » de façon forte et en tendant les bras vers celui à qui on la passe. On peut modifier le sens de passage en mettant chaque main sur son épaule opposée.

Objectifs : dynamisation, réveil du corps et de la voix, coordination motrice.

Séance 7 : l'exercice a mis du temps à démarrer. L'intensité vocale est faible, le rythme des échanges n'est pas assez rapide. Après quelques minutes et par imitation (un thérapeute a participé à l'activité) les échanges se sont accélérés, et la voix a gagné en intensité. Cet exercice a permis de dynamiser l'ensemble du groupe. Nous notons des difficultés de coordination chez Marion qui n'arrive pas à passer en maintenant le sens : elle renvoie toujours l'énergie à celui qui la lui a passée ; elle n'arrive pas non plus à croiser ses mains pour indiquer le changement de sens. Après l'avoir souligné, nous l'invitons à ne faire aucun changement de sens : après quelques ratés, elle en est capable et recommence à « jouer » comme les autres.

Séance 8 : D'emblée l'exercice est dynamique, les échanges sont rythmés, les voix sont projetées.

- **« La bobine »** :

Emettre un « a » très faible puis, sur une expiration, augmenter l'intensité en faisant le geste suivant : comme si on sortait un fil de notre gorge. Puis idem sur « o/i/u/ou ».

Objectifs : exploration des possibilités vocales, prise de conscience de la colonne d'air.

Séance 7 : cet exercice a permis de poser les bases du bon comportement vocal. Les sujets ont souvent confondu intensité et hauteur de la voix mais nous notons que des variations étaient possibles aux deux niveaux. Les deux garçons acceptent de refaire l'exercice seuls face aux autres.

- **Du murmure au cri :**

En binôme, dire un mot plus ou moins fort selon la distance entre les sujets : l'autre doit répéter ce mot à la même intensité.

Objectifs : adapter sa voix à l'interlocuteur (débit, intensité), prise d'assurance.

Séance 7 : chuchoter est facile pour tous les participants. Par contre, il a fallu beaucoup s'entraîner et insister pour obtenir une voix criée. Ils sont tous parvenus à émettre une voix projetée. Un temps de latence important, avant de se lancer dans l'exercice, est noté chez Julie et Corinne.

- **« Blabla » :**

Le thérapeute propose à chaque participant une phrase à répéter selon plusieurs étapes. D'abord en décomposant les syllabes (et les tapant dans les mains), puis en remplaçant chaque syllabe par « bla », sans se préoccuper de l'intonation, puis en rajoutant la prosodie adaptée.

Objectifs : prosodie, intensité, rythme d'élocution.

Séance 7 : cet exercice est compliqué pour tous, notamment au niveau de l'étape 2 (faire correspondre une syllabe à un « bla »). Le temps de latence est très long ce jour-là pour Julie. Quand elle réussit à enclencher enfin l'exercice, elle y arrive. Ils ont spontanément fait des mimiques, ce qui les a aidés à trouver la prosodie adéquate.

Séance 8 : l'exercice est repris lors de la séance suivante ; l'entraînement de la séance 7 a permis de noter des progrès notamment dans la vitesse d'exécution de la consigne (les phrases s'enchaînent beaucoup plus rapidement).

- **Les émotions dans la voix :**

Il s'agit de répéter la même phrase, une fois de façon monotone puis transmettant une émotion (*par exemple « c'est pas vrai » : indifférence / joie / colère / tristesse / surprise*).

Objectifs : prosodie, mimiques, communication totale.

Séance 8 : il faut pour la plupart des patients plusieurs passages pour qu'ils parviennent à modifier la prosodie des phrases. Ils disent tous percevoir à chaque fois la différence entre les deux phrases. Chez certains, qui laissent alors le naturel prendre le dessus, les mots de la phrase changent selon l'émotion qu'ils cherchent à faire passer.

- **Les balles de couleur**

En cercle, il s'agit de s'envoyer une balle imaginaire en disant le nom de sa couleur. Nous commençons par une balle, puis nous en rajoutons une deuxième.

Objectifs : dynamisation, échauffement du corps et de la voix, coordination motrice, disponibilité et temps de réaction.

Séance 9 et 10 : cet exercice a beaucoup amusé les patients. Avec une « balle » tout a bien fonctionné. Lorsque nous avons ajouté la deuxième, quelques erreurs d'inattention ont amené des confusions dans les couleurs, et des « pertes de balle ».

- **Saynètes**

A partir du support vidéo « un gars une fille ». Nous regardons l'épisode sans le son, l'analysons (gestes, mimiques, proxémie, émotions). Nous distribuons les textes simplifiés, réduits. Deux par deux, ils répètent la scène. Chaque groupe présente devant les autres son interprétation.

Objectifs : communication totale.

Séance 9 : l'analyse des vidéos a été plus dynamique que lors de la première séance, avec plus d'interventions de la part de trois des cinq participants notamment et quelques débats sur l'interprétation des gestes ou mimiques observés. Un vrai dialogue s'est instauré. Dès la lecture des textes, l'intonation de la voix est variée pour la plupart. Lors des passages sur « scène », tous les éléments de la communication sont mobilisés : gestes, déplacements, mimiques et prosodie. L'expression est limitée par le fait de devoir tenir le texte et le lire. Nous notons également que peu de regards sont échangés.

Séance 10 : Le temps de parole est mieux réparti lors de l'analyse des vidéos. Nous proposons le même type d'exercice en ajoutant des annotations sur la communication non-verbale, notamment les regards, sur le texte. Le résultat est très satisfaisant, nous retrouvons tous les éléments travaillés, le jeu des regards est plus ou moins marqué selon la personne.

- **Improvisation** :

Il s'agit de raconter un fait banal en l'exagérant, comme s'il s'agissait d'un exploit, l'interlocuteur surenchérit avec un autre évènement sur le même principe.

Objectifs : Communication totale, imagination.

Séance 10 : les patients ont des difficultés à exagérer. Plusieurs passages sont nécessaires, il faut beaucoup les encourager.

DISCUSSION

1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette étude avait pour objectif de montrer une amélioration des capacités de communication non-verbale chez des adolescents dysphasiques en leur proposant un atelier d'expression théâtrale.

Nous émettions l'hypothèse selon laquelle le nombre de gestes par minute augmenterait lors de l'évaluation T1 par rapport à T0 ainsi que le sentiment de confiance ressenti par les adolescents en situation de communication.

Nos hypothèses sont partiellement vérifiées : une augmentation du nombre de gestes est constatée mais elle n'est pas significative. Au niveau qualitatif, les patients ont un sentiment de confiance plus élevé en ce qui concerne l'utilisation de la communication non-verbale. Les autres aspects évalués (situations sociales et langage oral) ne varient pas. Enfin, l'analyse clinique nous a permis de décrire le protocole et de montrer l'évolution des patients au cours de cette étude.

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

2.1. EVOLUTION AU FIL DES SEANCES

Le théâtre, comme nous l'avons expliqué, a de nombreux bienfaits thérapeutiques dans une prise en charge orthophonique. Sa pratique a permis à ces adolescents dysphasiques de vivre une expérience de communication dans le plaisir ; celle-ci a contribué à renforcer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. L'évolution était visible au fil des séances, parfois au sein d'un même atelier. Ces adolescents sont désormais plus à l'aise dans leur corps, ce qui favorise l'utilisation d'une expression totale.

2.1.1. Le groupe thérapeutique

Le travail de groupe a permis à ces patients de rencontrer des personnes concernées par la même problématique qu'eux. Ils ne se sont donc pas sentis jugés et ont pu prendre la parole et prendre le temps qu'il leur fallait avant de se lancer. Ils ont trouvé agréable d'être en groupe, comme en témoignent leurs réponses au questionnaire final : *« ça change, c'est mieux, on est tous différents mais avec la même difficulté. On s'entraide et on a bien rigolé »* (Baptiste), *« j'aime pas forcément travailler en groupe mais là, on est tous sur le même*

bateau, avec les mêmes conditions, le même handicap ; c'est pas comme à l'école » (Victor), « je ne me suis pas sentie jugée » (Julie). Se sentir intégré à un groupe et y travailler les éléments difficiles leur a fait du bien.

Le partage d'une expérience commune a véritablement permis la création d'un lien entre les participants : échange de numéro de téléphone, rires et sourires complices ont été relevés, notamment chez Corinne et Julie. Baptiste et Victor, les deux seuls garçons du groupe ont souvent partagé la même interprétation de tel ou tel mime, différente de celle des filles (ex : le coiffeur utilise pour eux une tondeuse plutôt qu'une paire de ciseaux). Ces nouvelles affinités leur ont permis de venir et de participer avec plaisir aux ateliers. La bonne ambiance a contribué aux progrès de chacun.

