



HAL
open science

Groupe de communication et approche écologique de la prise en charge orthophonique des patients traumatisés crâniens : étude de cas

Carole Lancuentra

► To cite this version:

Carole Lancuentra. Groupe de communication et approche écologique de la prise en charge orthophonique des patients traumatisés crâniens : étude de cas. Sciences cognitives. 2015. dumas-01236962

HAL Id: dumas-01236962

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236962>

Submitted on 2 Dec 2015

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.

LANCUENTRA Carole

Née le 12/03/1989

**GROUPE DE COMMUNICATION
ET APPROCHE ECOLOGIQUE
DE LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE
DES PATIENTS TRAUMATISES CRANIENS**

ETUDE DE CAS

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

Sous la direction d'Armelle Kerbrat

Année universitaire 2014-2015

Université de Bordeaux- Département d'Orthophonie

Remerciements

Merci à Armelle Kerbrat pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire et pour avoir rendu ce travail possible en me permettant de participer au groupe communication de Château Rauzé. Je la remercie pour ses conseils qui m'ont beaucoup apporté et pour sa grande disponibilité.

Merci à Angélique Moreira, Aurélie Jimenez et Delphine Hamel pour leur participation à mon jury de soutenance.

Merci à Anne Debelleix pour le temps consacré à la relecture de ce mémoire et pour ses corrections.

Merci à Mme S. d'avoir accepté de participer à cette étude.

Merci aux orthophonistes qui m'ont accueillie en stage durant ces quatre années d'études, pour m'avoir transmis leur passion et leur savoir-faire.

Merci à l'équipe pédagogique du département ainsi qu'à Florence Biesse et Delphine Peres-Demarthon pour avoir permis à notre promotion d'étudier dans de bonnes conditions. Merci à Gaëlle Bénichou d'avoir organisé nos soutenances.

Merci à la promotion 2015 pour l'ambiance d'entraide et le bon esprit qui a régné durant ces quatre années. Je remercie tout particulièrement Marie-Justine, Julie, Amandine et Emily pour tous les bons moments passés et à venir...

Merci à mes parents pour m'avoir permis de réaliser mes études sereinement et pour leur confiance. Merci aussi à mes proches.

Merci à ma mère ainsi qu'à Audrey, Christian, Jenny, Marie-Justine et Amandine pour leurs yeux de lynx...

Merci à Christian pour son aide durant cette étude, sa présence au quotidien et son soutien.

Sommaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
ASSISES THEORIQUES.....	8
I. Approche pragmatique des troubles de la communication	9
1. Les théories de la communication	9
2. Conception pragmatique de l'analyse du discours	12
2.1. Les actes de langage	12
2.2. La théorie des implicatures : le principe de coopération et les maximes conversationnelles	15
2.3 Une conception cognitiviste : le principe de pertinence.....	15
2.4. Les processus inférentiels.....	16
2.5. Conception actuelle de la pragmatique.....	17
2.6. Le rôle de la communication non-verbale dans la régie de l'échange	18
2.7. L'analyse du discours.....	21
2.7.1. Définitions.....	21
2.7.2. Microstructure et macrostructure.....	22
2.7.3. Cohérence et cohésion du discours.....	22
2.7.4. Comment interpréter un discours ?.....	23
II. Le traumatisme crânien grave	24
1. Définition.....	24
2. L'évolution du patient traumatisé crânien.....	25
3. Les troubles du patient traumatisé crânien grave	26
3.1. Troubles moteurs	26
3.2. Troubles cognitifs et comportementaux	27
3.2.1. Syndrome dysexécutif.....	28
3.2.2. Troubles mnésiques.....	29

3.2.3. Troubles attentionnels et atteinte de la vitesse de traitement de l'information...	29
3.2.4. Troubles de la métacognition ou anosognosie.....	30
3.3. Troubles langagiers et communicationnels.....	31
3.3.1. Troubles du langage, de la voix, de la parole.....	31
3.3.2. Troubles de la communication et de la pragmatique du discours.....	32
3.3.2.1. Troubles du discours.....	32
3.3.2.2. Atteinte de la compréhension du langage non-littéral.....	34
3.3.2.3. Troubles de la communication non-verbale.....	34
3.3.2.4. Répercussions des troubles de la communication.....	35
4. Accompagnement orthophonique du traumatisé crânien grave.....	36
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	38
1. Problématique.....	39
2. Objectif.....	39
3. Hypothèses.....	39
3.1. Hypothèse théorique.....	39
3.2. Hypothèse opérationnelle.....	39
MATERIEL ET METHODE.....	41
I. Méthodologie.....	41
1. Critères d'inclusion.....	41
2. Critères d'exclusion.....	41
3. Outils d'évaluation.....	42
II. Protocole de prise en charge.....	44
1. Cadre de prise en charge.....	44
2. Protocole thérapeutique.....	45
2.1. Le projet de sortie.....	45
2.1.1. Premier temps : Bilan de la sortie effectuée la semaine précédente.....	45
2.1.2. Deuxième temps : Préparation de la sortie de la semaine suivante.....	45
2.2. La sortie.....	47

2.2.1. Rappel des objectifs.....	47
2.2.2. Déroulement de la sortie.....	47
2.2.3. Synthèse des sorties en groupe.....	48
III. Déroulement de la prise en charge	48
1. Présentation de la patiente	48
2. Déroulement des séances	50
RESULTATS.....	61
I. Résultats au TLC	62
II. Résultats à la GOCP	64
III. Résultats à l'ECVB et confrontation avec le Questionnaire complémentaire à la famille du TLC	67
DISCUSSION	71
I. Retour sur les hypothèses et l'objectif de l'étude	71
II. Analyse qualitative	71
III. Discussion	73
1. Apports de la prise en charge de la communication en milieu réel	73
2. Limites de notre étude	75
3. Perspectives	77
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
TABLE DES ANNEXES.....	93

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma de la communication selon la théorie de la communication de Shannon et Weaver (1949).....	9
Figure 2 : Schéma de la communication de Jakobson (1969).....	11
Figure 3 : L'apport de Wiener à la schématisation de la communication : le feedback	11
Figure 4 : Evaluation avec le TLC	42
Figure 5 : Evaluation avec la GOCP	43
Figure 6 : Evaluation avec l'ECVB	43
Figure 7 : Evolution de performances de Mme S. aux épreuves du TLC	62
Figure 8 : Performances à la GOCP à T0	65
Figure 9 : Performances à la GOCP à T1	66
Figure 10 : Evolution des performances de Mme S. à l'ECVB	68

Introduction

Au départ considérée comme le phénomène de transmission d'un message entre un émetteur et un récepteur passif, la communication est aujourd'hui vue comme un phénomène dynamique mettant en jeu au moins deux individus dans un contexte donné, dans une situation particulière et avec un objectif précis. Les patients traumatisés crâniens sont très souvent touchés par les troubles de la communication impactant leurs relations sociales, familiales, leur vie psychique et professionnelle. L'enjeu pour l'orthophoniste qui intervient auprès de ces sujets est donc important.

Des outils de rééducation existent, mais les troubles de la communication sont particulièrement visibles en situation écologique, proche de la vie quotidienne et au contact d'un public non-averti. C'est pourquoi le groupe de communication du secteur de réadaptation de Château Rauzé propose des séances à l'extérieur de l'institution, en milieu réel, afin d'agir au plus près de la problématique de chaque patient, de mieux cibler ses difficultés et d'y remédier. Notre hypothèse de travail s'intéresse à l'impact d'une prise en charge de la communication en milieu réel sur les performances communicationnelles d'une patiente présentant un traumatisme crânien grave. Nous cherchons à montrer qu'un entraînement de ce type peut améliorer la communication verbale et non-verbale.

Dans un premier temps, nous poserons le cadre théorique sur lequel s'appuie notre travail : l'évolution de la conception de la communication et son approche pragmatique, puis les troubles, l'évolution et l'accompagnement orthophonique du patient traumatisé crânien.

Ensuite, nous décrirons la méthodologie utilisée qui comprend deux temps d'évaluation (T0 et T1), 16 séances composées de 8 séances de préparations de situations de communication et de 8 sorties ou mises en situation téléphonique. Nous détaillerons les séances proposées et leur progression.

Enfin, nous présenterons et analyserons les résultats. La discussion nous permettra de pointer les apports et les limites de notre étude et de proposer des perspectives de travail.

Assises théoriques

Assises théoriques

I. Approche pragmatique des troubles de la communication

1. Les théories de la communication

Plusieurs définitions de la communication sont admises par la communauté. Elles s'accordent sur le fait que la communication est **la circulation ou le transfert** d'une pensée, expérience, information, message ou signal **entre deux** individus, organismes, sujets ou systèmes dont l'un est **l'émetteur** et l'autre **le récepteur**.

Shannon et Weaver (1949) ajoutent que l'information subit un codage qui influence et modifie l'état du récepteur. En effet, dans leur "théorie mathématique de la communication", le message élaboré par la source est codé par l'émetteur en signal adapté à la nature du canal de communication qui relie émetteur et récepteur. Le signal est ensuite reçu et décodé par le récepteur après avoir subi quelques altérations car le canal de communication n'est pas parfait (bruit).

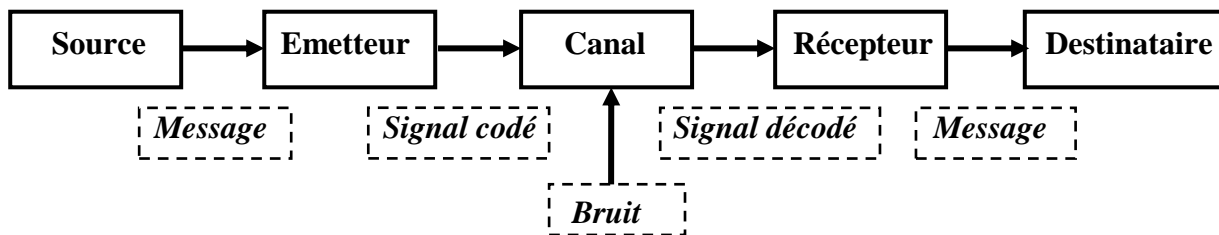


Figure 1 : Schéma de la communication selon la théorie de la communication de Shannon et Weaver (1949)

Cependant, cette modélisation de la communication ne prend pas en compte plusieurs éléments :

- La notion de feedback ou rétroaction.
- L'existence de plus de deux participants à la conversation.
- Le fait que le message reçu n'est pas parfaitement analogue au message émis (Cosnier, 1982).

Elle se limite à la transmission physique du message et confère au récepteur un rôle passif.

Pour rendre compte de la nature spécifique du langage verbal, Jakobson propose dans son essai *Linguistique et poétique* (1963) une systématisation des fonctions du langage :

- **La fonction émotive/expressive** est liée à l'émetteur (il peut s'agir d'un groupe de personnes). Au niveau linguistique, il peut s'agir d'hésitations, d'interjections dont le sens varie selon la prononciation.
- **La fonction phatique** permet de vérifier que le canal fonctionne et que le lien est correctement établi pour communiquer.
- **La fonction métalinguistique** est assurée par le code et permet de vérifier que le partenaire de communication le partage.
Exemples : *Au fait, on parle bien de la même personne ?*, l'utilisation du dictionnaire, des guillemets.
- **La fonction référentielle** a pour objet le référent et se focalise sur l'état du monde : c'est la fonction informative du langage. Il n'y a pas de subjectivité.
Exemple : la signalisation routière.
- **La fonction poétique** correspond au travail sur la langue, sur la forme du message.
Exemples : procédés poétiques comme les assonances, les allitérations.
- **La fonction conative** est utilisée lorsque le locuteur s'adapte au destinataire, par exemple en publicité.
Exemples : *Dites-le avec des fleurs* (*dites-le* est directement lié au destinataire), *Parce que vous le valez bien* (flatterie qui modifie les croyances du destinataire).

D'autre part, le schéma de la communication de Jakobson (1963) ajoute à cette modélisation les notions de **signal** et de **référent**. Le référent désigne le contexte auquel le message renvoie.

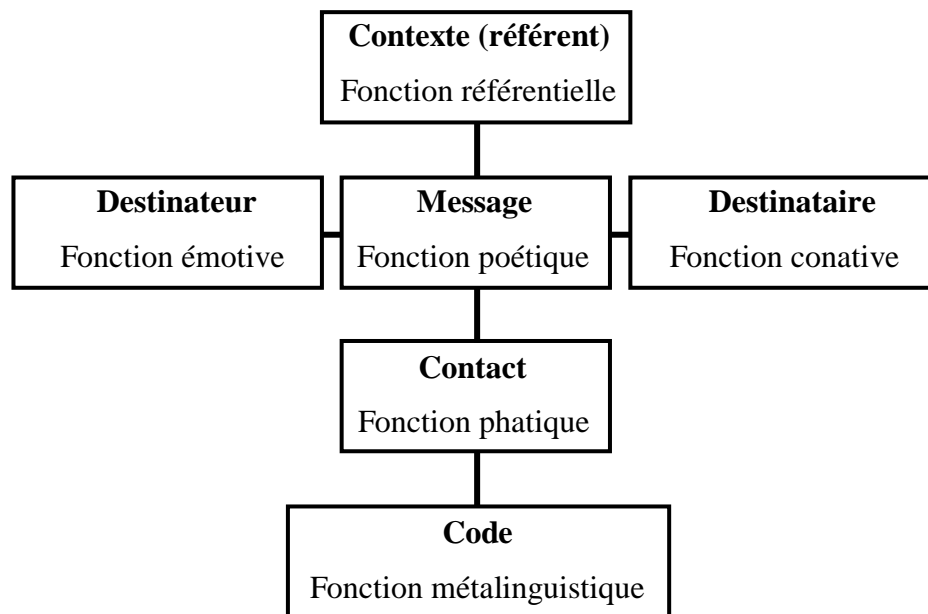


Figure 2 : Schéma de la communication de Jakobson (1969)

Ces théories considèrent la communication verbale comme un processus codique, le code permettant de transmettre les pensées, le message.

La linguistique de l'énonciation inclut ensuite la notion de **rétroaction** ou **feedback** qui donne des informations au locuteur sur la façon dont son message a été reçu. En effet, Wiener (1948) propose un modèle circulaire rétroactif dans lequel il introduit la notion de feedback définie comme *"tout retour de signal d'un point aval quelconque vers un point amont quelconque du canal, tout retour d'information du destinataire vers la source"*. Le feedback verbal ou non-verbal est essentiel en situation de communication car il permet d'ajuster le discours et d'adapter le message. La communication est désormais appréhendée comme un **processus dynamique**.

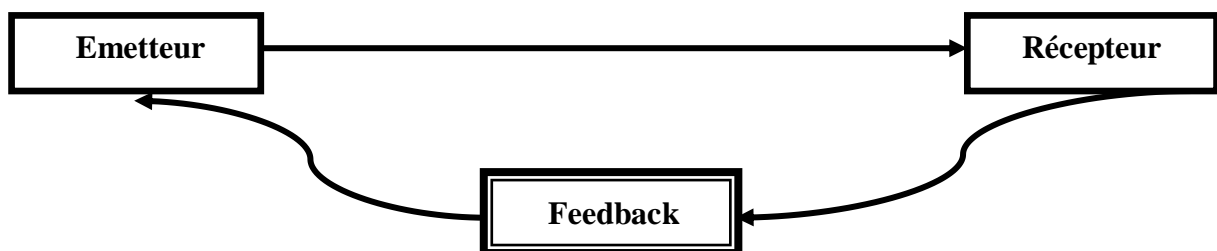


Figure 3 : L'apport de Wiener à la schématisation de la communication : le feedback

L'école de Palo Alto a intégré la communication dans un **contexte social**. Selon Bateson (1977), Birdwhistell (1970) ou encore Watzlawick et coll. (1972), la communication intègre plusieurs modes de comportement, verbal et non-verbal (silences, gestes, mimiques, notion d'espace individuel), en contexte d'interaction.

L'étude de ces interactions concerne la pragmatique. Cette modélisation de la communication nous oblige à abandonner l'idée que le récepteur est déterminé par le locuteur. On peut dire que le récepteur précède le locuteur et le définit par **le principe de rétroaction**. Les performances communicationnelles d'un locuteur dépendent du contexte et ne sont jamais les mêmes. Les situations interpersonnelles sont donc composées de boucles de rétroaction. Il existe deux types de rétroactions :

- **La rétroaction positive**, dans ce cas un changement s'opère ce qui entraîne la perte de la stabilité de la relation.
- **La rétroaction négative**, on parle alors d'homéostasie et la stabilité de la relation est maintenue.

Une partie de ce qui sort du système (output) et réintroduite sous la forme d'une information (input). Les entrées d'informations (input) peuvent être amplifiées jusqu'à provoquer un changement dans le cas d'une rétroaction positive, ou au contraire atténuées pour maintenir la stabilité du système si les mécanismes de rétroaction sont négatifs. Pour que le système évolue tout en restant stable, les mécanismes de rétroaction positive et négative doivent coexister.

La situation de communication correspond donc à l'interaction entre au moins deux individus appartenant à une culture spécifique, dans un contexte donné et avec un objectif défini.

2. Conception pragmatique de l'analyse du discours

2.1. Les actes de langage

Lenfant et coll (2006) insistent sur l'importance de **l'intentionnalité du locuteur** dans l'analyse du discours en citant les travaux d'Austin et Searle : "*Dans la production d'un*

énoncé, l'intention de communication (illocutoire) va entraîner un choix de mise en mots (locutoire) en fonction de la façon dont on veut se comporter avec son interlocuteur (perlocutoire). Par conséquent, il s'agit surtout pour le lecteur /auditeur d'interpréter la valeur illocutoire d'un énoncé".

La théorie des actes de langage d'Austin (1962) est centrale dans l'étude de la pragmatique. Searle (1972) la développe par la suite et y ajoute la notion de **force illocutoire**.

Austin distingue les **énoncés constatifs** des **énoncés performatifs**.

- Un énoncé constatif peut être vrai ou faux : *Pierre est arrivé.*
- Un énoncé performatif correspond à l'exécution d'une action : *Je déclare cette séance ouverte.*

Les quatre actes de langage sont les suivants :

- **L'acte locutoire** correspond à la production de mots ou de phrases qui créent du sens.
- **L'acte perlocutoire** désigne l'effet produit par le locuteur sur l'interlocuteur grâce à son interprétation de l'énoncé.

Exemple : *La fenêtre est ouverte* alors qu'il fait froid peut induire la demande de fermer la fenêtre.

- **L'acte illocutoire** correspond à l'action réalisée en direction de l'interlocuteur :
 - **Les verdictifs** servent à prononcer un jugement : acquitter, prononcer, condamner, décréter.
 - **Les exercitifs** correspondent à la formulation d'une décision : pardonner, ordonner, promulguer.
 - **Les promissifs** obligent le locuteur à effectuer une action : promettre, garantir, avoir l'intention de, s'opposer.
 - **Les comportatifs** sont relatifs au comportement en société : s'excuser, remercier, critiquer, féliciter, condoléancer, défier, attendre.
 - **Les expositifs** permettent d'exprimer la façon dont nos expressions s'insèrent dans la conversation : affirmer, nier, remarquer, postuler, accepter, supposer, vouloir dire.

Searle proposera ensuite sa propre classification des actes de langage performatifs :

- **Les assertifs** correspondent aux affirmations sur le monde : *Je te prédis qu'il va faire beau.*
- **Les directifs** obligent l'interlocuteur à réaliser une action future : *Je vous prie d'éteindre votre cigarette.*
- **Les promissifs** obligent le locuteur à réaliser une action future : *Je te rendrai les cinq euros la semaine prochaine.*
- **Les expressifs** donnent des indications concernant l'état mental du locuteur : *Je m'excuse de vous avoir bousculé.*
- **Les déclaratifs** provoquent un changement par la déclaration du locuteur : *Je démissionne.*

Le traitement de ces actes de langage et des informations assure la **cohérence** du discours. Les éléments de surface (lexicaux, morphosyntaxiques, non-verbaux) assurent quant à eux la **cohésion** du discours.

Lorsque le locuteur veut s'exprimer, plusieurs choix s'offrent à lui :

- **L'acte de langage direct**, explicite et clair : *Baisse la climatisation s'il te plaît;* il s'agit d'un ordre tant sur le fond que sur la forme.
- **L'acte de langage indirect conventionnel** : *Pourrais-tu baisser la climatisation ?;* il s'agit d'une formule de politesse largement répandue.
- **L'acte de langage indirect non-conventionnel** : *Tu ne trouves pas que la climatisation est un peu forte ? Je vais attraper froid à force...;* ici la requête est formulée de façon détournée, l'interlocuteur doit analyser les propos du locuteur pour comprendre son intention.

Les actes de langage indirects concernent le **langage non-littéral** (Searle, 1982). Prenons l'exemple : *"Avez-vous du feu ?"*. Pour Searle, cet acte de langage indirect est composé d'un **acte primaire** et d'un **acte secondaire**. On passe de l'acte secondaire littéral, la question, à l'acte primaire non-littéral, la requête d'obtenir du feu pour allumer une cigarette, par l'intermédiaire de processus inférentiels. L'intention du locuteur porte seulement sur l'acte primaire.

Nous verrons dans la section suivante que Grice n'a pas la même vision des actes de langage indirects.

2.2. La théorie des implicatures : le principe de coopération et les maximes conversationnelles

Grice souligne l'importance de la relation entre les interlocuteurs au cours de la conversation. Selon lui, la communication est régie par un **principe de coopération** et des **maximes conversationnelles**. Pour interpréter un énoncé, il faut traiter son sens, le contexte de l'énonciation et prendre en compte le principe de coopération. La contribution à la conversation doit être conforme à l'objectif de l'échange verbal qui a été fixé. Ainsi, lorsque l'interlocuteur détecte une intention communicative, il s'attend à ce que le locuteur suive ce principe et agisse de manière coopérative.

Le principe de coopération a mené Grice (1975) à formuler neuf maximes ou règles conversationnelles :

- **Maxime de quantité** : le locuteur donne assez d'informations sans redondance.
- **Maxime de qualité** : le propos est supposé vrai ; si le locuteur doute de la véracité de l'information qu'il transmet, il doit utiliser des modalisateurs (*il semblerait que...*).
- **Maxime de relation** : le discours doit être adapté au contexte et à l'évolution de l'échange (maintien du thème, réponses appropriées, demandes de clarification).
- **Maxime de manière** : la formulation doit être claire, sans ambiguïté, brève et ordonnée.

D'après Grice et sa notion de principe de coopération, l'énoncé utilisé comme exemple précédemment "*Avez-vous du feu ?*" enfreint la maxime de relation. L'énoncé n'est pas pertinent, l'acte de requête est **une implicature conversationnelle**, correspondant à ce qui est suggéré par le locuteur de façon implicite.

2.3 Une conception cognitiviste : le principe de pertinence

Au cours de l'évolution, l'esprit humain a appris à différencier l'information pertinente de l'information non-pertinente. **La théorie de la pertinence** (Sperber et Wilson, 1989) s'appuie sur ce constat : une information est pertinente lorsque l'effet cognitif est positif avec l'apport d'une information nouvelle ou la modification d'une information ancienne.

La démarche d'interprétation de l'intention informative du locuteur par l'interlocuteur est appelée **procédure de compréhension**. Elle permet d'arriver à une interprétation aussi proche que possible de l'intention informative du locuteur, et se compose de deux principes de pertinence : **le principe cognitif de pertinence** et **le principe communicatif de pertinence**. Il existe entre la pensée et son expression une ressemblance. La proposition expressive doit seulement ressembler à la pensée du locuteur. La pertinence est déterminée par l'effet contextuel et l'effort cognitif.

Selon le principe cognitif de pertinence, l'esprit est orienté vers la maximisation de la pertinence et peut distinguer les informations pertinentes des informations non-pertinentes. Cette capacité est innée.

D'après le principe communicatif de pertinence, l'interlocuteur peut grâce à cette capacité innée présumer que l'énoncé du locuteur est pertinent et qu'il vaut la peine d'être traité. Il permet de passer d'une pertinence maximale à une pertinence optimale en limitant les efforts de traitement cognitif. Lorsque les attentes de pertinence sont satisfaites, la procédure de compréhension s'arrête.

Le principe de pertinence constitue la base des processus inférentiels et nécessite une motivation à la communication suffisante.

2.4. Les processus inférentiels

La compréhension du langage non-littéral se caractérise par l'absence de correspondance entre l'interprétation de la forme littérale de l'énoncé et sa signification. Cette dernière dépend du contexte dans lequel l'énoncé est produit et nécessite la mobilisation de processus inférentiels élaborés.

L'interlocuteur réalise de nombreuses hypothèses afin de comprendre ce que veut communiquer le locuteur à travers son discours. Ces hypothèses sont le résultat d'**inférences**. La capacité à réaliser des inférences est un des composants essentiels du processus de compréhension (Blanc et Brouillet, 2003). En prenant en compte les informations contextuelles, l'intention du locuteur et leur évolution tout au long de l'échange, les inférences permettent de comprendre ce qui n'est pas marqué par le code.

Selon Moeschler (2008), **la communication est un processus mixte, codique et inférentiel** : *"La phrase, entrée du traitement linguistique, produit une signification, via les propriétés du système linguistique. La signification linguistique, complétée par des informations provenant du contexte, donne un énoncé, qui est le lien des inférences pragmatiques, et dont le résultat, la sortie du processus interprétatif, est le sens"*. En passant par le code linguistique, elle permet de transmettre un état mental approprié à l'acte de communication.

Ainsi, le partage d'un code commun n'est pas une condition suffisante pour la réussite de l'échange.

2.5. Conception actuelle de la pragmatique

La pragmatique est devenue au fil des années un objet d'étude à part entière. Essentielle à la bonne intégration de l'individu au sein du groupe, elle fait partie des compétences nécessaires à la communication.

Elle consiste à étudier l'influence du contexte non-linguistique lors de la transmission du message ainsi que la résolution des ambiguïtés ou encore le comportement des interlocuteurs en action (McDonald, 1993).

Une définition plus récente de la pragmatique est proposée par Coquet (2005) : *"Les habiletés pragmatiques peuvent être définies comme des compétences qui permettent d'utiliser le langage en situation en tenant compte de l'intention de celui que parle, de l'interlocuteur et du contexte de l'interaction"*. Elle décrit ainsi **l'aspect dynamique** de la communication.

La performance d'un sujet peut varier selon le type de discours (conversationnel, narratif ou procédural), le niveau socio-culturel, le profil neuropsychologique et la familiarité des interlocuteurs (McDonald et coll, 1999; Hartley, 1995). De plus, selon Snow (1997) *"Les contraintes cognitives et/ou linguistiques qui pèsent sur le locuteur varient selon les types de discours, indépendamment du fait que le sujet présente ou non une lésion cérébrale"*.

La pragmatique recouvre des habiletés relevant de domaines variés. D'après Hupet (2006) la compétence pragmatique désigne *"la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuellement appropriés de contenu (de quoi parle-t-il ?), de forme (comment parle-t-il ?), et de fonction (pourquoi parle-t-il ?)"*. Cette définition prend seulement en compte le versant expressif, c'est pourquoi Monfort (2008) y ajoute les capacités d'**empathie émotionnelle** et de **théorie de l'esprit**.

La théorie de l'esprit est définie par Georgieff (2005) comme la capacité à prédire le comportement et les actions d'autrui, pour ensuite devenir la capacité à adopter le point de vue de l'autre. Coricelli (2005) distingue la théorie de l'esprit froide de la théorie de l'esprit chaude. La théorie de l'esprit froide ou cognitive correspond à la capacité à utiliser sa propre pensée pour simuler les processus mentaux d'autrui. La théorie de l'esprit chaude fait intervenir l'empathie permettant de partager le ressenti et les émotions des autres et d'adopter un comportement altruiste.

Pour accéder à l'énoncé total, les éléments non-verbaux de la communication doivent aussi être pris en compte.

2.6. Le rôle de la communication non-verbale dans la régulation de l'échange

En situation de communication, les énoncés verbaux s'accompagnent de signes non-verbaux.

D'après Corraze (1992), « *On applique le terme de communication non-verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise* ».

La communication non-verbale joue un rôle prépondérant dans la pragmatique interactionnelle. En effet, selon Sapir, une mauvaise connaissance ou un usage inadéquat des gestes peut faire couper court à la conversation.

Développons dans un premier temps l'aspect moteur de la communication non-verbale (Cosnier, 1982) :

- ***La gestualité quasi-linguistique*** : La gestualité quasi-linguistique permet d'assurer une communication sans l'usage de la parole lorsqu'il y a du bruit, quand les interlocuteurs sont à distance ou préfèrent rester discrets. Il existe cinq classes de gestes quasi-linguistiques français : expressifs, conatifs, phatiques, opératoires et les injures. Le visage permet d'indiquer les connotations affectives, les mains et les membres supérieurs sont quant à eux utilisés pour transmettre les informations opératoires. Les gestes quasi-linguistiques peuvent être statiques (par exemple, le "stop" avec la main) ou dynamiques, c'est-à-dire que la perception d'un mouvement est nécessaire pour qu'ils soient compris (par exemple, la négation avec le mouvement alternatif de la main, index relevé). En outre, ils subissent des variations d'amplitude selon le degré d'emphase.
- ***La gestualité phonogène*** : Elle est constituée des mouvements phonatoires utilisés dans le langage parlé et n'a un impact sur le discours seulement lorsque l'on est dans un contexte de lecture labiale ou de communication dans un environnement bruyant.
- ***La gestualité coverbale*** : Les gestes coverbaux sont associés au discours verbal pour l'illustrer, le connoter ou le renforcer. Les illustratifs coverbaux sont composés de plusieurs éléments :
 - Les déictiques qui désignent le référent de la parole.
 - Les spatiographiques qui permettent de schématiser la structure spatiale.
 - Les kinémimiques qui miment l'action du discours.
 - Les pictomimiques qui schématisent la forme ou les caractéristiques du référent.

- **Les paraverbaux** : Considérés comme partie intégrante de la rhétorique, ils correspondent aux mouvements de la tête et des mains qui soulignent l'intonation ou l'emphase et permettent de scander les moments principaux du raisonnement.

Voyons maintenant en quoi la communication non-verbale joue un rôle important dans la conversation.

Tout d'abord, la gestualité a plusieurs fonctions pour le locuteur.

La première est **la fonction de facilitation du travail cognitif** lorsque le locuteur transforme les représentations mentales et les met en mémoire en vue de leur narration. La chaîne discursive est marquée par des mouvements d'amplitude et de vitesse différents qui traduisent et anticipent son organisation : les mouvements lents et espacés sont utilisés lors de longues périodes verbales alors que les mouvements segmentaires brefs sont produits lors de propositions courtes ou de mots isolés. La gestualité est également liée au processus créatif : lors d'une tâche de répétition ou de lecture, il n'y a pas d'activité gestuelle paraverbale. Lors d'un discours nécessitant un processus narratif (raconter une histoire par exemple) il y a une gestualité coverbale.

Le second rôle de la gestualité coverbale est **la régulation homéostatique** avec une diminution de la tension lors de l'activité motrice.

Par ailleurs, elle joue un rôle primordial dans **la gestion des tours de parole**. Quand deux personnes sont engagées dans une interaction conversationnelle, il y a une répartition de la parole. Des moments de transition sont organisés afin de permettre l'alternance des rôles de locuteur et d'interlocuteur.

Lors de ces moments de transition, on relève trois types d'indices : **les indices verbaux de type syntaxique, les indices vocaux et les indices mimo-gestuels**. Lorsque le locuteur veut passer la parole à l'interlocuteur, le corps stoppe tout mouvement. La tête réalise un mouvement de rotation et le regard se porte sur l'interlocuteur. Ce dernier peut prendre la parole sans l'accord du locuteur en cessant de le regarder tout en amorçant un geste avec une inhalation audible.

L'activité mimique est continue durant l'échange, avec les regards phatiques et les hochements de tête régulateurs. Le locuteur peut ainsi réguler son discours selon les mimiques

de l'interlocuteur, en particulier lorsqu'il s'agit d'une mimique d'incompréhension. Il peut à ce moment-là réajuster son discours ou laisser l'interlocuteur poser une question.

L'échomimie joue également un rôle d'accordage, elle illustre une convergence affective et cognitive propice à l'échange.

Les expressifs coverbaux sont surtout faciaux et correspondent à l'expression des émotions (joie, surprise, dégoût, peur, colère, tristesse) plus ou moins volontaire, spontanée et conventionnelle.

Les variations proxémiques sont directement liées à la stratégie conversationnelle adoptée. E.T. Hall (1966) définit la proxémie comme *"l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique"*.

2.7. L'analyse du discours

2.7.1. Définitions

A partir des nombreuses définitions existant à ce sujet, nous pouvons dire que le discours est un ensemble d'énoncés considérés en situation d'interaction et prenant en compte le locuteur, l'interlocuteur, le lieu, le moment de l'énonciation, la "mémoire discursive" et les "savoirs-partagés". Ces derniers éléments concernent les savoirs culturels et les connaissances encyclopédiques que partagent les protagonistes de la communication.

Le sens d'un discours n'est pas seulement déterminé par la langue : *"Tout discours peut être défini comme un ensemble de stratégies d'un sujet dont le produit sera une construction caractérisée par des acteurs, des objets, des propriétés, des événements sur lesquels il s'opère"* (Maingueneau, 1989).

Le discours est une unité linguistique de dimension supérieure à la phrase qui prend en compte le message de façon globale. C'est d'ailleurs ce qui l'oppose à l'énoncé : *"L'énoncé, c'est la suite des phrases émises entre deux blancs sémantiques, deux arrêts de*

communication ; le discours, c'est l'énoncé considéré du point de vue du mécanisme linguistique qui le conditionne" (Guespon, 1971).

Le champ d'analyse du discours est difficile à délimiter, du fait de l'accroissement des terrains d'investigation. Chaque discipline étudie ainsi le discours d'un point de vue qui lui est propre (Maingueneau, 1996).

Selon Galski et coll. (1998), le discours conversationnel serait *"moins exigeant que le discours narratif ou procédural en raison de contraintes différentes en termes de conceptualisation, abstraction, ordonnancement, séquenciation"*.

2.7.2. Microstructure et macrostructure

La théorie de Kintsch et van Dijk (1978) distingue plusieurs niveaux structurels d'analyse :

- La **microstructure** est un système de propositions sémantiques avec leurs relations immédiates, qui comporte des éléments de connexion : la cohésion, la référence et la coréférence. On parle de cohérence locale.
- La **macrostructure** est constituée des idées principales contenues dans le texte. On parle dans ce cas de cohérence globale.

2.7.3. Cohérence et cohésion du discours

L'analyse du discours a cherché à dégager des critères de "bonne formation" du discours, pour déterminer sa **cohérence**. *"Elle définit un discours comme une séquence cohérente de phrases"* mais s'est rapidement heurtée à des difficultés pour définir ces critères (Reboul et Moeschler, 2000).

La notion de **cohésion** a ensuite été introduite. Elle correspond à des marques linguistiques appelées marques de cohésion :

- L'anaphore discursive.
- Les ellipses.
- Les connecteurs pragmatiques.

- Les temps verbaux.

Or, on peut trouver des discours cohérents sans marque de cohésion et inversement des discours incohérents avec des marques de cohésion. Les critères de cohésion et de cohérence du discours ne sont donc pas suffisants pour définir un discours bien construit.

2.7.4. Comment interpréter un discours ?

Reboul et Moeschler (2000) s'appuient sur la théorie de la pertinence et sur la notion d'inférence pour affirmer que le discours est une suite non-arbitraire d'énoncés. Trois propriétés sont ainsi dégagées pour mieux comprendre ce que veut dire interpréter un énoncé. Cela revient à reconnaître l'intention du locuteur, à attribuer des états mentaux à autrui et ne vaut la peine qu'à condition que le destinataire fasse une présomption de pertinence.

Le jugement de cohérence nécessite, chez le destinataire, la possibilité de construire une intention globale. Cette dernière est le résultat d'un processus de formation et de confirmation d'hypothèses, appelé inférences comme nous l'avons vu précédemment. Toujours selon Reboul et Moeschler (2000), *"L'intention globale est construite sur la base des intentions locales, via des inférences qui portent sur le contenu des énoncés successifs, et par la construction d'hypothèses anticipatoires"*. Les **hypothèses anticipatoires** correspondent à la capacité à deviner le contenu de l'énoncé suivant. D'ailleurs, un énoncé est considéré comme défectueux lorsque l'interlocuteur ne peut pas élaborer d'hypothèse anticipatoire. L'accès par l'interlocuteur à **une intention globale** constitue donc un critère de cohérence de discours et nécessite **la présence de théorie de l'esprit**, constitutive d'une véritable cognition sociale. Cette aptitude consiste à attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui et repose sur la capacité à déduire des émotions à partir d'émotions faciales.

La définition de la communication a donc évolué : il ne suffit plus de posséder l'outil langagier, encore faut-il pouvoir l'utiliser de façon adéquate dans un contexte communicationnel.

C'est à partir de ce constat que l'approche pragmatique de la communication s'est développée.

La pragmatique étudie la communication effective dans une situation de communication particulière. Elle permet l'émergence d'une nouvelle approche thérapeutique des pathologies du langage et de la communication.

II. Le traumatisme crânien grave

1. Définition

Le traumatisme crânien désigne toute atteinte cérébrale ou bulbaire caractérisée par une destruction ou une dysfonction du tissu cérébral qui est provoquée par un phénomène d'accélération ou de décélération très brutal, parfois sans impact.

Si le choc stoppe le mouvement de la tête, on parle de **phénomène de décélération**. Le cerveau se déplace dans la boîte crânienne. Si la tête est mise en mouvement par le choc, on parle de **phénomène d'accélération**. Le cerveau va alors percuter la boîte crânienne dans son déplacement.

Première cause de mortalité chez les personnes de moins de 45 ans, le traumatisme crânien représente 2% des décès en Europe et entre 35 et 42% des décès chez les 15-25 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes, mais l'écart s'égalise aux âges extrêmes de la vie. L'incidence est élevée chez les adultes jeunes et surtout chez les personnes âgées.

Les lésions consécutives à un traumatisme crânien sont focales et diffuses.

Les **lésions focales** sont la "partie émergée de l'iceberg". Elles correspondent aux contusions hémorragiques dues au choc de l'encéphale contre la boîte crânienne et créent des hématomes volumineux nécessitant une intervention chirurgicale.

Les **lésions diffuses** atteignent quant à elles la substance blanche en étirant et cisillant les axones, véritable "circuit" fondamental reliant les neurones entre eux. Elles surviennent après décélération brutale et sont beaucoup plus difficiles à détecter.

L'hypertension intracrânienne augmente considérablement le volume du cerveau et crée des lésions "secondaires" qui aggravent les lésions traumatiques.

Le score de Glasgow permet de distinguer trois degrés de sévérité :

- Le traumatisme crânien léger : entre 13 et 15.
- Le traumatisme crânien modéré : entre 9 et 12.
- Le traumatisme crânien grave ou sévère : entre 3 et 8.

2. L'évolution du patient traumatisé crânien

Le patient dans le coma est *"immobile, les yeux clos, et n'a visiblement pas conscience de lui-même et de son environnement"* (Plum et Posner, 1983).

L'ouverture des yeux ne signifie pas que le patient est conscient, mais elle constitue les prémices de l'éveil de coma. Cette capacité montre que le cerveau peut s'activer, alors que la conscience correspond à la capacité à interagir avec l'environnement et à réagir à la douleur.

La **prise de conscience de soi** apparaît à la fin de la phase d'éveil. Elle marque le point de départ d'un long cheminement psychique vers l'acceptation de soi.

En rééducation, le patient devient actif et une **récupération de la conscience** se met en place. Puis, en phase de réadaptation, le patient doit *"se percevoir et s'accepter avec des capacités résiduelles, s'y adapter et développer des procédures de coping (ou ajustement psychologique) fonctionnel et mental"* (Cohadon et coll, 2002). Des étapes de deuil devront être effectuées par le patient qui est souvent dans le déni, persuadé d'être "comme avant", avec l'espoir d'une récupération totale. Ce n'est que lorsque la phase séquellaire sera acceptée que le patient entrera en phase de restauration de son identité.

La prise en charge rééducative et réadaptative vise la structuration de l'identité, qui s'effectue à travers quatre phases définies par Ben-Yishay (2000) :

- **La phase de conscience et de compréhension** des déficiences, des objectifs de prise en charge et des adaptations nécessaires à l'avenir.
- **La phase de participation active** et de compliance au traitement qui est une phase de rééducation investie.
- **La phase de compensation cognitive effective** : le patient maîtrise les stratégies adaptatives qu'il a apprises et automatisées et les utilise dans la vie quotidienne en dehors de tout milieu thérapeutique.
- **La phase d'acceptation** : le patient accepte qu'il ne sera plus comme avant.

Les deux dernières phases se déroulent après le retour au domicile, pendant la réadaptation et la réinsertion.

3. Les troubles du patient traumatisé crânien grave

3.1. Troubles moteurs

Les déficiences motrices peuvent être isolées ou associées et concerner la motricité volontaire ou automatique.

Les atteintes parétiques, l'hypertonie, la spasticité, le syndrome cérébelleux, le Parkinson post-traumatique, le syndrome akinéto-hypertonique et les tremblements constituent les principales déficiences de la motricité volontaire retrouvées chez les sujets traumatisés crâniens graves.

Les déficiences de la motricité automatico-réflexe concernent le maintien et contrôle de la tête et du tronc, les adaptations toniques aux mouvements passifs, les réactions de protection automatiques, les appuis et les tractions des membres (Cohadon, Castel, Richer, Mazaux, Loiseau, 2002).

D'après Cohadon et al. (2002), *"Le handicap principal du trauma crânien ne se situe pas au niveau des séquelles motrices (les séquelles motrices ne représentent que 11% des cas)"*.