Ces liens créés, le climat de confiance, la présentation ludique des exercices leur a donné l'occasion de se lâcher, de prendre des risques, donc d'avancer plus rapidement et de façon efficace. Ils ont pris de l'assurance : nous avons pu les voir se détendre lors des moments d'accueil et de sortie (visage moins crispé, expiration possible par la bouche, épaules abaissées...), chose qui était difficile en début de parcours. Ils étaient également de moins en moins timides au fil des séances dans leur expression : ils n'abandonnaient plus mais demandaient à ce qu'on leur donne plus de conseils et s'en saisissaient alors qu'au début, personne n'osait recommencer un exercice, à moins que l'on insiste vivement.

2.1.2. Habiletés de communication

Cet atelier nous a permis d'observer les deux formes de communication décrites au théâtre : le temps de communication spontané et la communication théâtrale. Le premier comprend les échanges spontanés entre les membres du groupe avant, pendant et après les séances, sur divers sujets de vie quotidienne, des commentaires sur les activités menées. La deuxième forme de communication est réalisée entre les partenaires de jeu : il s'agit de tout le travail guidé, autour du contact visuel, l'écoute, le respect des tours de parole, l'ajustement à l'autre, le non-verbal comme le verbal. Ces deux formes de communication se retrouvent autant dans l'improvisation qu'au théâtre.

Au début de l'année, comme les participants ne s'étaient jamais rencontrés, la salle d'attente était silencieuse avant le début des séances. Les rares échanges étaient initiés par le thérapeute et ne duraient pas : les participants se contentaient de répondre aux questions posées. Au fil des séances nous avons vu cela changer : à partir du mois de janvier, à la séance

4, ils initiaient et maintenaient un dialogue sans aide. Ces remarques concernent notamment Julie, Baptiste et Corinne qui arrivaient en avance.

Les habiletés de communication ont progressé au cours de ces quelques mois. Alors qu'en début de prise en charge les jeunes n'osaient pas prendre la parole, ne se contredisaient pas, ne se regardaient pas, n'osaient pas se rapprocher physiquement les uns des autres au cours des exercices, les dernières séances ont été très animées. Les prises de parole ont été de plus en plus nombreuses, les jeunes se répondaient, argumentaient, notamment pour donner leurs impressions sur les vidéos visionnées sans le son. La différence de comportement était nettement visible entre les séances 4 et 5 : il a fallu attendre la moitié de la quatrième séance avant que Baptiste ne fasse une remarque spontanée, sinon, seules les thérapeutes ont pris la parole ; même quand ils étaient bloqués, ils ne l'ont pas dit. Cela s'est passé différemment à la séance suivante : ils ont pu exprimer leur difficulté (« j'ai un trou / c'est pas facile »), et ce dès le début de la séance ; ils se sont soutenu entre eux (Baptiste disant à Corinne « oui, allez, c'est difficile ») et ont répondu à nos sollicitations. Ce type de comportement a perduré jusqu'à la fin.

L'ambiance, les affinités créées, la bonne humeur générale, étaient en faveur d'expériences de communication positives, ce dont manquent les jeunes dysphasiques. En effet, en remplissant les questionnaires ils disent avoir « beaucoup aimé » ou « bien aimé » cet atelier et l'avoir trouvé « amusant, efficace et intéressant » (nous ne retenons que les items cochés par au moins deux patients au questionnaire). Grâce à cette expérience positive, ils ont pu petit à petit prendre de l'assurance, donc développer leurs habiletés de communication.

2.1.3. Expression corporelle et communication non-verbale

Comme nous l'avons expliqué en introduction, les jeunes dysphasiques ont des difficultés motrices. Nous pouvions les décrire chez les membres du groupe, elles se sont estompées au fil des séances. Les participants ont plus ou moins conscience de leur évolution.

2.1.3.1. Expression corporelle

Les patients ont tous gagné en précision dans l'utilisation de leur corps pour s'exprimer. Par exemple, l'évolution est visible à travers des exercices comme les déplacements et les mimes (séances 1 et 2). Au début, les déplacements n'étaient pas très différenciés, crispés ; les mimes étaient approximatifs, imprécis et peu variés d'une personne à l'autre. Nous avons vu cela changer : avec plus d'essais, les patients commençaient à se

lâcher. L'exercice des mimes a été refait lors de la huitième séance : les gestes étaient plus précis, chacun a ajouté des éléments au mime de départ, sauf Julie, toujours gênée par son hypospontanéité lorsque nous lui demandions de créer, d'imaginer.

Les progrès se sont également vus au niveau de la coordination chez certains. Marion par exemple s'est trouvée en difficulté pour changer de sens dans le passage de la balle imaginaire (exercice « hop » à voir en annexe). Lorsque nous l'avons souligné et que nous l'avons incitée à se corriger, elle a essayé, et au fil de l'exercice, elle y est arrivée comme les autres.

2.1.3.2. Proxémie et synchronisation

Les difficultés étaient aussi présentes lors des exercices collectifs, notamment aux niveaux de la proxémie et de la synchronisation. Le mime collectif (séance 3) a démontré que le contact physique était compliqué entre les patients : mimer à la chaîne, jouer ensemble, savoir où s'arrêtait le geste de l'un et où commençait celui de l'autre a été compliqué, cela malgré le fait que chacun ait expliqué son action. Au cours de la séance suivante, l'exercice a été à nouveau proposé : nous notons alors une continuité de l'action d'une personne à l'autre, que ce soit dans le mime de la machine ou dans celui de l'action décomposée.

2.1.3.3. Mimiques

Mobiliser les expressions du visage a été une épreuve pour les membres du groupe. Victor notamment a eu envie de tout arrêter après qu'on a abordé ce thème. En ralentissant la progression, en partageant le ressenti de chacun, il a pu voir que c'était compliqué pour les autres également et s'est accroché.

Julie, Marion, Baptiste et Victor sont plus expressifs, ils sourient plus souvent, froncent ou haussent les sourcils au cours des exercices mais aussi lors des échanges spontanés. Ces éléments sont retrouvés dans les vidéos d'évaluation finale. Chez Corinne, l'évolution est différente : son visage est moins crispé (cela se voit notamment lors des temps d'accueil, de relaxation), les sourires sont plus fréquents. Elle reconnaît, tout comme Julie, que cet atelier lui a permis de mieux mobiliser son visage, d'être plus expressive. Les autres n'observent pas d'évolution particulière à ce niveau.

2.1.3.4. Prosodie, éléments para-verbaux

Tous ont gagné en expression vocale : les saynètes jouées lors des deux dernières séances en témoignent ainsi que les vidéos d'évaluation finale. Leur voix est plus claire, plus forte, la prosodie plus marquée.

Cependant, seule Marion note ce changement positif en répondant au questionnaire final. Les autres ne voient aucune évolution. Victor note même être « *choqué par [sa] voix* » quand il s'entend dans la vie de tous les jours.

2.1.3.5. Synchronie interactionnelle

Les gestes synchronisateurs sont chez la plupart des sujets appropriés, en rapport avec la description qu'en font les auteurs cités dans le chapitre 1 : regards vers l'interlocuteur lorsque les patients sont en position de récepteur, lui renvoyant par des hochements de tête et des mimiques qu'ils suivent le discours ; détournement du regard, changement de posture et inspiration pour prendre la parole ; moins de regards lorsque les sujets sont émetteurs. Nous ne notons pas d'évolution majeure au niveau des gestes synchronisateurs entre T0 et T1.

La gestion des tours de parole peut toutefois être perturbée par des regards inadaptés : nous notons chez certains patients des regards furtifs ou très rares vers leur interlocuteur et des postures figées. Alors, quelques chevauchements de parole sont relevés dans la conversation : les interlocuteurs n'ont plus de repères quant à la gestion de l'interaction.

Le regard peut également transmettre une information : dans certaines situations de manque du mot, les sujets détournent le regard, vers le haut ou sur le côté indiquant la recherche lexicale. Corinne peut garder les yeux fermés pendant quelques secondes pendant ses prises de parole : ces clignements prolongés peuvent signifier oui ou non (confirmés après verbalement).

2.1.3.6. Gestes extra-communicatifs

En analysant les entretiens, nous avons observé l'utilisation de gestes autocentrés (mouvements de tête, de jambes, de mains, grattages...), de gestes de confort (changements de posture) et de manipulation d'objets (bijoux, vêtements). Chaque participant en fait une utilisation propre, en rapport avec sa personnalité et son état de confort. Notre prise en charge n'a donc pas eu d'effet sur ce type de gestes. Leur analyse permet d'obtenir des informations sur l'état d'esprit de celui qui parle, sur son ressenti au cours de la situation dans laquelle il se

trouve, est-il plutôt à l'aise, énervé, fatigué... Les gestes extra-communicatifs sont en général plus présents lorsqu'on est émetteur, notamment en situation de recherche lexicale (cf chapitre 1).