3.2. Troubles cognitifs et comportementaux

Dans la majorité des cas, **les séquelles cognitives et comportementales sont plus invalidantes que les séquelles motrices** (Ponsford et coll, 1995). Elles engendrent des difficultés de réinsertion sociale et professionnelle très invalidantes (Le Gall et coll, 2007). En effet, une réduction des habiletés communicationnelles, attentionnelles et mnésiques est considérée comme la première cause d'échec lors du retour au travail (McDonald, 2009 ; Brooks et coll, 1987). Pourtant, la plainte du sujet se focalise sur ses déficiences physiques au détriment des troubles cognitifs dont il n'a que partiellement conscience.

La prise en charge de la communication, des troubles attentionnels, des mémoires implicites, des fonctions exécutives et de la métacognition entraîne souvent une moins bonne adhésion du patient que celle de l'aphasie, des troubles de la voix ou de la parole (Cohadon et coll, 2002).

Selon Alaoui et coll. (1998), les troubles neuropsychologiques les plus fréquemment rencontrés chez les sujets traumatisés crâniens graves à cinq années de distance de l'accident sont, par ordre décroissant, les suivants :

- L'humeur dépressive : ce trouble est le plus fréquemment rencontré quelle que soit la sévérité du traumatisme et serait lié à la prise de conscience des séquelles.
- La fatigabilité mentale.
- Les troubles de la mémoire.
- Les troubles des fonctions exécutives :
 - La diminution de l'initiative et de la motivation.
 - Les troubles de la planification.
 - Le trouble de la flexibilité de pensée.
- La désorganisation des concepts.
- Le ralentissement moteur.
- Le repli sur soi.
- La labilité de l'humeur.

Par ailleurs, l'humeur dépressive et les troubles des fonctions exécutives sont plus importants que les modifications du comportement et du caractère.

De plus, il existerait une corrélation entre la gravité du traumatisme initial et l'apparition de troubles de la désorganisation des concepts, de la mémoire, de la flexibilité de la pensée, de la planification, du ralentissement moteur, de la diminution de l'initiative et de la motivation, de la vigilance, de l'inattention et de l'humeur. (Alaoui et coll, 1998; Masson et coll, 1996).

3.2.1. Syndrome dysexécutif

Le syndrome dysexécutif se caractérise par *"un ensemble d'incapacités témoignant d'une altération de la perception du monde extérieur, de l'adaptation à l'environnement, des capacités d'intégration temporelle et du contrôle moteur et de l'expression de l'affectivité"* (Cohadon et coll, 2002).

On retrouve dans la forme déficitaire une réduction de l'activité générale sur les plans cognitif et moteur, une indifférence au monde extérieur, un émoussement affectif et une incapacité à générer des concepts et à élaborer des plans d'action (Cohadon et coll, 2002).

Dans sa forme désinhibée, il comprend une hyperactivité non productive, des réactions impulsives ainsi qu'une désinhibition comportementale.

Les troubles frontaux se caractérisent par :

- Une faiblesse du contrôle comportemental (Alexander et coll, 1989; Weinstein et Kahn, 1955).
- Une désinhibition verbale avec un changement de personnalité.
- Un manque de flexibilité.
- Des difficultés de résolution de problèmes.
- Une rigidité mentale.
- Une apathie.
- Une incapacité à gérer le déroulement d'une conversation, un discours confabulatoire, contradictoire et désorganisé (Stuss, Alexander, Lieberman et Levine, 1978).
- Une réduction verbale avec des stéréotypies, des persévérations (Alexander et coll, 1989; Damasio et van Hoesen 1983; Rubens 1976; Kaczmarek 1984).
- Des difficultés de compréhension des inférences (Pearce et coll, 1998) : la compréhension des actes de langage indirects conventionnels est difficile.

Ces troubles exécutifs gênent les sujets en situation de communication sociale (Alexander, Benson et Stuss, 1989).

Les difficultés de contrôle entraînent une altération de la structure et de la formulation du langage atteignant particulièrement le langage complexe. Aussi, elles engendrent un comportement social et cognitif qui peut être désinhibé (Walsh, 1985) ou au contraire inhibé, avec des persévérations, des difficultés pour générer des productions et l'utilisation de réponses toutes faites (Walsh, 1985; Lezak, 1985).

Les troubles exécutifs sont difficiles à objectiver car ils apparaissent lorsque le sujet doit effectuer une action de lui-même, ce qui nécessite des conditions écologiques.

3.2.2. Troubles mnésiques

Les troubles mnésiques constituent l'activité cognitive la plus altérée chez les sujets traumatisés crâniens.

L'atteinte de la mémoire de travail est caractérisée par un ralentissement global du traitement de l'information.

La mémoire déclarative épisodique est plus touchée que les mémoires implicites.

Concernant les troubles de la mémoire épisodique, on note la présence d'un déficit d'encodage, causé par l'atteinte du traitement sémantique de l'information, et des stratégies de rappel échouées. Une atteinte du lobe temporal entraîne une incapacité à effectuer de nouveaux apprentissages (McDonald, 2001).

La récupération mnésique est variable et en général plus rapide lors des six premiers mois.

3.2.3. Troubles attentionnels et atteinte de la vitesse de traitement de l'information

L'attention constitue un ensemble de fonctions qui contrôle le flux des informations et régule les autres processus mentaux comme la communication, le langage, la mémoire et la reconnaissance visuelle. Elle joue un rôle essentiel dans l'adaptation du comportement à l'environnement.

Le modèle de Van Zomeren et Brouwer (1994) distingue cinq composantes attentionnelles parmi lesquelles figurent l'attention focalisée, l'attention divisée et l'attention soutenue.

L'attention soutenue est mieux préservée que l'attention sélective (Cohadon, 1998). Les sujets traumatisés crâniens peuvent donc maintenir les ressources attentionnelles sur une longue période avec des stimuli présentés à une fréquence élevée. Il est plus difficile de suivre en même temps deux sources d'informations et de réagir à certains stimuli. Pour réaliser deux tâches simultanément, aucune ne doit nécessiter un contrôle.

L'attention focalisée est déficitaire chez les sujets traumatisés crâniens (Cohadon, 2002). Il s'agit de la capacité à :

- Opérer un processus de centration et de sélection automatique de l'information.
- Un désengagement automatique.
- Un processus d'inhibition : d'automatisme ou parmi les distracteurs.

Dans la vie quotidienne, les troubles attentionnels se caractérisent par des difficultés à suivre une conversation, une distractibilité, l'impossibilité de réaliser une double tâche, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité très importante et une baisse du rendement cognitif.

Selon Rinaldesi, Quinquinio, Bedeshi, Pompozzi, Mezzogori, Naticchi, Torresi, Serafini (2014), il existerait une association significative entre les troubles attentionnels, exécutifs, et les désordres communicationnels.

3.2.4. Troubles de la métacognition ou anosognosie

La métacognition désigne la capacité à penser sur ses propres pensées (Koren et coll, 2004). Les troubles de la métacognition entraînent une méconnaissance des troubles, une surestimation des capacités ainsi que des troubles d'autocritique. Ils engendrent des troubles

du comportement constituant un obstacle majeur à la réinsertion. Un des objectifs thérapeutiques sera d'amener le patient à prendre conscience de ses déficiences et de les accepter (Pearce, McDonald et Coltheart, 1998).

L'anosognosie est au départ décrite par Babinski (1914) comme la perte de connaissance ou de conscience observée chez les sujets hémiplésiques. En 1995, Kotler-Cope et Camp définissent ce symptôme neurologique comme *"un manque de capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité de déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif"*. Selon le modèle DICE (Dissociable Interactions and Conscious Experience) décrit par Mc Glynn et Shacter (1989), l'anosognosie est un dysfonctionnement cérébral sélectif ou général selon les atteintes.

Les remaniements cognitifs et comportementaux liés à l'accident ont un impact sur l'implication des patients traumatisés crâniens dans leur rééducation. Ils n'ont pas conscience de ces changements (Fleming et Ownsworth, 2006; Hart, Sherer, Whyte, Polanski et Novack, 2004; Prigatano et Fordyce, 1986; Sherer et al, 2003) qui ont les conséquences suivantes :

- Une tendance à vouloir exercer une activité professionnelle au-dessus de leurs capacités.
- Un comportement irritable, impulsif ou inapproprié dont ils n'ont pas conscience et qui ont des conséquences négatives sur leurs interactions communicatives (Prigatano, 1991).
- Une perplexité face aux échecs professionnels et sociaux vécus.

Mazaux et coll. (1997) ainsi qu'Aubert et coll. (2004) insistent sur la nécessité de réaliser un travail de métacognition communicationnelle en amont de tout travail pragmatique afin de permettre au patient de prendre conscience des changements communicationnels depuis l'accident, dans les versants verbal et non-verbal.

3.3. Troubles langagiers et communicationnels

3.3.1. Troubles du langage, de la voix et de la parole

Les troubles de la voix, de la parole et du langage suivants peuvent aggraver les difficultés relationnelles :

- Le **granulome des cordes vocales** dû à l'intubation.
- Les **dysarthries**, très fréquentes et invalidantes chez les patients traumatisés crâniens, peuvent être paralytiques par atteinte bulbaire (la voix est basse, chuchotée, éteinte), cérébelleuses (la parole est hachée, scandée, explosive) ou mixtes (le plus souvent). Les deux critères les plus perturbés chez les patients traumatisés crâniens sont la perte du caractère naturel de la parole et l'altération de la prosodie. La perte du caractère naturel de la parole, aussi appelée bizareness par Duffy, concerne "le degré avec lequel la parole dans sa globalité attire l'attention sur elle, à cause de ses caractéristiques inhabituelles, singulières ou bizarres" (Duffy, 2005). L'atteinte de la prosodie peut aller de la dysprosodie à l'aprosodie : la parole est lente, saccadée, monotone et les traits mélodiques suprasegmentaires sont atténués. Les dysarthries altèrent de façon importante la communication et peuvent être responsable d'un handicap majeur (Auzou et coll, 2007).
- Les **aphasies** concernent 5 à 7 % des sujets. L'étude de Basso et coll. (1980) montre que les sujets traumatisés crâniens présentent plus fréquemment une aphasie fluente que les sujets vasculaires. Toutefois, ils ont un vocabulaire et un niveau syntaxique souvent préservés mais peuvent être incapables de mener une conversation normale. Le Dorze et Brassard (1995) ont étudié le retentissement des aphasies sur la qualité de vie. Elles relèvent des répercussions sur les relations interpersonnelles, l'autonomie, la participation aux activités ainsi qu'une stigmatisation.

Les troubles aphasiques et dysarthriques constituent un obstacle supplémentaire à la communication (Murdoch et Theodoros, 2001).

3.3.2. Troubles de la communication et de la pragmatique du discours

La pragmatique cognitive s'intéresse à l'incidence des troubles cognitifs post-traumatisme crânien sur les habiletés communicationnelles des sujets traumatisés crâniens.

3.3.2.1. Troubles du discours

Les chercheurs s'intéressant aux troubles de la communication des adultes cérébrolésés ont commencé à explorer le domaine de la pragmatique dans les années 1980 (Holland, 1982; Behrmann et Penn, 1984; Foldi, Cicone, et Gardner, 1983; Milton, Prutting et Binder, 1984).

Une mauvaise utilisation ou compréhension des éléments pragmatiques entraîne un échec de la communication (McDonald, 1991). Il est donc important d'**analyser la communication des sujets traumatisés crâniens d'un point de vue pragmatique**, en prenant toujours en compte le contexte communicationnel (Togher, 2000).

Des différences de performances peuvent se manifester chez un même sujet selon le type de production discursive car chacun varie en terme de valence cognitive, en faisant plus ou moins appel à la créativité, la flexibilité, la cohérence, la mémoire ou la précision du langage.

Selon Cohadon et al. (2002), Milton, Prutting et Binder (1984), Mentis et Prutting (1987), McDonald (1991), les troubles pragmatiques conversationnels observés chez les sujets traumatisés crâniens sont les suivants :

- Une expression vague, hésitante avec des lieux communs et des expressions toutes faites.
- Une fluence plus souvent excessive que réduite avec une logorrhée, des digressions, des détails superflus.
- Des difficultés pour trouver des thèmes et arguments pour initier ou relancer la conversation, organiser le discours, avec des ruptures de sens et des ambiguïtés, des digressions, des redondances (déviances de la macrostructure selon la théorie de Kintsch).
- Des difficultés pour suivre une conversation avec plusieurs personnes, comprendre l'humour, l'implicite, le sarcasme et les métaphores.
- Un non-respect des tours de parole, interruptions intempestives, pauses trop longues ou trop courtes.
- Un manque de tact, un excès de familiarité ou de distance, des gestes et expressions faciales inappropriées.
- Un manque de perception ou une faible prise en compte des signaux verbaux et non-verbaux émis par l'interlocuteur.
- Une mauvaise cohésion lexicogrammaticale.

Il est toutefois difficile de définir une symptomatologie discursive commune à l'ensemble des patients traumatisés crâniens, les variations inter et intra-individuelles étant très importantes (Dreschler, 2001).

C'est pourquoi Hartley et Jensen (1991) regroupent ces éléments en trois profils de discours pathologique chez les patients traumatisés crâniens :

- **Un discours confus** avec un style inefficace comportant de nombreux éléments inutiles, une perte de la concision, une diffluence, des approximations sémantiques, des formulations et propositions imprécises voire inexacts, des réponses confabulatoires.
- **Un discours appauvri**, adynamique, avec une restriction lexicale, des persévérations idéoverbales, une perte de clarté et de cohésion, des pauses fréquentes.
- **Un discours inefficace** avec une faible informativité, un style confus ou désorienté marqué par un manque de cohérence et des confabulations.

3.3.2.2. Atteinte de la compréhension du langage non-littéral

Bara, Tirassa et Zettin (1997) ont montré que les lésions frontales, communes aux sujets traumatisés crâniens, ont des conséquences sur la compréhension du langage non-littéral.

Ces sujets ont des difficultés à réaliser des inférences (McDonald, 1999 ; McDonald et Pearce, 1996), mais certains peuvent toutefois produire des requêtes conventionnelles indirectes appropriées au contexte, alors que la production de requêtes non-conventionnelles est plus difficile (McDonald et van Sommers, 1993). La compréhension des énoncés indirects conventionnels peut être préservée (McDonald et Pearce, 1996) alors que les difficultés vont plutôt concerner les traitements inférentiels, c'est-à-dire la capacité à effectuer un certain nombre d'hypothèses pour interpréter les énoncés.

3.3.2.3. Troubles de la communication non-verbale

La composante non-verbale de la communication est également atteinte chez les sujets traumatisés crâniens.

L'altération de la communication non-verbale peut être causée par :

- Des difficultés de compréhension et d'expression des signes non-verbaux, des gestes, des expressions faciales, du regard et des signes paraverbaux.
- Un déficit idéatoire, de planification ou de contrôle.

On retrouve en effet chez ces patients une inadéquation ou absence des gestes coverbaux (Sainson, 2007), emblématiques, illustreurs et régulateurs. Le regard, marque de l'engagement ou du désengagement dans la conversation, est souvent figé. Une surcharge cognitive peut entraîner une inadéquation du regard, traduisant l'incapacité à traiter l'information et à assurer simultanément la programmation de l'énoncé discursif (Aubert et al, 2004). En outre, leur posture est souvent neutre.

L'interprétation des désordres communicatifs non-verbaux doit prendre en compte l'importance des séquelles (Aubert et coll, 2004).

Au niveau réceptif, Delanoë et coll. (2007) notent la présence de difficultés dans l'analyse des indices émotionnels en situation sociale chez les patients traumatisés crâniens. De ce fait, les sujets traumatisés crâniens éprouvent des difficultés à adapter leur comportement à la situation et au contexte (McDonald et Pierce, 1998).

3.3.2.4. Répercussions des troubles de la communication

Les répercussions des troubles communicationnels des sujets cérébrolésés ont commencé à être prises en compte à la fin des années 1970 (Holland, 1977; Wolf, 1978; Prutting, 1982; Muma, 1983; Tonkovich et Peach, 1983; Binder, 1984).

Différentes études ont alors montré que les troubles du langage élaboré, de la communication, de la compréhension des inférences participent à la réduction de la qualité de vie, des activités professionnelles et de loisirs et contribuent aux difficultés de réinsertion sociale (Milton, Prutting, Binder, 1984; Kozlowski-Moreau et coll, 2014; Johnson et coll, 2012).

Les capacités cognitives sont sollicitées durant la conversation et les troubles cognitifs précités impactent les capacités discursives du sujet traumatisé crânien (Hagen, Malkmus et

Burditt, 1979; Levin, Grossman, Rose et Tesdale, 1979; Hagen, 1981, 1984; Holland, 1982; Milton, 1983) et par conséquent sa réintégration sociale (Milton et coll, 1984).

Les relations sociales sont difficiles à créer et entretenir, engendrant un isolement social et une absence de pratique de loisirs (Oddy, Coughlan, Tyerman, et Jenkins 1985; Tate et coll, 2005; Winkler, Unsworth, et Sloan, 2006).

Les troubles de la pragmatique et du comportement font partie des troubles persistants des sujets traumatisés crâniens. Ils sont mal tolérés par les patients et provoquent souvent leur isolement (Le Gall et al, 2007).

4. Accompagnement orthophonique du traumatisé crânien grave

Les premiers courants de prise en charge de type traumatologie-orthopédie négligeaient la dimension psycho-sociale, l'orthophoniste n'intervenant que de manière sporadique sans travail pluridisciplinaire. Puis, les approches comportementalistes, holistiques ont permis de proposer aux patients une prise en charge plus globale et au plus près de leur problématique.

L'accompagnement pragmatique en orthophonie se doit d'être spécifique à chaque patient en prenant en compte le projet du patient, les séquelles cognitives (attention, mémoire de travail, mémoire, traitement de l'information, syndrome dysexécutif) et le ralentissement cognitif.

D'après Coelho (1996) et François-Guinaud (2010), le rôle de l'orthophoniste auprès des patients traumatisés crâniens présentant des troubles de la communication est le suivant :

- Evaluer les désordres cognitifs impactant la communication dans des contextes variés.
- Déterminer l'approche la plus adaptée en collaboration avec les proches et les autres soignants, avec la réalisation d'ajustements si nécessaire.
- Travailler en lien avec les autres professionnels intervenant auprès de ces patients.

Aubert et coll. (2004) préconisent l'utilisation d'une approche globale incluant le contexte pour prendre en charge les patients traumatisés crâniens graves. De plus, *"l'analyse des problèmes de communication doit prendre en compte les déficiences neuropsychologiques intriquées et responsables de plus vastes détériorations cognitives et sociales"*.

L'importance de la dimension écologique dans la prise en charge des troubles de la communication est soulignée par Azouvi et coll. (2009) et Ponsford et coll. (2012) : la rééducation doit s'effectuer à partir de situations de la vie quotidienne et même en milieu réel.

Coelho et coll. (1996) préconisent la variation des contextes de communication afin :

- D'apporter le soutien et la structuration environnementale suffisante pour permettre à la communication d'émerger.
- De généraliser les capacités communicationnelles à des contextes de communication variés.
- D'atteindre le niveau maximal de participation dans la vie quotidienne au niveau communicationnel.

Le Dorze et coll. (2014) ont montré que le thérapeute peut palier les difficultés de recherche de solution lors de la réalisation d'une tâche écologique. En effet, la verbalisation de la pensée aide les patients à structurer le déroulement de la tâche. L'intervenant devra toutefois veiller à ne pas agir à la place du patient et à ne pas le confronter de manière trop brutale à ses difficultés.

Aussi, selon Mazaux (1997), la prise en charge des incapacités de communication ne suffit pas, *"il faut aussi se représenter les situations de handicap que le patient rencontrera, l'y préparer, lui apprendre à développer des stratégies d'adaptation à la situation"*. Repérer les troubles de la communication en situation écologique et les prendre en charge en préparant au mieux le patient aux situations qu'il rencontrera plus tard constituent pour l'orthophoniste deux enjeux majeurs afin de proposer à ces personnes la meilleure réinsertion possible (Mazaux et coll, 1997).

Quelques années plus tard, Paquet (2011) insiste sur le fait que le lieu d'intervention de l'orthophoniste ne se limite pas au cadre de la structure. Intervenir dans la communauté permet au thérapeute de cibler ce qui suscite la communication ou pose des difficultés au patient dans le but de lui proposer des stratégies adaptées aux situations rencontrées dans un contexte écologique spécifique.

Problématique et hypothèses

1. Problématique

Ainsi, nous nous demandons si la prise en charge de la communication en milieu naturel, à l'extérieur de l'institution, dans le cadre d'un groupe de communication pourrait améliorer les compétences communicationnelles du patient traumatisé crânien.

2. Objectif

L'objectif de ce mémoire est de montrer l'apport d'une prise en charge orthophonique spécifique de la communication en situation écologique et au sein d'un groupe chez un sujet traumatisé crânien présentant des troubles de la communication, ceci en vue de généraliser cette prise en charge en la proposant à d'autres patients.

3. Hypothèses

3.1. Hypothèse théorique

Nous nous attendons à montrer l'apport de la prise en charge spécifique des troubles de la communication à l'extérieur de l'institution et au sein d'un groupe de communication sur les capacités communicationnelles du sujet traumatisé crânien à travers l'étude d'un cas unique.

3.2. Hypothèse opérationnelle

De façon plus pratique, nous nous attendons à montrer que les scores aux tests de communication seront supérieurs à T1 (après la prise en charge) par rapport à T0 (avant la prise en charge).

Matériel et méthode

Matériel et méthode

I. Méthodologie

Notre patiente, recrutée dans le secteur de réadaptation, suivra un entraînement à la communication en milieu réel pendant 6 mois au sein du groupe de communication du CMPR Château Rauzé de Cénac (33).

Une évaluation initiale de la communication est proposée à T0, renouvelée 7 mois plus tard à T1.

Entre ces deux temps d'évaluation, la prise en charge orthophonique spécifique de la communication s'est déroulée une demi-journée par semaine, pendant 16 semaines. Elle comprend 8 séances de préparation de sortie et 8 séances de sortie.

Nous comparerons les performances communicationnelles entre T0 et T1.

Notre étude apportera de premiers éléments permettant de valider notre hypothèse si les scores aux tests de communication sont supérieurs à T1 par rapport à T0.

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus pour le recrutement de notre patient sont les suivants :

- Traumatisme crânien grave.
- Troubles de la communication.
- Prise en charge dans le secteur de réadaptation.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion déterminés en amont sont les suivants :

- Aphasie.
- Antécédents d'alcoolisme ou de facteurs psychiatriques.

- Prise en charge orthophonique en parallèle.

3. Outils d'évaluation

Plusieurs épreuves de bilan de la communication ont été proposées lors de nos deux temps d'évaluation. Les différentes épreuves choisies sont les suivantes :

<u>TEST</u>	<u>EPREUVES</u>	<u>FONCTIONS EVALUEES</u>
TLC (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Attention et motivation à la communication - Communication verbale - Communication non-verbale - Questionnaire à la famille ou aux proches 	Compétences communicationnelles verbales et non-verbales en situation duelle, proches des situations de la vie quotidienne

Figure 4 : Evaluation avec le TLC

<u>TEST</u>	<u>EPREUVES</u>	<u>FONCTIONS EVALUEES</u>
<p>GOCP (Kerbrat et Cuau, en cours de validation)</p>	<p>Evaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du comportement. - de l'expression verbale et non-verbale. - de la réception verbale et non-verbale. - de la pragmatique interactionnelle. 	<p>Communication en situation écologique et en milieu réel, dans plusieurs contextes :</p> <p><u>Situation A</u> : Achat dans une boulangerie.</p> <p><u>Situation B</u> : Demande de renseignements à la gare.</p> <p><u>Situation C</u> : Situation téléphonique, demande de renseignements auprès d'une agence de voyage.</p> <p><u>Situation D</u> : Conversation à plusieurs.</p>

Figure 5 : Evaluation avec la GOCP

<u>TEST</u>	<u>EPREUVES</u>	<u>FONCTIONS EVALUEES</u>
<p>ECVB (Darrigrand et Mazaux, 2000)</p>	<p>Auto-évaluation des éléments de communication fonctionnelle suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expression des intentions - Conversation - Téléphone - Achats - Relations sociales - Lecture - Ecriture 	<p>Capacités et incapacités de communication</p> <p>Restrictions de participation</p>

Figure 6 : Evaluation avec l'ECVB

II. Protocole de prise en charge

1. Cadre de prise en charge

Présentation de la structure d'accueil :

Le CMPR Château Rauzé accueille des patients traumatisés crâniens, de la phase d'éveil de coma à la réinsertion. Il fait partie de LADAPT-Gironde et s'intègre dans un réseau composé également d'une unité d'autonomisation sociale située à Bordeaux (intégrée dans le réseau UEROS), d'un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social de l'adulte handicapé) et d'un ESAT.

Une cinquantaine de patients sont accueillis à Château Rauzé, répartis dans 3 services, correspondant aux différents stades d'évolution :

- Eveil.
- Rééducation.
- Réadaptation.

Dans chaque secteur, une équipe pluridisciplinaire intervient : équipe soignante (infirmières, aide-soignantes, ASH) et équipe thérapeutique (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychomotricien,...).

Présentation de la réadaptation et du groupe communication :

Le secteur de réadaptation accueille une dizaine de patients en fin de parcours au sein du CMPR : Ce sont généralement des patients qui ont bénéficié d'une longue rééducation physique et cognitive (plusieurs mois voire plusieurs années) et qui intègrent le service lorsque leur évolution fonctionnelle est moins importante.

Le but de la prise en charge dans ce secteur vise l'adaptation aux déficits, le développement de stratégies de compensation et l'accompagnement du patient dans un projet de vie, qu'il soit social, familial et/ou professionnel.

C'est dans ce cadre que Carole CUAU, ergothérapeute, et Armelle KERBRAT, orthophoniste, ont proposé il y a quelques années la mise en place d'un groupe "communication", qui

viendrait s'inscrire dans la continuité d'une rééducation orthophonique et neuropsychologique "classique", telle qu'elle est pratiquée dans le secteur de rééducation.

En effet, elles ont d'abord constaté que les troubles de communication spécifiques des sujets traumatisés crâniens étaient surtout mis en évidence dans des situations de communication de la vie quotidienne, particulièrement face à un public non averti. Elles ont alors émis l'hypothèse que c'est également dans un contexte le plus écologique possible que la prise en charge de ces troubles serait la plus efficace.

Le groupe communication fonctionne aujourd'hui avec un groupe ouvert de 4 à 6 patients du secteur de réadaptation, présentant des troubles de communication. Il est encadré par une orthophoniste et un ergothérapeute, et a lieu un après-midi par semaine.

L'objectif est d'améliorer et d'optimiser les performances de communication des patients en situation écologique, face à un public non-averti. Des sorties sont donc proposées afin de confronter les patients à ces situations.

2. Protocole thérapeutique

2.1. Le projet de sortie

La séance de préparation de la prochaine sortie se compose de plusieurs temps :

2.1.1. Premier temps : Bilan de la sortie effectuée la semaine précédente

Ce temps de bilan en séance de préparation de la prochaine sortie est en fait un rappel des situations vécues la semaine précédente. Il permet de réactiver le souvenir de la sortie précédente et d'évoquer les éventuelles difficultés rencontrées.

2.1.2. Deuxième temps : Préparation de la sortie de la semaine suivante

Choix d'une situation de communication :

Chaque patient choisit la sortie qu'il effectuera la semaine suivante. La situation de communication est définie en fonction des besoins, du projet, des centres d'intérêt de la patiente et des difficultés rencontrées lors des sorties précédentes. Le thérapeute veillera à ce que la sortie choisie soit en adéquation avec les axes thérapeutiques.

Lorsque le choix est difficile, nous proposons de réfléchir à une situation déjà vécue et qui a engendré des difficultés, ou qui pourrait arriver à l'avenir et pourrait poser problème.

But :

Le patient doit aller au bout de la situation de communication quels que soient les moyens employés. Il peut en effet passer par tous les canaux pour communiquer.

Objectifs thérapeutiques :

Les objectifs thérapeutiques sont déterminés en fonction :

- Des difficultés rencontrées lors des sorties précédentes.
- D'un aspect spécifique à travailler, par exemple le contact visuel ou la distance sociale.

Anticipation et planification :

Afin de permettre au patient de se projeter dans la situation de communication, on l'interroge sur les différentes étapes à effectuer pour réaliser la tâche de communication

Exemple : Aller à la mairie pour refaire une carte d'identité :

1. Je cherche la mairie
2. Si je ne trouve pas, je demande à un passant de m'indiquer où se trouve la mairie
3. J'entre dans le bâtiment
4. Je repère le guichet
5. J'explique que j'aimerais refaire ma carte d'identité.
6. Je prends connaissance de la marche à suivre
7. Je prends des notes si nécessaires (ou je demande à ce qu'on note les informations)
8. Je remercie

Ce travail donne lieu à une prise de notes afin de garder une trace écrite.

Dans le but de travailler la métacognition, le thérapeute interroge le patient sur les difficultés qu'il pense rencontrer lors de la tâche de la communication : *"Pensez-vous que vous aurez des difficultés ? Lesquelles ?"*.

2.2. La sortie

2.2.1. Rappel des objectifs

Plusieurs étapes sont nécessaires pour réaliser la tâche de communication en situation écologique :

- Etape 1 : Rappeler la tâche de communication à réaliser.
- Etape 2 : Rappeler l'objectif.
- Etape 3 : Lister les étapes prédéfinies durant la préparation de la sortie.
- Etape 4 : Réaliser la tâche de communication.
- Etape 5 : Vérifier si l'objectif initial est atteint et si toutes les informations nécessaires sont recueillies.

2.2.2. Déroulement de la sortie

Les deux thérapeutes (orthophoniste et ergothérapeute) réunissent les patients et partent ensemble dans un même véhicule réaliser les différentes situations de communication durant l'après-midi.

Chaque patient est accompagné par l'un des thérapeutes. Ce dernier veillera à ne pas être trop proche du patient au moment de la conversation pour ne pas biaiser le caractère naturel de l'échange. Pour cette même raison, il n'utilisera pas de caméra d'enregistrement.

Pour des raisons d'organisation, les différentes mises en situation se font dans des lieux proches les uns des autres.

2.2.3. Synthèse des sorties en groupe

Lorsque toutes les situations de communication sont réalisées, les patients et les thérapeutes se réunissent afin d'échanger et de revoir immédiatement les situations qu'ils viennent de vivre.

Après avoir rappelé les objectifs de la sortie effectuée, chaque patient fait part au groupe des facilités éprouvées ou, au contraire, des difficultés rencontrées sur le terrain. Le thérapeute qui l'a accompagné souligne les points forts et les points faibles afin de l'aider à prendre conscience dans l'instant de ses troubles de la communication.

A ce moment-là, le patient, les autres membres du groupe ainsi que les thérapeutes réfléchissent à des solutions à apporter afin qu'il ne se retrouve plus en difficulté face à ce contexte de communication.

III. Déroulement de la prise en charge

1. Présentation de la patiente

Mme S. est âgée de 46 ans et 3 mois au début de notre étude. Ancienne secrétaire de mairie intervenant au sein de deux établissements, elle est mariée et a un fils de 13 ans. Victime d'un traumatisme crânien grave en mars 2013 (Glasgow à 4) lors d'une chute à cheval, elle est prise en charge au CMPR Château Rauzé depuis mai 2013.

Actuellement en secteur de réadaptation, Mme S. conserve des séquelles cognitives et motrices.

Le bilan neuropsychologique datant de mars 2014 révèle un syndrome dysexécutif qui se compose :

- D'un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information.
- D'une impulsivité.
- D'un défaut d'inhibition provoquant des persévérations.

- De difficultés de planification entraînant des difficultés pour organiser le récit, hiérarchiser et synthétiser les éléments.
- D'une grande fatigabilité.

Le bilan orthophonique de février 2014 met en évidence l'absence de troubles phasiques.

Notre patiente a été suivie en orthophonie avant d'intégrer le groupe et ne bénéficie pas de prise en charge orthophonique en parallèle.

Mme S. présente également une diplopie ainsi qu'une hémiparésie gauche. Elle se déplace avec une béquille.

Les résultats aux tests de communication révèlent une communication verbale et non-verbale très déficitaire. AU TLC, elle obtient un score correspondant à -8,8 ET en communication verbale et -6,8 ET en communication non-verbale. Nous observons les éléments suivants :

- Difficultés en communication verbale :
 - o Débit verbal insuffisant.
 - o Parole parfois peu intelligible.
 - o Réponses aux questions ouvertes peu explicites.
 - o Absence d'introduction de nouveaux thèmes durant la conversation.
 - o Absence d'émission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension.
 - o Absence de réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs.
- Difficultés en communication non-verbale :
 - o Non-utilisation de gestes symboliques.
 - o Absence d'expressivité exprimée par des gestes ou des expressions faciales.
 - o Parole aprosodique.
 - o Absence de regard régulateur et de mimogestualité.
 - o Pas de recours spontané à la communication non-verbale.
 - o Absence de production de déictiques, gestes symboliques, d'utilisation d'objets ou d'action, de mimes de la forme de l'objet ou évoquant un état physique, émotionnel.
 - o Absence d'émission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension.

- Absence de réajustement du discours lorsque l'interlocuteur émet des feedback négatifs du fait de l'absence de regard régulateur.

L'utilisation de la GOCP nous permet d'observer les déficits suivants :

- Manque d'apport d'informations pertinentes.
- Difficultés d'organisation du discours.
- Utilisation d'expressions parfois inadéquates et inappropriées au contexte.
- Absence de demandes de clarifications.
- Absence de mimogestualité
- Parole aprosodique.
- Difficultés en compréhension de l'implicite du discours.
- Absence de contact visuel régulateur de l'échange.
- Difficultés importantes pour initier et relancer la conversation.
- Difficultés pour suivre une conversation à plusieurs.

2. Déroulement des séances

Pour notre étude, Mme S. bénéficie de 16 séances au sein du groupe communication.

Chaque sortie étant précédée d'une séance de préparation, elle a donc pu réaliser 8 sorties durant les six mois de prise en charge.

Séance 1 du 08/01/2015 :

Préparation de la situation de communication comprenant une sortie :

Nous évoquons avec elle les centres d'intérêt de Mme S. Elle dit être une lectrice assidue. Nous lui parlons des groupes de lecteurs qui se montent parfois dans les bibliothèques ou les librairies, ce qui éveille son intérêt : travailler cette situation de communication pourrait l'amener ensuite à intégrer un groupe de lecteurs, pour s'adonner à sa passion tout en gardant un lien social lors du retour au domicile.

But : Aller dans un grand magasin culturel se renseigner sur les groupes de lecteurs.

Objectifs thérapeutiques :

- Informativité.
- Initiative verbale.
- Contact visuel régulateur.
- Adaptation au lieu.

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 2 du 15/01/2015 :

Sortie : Se renseigner dans un grand magasin culturel :

Nous accompagnons Mme S. au magasin culturel. Notre patiente repère directement le guichet librairie alors que le magasin est très grand. Le contexte de l'échange est très bruyant. L'échange est très bref.

Observations : Le vendeur lui propose de faire partie d'un futur groupe de lecteurs mais Mme S. ne saisit pas cette occasion et ne répond pas à cette sollicitation. Elle ne conclut pas la conversation et ne demande pas au vendeur s'il existe d'autres librairies dans le secteur qui proposent des groupes de lecteurs.

Compétences présentes :

- Informativité : Mme S. explique d'elle-même ce qu'est un groupe de lecteurs.
- Adaptation au lieu malgré la grande superficie, la foule et le bruit : Elle repère très rapidement le guichet librairie et le responsable du rayon en explorant visuellement l'environnement.
- Contact visuel correct et maintenu.

Points faibles à retravailler :

- Initiative verbale : Le vendeur lui propose de participer à la création d'un groupe de lecteurs mais elle ne répond pas à cette sollicitation.
- Mettre fin à la conversation : Notre patiente clôt la conversation alors que le vendeur attend une réponse. En d'autres termes, elle conclut l'échange de façon abrupte et inadéquate au déroulement de la conversation. Il s'agit d'un trouble de la pragmatique.

- Obtenir l'intégralité des informations nécessaires avant de clore la conversation : Elle ne demande pas s'il existe d'autres groupes de lecteurs et si oui, dans quelles librairies.

Séance 3 du 22/01/2015 :

Préparation de la situation de communication téléphonique :

Nous proposons de retravailler par téléphone cette situation de communication en insistant sur plusieurs points :

- Répondre aux sollicitations.
- Mettre fin à la conversation une fois que toutes les informations ont été recueillies.

Mme S. nous propose de téléphoner à une librairie proche de son domicile dans laquelle elle aime se rendre.

But : Appeler une librairie proche de son domicile pour savoir s'ils proposent un groupe de lecteurs.

Objectifs thérapeutiques :

- Informativité : Expliquer clairement et spontanément ce qu'est un groupe de lecteurs.
- Anticipation et prise d'initiative : Apporter le numéro de téléphone.
- Obtenir toutes les informations nécessaires avant de mettre fin à la conversation.

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 4 du 29/01/2015 :

Situation téléphonique : Se renseigner auprès d'une librairie :

L'entrée en matière est abrupte et Mme S. n'explique pas ce qu'est un groupe de lecteurs, ce qui entraîne une incompréhension de la part de l'interlocuteur. La librairie est très proche du lieu de résidence de Mme S, elle sait qui sont les libraires. Elle donne donc son nom et son prénom au libraire, pensant qu'il allait la reconnaître.

Observations :

- Le discours est "plaqué" et manque de spontanéité.

- Un temps de latence montre que le libraire ne sait pas en quoi consiste un groupe de lecteurs. Cependant, notre patiente n'est pas réceptive à la demande de clarification implicite et n'explique pas spontanément ce qu'est un groupe de lecteurs.

Compétence présente : Adaptation à la tournure imprévue de la conversation.

Points faibles à retravailler :

- Anticipation et prise d'initiative : Elle n'apporte pas le numéro de téléphone.
- Entrée en matière : Trop abrupte : "*Est-ce que vous avez un groupe de lecteurs ?*".
- N'est pas réceptive à la demande de clarification.
- Informativité : Mme S. n'explique pas spontanément ce qu'est un groupe de lecteurs. Elle ne se met pas à la place de son interlocuteur qui ne sait peut-être pas en quoi cela consiste.

Séance 5 du 05/03/2015 :

Préparation de la situation de communication téléphonique :

Au regard des difficultés rencontrées lors de la séance 4, nous avons choisi une situation de communication permettant de travailler l'informativité et le contrôle durant l'échange, c'est-à-dire la capacité à vérifier si toutes les informations nécessaires ont été obtenues avant de mettre fin à la conversation. Une attention particulière sera portée sur l'entrée en matière qui ne devra être moins abrupte par rapport à la séance 4.

But : Réserver une table dans un restaurant en vue d'un repas avec tous les participants au groupe de communication.

Objectifs thérapeutiques :

- Entrée en matière moins abrupte.
- Informativité.
- Obtenir l'intégralité des informations avant de clore la conversation.

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 6 du 12/03/2015 :

Situation téléphonique : Réservation dans un restaurant :

Observations : De nombreux points positifs ont été observés lors de cette situation de communication qui n'était pourtant pas simple : de nombreux éléments étaient à retenir et la discussion a pris une tournure imprévue. Lorsque Mme S. conclut l'échange, toutes les informations ont été recueillies.

Points forts :

- Discours naturel et spontané.
- Adaptation à la tournure imprévue de la conversation.
- Informativité.
- Clore la conversation une fois toutes les informations obtenues.

Points faibles à retravailler : Aucun, nous visons donc la transposition de ces éléments positifs dans d'autres situations de communication.

Séance 7 du 19/03/2015 :

Préparation de la situation de communication comprenant une sortie :

Mme S. est ravie de participer à cette sortie, signe de convivialité. Le repas au restaurant est une situation sociale nécessitant une adaptation au lieu, aux interlocuteurs, le respect des conventions sociales, l'inhibition de nombreux stimuli pour se concentrer sur la conversation.

But : Repas au restaurant avec les participants au groupe de communication.

Objectifs thérapeutiques :

- Prise d'initiative verbale : S'adresser à un serveur, échanger avec les convives durant le repas.
- Adaptation au lieu : Adapter l'intensité vocale si l'environnement est bruyant.
- Adaptation du discours selon l'interlocuteur (serveur, autres participants au groupe).

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 8 du 26/03/2015 :
Sortie : Repas au restaurant :

Cette situation de communication va nous permettre d'observer les capacités d'adaptation de notre patiente. Il s'agit d'un restaurant plutôt exigü, nous sommes nombreux à arriver en même temps. Or, Mme S. ne s'adresse pas au serveur pour qu'il nous installe et attend au comptoir alors que nous gênons le passage vers la terrasse. Il s'agit à la fois d'un manque d'initiative et d'un défaut d'adaptation au contexte.

Observations :

- Pour la première fois, Mme S. est gênée par ses troubles mnésiques pendant la conversation. En effet, le serveur liste oralement les plats proposés sans fournir de carte écrite. Notre patiente ne retient pas les plats et fait preuve d'impulsivité en choisissant le même plat commandé par un autre participant, alors qu'elle n'apprécie pas ce plat.
- Elle éprouve des difficultés de motricité fine lors du repas sans jamais solliciter l'aide des thérapeutes pour l'aider à utiliser ses couverts. En d'autres termes, on peut supposer que la double tâche impacte ses capacités d'initiation verbale.
- Pendant le repas, aucun échange verbal n'est observé de la part de notre patiente. La prise d'initiative verbale spontanée est donc déficitaire, alors que l'on a vu qu'elle était présente lorsque la situation lui tient à cœur et quand l'information à obtenir est importante pour elle.