Cela peut se manifester en situation de manque du mot par un enchaînement plus rapide de gestes. Pour d'autres, un geste particulier aide à la recherche lexicale, c'est le cas de Victor par exemple (mouvements de rotation du poignet, produit 17 fois en situations de manque du mot lors du premier entretien). Pour Corinne, ils sont concentrés sur le visage (mouvement de tête vers le haut, de langue dans la bouche, morsure des lèvres).

Certains gestes extra-communicatifs, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, peuvent transmettre une information : le contact main-bouche ou le fait de lever les yeux au ciel peut indiquer la réflexion par exemple.

L'analyse des postures est également intéressante: elles reflètent l'état d'esprit, le niveau de confort du sujet au cours des entretiens. Par exemple, Victor semble plus détendu pendant l'entretien final : en effet, en début d'année, il a gardé les mains jointes tout au long de la discussion alors qu'au dernier entretien, il a beaucoup plus utilisé ses mains, qu'il posait simplement sur ses cuisses en position de repos. Ces postures sont parfois signifiantes selon notre interprétation : appui de la tête contre la main signifierait soit la réflexion soit un certain ennui, se ronger les ongles, maintenir les bras croisés, en position « fermée » peut refléter de l'impatience... Marion adopte des postures particulières au niveau des bras au cours des deux entretiens et pendant certaines séances : elle peut garder les mains sous les cuisses, les mettre dans son dos pendant de longues minutes... Ces postures peuvent traduire une certaine gêne ou timidité lors des prises de parole, en situation de test notamment. Lors des séances, nous lui avons alors signalé qu'elle gagnerait en informativité à se servir de ses mains pour soutenir son discours.

2.1.4. Généralisation

Dès la cinquième séance, Baptiste partage spontanément son vécu en rapport avec les ateliers : « *dans la vie de tous les jours moi ça m'aide à m'ouvrir plus [...] ça m'attire sur les sketches des humoristes [...] les gens ont des codes pour parler entre eux, des gestes* ». L'orthophoniste de Baptiste, Julie, Victor et Corinne précisera qu'elle les trouve « *plus à l'aise, dans [leurs] gestes, plus souriants quand [ils] se voient, quand [ils] discutent* ».

La dernière séance a été l'occasion de faire le point sur le travail réalisé. Victor était absent et Corinne a eu du retard, les réponses ne concernent donc que Baptiste, Marion et Julie. Ils ont tous les trois souligné la prise d'assurance que ce groupe leur a permis de mettre en place dans la vie de tous les jours:

- Julie : « *Je suis mieux avec les autres, je me sens plus à l'aise qu'avant. J'étais un peu renfermée sur moi-même, un peu timide. Aujourd'hui je me trouve beaucoup mieux. Je trouve que j'ai changé, je suis plus à l'aise* ».
- Baptiste : « *Je parle plus avec les mains qu'avec la parole maintenant ! C'est devenu automatique. Avant c'était comme ça que quand je m'énervais* ».
- Marion : « *Oui ça m'a aidé. C'était bien parce que c'était pas vraiment du théâtre : on a pu parler aussi* ».

Marion partage lors de ce temps de parole pour la première fois réellement une expérience : elle a des difficultés importantes pour prendre la parole en public et regrette que ce groupe ne lui ait pas permis de les surmonter. Elle dira « *ici entre nous ça allait, mais j'aime pas parler devant les gens. En classe c'est très difficile* ». Julie a rebondi : « *pour moi aussi avant c'était comme ça, je devenais toute rouge... Maintenant ça va beaucoup mieux* ». Ainsi, cela a peut-être été l'occasion pour Marion d'être rassurée sur son futur.

2.2. ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Se mettre en scène demande un effort, constitue une prise de risque. Ainsi, les patients ont besoin d'être encouragés tout en étant cadrés. Cet exercice est d'autant plus difficile qu'il faut intervenir au bon moment, corriger, demander de répéter l'exercice, d'exagérer encore plus, d'aller plus loin tout en valorisant les performances. Au fil des séances, nous avons pris de l'assurance, pu leur demander de recommencer, les pousser à aller plus loin. Et les résultats ont suivi : en effet, les patients se saisissent des aides qu'on leur donne, de l'analyse qu'on fait de leur interprétation. Même lorsque l'exercice est réussi, leur faire un retour est important : ils peuvent ainsi voir leurs progrès. Le questionnaire intermédiaire est venu appuyer ces observations : en effet, tous les patients ont demandé à ce qu'il y ait plus de conseils. L'attitude thérapeutique adoptée a finalement été la suivante.

2.2.1. Les garants du cadre

Les thérapeutes sont en premier lieu les garants du cadre. Nous avons donc présenté lors de la première séance les règles à respecter tout au long de ce groupe :

- ne pas juger,
- règles de confidentialité,
- respect de soi et des autres,
- aucune violence physique ou verbale,
- pas de dévalorisation.

2.2.2. Informer, expliquer et s'adapter

Nous avons également présenté lors de cette première séance les objectifs du groupe, à savoir le travail de la communication non-verbale dans ses aspects expressif et réceptif. Au fil des séances, un temps de discussion était prévu avant chaque exercice pour en expliquer le but. Les exercices ont également été illustrés d'explications, cela a constitué un moyen pour nous de montrer comment les compétences travaillées pouvaient être exploitées dans la vie de tous les jours.

Informer et expliquer a donc fait partie intégrante de cette prise en charge : au vu des troubles que présentaient les patients, nous avons accordé une attention particulière à l'adaptation de notre langage. Nous avons utilisé un vocabulaire simplifié, nous avons reformulé nos propos, ralenti notre débit ; nous nous sommes régulièrement assurés de la bonne compréhension de tous en intégrant des pauses, en posant des questions. Lors des temps de parole et de partage, notamment en fin de séances, nous avons été attentifs à la distribution des temps de parole en proposant à chacun de donner ses impressions. Enfin, nous avons attiré l'attention des participants sur les gestes, la prosodie que nous-mêmes employions.

Nous nous sommes attachés à évoluer au rythme des patients : les deux premières séances (exercices généraux autour du corps) ont permis aux participants de se familiariser avec l'expression corporelle et le type d'exercices proposés. Les différents types de geste ont été abordés progressivement. Nous avons commencé par des exercices composés de mimes essentiellement, donc mobilisant uniquement le non-verbal. Ces exercices font appel aux gestes quasi-linguistiques, pouvant exister et être signifiants sans langage. Nous avons ensuite rajouté l'oral aux exercices faisant alors appel à l'usage de co-verbaux (expressifs, avec les mimiques, mais aussi référentiels et para-verbaux, donnant un aspect plus « naturel » à leurs passages sur scène. Ces-derniers ont été travaillés par le biais de l'imitation, mais aussi par les remarques que les thérapeutes pouvaient faire aux patients. Enfin, les gestes synchronisateurs ont été abordés lors des exercices en duo, notamment avec les saynètes finales).

2.2.3. Evaluer et s'auto-évaluer

Les enjeux d'un groupe sont aussi d'évoluer ensemble. Notre présence a permis de permettre la critique et l'auto critique constructive. En effet, nous avons pris le temps de leur demander ce qu'ils ont pensé d'eux-mêmes, des autres, du groupe, à l'oral après chaque séance et à l'écrit par le biais des questionnaires. Nous nous sommes permis de pointer les aspects négatifs au cours des exercices pour introduire les éléments à travailler. Evidemment, tout ce travail n'aurait pas été accepté sans un feed-back positif : valoriser et encourager sont des mécanismes porteurs.

2.2.4. Mise en place d'aides

Lors des exercices proposés, les participants se sont souvent trouvés bloqués. Notre rôle a alors été de mettre en place des aides. Ces situations ont notamment concerné le jeu dramatique. Nous pouvions par exemple décrire une situation connue où telle émotion est ressentie afin de les aider à visualiser, à se projeter dans cette situation. Au fur et à mesure des séances, grâce au lien qui s'est créé, nous avons pu proposer des situations plus adaptées à leur vie quotidienne, à leur formation en cours, à leurs goûts. Parfois, une mise en scène intégrant un autre personnage ou une entrée mise en scène symbolisant le début de l'action, avec un temps où le sujet est caché, a pu aider celui-ci à se lancer. L'aide la plus efficace reste l'imitation : nous avons souvent été amenés à montrer l'exemple, décrire a rarement suffi.

2.2.5. Généralisation

Enfin, nous avons insisté au fil des séances sur le fait de beaucoup observer les personnes dans la rue, les interlocuteurs, et de penser régulièrement à utiliser les gestes et les autres éléments travaillés : observer, s'observer, penser au non-verbal et vouloir l'utiliser afin de généraliser les compétences abordées.

3. BIAIS ET LIMITES

3.1. ASPECTS PRATIQUES

Ces résultats sont à exploiter avec précaution : bien qu'une analyse statistique ait pu être menée, la taille de l'échantillon reste limitée. Nous ne pouvons que souligner des tendances. Augmenter le nombre de participants permettrait éventuellement de confirmer la tendance mise en avant ici.