Compétences présentes :

- Réponse aux sollicitations.
- Contact visuel.

Points faibles à retravailler :

- Prise d'initiative verbale.
- Réponse inappropriée du fait de l'impulsivité et des troubles mnésiques : à l'avenir, demander de répéter le menu ou de consulter un support écrit (avoir une carte).

Séance 9 du 02/04/2015 :

Préparation de la situation de communication comprenant une sortie :

Le principal point faible observé durant les séances précédentes reste l'initiative verbale. De ce fait, nous avons choisi un café dans lequel les serveurs ne viennent pas spontanément prendre les commandes des clients afin de favoriser l'émergence de cette prise d'initiative.

But : Commander des boissons dans un café.

Objectifs thérapeutiques :

- Initiative verbale.
- Contact visuel régulateur.
- Informativité.

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 10 du 09/04/2015 :

Sortie : Commande de boissons dans un café :

Observations :

- Du fait de son impulsivité, Mme S. ne trouve pas le café. Nous l'incitons à mieux explorer visuellement son environnement afin de savoir à qui commander les boissons préalablement choisies par les participants au groupe.
- La rétention mnésique des différentes boissons de la commande sont correctes.
- Mme S. fait preuve de motivation durant la séance et n'hésite pas à s'adresser à plusieurs personnes pour obtenir les boissons lorsqu'elle constate que les serveurs en salle ne prennent pas notre commande.
- La perte du contact visuel, pourtant présent jusqu'alors et dans les séances précédentes, altère l'interaction entre le serveur et notre patiente.

Compétences présentes :

- Prise d'initiative.
- Informativité.

Points faibles à retravailler :

- Perte du contact visuel entraînant l'absence de prise en compte de la demande non-verbale du serveur.

Séance 11 du 07/05/2015 :

Préparation de la situation de communication comprenant une sortie :

Mme S. se plaint de ne pas disposer de chaussures d'été, c'est pourquoi nous lui suggérons de nous rendre dans un magasin de chaussures afin d'y remédier, tout en précisant qu'il s'agira de travailler la communication. Pour cela, Mme S. devra décrire le modèle recherché de façon précise (type de chaussures, taille, préciser le budget). Nous serons particulièrement attentif au contact visuel de notre patiente durant l'échange, car il a fait défaut lors de la séance 10.

But : Repérer et éventuellement acheter de nouvelles chaussures.

Objectifs thérapeutiques :

- Contact visuel maintenu.
- Informativité pour obtenir le modèle désiré.
- Adaptation au lieu et aux personnes.
- Prise d'initiative.
- Anticipation : apporter de l'argent.

Difficulté(s) anticipée(s) : Aucune.

Séance 12 du 14/05/2015 :

Sortie : Repérage et achat dans un magasin de chaussures :

Mme S. va spontanément à la rencontre d'une hôtesse du centre commercial pour connaître le magasin de chaussures le plus proche.

Observations :

- Notre patiente n'anticipe pas cette sortie et n'apporte pas d'argent.

- Le contact visuel est présent, adéquat et maintenu durant l'échange.
- En revanche, après avoir visité plusieurs boutiques et lorsque la fatigue apparaît, Mme S. a des difficultés pour décrire le modèle recherché. Elle dit en effet chercher des chaussures ouvertes, puis des ballerines et enfin des escarpins.

Compétences présentes :

- Contact visuel.
- Initiation verbale.
- Répond aux nombreuses sollicitations des vendeuses.

Points faibles à retravailler :

- Confusions lexicales altérant l'informativité lorsque la fatigue est importante.
- Anticipation : n'a pas prévu d'argent.

Séance 13 du 21/05/2015 :

Préparation de la situation de communication comprenant une sortie :

Mme S. nous fait part de son désir de réaliser une activité avec son fils. Tous deux aiment cuisiner, c'est pourquoi l'idée de participer à un cours de cuisine ensemble l'enchantent. Nous avons observé en séance 8 que Mme S. peine à initier la conversation lorsqu'elle ne se sent pas directement concernée par la situation. Nous nous attendons donc à observer ici une meilleure initiative verbale car l'enjeu lui tient à cœur.

Notre patiente. pense avoir des difficultés pour retenir les informations si elle n'obtient pas de prospectus, il s'agit d'un progrès notable. En effet, notre patiente anticipe pour la première fois une éventuelle difficulté, signe d'un début de prise de conscience des troubles de la communication.

But : Se renseigner sur les cours de cuisine proposés dans un grand hôtel.

Objectifs thérapeutiques :

- Initiative verbale.
- Informativité.

- Contact visuel.
- Demander un support écrit contenant les informations demandées au regard des difficultés rencontrées lors de la séance 8.

Difficulté(s) anticipée(s) : Oui.

Séance 14 du 04/06/2015 :

Sortie : Demande de renseignements sur des cours de cuisine :

Observations :

- Mme S. s'adresse à l'hôtesse de façon tout à fait adéquate, informative et en maintenant le contact visuel.
- Lorsqu'elle demande un support écrit, l'hôtesse refuse et invite Mme S. à consulter la page internet de l'hôtel. Notre patiente clôt la conversation sans préciser qu'elle n'a pas accès à internet et qu'il faudrait que les informations lui soient notées.
- D'autre part, elle s'aperçoit une fois sortie de l'hôtel qu'elle n'a pas demandé si son fils pouvait participer au cours de cuisine avec elle. Nous pouvons penser que cet oubli est dû à la surcharge cognitive causée par le fait que les informations lui ont été données à l'oral sans support visuel.

Compétences présentes :

- Entrée en matière adaptée.
- Cohérence du discours.
- Contact visuel.

Points faibles à retravailler :

- Obtenir toutes les informations nécessaires avant de clore l'échange.
- Disposer d'un support écrit afin d'alléger le coût cognitif en situation de communication.

Séance 15 du 11/06/2015 :

Préparation de la situation de communication téléphonique :

Mme S. souhaite toujours participer à ce cours de cuisine avec son fils et tient à recontacter l'hôtel afin d'obtenir l'information oubliée en séance 14.

But : Se renseigner plus précisément sur les cours de cuisine proposés dans un grand hôtel.

Objectifs thérapeutiques :

- Informativité.
- Précision dans la demande d'informations.
- Anticipation : Apporter le numéro de téléphone de l'hôtel.

Séance 16 du 18/06/2015 :

Demande de renseignements sur des cours de cuisine :

Mme S. est très motivée durant cette séance car l'idée de participer à un cours de cuisine avec son fils lui tient réellement à cœur.

Un quiproquo s'installe rapidement lors de la conversation téléphonique. En effet, notre patiente souhaite suivre un cours de cuisine avec son fils de 16 ans et l'employée lui propose des cours de cuisine pour les enfants.

Observations : Notre patiente ne se rend pas compte qu'il y a méprise et conclut l'échange sans avoir les bonnes informations.

Compétences présentes : Entrée en matière correcte.

Points faibles à retravailler :

- Anticipation : N'apporte pas le numéro de téléphone de l'hôtel. Elle le recherche donc sur une tablette avec notre aide.
- Informativité : Le manque d'informativité est à l'origine du malentendu. Mme S. ne précise pas que son fils est adolescent et qu'elle aimerait qu'ils suivent le même cours de cuisine, ensemble.
- Obtenir toutes les informations nécessaires avant de clore l'échange.




Résultats

Présentation des résultats

Nous allons présenter dans cette partie les performances de notre patiente à T0 (avant la rééducation) et à T1 (après la rééducation) aux tests de communication.

Le bilan initial a été réalisé en novembre 2014 et le bilan final en juillet 2015.

Considérons la légende suivante pour les résultats afin d'en améliorer la lisibilité :

-  : Amélioration des performances.
-  : Baisse des performances.
-  : Stagnation des performances.
- ET : Ecart-Type.

I. Résultats au TLC

<u>TLC</u>	<u>T0</u>	<u>T1</u>
Attention et motivation /6	5 : -1,62 ET	5 : -1,62 ET
Communication verbale /30	21 : -8,8 ET	27 : -3,74 ET
Communication non-verbale /30	5 : -6,8 ET	11 : -3 ET
Score global /100	48,98 : -6,77 ET	64,43 : -2,94 ET

Figure 7 : Evolution de performances de Mme S. aux épreuves du TLC

Comme le montre la figure 7 :

- Notre patiente maintient ses performances en attention et motivation à la communication.
- Elle progresse en communication verbale et non-verbale.
- Le score global augmente.

Attention et motivation à la communication :

La salutation verbale et l'attention aux propos restent corrects entre les deux temps d'évaluation (respectivement +0,2 ET et +0,13 ET).

Cependant, **l'investissement et l'engagement dans l'interaction sont toujours insuffisants** (-2,56 ET). Il faut donc souvent solliciter Mme S. pour maintenir le lien de communication.

Communication verbale :

Les scores en compréhension verbale, informativité et pertinence du discours aux niveaux lexical et syntaxique restent dans la norme entre les deux temps d'évaluation.

Cependant, le débit verbal et l'intelligibilité de la parole restent altérés (respectivement -1 ET et -4,8 ET).

Au niveau idéique et pragmatique, le maintien du thème de l'échange, l'apport d'informations nouvelles, l'organisation logique des éléments du discours et l'adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur restent dans la norme. **Notons toutefois que Mme S. introduit plus facilement de nouveaux thèmes de conversation** (0,48 ET; au bilan initial : -6,02 ET). Aussi, **elle émet désormais des feed-back témoignant des difficultés de compréhension** (score dans la norme; au bilan initial : -2 ET) **et réajuste son discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs** (0,14 ET; au bilan initial : -6,75 ET).

Communication non-verbale :

L'expressivité n'est toujours pas exprimée par des gestes ou des expressions faciales à T1.

Le regard régulateur est totalement absent à T0. Cependant à T1, Mme S. l'utilise et le maintient durant la conversation. De ce fait, nous pouvons penser que notre patiente gère plus facilement la double tâche, ce qui lui permet d'utiliser un contact visuel.

A T0, notre patiente ne prend pas en compte les signes non-verbaux d'incompréhension de la part de l'interlocuteur. A T1, elle réajuste son discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs.

La prosodie reste altérée (-1 ET).

Synthèse :

Alors que les compétences d'attention et de motivation à la communication sont constantes entre T0 et T1, **on note une progression des performances en communication verbale (+5,06 ET) et non-verbale (+3,8 ET).**

→ Une hausse des compétences en communication verbale et non-verbale est observée entre T0 et T1 au TLC.

II. Résultats à la GOCP

Rappelons que cet outil d'évaluation est sensible mais pas encore validé. Il nous permet d'étayer notre observation clinique.

Les quatre situations de communication évaluées sont les suivantes :

- Situation A : Achat dans une boulangerie.
- Situation B : Demande de renseignements à la gare.
- Situation C : Situation téléphonique : Demande de renseignements auprès d'une agence de voyage.
- Situation D : Conversation à plusieurs.

SITUATIONS		A	B	C	D	Moy. Items	Moy. catég.	%
COMPORTEMENT								
1	S'adapte aux situations, aux lieux	2	1	2	2	1,75		
2	S'adapte aux personnes	2	2	2	2	2,00		
3	A une distance sociale physique adaptée	2	2	NO	2	2,00	1,92	96
EXPRESSION								
4	Apporte des informations pertinentes.	2	1	1	2	1,50		
5	A un discours concis	2	2	2	2	2,00		
6	A un discours organisé de façon logique	2	1	0	0	0,75		
7	Apporte des informations concordant avec le thème de la discussion	2	2	2	2	2,00		
8	Utilise des expressions adéquates et appropriées au contexte	2	1	2	0	1,25		
9	Est capable d'exprimer des demandes de clarification	NO	0	NO	2	1,00	1,42	71
EXPRESSION NON VERBALE								
10	Utilise des gestes et expressions faciales appropriés	0	1	NO	1	0,67		
11	A une prosodie adaptée	1	1	1	1	1,00		
12	Utilise des pauses de façon pertinente	2	0	2	2	1,50	1,06	53
RECEPTION								
13	Comprend l'implicite du discours	NO	0	NO	2	1,00		
14	Comprend l'humour, l'ironie	NO	NO	NO	2	2,00		
15	Est réceptif aux demandes de clarification	NO	2	2	2	1,50	1,50	75
RECEPTION NON VERBALE								
16	Comprend l'implicite d'une situation	NO	0	0	2	0,67		
17	Perçoit et prend en compte les signes non-verbaux	NO	NO	NO	2	2,00	1,34	67
PRAGMATIQUE INTERACTIONNELLE								
18	A un contact visuel approprié	1	1	NO	0	0,67		
19	Est capable d'initier ou de relancer la conversation	2	2	0	0	1,00		
20	Est capable de mettre fin à une conversation	2	2	2	2	2,00		
21	Est capable de suivre une conversation à plusieurs	NO	NO	NO	0	0,00		
22	Respecte les tours de parole	2	2	2	0	1,50	1,03	52
SCORE TOTAL		26	23	20	30	29,92		
Pourcentage		87	61	71	68	68		
Moyenne		1,73	1,21	1,43	1,36	1,36		

Figure 8 : Performances à la GOCP à T0

SITUATIONS		A	B	C	D	Moy. items	Moy. catég.	%
COMPORTEMENT								
1	S'adapte aux situations, aux lieux	2	1	2	2	1,75		
2	S'adapte aux personnes	2	2	2	2	2,00		
3	A une distance sociale physique adaptée	2	2	NO	2	2,00	1,92	96
EXPRESSION								
4	Apporte des informations pertinentes.	2	2	2	2	2,00		
5	A un discours concis	2	2	2	2	2,00		
6	A un discours organisé de façon logique	2	1	2	1	1,50		
7	Apporte des informations concordant avec le thème de la discussion	2	2	2	2	2,00		
8	Utilise des expressions adéquates et appropriées au contexte	2	2	2	1	1,75		
9	Est capable d'exprimer des demandes de clarification	2	2	2	2	2,00	1,88	94
EXPRESSION NON VERBALE								
10	Utilise des gestes et expressions faciales appropriés	1	1	NO	1	1,00		
11	A une prosodie adaptée	1	1	1	1	1,00		
12	Utilise des pauses de façon pertinente	2	2	2	2	2,00	1,33	67
RECEPTION								
13	Comprend l'implicite du discours	2	2	0	NO	1,33		
14	Comprend l'humour, l'ironie	NO	NO	NO	2	2,00		
15	Est réceptif aux demandes de clarification	NO	2	2	2	2,00	1,78	89
RECEPTION NON VERBALE								
16	Comprend l'implicite d'une situation	2	NO	0	NO	1,00		
17	Perçoit et prend en compte les signes non-verbaux	2	1	NO	2	1,67	1,34	67
PRAGMATIQUE INTERACTIONNELLE								
18	A un contact visuel approprié	2	2	NO	1	1,67		
19	Est capable d'initier ou de relancer la conversation	1	2	2	1	1,75		
20	Est capable de mettre fin à une conversation	2	2	1	2	1,75		
21	Est capable de suivre une conversation à plusieurs	NO	NO	NO	2	2,00		
22	Respecte les tours de parole	2	2	2	2	2,00	1,83	92
SCORE TOTAL		36	33	26	34	38,17		
Pourcentage		95	87	81	85	87		
Moyenne		1,89	1,74	1,63	1,70	1,74		

Figure 9 : Performances à la GOCP à T1

Comme le montrent les figures 8 et 9, nous pouvons observer une amélioration du score total à la GOCP dans les quatre situations.

Nous constatons en effet une amélioration du score en expression verbale, non verbale, en réception verbale et en pragmatique interactionnelle.

Les progrès observés sont regroupés dans la liste suivante :

- Apporte des informations pertinentes (item 4).
- A un discours organisé de façon logique (item 6).
- Utilise des expressions adéquates et appropriées au contexte (item 8).
- Est capable d'exprimer des demandes de clarification (item 9).
- Utilise des gestes et expressions faciales appropriées (item 10).
- Utilise des pauses de façon pertinente (item 12).
- Comprend l'implicite du discours (item 13).
- A un contact visuel approprié (item 18).
- Est capable d'initier ou de relancer la conversation (item 19).
- Est capable de suivre une conversation à plusieurs (item 21).
- Respecte les tours de parole (item 22).

Les scores concernant le comportement et la réception non-verbale stagnent entre T0 et T1.

La prosodie et les expressions faciales restent déficitaires dans les quatre situations de communication.

III. Résultats à l'ECVB et confrontation avec le Questionnaire complémentaire à la famille du TLC

<u>ECVB</u>	<u>T0</u>	<u>T1</u>
Expression des intentions	9/9	9/9
Conversation	21/21	18/21
Téléphone	21/21	17/21
Achats	9/12	10/12
Relations sociales	15/15	14/15
Lecture	12/12	10/12
Ecriture	7/12	10/12
Echelle de satisfaction	Communication très satisfaisante	Communication très satisfaisante
Total	94/102	88/102

Figure 10 : Evolution des performances de Mme S. à l'ECVB

On note une baisse des scores entre T0 et T1 concernant l'auto-évaluation des capacités de communication en conversation, au téléphone, dans les relations sociales et en lecture.

Rappelons que nous avons proposé ce test afin de connaître les capacités et incapacités de communication ainsi que les restrictions de participation aux activités de la vie quotidienne de notre patiente.

Nous avons constaté **une absence de conscience des troubles de la communication** lors de l'analyse des résultats à T0.

A T0, les restrictions de participation à la vie quotidienne dues aux troubles de la communication seraient, selon Mme S, minimales. Certaines seraient, selon elle, plutôt dues aux troubles moteurs. Pourtant, les tests de communication montrent des faiblesses communicationnelles à plusieurs

niveaux, engendrant de fait des limitations de participation dans la vie quotidienne. A T1, elle a conscience que ses troubles de la communication impactent ses relations sociales et l'empêchent de participer activement à une conversation. En effet, elle dit rarement entamer la conversation en famille ou avec des amis alors qu'à T0 elle disait que cela arrivait souvent.

A T0, notre patiente obtient un score de 94/102. Elle s'attribue un score de 0/3 à l'item concernant la réalisation d'achats seule. En effet, elle explique qu'elle ne réalise plus d'achats seule à cause de ses troubles moteurs. Dans la partie "écriture" elle obtient un score de 0/3 à l'item concernant les papiers administratifs et 1/3 à propos de la rédaction de chèques.

Mme S. se dit plus autonome à T1 lorsqu'elle effectue ses achats et se sent plus capable d'aller demander un renseignement à un vendeur. Cependant, elle pense éprouver des difficultés pour prendre la parole (2/3), transmettre un message (2/3), initier une conversation (1/3). Ces difficultés ressenties par notre patiente se retrouvent en effet dans les résultats des autres tests.

Nous pouvons penser que le contact avec des partenaires de communication extérieurs à la structure et non-sensibilisés au handicap a aidé notre patiente à cheminer vers une prise de conscience des troubles qui n'est pas encore totale.

L'absence de conscience des troubles constatée lors de la passation de l'ECVB nous a amenée à solliciter l'avis du mari de Mme S. grâce au *Questionnaire complémentaire à la famille* du TLC (annexe 9). Alors que Mme S. dit souvent entamer la conversation en famille ou avec des amis à T0, son mari avance le contraire (réponses 2 et 10, annexe 9). Tous deux s'accordent sur le fait que cette difficulté se retrouve à T1, malgré une bonne évolution remarquée par M. S. à T1.

Toujours à l'aide de ce questionnaire, nous observons un progrès au sujet de l'initiation de la conversation. Alors qu'à T0 cette compétence était inexistante, à T1 elle est présente, mais rare.

Discussion

Discussion

I. Retour sur les hypothèses et l'objectif de l'étude

Nous nous attendions à montrer que la prise en charge orthophonique spécifique de la communication incluant des séances en milieu réel améliore les compétences communicationnelles du sujet traumatisé crânien, ceci à travers une étude de cas.

En d'autres termes, nous nous attendions à obtenir des scores aux tests de communication supérieurs à T1 (après la prise en charge) par rapport à T0 (avant la prise en charge).

Les résultats aux tests révèlent, entre T0 et T1:

- Une augmentation des scores en communication verbale et non-verbale, ainsi que du score global au TLC.
- Une augmentation des scores de la GOCP concernant le comportement, l'expression verbale et non-verbale, la réception verbale et la pragmatique interactionnelle.
- Une stagnation des scores de la GOCP concernant la réception non-verbale.
- Une baisse du score total à l'ECVB.

Notre hypothèse est donc partiellement validée.

L'analyse des résultats montre une progression des compétences communicationnelles de notre patiente.

Notre étude apporte donc de premiers éléments permettant de valider notre hypothèse.