De plus, nous nous sommes trouvés limités à 10 séances. En effet, rassembler les cinq membres du groupe et les deux thérapeutes plus d'une fois tous les quinze jours s'est avéré

compliqué. Comme mentionné, les participants ont continué leur prise en charge orthophonique individuelle parallèlement au travail de groupe. Idéalement, une séance par semaine, sur toute l'année aurait été plus pertinent : cela nous aurait permis d'aller plus loin dans la progression, de proposer chaque exercice au moins deux fois afin de mieux objectiver l'évolution.

Par exemple, il aurait été intéressant de proposer en fin de prise en charge l'exercice de reproduction de posture de mémoire (les statues, séance 5), ayant révélé certaines difficultés motrices. Celles-ci sont semblables aux difficultés décrites par Hill (cité par Iverson et Bradock 2011) et Marton (2009) : oublis, persévération et imprécision. Les difficultés d'imagination, l'hypospontanéité se sont vues dans le fait que certains proposaient la même posture à chaque tentative... Les auteurs cités attribuent ces difficultés à un déficit de certaines fonctions exécutives : inhibition, attention sélective, flexibilité et mémoire de travail.

3.2. ADAPTATIONS DU PROGRAMME

Le programme proposé est le fruit d'un travail de recherche important mais surtout d'une adaptation en temps réel, c'est-à-dire d'une révision, séance après séance, des futurs ateliers à venir.

L'évolution a été moins rapide que prévu, notamment en début d'année : les deux séances d'activités générales ne devaient faire qu'une initialement. Mais au vu des difficultés que présentaient les patients pour mobiliser leur corps, pour s'exprimer à travers le mouvement, ces deux séances étaient nécessaires : ils ont ainsi pu prendre le temps de se familiariser avec le type d'exercice, différent du travail orthophonique classique. Lors du passage à des exercices plus globaux, mettant en jeu le corps et la parole, donc mobilisant les gestes co-verbaux (à partir de la séance 4), les progrès ont été plus rapides, des prises de conscience ont été notées (notamment par Victor qui a alors voulu tout arrêter). Les patients décrivent cette étape comme importante, difficile, mais leur permettant de progresser.

De plus, l'ordre des thèmes a été modifié : la proxémie devait être abordée après le thème « prêter attention à son interlocuteur » par exemple. Mais les difficultés que les patients avaient à entrer en contact les uns avec les autres nous ont incités à aborder cette thématique plus tôt. Le travail des mimiques a été réalisé sur deux séances au lieu d'une : c'est un domaine qu'il a fallu aborder en douceur. En effet, au début, demander de hausser les sourcils

par exemple n'entraînait aucune réaction de la part de certains. Il a fallu prendre le temps d'aider chaque patient individuellement avec le toucher notamment pour guider les muscles du visage.

Les exercices au sein des séances ont parfois été modifiés ou simplifiés suite à l'observation de certaines difficultés. Par exemple, lors de la séance 7 : l'exercice « bla bla bla » devait être présenté sous forme de dialogue. Les difficultés à segmenter en syllabes et la concentration nécessaire à la mise en place de la prosodie adéquate constituaient déjà des difficultés importantes. Rajouter les regards et la prise en compte d'un interlocuteur aurait rendu cet exercice beaucoup trop complexe. Ils sont donc passés un par un plutôt qu'en duo. Il s'agissait principalement de ne pas mobiliser trop de ressources attentionnelles chez les participants. Corinne par exemple, dès qu'elle se trouvait en situation de double-tâche (segmenter en syllabe ET se concentrer sur la prosodie, lire le texte ET se mettre en scène...) était très en difficulté, dans les deux tâches. Alors, il fallait segmenter l'activité et faire répéter plusieurs fois l'exercice.

Le programme initial prévoyait une analyse de leurs prestations (notamment des sketches joués en fin de programme) : le film des scènes jouées devait être visionné et analysé en groupe. Une telle analyse aurait occupé beaucoup de temps ; de plus, elle nécessite une suite, c'est-à-dire une autre prestation pour tenter de mettre en place les éléments discutés, et une dernière analyse pour pouvoir observer d'éventuels progrès. Or les sketches n'ayant pu être abordés que lors de l'avant-dernière séance, nous avons préféré modifier le programme du dernier atelier en proposant un travail dans la continuité de la séance précédente.

3.3. HYPOSPONTANEITE, DIFFICULTES DE COMPREHENSION ET PRAGMATIQUES

La dysphasie est un trouble qui persiste à vie : des marqueurs sont encore présents à l'adolescence. Certains patients ont parfois présenté des difficultés de compréhension de la consigne d'un exercice. Au début, ils ne demandaient pas de précisions lorsque la consigne était floue... lors des dernières séances, Victor, Baptiste et Corinne ont pu faire ce type de demandes. Certaines questions posées (par un thérapeute ou par un des participants à un autre) n'obtenaient pas de réponse. Les difficultés de compréhension touchent aussi le domaine du non-verbal puisqu'elles se sont aussi vues dans l'analyse des vidéos sans le son : par exemple un visage amimique signifiait pour eux la tristesse ou le mécontentement.

Ces difficultés peuvent appartenir au domaine linguistique mais aussi pragmatique. Nous avons pu relever d'autres troubles pragmatiques chez Julie notamment, très expressive en fin d'année : elle a des difficultés à régler son intensité vocale, ce qui est gênant, notamment dans la salle d'attente ; la gestion des tours de parole en groupe semble difficile pour elle, il lui arrive de monopoliser ou de couper la parole. L'assurance qu'elle a prise lui permet de se lancer, de prendre la parole ; il s'agirait dorénavant de lui permettre de s'ajuster aux règles de cadrage pragmatique.

Les patients, notamment Julie et Corinne, se sont souvent trouvés bloqués devant un exercice : debout devant les autres, en silence, regardant le sol, ne pouvant se saisir d'aucune aide pendant quelques minutes. A la fin, ils parvenaient parfois à exprimer cette difficulté, en soufflant, soupirant, ou avec les mots. Nous nous sommes demandé si ces difficultés étaient dues à une certaine hypospontanéité ou à des difficultés d'accès à l'imaginaire. En effet, lors des évaluations initiales, les patients ont tous répondu de façon « raisonnable » à la question « que ferais-tu si tu gagnais un million d'euros » (« je mettrai en banque », « je donnerai à mes parents... »). D'un autre côté, l'hypospontanéité a été notée lors des entretiens initiaux chez Victor, Julie et Corinne : elle se manifeste par un temps de latence entre la question et la réponse ou au sein même de la réponse, par un détournement du regard, un silence prolongé.

3.4. EVALUATION DE LA GESTUALITE

En l'absence d'outils standardisés, l'évaluation a été réalisée en combinant différentes méthodes décrites dans la littérature (questionnaires, vidéo, nombre de gestes par minute). La standardisation d'un outil permettrait d'obtenir des résultats plus fiables. Nous avons pensé comparer nos patients à une « norme », par exemple à un adolescent au développement typique, de même sexe, même âge ; or cela s'avère difficile : comme nous l'avons expliqué, il n'y a pas une bonne façon de bouger, faire des gestes est assez subjectif, lié à des aspects de la personnalité de chacun.

La fiabilité inter-juge est respectée dans le nombre total de gestes. Les gestes quasi-linguistiques et les co-verbaux expressifs sont analysés de la même façon par les deux juges. Les différences se situent dans la répartition des co-verbaux référentiels et des para-verbaux, parfois considérés comme des gestes extra-communicatifs. Des discussions et de nouveaux visionnages ont permis aux juges de se mettre d'accord : souvent, c'est le rythme avec lequel le patient bougeait (en synchronie ou pas avec ce qu'il disait) qui a fait pencher pour un geste para-verbal ou extra-communicatif.

L'analyse des questionnaires a été compliquée : en effet, la formulation des questions mériterait d'être revue pour obtenir des scores comparables à toutes les questions. De plus, il serait intéressant de préciser les questions de la rubrique « sociale » en questionnant les patients sur leur sentiment par rapport à leurs prises de parole (fréquentes, plus ou moins faciles), par rapport à leur capacité à faire rire, à exprimer leurs sentiments...

4. PERSPECTIVES

4.1. COMMUNICATION NON-VERBALE ET AFFIRMATION DE SOI

Tous les patients disent lors des dernières séances être « plus à l'aise » dans la vie de tous les jours. Cela concerne leur communication mais aussi leur attitude : ils sont moins timides, vont plus vers les autres. Est-ce le fait d'avoir expérimenté diverses formes de langage ? D'avoir découvert les possibilités d'expression corporelle ? Ou plutôt l'effet de groupe ? Selon eux, ces compétences seraient généralisées même en dehors du groupe. Cela serait à objectiver avec un questionnaire mieux adapté (voir suggestions dans le paragraphe précédent) ou par le biais d'autres études. Nous pourrions proposer un autre type de travail en groupe, axé uniquement sur du verbal par exemple, et mener une analyse comparative afin de faire la part entre les deux causes possibles. De plus, pouvoir généraliser ces observations à d'autres pathologies (certaines études s'y intéressent notamment dans le bégaiement) et d'autres tranches d'âge serait enrichissant dans le domaine de l'orthophonie et pourrait revaloriser le travail en groupe en exercice libéral notamment.

4.2. COMMUNICATION NON-VERBALE ET FONCTIONS EXECUTIVES

Le lien unissant ces deux domaines a déjà été démontré : les gestes aident à planifier l'énoncé et à le mettre en mots.

Un lien entre gestes extra-communicatifs et fonctions exécutives est également visible. En effet, les phases de détournement du regard chez ces patients correspondent à une recherche lexicale : selon l'hypothèse cognitive (Aubert 2001, cité par Hou Laforgue 2012), « un sujet très sollicité sur le plan cognitif ne pourrait pas maintenir le regard de l'interlocuteur et continuer à programmer son énoncé sans dépasser ses capacités de traitement de l'information ». Ainsi, le locuteur dysphasique ne peut utiliser son regard pour souligner les éléments clés de son discours ou pour participer à la régulation de l'interaction. Nous l'avons noté, ces aspects sont compliqués chez certains de nos patients lors des deux entretiens tests.

De plus, comme l'a souligné Hou Laforgue (2012), toute situation de communication constitue une situation de double-tâche pour les patients dysphasiques : gênés à l'oral, conceptualiser et mettre en mots leur demande une attention soutenue ; et au vu de leurs difficultés motrices et gestuelles, leur demander de se concentrer dessus également constitue une charge cognitive supplémentaire.

Enfin, dans la littérature, les auteurs ont souvent démontré des corrélations entre un déficit des fonctions exécutives et des difficultés motrices (voir notamment Hill, cité par Iverson et Bradock 2011 et Marton, 2009).

4.3. MOMENT D'INTERVENTION

Nous nous sommes interrogés quant au moment opportun pour débiter un travail de ce type, autour de la communication non-verbale.

Marion présente la plus faible évolution. Plus jeune (nous rappelons qu'elle a 16 ans et que les autres patients sont âgés de 18 à 21 ans), elle est plus en retrait au cours des séances, partageant moins ses ressentis, ayant du mal à se lâcher. Cependant, à partir de la séance 8 (au mois de mars), Marion est plus présente, volontaire. Elle se prête alors plus facilement aux différents exercices proposés, recommence autant de fois que nécessaire en tenant compte de nos remarques. Elle a probablement mis plus de temps à être à l'aise à cause du décalage d'âge d'une part et de ses deux absences (séances 4 et 6) d'autre part. Selon sa mère, elle vient avec beaucoup de plaisir et de motivation. Elle la sent moins timide, plus à l'aise dans ses interactions. Ses progrès sont flagrants lors de la séance 9 : elle parle avec une voix projetée, la prosodie est riche, les mimiques sont présentes et adaptées.

Ce petit décalage dans l'investissement du travail pourrait s'expliquer par le moment d'intervention au cours du parcours du jeune. Marion est encore dans le travail des aspects formels du langage, ils ne sont pas aussi automatisés qu'ils pourraient l'être dans quelques années. Ce travail est donc plus intéressant et porte ses fruits plus rapidement chez des adolescents plus âgés.

CONCLUSION

Après avoir constaté que les adolescents dysphasiques présentent des difficultés au niveau de leur communication non-verbale, notamment en utilisant moins de gestes que leurs pairs, nous nous sommes penchés sur les bienfaits des prises en charge groupales, utilisant le théâtre comme médiateur.

Notre étude a alors consisté à montrer une augmentation de la gestualité et une amélioration du sentiment de confiance en situation de communication chez des adolescents dysphasiques ayant suivi des séances d'orthophonie de groupe axées sur l'expression théâtrale.

Le protocole s'est déroulé comme suit : dix séances d'orthophonie, dont le travail était orienté sur l'emploi d'une communication totale, ont été organisées en groupe. Avant et après les ateliers, deux évaluations ont été proposées : l'évaluation quantitative, à savoir comptabiliser le nombre de gestes par minute à partir d'un entretien filmé, et l'évaluation qualitative, mesurant le sentiment de confiance en situation de communication par le biais de questionnaires. Une analyse clinique a permis de décrire l'évolution des patients séance après séance.

Nous retrouvons au sein de notre population, avant la prise en charge, les difficultés de communication non-verbale décrites par la littérature au niveau de l'utilisation des gestes, des mimiques, de la prosodie... Les résultats de cette étude montrent une amélioration de la communication non-verbale des adolescents dysphasiques : le nombre de gestes augmente après l'exposition aux ateliers. Nous notons particulièrement que le nombre de gestes expressifs et para-verbaux tend à être supérieur après les ateliers. Bien que cette augmentation ne soit pas statistiquement significative, l'intervention autour de l'expression théâtrale semble pertinente d'un point de vue clinique. Les tendances observées pourraient être confirmées en élargissant la population d'étude et en augmentant le nombre de séances.

Les adolescents interrogés ont gagné en confiance en ce qui concerne l'utilisation de la gestualité en situation de communication. Leurs impressions sont variables en ce qui concerne l'amélioration de leurs compétences communicationnelles dans les différentes situations de vie quotidienne évoquées.

Ces résultats s'expliquent par un ensemble de facteurs. D'une part, les participants ont pu découvrir des moyens d'expression autres que le verbal, l'emploi d'une communication totale a été fortement encouragé. D'autre part, l'effet de groupe a été porteur, favorisant des échanges dans le plaisir, donc des expériences de communication positives avec des pairs. Enfin, l'attitude thérapeutique adoptée s'est concentrée sur la création d'un espace d'échange et de travail libre et sécurisé. Ces facteurs nous ont permis de voir les patients évoluer, prendre de l'assurance et se familiariser avec leur corps et leur voix.

Même si des difficultés persistent après les séances, ce travail ouvre la voie à de nouvelles pistes dans la prise en charge orthophonique d'adolescents présentant une dysphasie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Alibali M.W., Goldin-Meadow** (2013), Gesture's Role in Speaking, Learning, and Creating Language, in *Annual review of Psychology*, Vol. 64, pp 257-283.
- 2 **Alibali M.W., Kita S., Young A.J.**, (2000), Gesture and the process of speech production: We think, therefore we gesture, in *Language and cognitive processes* Vol. 15, Issue 6, pp 593-613, Taylor & Francis Group.
- 3 **Batista A.**, (2012), *Le développement multimodal de la communication au cours de la petite enfance, étude en contexte francophone*, thèse UFR des sciences du langage de Grenoble.
- 4 **Bernicot J.**, (1992) *Les actes de langage chez l'enfant*, Paris : PUF.
- 5 **Billard, C.** (2002). Les troubles du langage chez l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°15, pp 153-159.
- 6 **Billard, C.** (2004). Définition des dysphasies de développement : de quoi s'agit-il ? *ANAE N° 76*-pp 23-25.
- 7 **Billard S., de Becque B., Duvelleroy-Hommet C., Barthez M.A., Gillet P.**, (1999). Les dysphasiques, quels adultes... ? *Orthomagazine* n° 33, pp 16-18.
- 8 **Billard, C., Pinton, F., Tarault, L., Faye, E.** (2007). Suivi à moyen terme d'une cohorte de 18 enfants dysphasiques: évolution du langage oral et écrit à l'adolescence. *Rééducation Orthophonique* n°230, pp 149-162.
- 9 **Billard C., Touzin M.** (2004), *Troubles spécifiques des apprentissages. L'état des connaissances. Langage oral, livret 3*. Signes éditions.
- 10 **Bishop** (2008), Les causes des troubles spécifiques du langage chez l'enfant, *ANAE* n°99 pp 196-201.
- 11 **Blanchet A.**, (1997), *Dire et faire dire – L'entretien*. Paris : Armand Colin.