II. Analyse qualitative

Plusieurs difficultés de communication persistent à T1 :

- **L'altération de l'expression de l'affectivité (Cohadon et coll, 2002) :**

Notre patiente éprouve toujours des difficultés pour exprimer ses émotions à T1. D'une part, son visage reste amimique et sa parole aprosodique. D'autre part, des crises de pleurs surviennent parfois en séance sans élément déclencheur particulier. Elles peuvent être liées aux troubles de l'humeur ou à la prise de conscience des séquelles (Alaoui et coll, 1998). L'absence de mimogestualité régulatrice, observée chez de nombreux sujets traumatisés crâniens par Sainson et coll. (2007), persiste à T1.

- **Les difficultés de perception du monde extérieur (Cohadon et coll, 2002) et la réduction de l'initiative (Alaoui et coll, 1998) :**

Mme S. perçoit toujours difficilement le monde extérieur du fait de son impulsivité. Nous avons pu l'observer lors de l'évaluation à T0. En effet, elle n'a pas contourné un obstacle physique sur son trajet et a chuté. Ensuite, lors de la séance n°10 comprenant une sortie, nous lui avons demandé de repérer un café au sein d'un espace public. Le lieu était très dense, sans affichage permettant de se repérer. Elle ne parvint pas à explorer son environnement du fait de son regard fixe et passa devant le café sans le remarquer. Notons toutefois que lors des séances suivantes, elle allait d'elle-même demander des renseignements aux hôtesses d'accueil lorsqu'elle ne trouvait pas un endroit. Nous avons observé chez notre patiente une capacité à s'emparer des aides proposées et à utiliser des moyens compensatoires pour éviter d'être fatiguée inutilement.

Nous avons travaillé l'initiative verbale en séance. Cette composante peut être présente lorsque notre patiente a besoin d'informations ou se trouve en difficultés mais elle reste insuffisante en situation de communication plus classique.

Par ailleurs, d'autres altérations communicationnelles ont été réduites entre T0 et T1 :

- **Les difficultés d'élaboration de plans d'action (Cohadon et coll, 2002) et les difficultés de contrôle (Walsh, 1985) :**

Grâce à l'entretien préalable réalisé avant chaque sortie, Mme S. était de plus en plus autonome lors de la description des différentes étapes à réaliser pour accomplir la tâche de communication dans son intégralité. Nous pensons que l'amélioration des capacités d'élaboration de plans d'action va de pair avec la réduction des difficultés de contrôle. En effet, Mme S. parvenait de mieux en mieux à vérifier que toutes les informations ont bien été recueillies avant de mettre fin à la conversation. Nous

pensons que la participation active à l'élaboration de la planification de la tâche de communication a permis à notre patiente de mieux intégrer les étapes, les retenir et enfin contrôler leur déroulement.

- **L'incapacité à gérer le déroulement d'une conversation (Stuss, Alexander, Lieberman et Levine, 1978).**

Nous avons constaté à T0 une incapacité à gérer le déroulement d'une conversation à plusieurs. Des progrès ont été observés, notre patiente parvient désormais à suivre le fil de la conversation et les changements de thèmes. Nous notons cependant un comportement autocentré, avec une motivation à la communication beaucoup plus importante lorsque le sujet de conversation la concerne, ainsi qu'une prise de parole présente mais toujours insuffisante.

Nous avons apprécié l'impact de la réduction des troubles sur d'autres composantes de la communication. En effet, l'absence de contact visuel est, selon la littérature, imputable à la surcharge cognitive (Aubert et coll, 2004). Nous pouvons donc supposer que l'allègement du coût cognitif de la tâche de communication a permis l'émergence du contact visuel régulateur de l'échange. Nous supposons que les étapes d'anticipation et de planification présentes dans notre protocole thérapeutique a permis cette émergence.

III. Discussion

1. Apports de la prise en charge de la communication en milieu réel

Dans un premier temps, ce protocole de prise en charge en milieu réel et face à des interlocuteurs non-avertis permet de répondre au manque pointé par Mmes Kerbrat et Cuau ainsi que François-Guinaud (2010) : peu d'études s'intéressent à la prise en charge de la communication des patients traumatisés crâniens en milieu réel alors que leurs troubles communicationnels sont mis en évidence dans les situations de la vie quotidienne.

Comme nous le supposons, la prise en charge des troubles de la communication des patients traumatisés crâniens comporte plusieurs intérêts :

- Elle permet au thérapeute d'apprécier les compétences communicationnelles dans leur dimension fonctionnelle et ainsi d'agir sur le retentissement des troubles de la communication.

- Nous avons également constaté que la prise en charge en milieu réel permet au patient de mieux prendre conscience de ses difficultés en le confrontant à des situations de communication face à un public non-averti et en l'amenant à anticiper, verbaliser le déroulement de la tâche de communication (Le Dorze et coll, 2014). La verbalisation des étapes permet en effet au thérapeute et au patient de mieux cibler l'étape de la réalisation de la tâche qui a éventuellement fait défaut afin de la retravailler lors des séances ultérieures.

- Notre patiente se focalise sur ses troubles moteurs. Pourtant, la littérature rapporte que les séquelles cognitives et comportementales sont plus invalidantes que les séquelles motrices (Ponsford et coll, 1975). Amener notre patiente à prendre conscience de ses troubles de la communication sans la brusquer était un enjeu primordial de la prise en charge comme le préconisent Pearce, McDonald et Coltheart (1998). Le travail métacognitif est en effet indispensable à toute prise en charge de la communication dans sa dimension pragmatique (Mazaux et coll, 1997). Il avait lieu lors de la synthèse en groupe et avait pour but l'expression verbale des aspects sociaux de l'utilisation du langage, de la politesse, de la forme linguistique d'une demande, de son contenu et surtout du caractère approprié ou inapproprié d'une situation vécue. Cette auto-régulation permet l'identification du comportement qui pose problème, de ses facteurs de déclenchement et de ses conséquences. Elle favorise la prise de conscience des difficultés et de ce fait des stratégies alternatives pourront être proposées par les thérapeutes et acceptées par le patient. Or, il était souvent difficile d'adopter la bonne attitude avec Mme S. qui était très peu consciente de ses troubles et sujette ensuite à des troubles de l'humeur l'amenant à pleurer facilement. Alaoui et coll. (1998) ont d'ailleurs établi un lien entre l'apparition des troubles de l'humeur et la prise de conscience des séquelles, ce qui nous amène à penser que le travail métacognitif et la participation d'interlocuteurs non-avertis pourrait permettre à notre patiente d'avoir partiellement conscience de ses séquelles. Ce travail était délicat, nous devions à la fois lui faire prendre conscience de ses difficultés, mais sans la brusquer.

- La prise en charge écologique en milieu réel permet au thérapeute d'agir au plus près de la problématique du patient en observant des compétences et difficultés dans une situation particulière et dans un contexte spécifique et au contact d'un interlocuteur non-averti. Il peut aussi varier le coût cognitif de la tâche de communication et mesurer l'impact des troubles. La variation de situations, contextes et interlocuteurs ne peut être obtenue avec une prise en charge orthophonique classique des troubles de la communication.
- La prise en charge de groupe comporte également plusieurs intérêts. Le nombre restreint de participants permet de construire des liens et d'échanger facilement durant les séances. Lorsque l'un des patients raconte la sortie effectuée, les autres s'imaginent dans la même situation afin de proposer des solutions aux éventuelles difficultés. Cette mentalisation permet de se confronter à une multitude de situations de communication. Aussi, le partage d'expériences et l'apport de solutions à chaque difficulté rencontrée permet à chaque participant de bénéficier d'outils lui permettant de mieux communiquer. Par ailleurs, la confrontation avec d'autres patients ayant subi un traumatisme crânien mais ayant leurs propres problématiques a permis à notre patiente de s'identifier progressivement et d'y trouver ses marques. En d'autres termes, ce feedback a donc déclenché chez notre patiente un début de prise de conscience des troubles de la communication.

2. Limites de notre étude

Le nombre de séances a été limité à 16 car plusieurs périodes d'interruption ont en effet été observées. Proposer un protocole plus long aurait été intéressant afin de stimuler un nombre plus important de composantes communicationnelles, conjointement à la prise de conscience des troubles qui aurait continué de progresser. Par ailleurs, différentes composantes comme l'initiative verbale et le contact visuel ont été particulièrement travaillées tout au long de notre étude. Toutefois, d'autres composantes ont été peu stimulées, telles que l'utilisation d'expressions faciales adaptées, de la mimogestualité et de la prosodie. Nous avons en effet travaillé en priorité les éléments qui impactaient de façon importante les capacités communicationnelles de notre patientes. Travailler sur une plus longue période nous aurait permis de travailler plus de composantes.

Aussi, une évaluation plusieurs mois après la fin du protocole de prise en charge aurait permis de mesurer la stabilité des progrès dans le temps et le transfert des acquis dans la vie quotidienne dans le cas d'un retour à domicile. Retester notre patiente a posteriori aurait permis de mesurer le maintien

des effets de notre protocole sur le long terme, mais nous avons dû y renoncer afin de respecter le calendrier et de proposer le nombre de séances maximal à notre patiente.

Comme nous l'avons vu précédemment, notre patiente ne bénéficie pas de prise en charge orthophonique en parallèle pouvant interférer avec les résultats obtenus. Cependant, les autres activités auxquelles Mme S. participe dans le secteur de réadaptation telles que l'ergothérapie, la kinésithérapie, l'animation pourraient avoir joué un rôle dans sa progression. En effet, les professionnels de santé travaillant de concert en secteur de réadaptation visent tous les mêmes objectifs : la compensation et la prise de conscience des troubles de la part des patients traumatisés crâniens. Il est donc difficile de déterminer si les progrès observés sont dus uniquement à la prise en charge orthophonique. De ce fait, il aurait été intéressant de tester un patient ayant quitté le centre de réadaptation et ne bénéficiant pas d'autres prises en charge.

Nous avons souligné l'intérêt de la variation des situations de communication, mais au regard des objectifs fixés, les partenaires de communication rencontrés par notre patiente sont souvent des hôtesse ou des vendeurs. Ces partenaires de communication ont des objectifs professionnels précis et similaires, ce qui limite la variation des échanges d'une situation de communication à l'autre. Ils ont souvent les mêmes comportements ce qui limite les possibilités de variation d'objectifs thérapeutiques. Par exemple, l'initiation verbale sera difficile à travailler au contact de vendeurs ou serveurs venant spontanément à la rencontre du client. Aussi, pour des raisons pratiques, les sorties s'effectuent dans des lieux similaires regroupant plusieurs types de structures ou de commerces afin que tous participants effectuent leur sortie dans le même secteur.

Certaines compétences communicationnelles comme la compréhension de l'humour ou la conversation à plusieurs sont difficiles à travailler lorsque l'on intervient en milieu réel car les occasions se présentent rarement en situation.

L'utilisation d'une méthodologie de type cross-over ou essai croisé, appelée également paradigme ABA ou ABAB aurait permis de montrer que les progrès sont dus à la prise en charge réalisée pendant les phases de traitement. La période A correspond à la période de traitement, la période B à la période de suspension du traitement. Cette méthodologie consiste à suspendre la rééducation et à observer s'il y a un arrêt des progrès, puis de reprendre la thérapie et observer si une reprise des progrès s'ensuit. Il était toutefois difficilement envisageable de laisser notre patiente sans prise en charge orthophonique durant plusieurs mois.

Nous avons mesuré les effets d'un entraînement spécifique de la communication en milieu réel sur un cas unique. Les résultats de notre étude montrent que cette prise en charge a permis à notre patiente d'améliorer ses compétences communicationnelles. Cependant, pour valider entièrement notre hypothèse, il faudrait mesurer les effets de cette prise en charge sur une population plus importante.

Le travail d'anticipation et de planification réalisé avant chaque situation de communication a permis à notre patiente de progresser. Se pose néanmoins la question du transfert des acquis dans la vie quotidienne, lors du retour à domicile, sans ce travail en amont réalisé avec un thérapeute.

3. Perspectives

Il serait intéressant de proposer un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), comme il en existe pour la population aphasique et selon les recommandations de la HAS et de la SOFMER, afin de mesurer son impact sur le maintien de la communication lors du retour à domicile. Par exemple dans le cas d'un patient avec un manque d'initiative verbale comme Mme S, il serait primordial d'amener l'entourage à distinguer ce trouble de l'absence d'appétence à communiquer.

Par ailleurs, comparer les performances de deux groupes de patients permettrait de mieux mesurer l'efficacité de la dimension écologique de la prise en charge. L'un bénéficierait d'une prise en charge de la communication "classique", au sein d'une institution, structure d'accueil ou cabinet libéral et l'autre d'une prise en charge comprenant des séances au sein d'un groupe de communication, avec un travail en milieu réel.

Aussi, bénéficier d'une prise en charge orthophonique individuelle des troubles de la communication en parallèle permettrait au patient de renforcer ses acquis obtenus en participant au groupe de communication.

Un entraînement des fonctions exécutives pourrait également être proposé en cabinet ou en institution pour mesurer son impact sur la communication en situation écologique, avec des interlocuteurs non-avertis.

Enfin, une étude de l'intérêt d'une prise en charge écologique de la communication en milieu réel auprès d'un patient suivi en libéral permettrait de poursuivre l'investigation de ce mode de prise en charge avec un protocole et des enjeux thérapeutiques différents.

Conclusion

Conclusion

L'objectif de notre travail était d'observer l'impact d'un entraînement spécifique de la communication en situation écologique, en milieu réel et auprès d'un public non-averti sur les performances communicationnelles d'une patiente suivie en secteur de réadaptation et présentant un traumatisme crânien grave.

Notre patiente a bénéficié de 16 séances incluant 8 séances de préparation et 8 séances de mise en situation avec des interlocuteurs non-avertis, en milieu réel, par le biais d'une sortie ou d'une situation téléphonique.

L'évaluation de la communication proposée nous a permis de comparer les performances à T0 et à T1 dans plusieurs situations de communication. L'analyse des résultats montre que les performances de notre patiente en communication verbale et non-verbale ainsi qu'en pragmatique interactionnelle se sont améliorées grâce au protocole proposé. En outre, l'auto-questionnaire de l'ECVB nous a permis de pointer un début de prise de conscience des troubles de la communication chez notre patiente. Le *Questionnaire à la famille* du TLC nous a permis d'apprécier les compétences communicationnelles de notre patiente au quotidien qui ont évolué favorablement.

Ces résultats sont bien sûr à considérer avec prudence au vu des biais méthodologiques présentés.

Ainsi, nous avons montré qu'après avoir suivi un entraînement de la communication comprenant des sorties en milieu réel et face à des interlocuteurs non-avertis, notre patiente a amélioré une partie de ses compétences communicationnelles. Notre travail met en évidence l'intérêt de proposer des séances orthophoniques en milieu réel afin d'agir au plus près de la problématique de chaque patient traumatisé crânien présentant des troubles de la communication.

Bibliographie

Bibliographie

1. Alaoui, P., Mazaux, J., Masson, F., Vecsey, J., Destailats, J., Maurette, P., Barat, M. (1998). Devenir neuropsychologique à long terme des traumatisés crâniens : Evaluation à 5 ans des troubles neuropsychologiques et comportementaux par l'échelle neurocomportementale révisée (à propos de 79 cas). *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 41(4), 171–181.
2. Alexander, M. P., Benson, D. F., & Stuss, D. T. (1989). Frontal lobes and language. *Brain and Language*, 37(4), 656–691.
3. Aubert, S., Barat, M., Campan, M., Dehail, P., Joseph, P., & Mazaux, J.-M. (2004). Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(4), 135–141.
4. Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford : Urmson.
5. Auzou, P., Kouadio, V., Rigaux, P., & Ozsancak, C. (2007). La dysarthrie chez les patients traumatisés crâniens : une analyse perceptive. *Revue Neurologique*, 163(12), 1200–1208.
6. Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., Couillet, J., & Pradat-Diehl, P. (2009). Traitement des troubles dysexécutifs et attentionnels. *Revue de neuropsychologie*, 1(1), 71.
7. Babinski, M. J. (1914). Contribution à l'étude des états mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique*, 27, 845–848.
8. Baddeley, A. D. (1990). *Human memory : Theory and practice*. Oxford : Oxford University Press.
9. Basso, A. (1995). Aphasie post-traumatique : aspects cliniques et évolution. In *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte* (pp. 25–32). Paris: Frison Roche.
10. Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit tome 1*. Paris : Editions du Seuil.

11. Behrmann, M., & Penn, C. (1984). Non-verbal communication of aphasic patients. *British Journal of Disorders of Communication*, 19, 155–168.
12. Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute Neuropsychological Rehabilitation. In *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 127–135). Boston : Springer US.
13. Binder, G. M. (1984). *Aphasia : A societal and clinical appraisal of pragmatic and linguistic behaviors*. (Master Thesis). University of California, Santa Barbara, California.
14. Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context: essays on body motion communication* (5th paperback printing). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
15. Blanc, N., & Brouillet, D. (2003). *Mémoire et compréhension. Lire pour comprendre*. Paris : In Press Editions.
16. Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A., & Campsie, L. (1987). Return to work within the first years of severe head injury. *Brain Injury*, 1(1), 5–19.
17. Coelho, C. A. (1997). Cognitive-communicative disorders following traumatic brain injury. In *Organic and Neurogenic disorders of communication* (pp. 110–138). Allyn & Bacon.
18. Coelho, C. A., DeRuyter, F., & Stein, M. (1996). Treatment efficacy: cognitive-communicative disorders resulting from traumatic brain injury in adults. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39(5), 5–17.
19. Cohadon, F., Castel, J.-P., & Richer, E. (2002). *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion* (2nd ed.). Vélizy : Arnette.
20. Coricelli, G. (2005). Two-levels of mental states attribution: from automaticity to voluntariness. *Neuropsychologia*, 43(2), 294–300.
21. Corraze, J. (1992). *Les communications non-verbales*. Paris : Presses universitaires de France.

22. Coquet, F. (2005). Pragmatique : Quelques notions de base. *Rééducation orthophonique*, 221, 13–27.
23. Cosnier, J. (1982). Communications et langages gestuels. In *Les voies du langage : communications verbales gestuelles et animales*. Paris : Dunod.
24. Damasio, AR, & van Hoesen, GW (1983). Emotional disturbances associated with focal lesions of the limbic frontal lobe. In : *Neuropsychology of Human Emotion* (pp. 85–110). New York : Guilford.
25. Darrigrand, B., & Mazaux, J.-M. (2000). Echelle de Communication Verbale de Bordeaux : ECVB. Isbergues : Ortho Edition.
26. Darrigrand, B., & Mazaux, J.-M. (2000). L'échelle de communication verbale de Bordeaux : une évaluation des compétences communicatives des personnes aphasiques. *Glossa*, 73, 4–15.
27. Delanoë, A., Dardier, V., Deleau, M., Le Maner-Idrissi, G., Reilly, J., Cattelotte, V., Tsimba, V. (2007). L'analyse des émotions et des situations de communication chez des enfants et des adolescents lésés frontaux. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(7), 582–589.
28. Dreschler, R. (2001). Hétérogénéité sur tous les plans : production de discours et troubles neuropsychologiques chez les patients traumatisés crânio-cérébraux. *Psychologie de L'interaction* 13-14, pp. 109–140.
29. Duffy, J. R. (2005). *Motor speech disorders : substrates, differential diagnosis and management* (2nd ed.). Elsevier Mosby.
30. Foldi, N. S., Cicone, M., & Gardner, H. (1983). Pragmatic aspects of communication in brain damaged patients. In *Language functions and brain organization*. New York : Academic Press.
31. François-Guinaud, C. (2010). Accompagnement cognitif et pragmatique du traumatisé crânien adulte (pp. 58–61). Les Entretiens de Bichat.
32. Galski, T., Tompkins, C., & Johnston, M. V. (1998). Competence in discourse as a measure of

social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(9), 769–782.

33. Georgieff, N. (2005). Intérêts de la notion de “ théorie de l’esprit ” pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l’enfant*, 48(2), 341.

34. Godfrey, H., & Shum, D. (2000). Executive functioning and the application of social skills following traumatic brain injury. *Aphasiology*, 4(14), 433–444.

35. Grice, H.P. (1975). Logic and conversation. In *Syntac and semantics* (vol. 3, pp. 41-58). New York : Academic Press.

36. Guespon, L. (1971). Problématique des travaux sur le discours politique. *Langages*, 23, 10.

37. Hagen, C. (1981). Language disorders secondary to closed head injury : Diagnosis and treatment. *Topics in Language Disorders*, 73–87.

38. Hagen, C. (1984). Language disorders in head trauma. In *Language Disorders in Adults*. San Diego : College-Hill Press.

39. Hagen, C., Malkmus, D., & Burditt, G. (1979). Intervention strategies for language disorders secondary to head trauma : short course. American Speech-Language and Hearing Association. Atlanta.

40. Hartley, L., & Jensen, P. (1991). Narrative and procedural discourse after closed head injury. *Brain Injury*, 5, 267–285.

41. Hartley, L. L. (1995). *Cognitive-communicative abilities following brain injury: a functional approach*. San Diego : Singular Pub. Group.

42. Holland, A. (1977). Comment on “spouses understanding of the communication disabilities of aphasic patients”, 42(2), 307–310.