- 12 **Bléger J.**, (1987), Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, collection Kaës R. et col, *L'institution et les institutions*, Dunod.
- 13 **Botting N., Riches N., Gaynor M., Morgan G.**, (2010) Gesture production and comprehension with children with SLI, in *British Journal of Developmental Psychology*.
- 14 **Braconnier A., Marcelli D.**, (1988), *L'adolescence aux mille visages*, éd O. Jacobs.
- 15 **Campbell, Skarakis-Doyle**, (2007), School-aged children with SLI : the ICF as a framework for collaborative service delivery, in *Journal of Communication Disorder*, Vol. 40, pp 513-535.
- 16 **Célérier P.**, (2010), *Jeux au carrefour du langage et des fonctions exécutives*, Cit'inspir.
- 17 **Charret A.**, (2010), *Liens entre communication pré-verbale et premiers raisonnements chez l'enfant présentant un retard de développement*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nancy.
- 18 **Chevrie-Muller, C.**, (1995). Pronostic des troubles spécifiques du développement du langage : le devenir des dysphasiques à l'âge adulte, in Ministère du travail et des affaires sociales. *Santé et insertion, un défi à l'illettrisme* pp157-165. La documentation française.
- 19 **Chiron D.**, (2012), *Le bégaiement en scène : intérêts de la pratique théâtrale chez des adolescents qui bégaiant*. Mémoire d'orthophonie, Université de Strasbourg.
- 20 **Chiron C., Pinton F., Masure M. C., Duvelleroy-Hommet C., Leon F., Billard C.**, (1999), Hemispheric specialization using SPECT and stimulation tasks in children with dysphasia and dystrophia. *Developm. Med. and Child Neurol.*, vol. **41**, pp 512-520.
- 21 **Clegg J., Hollis C., Mawhood L., Rutter M.**, (2005), Developmental language disorders - a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n°46, pp 128-149.

- 22 **Cohen M., Campbell R., Yaghmai F.** (1989), Neurological abnormalities in developmental dysphasia. *Ann. Neurol.*, n°25, pp 567-570.
- 23 **Colletta J.-M.** (2004), Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans. *Corps, langage et cognition*. Hayen, Mardaga.
- 24 **Colletta J.-M.** (2011), Le co-développement du langage et des gestes chez l'enfant âgé de trois ans et plus. Avancées récentes. *Rééducation orthophonique n°246, Multicanalité de la communication*, pp 59-73.
- 25 **Colletta J.-M., Batista A.** (2010), Premières verbalisations, gestualité et conduites bimodales : données et questions actuelles. *Rééducation Orthophonique n°241*, pp 21-33.
- 26 **Colletta, Pellenq, Guidetti** (2010), Age related changes in co-speech gestures and narratives : evidences from french children and adults. *Speech communication*, 52, pp 565-576.
- 27 **Conti-Ramsden G., Botting N.**, (2008), Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49, pp 516-525.
- 28 **Coquet F.**, (2005), *Rééducation orthophonique n°221, Habiletés pragmatiques chez l'enfant*.
- 29 **Coquet F.**, (2011), Introduction, *Rééducation orthophonique n°246, Multicanalité de la communication*.
- 30 **Coquet F., Witko A.**, (2011), Comportements sémiotiques et multimodalité des conduites langagières, *Rééducation orthophonique n°246, Multicanalité de la communication*, pp 105-126.
- 31 **Coslin P.G.**, (2010). *Psychologie de l'adolescent*. Armand Colin (3e édition).
- 32 **Coslin P.G.**, (2013). *Psychologie de l'adolescent*. Armand Colin (4^{ème} édition).

- 33 **Cosnier J.**, (1996), Les gestes du dialogue, la communication non verbale. Rev. *Psychologie de la motivation*, 21, pp 129-138.
- 34 **Cosnier J., Brossard A.**, (1984), *La communication non verbale*. Delachaux et Niestlé.
- 35 **Cosnier J., Vaysse J.**, (1997), Sémiotique des gestes communicatifs, *Nouveaux actes sémiotiques* n°52, pp 7-28.
- 36 **D'Alboy A.**, (2001), Dysphasie, définition du concept et techniques de remédiation, *ANAE*, n°61, pp 21-25.
- 37 **Damade M.**, (2014), *Le processus adolescent*, conférence Palette, Pessac.
- 38 **De Weck G.** (2004), Les troubles pragmatiques et discursifs dans la dysphasie, P.U.F *Enfance*, Vol. 56, pp 91-106.
- 39 **De Weck G., Salazar Orvig A.**, (2007), Dialogue entre enfants dysphasiques et leur mère : analyse des processus d'ajustement. *Rééducation orthophonique* n°230, pp 25-43.
- 40 **Durkin K., Conti-Ramsden G.**, (2007). Language, social behavior and the quality of friendships in adolescents with or without a history of specific language impairment. *Child development*. 78, pp 1441-1457
- 41 **Dussart** (2008), Le langage en devenir de l'enfant dysphasique: entre l'oral et l'écrit. *ANAE*, n°99 pp 240-244.
- 42 **Emmanuelli M.**, (2009), *L'adolescence : Que sais-je ?*. Presses Universitaires de France.
- 43 **Ekman P.**, (1973), *Darwin and facial expression*, New York, Academic press.
- 44 **Evans J.L., Alibali, McNeil** (2001) Divergence of verbal expression and embodied knowledge : evidence from speech and gesture in children with SLI, in *Language and Cognitive Processes*, vol. 16, issue 2-3, pp 309-331.

- 45 **Ferré G.**, (2011), Analyse multimodale de la parole, *Rééducation orthophonique n° 246, Multicanalité de la communication*, pp 73-85.
- 46 **Franc S., Gérard C.L.**, (2003), Devenir scolaire des dysphasiques. In Gérard C.L., Brun V., *Les dysphasies*, pp 123-140. Masson.
- 47 **Franco, Butterworth**, (1996), Pointing and social awareness: declaring and requesting in the second year, in *Journal of Child Language*, Vol. 23, Issue 02, pp 307-336. Cambridge University Press.
- 48 **Gathercole, Baddeley**, (1989), Evaluation of the Role of Phonological STM in the Development of Vocabulary in Children: a Longitudinal Study, in *Journal of Memory and Language* n°28, pp 200-213.
- 49 **Gassier J.**, (1986), *Le développement psychomoteur de l'enfant*, Masson.
- 50 **George, Pech-Georgel**, (2002), *Dysphasies*. Solal.
- 51 **George, Pech-Georgel**, (2007), *La prise en charge rééducative des enfants dysphasiques*. Solal.
- 52 **Gérard C.-L.**, (1993), *L'enfant dysphasique*. De Boeck.
- 53 **Geschwind N., Levitsky W.**, (1968), Human brain : Left-right asymmetries in temporal speech region. *Science*, *161*, pp 186-187.
- 54 **Goldin-Meadow, Butcher**, (2003), Pointing toward two-word speech in young children. In S. Kita (Ed), *Pointing: Where language, culture, and cognition meet*, pp 85-107. Mahwah, NJ: Earlbaum Associates.
- 55 **Graziano M., Gullberg M.**, (2013), Gesture production and speech fluency in competent speakers and language learners, conference paper in *Tillburg Gesture Research Meeting (TiGeR, 2013)*.
- 56 **Guidetti M.**, (2003), Comment communiquent les jeunes enfants, *Pragmatique et psychologie du développement*, BELIN.

- 57 **Guillon A.**, (2005), *L'évaluation du langage élaboré des adolescents dysphasiques de 11 à 18 ans*. Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI - UFR pitié-salpêtrière.
- 58 **Guimont F.**, (2008), *Un groupe conte, une prise en charge globale pour un orthophoniste*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- 59 **Gutmacher A.**, (2011), *Adultes dysphasiques : parcours et qualité de vie. Liens avec les bilans langagiers de l'enfance ?* Mémoire d'orthophonie. Université François Rabelais de Tours.
- 60 **Herbaux-Laborde M.**, (2013), *Etude d'un groupe d'adolescents et jeunes adultes dysphasiques : évaluation de leur langage élaboré, de leur langage écrit et de leur qualité de vie*. Mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- 61 **Hou Laforgue A.**, (2012), *Influence de la mémoire de travail et de la planification sur la communication des adolescents dysphasiques*. Mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- 62 **Iverson, Braddock**, (2011), Gesture and motor skill in relation to language in children with language impairment, in *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol.54, pp 72-86.
- 63 **Iverson, Capirci, & Caselli**, (1994), From communication to language in two modalities. *Cognitive Development*, 9, pp 23-43.
- 64 **Iverson, Goldin Meadow**, (1998), Why people gesture when they speak, *Nature* vol. 396.
- 65 **Iverson, Goldin-Meadow** (2005), Gesture paves the way for language development. *Psychological Science*, 16, pp 367-371.
- 66 **Iverson, Thelen** (1999), Hand, Mouth, Brain, the dynamic emergence of speech and gesture, *Journal of Consciousness Study*, 6, No. 11–12, pp 19–40.
- 67 **Kaës R., Laurent P.** (2009), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*, Eres.