43. Holland, A. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, (47), 50–56.
44. Holland, A. L. (1982). When is aphasia aphasia? : The problem of closed head injury. In *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 345–349). Minneapolis: BRK Publishers.
45. Hupet, M. (2006). Bilan pragmatique. In *Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques*, (pp. 88–104). Paris : Masson.
46. Jakobson, R. (1963). Linguistique et poétique. In *Essais de linguistique générale*, (pp. 213–222). Paris : Seuil.
47. Johnson, J. E., & Turkstra, L. S. (2012). Inference in conversation of adults with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 26(9), 1118–1126.
48. Kaczmarek, B. L. J. (1984). Neurolinguistic analysis of verbal utterances in patients with focal lesions of the frontal lobes. *Brain and Language*, 21, 52–58.
49. Kerbrat, A., & De L'Épinois, A. (2011). Évaluation des troubles de compétences de communication des sujets traumatisés crâniens graves : premiers travaux de validation de la grille d'observation de la communication pragmatique (GOCP) chez 28 sujets traumatisés crâniens graves en situation écologique. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 247.
50. Kintsch, W., & van Dijk, T. A. (1978). Towards a model of text comprehension and production. *Psychological Review*, 85, 363–394.
51. Kotler-Cope, S., & Camp, C. J. (1995). Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 52–56.
52. Kozłowski-Moreau, O., Allart, E., Le Gall, M., Stephann, L., Deicas, P., & Rousseaux, M. (2014). Compétences sociales et qualité de vie après traumatisme crânien léger ou modéré : influence des troubles cognitifs et de la communication. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, 76.

- 53.** Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9(3), 239–255.
- 54.** Le Dorze, G., Villeneuve, J., Zumbansen, A., Masson-Trottier, M., & Bottari, C. (2014). Verbal Assistance within the Context of an IADL Evaluation. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2(4), 182–198.
- 55.** Le Gall, C., Lamothe, G., Mazaux, J.-M., Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., Barat, M. (2007). Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS–Aquitaine. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(1), 5–13.
- 56.** Lenfant, M., Thibault, M.-P., & Heloin, M.-C. (2006). L'évaluation de la compréhension chez les 3-15 ans : une approche axée sur l'interprétation. *Glossa*, 95, 6–22.
- 57.** Levin, H. S., Grossman, R. G., Rose, J. E., & Teasdale, G. (1979). Long-term neuropsychological outcome of closed head injury. *Journal of Neurosurgery*, 50(4), 412–422.
- 58.** Maingueneau, D. (1989). *Genèses du discours*. Bruxelles : Mardaga.
- 59.** Maingueneau, D. (1996). *Les termes clés de l'analyse du discours*. Paris: Seuil.
- 60.** Masson, F., Maurette, P., Salmi, L. R., Dartigues, J. F., Vecsey, J., Destailats, J. M., & Erny, P. (1996). Prevalence of impairments 5 years after a head injury, and their relationship with disabilities and outcome. *Brain Injury*, 10(7), 487–497.
- 61.** Mazaux, J.-M., Barat, M., Joseph, P.-A., Giroire, J.-M., Campan, M., & Moly, P. (1997). Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave. *Glossa*, (58), 22–29.
- 62.** McDonald, S. (1993). Pragmatic language skills after closed head injury: ability to meet the informational needs of the listener. *Brain and Language*, 44(1), 28–46.

63. McDonald, S. (2001). Assessing communication disturbances after traumatic brain injury : a cognitive-pragmatic approach. *Psychologie de L'interaction, 13-14*, 47–74.
64. MacDonald, S., Code, C., & Togher, L. (1999). *Communication disorders following traumatic brain injury*. Hove : Psychological Press.
65. McDonald, S., & Pearce, S. (1996). Clinical insights into pragmatic theory : the frontal lobe deficits and sarcasm. *Brain and Language, 53*, 81–104.
66. McDonald, S., & Pearce, S. (1998). Requests that overcome listener reluctance: impairment associated with executive dysfunction in brain injury. *Brain and Language, 61*, 88–104.
67. McDonald, S., & van Sommers, P. (1993). Differential pragmatic language loss following closed head injury : Ability to negotiate request. *Cognitive Neuropsychological, 10*, 297–315.
68. Mentis, M., & Prutting, C. A. (1987). Cohesion in the discourse of normal and head-injured adults. *Journal of Speech and Hearing Research, 30*, 88–98.
69. Milton, S., Prutting, C. A., & Binder, G. M. (1984). Appraisal of communicative competence in head injury adults. In *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 114–123). Minneapolis : BRK Publishers.
70. Moeschler, J. (2008). Qu'est-ce que la pragmatique ? Signification linguistique et interprétation pragmatique. In *Congrès scientifique international de la FNO : Pragmatique, de l'intention à la réalisation*.
71. Muma, J. R. (1983). Speech-language pathology : Emerging clinical expertise in language. In *Pragmatic assessment and intervention issues in language*. San Diego: College-Hill Press.
72. Murdoch, B. E., & Theodoros, D. G. (2001). *Traumatic brain injury: associated speech, language, and swallowing disorders*. San Diego: Singular/Thomson Learning.
73. Oddy, M., Coughlan, T., Tyerman, A., & Jenkins, D. (1985). Social adjustment after closed head

injury: a further follow-up seven years after injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 564–568.

74. Paquet, L. (2011). “J’étais comme ça avant” ou l’importance de la réintégration socio-professionnelle chez les TCC. *Fréquences*, 22(2), 25–30.

75. Pearce, S., McDonald, S., & Coltheart, M. (1998). Interpreting ambiguous advertisements: the effect of frontal lobe damage. *Brain and Cognition*, 38, 150–164.

76. Plum, F., & Posner, J. B. (1983). *Diagnostic de la stupeur et des comas* (2nd ed.). Paris: Masson.

77. Ponsford, J. (2012). *Traumatic brain injury rehabilitation for everyday adaptive living* (2nd ed). New York: Psychology Press.

78. Ponsford, J. L., Olver, J. H., & Curran, C. (1995). A profile of outcome : 2 years after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 9(1), 1–10.

79. Reboul, A., & Moeschler, J. (2000). Une approche pragmatique de la communication fondée sur l’observation de discours pathologiques. In *L’intelligence en actes : Homme pensant, homme communicant*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.

80. Rinaldesi, M. L., Quinquinio, C., Bedeschi, S., Pompozzi, M., Mezzogori, S., Naticchi, S., Serafini, P. (2014). Pragmatic communication disorders and cognitive functions in traumatic brain injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, 72.

81. Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefeuvre, M. (2000). Test Lillois de Communication. Isbergues : Ortho Edition.

82. Rubens, A. B. (1976). Transcortical motor aphasia. In *Studies in neurolinguistics* (pp. 293–306). New York: Academic.

83. Sainson, C. (2007). Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique : à propos d’un cas. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(4), 231–239.

- 84.** Searle, J. (1972). *Les actes de langage : essai de philosophie du langage*. Paris : Hermann.
- 85.** Searle, J. (1982). *Sens et expression*. Paris : Les Editions de Minuit.
- 86.** Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana : University of Illinois Press.
- 87.** Sperber, D., & Wilson, D. (1989). *La pertinence : Communication et cognition*. Paris : Les Editions de Minuit.
- 88.** Stuss, D. T., Alexander, M. P., Lieberman, A., & Levine, H. (1978). An extraordinary form of confabulation. *Neurology*, 28, 1166–1172.
- 89.** Tate, R. L., Broe, G. A., Cameron, I. D., Hodgkinson, A. E., & Soo, C. A. (2005). Pre-Injury, Injury and Early Post-Injury Predictors of Long-Term Functional and Psychosocial Recovery After Severe Traumatic Brain Injury. *Brain Impairment*, 6(2), 75–89.
- 90.** Togher, L. (2000). Giving information: The importance of context on communicative opportunity for people with traumatic brain injury. *Aphasiology*, 14(4), 365–390.
- 91.** Tonkovich, J. D., & Peach, R. K. (n.d.). Subcortical aphasia : a report of three cases. In *Clinical Aphasiology : Proceedings of the Conference 1983* (pp. 244–251). Minneapolis : BRK Publishers.
- 92.** Walsh, K. (1987). *Neuropsychology : A clinical approach*. New York : Churchill Livingstone.
- 93.** Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Editions du Seuil.
- 94.** Weinstein, E. A., & Kahn, R. L. (1955). *Denial of illness: Symbolic and physiological aspects*. Springfield : Charles C Thomas Publisher.
- 95.** Wiener, N. (1948). *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge : the MIT Press.

96. Winkler, D., Unsworth, C., & Sloan, S. (2006). Factors that lead to successful community integration following severe traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(1), 8–21.

97. Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 203–214.

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : Feuille de profil du TLC à T0.....	94
Annexe 2 : Feuille de profil du TLC à T1.....	95
Annexe 3 : Feuille de profil de l'ECVB à T0.....	96
Annexe 4 : Feuille de profil de l'ECVB à T1.....	97
Annexe 5 : Questionnaire à la famille du TLC à T0 et T1.....	98
Annexe 6 : Descriptif détaillé des séances	99

Annexe 1 : Feuille de profil du TLC à T0

Profil de communication

de Mr/Mme : Mme S. - TO le : 20/11/2014

Une feuille de profil de communication a été élaborée dans deux buts principaux. Le premier a été de présenter les normes (moyenne et écart-type) dans chaque subtest, le second d'utiliser une feuille unique pour récapituler les résultats et le profil d'un patient. On soulignera que le score des sujets normaux peut être très faible dans certains items de la communication non verbale.

Attention et motivation à la communication

1 - Salutation verbale ou non verbale	0	1	(2)	(1,96±0,20) + 0,2 ET
2 - Attention aux propos	0	1	(2)	(1,98±0,15) 0,13 ET
3 - Investissement, engagement dans l'interaction	0	(1)	2	(1,87±0,34) - 2,56 ET
Total attention motivation			5 / 6	(5,81±0,50) - 1,62 ET

Communication verbale

1 - Compréhension verbale	0	2	(4)	(4,00±0,00) N
2 - Débit verbal	0	(1)	2	(2,00±0,00) - 1 ET
3 - Intelligibilité de la parole	0	(1)	2	(1,96±0,20) - 4,8 ET
4 - Informativité et pertinence du discours				
A/ Au niveau lexical				
- Manques du mot	0	1	(2)	(2,00±0,00) N
- Paraphasies	0	1	(2)	(2,00±0,00) N
B/ Au niveau syntaxique.				
- Syntaxe contribuant à la communication	0	1	(2)	(2,00±0,00) N
C/ Au niveau idéique et pragmatique				
- Réponses explicites aux questions ouvertes	0	(1)	2	(1,89±0,31) - 2,87 ET
- Maintien du thème de l'échange	0	1	(2)	(1,85±0,36) 0,41 ET
- Apports d'informations nouvelles	0	1	(2)	(1,89±0,37) 0,30 ET
- Introduction de nouveaux thèmes	(0)	1	2	(1,66±0,70) - 6,02 ET
- Organisation logique des éléments du discours	0	-	(2)	(1,85±0,51) 0,30 ET
- Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	-	(2)	(1,91±0,41) 0,22 ET
5 - Feed-back verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	(0)	-	2	(2,00±0,00) - 2 ET
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	(0)	-	2	(1,96±0,29) - 6,75 ET
6 - Utilisation du langage écrit	(non)	-	oui	
Total communication verbale			21 / 30	(28,98±1,33) - 8,61 ET

Communication non verbale

1 - Compréhension des signes non verbaux				
- Déictiques, gestes ou regard	0	(1)		(1,00±0,00) N
- Gestes symboliques	0	(1)		(1,00±0,00) N
- Mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	(1)		(1,00±0,00) N
- Mimes de la forme de l'objet	0	(1)		(1,00±0,00) N
- Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	0	(1)		(1,00±0,00) N
2 - Expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales...	(0)	1	3	(2,53±0,86) - 2,94 ET
3 - Informativité				
A/ Au niveau pragmatique interactionnel				
Respect des règles conversationnelles, par utilisation :				
- Prosodie adaptée	(0)	1		(1,00±0,00)
- Regard régulateur	(0)	1		(0,87±0,34) - 2,56 ET
- Mimogestualité régulatrice	(0)	1		(0,98±0,15) - 6,53 ET
Respect des tours de parole	(0)	(1)		(0,87±0,34) 0,38 ET
B/ Au niveau lexical				
- Recours spontané à la communication non verbale	(0)	2		(0,00±0,00) N
- Production de déictiques	(0)	1	2	(0,30±0,72) - 9,42 ET
- Production de gestes symboliques	(0)	1	2	(0,00±0,00) N
- Production de gestes d'utilisation d'objets ou d'action	(0)	1	2	(0,21±0,62) - 3,34 ET
- Production de mimes de la forme de l'objet	(0)	1	2	(0,09±0,41) - 9,22 ET
- Production de mimes évoquant un état physique ou émotionnel	(0)	1	2	(0,00±0,00) N
C/ Au niveau idéique. Production de séquences des signes non verbaux	(0)	-	2	(0,00±0,00) N
4 - Feed-back non verbaux				
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	(0)	-	2	(1,96±0,29) - 6,36 ET
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	(0)	-	2	(1,91±0,41) 0,22 ET
5 - Utilisation du dessin	(non)	-	oui	
Total communication non verbale			6 / 30	(15,74±1,58) - 6,16 ET

Score global TLC = AM x 2,5 + CV x 1,3 + CNV x 1,53 =

48,98 / 100 (76,28±4,03) - 6,77 ET

Annexe 2 : Feuille de profil du TLC à T1

Profil de communication

de Mr/Mme : Mme S - T1 le : 03/07/2015

Une feuille de profil de communication a été élaborée dans deux buts principaux. Le premier a été de présenter les normes (moyenne et écart-type) dans chaque subtest, le second d'utiliser une feuille unique pour récapituler les résultats et le profil d'un patient. On soulignera que le score des sujets normaux peut être très faible dans certains items de la communication non verbale.

Attention et motivation à la communication

1 - Salutation verbale ou non verbale	0	1	②	(1,96±0,20)	0,20 ET
2 - Attention aux propos	0	1	②	(1,98±0,15)	0,13 ET
3 - Investissement, engagement dans l'interaction	0	①	2	(1,87±0,34)	2,56 ET
Total attention motivation			5 / 6	(5,81±0,50)	1,62 ET

Communication verbale

1 - Compréhension verbale	0	2	④	(4,00±0,00)	N
2 - Débit verbal	0	①	2	(2,00±0,00)	-1 ET
3 - Intelligibilité de la parole	0	①	2	(1,96±0,20)	-4,8 ET
4 - Informativité et pertinence du discours					
A/ Au niveau lexical					
- Manques du mot	0	1	②	(2,00±0,00)	N
- Paraphasies	0	1	②	(2,00±0,00)	N
B/ Au niveau syntaxique.					
- Syntaxe contribuant à la communication	0	1	②	(2,00±0,00)	N
C/ Au niveau idéique et pragmatique					
- Réponses explicites aux questions ouvertes	0	①	2	(1,89±0,31)	-2,87 ET
- Maintien du thème de l'échange	0	1	②	(1,85±0,36)	0,41 ET
- Apports d'informations nouvelles	0	1	②	(1,89±0,37)	0,30 ET
- Introduction de nouveaux thèmes	0	1	②	(1,66±0,70)	0,48 ET
- Organisation logique des éléments du discours	0	-	②	(1,85±0,51)	0,30 ET
- Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	-	②	(1,91±0,41)	0,22 ET
5 - Feed-back verbaux					
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	-	②	(2,00±0,00)	N
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	0	-	②	(1,96±0,29)	0,14 ET
6 - Utilisation du langage écrit	non	-	-	-	-
Total communication verbale			27 / 30	(28,98±1,33)	-3,74 ET

Communication non verbale

1 - Compréhension des signes non verbaux					
- Déictiques, gestes ou regard	0	①	-	(1,00±0,00)	N
- Gestes symboliques	0	①	-	(1,00±0,00)	N
- Mimes d'utilisation d'objets ou d'actions	0	①	-	(1,00±0,00)	N
- Mimes de la forme de l'objet	0	①	-	(1,00±0,00)	N
- Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	0	①	-	(1,00±0,00)	N
2 - Expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales...	0	①	3	(2,53±0,86)	-1,78 ET
3 - Informativité					
A/ Au niveau pragmatique interactionnel					
Respect des règles conversationnelles, par utilisation:					
- Prosodie adaptée	①	1	-	(1,00±0,00)	
- Regard régulateur	0	①	-	(0,87±0,34)	0,38 ET
- Mimogestualité régulateur	①	1	-	(0,98±0,15)	-6,55 ET
Respect des tours de parole	0	①	-	(0,87±0,34)	0,38 ET
B/ Au niveau lexical					
- Recours spontané à la communication non verbale	①	-	2	(0,00±0,00)	N
- Production de déictiques	①	1	2	(0,30±0,72)	-0,42 ET
- Production de gestes symboliques	①	1	2	(0,00±0,00)	N
- Production de gestes d'utilisation d'objets ou d'action	①	1	2	(0,21±0,62)	-0,34 ET
- Production de mimes de la forme de l'objet	①	1	2	(0,09±0,41)	-1,04 ET
- Production de mimes évoquant un état physique ou émotionnel	①	1	2	(0,00±0,00)	N
C/ Au niveau idéique. Production de séquences des signes non verbaux	①	-	2	(0,00±0,00)	N
4 - Feed-back non verbaux					
- Emission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	-	②	(1,96±0,29)	0,13 ET
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	0	-	②	(1,91±0,41)	0,22 ET
5 - Utilisation du dessin	non	-	-	-	-
Total communication non verbale			12 / 30	(15,74±1,58)	2,36 ET

Score global TLC = AM x 2,5 + CV x 1,3 + CNV x 1,53 =

65,96 / 100 (76,28±4,03) - 2,56 ET

Annexe 3 : Feuille de profil de l'ECVB à T0

Mme S. TO. 20/11/2014

EXPRESSION DES INTENTIONS	1. besoins élémentaires	0	1	2	3	9/9
	2. désirs, intentions	0	1	2	3	
	3. demander son chemin	0	1	2	3	
CONVERSATION	4. sujet courant	0	1	2	3	21/21
	5. sujet abstrait	0	1	2	3	
<i>Avec des proches</i>	6. initier une conversation	0	1	2	3	21/21
	7. sentiments	0	1	2	3	
<i>Avec des inconnus</i>	8. sujet courant	0	1	2	3	21/21
	9. sujet complexe	0	1	2	3	
TELEPHONE	10. prise de parole	0	1	2	3	21/21
	11. famille	0	1	2	3	
	12. amis	0	1	2	3	
	13. rendez-vous	0	1	2	3	
	14. appeler un inconnu	0	1	2	3	
	15. répondre au téléphone n° 1	0	1	2	3	
	16. répondre au téléphone n°2	0	1	2	3	
	17. transmettre un message	0	1	2	3	
ACHATS	18. achats seul(e)	0	1	2	3	9/12
	19. solliciter le vendeur	0	1	2	3	
	20. manipulation d'argent	0	1	2	3	
	21. chèques/cartes bancaires	0	1	2	3	
RELATIONS SOCIALES	22. repas de famille/amis	0	1	2	3	15/15
	23. demande de renseignements	0	1	2	3	
	24. sorties	0	1	2	3	
	25. restaurant	0	1	2	3	
	26. coiffeur/garagiste/libraire	0	1	2	3	
LECTURE	27. journaux, magazines, livres	0	1	2	3	12/12
	28. courrier affectif	0	1	2	3	
	29. papiers administratifs	0	1	2	3	
	30. lire l'heure	0	1	2	3	
ECRITURE	31. liste de courses	0	1	2	3	7/12
	32. courrier	0	1	2	3	
	33. papiers administratifs	0	1	2	3	
	34. libellé de chèques	0	1	2	3	

SCORE TOTAL : 94 / 102

Annexe 4 : Feuille de profil de l'ECVB à T1

Mme S. T1. 03/07/2015

EXPRESSION DES INTENTIONS	1. besoins élémentaires	0	1	2	3	9/9
	2. désirs, intentions	0	1	2	3	
	3. demander son chemin	0	1	2	3	
CONVERSATION	4. sujet courant	0	1	2	3	
	5. sujet abstrait	0	1	2	3	
<i>Avec des proches</i>	6. initier une conversation	0	1	2	3	18/21
	7. sentiments	0	1	2	3	
<i>Avec des inconnus</i>	8. sujet courant	0	1	2	3	
	9. sujet complexe	0	1	2	3	
	10. prise de parole	0	1	2	3	
TELEPHONE	11. famille	0	1	2	3	17/21
	12. amis	0	1	2	3	
	13. rendez-vous	0	1	2	3	
	14. appeler un inconnu	0	1	2	3	
	15. répondre au téléphone n° 1	0	1	2	3	
	16. répondre au téléphone n°2	0	1	2	3	
	17. transmettre un message	0	1	2	3	
ACHATS	18. achats seul(e)	0	1	2	3	11/12
	19. solliciter le vendeur	0	1	2	3	
	20. manipulation d'argent	0	1	2	3	
	21. chèques/cartes bancaires	0	1	2	3	
RELATIONS SOCIALES	22. repas de famille/amis	0	1	2	3	14/15
	23. demande de renseignements	0	1	2	3	
	24. sorties	0	1	2	3	
	25. restaurant	0	1	2	3	
	26. coiffeur/garagiste/libraire	0	1	2	3	
LECTURE	27. journaux, magazines, livres	0	1	2	3	10/12
	28. courrier affectif	0	1	2	3	
	29. papiers administratifs	0	1	2	3	
	30. lire l'heure	0	1	2	3	
ECRITURE	31. liste de courses	0	1	2	3	10/12
	32. courrier	0	1	2	3	
	33. papiers administratifs	0	1	2	3	
	34. libellé de chèques	0	1	2	3	

SCORE TOTAL : ... 89 /102

Annexe 5 : Questionnaire à la famille du TLC à T0 et T1

<u>TLC - Questionnaire complémentaire à la famille</u>	<u>T0</u>	<u>T1</u>
1. A-t-elle envie de communiquer ?	Oui, ponctuellement	Oui
2. Initie-t-elle la conversation ?	Non	Elle attend d'être sollicitée
3. Quand vous lui parlez, est-elle attentive ?	Oui	Oui
4. Poursuit-elle les mêmes activités qu'auparavant et pratique-t-elle les mêmes loisirs ?	Non	Non
5. Comprenez-vous aisément sa parole ?	Oui	Oui
6. Comprend-elle ce que vous dites ?	Oui	Oui
7. Comprend-elle mieux si vous remplacez le langage verbal par des gestes ou des expressions faciales ?	Inutile pour elle	Non
8. Lorsque vous discutez, reste-t-elle dans le sujet de la conversation ?	Oui	Oui
9. A-t-elle tendance à vous couper la parole ?	Non	Non
10. Amène-t-elle des sujets de conversation ?	Non	Rarement
11. Lorsqu'elle parle, pouvez-vous toujours suivre le fil de ses idées ou au contraire ses propos manquent-ils de logique ?	Propos cohérents	Oui
12. Avez-vous l'impression qu'elle a des difficultés pour trouver les mots justes ou qu'elle n'emploie pas les mots justes ?	Non	Non
13. Lorsqu'elle parle, êtes-vous gêné par la mauvaise construction de ses phrases (absence de verbe, inversion dans l'ordre des mots...) ?	Non	Non
14. Lorsqu'elle présente des difficultés pour parler, utilise-t-elle d'autres moyens pour communiquer ?	Non	Non
Remarques éventuelles	X	Bonne évolution de Mme S.