- 68 **Karasiniski C., Ellis Weismer S.** (2010), Comprehension of inferences in discourse processing by adolescents with and without language impairment, in *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 53, pp 1268-1279.
- 69 **Katz, Fodor** (1964), *The structure of language. Readings in the Philosophy of language*, Prentice Hall.
- 70 **Kendon A.**, (1980), Gesticulation and speech: two aspects of the process of utterance. In M. R. Key (ed), *The Relationship of Verbal and Nonverbal Communication*, pp 207-227. The Hague: Mouton and Co.
- 71 **Klunnert M.D., Campos, Sorce, Svejda** (1983), Emotions as behaviors regulators : social referencing in infancy, ed Plutchik R., Kellerman H, *Emotions : theory, research and experience*. New York, Academic Press.
- 72 **Krauss R. M., Chen Y., Gottesman R. F.** (2000), Lexical gestures and lexical access: A process model. In D. McNeill (Ed.), *Language and gesture*, pp 261-283. New York: Cambridge University Press.
- 73 **Lacheret A.** (2011), La prosodie au cœur du verbal, *Rééducation orthophonique n°246 Multicanalité de la communication*, pp 87-104.
- 74 **Landrin, Blanc** (2009), l'enfant avec un trouble du langage : les répercussions sur son adaptation dans les relations sociales. *ANAE*. 101, pp 85-93.
- 75 **Larrieule M-L, Jouanno S** (2009), *Dysphasie : étude du devenir de 20 adultes*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- 76 **Leclercq, A-S., Leroy, S.** (2012). Introduction générale à la dysphasie : caractéristiques linguistiques et approches théoriques. In Maillart, C., Schelstraete, MA. *Les dysphasies. De l'évaluation à la rééducation*, pp 5-33. Masson.
- 77 **Lescaut S.**, (2003), *Apports du théâtre amateur aux personnes souffrant de bégaiement*. Mémoire d'Orthophonie de l'Université de Paris VI.

- 78 **Maillart, C., Schelstraete, M-A.** (2012) Introduction. *Les dysphasies, de l'évaluation à la rééducation*. Elsevier Masson.
- 79 **Mallet P., Meljac C., Baudier A., Cuisinier Fr.,** (2004). *Psychologie du développement : Enfance et adolescence*. Belin.
- 80 **Manheimer L.,** (1999), *Pratique du théâtre dans la prise en charge du bégaiement*. Mémoire d'Orthophonie, Université de Toulouse.
- 81 **Marcelli D., Braconnier A., Widlöcher D.,** (2008). *Adolescence et psychopathologie*. 7e édition. Masson.
- 82 **Marton K.,** (2009), Imitation of body postures and movements in children with specific language impairment, in *Journal of Experimental Child Psychology*.
- 83 **Mawois C.,** (2010), *La voix en scène*, Ortho Edition.
- 84 **McNeill D.,** (1992), *Hand and Mind: What Gestures Reveal About Thought*. Chicago: University of Chicago Press.
- 85 **McNeill D.** (2012), *How language began : gesture and speech in human evolution*, Cambridge university press.
- 86 **Mégrier D.,** (2004), *100 jeux de théâtre à l'école maternelle*, éd Retz.
- 87 **Mégrier D., Héril A.,** (2005), *60 exercices d'entraînement au théâtre*. Tome 2, éd Retz.
- 88 **Mégrier D. et Héril A.,**(2011), *Entraînement théâtral pour les adolescents*, éd Retz.
- 89 **Mermoud, de Weck** (1992), Etude clinique de la mimogestualité d'une enfant dysphasique, *Glossa, les cahiers de l'Unadrio n°32*, pp 44-49.
- 90 **Monfort M., Monfort-Juarez I.** (2011), Gestualité et troubles du langage, *Rééducation orthophonique n° 246, Multicanalité de la communication*, pp 127-140.
- 91 **Monfort M., Juarez Sanchez A.,** (2001), *L'intervention dans les troubles graves d'acquisition du langage et les dysphasies développementales*, Ortho éditions.

- 92 **Nahama, Ayoub, Borie, Petit** (2003), Problèmes d'adaptation sociale chez des jeunes de 9 à 12 ans présentant un trouble des apprentissages, *ANAE* n°71, pp 9-13.
- 93 **Namy, Waxman** (1998), Words and gestures: Infants' interpretations of different forms of symbolic reference, in *Child Development*, 69(2), pp 295-308.
- 94 **Pierart B.** (2004), Introduction, les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ?, *P.U.F., Enfance* Vol. 56, pp 5 à 19.
- 95 **Pierart B.** (2008), Les dysphasies de développement, *ANAE* n°99, pp 192-194.
- 96 **Piller A.G., Carmes E., Sizaret E., Galloux A., Tuller L., Barthez M-A.** (2008), Comparaison entre évaluation standardisée et évaluation fonctionnelle du langage de 12 sujets dysphasiques de 16 à 20 ans. *ANAE* n°98, pp 164-168.
- 97 **Plante E., Swisher L., Vance R., Rapcsak S.** (1991), MRI findings in boys with specific language impairment. *Brain Lang.*, 41, pp 52-66.
- 98 **Privat P., Quelin-Souligoux D.** (2005), *Travailler avec les groupes d'enfants*, Dunod.
- 99 **Rinaldi, W.** (2000). Pragmatic comprehension in secondary school-aged students with specific developmental language disorder, in *International journal of language and communication disorders*. 35, pp 1-29.
- 100 **Revol O.**, (2001), L'enfant dysphasique et l'école. *ANAE*. N° 61, pp 29-36.
- 101 **Rondal J-A** (1998), Pour une évaluation intégrative du langage oral. *Rééducation orthophonique* n° 196, pp 59-66.
- 102 **Saussure Ferdinand de** (1971), *Cours de linguistique générale*, Payot.
- 103 **Soares-Boucaud I., Labruyere N., Jery S., Georgieff N.** (2009), Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. *EMC, psychiatrie/pédopsychiatrie*.

- 104 Stefanini, Caselli, Volterra**, (2007), Spoken and gestural production in a naming task by young children with Down Syndrom, in *Brain and Language* vol. 101 issue 3, pp 208-221.
- 105 Suarez M.** (2011), Développement émotionnel du jeune enfant, *Rééducation orthophonique n° 246, Multicanalité de la communication*, pp 31-44.
- 106 Tartar Goddet E.** (2000) *Savoir communiquer avec les adolescents*.
- 107 Thai, Tobias, Morrison** (1991), Language and gesture in late talkers: a one-year follow-up, in *Journal of speech and hearing research*, 34 (3), pp 604-612.
- 108 Tomblin J.B.** (1997), Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children, in *Journal of Speech, Language, and Hearing research*, Vol. 40, pp 1245-1260.
- 109 Touzin, M.** (2004). Etre enfant et dysphasique. *ANAE n° 76-77*, pp 13-15.
- 110 Touzin, M. et Leroux, M-N** (2012), *100 idées pour venir en aide aux élèves dysphasiques*, Broché.
- 111 Uze et Bonneau** (2004), Aspects pédopsychiatriques des dysphasies : données médico-psychopathologiques, *Enfance*, Vol 56, pp 113-122.
- 112 Viala A., Mesguich D.**, (2011), *Le théâtre : Que sais-je ?*. Presses Universitaires de France.
- 113 Vives J.-M.**, (2009), *Personnages adolescents sur la scène*. Perspectives Psy, 48(3), pp 258-264.
- 114 Volterra, Iverson** (1995), When do modality factors affect the course of language acquisition? In K. Emmorey & J. Reilly (Eds.), *Language, gesture, and space*, pp 371-390. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 115 Wetherell D., Botting N., Conti Ramsden G.** (2007), Narrative in adolescent SLI : a comparison with peers across two different narrative genres, in *International Journal of Language and Communication Disorders* 42(5), pp 583-605.

116 **Wetzburger C.** (2004), Dysphasie de développement: approche neuropédiatrique in *Enfance*, Presse neuropédiatrique, Vol. 56, pp 107-112.

ANNEXES

Annexe 1 :

Hypothèses sur les âges d'apparition des différentes émotions dans le modèle des processus composants de Scherer (1992)

Expression émotionnelle	Âge de la première manifestation (en mois)	Séquence de traitement de la stimulation nécessaire				
		Nouveauté	Agrément intrinsèque	Rapport plan/buts	Faculté de maîtrise	Accord avec les normes
Sursaut	0	X				
Déplaisir	0	O	X			
Surprise	1-3	O	O	X		
Joie	3-5	O	O	X		
Colère	4-6	O	O	X	X	
Crainte	5-9	O	O	X	X	
Honte/ culpabilité	12-15	O	O	O	O	X
Mépris	15-18	O	O	O	O	X

Annexe 2:

Correspondance entre les formes et les fonctions des gestes conventionnels chez l'enfant de moins de 3ans (Guidetti 2003)

Formes/fonction	Assertif	Directif	expressif	Promissif
Pointage	X	X	X	
Acquiescement	X	X	X	
Refus	X	X	X	
Applaudir			X	
Au revoir	X			
Ça m'est égal (haussement d'épaules)			X	
Silence		X		
Attention !				X
A moi (pointage vers soi)	X			

Annexe 3:

QUESTIONNAIRE T0

A) Parcours

1. Age du diagnostic :
2. Type de dysphasie :
3. As-tu déjà participé à un groupe en orthophonie ?
Si oui, quelles ont été tes impressions ?