Annexe 6 : Descriptif détaillé des séances

➤ Séance 1 : Préparation de la sortie

Objectif : Aller dans un magasin culturel se renseigner sur les groupes de lecteurs.

Liste des étapes :

1. Je vais dans le magasin.
2. Je vais à la rencontre d'un vendeur.
3. Je lui explique que j'aimerais faire partie d'un groupe de lecteurs, que cela existe dans d'autres librairies : les personnes lisent les livres actuels et donnent leur avis.
4. Existe-t-il un groupe de ce type dans son magasin ?
5. Si oui, quel est son déroulement et comment l'intégrer ?
6. Si non, quelles librairies en proposent ?

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ Séance 2 : Sortie : Se renseigner dans un grand magasin culturel

1. **Entretien préalable** : rappel de l'objectif et des différentes étapes de la situation de communication.
2. Mme S. se rend au magasin culturel et se dirige spontanément vers le rayon librairie.
3. Elle s'adresse au vendeur qui s'occupe du rayon librairie.
4. Voici la **conversation** entre notre patiente et le vendeur :
 - Bonjour, je voudrais vous demander s'il existe un groupe de lecteurs, des gens qui lisent et qui donnent leur avis sur les livres.
 - Il n'existe rien d'officiel.... Mais vous pourriez être la première?
 - Bon, tant pis. Merci, au revoir.

→ Le vendeur lui propose de faire partie d'un éventuel futur groupe de lecteurs mais Mme S. ne saisit pas cette occasion et ne répond pas à cette sollicitation. Elle ne conclut pas la conversation et ne demande pas au vendeur s'il existe d'autres librairies dans le secteur qui proposent des groupes de lecteurs.

5. **Synthèse en groupe :**

Nous demandons à notre patiente comment s'est déroulée cette sortie. Elle nous répond que tout s'est bien déroulé mais qu'elle est déçue qu'il n'y ait pas de groupe de lecteurs proposés.

Après avoir valorisé son adaptation au lieu malgré la grande superficie, la foule et le bruit, nous lui expliquons que le manque d'initiative verbale observé ici sera à travailler lors des prochaines sorties avec des mises en situation favorisant la prise de parole.

➤ **Séance 3 : Préparation de la situation téléphonique**

Objectif : Appeler une librairie près de chez elle pour savoir s'ils proposent un groupe de lecteurs.

1. J'apporte le numéro de téléphone de la librairie.
2. J'appelle la librairie.
3. Je dis au libraire que j'aimerais faire partie d'un groupe de lecteurs et je lui explique de quoi il s'agit.
4. Existe-t-il un groupe de ce type dans son magasin ?
5. Si oui, quel est son déroulement et comment l'intégrer ?
6. Si non, quelles librairies dans le secteur en proposent ? Peut-on le mettre en place?

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ **Séance 4 : Situation téléphonique : Se renseigner auprès d'une librairie**

1. **Entretien préalable.**
2. Mme S. n'apporte pas le numéro de téléphone comme convenu.
3. Elle appelle la librairie proche de son lieu de vie.
4. Voici la **conversation** entre notre patiente et le libraire :
 - Bonjour c'est [Elle donne son prénom et son nom], est-ce que vous avez un groupe de lecteurs ?
[temps de latence]
 - C'est le titre d'un livre ?

- Non, un groupe de personnes qui lisent des livres et qui donnent leur avis.
- Ah, non, nous n'en avons pas.
- Vous en voulez un ?
- Je sais pas, je vais demander à ma collègue.
- D'accord, vous lui en parlez et je vous rappelle !
- Oui, au revoir madame.

→ La librairie est très proche du lieu de résidence de Mme S, elle sait qui est le libraire. Elle donne donc son nom et son prénom, pensant qu'il allait la reconnaître.

Lors du temps de latence, notre patiente n'est pas réceptive à la demande de clarification implicite et n'explique pas spontanément ce qu'est un groupe de lecteurs.

5. Synthèse en groupe :

Nous demandons à Mme S. comment s'est déroulée cette situation téléphonique.

Nous lui expliquons ensuite que l'entrée en matière "Est-ce que vous avez un groupe de lecteurs ?" est trop abrupte et demandons au reste du groupe comment mieux initier la conversation. L'une des participants propose la formule : "Ca m'intéresserait de savoir si...", ou "Je suis une bonne lectrice et j'aimerais savoir si...". Ces deux propositions conviennent à notre patiente qui les juge plus appropriées.

➤ Séance 5 : Préparation de la situation de communication téléphonique

Objectif : Réserver une table dans un restaurant en vue d'un repas avec tous les participants au groupe de communication.

1. Je cherche le numéro de téléphone du restaurant choisi par l'ensemble des participants au groupe de communication.
2. Je compose le numéro de téléphone.
3. Je réserve une table pour 7 personnes, le 12 mars à 12h30.
4. Je demande une table près de la porte car des personnes handicapées seront présentes.

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ **Séance 6 : Situation téléphonique : Réservation dans un restaurant**

1. **Entretien préalable.**

2. Mme S. appelle le restaurant.

3. Voici la **conversation** entre notre patiente et l'employé du restaurant :

- Bonjour je voudrais effectuer une réservation pour le 26 mars vers 12h30, on serait 7 personnes.
- Oui pas de problème.
- Ce serait possible d'avoir une table pas loin de la porte ? Il y aura une personne handicapée.
- Aucun problème, à quel nom s'il vous plaît ?
- C'est pour Château Rauzé.
- Ah mais oui je me souviens avoir rencontré quelqu'un de Château Rauzé la semaine dernière, elle était venue voir le menu ! [Il s'agit d'une autre patiente du groupe]. C'est noté.
- A la semaine prochaine ! Merci au revoir.

4. **Synthèse en groupe :**

Nous demandons à Mme S. comment s'est déroulée cette situation téléphonique. Elle se dit satisfaite.

Nous lui faisons part de nos impressions : le discours est plus naturel et spontané que d'habitude.

Elle fait également preuve d'une bonne adaptation à la tournure imprévue de la conversation lorsque l'employé dit avoir rencontré une autre patiente du centre.

➤ **Séance 7 : Préparation de la sortie**

Objectif : Repas au restaurant avec les participants au groupe de communication.

1. Je m'adresse au serveur pour savoir quelle table nous est réservée.
2. Je m'installe, je consulte le menu.
3. Je choisis mon plat.
4. Je commande mon plat.
5. Je règle mon repas.

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ **Séance 8 : Sortie : Repas au restaurant**

1. **Entretien préalable.**

2. Une fois arrivés devant le restaurant, Mme S. entre en premier. Elle est gênée par les marches du fait de ses troubles moteurs mais ne demande pas spontanément d'aide.
3. A l'intérieur, elle reste au comptoir sans s'approcher spontanément de la table réservée pour 7 personnes alors qu'elle est en évidence à l'entrée. Elle ne se présente pas non plus au serveur alors qu'elle a réservé la semaine précédente : il y a un décalage de communication entre la situation téléphonique et la situation de communication au restaurant. Le serveur reconnaît la patiente qui s'était renseigné sur le menu et nous installe.
4. Le serveur ne nous présente pas de carte et liste tous les plats à l'oral.
5. Notre patiente commande un plat qu'elle n'apprécie pas.

6. **Synthèse en groupe :**

Nous demandons à Mme S. pourquoi elle a commandé ce plat alors qu'elle ne l'apprécie pas. Elle nous répond qu'il s'agit du seul plat qu'elle a gardé en mémoire. Nous lui suggérons de demander à la personne de répéter la carte ou de fournir un support écrit comportant le nom des différents plats si cette situation se présente à nouveau.

Nous lui faisons également part des axes à travailler lors des prochaines sorties : l'initiative verbale, l'adaptation aux situations et aux lieux. A l'avenir, nous l'encourageons à demander des supports comportant les informations si elles sont difficiles à retenir.

➤ **Séance 9 : Préparation de la sortie**

Objectif : Commander des boissons dans un café.

1. Je repère où se trouve le café.
2. Je prends les commandes des autres personnes.

3. J'attends qu'un serveur vienne prendre la commande. S'il n'arrive pas, je vais commander au bar.
4. Je règle la commande.

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ **Séance 10 : Sortie : Commande de boissons dans un café**

1. **Entretien préalable :** Après avoir rappelé l'objectif et les étapes, nous précisons que l'endroit choisi est très grand, qu'il y a de nombreux bâtiments et qu'elle devra trouver où se trouve le café en autonomie. Nous avons choisi ce lieu car il est très difficile d'obtenir des informations ou des boissons au café sans prendre d'initiatives.
2. Elle ne parvient pas à trouver où se trouve le café du fait de son impulsivité. En effet, elle se précipite vers un bâtiment au loin, persuadée qu'il s'agit du café recherché. Elle passe devant le café sans y faire attention.
3. Nous attendons pendant de longues minutes qu'un serveur vienne prendre la commande. Puis nous proposons à notre patiente d'aller directement commander au bar.
4. Elle entre dans le café, attend à l'accueil. Une jeune fille qui travaille sur son ordinateur se trouve assez loin du "point accueil" et sollicite notre patiente.
5. Voici la **conversation** entre notre patiente et l'employée du restaurant :
 - Madame, je peux vous aider ?
 - Oui, je voudrais une carte pour commander s'il vous plaît.
 - C'est pour déjeuner ?
 - Non, pour boire un verre.
 - Réinstallez-vous en terrasse, un serveur viendra prendre votre commande.
6. Nous retournons nous asseoir, et aucun serveur ne vient prendre la commande. C'est pourquoi nous proposons à Mme S. d'aller directement au bar commander les boissons.
7. L'interaction avec le serveur est la suivante :
 - Mme S. commande les quatre boissons, elle retient les bons intitulés et les restitue correctement.

- Le serveur met les quatre boissons sur le plateau et la regarde ne sachant pas si la commande est finie.
- Notre patiente ne le regarde pas. Elle n'est donc pas réceptive à cette demande non-verbale.
- Voyant que Mme S. ne le regarde pas, il demande de façon explicite : "Ce sera tout ?"
- Elle acquiesce et règle la commande.

→ L'absence de prise en compte de la demande non-verbale du serveur a deux raisons :

- Elle ne le regarde pas et ne perçoit donc pas son regard insistant.
- Elle ne se met pas à sa place : il ne peut pas savoir que la commande est finie si on ne le précise pas.

8. Synthèse en groupe :

Nous demandons à Mme S. comment s'est déroulée cette situation de communication. Elle avoue s'être trouvée en difficulté pour commander les boissons.

Nous lui expliquons que dans ce lieu, tout le monde éprouve des difficultés pour commander les boissons. Il faut donc prendre des initiatives et solliciter les employés, ce qui correspond tout à fait à ses objectifs thérapeutiques.

Nous tenons à souligner les progrès observés : le contact visuel est davantage présent mais pas encore constant, l'adaptation au lieu et au contexte de communication est correcte avec une adaptation du volume sonore lorsqu'elle s'adresse aux employés.

Nous l'encourageons à maintenir de façon plus endurante le contact visuel afin de mieux prendre en compte les signes non-verbaux régulateurs de l'échange.

➤ **Séance 11 : Préparation de la sortie**

Objectif : Se renseigner auprès d'une vendeuse pour trouver la paire de chaussures adéquate.

1. Je me rends au centre commercial.
2. Je regarde autour de moi pour chercher un magasin de chaussures.

3. Si je me trouve en difficulté, je consulte un plan ou je m'adresse à l'accueil afin d'optimiser mes déplacements car j'ai des difficultés pour me déplacer.
4. Je me rends dans le magasin de chaussures.
5. Je m'adresse à une vendeuse en lui décrivant précisément le type de chaussures recherché et en précisant ma pointure.
6. J'essaie la paire de chaussures, si elle me convient je l'achète.
7. Mon budget est de 100 euros.

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ Séance 12 : Sortie : Repérage et achat dans un magasin de chaussures

1. **Entretien préalable.**
2. Mme S. se rend à l'accueil du centre commercial pour se renseigner mais il n'y a personne de disponible.
3. En explorant l'environnement autour d'elle, elle voit un magasin de chaussures et s'y rend.
4. Elle s'adresse à une vendeuse et a des difficultés pour décrire le modèle recherché. Elle utilise le terme de "ballerines à talons".
5. La vendeuse prend l'initiative de lui proposer des modèles qui tiennent bien le pied car elle a remarqué les difficultés de marche de notre patiente.
6. Aucun modèle ne convient à Mme S.
7. Elle trouve une seconde boutique de chaussures et s'y rend.
8. Cette fois-ci, elle demande des ballerines au vendeur sans préciser qu'elle souhaite des talons.

→ La seconde demande est donc moins informative. Elle initie la conversation, maintient le contact visuel et répond aux sollicitations. De plus, elle fait preuve d'un manque d'anticipation car elle n'apporte pas d'argent en prévision de cette sortie. Ces difficultés d'anticipation s'observent chaque semaine : il est demandé que chacun prévoie de la monnaie pour prendre un café lors de la synthèse en groupe à la fin des sorties.

9. **Synthèse en groupe** : Mme S. fait preuve de confusions lexicales : elle qualifie les chaussures recherchées de mocassins, escarpins, ballerines et bottines.

Nous proposons à notre patiente de faire en sorte de partir avec une idée bien précise de ce qu'elle recherche, afin d'être comprise de tous et d'obtenir l'objet souhaité lorsqu'elle sera face à une situation de communication similaire.

➤ **Séance 13 : Préparation de la sortie**

Objectif : Se renseigner sur les cours de cuisine proposés dans un grand hôtel.

1. J'arrive à l'hôtel.
2. Je me dirige vers l'accueil.
3. Je demande à une hôtesse d'accueil les renseignements suivants :
 - a. Quels jours de la semaine les ateliers sont-ils proposés ?
 - b. Combien de temps durent-ils ?
 - c. Que faut-il apporter comme matériel ?
 - d. Quel est le prix ?
 - e. Quelles sont les conditions de participation ?
4. Penser à demander un prospectus.

Aurez-vous des difficultés ? → Non, mais si je n'ai pas de prospectus j'aurai du mal à me rappeler des informations.

➤ **Séance 14 : Sortie : Demande de renseignements sur des cours de cuisine**

1. **Entretien préalable.**
2. Notre patiente entre dans l'hôtel.
3. Elle se dirige vers l'accueil et s'adresse à une hôtesse.
4. Voici la **conversation** entre notre patiente et l'hôtesse d'accueil :
 - Bonjour, je viens me renseigner sur les cours de cuisine.
 - Oui, il y en a de plusieurs sortes. Il y a les cours à thèmes et d'autres pour les 7-17 ans.
 - D'accord, ils ont lieu quand ? Il faut apporter quelque chose de particulier ? Combien ça coûte ?
 - Tout est indiqué sur notre site internet.

- Est-ce que je peux avoir un programme écrit s'il vous plaît ?
 - Non désolée, je n'ai que celui-ci et vous ne pouvez pas l'emporter.
 - D'accord merci, au revoir.
5. **Synthèse en groupe :** Mme S. n'a pas rebondi suite au refus catégorique de l'hôtesse de lui fournir un support écrit avec les informations demandées. Une participante au groupe lui demande donc pourquoi elle n'a pas précisé qu'elle ne disposait pas d'internet et que de ce fait il lui fallait absolument un support écrit. Notre patiente a de ce fait pris conscience que son manque d'initiative verbale l'a empêchée d'obtenir les informations voulues.

➤ **Séance 15 : Préparation de la situation téléphonique**

Objectif : Se renseigner plus précisément sur les cours de cuisine proposés dans un grand hôtel.

1. J'appelle l'hôtel.
2. Je demande à l'hôtesse si mon fils peut assister aux cours de cuisine avec moi.
3. Une fois le renseignement obtenu, je peux mettre fin à la conversation.

Aurez-vous des difficultés ? → Non.

➤ **Séance 16 : Situation téléphonique :**

➤ **Demande de renseignements sur des cours de cuisine**

1. **Entretien préalable.**
2. Notre patiente appelle l'hôtel.
3. Voici la **conversation** entre notre patiente et l'hôtesse d'accueil :
 - Bonjour, je vous appelle pour me renseigner sur les cours de cuisine. J'aimerais venir avec mon fils.
 - Oui, il existe les ateliers pour les 7-17 ans.
 - D'accord, ils ont lieu quand ?
 - Ils ont lieu tous les mercredis et samedis après-midis.
 - Merci ! Au revoir.

4. **Synthèse en groupe** : L'ensemble du groupe explique à Mme S. que l'information obtenue n'est pas celle recherchée. En effet, l'interlocutrice lui communique les informations relatives au cours de cuisine pour les enfants alors que notre patiente souhaite participer à un cours de cuisine pour adulte avec son fils adolescent.

Résumé : Les sujets traumatisés crâniens présentent souvent des troubles de la communication verbale et non-verbale. Ils s'observent particulièrement en situation écologique et en milieu ordinaire et ont des conséquences sur leur vie sociale, familiale et professionnelle. Nous avons donc proposé à une patiente arrivant au secteur de réadaptation du CMPR Château Rauzé (33) et présentant des troubles de la communication seize séances de préparation et de mise en situation en milieu réel avec un public non-averti, au sein d'un groupe de communication composé de quatre autres patients et de deux thérapeutes. Les séances ont permis de travailler la communication verbale, non-verbale ainsi que la pragmatique interactionnelle et plus précisément l'initiative verbale, le contact visuel et l'informativité du discours. L'analyse des résultats montre une amélioration des compétences communicationnelles de notre patiente. Notre travail souligne la pertinence d'une prise en charge orthophonique écologique de la communication, en milieu réel.

Mots clés : traumatisme crânien - communication verbale - communication non-verbale - pragmatique - écologique - adulte - groupe - réadaptation

Abstract : Traumatic brain injured patients often suffer from communication disorders. Those impairments are particularly visible in ecological situations of everyday life and they have an impact on social, familial and professional intercourses. A patient just arrived in the rehabilitation area of the CMPR Château Rauzé (33) who suffers from communication impairments was offered sixteen sessions of role playing situations in ordinary context and with unaware people, in a communication group rehabilitation composed of four patients and two therapists. These sessions allowed to work verbal and non verbal communication, pragmatical interactions and more precisely verbal initiative, eye contact and informative discourse speech. The results show that communication performances of our patient have improved. Our research shows that ecological communication therapy can be useful.

Key words : traumatic brain injury, verbal communication - non verbal communication - pragmatic - ecological - adult - group - rehabilitation

97 références bibliographiques

110 pages