B) Rubrique "social"

1. Aujourd'hui, comment te sens-tu dans les différentes situations de communication suivantes (0 = très en difficulté ; 1 = en difficulté ; 2 = moyennement en difficulté ; 3 = à l'aise ; 4 = parfaitement à l'aise) :

	0	1	2	3	4
En famille					
Pour intervenir en classe					
Avec un groupe d'amis					
En tête à tête					
Avec les filles					
Avec les garçons					

C) Rubrique « oral »

Aujourd'hui comment évalues-tu tes performances dans les tâches suivantes (0 = très difficile ; 1 = difficile ; 2 = moyennement difficile ; 3 = à l'aise ; 4 = parfaitement à l'aise) :

	0	1	2	3	4
Trouver les mots exacts					
Dire les mots dans le bon ordre					

C) Rubrique "non-verbal" :

Il s'agit de tout ce qui, en dehors de la parole, te permet de communiquer : les différents gestes comme pointer du doigt ou du regard, mimer, ou simplement bouger les mains... Tout ce que tu peux exprimer au niveau du visage, tes mimiques, mais aussi les différentes intonations de ta voix sont inclus ici.

1. As-tu l'impression d'utiliser beaucoup de gestes / mimiques ?
2. Observes-tu les autres pour mieux les comprendre (leurs gestes, mimiques etc...) ?
3. Si tu es en difficulté dans ta communication, penses-tu à t'aider du non-verbal pour faire passer ton message ?
4. Si non, pour quelle raison ?
5. Fais-tu attention à l'intonation de voix de tes interlocuteurs ?
6. Comment entends-tu ta propre voix ? Plutôt monotone / Plutôt expressive ?

Annexe 4:

QUESTIONNAIRE T1

A) Satisfaction

Comment as-tu trouvé cet atelier :

- Amusant
- Gênant / Troublant
- Apaisant
- Efficace
- Banal / Moyen
- Ennuyant
- Intéressant
- Autres :

Si tu devais changer quelque chose à cet atelier ce serait :

B) Rubrique "social"

Aujourd'hui, comment te sens-tu dans les différentes situations de communication suivantes (0 = très en difficulté ; 1 = en difficulté ; 2 = moyennement en difficulté ; 3 = à l'aise ; 4 = parfaitement à l'aise) :

	0	1	2	3	4
En famille					
Pour intervenir en classe					
Avec un groupe d'amis					
En tête à tête					
Avec les filles					
Avec les garçons					

C) Rubrique « oral »

Aujourd'hui comment évalues-tu tes performances dans les tâches suivantes (0 = très difficile ; 1 = difficile ; 2 = moyennement difficile ; 3 = à l'aise ; 4 = parfaitement à l'aise) :

	0	1	2	3	4
Trouver les mots exacts					
Dire les mots dans le bon ordre					

D) Rubrique "non-verbal"

1. Utilises-tu plus / moins / pareil de gestes par rapport au début de l'année ?
2. Observes-tu plus / moins / pareil tes interlocuteurs par rapport au début de l'année ?
3. Les gestes (mains et expressions du visage) t'aident t'ils à mieux communiquer ?
4. Fais-tu des gestes lorsque tu te trouves en difficulté ?
5. Si non, pourquoi ? (tu n'y penses-pas / tu n'en vois pas l'utilité ?/ tu n'y arrives pas ?)
6. L'intonation de ta voix est-elle plus / moins / aussi chantante par rapport au début de l'année ?

E) Le travail en groupe :

1. Je n'ai pas du tout aimé / J'ai un peu aimé / J'ai bien aimé / J'ai beaucoup aimé
2. Pourquoi ?
3. As-tu apprécié travailler avec d'autres adolescents concernés par la dysphasie ?
OUI : car je ne me suis pas senti jugé / j'ai fait des rencontres intéressantes / autres :
NON : je ne me suis pas senti à l'aise / j'aurai préféré faire du théâtre avec d'autres / autres :

Annexe 5:

QUESTIONNAIRE – séance 6

A) Satisfaction

1. Te sens-tu à l'aise durant les séances en groupe ?
Si non, pourquoi ?
2. Les exercices proposés :
 - T'amuse
 - Te détendent
 - T'ennuient
 - Sont faciles
 - Sont difficiles
3. Quel(s) exercice(s) te plaît le plus ?

B) Propositions : Oui ou Non ?

Qu'est-ce que tu aimerais faire en plus ?

- Avoir plus de conseils sur tes gestes, ta voix, les expressions de ton visage...
- Faire plus d'exercices à deux ou plusieurs.
- Retravailler avec la vidéo (un gars une fille / autres sketches...) : discuter, essayer de les imiter.
- Autres idées d'activité :

L'organisation du temps ensemble :

- Arrives-tu à te détendre au début des séances ?
- Veux-tu qu'on prenne plus de temps entre les exercices pour en parler ?
- Préfères-tu enchaîner plus d'exercices, sans trop analyser ce qu'on fait ?
- Trouves-tu difficile de parler de ce que tu ressens à la fin des séances ?
- Trouves-tu utile d'essayer de le dire et d'écouter les autres ?

C) Oui ou Non

1. J'utilise plus souvent les gestes pour m'exprimer.
2. J'ai envie d'utiliser plus les gestes pour m'exprimer mais je n'y arrive pas.
3. Je trouve inutile de faire plus de gestes.
4. Je regarde le visage de celui avec qui je parle, ses gestes, sa voix. J'arrive à mieux le comprendre.

J'observe les gestes, le visage des gens qui parlent dans la rue, à la télé, leur façon de se placer dans les transports en commun ou dans une salle.

Annexe 6 :

Séance 9 : Sketch n°1 - Soirée télé

F : voilà ! Vas-y mets le film.

...

F : Attends loulou ! Je vais faire pipi ! Arrête le film !

G : ouais...

F : ça y est !

G : C'est bon là ? Allez !

F : loulou... j'ai faim...

G : non non non non !!!

F : j'en ai pour 5 minutes ! Tu veux un truc ?

G : Bin non, j'ai pas faim moi !

F : voilà !

G : c'est bon là ? T'as pas envie de prendre une douche, appeler ta mère... ?

F : oh !! J'ai oublié de rappeler maman !

G : oh non ! non ! non ! Alex ! Le film !! Pourquoi j'ai dit ça moi...

Séance 9 : sketch n°2 - Détente au piano

F : c'est beau loulou...

G : c'est vrai ? ah mais je vais faire une petite pause là...

F : oh non loulou !

G : si si ! J'ai envie de jouer aux jeux vidéo là !

F : S'il te plaît ! Encore un peu... Allez, pour me faire plaisir !

G : allez une dernière fois ! C'est la dernière hein...

F : oui !

...

F : mmm... c'est beau mon amour ! On est tellement bien là tous les deux !

Séance 10 : Sketch n°3 - Peinture

G : *(peint)*

F : Voilà loulou ! Je suis prête pour la peinture ! (REGARDS)

F : ça te plaît ?

G : heu... je sais pas... *(peint)*

F : *(regards : jean/la peinture/sa tenue)* t'as raison, c'est pas bien ça. Je vais me changer ! Je reviens tout de suite ! *(s'en va)*

F : ça y est loulou ! Regarde ! (REGARDS)

G : hein ? *(sifflotements...)*

F : c'est trop foncé hein ? Tu trouves pas ? *(s'en va)*

F : j'ai mis ça plutôt ! C'est pas mal hein ? *(regarde sa tenue puis jean)*

G : *(regard rapide)* ouais ça va...

F : mais j'aurai chaud pour peindre là... Sinon j'ai ça, ou ça, ou ça. *(s'en va)*

G : *(sourir)* Elle m'énerve, elle m'énerve !

Séance 10 : Sketch n°4 - La lettre

G : Tiens chouchou ! Je t'ai écrit une lettre... *(lui tend la lettre)*

F : A moi ?? *(sourire + le regarde)*

F : De toi ?? *(plus grand sourire)*

G : Ouais... *(sourire gêné)* Je me suis dit que ça te plairait...

F : Oh mon amooooour ! *(elle lit la lettre)* ...

F : Jean, tu n'aurais pas dû mettre une majuscule à « belle », c'est pas mon prénom.

G : Oui oui, je sais... Mais vas-y lis... *(pointe la lettre)*

F : Oh ! *(énervée)* Je déteste cette expression ! « avoir de la misère » : c'est ringard de dire ça !

G : Ok ok... *(agacement)* mais lis le fond quoi. *(+geste)*

F : Oh non ! *(pause)* « j'ai décidé », t'as mis ER au lieu de é ! Je vais t'expliquer la règle...

G : *(arrache la lettre et s'en va)*

F : qu'est-ce qu'il y a ? *(étonnée, puis énervée)* Oh ! J'essaie juste de t'aider en français !!